

Maria Luísa Neves dos Santos

**A APLICAÇÃO DA CIF NOS PROGRAMAS EDUCATIVOS
INDIVIDUALIZADOS DAS CRIANÇAS DA CRECHE E JARDIM DE
INFÂNCIA**

Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional

2010

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO

**A aplicação da CIF nos Programas Educativos Individualizados
das crianças da Creche e Jardim de Infância**

MARIA LUISA NEVES DOS SANTOS

Outubro de 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Terapia Ocupacional, área de especialização Crianças e Jovens da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, orientada pelo Professor Adjunto Joaquim Faias e co-orientada pela Mestre Maria João Trigueiro (ESTSP-IPP).

Resumo

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Crianças e Jovens (CIF-CJ), usando uma linguagem comum e universal, permite a comunicação entre os diferentes profissionais e investigadores. Sustenta-se numa abordagem biopsicossocial que pressupõe um processo interactivo da participação com os contextos de vida da criança, classificando a criança quanto à sua funcionalidade, definindo perfis de funcionalidade. A reestruturação do Programa Educativo Individual (PEI) através do decreto-lei 3/2008, passa a incluir uma terminologia da CIF-CJ, para a determinação do Perfil de Funcionalidade e Plano de Intervenção. Devido à sua pertinência e actualidade foi objectivo deste estudo fazer a análise da aplicação da CIF nos Programas Educativos Individualizados das crianças da Creche e Jardim de Infância do Cabedelo, verificando se os conteúdos dos PEI das crianças tem ligação com as componentes da CIF-CJ, se são elaborados de modo a englobarem predominantemente os constructos ligados à Actividade e Participação e ao Ambiente segundo o modelo biopsicossocial, e se os constructos identificados no Perfil de Funcionalidade surgem como alvo no Plano de Intervenção. Seleccionámos uma amostra de 15 crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) com idades entre os dois e os seis anos de idade. A metodologia foi mista iniciando com um estudo qualitativo seguido de uma metodologia quantitativa. Assim procedeu-se a uma análise de conteúdo dos PEI's, utilizando as linking rules para os relacionar com a CIF-CJ, e posteriormente efectuou-se uma análise de frequências com recurso à estatística descritiva.

Os resultados indicam existir uma ligação dos conteúdos dos PEI's com os componentes da CIF-CJ. O Perfil de Funcionalidade e Plano de Intervenção centram-se na componente Actividades e Participação sendo os Factores do Ambiente menos citados em ambos os processos. Em relação à existência de correspondência dos constructos do Perfil de Funcionalidade com o Plano de Intervenção não há uma correspondência directa em grande parte dos códigos, havendo no entanto uma correspondência na mesma área ou em áreas diferentes mas relacionáveis entre si.

Palavras-chave: Plano Educativo Individual, Classificação Internacional da Funcionalidade -Crianças e Jovens, Perfil de Funcionalidade

Abstract

The International Classification of Functioning, Child and Youth (ICF-CY), using a common language and universal, allows communication between different professionals and researchers. It is based in a biopsicossocial approach that assumes an interactive process of engagement with the contexts of the child's life, classifying the their functionality and defining profiles of functionality. The restructuring of the Individual Education Program (IEP) through the Public-Law 3/2008, now includes a terminology of the ICF-CY, for determining the Profile of Functionality and Intervention Plan. Due to its relevance and timeliness, the goal of this study was to analyze the ICF application in the children's Individualized Educational Programs of Cabedelo's Day Care Nursery and Kindergarten, verifying if the contents of the IEP of children are linked to the components of the ICF-CY, if they are constructed so as to encompass constructs predominantly linked to Activity and Participation and to the Environment according to the biopsicossocial model, and if the constructs identified in the Profile of Functionality emerge as targets in the Plan of Intervention. We selected a sample of 15 children with Special Educational Need (Rosenbaum & Stewart) aged between two and six years old. A mixed methodology was used, starting with a qualitative study followed by a quantitative methodology. So we proceeded to a content analysis of PEI's, using the linking rules for connecting to the ICF-CY, and subsequently undertook an analysis of frequencies using descriptive statistics.

The results indicate a link between the content of PEI's with the components of the ICF-CY. The Profile of Functionality and the Intervention Plan focus on the component Activities and Participation being the Environmental Factors mentioned less in both cases. In relation to the existence of correspondence of the constructs of the Profile of Functionality with the Intervention Plan there is not a direct correspondence in most codes, however there is a match in the same area or in different areas but relatable to each other.

Keywords: Individual Education Plan, International Classification of Functioning-Children and Young People, Profile of Functionality

Resumé

La Classification Internationale de Fonctionnalité - Enfants et Jeunes (CIF-EJ), utilisant un langage commun et universel, permet la communication entre les différents professionnels et investigateurs. Elle se base sur un abordage biopsychosocial qui présuppose un processus interactif de la participation de l'enfant avec ses contextes de vie, classifiant l'enfant quant à sa fonctionnalité et définissant ainsi des profils de fonctionnalité. La restructuration du Programme Éducatif Individuel (PEI) à travers du décret-loi 3/2008, vise inclure une terminologie de la CIF-EJ pour la détermination du Profil de Fonctionnalité et du Plan d'Intervention. Dû à sa pertinence et à son actualité, l'objectif de cette recherche a été de faire l'analyse de l'application de la CIF relativement aux Programmes Éducatifs Individualisés des enfants de la Crèche et de la Maternelle de Cabedelo, vérifiant ; si les contenus des PEI des enfants ont des liaisons avec les composants de la CIF-EJ ; s'ils sont élaborés de façon à englober d'une manière prédominante les constructos liés à l'Activité et Participation et au Milieu, selon le modèle biopsychosocial, et si les constructos identifiés dans les Profils de Fonctionnalité surviennent comme but dans le Plan d'Intervention. Nous avons sélectionné un échantillon de 15 enfants, âgés de 2 à 6 ans, avec des Besoins Éducatifs Spéciaux (BES). La méthodologie a été mixte, débutant avec une étude qualitative suivie d'une méthodologie quantitative. Ainsi nous avons procédé à une analyse de contenu des PEI, utilisant les linking rules pour les lier à la CIF-EJ, et postérieurement nous avons effectué une analyse de fréquences recourant à la statistique descriptive.

Les résultats indiquent l'existence d'une liaison de contenus des PEI avec les composants de la CIF-EJ. Le Profil de Fonctionnalité et Plan d'Intervention se centrent sur le composant Activités et Participation, les Facteurs du Milieu étant les moins cités dans les deux processus. En ce qui concerne l'existence de correspondance entre les constructos du Profil de Fonctionnalité avec le Plan d'Intervention, il n'y a pas de correspondance directe dans la plupart des codes, cependant il existe une correspondance dans le même secteur, ou dans des secteurs différents mais qui s'entrelie.

Mot-clef: Plan Educatif Individuel. Classification Internationale de la Fonctionnalité – Enfants e Jeunes, Profil de Fonctionnalité.

Índice

Resumo	II
Abstract	III
Resumé	IV
Introdução	2
Capítulo I - Enquadramento teórico	4
Modelo Biopsicossocial	5
Classificação Internacional da Funcionalidade	8
Intervenção Precoce	14
Educação Pré-escolar	21
Educação Especial.....	23
Questões e objectivo de estudo	24
Capítulo II - Estudo Empírico	26
Metodologia.....	27
Desenho de estudo.....	27
Caracterização da amostra	28
Instrumentos.....	29
Procedimentos.....	33
Resultados	37
Discussão.....	57
Conclusão	64
Referências Bibliográficas	66
Anexos	70

Introdução

O Programa Educativo Individual (PEI) é o documento que estabelece e fundamenta as respostas educativas, documentando as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação da criança no contexto educativo e de informações fornecidas pelos diferentes parceiros no processo (ME, 2008). O modelo actual do PEI, criado através do decreto-lei 3/2008, tem por referência a Classificação Internacional da Funcionalidade, na criação do Perfil de Funcionalidade e posterior na elaboração do Plano de Intervenção (ME, 2008). O decreto-lei 3/2008 define os apoios especializados a prestar na educação, incluindo na educação pré-escolar, visando a criação de condições necessárias que promovam o processo educativo em crianças com alterações significativas ao nível da actividade e participação, em um ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais. O mesmo decreto-lei valoriza a educação, promovendo uma melhoria da qualidade do ensino através da implementação de uma escola democrática e inclusiva, permitindo responder à diversidade de características e necessidades dos alunos (ME, 2008). Verificamos, assim, a necessidade do estabelecimento de um exaustivo Perfil de Funcionalidade que caracterize a criança nos diversos domínios englobados na CIF, sem esquecer os Factores Contextuais, de forma a suportar um Plano de Intervenção que responda às reais necessidades da criança. Segundo a abordagem inclusiva, a mudança deve ser feita no contexto/sistema educativo e não no indivíduo com Necessidades Educativas Especiais (NEE), por isso devem ser afectados recursos com base no PEI, fundamentado numa declaração de necessidades, de saúde, sociais e educativas. Na elaboração do PEI a abordagem deverá ser a partir do modelo holístico do desenvolvimento humano – abordagem biopsicossocial. A CIF reflecte os princípios da abordagem biopsicossocial assumindo a funcionalidade/incapacidade, como um processo de interacções entre a actividade e participação e o contexto onde elas ocorrem (DGIDC, 2008).

Desta forma, é fundamental perceber se os PEI's elaborados para as crianças com NEE, correspondem aquilo que é preconizado no referido decreto-lei, nomeadamente, através da elaboração de um Perfil de Funcionalidade que traduza a real situação da criança e de um Plano de Intervenção que vá de encontro às necessidades identificadas, mas que, igualmente, utilize uma linguagem que se enquadre naquela definida na terminologia da CIF.

A escolha do tema “ A aplicação da CIF nos Programas Educativos Individualizados das crianças da Creche e Jardim de Infância” deve-se ao facto de em Portugal através dos decretos-lei 281/2009 e 3/2008, a CIF fazer parte do processo dos alunos com NEE. Também foi factor decisivo da escolha do tema, a reduzida investigação no que se relaciona a estudos sobre a CIF aplicados a uma população de crianças portuguesas a frequentar a Creche e Jardim de Infância. Evidenciamos que em Portugal estão actualmente a ser desenvolvidos, alguns projectos académicos (mestrado e doutoramento), tentando compreender de que forma está a CIF a ser utilizada no campo da educação, no entanto ainda não existem trabalhos publicados.

O presente estudo será então estruturado em dois grandes capítulos: No primeiro, serão abordados os modelos que dão suporte à CIF e à Intervenção Precoce, a implementação da CIF no sistema da saúde e da educação, assim como o suporte teórico e legislativo da educação pré-escolar e das Necessidades Educativas Especiais. Na segunda parte, desenvolve-se o estudo empírico, onde faremos a descrição da metodologia, da apresentação e discussão de resultados. Na conclusão, iremos reflectir acerca dos principais resultados do nosso estudo que se evidenciam, para nós, como mais pertinentes.

Capitulo I
Enquadramento teórico

A um nível universal, a CIF pode servir como padrão de referência para a definição dos direitos das crianças. Pode ser particularmente importante nos países em desenvolvimento, onde o direito à saúde e educação das crianças em geral, é abreviada e onde às crianças com deficiência é especificamente negado o acesso à escolaridade (Simeonsson, 2003).

A perspectiva de que a funcionalidade acaba onde a doença começa, está em mudança. A Organização Mundial Saúde publicou o documento “Beginner’s guide-Towards a common Language for Functioning, Disability and Health-CIF” onde evidencia esta questão que passamos a citar: “Anteriormente, a incapacidade começava onde a saúde acabava; uma vez incapacitada, a pessoa era colocada numa categoria à parte. Queremos distanciarmo-nos desta forma de pensar. Desejamos fazer da CIF um instrumento de medida da funcionalidade na sociedade, quaisquer que sejam as razões da deficiência de cada um” (OMS, 2002, p.6).

Ao falarmos da CIF temos que obrigatoriamente falar do modelo biopsicossocial, modelo de suporte na aplicação da CIF. Este modelo vem preencher uma lacuna no modelo médico, já que nele a pessoa é percebida na perspectiva da doença e não como um Ser integral, considerada noutras dimensões (Marco, 2006). O modelo biopsicossocial surge assim contrapondo-se ao modelo médico, e vai ganhando abrangência a partir de diversas áreas do conhecimento no início do século XX (Marco, 2006).

