

ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS



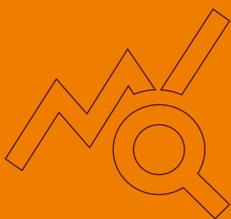
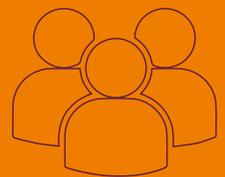
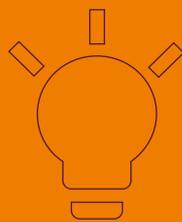
05.12.2023

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

JUNTO DE PESSOAS COM

DEFICIÊNCIA

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Intervenção Psicológica junto de Pessoas com Deficiência – Recomendações para a Prática Profissional, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Dezembro de 2023, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

Sugestão de citação:

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). Intervenção Psicológica junto de Pessoas com Deficiência – Recomendações para a Prática Profissional. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:

andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses
Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250
ordemdospsicologos.pt

1. ENQUADRAMENTO

VIVER COM DEFICIÊNCIA: CONCEITOS E ESTATÍSTICAS

A **deficiência** é um conceito amplo e em evolução que, segundo a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, se refere à **condição de vida de pessoas que, por resultado da interacção entre as suas limitações funcionais – sejam estas temporárias ou permanentes e de natureza física, intelectual, sensorial ou múltipla – e as barreiras físicas e sociais existentes em diferentes contextos, vivem com a sua participação na sociedade condicionada** (Gomes, Neto & Vítor, 2020). As pessoas com deficiência podem viver com limitações no domínio do seu corpo, dos seus sentidos e/ou na sua capacidade de se expressarem, sendo que o grau das suas limitações varia em conformidade com as barreiras existentes e com o acesso a diferentes tipos de assistência adequada. Assim, estas limitações e barreiras representam necessidades que a própria sociedade tem o dever de colmatar, no sentido de garantir a inclusão e o acesso pleno das pessoas com deficiência a uma cidadania activa e participativa (Wehmeyer, 2021).

Actualmente, em Portugal, está em curso uma alteração de paradigma que visa o reconhecimento dos **direitos das pessoas com deficiência** e a facilitação da sua autonomia e autodeterminação, através de uma reestruturação dos serviços da sociedade, garantindo assim, uma vida independente e integrada na comunidade (Barata & Pena, 2021).

No mundo, cerca de mil milhões de pessoas vive com alguma forma de limitação ou incapacidade física, intelectual, sensorial ou múltipla, sendo a sua prevalência superior em países em desenvolvimento. Tal corresponde a cerca de **15% da população mundial** e a cerca de 190 milhões (3,8%) de pessoas, com 15 anos ou mais, com dificuldades significativas de funcionamento. Em países com esperança de vida ao nascer acima de 70 anos, os indivíduos vivem em média, cerca de 8 anos (ou 11,5% de sua esperança de vida ao nascer) com limitações associadas a algum tipo de deficiência. De acordo com dados recentes da UNICEF, cerca de 266 milhões de crianças, com idades entre os 0 e os 19 anos, vivem com deficiência moderada

a severa, sendo que a maioria destas crianças residem em países em desenvolvimento, registando-se a maior prevalência no Médio Oriente e no Norte de África (13.1%) e a menor na Europa e na Ásia Central (5.5%; Olusanya et al., 2022). Do total de crianças referidas no relatório da UNICEF, 12.2% têm menos de 5 anos, ou seja, estima-se que cerca de 32 milhões vivam com dificuldades funcionais que impactam de forma significativa a sua vida (Olusanya et al., 2022).

O número de pessoas com deficiência está a aumentar em todo o mundo, em virtude de factores como o envelhecimento populacional e o aumento dos problemas crónicos de saúde, entre outros (OMS, 2021). Em Portugal, de acordo com os Censos de 2021, 10.9% dos portugueses e portuguesas (cerca de 1 milhão e 117 mil pessoas) vivia com algum tipo de deficiência (INE, 2022). Aqui é necessário considerar 87039 crianças e jovens do Pré-Escolar ao 12º ano com Necessidades Específicas de Educação, a frequentarem o ensino regular no ano letivo de 2017/18, mas 14% destas crianças e jovens não estão a tempo integral na sua turma, de acordo com dados estatísticos da DGEEC/MEC (DGEEC, 2018).

As pessoas que vivem com deficiência física, vivem com uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do seu corpo, condicionando o funcionamento físico ou motor e limitando, por exemplo, a fala, a mobilidade e/ou a coordenação. Tendo um carácter congénito ou adquirido, este tipo de deficiência pode decorrer de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas e, ainda, de malformações. Entre as deficiências físicas mais comuns encontram-se a paraplegia (perda total das funções motoras); a monoplegia (perda parcial das funções motoras de um só membro, superior ou inferior); a tetraplegia (perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores); a hemiplegia (perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo, direito ou esquerdo); a amputação (remoção de uma extremidade do corpo); a paralisia cerebral (resultante de lesão cerebral que ocorre durante a gestação, no parto ou até dois anos após o nascimento); e o nanismo (doença genética que provoca um crescimento esquelético anormal, resultando num indivíduo cuja altura é muito menor que a altura média de toda a população).

Geralmente, as **peças que vivem com deficiência de desenvolvimento** – considerada uma condição do neuro-desenvolvimento –, vivem com limitações cognitivas que interferem, em maior ou menor grau, com a sua capacidade de raciocínio e com o comportamento adaptativo em determinadas dimensões (e.g. comunicação com os outros, competências de vida diária, de saúde, higiene e segurança) que podem condicionar a sua vida na família, na escola e no local de trabalho. Estas limitações ocorrem desde o nascimento e a sua gravidade varia de leve a profunda, e podem implicar diferentes necessidades de suporte e de adaptação de meios na tomada de decisão, na comunicação e na execução de tarefas diárias. Segundo a OMS, a prevalência de crianças que vivem com deficiência intelectual é de 2 a 3% da população infantil nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e de 1 a 3% nos países desenvolvidos. Cerca de 200 milhões de pessoas vivem com algum tipo de deficiência de neurodesenvolvimento (2,6% da população mundial), sendo as mais comuns a síndrome de Down ou Trissomia 21, a síndrome do X frágil, a síndrome alcoólica fetal ou o espectro do autismo.

As pessoas que vivem com deficiência sensorial, vivem com uma limitação, parcial ou total, de algum ou vários sentidos. Por exemplo, há pessoas que vivem com limitações ao nível auditivo (surdez neuro-sensorial, surdez de transmissão ou perturbações de equilíbrio) ou ao nível visual (ausência do globo ocular, défices de visão graves e perturbações de acuidade visual e outras perturbações visuais como por exemplo, astigmatismo, estrabismo, miopia, daltonismo e défices do campo visual). De acordo com a OMS, 253 milhões da população mundial (3,2%) são pessoas cegas e/ou com baixa visão e 466 milhões (6%) são pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

Por fim, **peças que vivem com deficiência múltipla**, são aquelas que vivem com várias limitações associadas às condições anteriores - físicas, intelectuais ou sensoriais.

É fundamental sublinhar que, ainda que viver com uma deficiência apresente desafios acrescidos, as pessoas com deficiência – tal como quaisquer outras pessoas – **possuem competências e potencialidades que, em condições em que existam as adaptações e suportes**

necessários, podem expressar-se e tomar decisões de forma autodeterminada, participando nas actividades e contextos da sua vida (Skarsaune, 2022).

Quase todas as pessoas viverão, em algum momento da vida, com algum tipo de deficiência, temporária ou permanente (OMS, 2021), o que implica a necessidade de se compreender a deficiência como uma condição de vida, cujo reconhecimento permitirá a construção de serviços e estruturas adaptadas que minimizem os impactos

O MODELO BIOMÉDICO E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS

Aquilo que entendemos por deficiência foi evoluindo ao longo do tempo, em função de crenças sociais e culturais, bem como dos avanços da ciência. Este desenvolvimento é reflectido nas atitudes para com as pessoas com deficiência e nas diferentes definições e modelos teóricos que orientam práticas, clínicas e sociais, e que contribuem para o estabelecimento de políticas públicas que respondem de forma estratégica e adequada às suas necessidades.

O já ultrapassado **modelo moral**, sustentado por pressupostos pseudocientíficos, definia a deficiência com uma encarnação do mal, uma punição divina, uma determinação do destino, um teste de fé ou oportunidade para superar um desafio de ordem transcendente (e.g., Mackelprang & Salsgiver, 2016).

Com o avanço científico e o conhecimento construído nas áreas da genética, epigenética e medicina, o **modelo biomédico** enfatiza a ideia do “défice” e da doença, concebendo a deficiência como uma anomalia, perda ou disfunção de diferentes capacidades físicas, intelectuais e/ou sensoriais. Concebida como um “problema médico”, a deficiência seria, desta perspectiva, um problema do indivíduo com limitações, assumindo-se uma relação de causalidade e dependência entre as limitações da pessoa e as desvantagens sociais vivenciadas. A segregação, o desemprego, a baixa escolaridade e outros factores de desigualdade e exclusão são, nesta óptica, explicados pelas limitações funcionais das pessoas com deficiência, que as impendem de participar e ser produtivas para a comunidade. À luz deste modelo, e por serem consideradas pessoas “diferentes”

com necessidades de cuidados especializados e constantes, as respostas de carácter institucional eram – e continuam a ser – prevalentes. Estas respostas institucionais, onde se concentram diversos serviços reabilitação, educação e lazer, em muito contribuem para a segregação social das pessoas com deficiência (Weh-meyer, 2021).

O modelo biomédico contribuiu, de forma contínua e influenciada pelos avanços tecnológicos, para o importante desenvolvimento de práticas de reabilitação e apoio a condições médicas, no entanto, por se focar na identificação e categorização das limitações e deficits, também contribuiu para o processo social de estigmatização das pessoas com deficiência.

