**Atitudes de Estudantes de Educação Social Face às**

**Pessoas com Deficiência Intelectual**

Ruth Sampaio – inED, Instituto Politécnico do Porto - [ruthsampaio@ese.ipp.pt](mailto:ruthsampaio@ese.ipp.pt)

Ana Bertão – inED, Instituto Politécnico do Porto – [anabertao@ese.ipp.pt](mailto:anabertao@ese.ipp.pt)

Vitor Franco – CIEP, Universidade de Évora – [vfranco@uevora.pt](mailto:vfranco@uevora.pt)

**Resumo**

A formação de futuros profissionais no domínio da intervenção social passa necessariamente pelo desenvolvimento de atitudes adequadas para com a diferença, nomeadamente para com as pessoas com deficiência intelectual (DI).

O presente estudo tem como objetivo conhecer as atitudes de estudantes de Educação Social face às pessoas com DI e caraterizá-las nas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental.

Participaram no estudo 130 alunos de um Curso de Licenciatura em Educação Social e um grupo de 92 pessoas da população em geral. Foi usado como instrumento o *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* (ATTID).

Os resultados evidenciaram posições ambivalentes nas três dimensões atitudinais, conhecimentos pouco precisos sobre a DI, mais sentimentos de compaixão e maior reserva na interação com pessoas com DI que apresentam dificuldades funcionais severas. Comparando com a população em geral, os estudantes de Educação Social mostraram atitudes mais favoráveis quanto à defesa dos direitos das pessoas com DI e na interação com elas.

Podemos concluir que é necessário promover estratégias educativas, quer junto de futuros profissionais de intervenção psicossocial quer da população em geral, que potenciem uma maior consciencialização e atitudes efetivamente inclusivas face às pessoas com DI.

**Abstract**

The training of future professionals in the field of social intervention necessarily involves the development of appropriate attitudes towards difference, especially towards people with intellectual disabilities (ID).

The objective of the present study were to know the attitudes of Social Education students towards people with ID and characterize them in the cognitive, affective and behavioral dimensions.

The study involved 130 students who are doing a degree in Social Education and a group of 92 subjects from the general population. Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire (ATTID) was used as instrument.

The results showed ambivalent positions in the three dimensions attitudinal, inaccurate knowledge about ID, more feelings of compassion and greater reserve in the interaction with people with ID that present severe functional difficulties. Compared with the general population, students of social education showed more favorable attitudes about the defense of the rights of people with ID and their interaction with them.

We can conclude that it is necessary to promote educational strategies, both with future professionals of psychosocial intervention and of the population in general that promote a greater awareness and effectively inclusive attitudes towards people with ID.

**Introdução**

As pessoas com deficiência são confrontadas com inúmeros obstáculos à sua inclusão e alvo de estigma e exclusão apesar das políticas sociais concebidas para promover a defesa dos seus direitos e do exercício pleno da cidadania (Fontes, 2009; Vieira & Pereira, 2007; OMS, 2011).

Diferentes autores (Kersh, 2011; Morin, Crocker, Beaulieu-Bergeron, & Caron, 2013a; Ouellette-Kuntz, Burge, Brown, & Arsenault, 2010; Wilson & Scior, 2015; Yazbeck, McVilly, & Parmenter, 2004) realçam a influência das atitudes nas práticas inclusivas, mostrando que as negativas contribuem para a exclusão e as positivas geram uma maior participação social. A relação entre participação e atitudes positivas é reforçada mutuamente, uma vez que a maior participação social das pessoas com deficiência promove a sua visibilidade e possibilita contactos mais frequentes e regulares nos diversos contextos de vida o que, por sua vez, contribui para a aceitação da diferença e para o desenvolvimento de atitudes mais positivas (Kersh, 2011).

O estudo das atitudes, nomeadamente o seu papel nas interações entre diferentes grupos sociais e na exclusão e discriminação social (Eagly & Chaiken, 1993) tem tido especial relevo no campo da Psicologia. Em Portugal, os estudos sobre as atitudes em relação à deficiência têm-se focado no contexto escolar, sobretudo nas atitudes dos professores do ensino regular face aos alunos com deficiência (Campos & Fernandes, 2015; Silva, Ribeiro & Carvalho, 2014; Teixeira, 2014) salientando a relevância das expectativas e atitudes dos professores no investimento dos alunos com deficiência no seu processo de aprendizagem e na preparação para a cidadania (Alves, 2015). São poucas as publicações sobre outros contextos ou sobre as atitudes de outros atores sociais do espaço comunitário face às pessoas com deficiência intelectual (DI), que são alvo de desconhecimento, incompreensão, maiores restrições (OMS, 2011) e de atitudes menos favoráveis do que outros tipos de deficiência (Chan et al., Livneh, Pruett, Wang, & Zheng, 2009). Santos e Sanches-Ferreira (2014) e Santos e colaboradores (2015) evidenciam preocupações relativas à transição da vida escolar para a vida ativa e participada na comunidade dos jovens abrangidos pelos serviços de educação especial, focando-se nas necessidades específicas de apoio destes jovens e nas condições do contexto social.

**Conceito de atitude e avaliação das atitudes**

O conceito de atitude é definido por Eagly & Chaiken (1993, p. 1) como uma “tendência psicológica que se expressa pela avaliação de uma entidade particular num grau favorável ou desfavorável”*.* Esta conceção remete para um estado interno, que nem sempre é consciente, e que pode ser longo ou temporário, na medida em que corresponde a uma predisposição estável e duradoura dos sujeitos para avaliarem determinados objetos de uma certa forma, ou é suscitado no momento, em resposta a influências contextuais (Eagly & Chaiken, 2007). Tratando-se de um processo latente, as atitudes não são diretamente observáveis, e têm de ser percebidas a partir de respostas mensuráveis que devem refletir uma avaliação positiva ou negativa do objeto de referência (Ajzen, 1989).

A dimensão avaliativa surge com especial relevância na definição de atitude, sendo considerada por Ajzen (1989, p. 241) o seu “atributo caraterístico”. Também para Eagly e Chaiken (1993), apenas as respostas que expressam uma avaliação relativamente a alguma entidade ou objeto do ambiente podem ser consideradas de natureza atitudinal: “Uma atitude desenvolve-se com base numa resposta avaliativa: um indivíduo não tem uma atitude até que responda de forma avaliativa a uma entidade numa base afetiva, cognitiva ou comportamental” (Eagly & Chaiken, 1993, p. 2).

O modelo tridimensional das atitudes, inicialmente formulado por Rosenberg e Hoveland (Ajzen,1989), permite avaliar a forma como as atitudes se expressam, através de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais. As respostas avaliativas cognitivas são crenças (ideias ou pensamentos) que as pessoas têm acerca do objeto atitudinal, e que se formam a partir de associações entre este e certos atributos (Ajzen,1989). As respostas avaliativas afetivas revelam sentimentos e emoções associadas ao objeto, ou às ideias formadas acerca dele, levando a que, no geral, uma avaliação favorável suscite uma reação afetiva positiva e uma avaliação desfavorável leve a uma experiência afetiva negativa (Eagly & Chaiken, 1993). As respostas avaliativas afetivas podem expressar-se por afirmações favoráveis ou desfavoráveis, de desaprovação, através de estados de humor ou de respostas fisiológicas associadas à experiência afetiva (Ajzen, 1989; Eagly & Chaiken, 2007). Na componente comportamental, as respostas avaliativas consistem em ações explícitas face ao objeto ou na expressão de uma intenção para agir de determinada forma, podendo esta ação vir a ser ou não realizada (Ajzen, 1989; Eagly & Chaiken, 1993). É provável que a avaliação (positiva ou negativa) de um objeto atitudinal leve a pessoa a agir de acordo com ela, revelando comportamentos que a suportam ou que se lhe opõem (Eagly & Chaiken, 1993). Considerando uma escala avaliativa, as respostas cognitivas, afetivas e comportamentais expressam resultados positivos ou negativos, que podem situar-se nos valores extremos, num lugar intermédio ou numa posição neutra (Eagly & Chaiken, 2007).

