

# Atraso Mental. Dificuldades de Competências. Trabalho Com Uma Amostra e Estudo de Um Caso

---

Ana Cristina Passos Ferreira<sup>1</sup>

## 1. Objectivos e Limites da Investigação

Os objectivos desta investigação são os seguintes:

- Estudar uma população adulta feminina, tendo atraso mental ligeiro e moderado, internada na instituição “X”,
- Elaborar um programa de treino de competências, para reduzir a deficiência adaptativa por ela apresentada, permitindo – lhe uma melhoria da qualidade de vida e da autonomia.

## 2. Metodologia

A metodologia utilizada foi a adequada ao trabalho que realizámos, quer na parte básica da teoria científica, quer no estudo de campo.

Assim utilizámos o método documental com o estudo de documentos relacionados com a temática do atraso mental, de forma a efectuar um suporte teórico para sustentar o nosso trabalho prático.

Construímos e aplicámos uma grelha de competências constituída por itens referentes a actividades de vida diária e social, servindo para estudar as utentes, verificando que competências se encontram em défice.

Fizemos observação naturalista (observação de todas as utentes, no seu quotidiano, com o objectivo de permitir o preenchimento da grelha que construímos).

Aplicámos o Mini Mental State (teste para averiguarmos se estavam orientadas no tempo e espaço, e se tinham adquirido a leitura e a escrita).

---

<sup>1</sup> Aluna finalista do Curso de Licenciatura em Psicologia, da UAL

Elaborámos um programa de treino de competências com vista a desenvolver aquelas que estivessem em maior deficiência para que as utentes pudessem melhorar a sua autonomia e qualidade de vida.

Finalmente empreendemos o estudo de um caso, para melhor ilustrarmos uma situação concreta e aprofundarmos o conhecimento do tema com uma história real, enriquecendo assim a investigação e mostrando um caso típico dessa população.

O estudo de caso permitiu-nos compreender melhor um caso particular e perceber aspectos intrínsecos dessa paciente. (Bruce, L.B, 1998)

A decisão de escolher aquele indivíduo, está relacionada com as necessidades do investigador, pois acreditávamos que a investigação beneficiaria desses conhecimentos. (Idem).

Os critérios que usámos para seleccionar o alvo do estudo de caso foram: estar dentro da amostra, ter atraso mental ligeiro e linguagem verbal perceptível, podendo assim fornecer mais informação sobre a sua história de vida.

Efectuámos um estudo teórico de atraso mental que tinha a seguinte estrutura: definição de atraso mental, história do atraso mental, etiologia, prevalência, características da Concepção actual de atraso mental e seus problemas de comportamento.

### 3. Construção e aplicação de uma grelha de competências

Esta grelha serviu de plano para a nossa observação e contém sete itens relacionados com actividades da vida diária e social.

Através dela conseguimos averiguar as competências que se encontravam em défice.

### 4. Caracterização da Instituição "X"

Realizámos a nossa investigação numa instituição designada por nós de "X", que é uma Instituição Religiosa, sem fins lucrativos.

Acolhe os seus utentes e efectua um plano de tratamento de acordo com as necessidades de cada um. A finalidade desta instituição é a prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes psiquiátricos.

## 5. População da Instituição "X"

A população em que efectuámos a nossa investigação está internada na Instituição "X" e é na maioria feminina. Conta com 190 pessoas. Existem elementos do sexo masculino, mas apenas na unidade de curto internamento. As Unidades de longo internamento só têm indivíduos do sexo feminino. A faixa etária da população internada actualmente na Instituição é dos 16 até aos 100 anos.

## 6. Amostra

Seleccionámos a amostra para a nossa investigação, cuja dimensão é de 11 elementos. Todos os elementos estão internados na instituição "x" e apenas vão a casa dos seus familiares para férias, ou fim-de-semana. Os elementos da amostra têm diversas actividades na instituição.

As actividades efectuadas por estas utentes são diversas como trabalhos domésticos, actividades de costura e na rouparia (separando as roupas por cores, tecidos e texturas), atender o telefone e fazer recados, atendimento ao público no bar da Instituição, actividades múltiplas como alimentar doentes e fazer a higiene destes, mas tendo um técnico a supervisionar.