O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Ainda que o modelo biomédico, e as suas consequências na percepção das pessoas com deficiência, prevaleça em alguns contextos, sobretudo nos laborais (e.g. Linday et al., 2023), a influência de outros modelos permitiu uma **gradual mudança de paradigma, focada na autodeterminação e nas concepções de Vida Independente**, que se consolida actualmente em Portugal (Barata & Pena, 2021).

O **modelo social**, utilizado a partir dos anos 70 do séc. XX, representou uma nova perspectiva que desafiou as narrativas da “tragédia pessoal” (que condenam a pessoa com deficiência a uma experiência de sofrimento, segregação e culpa), postulando que o grau de incapacidade e as dificuldades de adaptação que as pessoas com deficiência experienciam são também influenciadas pelas normas e estruturas sociais e culturais, e não meramente um resultado das limitações identificadas num diagnóstico biomédico. A marginalização e dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência deixaram de ser explicadas pelas suas limitações ou incapacidades, e passaram a ser explicadas pela falta de reconhecimento do seu potencial enquanto agentes da comunidade e pela negligência da sociedade em atender às suas necessidades e características. Esta proposta, em diálogo com as teorias sobre desigualdade e opressão, veio revolucionar a forma de identificação do corpo com as suas limitações e sua relação com a sociedade (Diniz et al., 2009).

Em 2014, a OMS definiu um plano mundial com o objectivo de **remover barreiras e melhorar as acessibilidades** para pessoas com deficiência. Neste plano, o segundo objectivo pretendia responder à necessidade de “reforçar e estender a reabilitação, habilitação e os serviços e as tecnologias de assistência” (OMS, 2015). Estas tecnologias, que correspondem ao conjunto dos dispositivos e equipamentos ou produtos modificados e utilizados para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais de indivíduos com deficiência, podem dividir-se em duas categorias: os dispositivos físicos (e.g. dispositivos de audição, membros artificiais, rampas, elevadores, elevadores de escadas, adaptações na casa-de-banho); e os dispositivos digitais – como softwares (e.g., sintetizadores de voz ou dispositivos de conversão de texto em voz) ou aplicações de smartphone. A **tecnologia de assistência** pode ajudar as pessoas com deficiência a aprender, a competir no mundo do trabalho, a alcançar maior autonomia e/ou melhorar a sua qualidade de vida (NIDILRR, 2019).

Um modelo mais actual – o **modelo biopsicossocial** – procura unir as dimensões biomédica, psicológica (individual) e social, propondo que os modelos biomédico e social não são antagónicos, mas antes complementares. Neste sentido, a experiência de viver com uma deficiência é resultado da interacção dinâmica entre diferentes factores biológicos, como as limitações relacionadas com as funções e estruturas do corpo, associadas ao tipo de deficiência, factores psicológicos, como, por exemplo, traços personalísticos e competências socio-emocionais e, ainda, factores sociais, como a estrutura familiar, as normas e crenças sociais face a pessoas com deficiência, condições de vida e status socioeconómico (e.g. viver em condições de pobreza) e os próprios modelos sobre a deficiência que orientam intervenções e definem políticas para responder às necessidades desta população, inclusive a construção de tecnologias e estruturas de assistência e acessibilidade (Martins et al., 2012).

Considerando o modelo biopsicossocial, as pessoas com deficiência são condicionadas pelas limitações que resultam da sua condição funcional e pelos serviços e estruturas que promovem, ou bloqueiam, o seu desenvolvimento individual e participação social. Ainda, nesta perspectiva, as pessoas com deficiência podem ter uma participação activa nas suas vidas, consoante

a gravidade das suas limitações, as suas características individuais e as oportunidades proporcionadas nos diferentes contextos.

O MODELO DOS DIREITOS HUMANOS E A VIDA INDEPENDENTE

Para além de um modelo biopsicossocial, orientar e mobilizar a sociedade para uma equidade e inclusão efectiva das pessoas com deficiência necessita mais do que um modelo que compreenda e explique as interacções entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, **o Modelo dos Direitos Humanos, ancorado nos pressupostos da Convenção dos Direitos da Pessoas com Deficiência, demarca um afastamento do modelo médico enquanto modelo orientador das práticas e políticas que regem a vida das pessoas com deficiência** (Lawson & Becket, 2021). O Modelo dos Direitos Humanos, considerado um **modelo de empoderamento**, estabelece que a inclusão não se reduz à implementação de medidas interventivas ou de apoio médico ou psicológico, mas, antes, a **um esforço social de garantir oportunidades e acessibilidade equitativas que respeitem o direito das pessoas com deficiência a fazer escolhas sobre as suas vidas e em viver com a maior autonomia e independência possíveis**.

É, neste sentido, e numa tentativa de responder aos desafios que as pessoas com deficiência enfrentam no seu dia-a-dia, e que impactam a sua saúde, que uma visão mais humanista e inclusiva, que inclui as perspectivas destas pessoas, se consolida. Os conceitos de **autodeterminação** e de **vida independente** – definidos como a possibilidade de a pessoa tomar decisões sobre a sua vida; agir de acordo com a sua vontade, objectivos e valores, participando activamente, através das adaptações e do apoio necessário, nos estabelecimentos de ensino, nos locais de trabalho e espaços de saúde e lazer comuns a toda a comunidade – orientam as práticas sociais e as políticas públicas (Wehmeyer, 2021).

Em Portugal, a definição e aplicação do Decreto-Lei nº 129/2017, de 9 de Outubro, que aprovou o programa “Modelo de Apoio à Vida Independente” (MAVI), permitiu o desenvolvimento dos **Centros de Apoio à Vida Independente** (CAVIs) que, pela formação e coordenação de **assistentes pessoais** (uma nova profissão), procuram

que pessoas com deficiência possam ter maior suporte e meios para tomar decisões sobre as suas vidas e viver com maior autonomia e independência. A articulação colaborativa entre os técnicos do CAVI – entre os quais psicólogos/as –, a pessoa com deficiência e o assistente pessoal permite a identificação das características, necessidades e potencialidades da pessoa com deficiência e a definição do tipo de suporte que o assistente pessoal facilitará, definindo-se um Plano Individual de Assistência Pessoal (PIAP). A formação do assistente pessoal e a preparação das pessoas com deficiência, e respectivas famílias, neste processo é fundamental à promoção da Vida Independente (Capucha et al., 2021).

Caminhamos num sentido de desinstitucionalização e de contínuo reconhecimento dos direitos e perspectivas das pessoas com deficiência, no entanto, os modelos de assistência pessoal poderão não chegar a todas as pessoas que destes serviços necessitem. De forma semelhante, as desigualdades que resultam da discriminação e exclusão social, ainda prevalecem em diversos contextos. É comum existirem barreiras físicas e sociais que condicionam, por exemplo, o acesso a farmácias e praias a pessoas com mobilidade condicionada; que negligenciam a autodeterminação e a independência de uma pessoa com deficiência intelectual sobre as suas preferências ocupacionais; e, por exemplo, em contextos de trabalho, que desvalorizam, enviesadamente, o potencial de aprendizagem de um/a trabalhador/a com incapacidade visual. Os desafios de viver sem acessibilidade ainda são muitos e prevalentes.

DESAFIOS DE VIVER COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência enfrentam múltiplas barreiras físicas (e.g. degraus; ausência de sinais sonoros nas passadeiras), **de transporte** (e.g. ausência de transporte acessível/adaptado), **de comunicação** (e.g. ausência de textos em braille ou tradutor em língua gestual; linguagem técnica; comunicação alternativa e aumentativa), **sensoriais** (e.g., ausência de equipamentos para gestão sensorial em pessoas autistas, com poluição sonora e visual) e **sociais** (e.g. estereótipos capacitistas; estigma), **que limitam o seu acesso ao emprego, à educação, ao lazer e aos serviços de Saúde, incluindo serviços de Saúde Psicológica** (APA, 2022; CDC, 2019). Por exemplo, de acordo com a OMS (2021),

as pessoas com deficiência têm uma probabilidade três vezes superior de lhes serem negados cuidados de saúde, uma probabilidade quatro vezes superior de serem tratados de forma negativa nos sistemas de saúde e são 50% mais propensos a ter gastos em saúde superiores.

Há ainda que considerar o **impacto da persistência de preconceitos em relação às pessoas com deficiência, sobretudo baseados em crenças capacitistas** – isto é, crenças de acordo com as quais as pessoas com deficiência são incapazes de cuidar de si mesmas e de tomar decisões deliberadas; têm menores competências para participar na vida social e laboral; necessitam de cuidados constantes e especializados; precisam sempre de ajuda mesmo quando não a pedem explicitamente; são assexuadas ou impotentes; procuram melhorias nas suas capacidades funcionais ou desejam “ser curadas”; e têm, sempre, uma qualidade de vida inferior à das demais pessoas (APA, 2022). Alguns destes estereótipos e suposições são influenciados por preconceitos estruturais que resultaram, em vários momentos históricos, em procedimentos discriminatórios (por exemplo, a esterilização forçada, que ainda hoje é legal em Portugal) e continuam a originar comportamentos de microagressão (desrespeito verbal, comportamental ou ambiental) para com as pessoas com deficiência.

Esta visão da deficiência como patologia, sendo também protecionista, priva as pessoas com deficiência de participarem activamente na vida da comunidade, condicionando a existência de uma verdadeira inclusão destas pessoas nas actividades sociais, laborais e culturais. Algo que se deve, também, à falta de meios e acessos adaptados, tanto de mobilidade como de comunicação, nos diversos contextos da vida quotidiana (Wehmeyer, 2021) – reforçando a prevalência de respostas de carácter institucional.