De um modo geral, pressupõe-se que a tendência avaliativa das diferentes categorias de resposta se manifesta no mesmo sentido. Maio e Haddock (2010, p. 34) referem: “É tipicamente assumido que a existência de crenças, sentimentos e comportamentos positivos inibem a ocorrência de crenças, sentimentos e comportamentos negativos”*.* Mas esta tendência nem sempre é tão clara e a avaliação pode evidenciar a presença de elementos positivos e negativos, sugerindo que possa haver uma atitude ambivalenteface a esse objeto. Um posicionamento neutro pode revelar esta ambivalência, pela coexistência de muitas crenças, sentimentos e comportamentos positivos e negativos face à entidade avaliada, ou então, indicar a inexistência de elementos avaliativos positivos ou negativos (Maio & Haddock, 2010) que pode resultar da falta de contacto do indivíduo com o objeto atitudinal.

Eagly e Chaiken (1993) referem uma tendência para as pessoas terem crenças e sentimentos ambivalentes face a grupos sociais estigmatizados, entre os quais as pessoas com deficiência, e que esta ambivalência conduz a reações mais extremas face a estes grupos, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis, em função do contexto social em que se encontram.

**Atitudes face às pessoas com DI**

Ao longo dos últimos anos, têm-se verificado importantes mudanças nas políticas e práticas sociais que assentam na defesa dos direitos, da inclusão e do exercício da cidadania das pessoas com DI (Wilson & Scior, 2015; Kersh, 2011). Como resultado destas mudanças, assiste-se a uma diminuição do preconceito e a uma melhoria nas atitudes individuais (e.g., Morin, Rivard, Crocker, Boursier & Caron,2013b; Ouellette-Kuntz et al., 2010) que, contudo, nem sempre se traduz numa verdadeira inclusão social das pessoas com DI (Kersh, 2011).

A investigação sobre as atitudes face às pessoas com DI tem-se centrado nas atitudes da população em geral, na comparação entre as atitudes de diferentes grupos sociais e na identificação das variáveis que as determinam, como as caraterísticas sociodemográficas e o grau de contacto com pessoas com DI.

Sobre as atitudes da população em geral, os resultados nem sempre se mostram consistentes. Atitudes positivas foram descritas por Ouellette-Kuntz e colaboradores (2010) num estudo em que as atitudes foram avaliadas a partir da distância social, e os resultados mostraram que os sujeitos tendem a desejar interações sociais próximas com pessoas com DI. Morin e colaboradores (2013b) descreveram também atitudes tendencialmente positivas nas componentes cognitiva, afetiva e comportamental, a partir da investigação realizada com o *Atittudes Toward Intellectual Disabilities* *Questionnaire* (ATTID).

Já o estudo de Yazbeck e colaboradores (2004) revelou atitudes menos positivas da população em geral, em comparação com as atitudes de estudantes universitários e de profissionais de serviços de apoio a pessoas com DI, e Wilson & Scior (2015) encontraram diferenças entre as atitudes explícitas e as atitudes implícitas da população em geral. Estas diferenças foram discutidas à luz da desejabilidade social. Mobilizando processos menos conscientes, as atitudes implícitas podem gerar, a par de atitudes explícitas positivas de apoio à inclusão e à igualdade de oportunidades, comportamentos não-verbais e mais automatizados, que revelam posturas subtilmente preconceituosas e interferem na construção de relações sociais positivas (Wilson & Scior, 2015).

Beaulieu-Bergeron e Morin (2016) procuraram também conhecer as atitudes de crianças face à DI, avaliadas num modelo tridimensional, tendo encontrado conhecimentos pouco precisos sobre a DI; sentimentos de pena, tristeza e desamparo associados às pessoas com DI, sentimentos de choque no contacto inicial e sentimentos de maior desconforto na interação com pessoas com DI mais grave; a maioria das crianças relatou desejo de interagir e de ajudar os pares com DI e, ao mesmo tempo, sentimentos de insegurança sobre a forma de agir com eles. Os resultados globais do estudo sugerem que a falta de um contacto mais regular, o conhecimento impreciso e as emoções negativas podem contribuir para os problemas de integração escolar das crianças com DI.

Kersh (2011), a partir de uma revisão da literatura acerca das atitudes face às pessoas com DI nos domínios da educação e do emprego, evidenciou uma tendência geral para jovens e adultos avaliarem mais negativamente as pessoas com DI do que as pessoas sem DI, para as subestimarem, expressarem desconforto na sua presença e mostrarem para com elas um menor desejo de interação social.

Quanto às variáveis sociodemográficas e atitudes, apesar dos estudos mais atuais não demostrarem uma relação entre o sexo feminino e atitudes mais positivas em relação às pessoas com DI (Morin et al., 2013b; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Page & Islam, 2015; Yazbeck et al., 2004), esta associação foi amplamente documentada em pesquisas anteriores (Chan et al., 2009) e recentemente evidenciada por Wilson e Scior (2015). As evidências científicas são mais consensuais relativamente a outras variáveis, como o nível de instrução e a idade. Pessoas com um maior grau de formação académica tendem a revelar atitudes mais positivas, assim como as pessoas mais jovens (Morin et al., 2013b; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Page & Islam, 2015; Wilson & Scior, 2015; Yazbeck et al., 2004).

A relevância do contacto tem sido igualmente evidenciada de forma bastante consensual. Embora as investigações avaliem esta variável considerando diferentes critérios, como a qualidade, a proximidade, a natureza voluntária ou involuntária do contacto, os resultados apontam para que quanto mais frequente for o contacto com as pessoas com DI, mais positivas tendem a ser as atitudes face a elas (Beaulieu-Bergeron & Morin, 2016; Chan et al., 2009; Kersh, 2011; Morin et al., 2013b; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Yazbeck et al., 2004).

Morin e colaboradores (2013b) encontraram, ainda, atitudes menos positivas face a pessoas com DI que revelavam maiores dificuldades funcionais e Ouellette-Kuntz e colaboradores (2010) perceberam atitudes mais negativas associadas a uma perceção severa da DI, corroborando os estudos de Chan et al. (2009).

**Metodologia**

**Objetivos do estudo**

Neste estudo pretendeu-se conhecer as atitudes de estudantes da licenciatura em Educação Social face às pessoas com DI. Comparando-as com indivíduos da população em geral, pretendeu-se caraterizá-las quanto às dimensões cognitiva, afetiva e comportamental.

**Participantes**

O presente estudo envolveu a participação de 222 sujeitos, sendo 130 estudantes do curso de licenciatura em Educação Social (LES) da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto (ESEP) e 92 pessoas, da população em geral, com idades superiores a 30 anos.