## 7. Estudo teórico do Atraso Mental

O atraso mental de acordo com (Luckasson et al., 1992, p.1 citado por Alonso, M. & Bermejo, B. 2001, p.6)

(...) o atraso mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual. Caracteriza-se por um funcionamento intelectual inferior ao da média, que geralmente coexiste com limitações em duas ou

mais das seguintes áreas de competências de adaptação: comunicação, independência pessoal, vida diária, competências sociais, utilização da comunidade, autonomia, saúde e segurança, capacidades académicas funcionais, tempo livre e trabalho. O atraso mental deve manifestar-se antes dos 18 anos.

## 7.1 Breve resumo da História do Atraso mental.

A primeira referência sobre atraso mental foi descrita nos papiros Egípcios de Tebas (1552 aC) (Kaplan I, & Sadock, J. 1999).

A ciência médica, investia pouco neste assunto, existindo na época pouca informação sobre atraso mental.

Existiam culturas em que os escravos e bobos da corte eram indivíduos deficientes, sendo utilizados devido a não terem qualquer direito.

Em meados do Séc.XVIII, Henrique II promoveu uma lei com o objectivo de proteger os indivíduos com atraso mental e escravos, pelo que começaram a ser respeitados pelos outros. (Kaplan I, & Sadock, J. 1999).

O primeiro estudo sobre deficiência mental foi publicado em 1850, designado *Observations on Cretinism*. (Idem).

Em 1905, surgiram os testes psicométricos, que eram utilizados como sendo uma nova forma de diagnóstico, tendo sido desenvolvidos inicialmente por médicos.

Através da utilização dos testes surgiu a ideia de que o “(...) coeficiente de inteligência que resultava dos testes, era uma medida adequada e precisa de inteligência”. (Kaplan I, & Sadock, J. 1999, p. 2405).

A seguir à segunda Guerra Mundial, ocorreram grandes mudanças nas ideias sobre atraso mental, começando a ser promovida a prevenção para o problema.

Itard iniciou o primeiro programa de educação preventiva, que surgiu em 1950 nos Estados Unidos. Posteriormente outros países adoptaram as suas ideias.

Para este programa era necessária a colaboração de uma equipa multidisciplinar que estava envolvida na prevenção e tratamento do atraso mental. Essa equipa foi formada pela *National Association for Retarded Children (NARC)*(Kaplan I, & Sadock, J. 1999).

Jonh F. Kennedy em 5 de Fevereiro de 1963, anunciou um programa de combate ao atraso mental, mencionando que era necessário o apoio das várias ciências como: medicina, educação, psicologia, sociologia, genética, sendo importantes para a intervenção em crianças que têm atraso mental (Idem).

## 7.2 Etiologia

A etiologia desta patologia não é muito específica, não estando bem definida, sendo que as origens desta doença poderão ser diversas.

É mais fácil investigar a etiologia, quando se trata de um atraso mental profundo ou grave, devido a observar-se mais rapidamente um atraso no desenvolvimento das competências do indivíduo. Este tende a iniciar a marcha mais tarde, por vezes não adquire a linguagem e quando recebe estimulação ela produz-lhe poucos efeitos.

A classificação etiológica tradicional dividia as causas de atraso mental em duas grandes categorias: as de origem biológica e as devidas a desvantagens psicossociais.

Este tipo de classificação tem vindo a ser discutido, pois os factores que podem dar origem ao atraso mental poderão ser biológicos, psicossociais, ou a conjugação de ambos. (APA-DSM IV-TR, 2002).

### **Factores Biológicos**

- ◆ Hereditariedade - alterações na constituição genética. Verifica-se que existem alterações nos mecanismos autossómicos recessivos, anomalias num único gene com expressão variável e herança mendeliana, alterações cromossómicas anormais como é o caso da síndrome de Down (existe acréscimo de um cromossoma). (APA-DSM IV-TR, 2002).
  
- ◆ Alterações precoces do desenvolvimento embrionário. Alterações cromossómicas - em que existe acréscimo de material genético. O indivíduo tem mais um cromossoma o que provoca anomalia. (Idem)

#### 7.2.4 Educativas - disponibilidade de apoios educativos.

Quando estamos a avaliar um indivíduo, com o objectivo de investigar se irá desenvolver atraso mental, é necessário dar relevância aos critérios sociais, comportamentais e educativos, que possam dar origem ou predispor à ocorrência de atraso mental. (Alonso, M. & Bermejo, B, 2001)

Também é necessário obter informação sobre a história social, educativa e psicológica dos pais, de forma a fazer uma análise da situação.