Por consequência, **as pessoas com deficiência são mais propensas a experimentar resultados socioeconómicos adversos**, tais como níveis educacionais mais baixos, piores resultados de saúde, níveis de emprego mais baixos e taxas mais elevadas de pobreza. Estima-se que, nos países em desenvolvimento, 90% das crianças com deficiência não frequente a escola (UNESCO, 2022). Em alguns desses países, o desemprego entre

as pessoas com deficiência chega a 80%. É ainda estimado que 20% das pessoas mais pobres têm algum tipo de deficiência e tendem a ser consideradas, nas suas comunidades, como as mais desfavorecidas (UN, 2021). Segundo dados da Comissão Europeia, apenas metade das pessoas com deficiência se encontram empregadas e apenas 29,4% concluem um curso superior.

No relatório Pessoas com deficiência em Portugal refere-se que 28,5% se encontram em risco de pobreza ou exclusão social (Pinto, Neca e Bento, 2022). Por sua vez, a pobreza está associada ao desemprego, à instabilidade laboral, à ausência de recursos financeiros, às dificuldades no acesso à educação e à saúde de qualidade – o que reforça o ciclo de pobreza e o seu impacto intergeracional.

Quando uma pessoa com deficiência detém outras características sociais (e.g., sexo, género, classe, etnia, orientação sexual, religião) associadas a preconceitos e estereótipos negativos, produzem-se **experiências cumulativas de discriminação** (Crenshaw, 1990; Cole, 2009) – **interseccionalidade**. Pessoas discriminadas em função de várias destas categorias (e.g. mulher com deficiência motora, homossexual e/ou de classe socioeconómica baixa) enfrentam o cruzamento de múltiplas formas de discriminação e, conseqüentemente, experienciam barreiras acrescidas no acesso a oportunidades de emprego e educação, com maiores impactos na sua saúde e bem-estar.

Em função da multiplicidade dos desafios referidos, **as pessoas com deficiência apresentam maiores factores de risco para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde física, mas também psicológica**. Estudos recentes referem que, por todas as limitações que decorrem da condição da deficiência e das barreiras no quotidiano, as pessoas adultas com deficiência são mais propensas (32%) a experimentar níveis altos ou muito altos de sofrimento psicológico do que adultos/as sem deficiência. Já os/as jovens com deficiência apresentam uma probabilidade cinco vezes superior de ter dificuldades e problemas emocionais e comportamentais relativamente aos pares (Honey et al., 2011). Cerca de 20 a 35% das pessoas com deficiência intelectual são mais propensas a desenvolver problemas de saúde psicológica, como ansiedade ou depressão. Ain-

da, mais de 4 em cada 10 (42%) pessoas com deficiência intelectual grave ou profunda e 33% das pessoas com outras formas de deficiência relatam problemas de ansiedade, por oposição a 12% na população geral (ABS, 2019).

O sofrimento psicológico frequente está associado a comportamentos adversos à saúde (e.g., pouco exercício físico, sedentarismo, sono insuficiente), aumentando a necessidade de recurso a serviços de saúde, doenças crónicas e limitações acrescidas na vida diária. Durante a pandemia de COVID-19, o isolamento, desconexão, rotinas interrompidas e serviços de saúde diminuídos impactaram particularmente o bem-estar psicológico das pessoas com deficiência (IDPD, 2021).

Promover a Saúde Psicológica e o bem-estar das pessoas com deficiência constitui um factor protector do sofrimento psicológico decorrente dos múltiplos desafios e barreiras enfrentados por esta população. Honey et al. (2009) demonstraram que, uma maior rede de apoio social e menores dificuldades financeiras, são factores protectores do sofrimento psicológico, indicando a necessidade de inclusão na melhoria da Saúde Mental das pessoas com deficiência. Também o desenvolvimento de programas inclusivos para garantir a eliminação de barreiras ao acesso a programas de saúde são importantes para a melhoria da saúde geral e bem-estar.

2. O PAPEL DOS PSICÓLOGOS E PSICÓLOGAS JUNTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O compromisso com a defesa dos direitos humanos, com a promoção da inclusão e da coesão social é um dos princípios orientadores da prática profissional das/os Psicólogas/os, especialmente relevante na sua acção junto de pessoas com deficiência, considerando os múltiplos desafios com que esta população se depara.

Em conjunto com outros/as profissionais e nos seus diferentes contextos de actuação, **as/os Psicólogas/os oferecem um contributo fundamental para a promoção das competências e recursos de adaptação**

das pessoas com deficiência, facilitando a sua qualidade de vida e bem-estar, e prevenindo situações de risco, vulnerabilidade, discriminação e exclusão social. Intervêm assim junto de pessoas com deficiência intelectual, mas também física, motora, sensorial, de comunicação e neurológica, apoiando-as na descoberta e desenvolvimento do seu potencial. Num sentido complementar, **os Psicólogos e Psicólogas também contribuem para o desenvolvimento dos contextos de vida, promovendo nas famílias, nos locais de trabalho e na comunidade a desconstrução de barreiras sociais, sobretudo associadas a preconceitos e crenças erróneas, garantido que as pessoas com deficiência vivem com maior autonomia e com maior equidade de oportunidades e de participação cívica activa.**

Os Psicólogos e Psicólogas trabalham numa grande multiplicidade de contextos, de forma isolada ou (com maior frequência) integrados/as em equipas multidisciplinares, tendo como destinatários/as crianças, jovens, adultos/as e pessoas mais velhas, que vivem com deficiência, bem como das suas famílias e cuidadores/as, desempenhando um vasto conjunto de actividades, com vista à promoção, prevenção e recuperação/reabilitação. Algumas das funções que podem desempenhar neste âmbito incluem (mas não se limitam a):

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, PSICOSSOCIAL E COM IMPACTO NA DIMENSÃO EDUCATIVA. As/os Psicólogas/os avaliam, analisam e monitorizam as necessidades e dificuldades das pessoas com deficiência, incluindo dimensões de Saúde Psicológica, bem-estar e qualidade de vida; capacidades funcionais, cognitivas, emocionais e psicológicas; recursos e competências sociais; comportamentos e determinantes sociais que constringem a participação social e cívica destas pessoas ou promovam desigualdades, discriminação e exclusão social.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA. As/os Psicólogas/os fornecem acompanhamento psicológico às pessoas com deficiência (e.g. Aconselhamento Psicológico, consultas de Psicologia e/ou Psicoterapia, desenvolvimento Vocacional e de Carreira, desenvolvimento de Projetos e Programas), não apenas focado na limitação concreta decorrente da sua deficiência, mas nos diversos aspectos com ela relacionados que possam

impactar o quotidiano e a Saúde Psicológica, promovendo a sua autonomia, independência e autodeterminação, bem como prevenindo a repercussão social dos impactos da deficiência no que diz respeito à sua integração e igualdade de oportunidades.

PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO. As/os Psicólogas/os intervém junto de todos os agentes educativos na promoção da educação inclusiva, na prevenção de problemas de Saúde Psicológica e na intervenção precoce (por exemplo, no desenvolvimento de planos integrados com vista à diminuição de factores de risco e promoção de factores protectores para as crianças e para as famílias, incluindo as fases pré e perinatal), na transição e integração nos primeiros anos de escola, no desenvolvimento de competências sociais, emocionais e para a vida, na organização de respostas de tutoria ou na promoção da literacia e educação psicológica sobre os diferentes tipos de deficiência junto das crianças, jovens e educadores/as – no sentido do desenvolvimento de respostas relacionais, comportamentais, parentais, técnicas e de intervenção mais positivas, adaptadas e eficazes, que possam garantir a diferenciação pedagógica e responder com equidade às necessidades particulares de cada criança e jovem. A intervenção dos Psicólogos/as é ainda essencial no apoio no acesso ao ensino superior e à inclusão e desenvolvimento no contexto universitário, na promoção de políticas educativas inclusivas e operacionalização de medidas educativas específicas e diferenciadas, bem como o apoio à transição para a vida activa e facilitação da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

PROMOÇÃO DO EMPREGO E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL. As/os Psicólogas/os fornecem contributos diversos na promoção da inclusão laboral de pessoas com deficiência – no apoio às organizações na adaptação e adequação dos postos e contextos de trabalho (clima e cultura organizacional, metodologias de gestão e avaliação de desempenho, recrutamento e selecção, formação, etc.); na eliminação das barreiras comunicacionais, comportamentais, metodológicas, instrumentais e atitudinais na esfera organizacional (na eliminação de preconceitos, estereótipos e estigma associados às pessoas com deficiência); na sensibilização e capacitação de gestores e colaboradores, clarificando mitos e promovendo a diferenciação de

estratégias laborais, a equidade e a inclusão; na elaboração de intervenções, sobretudo diagnósticas e educativas, que viabilizem o acesso, a permanência, a produtividade e o bem-estar das pessoas com deficiência nos contextos laborais. Ou, ainda, realizando processos de reeducação vocacional e profissional, sobretudo quando se trata de uma deficiência ou incapacidade adquirida, bem como trabalho junto dos empregadores, ampliando o impacto das suas opções de inclusão e orientando o desenvolvimento de projectos e de estratégias de inclusão e diversidade.

PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E VIDA INDEPENDENTE. As/os Psicólogas/os actuam na prevenção e promoção da Saúde Psicológica através de intervenções para potenciar o desenvolvimento e o funcionamento óptimo das pessoas nas suas diferentes dimensões (e.g., formativas, sócio emocionais, comportamentais e vocacionais e de carreira), evitando a ocorrência de problemas e promovendo a sua adaptação aos diferentes contextos de vida (família, trabalho, comunidade). Podem contribuir diretamente para o desenvolvimento da autonomia da pessoa com deficiência, preparando-a para tomadas de decisão, para uma vida independente e para a participação cívica e exercício pleno da cidadania. Podem, ainda, contribuir para o desenvolvimento de medidas de apoio específicas para acompanhar as pessoas com deficiência na promoção da autonomia e vida independente (por exemplo, na formação das famílias, cuidadores/as informais e assistentes pessoais no sentido de promover competências e a autonomia da pessoa com deficiência), no processo de envelhecimento activo, e na promoção da saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência.