O quadro 1 apresenta as caraterísticas sociodemográficas dos sujeitos. Os estudantes da LES eram maioritariamente do sexo feminino (93,1%), solteiros (94,6%), com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos (96,2%), de nacionalidade portuguesa (99,2%) e a residir no distrito do Porto (83,3%).

O grupo da população em geral era mais heterogéneo, sendo constituído por sujeitos com idades entre os 30 e os 60 anos ou mais, principalmente mulheres (68,9%) e residentes no distrito do Porto. A maioria dos sujeitos eram casados (57,1%) ou viviam em união de facto (12,1%) e, relativamente às habilitações literárias, mais de um terço possuíam formação superior (35,9%), enquanto 30,4% tinha o ensino secundário e 22,8% o 3º ciclo do ensino básico, tratando-se sobretudo de trabalhadores a tempo inteiro (76,1%).

Quadro 1***.***

*Caraterização Sociodemográfica dos Sujeitos*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Estudantes** | |  | **População em geral** | |
|  | ***n*** | ***%*** |  | ***n*** | ***%*** |
| **Sexo** | Masculino | 9 | 6.9 |  | 28 | 31.1 |
| Feminino | 121 | 93.1 |  | 62 | 68.9 |
|  | *n*=130 | |  | *n*=90 |  |
| **Faixa etária** | 18-29 anos | 125 | 96.2 |  | 0 | 0.0 |
| 30-39 anos | 3 | 2.3 |  | 18 | 19.8 |
| 40-49 anos | 2 | 1.5 |  | 29 | 31.9 |
| 50-59 anos | 0 | 0.0 |  | 25 | 27.5 |
| 60 ou mais | 0 | 0.0 |  | 19 | 20.9 |
|  | *n*=130 | |  | *n*=91 |  |
| **Nacionalidade** | Portuguesa | 129 | 99.2 |  | 92 | 100 |
| Outra | 1 | 0.8 |  | 0 | 0.0 |
|  | *n*=130 | |  | *n*=92 |  |
| **Local de residência** | Aveiro | 10 | 7.9 |  | 0 | 0.0 |
| Braga | 8 | 6.4 |  | 0 | 0.0 |
| Porto | 105 | 83.3 |  | 80 | 100 |
| Viana do Castelo | 2 | 1.6 |  | 0 | 0.0 |
| Viseu | 1 | 0.8 |  | 0 | 0.0 |
|  | *n*=130 |  |  | *n*=80 |
| **Estado civil** | Casado(a) | 3 | 2.3 |  | 52 | 57.1 |
| União de facto | 4 | 3.1 |  | 11 | 12.1 |
| Viúvo(a) | 0 | 0.0 |  | 6 | 6.6 |
| Separado(a) | 0 | 0.0 |  | 0 | 0.0 |
| Divorciado(a) | 0 | 0.0 |  | 12 | 13.2 |
| Solteiro(a) | 123 | 94.6 |  | 10 | 11.0 |
|  | *n*=130 |  |  | *n*=91 |
| **Habilitações literárias** | 1º Ciclo (4º ano) | 0 | 0.0 |  | 10 | 10.9 |
| Ensino básico (9º ano) | 0 | 0.0 |  | 21 | 22.8 |
| Ensino secundário | 118 | 91.5 |  | 28 | 30.4 |
| Bacharelato/licenciatura | 11 | 8.5 |  | 23 | 25.0 |
| Mestrado | 0 | 0.0 |  | 8 | 8.7 |
| Doutoramento | 0 | 0.0 |  | 2 | 2.2 |
|  | *n*=129 |  |  | *n*=92 |
| **Situação profissional** | Trabalhador(a) a t. inteiro | 4 | 3.1 |  | 70 | 76.1 |
| Trabalhador(a) a t. parcial | 0 | 0.0 |  | 1 | 1.1 |
| Doméstica | 0 | 0.0 |  | 2 | 2.2 |
| Desempregado(a) | 0 | 0.0 |  | 5 | 5.4 |
| Estudante | 126 | 96.9 |  | 0 | 0.0 |
| Aposentado(a) | 0 | 0.0 |  | 14 | 15.2 |
|  | *n*=130 |  |  | *n*=92 |
| **Rendimento**  **mensal** | Menos de 1.000.00 € | 40 | 31.3 |  | 30 | 33.3 |
| De 1000.00 a 2.000.00 € | 23 | 18.0 |  | 39 | 43.3 |
| De 2000.00 a 3.000.00 € | 1 | 0.8 |  | 4 | 4.4 |
| Mais de 3.000.00 € | 5 | 3.9 |  | 5 | 5.6 |
| Não sei | 44 | 34.4 |  | 1 | 1.1 |
| Não respondo | 15 | 11.7 |  | 11 | 12.2 |
|  | *n*=128 |  |  | *n*=90 |
|  |

No quadro 2 apresentamos os resultados sobre o conhecimento dos sujeitos acerca da DI e a experiência de contacto com pessoas com DI.

Relativamente à questão “Quanto conhece sobre a DI”, o grupo de estudantes (G1), respondeu conhecer pouco, enquanto quase metade dos sujeitos (48,9%) do grupo constituído pela população em geral (G2) disse conhecer “um pouco” sobre a DI.

Quanto ao número de pessoas com DI que conhece, a maioria dos sujeitos dos dois grupos referiu conhecer entre 1 a 5 pessoas (G1 – 55%; G2 – 64%) e revelaram contactar «às vezes» com elas, sobretudo em contextos de trabalho, em atividades de lazer ou desportivas, em trabalho voluntário (G1), eram vizinhos e crianças ou estudantes na creche ou escola dos filhos (G2). Mantinham uma relação «Boa» e «Neutra» com pessoas com DI. É de referir que 38 (31,1%) dos estudantes e 12 (16%) das pessoas do G2 referiram não conhecer nenhuma pessoa com DI.