Modelo Biopsicossocial

A incapacidade de resposta do modelo médico para responder a alguns problemas que atingiram os doentes, suscitou, logo na viragem do século XIX para o XX, a necessidade de encontrar paradigmas explicativos dessas alterações. Esta necessidade fomentou as mudanças, a criação de várias áreas de ensino, investigação e prática, nas vertentes da Psicologia clínica, Psicossomática, Psicanálise e Medicina comportamental (Marco, 2006). O modelo biopsicossocial surge com Engel em 1977, proporciona uma visão integral do Ser e da doença, compreendendo a dimensão física, psicológica e social, querendo dizer que a intervenção do profissional será direccionada não só para o fisiológico mas também para o relacional e para o social (Gallo & Luecken, 2007; Marco, 2006). O modelo biopsicossocial, introduz a perspectiva sistémica, que segundo Engel (1977) se refere a um mundo que é composto por um contínuo de sistemas que interagem a níveis

diferentes. Neste modelo, o corpo é substituído pela condição de saúde, a pessoa substitui a limitação na actividade e a sociedade a restrição na participação (Pereira, 2002).

Engel (1977 cit in Pereira, 2002) refere que a natureza deste modelo é sistémica, contextualista, enquanto Smith e Nicasso (1995 cit in Pereira, 2002) referem que, exige uma avaliação multidimensional a vários níveis: os aspectos da doença, o comportamento do paciente, o contexto social e cultural do doente e o sistema de saúde a ter em conta na intervenção. Em relação à doença, é importante que os profissionais saibam tudo acerca da saúde geral do doente e a fisiologia da doença, na medida em que poderão providenciar informações sobre o modo como as variáveis psicossociais poderão exercer influências no percurso da doença, nas consequências que interferem com as expectativas, vida emocional e social do doente (Pereira, 2002). O comportamento do doente em relação à percepção que faz da doença pode interferir no desenvolvimento da saúde/doença, as representações que o doente arquitecta da doença e as expectativas em relação ao tratamento influenciam o ajustamento emocional e por sua vez a adesão e os resultados do tratamento. A qualidade das relações entre os diferentes sistemas são a marca do modelo biopsicossocial, a doença provoca mudanças nas rotinas, papéis, regras, rituais e as interacções são alteradas. O modelo biopsicossocial permite contextualizar o problema da saúde (Pereira, 2002). Straub (2005 cit in Calvetti, Muller, & Nunes, 2007), reforça a ideia de que o modelo biopsicossocial, refere que os comportamentos se caracterizam por processos biológicos, psicológicos e sociais. Enfatiza também a influência desses processos no desenvolvimento humano, definindo que o corpo é uma interacção com o endócrino, cardiovascular, nervoso e imunológico que interagem com os aspectos psicossociais (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007 ; Gallo & Luecken, 2007). Indo de encontro a esta perspectiva Suls & Rothman (2004 cit in Trigueiro et al., 2008) referem que o envolvimento dos elementos biológicos, psicológicos e sociais caracterizam intervenções mais eficazes (Trigueiro, et al., 2008).

Na saúde surge uma mudança vertiginosa com a conversão do modelo médico, enquanto orgânico e biomédico e considerando a saúde e os seus problemas, para um paradigma integral bio-psico-social, onde a saúde é um prisma polidimensional da qualidade de vida e bem estar (Hernández, 1998). O antigo conceito de saúde centrava-se na doença e reduzia o indivíduo ao seu estado de doença, evidenciando normas de saúde bio-física. Alguns trabalhos de Freud, no início do século XX, já referiam conflitos emocionais em situações de doença que não tinham causa física e,

nos anos 30, surgiram teorias que deram origem à “Medicina Psicossomática” (Traveso-Yépez, 2001). O modelo Psicanalista mostra que os factores psíquicos reduzem os orgânicos e com o Behaviorismo surgem os sinais de que o ambiente interfere no comportamento. O modelo psicanalista mostra os limites entre a saúde e a doença, neurose e psicose e a visão de normalidade utópica. Por outro lado o Behaviorismo considera o critério de normalidade a adaptação ambiental e o equilíbrio interno (Hernández, 1998). Foi a psicologia aplicada que derrubou de uma forma mais radical o modelo orgânico, ao demonstrar que a riqueza da vida e da interacção humana não pode ser compreendida ou definida a partir de algumas abordagens externas, sejam elas ambientalistas ou orgânicas. As abordagens internas foram reconhecidas no princípio da década de 50 pela psicologia clínica e da saúde. Na psicologia/psiquiatria, as novas tendências tiveram como representante mais radical o movimento antipsiquiátrico, cujos pressupostos se baseavam num modelo sociológico. Tendo por base a junção dos modelos paradigmáticos psicológicos e psicanalistas e os behavioristas numa postura mais virada para o comportamento interno e a ascensão dos aspectos menos extremos dos modelos sociais e biomédicos, surge o modelo biopsicossocial (Hernández, 1998). Nesta mudança de modelos existiram alguns factores que influenciaram a mesma, sendo eles:

1. Os avanços científicos no campo médico, cuidados primários e infantis e a longevidade;
2. A mudança da consciência cívica: maior participação, responsabilização e iniciativa na sociedade;
3. O auge económico sobre o mundo ocidental (1950), o surgimento de sistemas de segurança social, saúde e educação pública;
4. O desenvolvimento de correntes psicológicas, posições sistémicas e cognitivas.

Tudo isto deu lugar a um conceito de saúde, bio-psico-social, claramente definido como biológico-orgânico, psicológico-afectivo, e de comportamental-interacção social. Para o modelo biopsicossocial a saúde não é um estado, implica um processo de desenvolvimento, dinâmico de mudança e de responsabilidade individual e social. (Hernández, 1998). O modelo psicossocial permite um conceito de saúde mais abrangente: físico-orgânico, psicológico-subjectivo e o social-comunitário.

Hernandez (1998) identificou as principais características do Paradigma biopsicossocial:

1. A saúde como um processo, sendo esta entendida de uma forma positiva, desenvolvendo o individuo o máximo de capacidades como entidade individual e social. Termina a dicotomia saúde/doença;

2. A necessidade de socialização, a saúde passa a ser um problema social e político, próprio da comunidade;
3. A visão activa do ser: sujeito – instituição – sistema;
4. A saúde e pressupostos sistémicos e interaccionistas.

Hernandez (1998 cit in Alonso, 2001) refere que a perspectiva biopsicossocial é utilizada em diferentes áreas da saúde permitindo desenhar e aplicar os programas e actividades de apoio a pessoas nos seus próprios contextos (Alonso, 2001).

A mudança de paradigma da deficiência, reflecte a mudança de uma perspectiva médica para uma biopsicossocial, em que a etiologia, diagnóstico e tratamento da deficiência são intrínsecas ao indivíduo, passando o focus para a promoção da saúde e bem estar do indivíduo com deficiência enquadrada no âmbito da interacção pessoa-ambiente (Simeonsson, 2003). Ou seja, a saúde deixa de ter como objecto a causalidade da doença mas sim a qualidade de vida da pessoa. Verbrugge & Jette, (1994 cit in Simeonsson, 2003), referem que a característica mais significativa do avanço da CIF, foi o papel central atribuído ao ambiente, reconhecendo a interacção activa da pessoa com o meio ambiente (Simeonsson, 2003).

Classificação Internacional da Funcionalidade

A CIF enfatiza a interacção entre o indivíduo e os contextos, quando utiliza como termos chapéu os conceitos de funcionalidade e incapacidade. Segundo a CIF a funcionalidade refere-se as todas as funções corporais, actividades e participação (OMS, 2002).

Enquanto o modelo médico vê a incapacidade como um problema da pessoa, o modelo biopsicossocial considera-a como um problema de origem social e principalmente centrado na completa integração da pessoa na sociedade. O modelo biopsicossocial refere que a incapacidade não é um atributo da pessoa mas de um grande conjunto de condições, muitas delas, criadas pelo contexto. Lollar & Simeonsson (2005) referem que o papel do meio é fundamental para a manifestação da incapacidade. A CIF é baseada numa dimensão do funcionamento humano. A interacção entre as dimensões é feita por setas bidireccionais reflectindo a influência permanente dos factores ambientais sobre as funções do corpo, actividades e participação (Lollar & Simeonsson, 2005). A implementação do modelo requer uma actuação social e de responsabilidade colectiva, sendo necessário existir uma transformação do ambiente de maneira a favorecer a participação plena do indivíduo na vida social. Na perspectiva de conseguir a integração das diferentes dimensões do

ser Humano o modelo biopsicossocial tenta atingir uma visão coerente das diferentes dimensões da saúde desde uma perspectiva biológica, individual e social. Não devemos esquecer que a situação de incapacidade e saúde é única em cada indivíduo sendo influenciada por um conjunto de factores (emoções, antecedentes, contextos, culturas, valores, percepções, atitudes) (OMS, 2002).

A CIF surge para colmatar uma lacuna de ausência de uma taxonomia internacional para avaliar as limitações funcionais da criança, tendo em conta a prevalência da incapacidade nos países desenvolvidos e de as crianças serem a maior percentagem de pessoas com limitação. É importante referir que as medidas universais, são eficazes para controlo, na vigilância e estratégia, em diversas situações, desde uma perspectiva de combater a desigualdade como para favorecer a investigação (Simeonsson, 2003). Simeonsson (2003) no seu estudo sobre a aplicação da CIF como forma de medir a deficiência na infância, refere que as tendências demográficas enfatizam a necessidade de medidas universais que englobam as componentes da CIF e podem ser usadas na vigilância, selecção/rastreio e avaliação. Evidencia também que o desenvolvimento de medidas de intervenção deve ser enquadrado, dentro de uma estrutura de direitos das crianças e no modelo biopsicossocial. Acrescenta referindo que o quadro geral e o conteúdo da CIF-CJ são coerentes numa definição de saúde abrangente, quando se referem à experiência da criança e à sua limitação no espaço físico, no ambiente e na igualdade de oportunidades constituindo esta uma privação dos seus direitos (Simeonsson, 2003). A CIF pode contribuir para documentação dos direitos da criança na forma conceitual, quando as funções e estruturas do corpo e actividades e participação são definidas como variação do funcionamento humano dentro dos factores ambientais. Um ambiente adequado é aquele que está preparado para as necessidades da criança, os factores ambientais proporcionam a oportunidade de documentar os aspectos do ambiente, físico, psicológico e sociais, que constituem uma restrição, barreiras ou limitação. Estas situações podem ser classificadas pela CIF-CJ, contribuindo documentalmente, com os respectivos códigos, para registar a privação de direitos de uma criança. Segundo Simeonsson (2006) a CIF e o quadro de normas dos direitos da criança, da Convenção das Nações Unidas completam-se, uma define os direitos e o outro descreve/documenta a privação desses direitos e as condições em que podem ser realizados. Ambos contribuem para a Igualdade de Oportunidade, podendo assim a CIF ser um padrão para documentar a natureza e a gravidade da deficiência formalizando assim os direitos da criança, assim como ser um recurso informativo aplicado às dimensões da Convenção e generalizado a todas as crianças

(Simeonsson, 2006). Segundo Simeonsson, a utilização da CIF poderá ser aplicada com o objectivo de promover a ciência através de um padrão comum de nomenclatura, fomentar a elegibilidade através da documentação da execução e dos resultados, promover o planeamento e iniciativas políticas e também na definição de direitos individuais e responsabilidades sociais (Simeonsson, 2006). Segundo vários autores um dos propósitos da CIF é fornecer uma base científica para a compreender e estudar a saúde e os estados da saúde, conhecendo os resultados e as determinantes. É igualmente considerada uma mais valia para a investigação. Simeonsson et al. (2003), refere que na investigação científica é um quadro conceptual e surge como uma coerência interna e com uma capacidade de diferenciar os conceitos e categorias dentro do seu quadro, afirmando que sem diferenciação empírica, os quadros conceptuais não podem ser investigados e validados (Simeonsson et al., 2003).

A CIF é um instrumento que foi aprovado pela Organização Mundial de Saúde em 2001. Classifica o indivíduo quanto à sua funcionalidade não valorizando a incapacidade, relacionando-a com a sua condição de saúde. A CIF surge após muitos anos de pesquisas e ajustes de documentos que classificavam o indivíduo e a doença, o ICDIH (International Classification of Impairments, Disability and Handicaps). Em 1993 o ICDIH, classificava a “deficiência” (impairment) como anormalidade nos órgãos, sistemas e estruturas, o termo “incapacidade” (disability) definia a deficiência como resultado da deficiência no desempenho funcional e handicap (desvantagem) reflectia a adaptação do indivíduo ao meio envolvente. A revisão da ICDIH revelou os pontos fracos, falta de relação entre as dimensões e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais. Desta forma surge a CIF, produto da revisão da 2ª versão da ICDIH (Farias & Buchalla, 2005).