APOIO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E NÃO INSTITUCIONALIZAÇÃO. O contributo dos profissionais da Psicologia é ainda relevante no apoio a processos de desinstitucionalização e de não institucionalização, com base na autonomização e autodeterminação, na capacitação de serviços públicos para respostas sociais de atendimento ao público às necessidades de autonomia da pessoa com deficiência.

APOIO À INTEGRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL. Os Psicólogos e Psicólogas desempenham um papel

essencial no apoio à integração social da pessoa com deficiência, no apoio ao desenvolvimento de uma cidadania activa e na promoção da participação cívica, incluindo o que respeita a tomadas de decisão relativas à saúde, educação e trabalho, à melhoria das condições de acesso dos serviços de saúde, a estruturas de apoio e reabilitação, aos contextos de formação e organizacionais, à participação sociopolítica, ou à educação financeira.

PROMOÇÃO DA LITERACIA E DA INCLUSÃO. As/os Psicólogas/os promovem a acessibilidade à informação e comunicação, nomeadamente através da promoção da Literacia em Saúde, sobretudo em Saúde Psicológica e sobre a temática da deficiência junto das pessoas com deficiência, famílias, escolas, contextos laborais e comunidades. De modo transversal, colaboram no trabalho multidisciplinar junto das pessoas com deficiência, na consultoria a equipas multidisciplinares e na formação de técnicos e profissionais que trabalhem com pessoas com deficiência (e.g. assistentes pessoais, assistentes operacionais), aumentando o envolvimento de todos nos processos de inclusão.

DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Podem ainda dar um contributo importante no desenho e desenvolvimento de políticas públicas e programas com vista à melhoria das acessibilidades/mobilidade, das estruturas arquitetónicas e cidades inclusivas, e dos meios de comunicação, informação, cultura e desporto adaptados.

COMBATE AO ESTIGMA, À DISCRIMINAÇÃO E À VIOLÊNCIA. As/os Psicólogas/os podem desempenhar um papel importante nesse processo, através de estratégias de sensibilização e consciencialização dos direitos das pessoas com deficiência junto da população geral e dos profissionais e agentes directamente envolvidos com a pessoas com deficiência, bem como junto dos intervenientes dos contextos educativos, laborais e comunitários.

APOIO AOS CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS. As/os Psicólogas/os colaboram com cuidadores formais/informais ou assistentes pessoais no planeamento de estratégias e recursos que visem a autodeterminação e autonomia das pessoas com deficiência;

contribuem para a formação e a promoção da Literacia em Saúde Psicológica, nomeadamente no que diz respeito a competências e estratégias de expressão e gestão emocional; podem ainda promover o autocuidado e o equilíbrio entre a vida pessoal, familiar e profissional dos cuidadores e cuidadoras.

CONHECIMENTO, INVESTIGAÇÃO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. As/os Psicólogas/os contribuem com a sua prática e reflexão, nomeadamente em torno das realidades individuais e sociais das pessoas com deficiência, da sua saúde física/psicológica/mental e bem-estar, do impacto de medidas de saúde, educação, emprego, (des)institucionalização, cuidados formais e informais, sobre situações de pobreza e exclusão social, sobre segurança rodoviária ou sobre o impacto ambiental na incidência de deficiências. Podem fazê-lo integrados em equipas de investigação, no sentido de construir conhecimento que possa fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas adaptadas, bem como a concepção e implementação de intervenções custo-efectivas.

3. RECOMENDAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA JUNTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Fundadas na constatação de que a deficiência integra a diversidade social, as presentes recomendações têm o propósito de **incentivar os Psicólogos e Psicólogas a fortalecer os seus conhecimentos e competências profissionais para a promoção do desenvolvimento, da saúde e bem-estar das pessoas com deficiência.**

Segue-se um conjunto de sugestões que podem ajudar os Psicólogos e Psicólogas a trabalhar, em múltiplos cenários, com pessoas que vivem com diferentes condições de deficiência, incluindo em contextos hospitalares, serviços clínicos e de reabilitação, escolas, prisões, locais de trabalho e, entre outros, serviços comunitários.

RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS

GARANTIR ACESSIBILIDADES FÍSICAS E COMUNICACIONAIS

Previamente a qualquer intervenção, é recomendado que se informe e garanta, quanto possível, a existência de acessibilidades (APA, 2022). Se existe a necessidade de uma pessoa com mobilidade condicionada, por condições motoras ou sensoriais, se deslocar até um serviço, é importante que esta pessoa seja informada sobre a existência de, por exemplo, uma vaga de estacionamento acessível, rampas de acesso ou de qualquer outro recurso de acessibilidade e responda às suas eventuais limitações. Como alternativa, o/a Psicólogo/a pode optar por realizar as sessões num local mutuamente conveniente, privado e acessível, ou encaminhar a pessoa para um/a colega com competências semelhantes e cujo espaço de trabalho disponha de melhores condições de acessibilidade.

Assim como em questões de mobilidade, também é necessário informar sobre acessibilidades de comunicação. Neste caso, avaliar a eventual preferência e necessidade por meios de comunicação à distância (e.g. consultas online; chamada telefónica), ou alternativas à comunicação verbal (e.g. comunicação escrita ou assistida por tecnologias; intérpretes de língua gestual; comunicação alternativa e aumentativa), pode garantir um acesso adaptado aos serviços de Psicologia e, também, informar o/a profissional sobre eventuais adaptações das suas intervenções. Outra adaptação pode consistir na elaboração de guias fáceis para informar sobre os serviços.

Neste sentido, é recomendado que, previamente a qualquer intervenção, se esclareça com a própria pessoa – ou assistente pessoal – quais os meios de acessibilidade necessários, tomando-se decisões tendo em consideração os recursos e possibilidades existentes (Whittle et al., 2019). O/a psicólogo/a pode ainda considerar, discutindo com o/a cliente, a possibilidade de ser reencaminhado/a para um outro profissional de Psicologia que possua competências de comunicação específicas e adequadas (e.g. dominar língua gestual).

ABORDAR QUESTÕES ESPECÍFICAS DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

A prática profissional junto de pessoas com deficiên-

cia inclui particularidades no que respeita à definição e manutenção das condições de privacidade e confidencialidade, nomeadamente quando existem pessoas que desempenham um papel de intermediários na comunicação (e.g. assistentes pessoais; intérpretes) ou quando esta é realizada à distância (e.g. online; via telefónica). Nestes casos, a pessoa com deficiência deve ser informada sobre os seus direitos, éticos e legais, de privacidade e confidencialidade, assim como é recomendado que exista um diálogo sobre a natureza privada de alguns dos actos psicológicos e das eventuais implicações, benéficas e prejudiciais, da presença de outras pessoas. Por exemplo, a presença de um/a intérprete de língua gestual pode ter implicações benéficas, como facilitar a comunicação, mas também pode ter implicações prejudiciais, como condicionar a qualidade da relação terapêutica (Boness, 2016). A deliberação deve ser um processo conjunto, centrado na pessoa e que seja orientado pelo Princípio E (Benefícia e não-maleficência) do Código Deontológico.

É necessário criar procedimentos que garantam possibilidades e espaços para denúncia, incluindo dos intermediários na comunicação, uma vez que estes também podem ser os agressores.

A privacidade deve ser assegurada continuamente e de forma colaborativa, permitindo que a pessoa com deficiência se expresse e tome decisões, antes e durante os actos psicológicos, sobre a presença de assistentes pessoais ou outros meios humanos de assistência (e.g. intérpretes) – procurando promover a sua agência sobre a revelação e partilha de informações pessoais, considerando as suas implicações (Boness, 2016). Quando determinada pessoa (i.e. assistente pessoal, intérprete) se encontra, com autorização informada do/a cliente, presente nos actos psicológicos, esta deve ser considerada como um elemento da relação profissional (Chatzidamianos et al., 2019). Todavia, é importante reforçar que a intervenção deve ser feita para e com a pessoa com deficiência, nunca focando-se no intérprete de LGP ou no assistente pessoal, que constituem apenas figuras formais de apoio.

REQUERER, ESCUTAR E INTEGRAR AS PERSPECTIVAS DOS/AS CLIENTES

A promoção da autodeterminação das pessoas com deficiência requer que sejam criadas condições para

que estas se possam expressar sobre diferentes serviços e intervenções que impactam a sua saúde, desenvolvimento e bem-estar (Wehmeyer, 2021). Os/as profissionais de Psicologia devem, assim, requerer feedback contínuo sobre o grau de satisfação da pessoa com as adaptações e acessibilidades físicas e comunicacionais existentes, sobre a melhor forma de adaptar métodos ou práticas que não têm directrizes de adaptação e, inclusivamente, sobre o próprio processo de construir serviços e intervenções inclusivas (e.g. Shogren et al., 2015) – a integração das suas perspectivas será importante no desenvolvimento de melhores serviços para pessoas que vivem com condições de deficiência semelhantes.

CONHECER OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Reconhecendo-se que as pessoas com deficiência enfrentam várias barreiras e desafios na sua vida quotidiana, e que estes se relacionam com dificuldades de Saúde Psicológica, é recomendado que os/as profissionais de Psicologia conheçam os Direitos das pessoas com deficiência e as leis e serviços portugueses que os asseguram – esta informação encontra-se disponível no **'Guia Prático: Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal'**. Desta forma é possível empoderar as pessoas com deficiência, e as respectivas famílias, informando sobre direitos e serviços que, eventualmente, poderão ajudar a minimizar barreiras e desafios que encontram em diferentes momentos do desenvolvimento e nos diferentes contextos de vida.