Quadro 2. *Conhecimento dos Sujeitos Sobre a DI e Contacto com Pessoas com DI*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quanto conhece  sobre a DI? |  | **Estudantes** | |  | **População geral** | |
|  | *n* | (%) |  | *n* | (%) |
| Nada | 19 | 14.6 |  | 9 | 9.8 |
| Não muito | 66 | 50.8 |  | 29 | 31.5 |
| Um pouco | 45 | 34.6 |  | 45 | 48.9 |
| Muito | 0 | 0.0 |  | 9 | 9.8 |
| Quantas pessoas conhece,  ou conheceu, com DI? |  | *n*=130 | |  | *n*=92 | |
| 0 | 38 | 31.1 |  | 12 | 16.0 |
| 1-5 | 67 | 55.0 |  | 48 | 64.0 |
| 6-10 | 9 | 7.4 |  | 7 | 9.3 |
| 11-15 | 1 | 0.8 |  | 1 | 1.3 |
| 16-20 | 4 | 3.3 |  | 4 | 5.3 |
| 21-25 | 0 | 0.0 |  | 1 | 1.3 |
| 26-30 | 0 | 0.0 |  | 1 | 1.3 |
| 31-40 | 0 | 0.0 |  | 0 | 0.0 |
| 41-50 | 1 | 0.8 |  | 1 | 1.3 |
| Mais de 50 | 2 | 1.6 |  | 0 | 0.0 |
| *n*= 122 | |  | *n*=75 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quantas vezes, ao longo da sua vida,  teve contacto ou interagiu com pessoas  com DI? |  |  | |  |  | |
| Nunca | 32 | 24.6 |  | 13 | 14.1 |
| Às vezes | 77 | 59.2 |  | 53 | 57.6 |
| Frequentemente | 20 | 15.4 |  | 19 | 20.7 |
| Muito frequentemente | 1 | 0.8 |  | 7 | 7.6 |
|  |  | *n*=130 | |  | *n*=92 | |
| As pessoas com DI que conhece são: |  |  |  |  |  |  |
| Membros da sua família próxima? | SIM | 9 | 8.6 |  | 14 | 17.5 |
| NÃO | 96 | 91.4 |  | 66 | 82.5 |
|  |  | *n*=105 | |  | *n*=80 | |
| Membros da sua família alargada? | SIM | 14 | 13.5 |  | 12 | 15.0 |
| NÃO | 90 | 86.5 |  | 68 | 85.0 |
|  |  | *n*=104 | |  | *n*=80 | |
| Vizinhos(as)? | SIM | 26 | 24.5 |  | 27 | 33.8 |
| NÃO | 80 | 75.5 |  | 53 | 66.3 |
|  |  | *n*=106 | |  | *n*=80 | |
| Pessoas com quem realiza trabalho  voluntário? | SIM | 29 | 27.4 |  | 6 | 7,5 |
| NÃO | 77 | 72.6 |  | 74 | 92,5 |
| Pessoas com quem trabalha? |  | *n*=106 | |  | *n*=80 | |
| SIM | 37 | 35.2 |  | 31 | 38,8 |
| NÃO | 68 | 64.8 |  | 49 | 61,3 |
|  |  | *n*=105 | |  | *n*=80 | |
| Crianças ou estudantes na creche ou na  escola dos seus filhos(as)? | SIM | 6 | 5.8 |  | 19 | 23.8 |
| NÃO | 98 | 94.2 |  | 61 | 76.3 |
| Pessoas que conheceu durante atividades  de lazer ou desportivas? |  | *n*=104 | |  | *n*=80 | |
| SIM | 28 | 27.2 |  | 18 | 22.5 |
| NÃO | 75 | 72.8 |  | 62 | 77.5 |
| Outras pessoas? |  | *n*=103 | |  | *n*=80 | |
| SIM | 17 | 19.3 |  | 17 | 21.3 |
| NÃO | 71 | 80.7 |  | 63 | 78.8 |
| Como descreveria a sua relação  com as pessoas que conhece que têm DI? |  | *n*=88 | |  | *n*=80 | |
| Excelente | 10 | 9.9 |  | 9 | 11.3 |
| Boa | 52 | 51.5 |  | 48 | 60.0 |
| Neutra | 38 | 37.6 |  | 23 | 28.8 |
| Má | 1 | 1.0 |  | 0 | 0.0 |
| Muito má | 0 | 0.0 |  | 0 | 0.0 |
|  |  | *n*=101 | |  | *n*=80 | |

**Instrumento**

Neste estudo foi usado o *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* (ATTID) que foi criado com o objetivo de avaliar as atitudes face às pessoas com DI por Morin, Crocker, Beaulieu-Bergeron, & Caron (2012). O conceito de atitude é utilizado numa abordagem multidimensional, considerando as componentes afetiva, cognitiva e comportamental (Cf. Morin, Crocker, Beaulieu-Bergeron & Caron, 2013a).

Foi realizada a tradução e adaptação do *ATTID* para a língua portuguesa a partir do questionário original em língua inglesa. Nesta versão, o questionário é constituído por 70 itens, que devem ser respondidos numa escala tipo *Likert*, com 5 opções. Os primeiros 30 itens avaliam a componente cognitiva das atitudes, que inclui conhecimentos sobre as causas da DI e sobre as capacidades e direitos das pessoas com DI. Dos restantes 40 itens, 18 são relativos à componente afetiva e 22 à componente comportamental das atitudes. Para responder a estes itens, os sujeitos devem ler duas vinhetas, «Descrição 1» e «Descrição 2», caracterizando cada uma delas um indivíduo com DI e as suas capacidades funcionais: o António, com elevada capacidade funcional, e o Rafael, apresentando menor nível de funcionamento intelectual e adaptativo.

Após a leitura das vinhetas é solicitado aos inquiridos que respondam a 20 questões, sendo 9 relacionadas com a componente afetiva e 11 com a componente comportamental. As questões apresentadas são iguais para o primeiro e o segundo relato, com o objetivo de averiguar potenciais diferenças nas atitudes de acordo com o nível de funcionamento das pessoas com DI.

O questionário inclui, ainda, questões de resposta direta ou de escolha múltipla que pretendem explorar a familiaridade e o contacto dos respondentes com pessoas com DI e várias questões para caraterização sociodemográfica dos inquiridos (sexo, idade, nacionalidade, local de residência, estado civil, habilitações académicas, situação profissional atual e rendimento mensal).

**Procedimentos**

O questionário foi aplicado a estudantes dos três anos do curso de licenciatura em Educação Social da ESEP. Para a participação foram acautelados os procedimentos éticos, que incluíram uma explicação acerca do âmbito e dos objetivos do estudo, a salvaguarda da confidencialidade dos dados e a possibilidade da livre participação. Após o consentimento informado dos estudantes, o questionário foi preenchido individualmente, por escrito e de forma autónoma.

No que se refere ao grupo da população em geral, foram aplicados 100 questionários a pessoas com mais de 30 anos, sendo que 8 foram excluídos devido a erros no preenchimento, que impediram a sua utilização. A participação das pessoas foi solicitada através de contacto direto, assegurando os mesmos princípios éticos já expostos. Os inquiridos encontravam-se nas ruas e em estabelecimentos comerciais e preencheram o questionário individualmente, por escrito e autonomamente.

A análise dos dados foi realizada através do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; versão 23.0). Tendo como referência os objetivos da investigação, realizaram-se análises de estatística descritiva e análises de estatística inferencial (neste caso, não paramétrica, atendendo às características dos dados obtidos). Com o objetivo de verificar a significância das diferenças entre os grupos realizou-se o teste Mann-Whitney e utilizou-se o nível de significância de ρ≤0.05.

**Resultados**

A componente cognitiva foi avaliada a partir do conhecimento sobre as causas da DI, as capacidades e os direitos das pessoas com DI.

Não se verificaram diferenças significativas entre os estudantes da LES (G1) e a população em geral (G2) no que se refere às causas, com exceção do item que relaciona a DI com contextos sociais mais desfavorecidos. As causas da DI que obtiveram maior consenso entre os sujeitos de ambos os grupos foram o «Consumo de drogas ou álcool pela mãe durante a gravidez» e os «Problemas no parto».

No que respeita às capacidades, os sujeitos do G1 pensam, mais do que os sujeitos do G2, que as pessoas com DI são capazes de aprender e de tomar decisões (p≤0.05). Apesar da tendência dos sujeitos de ambos os grupos para concordar com a maior parte das afirmações, evidenciou-se uma posição neutra em alguns dos itens, sobretudo no grupo de estudantes (mais de 30%), quanto às capacidades de «Manter um emprego», «Usar transportes públicos sem ajuda», «Lidar com dinheiro», «Falar sobre os seus problemas físicos», «Andar desacompanhadas pela cidade» e «Tomar decisões».