### 7.3 Prevalência

Pensa-se que a taxa de prevalência é de um 1%. (APA-DSM IV-TR, 2002).

Existem diversas estatísticas sendo que os valores podem oscilar tendo em conta a abordagem teórica que o técnico segue, os testes psicológicos utilizados, bem como o tipo de população estudada. (APA-DSM IV-TR, 2002)

### 7.4 Características da concepção actual de Atraso Mental

A definição de atraso mental sofreu diversas alterações ao longo dos anos sendo que actualmente integra várias perspectivas teóricas sobre o assunto, incluindo modelos que dão mais ênfase ao meio, outros ao comportamento e por último os que relacionam meio com o comportamento.

Estes postulam que existe uma influência do meio fazendo produzir determinado comportamento. (Alonso M. & Bermejo B. 2001).

O conceito ambiente (meio) foi introduzido na definição de atraso mental, assumindo uma grande relevância. O meio é importante para a compreensão do indivíduo e sua avaliação.

Os conceitos principais desta nova definição são: meio, capacidades (ou competências), inteligência prática e social, contextos ambientais.

O conceito competência é definido como as capacidades adquiridas pelo indivíduo de forma a funcionar adaptado em relação à sociedade em que está inserido.

Indivíduos com atraso mental, poderão ter limitações na inteligência conceptual (cognição e aprendizagem), na inteligência prática e inteligência social (que determinam as competências adaptativas). (Alonso M. & Bermejo B. 2001,).

A inteligência prática, permite-nos ser autónomos, fazendo com que não sejamos dependentes de outrem para efectuar actividades de vida diária. Esta forma de inteligência interfere em várias esferas da nossa vida, permitindo adquirir as competências sensório-motoras, que estão relacionadas com as seguintes actividades: comer, beber, higiene pessoal e competências de segurança ou protecção (evitar perigos ou acidentes).

Um outro conceito que interfere nesta definição de atraso mental é o de inteligência social e é através desta que o indivíduo compreende e analisa as interacções sociais, bem como o tipo de comportamento delas resultante. Por esta razão este tipo de inteligência permite ao indivíduo efectuar um juízo crítico em relação às situações que ocorrem no dia a dia.

O último conceito colocado na definição de atraso mental, é o de limitação intelectual específica na inteligência prática e social, não permitindo ao indivíduo resolver problemas que lhe surgem no seu quotidiano.

Quando existem limitações, mas não interferem na vida do indivíduo não prejudicando o seu funcionamento, não se pode atribuir diagnóstico de atraso mental.

Para se atribuir o diagnóstico de atraso mental, é necessário que existam dificuldades em duas ou mais áreas das competências adaptativas. Para se efectuar uma avaliação precisa devemos contemplar 10 dimensões. (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001) que são a comunicação, independência pessoal, competências de vida diária, competências sociais, utilizar a comunidade, autonomia, saúde e segurança, competências académicas funcionais, lazer e tempo livre e trabalho.

Surge uma nova maneira de classificar estes indivíduos deixando de ser baseada no Q.I (ligeiro, médio, severo e profundo), para ser baseada na intensidade dos apoios que terão que ser fornecidos para esta população (limitado, intermitente, extenso e generalizado).

## 7.5. O atraso mental e seus problemas de comportamento

Os indivíduos com atraso mental, na maioria dos casos, podem não manifestar problemas de comportamento, quando comparados com uma população normal.

Caracterizam-se por serem dóceis, sociáveis e terem boa capacidade de adaptação em relação ao meio em que estão inseridos. (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001).

Esta população pode desenvolver comportamentos menos adequados, se se encontrar num meio que potencializa o desenvolvimento destes. (Idem).

Características físicas, psicológicas e ambientais podem ajudar a produzir comportamentos menos adequados:

7.5.1 “(...) as lesões do sistema nervoso central e seu desenvolvimento deficitário contribuem para que aumente a probabilidade para se comportar impulsivamente quando sujeito a condições externas de provocação”. (Idem, p.78)

7.5.2. A presença de outras perturbações que estejam associadas ao atraso mental (epilepsia, perturbações sensoriais, dificuldades motoras, paralisia cerebral, e outras dificuldades musculares e neuromusculares) pode predispor para um aumento de um comportamento desajustado no indivíduo (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001).