RECOMENDAÇÕES PARA A COMUNICAÇÃO E ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO

RECONHECER VALORES, CRENÇAS, PERSPECTIVAS E EXPECTATIVAS PESSOAIS RELATIVAS À DEFICIÊNCIA QUE POSSAM INFLUENCIAR O ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO PROFISSIONAL

O/a profissional de Psicologia deve ter consciência dos preconceitos, crenças e reacções emocionais que, com base em processos implícitos, podem contribuir para um julgamento enviesado das pessoas com deficiência ou do próprio profissional e, eventualmente, podem prejudicar o estabelecimento da relação profissional – seja esta terapêutica, de avaliação clínica ou em contexto de recrutamento, por exemplo – e condi-

cionar a tomada de decisão, devendo orientar-se pelos Princípio A (Respeito pela dignidade e direitos da pessoa) e D (Integridade) do **Código Deontológico**.

Duas das estratégias recomendadas para que os/as profissionais possam lidar com preconceitos, suposições erradas e reacções emocionais negativas, bem como para remover ou minimizar enviesamentos, são (1) a tomada de consciência e auto-avaliação dos próprios valores, crenças e atitudes que podem ser diferentes dos do/a cliente e, inclusive, podem ser discriminatórios (e.g. crenças capacitistas), e (2) o desenvolvimento em actividades de cariz social, formativo e cultural (e.g. voluntariado ou formações ministradas por pessoas com deficiência) relacionadas com a deficiência, que permitam experienciar as dificuldades reais destas pessoas nos contextos de vida e o efeitos de intersecções de identidade (e.g., sexo, género, etnia, religião) na experiência de viver com deficiência (e.g., Banks et al., 2015). No mesmo sentido, os Psicólogos e Psicólogas podem ainda ouvir e conversar com pessoas com deficiência, contactando com as suas narrativas sobre a vivência em sociedade.

CONSIDERAR AS ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS A UMA COMUNICAÇÃO FLUÍDA

Dependendo das suas características e limitações, a comunicação com uma pessoa com deficiência pode exigir uma atenção adicional à comunicação verbal e não-verbal. Por exemplo, uma pessoa surda ou com deficiência auditiva pode beneficiar de que se mantenha o contacto ocular e que se fale devagar, uma pessoa com deficiência visual pode beneficiar de uma comunicação verbal clara e descritiva, num ambiente com pouco ruído. É necessário considerar a necessidade – previamente avaliada, como anteriormente referido – de utilização de tecnologias de assistência (e.g. intérpretes de língua gestual; placas de fala, sintetizadores de fala, comunicação alternativa e aumentativa, documentos em braille ou descrições verbais) que facilitem comunicação durante os actos de avaliação ou intervenção psicológica (APA, 2022). No caso das pessoas com deficiência intelectual, pode ser necessário adaptar outros aspectos da comunicação, como, por exemplo, Guias Fáceis, o uso de linguagem concreta e não metafórica, frases curtas, pausas aumentadas, instruções, repetições ou dicas (visuais, auditivas e/ou cinestésicas). No autismo, pode ajudar

a comunicação directa, utilizar escrita para partilha de detalhes, dar tempo para processar informação ou permitir marcações online. É recomendado requerer o feedback da pessoa sobre a comunicação, permitindo que o/a psicólogo/a se possa melhor adaptar.

Em situações de comunicação com clientes, com ou sem deficiência, com outros profissionais e/ou em intervenções de promoção da literacia em Saúde, é recomendada a utilização de linguagem inclusiva que coloque a pessoa em primeiro lugar (e.g. utilizar pessoa com deficiência”, em vez de “deficiente”; “pessoa com amputação”, em vez de “amputado/a”; “pessoa cega ou com incapacidade visual”, em vez de “cego”) prevenindo a perpetuação de linguagem discriminatória (Andrews et al., 2019). Todavia, o mais importante é perguntar à pessoa qual é a sua preferência e utilizar-se a preferência pessoal indicada. Por exemplo, no caso do Autismo, a preferência mais generalizada é a utilização de “pessoa autista” (Taboas et al., 2023).

PROVIDENCIAR UM CONSENTIMENTO INFORMADO ACESSÍVEL

O estabelecimento da relação profissional deve incluir um consentimento informado que informe o/a cliente sobre a natureza da relação, os seus direitos enquanto cliente, os objectivos, potenciais benefícios e riscos de determinado acto psicológico e, em casos de intervenção psicológica, evidências e alternativas terapêuticas – como orienta o Princípio Específico do Consentimento informado do Código Deontológico. Este consentimento pode ser adaptado tendo em conta as características da pessoa, por exemplo, para pessoas com deficiência visual, pessoas cegas ou com baixa visão, que saibam ler, pode ser redigido em braille (Carey & Ryan, 2019). No caso de pessoas com deficiência intelectual, o seu consentimento pode ser conferido através de métodos de apoio de decisão e/ou podem usar-se imagens ou pictogramas que facilitem a comunicação (Sugiura et al., 2020).

Neste sentido, e pressupondo que, em condições devidamente adaptadas, qualquer pessoa é capaz de tomar decisões deliberadas, o consentimento informado deve ter em consideração as eventuais limitações da pessoa, vinculando informação numa forma (i.e. escrito, verbal ou visual, mas sempre registado), estrutura e complexidade adequadas às suas competências cog-

nitivas e linguísticas. O consentimento deve ser continuamente assegurado, pois a pessoa pode, a qualquer momento, optar por não participar na avaliação ou intervenção. Esta sensibilidade em assegurar um consentimento contínuo será tanto mais necessária quanto maior o grau de dificuldades da pessoa em expressar-se (Horner-Johnson & Bailey, 2013).

Quando não é possível assegurar inequivocamente o consentimento informado através da própria pessoa, como pode acontecer com pessoas com deficiência intelectual profunda, é recomendado que o/a psicólogo/a procure tomar uma decisão tendo em vista o superior interesse da pessoa, considerando as circunstâncias e a urgência da intervenção. Existe uma diferente responsabilidade e urgência em, por exemplo, obter consentimento para participar num estudo científico ou numa intervenção psicológica num momento de crise. Neste processo, quando possível, deve ser priorizado o apoio à decisão, incluindo, em último recurso, a informação de diferentes terceiros que conhecem a pessoa (e.g. familiares próximos, cuidadores/as formais; assistentes pessoais) e que, eventualmente, poderão ajudar a compreender a decisão do/a cliente através de comportamentos não-verbais (Lodge, 2021).

RECOMENDAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

PROCURAR ESTAR FAMILIARIZADO/A COM A EXPERIÊNCIA DE VIVER COM DEFICIÊNCIA

A familiarização com a experiência de viver com uma deficiência aumenta a empatia e a compreensão e potencia a eficácia das avaliações e intervenções (APA, 2022). Para trabalhar eficazmente com pessoas com deficiência, os/as Psicólogos e Psicólogas devem estar profundamente familiarizados/as com a forma como a deficiência e factores relacionados influenciam a Saúde Psicológica, o bem-estar e o funcionamento das pessoas com deficiência – por exemplo, capacidades funcionais, dor, idade de início, se a deficiência é estática, episódica ou progressiva – e com os desafios associados a esta condição, nomeadamente, reconhecendo que as pessoas com deficiência possuem identidades interseccionais específicas, mas não se reduzem à soma dessas identidades. É

recomendado considerar a forma como as questões relacionadas com a deficiência interagem com outras identidades e experiências culturais e sociais e como os seus efeitos combinados se reflectem em discriminação e no bem-estar psicológico.

É ainda recomendado conhecer os desafios específicos associados às diferentes etapas do desenvolvimento (nomeadamente, a infância, transição para a idade adulta, a idade adulta e a idade adulta mais avançada) e reconhecer como estes afectam as pessoas com vários tipos de deficiência e diferentes níveis de necessidades de apoio. As pessoas com deficiência enfrentam as mesmas tarefas desenvolvimentais que todas as pessoas – por exemplo, desenvolver um sentido de identidade e estabelecer relações sociais positivas e íntimas – no entanto, pelas normas e expectativas sociais características de determinada cultura, estas pessoas podem enfrentar desafios acrescidos (McAdams & Oslon, 2010; Roy, Retzer & Sikabofori, 2015). A capacidade de atingir metas de desenvolvimento está, geralmente, menos dependente da natureza da deficiência e mais dependente do tipo de relação estabelecido com a família e amigos e da interacção sistémica com escolas, empregadores, comunidade e profissionais de saúde (Goodley & Lawthom, 2006; Olkin, 2012).

COMPLEMENTAR DIFERENTES INFORMAÇÕES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Sempre que tal seja relevante, a avaliação psicológica junto de pessoas com deficiência deve integrar informação de várias fontes, incluindo informações médicas (e.g. comorbidades, medicação, tipologia de lesões e grau de incapacidade, manifestações físicas da deficiência, comportamentos afectados por factores relacionados com a deficiência), psicossociais, que permita reconhecer o funcionamento da pessoa (e.g. Identidade pessoal, crenças pessoais e de auto-eficácia, competências e potencialidades percebidas; grau de inclusão/exclusão social percebido), funcionais, que permitem reconhecer como a pessoa interage com o ambiente e as suas dificuldades e pontos fortes, e, também, demográficas e culturais, que permitam vislumbrar as condições de vida e as eventuais barreiras que a pessoa encontra nos contextos que participa (APA, 2022).

É recomendado que, através da complementaridade destas informações, se desenvolvam conceptualizações e planos de intervenção compreensivos e multidimensionais, considerando as dificuldades da pessoa, mas também os recursos e barreiras que existem nos contextos em que participa. É ainda recomendado que a pessoa com deficiência possa, numa lógica colaborativa, participar na identificação de outras informações que possam ser consideradas relevantes.