A CIF substitui o enfoque negativo da deficiência/incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as actividades e a participação social do indivíduo com alterações nas estruturas e funções do corpo. Determina que a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto (dentro deste, especialmente os factores ambientais), podendo este ser facilitador ou inibidor. A CIF engloba a funcionalidade como experiência humana universal que pode ser conceituada e classificada em três diferentes planos ou dimensões: a função do corpo e estrutura, a realização de actividades pessoais e participação na vida da comunidade (Farias & Buchalla, 2005). A facilitação ou a restrição do ambiente em cada um desses planos é reconhecido e também pode ser classificada.

A CIF representa uma mudança de paradigma, na relação com a deficiência/incapacidade, constituindo um instrumento importante na avaliação das condições de vida para a promoção das políticas de inclusão (Farias & Buchalla, 2005). Tendo em conta a abrangência da CIF e considerando a perspectiva biopsicossocial, poderemos afirmar que a CIF se baseia no modelo biopsicossocial pelo facto de considerar o indivíduo com incapacidade num ser com potencial, pois não considera somente a sua disfunção orgânica mas também a psicológica e social. Com a CIF, emergem conceitos (sociedade, pessoa e corpo) e são considerados três níveis de funcionalidade humana: funcionalidade ao nível do corpo ou parte dele, da pessoa no seu todo e da pessoa integrada num contexto social (OMS, 2002).

A CIF utiliza uma linguagem padrão para descrever o estado e a condição de saúde e domínios relacionados à saúde (OMS, 2002). Pretende classificar o indivíduo quanto à sua funcionalidade não valorizando a incapacidade, relacionando-a com a sua condição de saúde. Assume uma natural universalidade da incapacidade, fazendo esta parte da vida. A linguagem tem um valor e uma causa neutral, os termos não geram conotação negativa (Lollar & Simeonsson, 2005). Utiliza um sistema de categorização e codificação da informação sobre o indivíduo, facilitando a estruturação, a uniformização e universalidade de dados, facilitando assim a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, educação e outros (OMS, 2002).

A CIF vem sendo utilizada em diferentes sectores da saúde e na educação, segundo alguns autores, importa que a mesma seja alargada a um vasto número de profissionais e realidades diversificadas para assim se testar e aperfeiçoar o documento (Farias & Buchalla, 2005). A CIF aborda a necessidade de uma linguagem comum, no entanto a utilização em paralelo de medidas compatíveis com o conteúdo da CIF devem ser concretizadas, para assim se documentar a natureza e o impacto das limitações da função, das actividades e participação (Simeonsson, et al., 2003).

Como as demais classificações que fazem parte da família de Classificações da OMS, a CIF segue uma Taxonomia que se pretende uniforme e universal. Utiliza, para isso, um sistema universal, culturalmente sensível, integrativo e interactivo. O modelo de saúde e de funcionamento é sensível a aspectos psicossociais e ambientais da saúde e da incapacidade e abrange toda a vida do desenvolvimento humano (Bruyère & Peterson, 2005; Peterson & Kosciulek, 2005; Ustun et al., 2003; OMS, 2002 cit. in Mopfufu & Oakland, 2009). É dividida por componentes, com capítulos provenientes de uma estrutura de detalhes onde são associados códigos. Contempla os componentes:

funções e estruturas do corpo, actividades e participação e contextos (Cieza & Stucki, 2005; Verhoef, et al., 2007) Os principais componentes são projectados para diferenciar aspectos distintos do funcionamento humano, e são definidos da seguinte forma:

1. Funções do corpo, que não são mais que as funções fisiológicas do sistema do corpo;
2. Estruturas do corpo, descrevendo as partes anatómicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes;
3. Actividade e Participação, definindo actividade como sendo a execução de uma tarefa por parte do indivíduo e, participação como o envolvimento do indivíduo numa situação de vida;
4. Factores ambientais, incluindo o físico, social, atitudinal do meio em que vivem.

As Funções e Estruturas são aplicáveis à documentação referente ao diagnóstico, e complementa a informação recolhida através do ICD-10. O componente Actividades engloba o desempenho de diferentes aspectos, presta-se à avaliação funcional e intervêm na habilitação e programas de educação. O componente Participação focaliza-se na integração social e vida comunitária. Finalmente o domínio de factores ambientais serve como quadro para identificar o acesso individual e populacional às oportunidades do meio (Simeonsson, et al., 2003).

A CIF introduziu o conceito de participação, e com ele a importância atribuída à motivação e envolvimento Paldanius (1999 cit in Eriksson & Granlund, 2004). A participação é a capacidade para um indivíduo se envolver em diferentes actividades na vida diária, interferindo nesta capacidade as limitações do corpo. Na perspectiva de Eriksson & Granlund (2004) a participação consiste em três componentes que estão inter-relacionados: a actividade, sentimento de participação e o contexto (Eriksson & Granlund, 2004). Surge também com Eriksson, Welander & Granlund (2007), a participação como um sentimento subjectivo da pessoa, bem como o envolvimento num contexto específico com base em pressupostos pessoais (Eriksson, Welander, & Granlund, 2007). Eriksson & Granlund (2004) descrevem a participação como um conceito relacionado com a saúde que dá enfoque a expressões positivas de boa saúde, e que se relacionam com os factores pessoais, bem como os factores ambientais (Eriksson & Granlund, 2004). Em relação às crianças, Natapoff (1982 cit in Eriksson & Granlund, 2004), refere que estas percebem a saúde como um atributo positivo, que favorece o participar em actividades desejadas. Este conceito de

participação relacionado com a saúde é frequentemente usado na prestação de serviços a crianças e jovens com deficiência (Eriksson & Granlund, 2004).

O potencial da CIF como uma linguagem e estrutura para descrever o funcionamento, a deficiência e saúde, tanto individual como os níveis da população, foi reconhecida e em 2007 surgiu uma versão para crianças e jovens CIF-CJ (Crianças e Jovens). Com ela alargou-se o conceito de participação à criança. A CIF-CJ abrange aspectos essenciais do funcionamento e do ambiente da criança. Neste segundo documento, somente foram actualizados os domínios de actividades e participação e contextos. Foi importante este ajuste pelo facto de a criança ter etapas de desenvolvimento com uma sequência diferente do adulto, solicitando actividades diferentes. Simeonsson (2001 cit in Eriksson, welander & Granlund, 2007) evidencia que a participação nas situações de vida das crianças é vista como uma meta importante para a intervenção. Ser capaz de participar num ambiente de vida e na situação escolar, é enfatizada como um direito humano, assim como o grau elevado de participação nas actividades escolares é essencial para a aprendizagem (Eriksson, et al., 2007). No que se refere ao conceito de envolvimento, Ridley et al. (2000 cit in Eriksson & Granlund, 2004) refere que, ao nível do desenvolvimento infantil, o envolvimento tem sido definido através das interacções com o ambiente de uma maneira desenvolvimental e contextualmente apropriada, incluindo o tempo nelas utilizado (Eriksson & Granlund, 2004).

No entanto, ao conceito de participação têm sido dadas várias definições e para se perceber a concepção do significado, surgem nestes últimos anos alguns estudos onde foram aplicados instrumentos de medida para analisarem a representação da participação na infância (McConachie, Colver, Forsyth, Jarvis, & Parkinson, 2006). Emergem algumas concepções, como a Auto-determinação no agir e fazer escolhas livres de influências externas e a influência dos sistemas do quadro ecológico de Bronfenbrenner nos diferentes níveis de interacção do indivíduo (Eriksson & Granlund, 2004). Outros estudos tem sido desenvolvidos testando a eficácia da CIF e CIF-CJ continuando a surgir conclusões sobre a sua utilização e assim Pless et al (2009) refere:

A CIF e a CIF-CJ foram desenvolvidas para servir uma linguagem comum para relatório, questionário e para realizar pesquisas referentes à saúde e incapacidade, com elas surge uma definição padronizada e universal de incapacidade em que a função é vista como a interacção, de uma pessoa com uma condição de saúde, com o ambiente físico, social e psicológico. O quadro de referência da CIF e CIF-CJ assume a incapacidade, como uma experiência natural e comum da vida, e não

necessariamente igual à doença (Pless, Ibragimova, Adolfsson, Bjorck-Akesson & Granlund, 2009, p.451).

Antes de surgir a CIF com os conceitos de participação e contextos, já a Intervenção Precoce, nas suas políticas de abordagem, defendia uma intervenção a partir da participação da criança em actividades do dia-a-dia nos contextos da vida da família e da comunidade.

Intervenção Precoce

Hunt (1961) demonstra que ambientes pobres em estímulos podem ter efeitos devastadores para o desenvolvimento da criança, realçando assim a importância de uma intervenção atempada. Bloom (1964) refere que as influências ambientais no desenvolvimento da criança são muito mais fortes nos primeiros anos de vida. Estas duas perspectivas, vieram afirmar a importância do contexto e das primeiras experiências, contribuindo assim para a orientação e implementação das práticas de Intervenção Precoce (Correia & Serrano, 2000; Prodinge, et al., 2008).

A IP é um programa de estimulação centrado na criança e na família e permite o desenvolvimento de crianças, dos 0 aos 6 anos, com alterações das funções ou estruturas do corpo que limitam a participação das actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (ME, 2009). O principal objectivo dos programas de IP é o de actuar nos diferentes níveis de prevenção, no sentido de atenuar as consequências do risco estabelecido como também de evitar que situações de risco biológico e social se consolidem (Bairrão & Almeida, 2003). Dunst and Brudler (2002 cit in Bairrão & Almeida, 2003) definiam a IP como uma prática de serviços, apoios e recursos para responder às necessidades da criança, incluindo actividades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento, criando oportunidades para a família/cuidador, ter um papel activo. Já Trivette, Dunst and Deal (1997 cit in Bairrão & Almeida, 2003) afirmavam que a abordagem deveria ser baseada em recursos, provenientes do contexto familiar, social e escolar (Bairrão & Almeida, 2003).

Segundo algumas teorias, é na infância que o ser humano está mais receptivo ao meio envolvente e é nesta altura que ocorrem as principais transformações ao nível do desenvolvimento. Dá-se nesta fase a maturação do sistema nervoso e está em crescimento a capacidade de se fazerem aprendizagens. Como refere Damásio (1996 cit in Colôa, 2003) a actividade cerebral existe numa estreita ligação com o movimento

corporal, com o experimental, “O corpo e o cérebro encontram-se indissociavelmente integrados por circuitos bioquímicos e neuronais reciprocamente dirigidos um para outro” (Colôa, 2003). A evolução do conhecimento no domínio do desenvolvimento do cérebro realçou o efeito da experiência precoce no aumento e estabelecimento de ligações neuronais. Kotolak (1996 cit in Colôa, 2003). refere que quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior será o potencial de desenvolvimento da criança, tendo por base a plasticidade do sistema nervoso, afirma que o efeito das experiências precoces tem influência no estabelecimento das ligações neuronais (Colôa, 2003). Na mesma linha Park & Peterson (2003 cit in Colôa, 2003) mostram que as experiências positivas e ricas nos primeiros anos podem ter efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro da criança, ajudando-a a desenvolver competências na resolução de problemas, a estabelecer relações saudáveis e adquirir diferentes competências de grande importância ao longo da vida (Colôa, 2003); Outros autores salientam a importância dos contextos de educação precoce e a influência nas capacidades em desenvolvimento durante os primeiros anos de vida da criança, (Pinto, Pessanha, et al., 2009). Dentro de uma perspectiva transacciona, Simeonsson & Rosenthal (2001 cit in Pinto, Grande, Novais, Rosário, & Barbieri, 2009) realçam que as interações com o ambiente podem ser promotoras de desenvolvimento caso se trate de experiências adequadas (Pinto, Grande, Novais, Rosário, & Barbieri, 2009). Dando continuidade a estes pensamentos podemos dizer que por isso será importante a criança ter sempre ao seu alcance oportunidades promotoras do seu desenvolvimento, devendo estas estarem integradas no seus contextos naturais.