7.5.3 Limitações nas capacidades cognitivas diminuem a capacidade de superar de forma adaptativa e pró-social as fontes de stresse (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001).

O meio tem um papel muito importante no desenvolvimento das competências e potencialidades dos indivíduos podendo favorecê-los ou prejudicá-los e verifica-se que quando o indivíduo se encontra perante situações de stresse, poderá desencadear comportamentos impróprios.

Alonso, M. e Bermejo, B. (2001) classificam os comportamentos que os atrasados mentais desenvolvem habitualmente em: estereotípias, auto-

agressões, agressões, comportamento social inadequado, perturbações físicas de regulação, distúrbios emocionais específicos.

## 7.6 Estereotípias

São descritas como “(...) respostas motoras ou postorais altamente consistentes e repetitivas, que são excessivas em intensidade, frequência e/ou amplitude, e que parecem carecer de um significado adaptativo” (Baumeister, 1978 citado por Alonso, M. & Bermejo, B. 2001, p.80)

As estereotípias, ocorrem com muita frequência, tendo manifestações diversas como balancear o corpo, estalar os dedos, abanar as mãos ou bater nos objectos.

## 7.7 Comportamentos auto-agressivos

De acordo com Alonso, M. e Bermejo, B. (2001, p. 82) os comportamentos auto-agressivos podem definir-se como: “(...) comportamentos altamente repetitivos e rítmicos que têm como resultado o dano físico da pessoa que os realiza.”

Ocorrem com bastante frequência podendo produzir no indivíduo danos físicos irreversíveis.

Gorman e Matson, 1985 citados por Alonso, M. e Bermejo, B. (2001) indicam como tipos característicos destes comportamento os seguintes:

- Bater com mão ou com o auxílio de um objecto na cabeça.
- Morder os dedos ou as mãos.
- Remexer os olhos.
- Arrancar o cabelo e roer as unhas.

## 7.8 Agressão

A definição utilizada para comportamento agressivo é: “(...)forma intensa ou violenta de comportamento físico, que produz consequências aversivas e dano noutros sujeitos, assim como respostas verbais, com efeitos similares, devido ao seu conteúdo ou à sua intensidade.” (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001, p. 85).

O diagnóstico da agressão é evidente, pois existe um indivíduo que é lesado, manifestando o seu mau estar por exemplo através do grito ou do choro.

Quando o agressor e a vítima são indivíduos com atraso mental é difícil chegar ao diagnóstico devido aos sujeitos terem dificuldades em comunicar e não conseguirem expor o sucedido.

## 7.9 Comportamento social inadequado

O comportamento social inadequado poderá ser consequência de esta população não conseguir interiorizar as normas sociais.

Os comportamentos sociais inadequados podem revestir-se de diferentes formas, como por exemplo: despir-se em público, mostrar afecto excessivo por desconhecidos, roubar ou esconder objectos, mentir, masturbar-se em público e gritar obscenidades.

Este tipo de comportamento poderá fazer com que o indivíduo seja marginalizado e a sociedade não permita a sua inserção.

Relativamente ao comportamento sexual é necessário existir alguma vigilância e sensibilizar o indivíduo para que tenha um comportamento adequado, desta forma poderemos evitar que ele produza comportamentos sexuais perigosos, observáveis em público ou ofensivos.

O meio em que o indivíduo está inserido, pode afectar significativamente o seu comportamento sexual, verificando-se que por exemplo a falta de privacidade, poderá levar a que ele cometa o acto em público. (Alonso, M. & Bermejo, B. 2001).

## 7.10 Perturbações na regulação física

Estão relacionados com “ (...) excessos de comportamento que são o resultado de um controlo físico limitado, devido a uma falta ou perda de auto-regulação de funções corporais”. Exemplo: encoprese, enurese, babar-se, macroglossia (Meyer e Evans, 1989 in Alonso, M. & Bermejo, B. 2001, p. 88).

Podem também inserir-se neste tipo, perturbações relacionadas com: hiperventilação, brincar com as fezes, ingeri-las, comer alimentos em demasia ou recusar outros.