GARANTIR A ADEQUAÇÃO E VALIDADE DOS MÉTODOS E NORMAS DE AVALIAÇÃO CONSIDERANDO FACTORES RELACIONADO COM A DEFICIÊNCIA

É da maior importância considerar que a fiabilidade e a validade da avaliação psicológica da pessoa com deficiência podem ser afectadas por factores muito diversos, por exemplo, o tipo e o nível de necessidades de apoio, a força física, equilíbrio e coordenação, efeitos de medicação, velocidade de processamento de informação e atenção ou capacidade de comunicação. A acessibilidade do instrumento (e.g., física, cognitiva, linguística) pode afectar os resultados obtidos, resultando em diagnósticos imprecisos ou mesmo recomendações terapêuticas não adequadas às necessidades da pessoa.

É recomendado que Psicólogos e Psicólogas considerem (1) os efeitos da deficiência e factores relacionados na selecção dos testes a utilizar (e.g., tipo e grau de deficiência) e adaptações necessárias; (2) o ambiente de teste e da administração do mesmo; e (3) os factores que podem influenciar a interpretação dos resultados (APA, 2022). Neste sentido, quando possível e considerando as implicações, os/as psicólogos/as podem adaptar o processo de avaliação por forma a minimizar o impacto de tais problemas, nomeadamente: a) alterando o formato de apresentação do instrumento ou adaptando as instruções; b) adaptando o formato das respostas; c) adaptando o tempo de resposta; d) eliminando determinados itens ou secções; ou f) usando instrumentos alternativos.

A alteração do formato de apresentação, por exemplo, é uma estratégia muito comum na avaliação de pessoas com deficiência: um teste de papel e lápis pode, alternativamente, ser administrado em braille, num formato áudio ou numa modalidade digital. Alterar o tempo de resposta, ou permitir que a pessoa

utilize modalidades de resposta alternativas, pode potencializar respostas com maior grau de precisão. Alterar o ambiente é também uma adaptação frequente, tornando-o fisicamente mais acessível e/ou reduzindo estímulos e ruídos. Um diálogo aberto com a pessoa sobre como, em momentos anteriores na escola ou no trabalho, foram adaptados testes e provas de avaliação podem ajudar o/a psicólogo/a a melhor adaptar o processo de avaliação psicológica às características e experiências prévias do/a cliente.

Na selecção de instrumentos de avaliação, os Psicólogos e Psicólogas devem assegurar que os instrumentos se encontram aferidos para a população e/ou grupo. Por exemplo, alguns instrumentos de avaliação de sintomatologia depressiva não foram validados para indivíduos com deficiências específicas. Dado que tais escalas medem, entre outros, aspectos como a percepção de saúde, dor e fadiga, os resultados podem indicar, para tais indivíduos, um diagnóstico de depressão quando este não existe (ou o contrário). No sentido de potenciar a validade das avaliações, deve privilegiar-se a escolha de instrumentos que maximizem a recolha de informações, bem como reconhecer as ameaças à validade da avaliação quando o indivíduo avaliado não estiver bem representado em amostras normativas relevantes.

No que diz respeito à construção e modificação de instrumentos de avaliação, é necessário considerar que modificar um teste para pessoas com deficiência não se resume em alterar determinado aspecto ou item, sem avaliar as consequências na avaliação psicológica como um todo e nos resultados e procedimentos do próprio teste. O uso de certos tipos de adaptações pode modificar o construto a ser medido, ressaltando-se ainda que quaisquer ajustes nos procedimentos padronizados dos testes e materiais assumem o risco de causar mudanças nas características dos instrumentos, invalidando os resultados obtidos. Sempre que possível, a consulta de especialistas na área do construto ou de Psicólogos/as que vivem com a deficiência para o qual o teste está a ser adaptado é recomendável.

Em suma, qualquer adaptação sem prévio estudo ou sem consultoria de um/a especialista não é recomendada. Nos casos em que o teste é inapropriado para

as características da pessoa, o/a Psicólogo/a deverá realizar a avaliação recorrendo a outros recursos da Psicologia.

CONSIDERAR O EFEITO DE POSSÍVEIS ENVIESAMENTOS NA ESCOLHA DO TRATAMENTO

É possível que os/as Psicólogos e Psicólogas possam pressupor que os problemas das pessoas com deficiência intelectual decorrem da sua deficiência, em detrimento de outras condições psicológicas como, por exemplo, a depressão, ou, ainda, presumir que são incapazes de aderir a determinadas intervenções ou que são incompetentes para tomar as suas próprias decisões relacionadas com o tratamento (Mason & Scior, 2004). Estas percepções errôneas são exemplos de diagnóstico ofuscado, ou seja, da tendência para enfatizar demasiado ou colocar, erradamente, a tónica na condição de deficiência, ignorando outros aspectos relevantes como, por exemplo, eventos de vida ou capacidades e recursos da pessoa.

Os Psicólogos e as Psicólogas podem também subestimar preocupações relacionadas com a deficiência, presumindo, enviesadamente, que os/as clientes a instrumentalizam, utilizando-a como desculpa para evitar acções, para diminuir o confronto com as suas próprias vulnerabilidades ou características específicas ou, ainda, presumindo que certas modalidades de tratamento, intervenções ou orientações teóricas são ou não adequadas em função do tipo de deficiência da pessoa – por exemplo, supor que alguém com deficiência intelectual não beneficiará de psicoterapia individual ou que uma pessoa com deficiência motora não beneficiará de intervenções de activação comportamental de envolvam actividade física (Turner et al., 2019).

De forma a reduzir o risco de enviesamento, os Psicólogos/as podem:

- Desenvolver conceptualizações complexas com base na literatura pertinente e na experiência individual da pessoa com deficiência (e.g., Sandoval et al., 1998);
- Considerar o impacto de experiências de vida, relacionadas ou não com o tipo e grau de deficiência, que podem impactar actuais problemas psicológicos do/a cliente;
- Considerar hipóteses integrativas concorrentes sobre as questões da pessoa e validá-las usando avalia-

ção confirmatória e não confirmatória (e.g., Sandoval et al., 1998);

- Avaliar os recursos e fragilidades do funcionamento da pessoa, focados na questão/problema de referência (Schultz & Stewart, 2008).

CONSIDERAR NECESSIDADES E DIFICULDADES QUE SE RELACIONAM, OU NÃO, COM A DEFICIÊNCIA

Nem todas as pessoas com deficiência procuram ajuda psicológica com o objectivo directo de se adaptar à condição de deficiência ou, ainda, não consideram que a condição de deficiência contribua para as suas dificuldades. É recomendado cautela na consideração de que a deficiência pode ser a principal razão pela qual uma pessoa procura apoio psicológico. É também possível que, no decurso do acompanhamento, a pessoa se torne mais consciente do impacto da deficiência, e das diferentes barreiras físicas e sociais, nas suas experiências e quotidiano. Logo, embora a experiência da deficiência seja um motivo comum de procura por serviços psicológicos, muitas pessoas procuram apoio por outros motivos. Algumas poderão procurar apoio psicológico para melhorar a sua qualidade de vida, as suas relações, fazer uma escolha de carreira ou procurar novas oportunidades de aprendizagem.

Os Psicólogos e Psicólogas devem reconhecer que as pessoas com deficiência que procuram apoio psicológico (ou diagnóstico), tal como todas as pessoas, respondem de forma única às suas circunstâncias individuais e à intervenção. Intervenções que consideram os recursos individuais da pessoa com deficiência demonstraram aumentar a auto-estima, o sentido de empoderamento e a resiliência (e.g. Olkin, 2012).

Não obstante, os Psicólogos e Psicólogas podem considerar diferentes áreas de intervenção que poderão ser mais prováveis de emergir no trabalho junto de pessoas com deficiência (APA, 2022), nas quais se incluem:

- Facilitação do desenvolvimento positivo da identidade da deficiência, que pode incluir a reformulação de crenças e valores face à sua condição;
- Facilitar o reconhecimento dos seus Direitos enquanto cidadãos com deficiência e empoderando no sentido de aceder e reivindicar serviços e recursos;
- Gestão de situações de bullying e discriminação;
- Apoio ao desenvolvimento/manutenção de uma ima-

gem corporal saudável;

- Apoio ao desenvolvimento de uma identidade e expressão sexual e de estratégias para a resolução de potenciais desafios associados à expressão/intimidade sexual;
- Promoção da resiliência e da auto-eficácia;
- Planeamento e monitorização de estratégias para maximizar o desempenho cognitivo e académico – com possíveis efeitos na auto-suficiência financeira;
- Apoio à gestão da medicação e na adaptação a tecnologias de assistência;
- Colaboração com familiares, cuidadores/as e ou assistentes pessoais no planeamento de estratégias e recursos que visem a autodeterminação e autonomia;
- Promoção de comportamentos saudáveis que possam potenciar a qualidade de vida e prevenir problemas que coloquem em causa a independência da pessoa;
- Promoção de estratégias e planos em situações de emergência (e.g. incêndio).

Caso a pessoa não mencione ou identifique dificuldades relacionadas com a deficiência, e se o/a psicólogo/a considerar que esta informação é relevante para a adaptação da intervenção, pode, numa perspectiva colaborativa, perguntar se a sua condição de deficiência contribui de alguma forma para a sua dificuldade ou se condiciona a sua acessão a determinado tipo de intervenção (Olkin, 2017) – deixando em aberto a possibilidade, se o/a utente assim o entender, de explorar possíveis implicações.