A IP surge por volta dos anos 60, com os trabalhos de Hunt (1961) e Bloom (1964) (Correia & Serrano, 2000). Com a ideia de que o contexto influencia o ambiente emergem preocupações em relação às crianças em situação de risco, começando a surgir serviços, assim como leis que contemplam programas de saúde e de educação, é exemplo da rede de programas pré-escolares que surge no Mississípi (1965) e com ele o programa Head Start (Levin & Greenberg, 2005). No início a filosofia da IP era centrada na criança com diferentes problemáticas e o objectivo era de não agravar a situação da criança intervindo de maneira a atenuar e eliminar os défices. Em 1969 Shearer e Shearer (1972) criaram o programa Portage, numa tentativa de prestar apoio educacional e desenvolvimental a crianças de idade de pré-escola, no entanto, já era um programa para os pais. Os pais trabalhavam em casa com os filhos, em parceria com os técnicos e com alguma supervisão dos mesmos (Bairrão & Almeida, 2003). Por volta de finais dos anos 70 e concretizada nos anos 80, baseado no espírito da lei 94-72, surge a educação gratuita para todas as crianças na idade escolar,

surgem programas cuja prática não se centra somente na criança mas também na família e na comunidade, surgem aqui as teorias ecológicas e sistémicas. Nos finais dos anos 80 emergem as práticas educativas desenvolvimentais adequadas e a exigência de Inclusão. Nesta fase de terceira geração de programas de IP, segundo Bairrão (2003), surge a perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, colocando para trás a multidisciplinaridade. Foi criado o gestor de caso, caracterizado pelo técnico que contactava com a família e era o elemento de ligação com os outros técnicos. Surge nesta altura a dimensão da IP nos contextos da vida da criança e da família (Bairrão & Almeida, 2003). A Agency for Development in Special Needs Education, em 2005 fez emitir um relatório síntese analisando as situações da IP na Europa, onde se realça a mudança de intervenção centrada na criança, para uma abordagem mais abrangente que envolve a criança, a família e o meio ambiente correspondendo a uma evolução das ideias no domínio da incapacidade, no sentido da mudança do modelo “médico” para o modelo “Social” (Education, 2005). Na evolução de todo o processo de teorias e práticas na IP, o trabalho de equipa foi evoluindo para a transdisciplinaridade. O papel do profissional passa a ser de partilha de saberes, e o objectivo da equipa/programas, o de promover a capacitação das famílias/cuidadores. Com a evolução do modelo de avaliação e intervenção, de centrado na criança para centrado na família, desenvolvido no contexto, com utilização de recursos da comunidade. A família passa a ser a unidade de intervenção, o grande objectivo é torná-la capaz no seu desempenho, surgindo nesta altura: “enabling and empowerment families” publicado por Dunst, Trivette e Deal (1988). “Enabling” (capacitar) significa, criar oportunidades para que todos os elementos da família desenvolvam e adquiram competências, pode também ser entendido como capacitar para fazer algo. “Empowerment” (capacitar para participar, dar poder) é uma decisão de sinergias que se estabelece entre os diferentes elementos, a partilha de poder leva a uma corresponsabilização da família no processo (Correia & Serrano, 2000).

A mudança de paradigmas dos modelos médico para o social, deve-se a vários contributos teóricos, desde teorias do desenvolvimento da criança, a outras dando importância à interacção do indivíduo com o meio, surgindo assim a teoria Sistémica e ecológica de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1989, 1994). Com o facto de se valorizar o meio ambiente e as suas relações com a criança, surgem novos enquadramentos conceptuais, de maneira a clarificar a complexidade das interacções organismo-meio, surgindo o modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975). Para este modelo, a família é o elemento principal do ambiente em que a criança se desenvolve. A teoria sistémica foi alargada às famílias de crianças com Necessidades Educativas

Especiais. Turnbull e colaboradores (1986 cit in Correia & Serrano, 2000) propuseram um enquadramento teórico que integrasse os conceitos da teoria sistémica familiar e da educação especial, considerando quatro componentes: recursos familiares, interacção familiar, funções de vida e ciclo de vida da família (Correia & Serrano, 2000). A perspectiva ecológica e sistémica de Bronfenbrenner, transmite-nos uma perspectiva mais alargada de interacções e influências, vê o indivíduo num processo de desenvolvimento constante e dinâmico passando por diferentes contextos onde se insere reestruturando-os (Correia & Serrano, 2000). O modelo de Bronfenbrenner considerou quatro sistemas ecológicos: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. No Microssistema enquadram-se um conjunto de actividades, papéis e relações, que o indivíduo experimenta no seu espaço e diferentes contextos. No Mesossistema estão centralizadas as interacções da criança/família, entre dois ou mais contextos, nos quais participa mais activamente. O exossistema representa os contextos que interferem com a criança mas os quais a mesma não se envolve directamente. No Macrossistema, estão implícitas as crenças culturais e o sistema de valores, aqui surgem as perspectivas da sociedade relativamente a diferentes questões e que influenciam o modo de a família lidar com a situação (Correia & Serrano, 2000).

Dunst em 1985, Trivette e Deal em 1988 e 1994, baseando-se nos trabalhos de Bronfenbrenner em 1975, adaptaram e transpuseram conceitos sistémicos sociais numa perspectiva de IP, onde a família é vista com um "todo social" que se insere num conjunto de redes formais e informais, em que os elementos são interdependentes e se influenciam mutuamente. Nesta perspectiva, propõe-se que a intervenção seja na família e não só na criança, implicando uma influência mútua de todos os elementos da família (Correia & Serrano, 2000). Desta forma, capacitando a família, como um todo, os seus vários elementos são positivamente influenciados. Dunst & colaboradores (1988); Simeonsson & Bailey (1990 cit in Correia & Serrano, 2000) referem que a família é um componente primordial no ambiente onde a criança se desenvolve, a família influencia e é influenciada, sendo as interacções biunívocas, a criança altera o ambiente mas também sofre alterações pelas mudanças que provoca (Correia & Serrano, 2000). Simeonsson, Pereira & Scarborough (2003) reflectem sobre as tendências actuais da IP e as mudanças de paradigmas tendo como premissa fundamental o papel central da influência do meio no funcionamento e na participação do indivíduo. Para além dos progressos que tem surgido na área da IP, estes autores reconhecem a necessidade de uma base sólida de conhecimentos que permita uma melhor compreensão e aprofundamento dos elementos da IP. Para tal propõem a

utilização da CIF, que tendo subjacente o modelo ecológico permite uma abordagem mais abrangente e interactiva da avaliação das características da criança, nas actividades e participação e factores do meio (Simeonsson, Pereira, & Scarborough, 2003).

Nestes últimos tempos, aparecem estudos empíricos que avaliam a aplicabilidade e eficácia dos programas, critérios de elegibilidade nas equipas, satisfação da família, alguns com alguma pertinência inovando ou confirmando as boas práticas. Num estudo comparativo que Carpenter (1997) desenvolveu, na Nova Zelândia, Austrália e Reino Unido, emergiram alguns princípios. Entre eles, o factor unificador do contexto foi o reconhecimento dos pais como membros implícitos e fundamentais. Os recursos foram os marcadores de boas práticas neste contexto. Os pais foram parte integrante de toda a situação. Não só eles eram os destinatários dos serviços, mas também eram vistos como prestadores de serviços. Os irmãos também foram incluídos no processo. Os contextos da prestação de serviços foram entre a casa e a comunidade, englobando aqui serviços como ATLS ou centros de intervenção (Carpenter, 1997). Alguns estudos também vão surgindo, reflectindo sobre a importância dos contextos, consolidando teorias de Dunst e colaboradores no que diz respeito às aprendizagens da criança nos contextos naturais. Num desses estudos, Dunst (2001 cit in Serrano, A., Pereira, A., & Carvalho, L., 2003), identifica três fontes de oportunidades de aprendizagem das crianças: vida na Comunidade, vida familiar e programas de educação da criança. Dunst (2001) refere igualmente que as diferentes actividades do dia-a-dia servem de contextos para a aprendizagem e desenvolvimento e que a vida quotidiana da criança envolve experiências e oportunidades não planeadas, intencionais, ocasionais e mais ou menos estruturadas. Exemplos disso são a hora do banho e as brincadeiras, as experiências nas refeições, os passeios e outros momentos importantes que podem ser fonte de oportunidade para a aprendizagem (Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003).

Na investigação desenvolvida por Dunst & Bruder; Dunst & Hamby (1999 cit in Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003), foram encontradas vinte e duas categorias de oportunidades de aprendizagem na família e na comunidade. Ao nível da família encontram-se as rotinas familiares, as rotinas parentais, rotinas da criança, actividades de literacia, actividades motoras, actividades lúdicas, celebrações da família, actividades de exteriores. Ao nível da comunidade encontram-se, eventos desportivos, eventos na comunidade, saídas familiares, actividades recreativas, culto religioso (Serrano, et al., 2003).

Os ambientes naturais como fonte de oportunidades tem sido interesse de antropólogos, psicólogos e educadores. Mead (1954 cit in Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003) refere-se aos ambientes naturais como “situações comuns de vida”. Relacionado com os contextos de aprendizagem e o quanto os mesmos podem desenvolver competências, Dunst (2001 cit in Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003), situou as capacidades e potencialidades da criança, Identifica-as como sendo as existentes ou estando emergentes, incluindo aqui os interesses, as preferências, os talentos, tudo aquilo que faz a criança interagir com os objectos e as pessoas. Refere que uma abordagem baseada nas potencialidades tem origem nos interesses da criança, levando a um envolvimento mais eficaz e facilitando o desenvolvimento de competências. Concretiza dizendo que os interesses correspondem a potencialidades, preferências, talentos e motivações enquanto as competências correspondem às aptidões, conhecimentos e capacidades (Serrano, et al., 2003).

Indo de encontro dos pressupostos da IP de que a intervenção deve ser sempre desenvolvida nos contextos, na via diária da família e da comunidade, permitindo assim oportunidades de aprendizagem, encontramos o termo, “actividades contextualizadas”, utilizado nos diferentes programas da área da educação pré-escolar. Dunst & Bruder (2001 cit in Serrano, Pereira, & Carvalho, 2003), referem que as “actividades contextualizadas” fazem parte da vida da criança e podem ser naturais de ocorrência “acidental” como resultado de uma oportunidade de aprendizagem, situam-se sempre nos contextos naturais da criança e nas situações de rotinas do dia-a-dia. As diferentes experiências a que levam as actividades contextualizadas, permitem oportunidades para a aprendizagem, desenvolvendo as competências da criança assim como facilitam a sua inclusão (Serrano, et al., 2003).

O Center for the Advanced Study of Excellence (CASE), intervém ao nível de práticas de suporte, para crianças da IP e suas famílias, criou alguns instrumentos que ajudam a avaliar os resultados da criança nos contextos (Assessment component of the ABC Matrix in the Context of Family Life). Nestes instrumentos, são considerados sete componentes de avaliação: ambientes das actividades do quotidiano, interesses da criança, competências da criança, interacções comportamentais funcionais/significativas, oportunidades de aprendizagem, participação da criança, possibilidades de aprendizagem (Wilson & Mott, 2006). O mesmo centro elaborou uma “tabela para a prática baseada na evidência na intervenção precoce e apoio à família”. Nas bases teóricas desse documento continuam a ser enfatizados os modelos teóricos, ecológico e sistémicos. No que se refere às bases conceptuais encontramos, o paradigma da capacitação e como elementos chave, promoção, capacitação,

baseado nas forças, baseado nos recursos e modelo centrado na família. Nas bases operacionais situam-se a, aprendizagem por oportunidade, suporte parental, recursos da família e da comunidade, ajuda a dar à família. Na base do desempenho situam-se os padrões de referência, comportamento ou condições que são de maior probabilidade de produzir os efeitos desejados (Dunst, 2005). Ainda relacionado com os contextos os suportes teóricos de Dunst, sustentaram a criação de outras escalas cujo conteúdo se referia aos contextos e às oportunidades de aprendizagem. Referente às oportunidades de aprendizagem o CASE desenvolveu dois instrumentos para avaliar esta área, um baseado nos interesses e o outro baseado nas actividades do quotidiano. O Book-LET é um instrumento cuja estrutura conceitual, é baseada na investigação sobre as práticas que promovem as habilidades dos pais para aumentar o interesse da criança para a participação numa variedade de actividades diárias, que proporcionam oportunidades de aprendizagem para criança. Esta abordagem utiliza o interesse da criança para determinar actividades apropriadas em que a criança se deve envolver, debruça-se sobre a actividade natural e as oportunidades de aprendizagem que estas proporcionam, desenvolve o ensino de estratégias aos pais e cuidadores maximizando a participação da criança e a aprendizagem. O Book-LET é baseado na premissa de que as actividades baseadas no interesse, são importantes fontes de oportunidades de aprendizagem da criança, isto porque quando as crianças tem mais interesse a permanência e o envolvimento aumentam levando à participação e logo as oportunidades de aprendizagem serão bastantes (Sexton, 2007). Este instrumento favorece o aumento da consciência dos pais e cuidadores para as oportunidades de aprendizagem, desenvolve também um papel importante no planear e organizar estratégias de resposta para apoiar e reforçar a aprendizagem, promovendo a capacitação da família para aumentar as oportunidades de aprendizagem do seu filho. O documento sobre as actividades do quotidiano “Contextually Mediated Practices” (CMP) é constituído por uma grelha de actividades, utilizada para identificar actividades, do interesse da criança, que possam ser utilizadas como oportunidades de aprendizagem, baseadas nas actividades do quotidiano da vida familiar e comunitária, de maneira a aumentar a participação da criança. Quando os interesses da criança são usados como base para o seu envolvimento em actividades quotidianas, o brincar torna-se a principal forma ocupacional da criança (Swanson, Raab, Roper, & Dunst, 2006).