## 7.11 Distúrbios emocionais

Esta população poderá ter diversas perturbações emocionais e de adaptação, verificando-se que as primeiras poderão estar associadas a problemas de comportamento.

Podem incluir-se neste tipo de perturbações, por exemplo: problemas emocionais, fobias, depressão, ansiedade social, e outros.

Para minimizarmos o problema podemos ensinar o indivíduo a desenvolver estratégias de auto-controlo (não agir de forma impulsiva em situações de stresse), como decidir de forma adequada e de acordo com os seus interesses, técnicas de assertividade e promover a aquisição de determinadas competências sociais (exemplo, como iniciar uma conversa, como se comportar nos diversos contextos sociais).

## 8. Estudo de Campo

Observámos a nossa amostra no seu quotidiano e retirámos as seguintes conclusões dessa observação:

- Algumas competências de vida diária encontram-se em défice, por este motivo determinadas utentes estão dependentes de terceiros, para efectuar algumas actividades.
- As competências sociais são as que se encontram em maior défice, por esta razão estas utentes têm comportamentos inadequados, pois não adaptados à situação e meio em que estão inseridas.
- Não conseguem ter um comportamento adequado e enquadrado com os vários contextos sociais em que estão inseridas.

## 8.1 Observação Naturalista

Como já referimos a observação naturalista teve o objectivo de observar as utentes da amostra no seu quotidiano para preencher a grelha que construímos.

Certos itens foram preenchidos com base em informações colhidas pela técnica responsável pela unidade.

## 8.2 Aplicação do MINI MENTAL STATE

Aplicámos o Mini mental para averiguar a capacidade de: orientação temporal, espacial, nomeação de objectos e conhecimentos de leitura e escrita. O teste encontra-se dividido em 6 grupos de perguntas que contemplam orientação (temporal, espacial), retenção de informação, atenção e cálculo, evocação, linguagem (nomear objectos, compreensão, escrita) e o último item contempla o desenho.

## 9. Projecto de Treino de Competências

Elaborámos um projecto de treino de competências com a finalidade de adquirir e/ou desenvolver:

- Competências sociais.
- Permitir que o indivíduo adquira todos os meios possíveis para se tornar mais autónomo e independente de terceiros.
- Promover a capacidade para aquisição de normas de conduta que regem a sociedade.
- Fornecer ao indivíduo as informações necessárias, para utilização dos serviços da comunidade.
- Promover no indivíduo os deveres cívicos

Através dele as utentes iriam adquirir regras sociais, incorporá-las nos seus padrões de comportamento, como resultado poderiam comportar-se mais adequadamente, no meio em que estão inseridas.

## 10. Estudo de Caso

*Nome-Sujeito A Data de Nascimento- 09/08/1957 Idade-48 anos*

*Sexo-feminino Naturalidade-S. S*

*Estado Civil-Solteira Nacionalidade- Portuguesa*

*Habilitações académicas-6º ano de escolaridade.*

*Profissão: trabalha na instituição “X” onde reside, exercendo diversas actividades.*

### **Sujeito “A”**

“A” nasceu em casa, não tendo sido o seu parto assistido, nem havido problemas com ele relacionados.

Adquiriu a linguagem e a marcha tardiamente, tendo iniciado a marcha aos 3 anos e a linguagem aos 12 meses. (Dados retirados do processo, mas em nossa opinião o segundo não revela atraso).

O local da sua residência era em S. região onde frequentou a escola primária.

Quando frequentava a 4ª classe, começou a trabalhar no campo, tinha 9 anos na época. (Dados retirados do processo e que, em nossa opinião não revelam atraso). O seu pai era dono de um rebanho, por esta razão foi pastora e efectuou este trabalho até aos 12 anos de idade. Acordava às 6h00, e ia para o campo com as ovelhas, de seguida ia para a escola.

Os seus companheiros de brincadeira eram os irmãos e uma vizinha.

Fez o 1º e 2º ano do ensino básico, numa outra escola, próxima da localidade da sua residência.

Só concluiu o 2º ano do ciclo, quando tinha 18 anos. Não transitou de ano diversas vezes, tendo ficado retida, isto poderá revelar que possui dificuldades ao nível do raciocínio e demonstrar que “A” terá limitações na sua inteligência.

Frequentou a escola de adultos durante três anos, para completar o 2º ano do ensino básico.