Sobre os direitos das pessoas com DI, os estudantes de LES revelaram posições mais favoráveis do que os sujeitos da população em geral, com diferenças significativas em todos os itens. Observámos posições claramente positivas de ambos os grupos face aos direitos ligados à integração educativa, laboral e comunitária, nomeadamente quanto ao direito das crianças e dos jovens com DI frequentarem escolas regulares, das pessoas com DI trabalharem em locais de trabalho comuns e de participarem em atividades de lazer na comunidade. Para além disso, a grande maioria dos estudantes concordaram que as pessoas com DI deveriam ter os mesmos direitos que qualquer outra pessoa e deveriam tomar decisões sobre a própria vida (85.4%) e revelaram também uma opinião favorável face a direitos ligados à vivência individual de cidadania, como o direito de casar (96.6%), ter relações sexuais (96.9%), votar (90.7%) e ter filhos (76.1%). Nos sujeitos do G2 verificámos respostas pouco consensuais, dispersas pelas diferentes categorias «Concordo», «Não concordo nem discordo» e «Discordo», nomeadamente quanto a «Dar consentimento para receber cuidados médicos» (35.6%, 25.6% e 27.8%, respetivamente) e «Ter filhos» (34.8%, 28.3% e 20.7%, respetivamente). Sobre o direito de beber álcool, este grupo revelou uma posição claramente discordante (60.5%). Uma quantidade expressiva de sujeitos assumiu um posicionamento neutro quanto a «Têm tanto direito como as pessoas que não têm DI de tomar decisões sobre a sua vida» (25.0%) e «Devem ter o direito de votar» (26.4%).

Os resultados relativos à componente afetiva referem-se aos sentimentos suscitados no contacto com pessoas com DI. Tivemos como referência as experiências emocionais de *desconforto -* medo, embaraço, ansiedade, insegurança, cautela e conforto- e os sentimentos de *sensibilidade e ternura* - pena, tristeza e comoção (Morin et al., 2013a). Respondendo à questão «Se encontrasse o António na rua e ele tentasse falar consigo, pensa que poderia (sentir…)», não observámos diferenças significativas entre os dois grupos relativamente a quaisquer dos itens. Os resultados mostraram uma tendência para os sujeitos de ambos os grupos discordarem quanto aos sentimentos de *desconforto*, que não é tão clara em relação à tristeza e, sobretudo, à comoção, face à interpelação do António. A mesma questão e os mesmos itens de resposta são apresentados sobre o Rafael, um adulto com dificuldades funcionais severas, caraterizadas na «Descrição 2». Não observámos diferenças significativas entre os grupos, com exceção do item «Sentir medo», sendo que os estudantes de ES discordaram mais desta afirmação. Globalmente, há uma expressão menor de respostas discordantes face aos sentimentos de *desconforto* e um aumento dos posicionamentos neutros, sobretudo no grupo de estudantes, assim como uma maior evidência dos sentimentos de *sensibilidade e ternura*, em ambos os grupos.

Finalmente, a componente comportamental foi avaliada a partir do modo como os sujeitos tendiam a interagir com pessoas com DI em diversos contextos e circunstâncias sociais. Encontrámos respostas mais positivas dos estudantes de ES em todos os itens, com exceção de «Concordaria em supervisionar o António no seu trabalho?», em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. As respostas «Concordo» e «Concordo totalmente» são mais de 90% dos estudantes: «Responderia ao António se ele lhe fizesse uma pergunta no autocarro» (96.9%), «Aceitaria o António como amigo do seu filho ou da sua filha» (96.9%), «Aceitaria ser servido num café pelo António» (95.4%) e «Concordaria em trabalhar com o António» (92.3%). O item com o qual os estudantes concordaram de forma menos clara foi «Se quisesse adotar uma criança poderia ser o António?»: 31.0% concordaram totalmente, 31.8% concordaram, 19.4% não concordaram nem discordaram e 6.2% discordaram. Quanto a este item, pudemos observar a mesma tendência de resposta, e de forma mais evidente, no grupo da população em geral: apenas 11.0% concordaram totalmente, 38.5% concordaram, 18.7% assumiram um posicionamento neutro, 17.6% discordaram e 5.5% discordaram totalmente. Quanto aos mesmos itens relativamente ao Rafael, (um adulto com DI e dificuldades funcionais graves), observámos diferenças significativas (p≤0.05) em todos os itens, com respostas mais positivas do grupo de estudantes de Educação Social, à exceção de «Responderia ao Rafael se ele lhe fizesse uma pergunta no autocarro?», com o que os sujeitos do G2 concordaram mais, e nos itens «Aceitaria que o Rafael trabalhasse na creche ou na escola do seu filho?» e «Aceitaria ser servido(a) pelo Rafael num café?», em que não encontrámos diferenças significativas.

**Discussão**

As atitudes face às pessoas com DI têm impacto na sua efetiva inclusão social e na participação nos vários contextos da comunidade (e.g., Kersh, 2011). Dada a importância de se conhecerem as áreas em que essas atitudes se mostram menos positivas, podemos olhar os resultados a partir: a) das diferenças encontradas nas atitudes dos estudantes face à população em geral; b) da reflexão sobre essas diferenças no âmbito dos resultados globais do estudo e das componentes cognitiva, afetiva e comportamental das atitudes.

Há diferenças significativas no que se refere aos *direitos* (componente cognitiva) e à *interação* (componente comportamental), com respostas mais favoráveis do grupo de estudantes de Educação Social, o que sugere posições de maior abertura, aceitação e investimento na defesa dos direitos e na interação com pessoas com DI nos diversos contextos sociais, independentemente da severidade das suas dificuldades funcionais.

Não encontrámos diferenças relativamente ao conhecimento das *causas*, nem no que se refere às *habilidades* e aos *sentimentos* suscitados no contacto com pessoas com DI, com exceção de alguns itens específicos, nomeadamente na opinião de que a DI é mais comum em contextos sociais desfavorecidos, sobre as capacidades de aprender e de tomar decisões e quanto ao sentimento de medo no contacto com pessoas com DI com elevado grau de dificuldades funcionais, que discutiremos mais abaixo.

Quanto ao conhecimento e ao contacto com pessoas com DI, verificamos que em ambos os grupos não há muito conhecimento, nem um contacto muito próximo ou frequente. 14.6% dos estudantes afirmam não conhecer nada sobre a DI e 24.6% referiram nunca ter contactado com pessoas com DI. Poucos sujeitos têm pessoas com DI como membros da sua família (8.6% no grupo de estudantes e 17.5% no grupo da população em geral), critério evidenciado por Ouellette-Kuntz e colaboradores (2010) para definir a proximidade dos contactos, associado a atitudes mais positivas. Quer os estudantes de ES quer os sujeitos da população em geral descreveram a relação com pessoas com DI como «Boa» (51.5% e 60.0%, respetivamente), mas também como «Neutra» (37.6% e 28.8%, respetivamente).

Interessa-nos discutir a possibilidade de a área de formação em ES ter algum impacto nos resultados mais positivos nas atitudes dos estudantes. A formação em ES poderá ser um fator de sensibilização para a defesa dos direitos e para uma interação mais próxima com pessoas com DI, quer no que se refere aos estudantes que possuíam já um percurso formativo mais alargado e que estavam a finalizar o terceiro ano da licenciatura, quer aos que estavam apenas a concluir o primeiro ano. Assentando nas vertentes social e educativa, a ES é uma área que procura responder aos problemas e às necessidades das pessoas através da proximidade e de uma abordagem participativa (Timóteo & Bertão, 2012), e tem em conta a complexidade e a diversidade da realidade social, exigindo uma formação que se edifica em valores como a igualdade, a solidariedade, a justiça social e a defesa dos direitos de todos os seres humanos (Veiga & Monteiro, 2013).