Em Portugal, antes do decreto-lei nº281/2009, que passa a legislar a intervenção Precoce e com ela a Educação pré-escolar, a IP encontrava-se em desenvolvimento, no entanto existia uma heterogeneidade de intervenções, estando a aplicação de

práticas, sob orientação de projectos locais. Ao nível do Ministério da educação surgiu a portaria nº52/97 de 21 de Janeiro e aplicava-se às instituições tuteladas pelo ministério da educação, os programas educativos eram centrados na criança e desenquadrados dos outros serviços de suporte à criança/família. No enquadramento de crianças com idade para serem enquadradas num programa de IP (0 aos 6 anos), somente a faixa etária dos 3 aos 6 anos era abrangida pelo decreto-lei, graças a um diploma legal decreto-lei 319/91 de 23 Junho, que regulava a integração destas crianças em Jardins de Infância (JI) regulares. A portaria 611/93 de 29 Junho consignava as medidas a aplicar no processo educativo das crianças que frequentavam o JI da rede pública e eram estes diplomas que, em conjunto, regulamentavam a prática de IP com crianças com necessidades educativas.

Educação Pré-escolar

O ano de 1997 foi um momento de desenvolvimento na educação pré-escolar em Portugal, foi criada através do decreto-lei n.º 147/97, a rede nacional de estabelecimentos de educação pré-escolar que passou a ser da responsabilidade do Estado. Visava-se, deste modo, garantir igualdade de acesso à educação a todas as crianças, dos 3 anos até à idade de ingresso no ensino básico. Até aqui a educação pré-escolar era da responsabilidade do ensino particular e cooperativo, não havendo para as famílias alternativas de escolhas pois as respostas eram escassas. Ainda em 1997, a equipa de trabalho ministerial para a educação pré-escolar apresentou as Orientações Curriculares para a Educação pré-escolar (ME, 1997). Estas orientações constituíam um conjunto de princípios para apoiar o educador no processo educativo e assentavam em fundamentos: o desenvolvimento e aprendizagem como vertentes indissociáveis, o desenvolvimento da criança como sujeito do processo educativo, a construção articulada do saber e a exigência de resposta a todas as crianças. Como suporte destes fundamentos, surge o desenvolvimento curricular que tinha em conta:

1. Os objectivos gerais, enunciados na lei-quadro da Educação pré-escolar, decreto-lei nº 147/97;
2. A organização do ambiente educativo, onde se enquadram as diferentes interacções, organização do grupo, do espaço e do tempo; a organização do estabelecimento educativo; a relação com os pais e outros parceiros;
3. As áreas do conteúdo, referências no planeamento e avaliação das situações e oportunidades de aprendizagem: Formação Pessoal e Social; Expressão e Comunicação (domínio das expressões motora, dramática, plástica, e musical,

domínio da linguagem e abordagem à escrita e domínio da matemática) e área do Conhecimento do mundo;

4. Continuidade educativa;
5. A intencionalidade educativa;

Os objectivos gerais para Educação pré-escolar constavam:

1. Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança, tendo por base experiências perspectivando a cidadania;
2. Fomentar a inserção da criança em grupos sociais;
3. Contribuir para a igualdade de oportunidades;
4. Estimular o desenvolvimento global da criança no respeito pela individualidade favorecendo aprendizagens significativas e direccionadas;
5. Desenvolver a expressão e comunicação;
6. Despertar a curiosidade e pensamento crítico;
7. Proporcionar a saúde individual e colectiva;
8. Proceder ao despiste e encaminhamento;
9. Incentivar a participação da família;

No que se referem aos fundamentos queremos enfatizar entre outros a “educação para todos”, incluem todas as crianças aceitando as diferenças, respondendo às necessidades, indo de encontro à filosofia da “escola inclusiva”. O conceito de “escola inclusiva” propõe um planeamento tendo em conta o grupo, considerando as características individuais da criança de modo a favorecer o seu desenvolvimento. A criança usufrui das mesmas oportunidades que são proporcionadas a todos. A “escola inclusiva” envolve profissionais, crianças, pais e comunidade, a planificação deverá ser em equipa (ME, 1997). Em relação ao desenvolvimento curricular e no que se refere à organização do ambiente, queremos enfatizar a abordagem sistémica e ecológica. Os contributos da mesma serão orientados, para o desenvolvimento da criança envolvendo os diferentes sistemas que se relacionam com a mesma, assim como para a dinâmica do contexto educativo na interacção com outros sistemas. As áreas de conteúdo supõem a realização de actividades, incluem diferentes tipos de aprendizagem, não apenas conhecimentos mas também atitudes e saber-fazer. Partem do nível de desenvolvimento da criança, da sua actividade espontânea. Neste processo educativo a criança é o sujeito da actividade. Na perspectiva das orientações curriculares as áreas de conteúdo devem interligar-se, tendo em conta a construção do saber de forma integrada (ME, 1997).

Tendo em conta que a população com idade abrangida pelos programas de Intervenção Precoce inclui as crianças com alterações de desenvolvimento atendidas na Educação pré-escolar, alguns contextos educativos devem incluir, como suporte, metodologias de intervenção e correntes filosóficas de Intervenção Precoce e considerar a legislação no que se refere aos programas educativos. Em relação à legislação, referente à prática educativa da Educação pré-escolar, surge, a portaria nº52/97 de 21 de Janeiro que definia as normas para os programas educativos, com o diploma legal decreto-lei 319/91 de 23 Junho, com esta lei é regulamentada a integração das crianças em JI regulares, Existia também a portaria 611/93 de 29 Junho que consignava as medidas a aplicar no processo educativo das crianças que frequentavam o J.I da rede pública. Actualmente surgindo a 6 de Outubro de 2009, o decreto-lei 281/2009, vem estruturar e dar novas directrizes à formação de equipas e de novos programas, na intervenção com a população abrangida pela IP. É de realçar a aplicação da nova nomenclatura da CIF, na classificação da população, nas práticas educativas e em conceitos utilizados:

... Intervenção precoce junto de crianças com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta ... maior alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão tornar. Assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social ... na correcção das limitações funcionais de origem.... um plano individual... Este deve ter em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança,... à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde (ICF -CY 2007), versão derivada da Classificação Internacional de Funcionalidade de Incapacidade e Saúde...(ME, 2009, p. 7298).

Educação Especial

Na intervenção com crianças que se encontram em idades abrangidas pelo programa de IP, em contexto educativo, é muitas vezes necessário pensar em estratégias adequadas à promoção das suas competências. Assim e para esse efeito, surge a necessidade de ser elaborado um Programa Educativo Individual (PEI). O PEI foi implementado com o decreto-lei 319/99, e reformulado no decreto-lei nº3/2008, é um instrumento desenhado à especificidade de cada aluno com necessidades educativas individuais, refere-se à operacionalização e eficácia da adequação do processo de ensino e aprendizagem. É um documento formal para garantir equidade, descreve o Perfil de Funcionalidade por referência à CIF-CJ, responsabiliza os profissionais e a família pela implementação de medidas educativas. É um documento dinâmico pois obriga à sua revisão e reformulação (DGIDC, 2008).

Ao falarmos do PEI temos que falar da população que utiliza esses programas, crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE). O conceito NEE começou a ser difundido em 1978 mas só foi adoptado e redefinido na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), passando a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiências ou dificuldades de aprendizagem, incluindo crianças em desvantagem e em risco. Ao nível europeu existem normas e directrizes comuns, apesar de não existir um entendimento comum entre os vários países quanto a terminologias como deficiência ou necessidades educativas especiais, em que as definições e categorias usadas diferem de país para país. No entanto a nova geração de políticas sociais activas vem de toda a Europa, consistindo na transição de políticas uniformes para toda a população, políticas universais capazes de promover respostas adequadas a cada situação, grupo ou pessoa concreta (DGIDC, 2008). A Educação Especial, em Portugal foi sujeita a uma actualização de medidas, através do decreto-lei 3/2008, neste é definido o novo enquadramento de respostas às Necessidades Educativas Especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e participação, ou em vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais (DGIDC, 2008). Através deste decreto-lei é introduzida na Educação Especial a CIF, classificando a criança quanto à sua funcionalidade e fornecendo novas directrizes para o PEI. Em relação à educação, Tokunaga (2008), refere que esta não pode ser concluída dentro de uma escola ou com a participação apenas dos professores, mas que a colaboração entre diversos profissionais é necessária. Continua dizendo que a CIF é um meio eficaz de colaboração entre os vários profissionais, e que a aplicação da CIF pode levar a efeitos práticos no ensino (Tokunaga, 2008).

Questões e objectivo de estudo

Com a valorização do papel da CIF na Educação Especial, integrando os indicadores de funcionalidade no modelo do PEI, achamos pertinente verificar se existe aplicação da CIF nos Programas Educativos Individualizados das crianças da Creche e Jardim de Infância. Sendo objectivo do nosso estudo, verificar se os conteúdos dos Programas Educativos Individualizados das crianças da Creche e Jardim de Infância do Cabedelo, são elaborados de modo a englobarem predominantemente os constructos ligados à Actividade e Participação e ao Ambiente, da Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade - Crianças e Jovens (CIF-CJ) e se os constructos identificados na descrição do Perfil de Funcionalidade têm uma ligação directa aos elementos como alvo no processo de intervenção, através da ligação do

texto utilizado nos PEI's com os constructos utilizados na CIF-CJ. Como tal enunciamos as seguintes questões de estudo:

1. São os Programas Educativos das crianças da Creche e Jardim de Infância do Cabedelo elaborados de acordo com o perspectivado no modelo biopsicossocial?
2. Ao fazer a ligação dos conceitos enunciados nos PEI's com os constructos definidos na CIF, há um predomínio daqueles ligados à Actividade e Participação e aos contextos, conforme definido no modelo biopsicossocial?
3. Estão os constructos identificados como sendo um problema, na avaliação de funcionalidade, englobados nos constructos definidos como alvo, no plano de intervenção?

Capitulo II
Enquadramento teórico

Metodologia

Neste capítulo passaremos a descrever a metodologia utilizada, começaremos por referir o desenho de estudo, a caracterização da amostra e falaremos sobre os instrumentos e procedimentos do estudo empírico. Posteriormente faremos a apresentação e discussão dos resultados.

Desenho de estudo

O desenho de estudo consiste no plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação especificando o tipo de investigação (Freixo, 2009). Tendo em conta o objectivo deste estudo e os procedimentos que utilizamos na metodologia seleccionada a fim de obter respostas às questões de investigação, optamos por um desenho de estudo misto, de maneira a obtermos respostas às questões de investigação.

Numa primeira parte utilizamos uma metodologia qualitativa, a fim de proceder à análise de conteúdo dos PEI's. A investigação qualitativa, definida por Erickson (1986 cit in Freixo, 2009), consta de uma investigação interpretativa que engloba procedimentos diversos ou simplesmente uma abordagem qualitativa. O mesmo autor refere que o objecto de análise e os postulados que a ele estão ligados são o primeiro sentido desta abordagem (Freixo, 2009). Quanto à análise de conteúdo, Bardin (1977) define-a como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, contínua, dizendo que não é um instrumento mas um leque de apetrechos. Berelson (1952 cit in Vala, 1986) define a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite a "descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação". Krippendorff (1980 cit in Vala, 1986) refere que a mesma permite inferências, válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto, Vala (1986) termina dizendo que a análise de conteúdo, não é um método mas uma técnica de tratamento de informação podendo integrar-se em diferentes procedimentos lógicos de investigação e diferentes níveis de investigação empírica (Vala, 1986).