Quando o terminou, as suas disciplinas preferidas eram as ciências, a matemática, a geografia e o português. (Os dados referentes à escolaridade foram retirados do processo).

Manteve uma amizade criada na sua infância. Essa amiga que hoje mantém, frequentou a mesma escola que “A” e mantém a sua relação de amizade através de carta.

O Sujeito “A” teve um namorado na adolescência, mas isto teve uma duração limitada porque “(...) ele era muito mulherengo”.

A sua mãe faleceu em 1977, quando o sujeito “A” tinha 20 anos. Depois do seu falecimento foi viver com os avós, durante alguns meses.

Posteriormente veio para Lisboa residir na casa de uma tia e com o objectivo de trabalhar para ela. “A” prestava cuidados à filha da sua tia pois ela era dona de uma loja de roupa e estava ocupada durante o dia não podendo tomar conta da sua filha.

O Sujeito “A” tinha uma relação conflituosa com a sua tia, cujo motivo estaria relacionado com o tio, sendo ele que criava os conflitos.

A razão que levou o Sujeito “A” a abandonar a casa da tia, prende-se com o facto do tio, ter abusado dela sexualmente, informação que não foi possível confirmar.

Depois de abandonar a casa da tia, “A” foi viver para casa do pai, em Lisboa. Ela ficava em casa sozinha durante o dia, pois o seu pai trabalhava e por esta razão não lhe podia fornecer todos os cuidados.

Além de lhe ter sido feito o diagnóstico de oligofrenia, “A” tem epilepsia, tendo com frequência crises convulsivas e necessita por esta razão de cuidados médicos mais especializados.

Quando tinha cerca de 21 anos, efectuou tratamentos hormonais no ginecologista, pois sofria de amenorreia.

Durante um longo período de tempo não voltou a ter nenhum emprego. O trabalho para a sua tia foi o primeiro emprego. Teve um segundo emprego, numa pastelaria, que durou três meses mas teve que se despedir pois nessa época tinha muitas crises convulsivas.

Depois de ter ido viver com o seu pai, “A” voltou para casa dos Avós, tendo residido lá até 1986, altura em que foi internada na Instituição “X” e em que a sua avó faleceu.

Foi internada a 1 de Janeiro, com 29 anos e com diagnóstico de oligofrenia e por estar dependente de terceiros. Quando esta utente foi internada, os familiares caracterizavam-na como “ruim” (Informação retirada do processo).

Tinha grande dificuldade em cumprir ordens domésticas e na realização das mesmas.

Durante o internamento desenvolveu um comportamento irregular, por vezes adequado, mas em que noutras se torna desajustado, sendo agressiva verbal e/ou fisicamente e mostrando grande dificuldade em comportar-se adequadamente, nessas alturas.

Por vezes tem um comportamento apelativo e sedutor de forma a conseguir o que deseja e a obter mais benefícios do que as outras utentes.

É uma utente muito religiosa, gosta de se dedicar à limpeza da capela da instituição, bem como de participar em actividades religiosas.

Em 1997, agrediu uma auxiliar, mordendo-a e provocando-lhe hematomas. A causa da agressão estaria relacionada com o facto de a auxiliar não ter ido de encontro aos seus interesses.

Ao longo do internamento tem vindo a ser uma doente instável, e quando nos referimos a instável, referimos o facto do seu comportamento oscilar entre o dócil e o agressivo.

Tem uma postura autoritária, gosta de impor as suas regras e a sua forma de se comportar ao grupo, verificando-se que as outras utentes entram em conflito com ela.

Possui dificuldades na sua higiene, não sendo autónoma e estando dependente de outrem para os cuidados básicos de higiene.

Já existiram episódios em que “A” agrediu outras utentes. Verifica-se que entra em conflito facilmente e passa rapidamente para a agressão física. Como exemplo desta situação, atirou um copo à cabeça de outra utente, só porque ela falou alto no refeitório. (Informações retiradas do processo).

Por vezes as auxiliares chamam “A” para as actividades e ela demonstra grande desinteresse optando por ficar a dormir no sofá.

Esteve internada de 4/10/87 a 13/10/87, num hospital, devido a crises epilépticas.

Recebeu alta e regressou à Instituição “X”, onde continuou internada até à actualidade.

## 10.1 Observação Psicopatológica

Utente com estatura média. Cabelo castanho, curto, pouco arranjado, olhos castanhos e lentes com uma graduação elevada.