RECONHECER E CONTRIBUIR PARA O COMBATE AO ABUSO E VIOLÊNCIA

Reconhecendo que as pessoas com deficiência podem estar vulneráveis a diversos tipos de violência e abuso, com sérios impactos na sua Saúde Física e Psicológica, é recomendado que os Psicólogos e Psicóloga reconheçam os sinais e dinâmicas de violência associada à deficiência, estando capacitados para identificar situações de abuso e, discutindo com o/a cliente, planos de segurança. O desenvolvimento de literacia sobre violência e discriminação pode ter um efeito protector (Curry et al., 2011). Quando o abuso ou a situação de violência envolve pessoas próximas (e.g. cuidadores/as; assistentes pessoais), a pessoa com deficiência deve ser informada sobre a possibilidade de denúncia e deve ser envolvida neste processo, pro-

movendo-se a sua autodeterminação no considerar de soluções.

Além destas acções, os/as Psicólogos e Psicólogas podem, por meio do acompanhamento individual, de grupo ou de casal, desempenhar um papel fundamental na redução de potenciais factores de risco para o abuso e violência:

- Promovendo a literacia sobre os vários tipos de abuso, utilizando exemplos e delineando os limites do cuidado (por exemplo, toque apropriado e inadequado durante momentos de higiene);
- Discutindo relações consensuais e desenvolvimento sexual saudável;
- Apoiando a pessoa com deficiência a identificar o uso de poder;
- Apoiando a pessoa com deficiência no desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal e resolução de conflitos e assertividade nas relações;
- Desafiando eventuais crenças distorcidas da pessoa com deficiência que possam ser fruto do seu contexto, história e valores (por exemplo, de que merece ser abusada), facilitando o desenvolvimento da auto-estima e a afirmação do seu valor;
- Discutindo estratégias potenciais para expandir as redes sociais da pessoa com deficiência, reduzindo o risco de isolamento social e aumentar a segurança pessoal;
- Avaliando a capacidade e a possibilidade da pessoa com deficiência abandonar a relação abusiva;
- Colaborando com instituições comunitárias na garantia da acessibilidade de informação e materiais relacionados com deficiência, violência e abuso, promovendo a disseminação de informação sobre violência e abuso e possíveis sinais de alerta, assim contribuindo para a melhoria dos serviços para pessoas com deficiência na comunidade.

PARTICIPAR EM FORMAÇÃO ESPECÍFICA E ESPECIALIZADA

De acordo com o Princípio B (Competência) do **Código Deontológico**, os/as Psicólogos e Psicólogas têm o dever de exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante actualização profissional. A competência é adquirida através de uma formação teórica e prática especializada, constantemente actualizada, bem

como de uma formação prática supervisionada por Psicólogos/as. Cada Psicólogo/a deve garantir as suas qualificações particulares em virtude dos seus estudos, formação e experiência específicas, fixando pelas mesmas os seus próprios limites.

A prática competente depende, portanto, de formação contínua e especializada que possa oferecer aos/às profissionais informação e conhecimento para compreender a diversidade da experiência da deficiência física, intelectual, sensorial ou múltipla, bem como ferramentas para uma actuação consciente, crítica e culturalmente sensível nos diferentes contextos de trabalho com pessoas que vivem com deficiência. A formação nesta área deve, idealmente, integrar ainda oportunidades de formação desenvolvida por pessoas com deficiência e mobilização de recursos internos dos/as profissionais para a melhoria da intervenção junto das pessoas com deficiência, através da promoção da reflexão e discussão em contexto de supervisão, intervisão, grupos de trabalho ou consultoria, contextos que podem ser particularmente benéficos quando os/as profissionais enfrentam situações éticas ambíguas ou desafiantes.

Considera-se que a formação especializada nesta área de trabalho deve contemplar (mas não se limitar a) oportunidades de:

- Revisão crítica da evolução histórica do conceito de deficiência;
- Aprofundamento do conhecimento e debate crítico dos paradigmas e modelos que enquadram a experiência de viver com deficiência;
- Investigação da natureza única da experiência da deficiência (desde o momento do diagnóstico) e seu impacto específico nas diversas tarefas de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida;
- Exploração das especificidades da intervenção psicológica junto das pessoas com deficiência, nos múltiplos contextos de intervenção dos/as psicólogos;
- Exploração das especificidades da relação terapêutica com as pessoas com deficiência;
- Exploração das especificidades da avaliação psicológica das pessoas com deficiência;
- Familiarização com a legislação nesta matéria, programas e apoios disponíveis para pessoas com deficiência, e respetiva actualização;
- Reflexão sobre o papel da Psicologia e dos/as Psi-

cológicos no desenho e implementação de políticas públicas dirigidas a pessoas com deficiência.

RECOMENDAÇÕES PARA INTERVENÇÕES NOS CONTEXTOS DE VIDA

PROMOVER MUDANÇAS SISTÉMICAS

A Psicologia pode oferecer importantes contribuições para compreender, explicar e apoiar as pessoas com deficiência, advogando por melhores condições para a sua integração e participação social, através de um processo colaborativo e considerando os diversos agentes e estruturas que integram uma perspectiva ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1995) – nomeadamente, as famílias, profissionais de saúde, professores/as e educadores/as, nos diferentes locais de trabalho, serviços e comunidades.

Considerando a interacção entre diferentes agentes dos diferentes sistemas, é recomendando que os Psicólogos e Psicólogas considerem intervir nos contextos alargados e junto de outros profissionais, minimizando barreiras e promovendo contextos de vida mais inclusivos. Por exemplo, desenvolver competências para a empregabilidade junto de uma pessoa com deficiência exige também, em sentido complementar, que os contextos laborais funcionem numa perspectiva inclusiva e, por exemplo, que os profissionais de recrutamento e selecção detenham a literacia e as competências necessárias a realizar o seu trabalho considerando a eventual influência de preconceitos e crenças erróneas face a pessoas com deficiência – uma barreira social que estas pessoas enfrentam no acesso ao emprego.

Recorrer ao conhecimento da Ciência Psicológica para a definição de políticas públicas que permitam transformar as instituições de ensino, os locais de trabalho e, por exemplo, os serviços de Saúde, é também uma forma de os profissionais de Psicologia contribuírem para a construção de uma comunidade mais inclusiva e promotora da Vida Independente. É recomendado que, neste processo de advogar pela definição e implementação de políticas inclusivas, por exemplo, nas escolas, se incluam as perspectivas das crianças e jovens com deficiência na identificação de barreiras, necessidades e eventuais soluções (UNESCO, 2017).

RECONHECER A REALIDADE DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

É importante que os Psicólogos e Psicólogas detenham um conhecimento sobre as realidades familiares associadas à experiência da deficiência. As famílias podem ter reacções diversas face à condição de deficiência de um familiar. Os elementos da família podem sentir-se sobrecarregados e ansiosos, mas também aliviados, porque as suas questões de diagnóstico foram respondidas – como frequentemente acontece, por exemplo, aquando do diagnóstico de uma perturbação do espectro do autismo (e.g. Robinson et al., 2015).

Os elementos da família também costumam assumir papéis adicionais como parte da rede social das pessoas com deficiência. Muitos tornam-se cuidadores/as, atendendo a necessidades de cuidados pessoais, transporte ou consultas médicas e terapêutica, advogando ainda por melhores serviços de saúde, escolares, vocacionais/de carreira e comunitários para os seus familiares com deficiência, tarefas que resultam em perda de horas de trabalho e de tempo para si e que podem ainda significar encargos financeiros acrescidos. Estas exigências podem fazer com que os elementos da família se sintam frustrados, irritados, confusos, exaustos ou tristes (e.g. Brickell, et al., 2020; Robinson et al., 2015) ou ainda despreparados ou inadequadamente treinados para assumir estes papéis. No entanto, o apoio positivo e as contribuições de cuidadores/as demonstram contribuir para reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a resiliência de indivíduos com deficiência, pelo que o apoio da família é vital para a saúde e bem-estar destas pessoas (e.g. Robinson et al., 2015).

É recomendado que os Psicólogos e as Psicólogas reconheçam as necessidades e potencialidades únicas de cada família, com base no seu histórico sociocultural, por forma a promover a adaptação familiar, promover o desenvolvimento de competências de resolução de problemas centrado na família, desenvolver a resiliência, o apoio emocional e a auto-estima e fortalecer o funcionamento familiar (e.g. Elliott et al., 2014) – factores protectores da saúde psicológica e autodeterminação das pessoas com deficiência.

INCLUIR AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO DESENHO DE CAMPANHAS SOCIAIS

Os Psicólogos e as Psicólogas podem contribuir para a promoção da literacia em diversidade social e para o desenvolvimento de campanhas sociais que permitam desconstruir crenças capacitistas relativas a pessoas com deficiência. Construir contextos inclusivos requer que as diferentes pessoas, que participam nos diferentes contextos, reconheçam os Direitos e as potencialidades das pessoas com deficiência e que, funcionando numa lógica de interdependência, permitam uma vida mais autónoma e participativa para todos os cidadãos e cidadãs.

É recomendado que, no desenho de campanhas sociais, as pessoas com deficiência sejam incluídas, assegurando que a mensagem que se pretende transmitir é representativa das suas experiências e dos diferentes papéis activos que podem ter na comunidade. A consciencialização social é também uma forma de mobilizar a sociedade civil para se criarem respostas para os desafios e barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam, caminhando no sentido de uma sociedade mais inclusiva.

DOCUMENTO ELABORADO COM A COLABORAÇÃO DE:

Catarina Oliveira

Consultora para a Diversidade, Equidade e Inclusão

Sara Rocha

Presidente da Associação Portuguesa Voz do Autista e
Vice-Presidente da European Council of Autistic People

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Australian Bureau of Statistics (2019) Microdata: National Health Survey: First Results, 2017–18. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/national-health-survey-first-results/latest-release>.

American Psychological Association (2022). APA Guidelines for Assessment and Intervention with Persons with Disabilities. Washington, DC: American Psychological Association.