Numa segunda parte, utilizamos uma metodologia quantitativa como forma de validar os dados obtidos no estudo qualitativo, nomeadamente através da utilização de análise de frequências dos componentes da CIF-CJ utilizados e da utilização do teste estatístico concordância de kappa para aferir o grau de concordância na correspondência dos conteúdos dos PEI's aos componentes da CIF-CJ.

É desenvolvida uma análise de frequências das percentagens dos componentes da CIF que são utilizados no processo da avaliação e no processo de intervenção, de forma a ver a percentagem de concordância.

Caracterização da amostra

A Creche e Jardim de Infância do Cabedelo é um espaço educativo pertencente à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do cidadão com Deficiência Mental (APPACDM) de Viana do Castelo. É uma estrutura educativa constituída por duas salas de idade de creche, uma dos 12 meses aos 24 meses e outra dos dois aos três anos, duas salas de Jardim de Infância e uma sala de crianças com multideficiência, com idades compreendidas entre os três e os seis anos. O espaço físico está enquadrado numa zona habitacional, próxima do mar, é constituída por blocos de edifício de acesso fácil contemplando um amplo espaço exterior. De um universo de 73 crianças, 16 apresentam alterações do desenvolvimento, estando sinalizadas como crianças com Necessidades Educativas Específicas (Education, 2005).

A amostra é constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, com o objectivo de se obter informações acerca da população, podendo facultar a generalização de resultados (Freixo, 2009). Pode ser probabilística, sendo conhecida a probabilidade relativa, de qualquer elemento poder fazer parte dela e a selecção dos mesmos ser de forma aleatória. Não probabilística será a amostra, onde a probabilidade relativa de qualquer elemento pertencer à amostra é desconhecida, sendo problema neste tipo de amostra o desconhecimento da representatividade da população (Ribeiro, 1999). Este estudo não tem como objectivo obter validade externa, não sendo generalizado para a população em geral por a amostra ser pequena e restrita a um único contexto. No entanto, o mesmo estudo poderá ser generalizado a estudos similares que analisem os conteúdos de Programas Educativos de crianças com as mesmas características e que irão usufruir da mesma intervenção neste mesmo contexto.

A amostra do nosso estudo é não probabilística, por conveniência, constituída por 16 crianças com NEE, estando sete na sala de multideficiência e nove incluídas nas diferentes salas, de acordo com as idades, correspondendo à totalidade das crianças que frequentam a creche e Jardim de Infância do Cabedelo. As 16 crianças são portadoras de diagnósticos variados, conforme se observa na tabela 1, usufruindo de um Programa Educativo Individual (PEI), elaborado em equipa. A equipa é constituída por uma Terapeuta da Fala, uma Terapeuta Ocupacional, uma Educadora da sala e uma Educadora com a especialização em Educação Especial. Através da consulta dos Programas Educativos individualizados foram recolhidas algumas informações para

caracterizar o grupo heterogéneo de crianças da amostra: condição de saúde, sexo, idade e espaço educativo, conforme está referida na tabela 1. As idades das crianças do estudo variam entre os 18 meses e os 6 anos, existindo uma distribuição equitativa quanto ao género (9/7) e ao espaço educativo a que pertencem.

Tabela 1 Caracterização da Amostra

Diagnóstico	Sexo	Idade	Espaço educativo
Paralisia Cerebral (etiologias diferentes)	Feminino	6 Anos	Sala multideficiência
	Feminino	5 Anos	Sala multideficiência
	Masculino	4 Anos	Sala multideficiência
	Feminino	4 Anos	Sala multideficiência
Espectro Autista	Masculino	5 Anos	Sala multideficiência
	Feminino	3 Anos	Jardim de Infância
	Feminino	3 Anos	Jardim de Infância
Alteração da Interação	Masculino	4 Anos	Jardim de Infância
Atraso do desenvolvimento	Masculino	6 Anos	Jardim de Infância
	Masculino	5 Anos	Jardim de Infância
	Masculino	4 Anos	Jardim de Infância
Trissomia 21	Feminino	5 Anos	Jardim de Infância
Alteração da Interação	Feminino	4 Anos	Sala multideficiência
Craniosinostose múltipla	Masculino	5 Anos	Jardim de Infância
Síndrome da Microdelecção 17	Masculino	4 Anos	Jardim de Infância
Agénese Total do Corpo Caloso	Masculino	18 Meses	Creche

Instrumentos

O corpus do trabalho é constituído pelos PEI's das crianças que constituem os participantes. As categorias serão estabelecidas à priori e são constituídas pelos componentes da CIF-CJ, quer sejam classificadores de 2º, 3º ou 4º nível. São consideradas como unidades de análise as frases ou partes de frases, segundo o esquema proposto por Graneheim & Lundman (2003) (tabela 2). Às unidades de significação são atribuídos códigos da CIF-CJ, de acordo com as regras de correspondência de conteúdos, linking rules estabelecidas por Cieza (2005).

Toda a informação recolhida da análise do conteúdo dos PEI's, referente ao processo de avaliação e ao processo de intervenção, vinculada à CIF-CJ, utilizando as Linking Rules, foi organizada numa tabela elaborada (tabela 2) a partir do estudo de Graneheim & Lundman (2003)

Tabela 2: Exemplo da tabela que foi criada para análise do conteúdo dos PEI's

Unidade de significação	Unidade de significação condensada	Interpretação do significado subjacente	Códigos	Sub-tema	Tema
Registo da competência actual ou competência a desenvolver					

Passamos de seguida a descrever a CIF-CJ e as regras das linking rules de Cieza. A CIF-CJ é um instrumento de classificação da Organização Mundial de Saúde que engloba os aspectos da saúde e do bem estar dos indivíduos e os descreve como domínios da saúde e relacionados com a saúde. Descreve situações sobre a funcionalidade do ser humano e organiza essa informação, estruturando-a de uma forma significativa, integrando-a sendo facilmente acessível. A CIF não classifica as pessoas mas sim a sua condição e os estados relacionados com a saúde, descrevendo os domínios da saúde ou domínios relacionados com a saúde (OMS, 2002).

A CIF organiza a informação em duas partes:

1. Funcionalidade e Incapacidade que engloba dois componentes:
 - O componente do Corpo, inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para estruturas do corpo.
 - O componente Actividades e Participação, cobre os domínios que indicam os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual e social
2. Factores Contextuais que compreendem:
 - Os factores ambientais, são uma descrição de factores ambientais, tendo estes, um impacto sobre os componentes de funcionalidade e de incapacidade, estando organizados do ambiente mais próximo ao indivíduo ao mais geral.
 - Os factores pessoais, não estão classificados na CIF devido à variação cultural e social existente.

Os componentes da funcionalidade podem ser operacionalizados através de três constructos separados mas que se relacionam, sendo operacionalizados através de qualificadores. O componente do Corpo pode ser interpretado como alterações do sistema fisiológico ou das estruturas do corpo. O componente da Actividade e Participação utiliza dois constructos, capacidade e desempenho. Os factores contextuais interagem com os componentes da funcionalidade e incapacidade, o constructo do componente dos factores ambientais é o impacto facilitador ou limitador

das características do mundo físico, social e de atitudes (OMS, 2002). Interessa referir que na CIF, a pessoa não é uma Unidade de Classificação, sendo a sua situação descrita dentro do contexto dos factores pessoais e ambientais. A CIF não classifica as pessoas mas sim a sua condição e os estados relacionados com a saúde, descrevendo os domínios da saúde ou domínios relacionados com a saúde (OMS, 2002).

A CIF como classificação é composta por um código alfanumérico que representa o classificador, seguido de um ou mais algarismos que correspondem aos qualificadores. O código de classificação é composto por uma letra que corresponde aos componentes: Funções do Corpo (b), Estruturas do Corpo (s), Actividades e Participação (d) e Factores ambientais (e). À direita da letra, são colocados os códigos que identificam o domínio e as categorias detalhadas. Os qualificadores acompanham os códigos da CIF e indicam a magnitude do nível da saúde ou a gravidade do problema. Os qualificadores são colocados a seguir ao código de classificação, do qual estão separados por um ponto ou, no caso dos factores ambientais facilitadores, um sinal +. Para as Funções do Corpo o qualificador indica a extensão ou magnitude da deficiência, é utilizado o qualificador genérico: nenhuma deficiência (0), deficiência ligeira (1), deficiência moderada (2), deficiência grave (3), deficiência completa (4). Para as Estruturas do Corpo são utilizados três qualificadores, o primeiro indica a extensão, o segundo a natureza e o terceiro a localização da deficiência. A codificação do componente Actividades e Participação é dada pelo qualificador do desempenho, o primeiro a ser colocado a seguir ao código, e pelo da capacidade, colocado à direita do anterior. Na Actividade e Participação existem mais três qualificadores dois opcionais e um adicional (OMS, 2002).

As regras de correspondência de conteúdos (linking rules) estabelecidas por Cieza (2002, 2005) foram criadas com o objectivo de ligarem instrumentos de medida da área da saúde à CIF (Cieza, et al., 2002). Em 2005, as regras originais foram redefinidas e simplificadas e os contextos onde as mesmas poderiam ser aplicadas foram alargados (Cieza & Stucki, 2005). Actualmente estão definidas oito regras de vinculação, criadas para uso com todas as medidas de resultado diferentes e com intervenções, três regras específicas para ligar medidas do estado da saúde e uma regra específica para ligar medidas técnicas e intervenções (Cieza, et al., 2005).

As regras de vinculação englobam:

1. Antes de se iniciar a ligação, é proposto que seja adquirido um bom conhecimento dos fundamentos conceituais e taxonómicos da CIF;

2. Cada conceito significativo é ligado à categoria mais precisa da CIF;
3. Não usar a categoria da CIF “outra especificada”, que são identificadas pelo código 8, quando os conteúdos dos conceitos significativos não são explícitos no documento da CIF;
4. Não usar a categoria da CIF “não especificado”, que são identificadas pelo código 9, use a categoria de menor nível;
5. Se a informação fornecida pelo conceito significativo não é suficiente para tomar uma decisão sobre a categoria mais precisa da CIF, deve ser identificada como “não definido” (nd) e a seguir ser anexado o factor a que se refere, saúde geral (gh: general health), saúde física (ph: physical), saúde mental (mh: mental health), qualidade de vida (qol: quality of life), ficando com as duas designações, passamos a dar um exemplo: nd-ph;
6. Se o conceito significativo não está contido na CIF, mas é claramente um factor pessoal, tal como é definido na CIF, e identificado como (pf);
7. Se o conceito significativo não está contido na CIF e não é claramente um factor pessoal, usa-se “não abrangido” – nc (not covered);
8. Se o conceito significativo se refere a um diagnóstico ou uma condição de saúde, ao conceito significativo será atribuído hc (health condition).

As regras para as medidas do estado da saúde constam:

1. Antes de iniciar o processo de ligação de medidas do estado da saúde às categorias da CIF, devem ser identificados todos os conceitos significativos dentro de cada item da medida do estado da saúde em questão;
2. As opções de resposta de um item estão ligados se contiverem conceitos significativos;
3. O intervalo de tempo não está ligado à CIF;
4. Os exemplos também são ligados, a categoria da CIF a que o exemplo é ligado aparece em parêntesis.

As regras para medidas técnicas ou clínicas e de intervenção:

1. Antes de iniciar o processo de ligação da medida técnica ou clínica ou intervenções com as categorias da CIF, defina o objectivo com que a correspondência da medida técnica ou clínica é utilizada e o objectivo com que a intervenção foi aplicada na investigação concreta na forma de conceito significativo (Cieza, et al., 2005; Weigl, Cieza, konstanjsek, Kirschneck, & Stucki, 2006).

Procedimentos

Para dar cumprimento ao objectivo deste estudo foi feito um pedido de colaboração à APPACDM de Viana do Castelo que aceitou participar.

Os PEI's foram analisados pela investigadora através de uma análise de conteúdo, identificando conceitos significativos que poderiam ser ligados aos domínios correspondentes da CIF-CJ. A selecção das categorias da CIF-CJ foi feita atendendo às definições de cada categoria, escolhendo aquela que mais se aproxima do conceito analisado.