Tem um rosto expressivo e existiu algum contacto visual com a entrevistadora embora reduzido, pois a utente fala de olhos fechados.

Tínhamos colocado as cadeiras a 90º, mas A, ao sentar-se instalou-se quase de costas para nós e manteve a posição apesar de instada a corrigi-la.

A sua postura corporal era curvada, não estando sentada de forma adequada.

A utente veio de bom grado às entrevistas e estava sempre disposta a estar naquele espaço e àquela hora.

Foi colaborante, bastante educada.

Orientada no espaço, no tempo e em relação a si própria. Apresentava-se consciente e vigil.

A sua memória não estava alterada, pois relatou acontecimentos do passado e do presente.

Não tinha alterações na percepção nomeadamente alucinações, nem alterações no pensamento.

## Conclusões

Através deste trabalho pôde-se concluir que esta população com atraso mental manifesta problemas a nível de comportamento, tendo dificuldade em assimilar regras e padrões da sociedade. Esta situação está relacionada com o facto da patologia e lesões cerebrais poderem produzir este tipo de comportamento.

Podemos também retirar como conclusão, que o meio é extremamente importante para o desenvolvimento e estimulação de indivíduos com atraso mental.

Se existir uma estimulação adequada, esta população poderá desenvolver competências e ficar mais adaptada à comunidade em que está inserida.

Os programas de treino de competências permitem a estes indivíduos adquirirem competências, bem como promover a sua autonomia.

O diagnóstico de atraso mental atribuído como rótulo, poderá limitar o desenvolvimento do indivíduo, funcionando como barreira e, em certos casos, levando as instituições a uma forma de conformismo, investindo pouco nestas pessoas.

É importante fazermos uma avaliação desta população, não para a depreciar, mas para lhe fornecer o apoio necessário para que possa desenvolver as suas potencialidades.

Esta população necessita de cuidados especiais, por isso não a devemos discriminar, mas sim apoiá-la para que seja inserida na sociedade.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association-DSM IV (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Edição). (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alonso, M. & Bermejo, B.(2001). *Atraso mental*. Amadora: McGrawHill.
- Bruce, L.B. (1998). *Qualitative research methods for the social sciences* (3 rd Ed). Toronto: Allyn a Bacon.
- Páscoa, A. & Pestana E. (2002). *Dicionário Breve de Psicologia*. (2ª Edição). Barcarena: Editorial Presença.
- Spinthall, N. & Sprinthall, R. (2000). *Psicologia Educacional*. Amadora: McGrawHill.
- Kaplan, I & Sadock, J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. São Paulo: Artmed.

# Especificidade da Demência Vascular e Localização da Lesão, Cortical ou Subcortical

---

Eugénio dos Santos Rodrigues<sup>1</sup>

## Introdução

Com o progressivo envelhecimento da população surge um aumento da incidência de casos de demência. Existe um conjunto diversificado de demências, devendo-se o mesmo à própria semiologia das síndromes demenciais, a qual não é única, bem como à diversidade das etiologias e heterogeneidade das apresentações clínicas numa mesma etiologia. Dentro desta heterogeneidade de demências, despertou especial atenção a especificidade da demência vascular face à localização da lesão subjacente.

Na procura de uma correcta compreensão para este problema, formulou-se como hipótese, que a especificidade da demência vascular (no sentido das suas diferentes manifestações clínicas) é dependente da localização da lesão, cortical ou subcortical.

Numa referência ao percurso teórico efectuado ao longo deste estudo, realça-se numa primeira fase a caracterização da demência em geral; numa segunda fase uma abordagem à demência vascular com a sua caracterização, com o acréscimo da definição de acidente vascular isquémico, dado ser a causa fulcral deste tipo de demência; por último uma abordagem relativamente aos subtipos de demência vascular, cortical e subcortical.

Tratando-se de uma área de difícil diagnóstico previam-se dificuldades quanto ao número de casos disponíveis para estudo bem como à sua correcta classificação nos diferentes subgrupos (cortical e subcortical). Também a escassez de bibliografia relativamente à caracterização dos subtipos de demência vascular (cortical e subcortical) limitou a investigação nesta área.

---

<sup>1</sup> Aluno finalista do Curso de Licenciatura em Psicologia, da UAL.