Dos resultados globais do nosso estudo não podemos concluir uma tendência positiva clara das atitudes dos sujeitos de ambos os grupos, uma vez que verificámos uma quantidade expressiva de posições pouco consensuais e de respostas neutras relativamente a determinados temas, sugerindo, de acordo com Morin et al. (2013b, p. 288) “atitudes menos positivas ou áreas sobre as quais os sujeitos têm pouco conhecimento ou mais reservas”. Estas respostas, que caraterizam as atitudes por uma certa ambivalência (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010) decorrem da falta de conhecimento ou da falta de contacto com pessoas com DI.

Com a discussão dos resultados a partir das componentes cognitiva, afetiva e comportamental, procuramos identificar as áreas mais favoráveis e aquelas que suscitaram respostas menos positivas ou menos claras em ambos os grupos, e que poderão sustentar as nossas sugestões sobre temas a trabalhar em futuras intervenções socioeducativas, envolvendo a comunidade em geral e a formação de profissionais da área psicossocial em particular.

A componente cognitiva das atitudes inclui o *conhecimento sobre as causas* e *as capacidades* e *direitos* das pessoas com DI. Sobre as causas, verificámos conhecimentos pouco consistentes em ambos os grupos, com um número expressivo de respostas neutras e de respostas discordantes face a fatores de risco referenciados de forma consistente na literatura (Cf. Berg, 1985; Huang, Zhu, Qu, & Mu, 2016; James & Harris, 2006; Patton, Payne, & Beirne-Smith, 1986), nomeadamente a má nutrição da mãe, ferimento grave na cabeça da criança, falta de estimulação na infância e substâncias químicas no ambiente. Os nossos resultados vão ao encontro dos que são apresentados por Morin et al. (2013b), que verificaram que uma grande parte dos sujeitos não compreendia determinadas causas da DI. A este propósito, os autores salientam a importância de proporcionar à população em geral informação de forma mais sistemática, acreditando que conhecer as causas da DI pode ter um impacto positivo ao nível da prevenção e contribuir para uma compreensão mais ampla e realista das pessoas com DI e da variabilidade que as carateriza. Os sujeitos da população em geral concordaram mais do que os estudantes de LES que a DI é mais comum em contextos sociais desfavorecidos, o que poderá apontar para uma noção mais precisa de que os contextos sociais menos favorecidos acarretam múltiplos fatores de risco para o surgimento da DI (Cf. Bryant & Maxwell, 1999; Hagberg & Hagberg, 1985; OMS, 2002; OMS, 2011;Sharma et al., 2015; Stromme & Magnus, 2000), ou, por outro lado, revelar um estereótipo que liga a DI à pobreza, aos grupos sociais carenciados e marginalizados, associado a atitudes negativas (Chan et al., 2009). Sob este ponto de vista, a diferença sugere um posicionamento mais positivo e cauteloso dos estudantes da LES. A compreensão da dimensão contextual na abordagem da DI parece, contudo, relevante, no sentido de alargar a compreensão e a responsabilidade individual e coletiva face aos problemas das pessoas que enfrentam sérias carências, que têm poucos apoios disponíveis, são estigmatizadas e socialmente excluídas.

Quanto ao *conhecimento das capacidades*, os estudantes da LES foram mais afirmativos quanto às capacidades de aprender e de tomar decisões, o que sugere uma representação mais positiva do potencial de desenvolvimento, de aprendizagem e de autodeterminação das pessoas com DI, e que pode pressupor expectativas mais favoráveis a um processo de inclusão autónomo e participado. Contudo, globalmente, as respostas de ambos os grupos revelaram um posicionamento caraterizado por alguma ambivalência, dado o elevado número de posições neutras. Estas posições poderão relacionar-se com o menorconhecimento e com um contacto *pouco frequente*, dos sujeitos. Não obstante a variabilidade da DI e das capacidades funcionais que cada pessoa pode apresentar, uma visão positiva parece estar associada a atitudes mais positivas. Ouellette-Kuntz et al. (2010) verificaram que os sujeitos que tinham uma representação da DI associada a um menor grau de severidade mostravam atitudes mais positivas, traduzidas por um menor desejo de distância social. A perceção de que as pessoas com DI são capazes de responder às várias exigências do contexto social, de conduzirem as suas vidas de forma autónoma e de contribuírem para a comunidade promove atitudes positivas e a inclusão (Santos et al., 2015; Yazbeck et al., 2004). É, por isso, fundamental, diminuir o foco nas dificuldades e evidenciar as potencialidades das pessoas com DI, bem como promover a consciencialização da sociedade em geral de que as capacidades adaptativas dependem dos sistemas de apoio, da sua disponibilidade e acessibilidade (OMS, 2004; Schalock, & Luckasson, 2004).

Sobre os *direitos* das pessoas com DI, os estudantes da LES revelaram um posicionamento significativamente mais positivo, embora com mais reserva quanto ao direito de beber álcool e autonomia para dar consentimento quanto a cuidados médicos. O consumo de álcool foi o tema que suscitou posições claramente discordantes no grupo da população em geral. Segundo Pezzoni e Kouimtsidis (2015), o consumo de álcool faz parte de uma vida mais integrada das pessoas com DI na comunidade, mas levanta um dilema ético, na medida em que exige um equilíbrio entre o respeito pela autonomia da pessoa e a consideração de aspetos como a sua capacidade para avaliar e defender-se de situações de perigo ou a exacerbação de problemas de saúde física e mental.

Parece haver um certo paradoxo entre a defesa de direitos sociais de inclusão e o posicionamento face a direitos individuais, de exercício pleno e autónomo da cidadania, levantando-se algumas sugestões para reflexão. A interpretação dos resultados mais positivos sugere um possível reflexo da desejabilidade social, discutida nas investigações de Ouellette-Kuntz et al. (2010) e Wilson e Scior (2015), e apontada por Ajzen e Dasgupta (2015) como um fator a considerar na mediação entre a intenção e o comportamento, fazendo-nos supor que estes resultados podem não ser muito consistentes com uma previsão de condutas positivas face às pessoas com DI. Numa perspetiva mais otimista, podemos supor que as respostas mais favoráveis refletem o impacto das políticas sociais de inclusão mais recentemente difundidas (Fontes, 2009), tal como referido por Morin et. al. (2013b) e por Ouellette-Kuntz et al. (2010). Por outro lado, o reflexo destas políticas poderá ser pouco evidente face a situações concretas de tomada de decisão da pessoa com DI, revelando atitudes subtilmente preconceituosas (Wilson & Scior, 2015) e pondo em causa a legitimidade identitária do indivíduo. Posicionar-se sobre o direito de as pessoas com DI tomarem decisões sobre as suas vidas, e em áreas como a politica, a sexualidade e a parentalidade, poderá mobilizar fatores de natureza sociocultural e da experiência pessoal, acionar mecanismos menos conscientes, projetivos e de identificação, eventualmente perturbadores e geradores de atitudes menos positivas (Cf. Chan et al., 2009).