Existem diferentes opiniões no que se refere ao significado e à utilização de conceitos, procedimentos e interpretação de análise de conteúdo qualitativo. Graneheim & Lundman (2003) referem que um texto envolve sempre múltiplos significados apresentando, por isso diversos tipos de interpretação. Os mesmos autores identificam conceitos como, conteúdo manifesto e latente, unidade de análise, unidade de significado, condensação, abstracção, área de conteúdo, código, categoria e tema. Segundo eles uma questão básica para a realização de análise de conteúdo é decidir se esta se deve centrar sobre o conteúdo manifesto ou latente. Downe-Wamboldt (1992, cit in Graneheim & Lundman, 2003) e Kondracki et al (2002 cit in Graneheim & Lundman, 2003), referem que a análise do que diz o texto, o visível e o óbvio, identifica o conteúdo manifesto. A análise do texto que envolve uma interpretação do significado subjacente do texto é caracterizada pelos mesmos autores como o conteúdo latente. Na análise de conteúdo, uma das primeiras decisões foi seleccionar a unidade de análise.

Na literatura, a unidade de análise refere-se a uma grande variedade de objectos de estudo, por exemplo, uma pessoa, um programa, uma organização, uma sala de aula ou uma clínica Merten (1998), ou uma comunidade, estado ou nação Patton (1987). Outros autores têm considerado a unidade de análise, entrevistas ou diários em sua entidade, e a quantidade de espaço alocado para um tema ou uma interacção em estudo Downe-Wamboldt (1992) " (Graneheim & Lundman, 2003, p. 106).

Para outros autores, é designada de unidade de conteúdo ou unidade de codificação Baxter (199 cit in Graneheim & Lundman, 2003) uma unidade de ideia Kovach (1991, cit in Graneheim & Lundman, 2003) uma unidade textual Krippendorff (1980 cit in Graneheim & Lundman, 2003) a unidade de análise é o mesmo que unidade de significado e considera-a como uma constelação de palavras ou afirmações que se relacionam com o mesmo significado central, contendo aspectos que se relacionam com o conteúdo ou contexto (Graneheim & Lundman, 2003). No nosso estudo, os

PEI's foram o “corpus” do trabalho, e as unidades de significação, corresponderam a constelações de palavras ou afirmações que se relacionam com o mesmo significado central. Por sua vez esta informação foi condensada, sendo retirado o conteúdo mais relevante o que, de acordo com Graneheim & Lundman (2003), corresponde a uma unidade de significação condensada. Nesta etapa, para analisarmos e condensarmos os conceitos significativos baseamo-nos no conteúdo manifesto em que os conceitos são “visíveis e óbvios” (Graneheim & Lundman, 2003). No processo de análise, a condensação, refere-se a um processo de encurtamento preservando o núcleo.

No nosso estudo depois de criarmos a unidade de significação condensada, fizemo-la corresponder, a uma ou mais categorias na CIF-CJ, que com maior precisão as descreviam, preenchendo o item, “código”, que se encontra descrito na tabela 3. Utilizámos nesta altura as regras de Cieza (2005). Baseado no código encontrado, seleccionámos o “subtema” e o “tema”, tendo como base, a análise das categorias de segundo e de primeiro nível correspondentes à CIF-CJ. Segundo Graneheim & Lundman (2003) o conceito de tema, refere-se a múltiplos significados que se ligam, sendo uma, a forma de ligar os significados subjacentes em categorias (Graneheim & Lundman, 2003), tabela 3.

Tabela 3 Conteúdos dos Programas Educativos e sua ligação à CIF-CJ

Unidade de significação	Unidade de significação condensada	Significado subjacente	Código	Subtema	Tema
Avaliação					
A Daniela colabora nas diferentes rotinas de Jardim de Infância, embora necessite de muita ajuda e orientação por parte do adulto.	Colabora nas rotinas e actividades com muita ajuda	Segue rotinas	d2300	Executar rotinas diárias	Tarefas e exigências
		Realiza uma tarefa simples	d2100	Realiza uma única tarefa	
		Apoio do adulto	e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	Apoio e relacionamentos
Gosta de estar em algumas situações de grupo, nomeadamente no momento do agrupamento. //Interage preferencialmente com o adulto, no entanto manifesta agrado na interacção com um dos colegas.	Interage preferencialmente com adultos mas mostra agrado na interacção com os colegas	Inicia interacções sociais	d71040	Interacções interpessoais básicas	Interacções e relacionamentos interpessoais
		Regula os comportamentos nas interacções	d7202	Interacções interpessoais complexas	Interacções e relacionamentos interpessoais
		Relacionamentos com pares	d7402	Relacionamento formal	Interacções e relacionamentos interpessoais
Actualmente aceita um leque mais diversificado de actividades e brincadeiras, //não mostrando tanta resistência à orientação/proposta do adulto.	Aceita um leque mais diversificado de actividades.	Realizar uma tarefa simples	d2103	Realizar uma única tarefa	Tarefas e exigências gerais
	Não mostra tanta resistência às orientações	Responder a pedidos	d2501	Gerir o comportamento	Tarefas e exigências gerais

Unidade de significação	Unidade de significação condensada	Significado subjacente	Código	Subtema	Tema
Continua a preferir algumas actividades, assim como alguns alimentos.	Tem preferências por actividades,	Motivação	b1301	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais
		Realizar uma tarefa simples	d2103	Realizar uma única tarefa	Tarefas e exigências gerais
Faz alguma rejeição à rotina do "xixi" //e que o adulto a oriente em actividades que exijam o toque físico.	Faz rejeição a algumas rotinas	Seguir rotinas	d2300	Executar a rotina diária	Tarefas exigências gerais
		Responder a pedidos	d2501	Gerir o próprio comportamento	Tarefas e exigências gerais
		Agir de forma previsível	d2503		
	Não aceita ser orientada através do toque	Percepção táctil	b1564	Funções da percepção	Funções mentais
Função táctil		b265	Função táctil	Funções sensoriais e dor	
Ao nível da interacção, continua a manifestar um comportamento mais agitado, //quando é contrariada pelo adulto ou quando a actividade não vai de encontro às suas motivações.	Apresenta comportamento agitado quando a actividade não é do seu interesse	Responder a pedidos	d2501	Gerir o próprio comportamento	Tarefas e exigências gerais
		Agir de forma previsível	d2503		
		Motivação	b1301	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais
		Controle dos impulsos	b1304	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais
Apresenta níveis de atenção/concentração e permanência reduzidos, nas actividades fora do seu interesse, muito reduzidas.	Apresenta níveis de atenção e permanência reduzidos, nas actividades que não são do seu interesse	Manutenção da atenção	b1400	Funções da atenção	Funções mentais
		Realizar uma tarefa simples	d2100	Realizar uma única tarefa	Tarefas e exigências gerais
		Dirigir a atenção	d161	Dirigir a atenção	Aprendizagem e aplicação do conhecimento
		Motivação	b1301	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais
O ritmo de execução das diferentes tarefas é rápido e impulsivo, prejudicando a realização correcta das actividades.	Realiza as actividades de forma impulsiva	Realizar uma tarefa simples	d2100	Realizar uma única tarefa	Tarefas e exigências gerais
		Controle dos impulsos	b1304	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais
Muitas vezes não olha e nem espera pelas solicitações do adulto, dado uma resposta mecanizada.	Não olha nem espera pelas solicitações do adulto	Focar a atenção no toque, face e voz humana	d1600	Concentrar a atenção	Aprendizagem e aplicação do conhecimento
		Controle dos impulsos	b1304	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais

Na investigação, os resultados devem ser confiáveis e todos os estudos de investigação devem ser avaliados em relação aos procedimentos utilizados, de maneira a gerar os resultados (Graneheim & Lundman, 2003). Por esse facto, num estudo deve ser tido sempre em conta critérios de validade (Vala, 1986). Portugal (2009) refere que no paradigma qualitativo os critérios constam de credibilidade, transferibilidade e consistência. Polit e Hungler (1999 cit in Graneheim & Lundman, 2003) referem que a Credibilidade relaciona-se com a confiança e tem a ver com a forma de recolher os dados e os processos de abordagem da análise do foco

pretendido (Graneheim & Lundman, 2003). Outra questão crucial para a credibilidade é a selecção da unidade de significação mais adequada. Assim como a avaliação das semelhanças e diferenças entre e dentro das categorias. Graneheim & Lundman (2003) propõem formas de abordar esta questão sugerindo citações representativas do texto transcrito, procurando um acordo entre os co-pesquisadores, especialistas e participantes. A confiabilidade segundo Graneheim & Lundman (2003) inclui também a questão da transferibilidade, que Polit e Hungler (1999) definem como sendo uma medida em que os resultados podem ser transferidos para outras configurações ou grupos. A confiabilidade irá incrementar a maneira de avaliar se os resultados poderão ser transferíveis para outro contexto, isto é, se os resultados são apresentados de uma forma que permite ao leitor o olhar para interpretações alternativas (Graneheim & Lundman, 2003). O processo de transferência poderá ser mais eficaz se o investigador fizer uma descrição clara e distinta da cultura e do contexto, da selecção e características dos participantes, da recolha de dados e do processo de análise, assim como da apresentação das conclusões (Graneheim & Lundman, 2003). No nosso estudo tivemos em atenção as propostas de Graneheim & Lundman (2003), para o mesmo gerar resultados credíveis, assim como na análise dos dados tivemos presente o rigor de cada técnica a implementar, considerando critérios de validade.

Depois da recolha de dados, estes foram submetidos a estatística descritiva através de um tratamento informático. Para tal foi utilizado o programa informático Excel 2007, na elaboração de tabelas, quadros de percentagem e frequência, complementados pelos respectivos gráficos.

Resultados

Passamos agora a apresentar os resultados obtidos, após a análise dos 16 Programas Educativos individualizados das crianças com Necessidade Educativas Especiais que constituiu a amostra deste estudo. As crianças apresentam uma idade que varia entre os 20 meses e os seis anos de idade e encontram-se enquadradas num espaço educativo de educação pré-escolar numa situação de inclusão, sendo, seis crianças do sexo feminino e dez do sexo masculino com diferentes condições de saúde.

De acordo com o observado na figura 1, sete das crianças apresentam condições neuromotoras, das quais cinco Paralisias Cerebrais, uma Agenesia do Corpo Caloso e uma Craniossinostose, quatro apresentam Perturbações do Espectro do Autismo e uma em processo de diagnóstico, três das crianças apresentam Atrasos de Desenvolvimento Psicomotor e duas apresentam Síndromas genéticas, ao nível dos cromossomas 21 e 17q21.31.

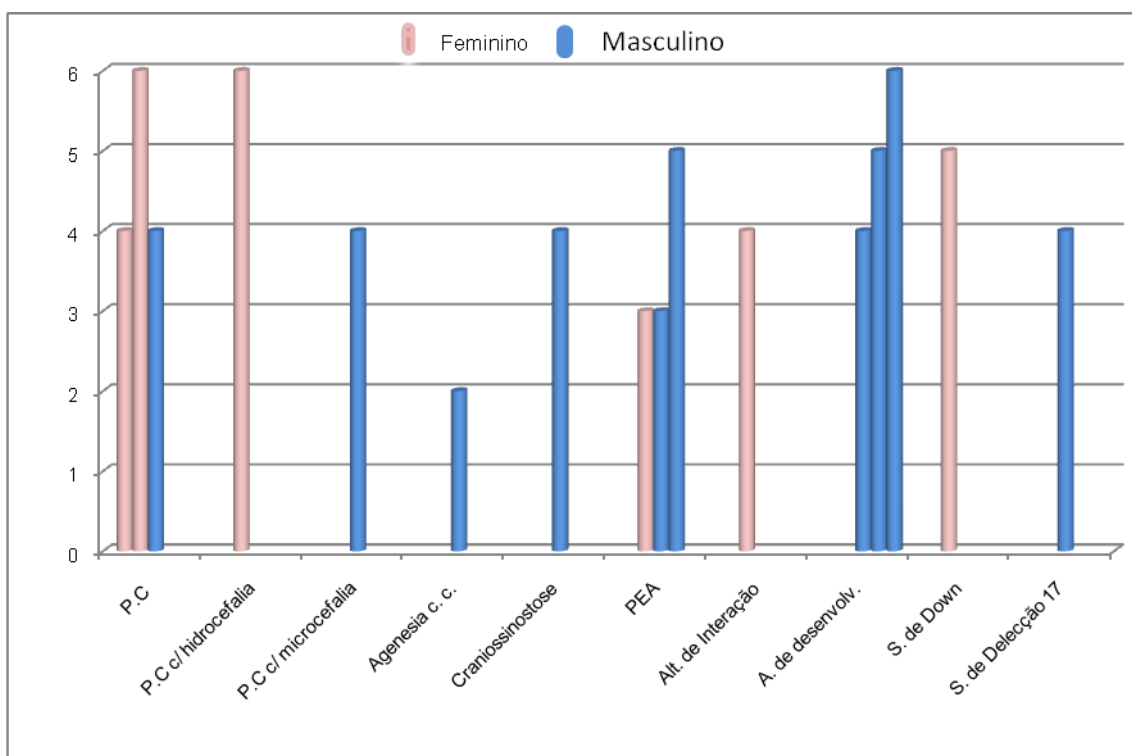


Figura 1 Caracterização da amostra

Após a análise dos conteúdos dos 16 PEI's, quer no que concerne ao Perfil de Funcionalidade (processo de avaliação) quer aos objectivos específicos (processo de intervenção) e da sua ligação à CIF-CJ, foram identificadas 914 unidades de significância que após a sua correspondência, através das linking rules descritas, aos

códigos da CIF-CJ que melhor traduziam o conteúdo dessa unidade, resultaram na selecção de 2429 códigos distribuídos pelos componentes Funções do Corpo (FC) 29%, Actividades e Participação (AP) 62% e Factores ambientais (FC) 9%, conforme apresenta a figura 2a e 2b.