Andrews, E. E., Forber-Pratt, A. J., Mona, L. R., Lund, E. M., Pilarski, C. R., & Balter, R. (2019). #SaytheWord: A disability culture commentary on the erasure of “disability.” *Rehabilitation Psychology*, 64(2), 111–118.

Banks, M., Brown, K., Mona, L. & Ackerman, R. (2015). Women with disabilities: Affirmative practice and assessment. In C. Z. Enns, J. K. Rice, & R. L. Nutt (Eds.), *Psychological practice with women* (pp. 159–190). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/14460-007>.

Barata, R., & Pena, M. J. (2021). (Re)pensando significados e trajetórias para a ‘vida independente’ das pessoas com deficiência intelectual: uma reflexão para o serviço social. In R. Barata, L. Anile, T. Valduga & A. Cardial (Eds), *Produção de Conhecimento, Prática Profissional e Políticas Públicas: Reflexões desde o Serviço Social Português e Brasileiro* (pp. 238 - 269). Escritos.

Boness, C. L. (2016). Treatment of deaf clients: ethical considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 26(7), 562-585.

Brickell, T., Cotner, B., French, L., Carlozzi, N., O’Connor, D., Nakase-Richardson, R. & Lange, R. (2020). Severity of military traumatic brain injury influences caregiver health-related quality of life. *Rehabilitation Psychology*, 65(4), 377–389. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/rep0000306>.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619–647). American Psychological Association.

Capucha, L., Nogueira, J., Querido, L., Calado, A., ... & Pena, M., J. (2021). Avaliação Intercalar do Modelo de Apoio à Vida Independente em Portugal. Lisboa: ISCTE.

Carey, E., & Ryan, R. (2019). Informed Consent. In Matson, J. L. (eds), *Handbook of Intellectual Disabilities* (pp.221-245). Springer.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Common Barriers to Participation Experienced by People with Disabilities. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>.

Chatzidamianos, G., Fletcher, I., Wedlock, L., & Lever, R. (2019). Clinical communication and the ‘triangle of care’ in mental health and deafness: Sign language interpreters’ perspectives. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 2010-2015.

Cole, E. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170–180.

Cree, R., Okoro, C., Zack, M. & Carbone, E. (2020). Frequent Mental Distress Among Adults, by Disability Status, Disability Type, and Selected Characteristics- United States, 2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1238–1243.

Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.

Curry, M., Renker, Robinson-Whelen, S., Hughes, R., Swank, P, Oswald, M. & Powers, L. (2011). Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities. *Violence and victims*, 26(4), 430–444.

- Di Maggio, I., Santilli, S., Nota, L., & Ginevra, M. (2019). The Predictive Role of Self-Determination and Psychological Empowerment on Job Satisfaction in Persons with Intellectual Disability. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3, 197-203.
- Diniz, D., Barbosa, L., & Rufino dos Santos, W. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>.
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) (2018). *Necessidades Especiais de Educação 2017/2018 - Breve Síntese de Resultados*. Disponível em: <https://www.dgeec.mec.pt/np4/224/>.
- Disabled World (2022). *Disability Statistics: Information, Charts, Graphs and Tables*. Disponível em: <https://www.disabled-world.com/disability/statistics>.
- Elliott, T. R., Berry, J. W., Richards, J. S., & Shewchuk, R. M. (2014). Resilience in the initial year of caregiving for a family member with a traumatic spinal cord injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1072–1086. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0037593>.
- Eurofound (2022). *People with disabilities and the COVID-19 pandemic: Findings from the Living, working and COVID-19 e-survey*. COVID-19 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Gomes, J. C., Neto, L., & Vítor, P. T. (2020). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Comentário*. Lisboa: Imprensa Nacional. Disponível em: <https://impresanacional.pt/wp-content/uploads/2022/03/Convencaosobreosdireitosdaspeessoascomdeficiencia.pdf>.
- Goodley, D., & Lawthom, R. (Eds.). (2006). *Disability and psychology: Critical introductions and reflections*. Macmillan International Higher Education.
- Honey, A., Emerson, E. & Llewellyn, G. (2011). The mental health of young people with disabilities: impact of social conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 1-10. Disponível em: <http://doi:10.1007/s00127-009-0161-y>.
- Horner-Johnson, W., & Bailey, D. (2013). Assessing understanding and obtaining consent from adults with intellectual disabilities for a health promotion study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 10(3), 1-10.
- International Day of People with Disabilities (2020). 2021 IDPWD THEME: Fighting for rights in the post-COVID era. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/mental-health-for-all.html>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022). *O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidades – Censos 2021*. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/66200373>.
- Lawson, A., & Becket, A. E. (2021). The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis. *The International Journal of Human Rights*, 25(2), 348-379.
- Lindsay, S., Fuentes, K., Tomas, V., & Hsu, S. (2023). Ableism and workplace discrimination among youth and young adults with disabilities: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(1), 20-36.
- Lodge, K. (2021). *Consent and people with an intellectual disability: The basics*. Retirado de: <https://www.herts.ac.uk/intellectualdisability/how-to-guides/articles/consent-and-people-with-an-intellectual-disability-the-basics-2021>.
- Mackelprang, R., & Salsgiver, R. (2016). *Disability: A diversity model approach in human service practice*. Oxford University Press.
- Martinello, E. (2014). Reviewing Strategies for Risk Reduction of Sexual Abuse of Children with Intellectual Disabilities: A Focus on Early Intervention. *Sexuality and Disability*, 32, 167–174. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9345-9>.
- Martins, B. S., Fontes, F., Hespanha, P. & Berg, A. (2012). A emancipação dos estudos da deficiência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98. Disponível em: <http://rccs.revues.org/5014>.

- Mason, J. & Scior, K. (2004). 'Diagnostic Overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85–90.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 517–542.
- National Institute on Disability, Independent Living, Research, and Rehabilitation (2019). NIDILRR long-range plan 2018–2023. Disponível em: <https://acl.gov/sites/default/>
- Null, R. (2013). *Universal Design: Principles and Models*. United Kingdom: Taylor & Francis.
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos (2021). *Pessoas com Deficiência em Portugal – Indicadores de Direitos Humanos 2021*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP).
- Olkin, R. (2012). Disability: A primer for therapists. *The Oxford handbook of counseling psychology*, 460–479.
- Olkin, R. (2017). *Disability-Affirmative Therapy: A case formulation template for clients with disabilities*. New York: Oxford University Press.
- Olusanya, B. O., Kancherla, V., Shaheen, A., Ogbo, F. A., & Davis, A. C. (2022). Global and regional prevalence of disabilities among children and adolescents: Analysis of findings from global health databases. *Frontiers in Public Health*, 10: 977453, 1-19.
- Pinto, P., Neca, P., & Bento, S. (2022). *Pessoas com deficiência em Portugal: indicadores de Direitos Humanos 2021*. Lisboa: Observatório da Deficiência e Direitos Humanos.
- Ravesloot, C., Ruggiero, C., Ipsen, C., Traci, M., Seekins, T., Boehm, T., Ware-Backs, D. & Rigles, B. (2011). Disability and health behavior change. *Disability and Health Journal*, 4(1), 19–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.05.006>.
- Ravesloot, C., Seekins, T., Traci, M., Boehm, T., White, G., Witten, M. H., Mayer, M. & Monson, J. (2016). Living Well with a Disability, a Self-Management Program. *MMWR Supplements*, 65(1), 61–67..
- Roy, M., Retzer, A., Sikabofori, T. (2015). Personality development and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 35–39.
- Robinson, C., York, K., Rothenberg, A. & Bissell, L. (2015). Parenting a child with Asperger's syndrome: A balancing act. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2310–2321.
- Sandoval, J., Frisby, C., Geisinger, K., Scheuneman, J. & Grenier, J. R. (1998). *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shogren, K. A., Gross, J. M. S., Forber-Pratt, A. J., Francis, G. L., Satter, A. L., Blue-Banning, M., & Hill, C. (2015). The Perspectives of Students With and Without Disabilities on Inclusive Schools. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 40(4), 243–260.
- Skarsaune, S. N. (2022). Self-determination of people with profound intellectual and multiple disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(1), 16-23.
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care, *Bull World Health Organ*, 98(1):52-58. doi: 10.2471/BLT.19.234906.
- Taboas, A., Doepke, K., Zimmerman, C. (2023). Preferences for identity-first versus person-first language in a US sample of autism stakeholders, *Autism*, 27(2):565-570. DOI: 10.1177/13623613221130845.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Jr., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291–303. Disponível em: <https://doi.org/10.1352>.

Turner, A. P., Hartoonian, N., Hughes, A. J., Arewasikporn, A., Alschuler, K. N., Sloan, A. P., Ehde, D. M., & Haselkorn, J. K. (2019). Physical activity and depression in MS: The mediating role of behavioral activation. *Disability and Health Journal*, 12(4), 635-640.

UNESCO. (2017). *A guide for ensuring inclusion and equity in education*. Paris: UNESCO. Disponível em: <https://www.inclusive-education-in-action.org/resources/guide-ensuring-inclusion-and-equity-education>.

UNESCO (2022). *Education transforms lives*. Disponível em: <https://www.unesco.org/en/education>.

United Nations (2021). *Factsheet on Persons with Disabilities*. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>.

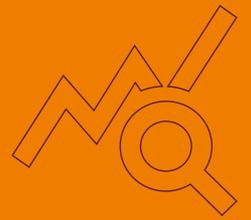
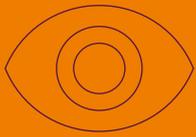
Wehmeyer, M. L. (2021). The future of positive psychology and disability. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-5.

Whittle, E. L., Fisher, K. R., Reppermund, S., & Trollor, J. (2019). Access to mental health services: The experiences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 368-379.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report - Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021. Better Health for all People with Disability*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2021). *Disability and Health*. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