No que se refere à componente afetiva, representada pela expressão de sentimentos de *desconforto* e de *sensibilidade ou ternura* no contacto com pessoas com DI, não observámos diferenças significativas entre os dois grupos, a não ser quanto a sentir medo face à interpelação de uma pessoa com dificuldades funcionais severas, com o que os estudantes de ES discordaram mais. Os sujeitos de ambos os grupos responderam a esta componente de forma globalmente positiva, sobretudo em relação à pessoa com DI que apresentava mais competências adaptativas. No que respeita ao indivíduo com dificuldades funcionais severas, esta tendência de resposta não se revelou tão claramente, quer no que se refere aos sentimentos de *desconforto*, quer pela maior evidência dos sentimentos de comoção, tristeza e pena. Morin et al. (2013b) identificam a *sensibilidade e ternura* como uma das áreas em que a população em geral revelou posições menos favoráveis, apesar das atitudes globalmente positivas. Também na investigação de Wilson e Scior (2015) os sujeitos que relataram um baixo desejo de distância social face a pessoas com DI tenderam a discordar de sentimentos de raiva e de medo, mas expressaram elevados níveis de compaixão, e Kersh (2011) evidenciou na sua pesquisa, uma tendência geral para se subestimar as pessoas com DI. Segundo Morin et al. (2013), estes sentimentos podem associar-se a atitudes que não estimulam a autonomia pessoal, a autodeterminação e a participação social das pessoas com DI. Os mesmos autores encontraram, ainda, uma associação entre atitudes mais negativas e um nível mais acentuado de dificuldades funcionais, corroborada por outras investigações (e.g., Chan et al., 2009).

Quanto à componente comportamental, verificámos atitudes mais positivas do grupo de estudantes da LES face a pessoas com DI tanto com menores dificuldades funcionais como também com limitações mais severas. Se “as intenções constituem os antecedentes mais próximos do comportamento social humano” (Ajzen & Dasgupta, 2015, p.115), as intenções comportamentais envolvem quer processos de decisão consciente acerca do comportamento, quer a ativação de crenças e objetivos inconscientes que medeiam e influenciam o comportamento, mas que, na maioria dos casos, se podem expressar de forma explícita (Ajzen & Dasgupta, 2015). Assim sendo, apesar de não ser do âmbito do nosso estudo identificar crenças inconscientes e atitudes implícitas, elas surgem de alguma forma como mediadoras na produção das intenções comportamentais expressas pelos sujeitos do nosso estudo. Pelo que, mais do que prever o comportamento, pode ser válida a reflexão acerca dos conteúdos ou significados que veiculam.

Os estudantes da LES mostraram intenções comportamentais positivas, revelando posições claramente favoráveis quanto à interação com pessoas com DI em diversos contextos e circunstâncias sociais. A área que suscitou mais respostas neutras foi a possibilidade de adotar uma criança com DI. Esta tendência evidenciou-se também no grupo da população em geral. São do conhecimento geral as limitações que as crianças com deficiência têm para encontrar famílias de adoção em Portugal. Seria interessante a possibilidade de explorar as motivações dos sujeitos que estão subjacentes a este posicionamento e identificar crenças e afetos que mais obstaculizam esta opção.

O grupo da população em geral revelou também posições neutras e discordantes face a pessoas com maior nível de dificuldade funcional no que se refere a arrendar uma casa e a situações relacionadas com trabalho. Este aspeto remete-nos novamente para o paradoxo entre a defesa de direitos e de políticas sociais de inclusão em contextos laborais e comunitários, e o posicionamento assumido na interação social quotidiana. Kersh (2011) evidencia mais sentimentos de desconforto da parte de jovens e adultos no contacto com pessoas com DI e preferência pela interação com pares sem DI, em todos os contextos sociais, nomeadamente, escolar e laboral. A mesma autora salienta que as campanhas educativas parecem ter mais impacto nos domínios cognitivo e afetivo das atitudes, nomeadamente na redução de estereótipos e de sentimentos negativos como o medo, mas não tanto sobre os comportamentos.

**CONCLUSÕES**

Com este estudo procurámos conhecer e caraterizar as atitudes de futuros profissionais da área de intervenção psicossocial face às pessoas com DI, considerando as componentes cognitiva, afetiva e comportamental das atitudes.

Comparando com sujeitos da população em geral, os estudantes da LES mostraram atitudes mais positivas de defesa dos direitos das pessoas com DI e na interação com elas. Contudo, não revelaram conhecimentos consistentes sobre as causas da DI, mostraram ambivalência na perceção das capacidades e expressaram embaraço, pena e tristeza no contacto com indivíduos que apresentavam dificuldades funcionais graves, tendo em conta as percentagens das várias categorias de resposta.

Como aspetos positivos, salientamos a defesa de direitos de inclusão nos contextos escolar, laboral e comunitário, a oposição face a sentimentos de desconforto e as interações positivas com pessoas com DI, apresentando menores dificuldades funcionais.

Os resultados parecem indicar que quer as áreas de resposta mais favoráveis quer as menos favoráveis são transversais às três componentes, cognitiva, afetiva e comportamental.

Por outro lado, a análise realizada a partir das percentagens obtidas nas várias categorias de resposta leva-nos a pressupor que poderíamos encontrar diferenças associadas aos níveis de dificuldade funcional leve ou severo, refletindo-se nas componentes afetiva e comportamental. O caráter exploratório deste estudo, o instrumento utilizado (ainda em fase de validação para a população portuguesa), bem como a análise de dados efetuada não permitem concluir sobre associações entre esses dados ou comparações com estudos internacionais, o que constitui uma limitação a ultrapassar em futuras investigações.

Não tendo sido objetivo deste estudo avaliar a formação dos estudantes de Licenciatura em Educação Social, os resultados servem, no entanto, de indicadores quanto à necessidade de melhorar a aquisição de conhecimentos relativos à DI, bem como de melhorar o desenvolvimento de competências e de consciencialização de atitudes e comportamentos para a verdadeira inclusão das pessoas com DI.

Podemos identificar áreas de fragilidade nas atitudes que poderão contribuir para discussões futuras sobre a promoção de atitudes mais positivas, nomeadamente:

1) quanto às causas: proporcionar formação e informação mais específica e sistemática acerca das causas da DI, quer no que respeita à componente geral de formação dos Educadores Sociais, quer no que se refere à população em geral, o que permite uma maior compreensão das especificidades da pessoa e corresponde também a uma dimensão fundamental no âmbito da prevenção (Morin et al., 2013b);

2) quanto às capacidades: construir uma visão mais positiva da pessoa com DI, evidenciando as suas potencialidades e o seu contributo para a comunidade e compreender as suas dificuldades funcionais considerando a relação com os sistemas de apoio disponíveis (Schalock & Luckasson, 2004).

3) quanto aos direitos: sensibilizar para a defesa dos direitos fundamentais de todos os seres humanos, no que respeita à inclusão escolar, laboral e comunitária, mas insistindo em áreas específicas de tomada de decisão individual e de autodeterminação, através de intervenções que assentem na participação de todos os atores sociais e num trabalho de proximidade;

4) quanto aos afetos: combater os sentimentos de comiseração, que obstaculizam a perceção da pessoa como sujeito de ação, desejos e intenções que, tal como todos os outros, pode encontrar formas de realização e de satisfação nas diversas áreas da sua vida, independentemente das dificuldades funcionais com que se confronta;

5) quanto à interação: promover e valorizar espaços de contacto e de partilha, assumindo práticas verdadeiramente inclusivas, que aumentem a participação e a visibilidade das pessoas com DI nos diversos contextos de vida quotidianos, e evidenciar os fatores com maior impacto nas atitudes, como a frequência, a regularidade e a qualidade dos contactos (Kersh, 2011).

As dificuldades de inclusão das pessoas com DI são um problema social, de todos, pelo que importa reforçar a importância de os espaços relacionais serem o mais diversificados possíveis, pois o contacto com pessoas diferentes, nomeadamente com DI, otimizará os processos participativos e a mudança de atitudes e comportamentos.

**Referências**

Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, & A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp.241-274). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ajzen, I., & Dasgupta, N. (2015). Explicit and implicit beliefs, attitudes, and intentions: The role of conscious and unconscious processes in human behavior. In P. Haggard, & B. Eitam (Eds.), *The sense of agency* (pp. 115-144). New York: Oxford University Press.

Alves, S. (2015). *Avaliação das atitudes de alunos do ensino básico face aos pares com incapacidades e ensaio exploratório de um programa de intervenção* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.

Beaulieu-Bergeron, R., & Morin, D. (2016). A qualitative investigation of fifth- and sixth- grade students’ attitudes towards intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, *63*(5), 514-528.

Berg, J. M. (1985). Physical determinants of environmental origin. In A. M. Clarke, A. D.B. Clarke, & J. M. Berg (Eds.), *Mental deficiency – The changing outlook* (4th ed.) (pp.99-134). London: Mathuen & Co. Ltd.

Bryant, D. M., & Maxwell, K. L. (1999). The environmental and mental retardation. *International Review of Psychiatry,* *11*(1), 56-67. doi: 10.1080/09540269974528.

Campos, M., & Fernandes, C. (2015). Impacto da semana paralímpica nas atitudes dos alunos face à inclusão. *Revista Científica da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência*, *1*(1), 5-11.

Chan, F., Livneh, H., Pruett, S. R., Wang, C., & Zheng, L. X. (2009). Societal attitudes toward disability: Concepts, measurements, and interventions. In F. Chan, E. S. Cardoso, & J. A. Chronister (Eds.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 333-368). New York, NY: Springer Publishing Company.

Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Belmont, CA: Wadsworth.

Eagly, A., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition, 25*(5), 582-602.

Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, *86*, 73-93.

Hagberg, B., & Hagberg, G. (1985). Neuropaediatric aspects of prevalence, etiology, prevention and diagnosis. In A. M. Clarke, A. D. B. Clarke, & J. M. Berg (Eds.), *Mental deficiency – The changing outlook* (4th ed.) (pp. 326-355). London: Mathuen & Co. Ltd.

Huang, J., Zhu, T., Qu, Y., & Mu, D. (2016). Prenatal, perinatal and neonatal risk factors for intellectual disability: A systemic review and meta-analysis. *PLoS ONE* *11*(4): e0153655. doi: 10.1371/journal.pone.0153655.

James, C., & Harris, M. (2006). *Intellectual disability – Understanding its development, causes, classification, and treatment*. New York: Oxford University Press.

Kersh, J. (2011). Atittudes about people with intellectual disabilities: Current status and new directions*.* [*International Review of Research in Mental Retardation*](https://www.researchgate.net/journal/2211-6095_International_Review_of_Research_in_Mental_Retardation)*,* *41*, 199-231.

Maio, G., & Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change* London: SAGE Publications Ltd.

Morin, D., Crocker, A., Beaulieu-Bergeron, R., & Caron J. (2012). Attitudes à l´égard de la déficience intellectuelle – Questionnaire ATTID. *Journal of Intellectual Disability Research*. Published on-line. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x.

Morin, D., Crocker, A.G; Beaulieu-Bergeron, R., & Caron, J. (2013a). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, *57*(3), 268-278

Morin, D., Rivard, M., Crocker, A.G., Boursier, C.P., & Caron, J. (2013b). Public attitudes towards intellectual disability: a multidimensional perspective. *Journal of Intellectual* *Disability Research*, *57*(3), 279-292.

OMS (2002). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança.* Relatório Mundial da Saúde, Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002/OMS.

OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Organização Mundial de Saúde/Direcção-Geral de Saúde. Disponível em

<http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>

OMS (2011). *Relatório mundial sobre a deficiência*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em

http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/[documents/RELATORIO MUNDIAL COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf).

Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. K., & Arsenault, E. (2010). Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,* *23*(2), 132-42.

Page, S. L., & Islam, M. R. (2015). The role of personality variables in predicting attitudes toward people with intellectual disability: An Australian perspective. *Journal of* *Intellectual Disability Research*, *59*(8), 741-745.

Patton, J., Payne, J., & Beirne-Smith, M. (1986). *Mental retardation* (2nd ed.). Columbus: Merrill Publishing Company.

Pezzoni, V., & Kouimtsidis, C. (2015). Screening for alcohol misuse within people attending a psychiatric intellectual disability community service. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(4), 353–359.

Santos, M., & Sanches-Ferreira, M. (2014). Para que a vida valha a pena: A avaliação das necessidades de apoio na Planificação Centrada na Pessoa. In M. A. Almeida & E. G. Mendes (Orgs.). *A escola e o público-alvo da Educação Especial: Apontamentos atuais*. São Carlos: Marquezine & Manzini, ABPEE.

Santos, M., Sanches-Ferreira, M., Silveira-Maia, M., Martins, S., Alves, S., & Lopes- dos-Santos, P. (2015). A avaliação de necessidades de apoio no desenvolvimento de planos individuais de transição. *Exedra: Revista Cientifica ESEC, temático, 110 – 120*. Disponível em <http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/08.pdf>

Schalock, R., & Luckasson, R. (2004). American association on mental retardation’s definition, classification, and system of supports and its relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities. *Journal of Policy & Practice In Intellectual Disabilities*, *1*(3/4), 136-146.

Sharma, S., Raina, S., Bhardwaj, A., Chaudhary, S., Kashyap, V., & Chander, V. (2015). Socio demography of mental retardation: A community-based study from a goitre zone in rural sub-Himalayan India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 6*(2), 165-169.

Silva, M., Ribeiro, C., & Carvalho, A. (2014). Atitudes e práticas dos professores face à inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 47*(1), 53-73.

Stromme, P., & Magnus, P. (2000). Correlations between socioeconomic status, QI and aetiology in mental retardation: A population-based study of Norwegian children. *Social* *Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 35*, 12-28.

Teixeira, P.S.G. (2014). *As atitudes dos docentes do 2º e 3º ciclos do ensino regular face à DM* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa. Portugal. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6514/1/PaulaTeixeira.pdf>

Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa: clarificação de sentidos. *Sensos*, *2*(1), 11-26.

Veiga, S., & Monteiro, H. (2013). Formação valorativa dos educadores sociais. Princípios, metodologias e construtos teórico-conceptuais. *Sensos-e*, *0*. Disponível em [http://sensos-e.ese.ipp.pt/?p=4269](http://sensos-e.ese.ipp.pt/?p=4269" \t "_blank).

Vieira, F., & Pereira, M. (2007). *Se houvera quem me ensinara* – *Educação de pessoas com deficiência mental* (3ª ed.). Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wilson, M., & Scior, K. (2015). Implicit attitudes towards people with intellectual disabilities: Their relationship with explicit attitudes, social distance, emotions and contact. *PLoS ONE,* *10*(9), 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0137902.

Yazbeck, M., McVilly, K., & Parmenter, T. R. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities: An australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies,* *15*(2), 97-111.