Numa primeira análise é evidente uma diferença entre a representatividade dos três componentes, sendo o componente Actividades e Participação o mais evidenciado destacando-se claramente dos demais.

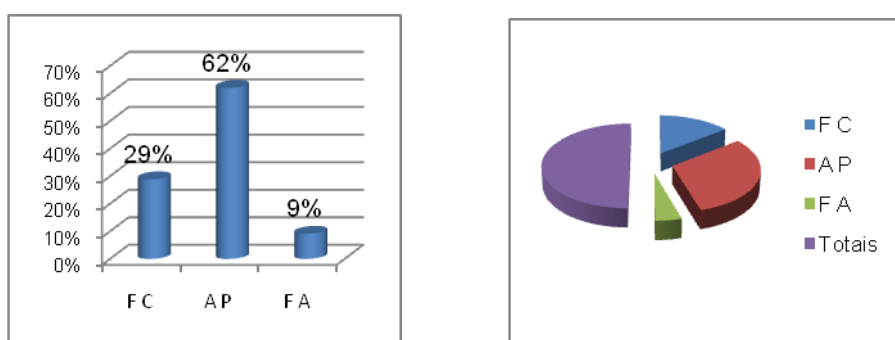


Figura 2a e 2b Percentagem dos códigos seleccionados

O grau de concordância entre observadores foi utilizado para se comparar resultados. Num total de 534 códigos foi conseguido uma percentagem de concordância de 44% (235 códigos), houve discordância em 25% (135 códigos) e 0% (2) de códigos em branco. Apesar da grande percentagem de discordância, verifica-se que os códigos de ambos os observadores se situam dentro do mesmo domínio da CIF, mas em categorias diferentes ou ainda dentro da mesma categoria mas em códigos diferentes. Observando cada caso individualmente, verificamos que o número de códigos utilizados para a caracterização das crianças (Perfil de Funcionalidade) e para a elaboração do respectivo Plano de Intervenção oscilou entre 109 e 189 (figura 3).

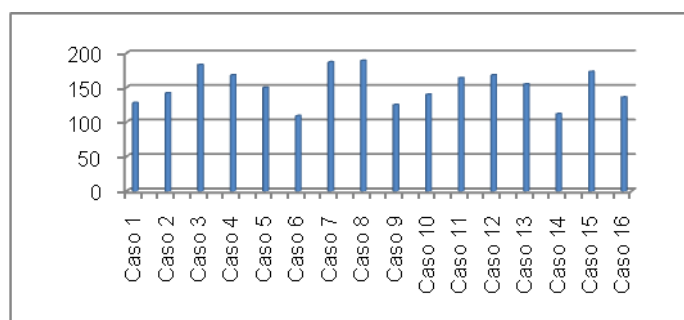


Figura 3 Quantidade de códigos por caso

De forma mais pormenorizada (figura 3 e tabela 4), verificamos que os dois casos que apresentam menor quantidade de códigos são situações neuromotoras severas graves, apresentando limitações nas Funções do Corpo e Actividades e Participação (caso 6 e caso 14). Os casos que apresentam maior número de códigos são, respectivamente, um caso diagnosticado de Perturbação do Espectro Autista (caso 8) um outro, sem diagnóstico, caracterizado por apresentar Alteração na interacção (caso 7) seguido de uma criança diagnosticada com Paralisia Cerebral e Hidrocefalia (caso 3).

Tabela 4 Quantidade de códigos associado a algumas características da amostra

Condições de Saúde	Nº códigos	Nº caso	Idade
Perturbação do Espectro Autista	189	8	5
Alteração da interacção	188	7	4
Paralisia c/ hidrocefalia	183	3	6
Síndrome de Down	173	15	5
Paralisia Cerebral	168	4	4
Perturbação do Espectro Autista	168	12	3
Perturbação do Espectro Autista	164	11	3
Craniossinostose	156	13	4
Agénese do corpo caloso	150	5	2
Síndrome de Delecção 17	142	2	4
Atraso de desenvolvimento	140	10	6
Atraso de desenvolvimento	136	16	4
Paralisia Cerebral	128	1	4
Atraso de desenvolvimento	125	9	5
Paralisia c/ microcefalia	112	14	4
Paralisia Cerebral	109	6	6

Passamos agora à análise do Perfil de Funcionalidade dos PEI's que constitui a primeira parte desses documentos. Assim de uma forma global (figura 5), verificamos que, à excepção do caso 14, é o componente Actividades e Participação aquele que se mostra mais prevalente, com percentagens que de acordo com a tabela 5, oscilam entre 73% (caso 16 e caso 4) e 35% (caso 14).

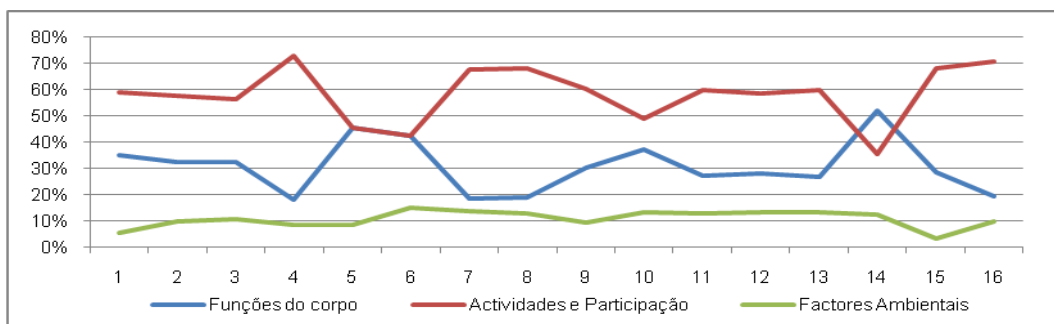


Figura 5 Gráfico de percentagens de componentes utilizados no Perfil de Funcionalidade

Em relação ao componente Funções do Corpo a prevalência varia entre 17% (caso 16) e 52% (caso 14). Conforme se pode verificar, curiosamente, os casos que apresentam menor prevalência de códigos das Funções do Corpo são aqueles que têm um valor mais elevado no componente Actividades e Participação. No que diz respeito aos Factores Ambientais os valores da prevalência evidenciam um limite inferior de 3% (caso 15) e um valor superior de 15% (caso 6).

Tabela 5 Tabela de percentagens de componentes utilizadas no Perfil de Funcionalidade

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Funções do corpo	35%	32%	33%	18%	45%	42%	19%	19%	30%	37%	27%	28%	27%	52%	28%	17%
Actividades e Participação	59%	58%	57%	73%	46%	42%	68%	68%	60%	49%	60%	59%	60%	35%	68%	73%
Factores Ambientais	6%	10%	11%	9%	8%	15%	14%	13%	10%	13%	13%	13%	13%	12%	3%	10%

Quando se analisa a segunda parte dos documentos, referente ao Plano de Intervenção das crianças, continua a verificar-se uma predominância do componente Actividades e Participação, com excepção do caso 14, cujo valor do componente Funções do Corpo se sobrepõe. Relativamente aos casos 5 e 6 os valores dos dois componentes são muito semelhantes.

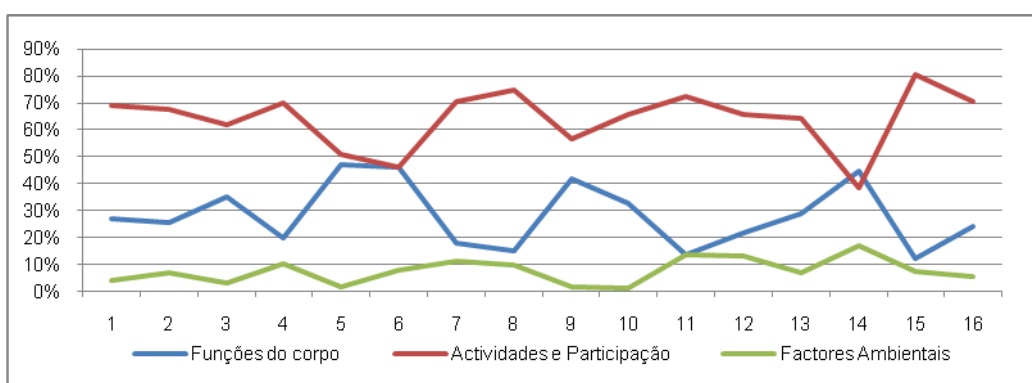


Figura 6 Gráfico de percentagens de componentes encontrados no Plano de Intervenção

Conforme se pode observar na tabela 6, os valores percentuais do componente Actividades e Participação relativos aos Planos de Intervenção dos PEI's, oscilam entre 80% (caso 15) e 38% (caso 14). Encontramos no componente Funções do Corpo valores que variam entre 12% (caso 15) e 46% (caso 6) enquanto os Factores Ambientais se situam em valores percentuais que variam entre 2% (caso 5 e 9) e 17% (caso 14).

Tabela 6 Percentagem dos Componentes da CIF ao nível do Plano de Intervenção

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Funções do corpo	27%	25%	35%	20%	47%	46%	18%	15%	42%	33%	14%	22%	29%	45%	12%	24%
Actividades e Participação	69%	68%	62%	70%	51%	46%	70%	78%	56%	66%	72%	66%	64%	38%	80%	70%
Factores Ambientais	4%	7%	3%	10%	2%	8%	11%	8%	2%	1%	14%	13%	7%	17%	8%	6%

É de salientar que, tal como o sucedido no caso do Perfil de Funcionalidade, também no Plano de Intervenção é o caso 14, o único em que a percentagem do componente Funções do Corpo, é superior ao componente Actividades e Participação. Apresentando na avaliação (Perfil de Funcionalidade) valores de, 52% nas Funções do corpo, 35% nas Actividades e Participação e 12% nos Factores ambientais, (tabela 5). Ao nível do Plano de Intervenção, os valores dos dois componentes (Actividades e Participação e Funções do Corpo) são muito próximos, respectivamente 43% e 38%. Nos Factores ambientais, é interessante notar que este caso apresenta a percentagem mais alta (17%) dos 16 PEI's analisados.

Iremos de seguida comparar a percentagem de códigos de cada um dos componentes, utilizados no Perfil de funcionalidade e Plano de Intervenção. Da amostra, nove apresentam uma menor utilização de códigos deste componente na descrição do Plano de Intervenção face ao Perfil de Funcionalidade. Esta descida foi mais significativa nos casos 15 e 11, conforme se pode observar na figura 7. Em relação aos sete casos onde se manifestou uma subida nos valores percentuais, na utilização de códigos do componente Funções do Corpo no Perfil de Funcionalidade para o Plano de Intervenção, a oscilação maior aconteceu no caso 9, correspondente a uma criança com Atraso Global do Desenvolvimento. Os códigos que foram acrescentados na Intervenção, são referentes à linguagem expressiva, força muscular e coordenação motora.

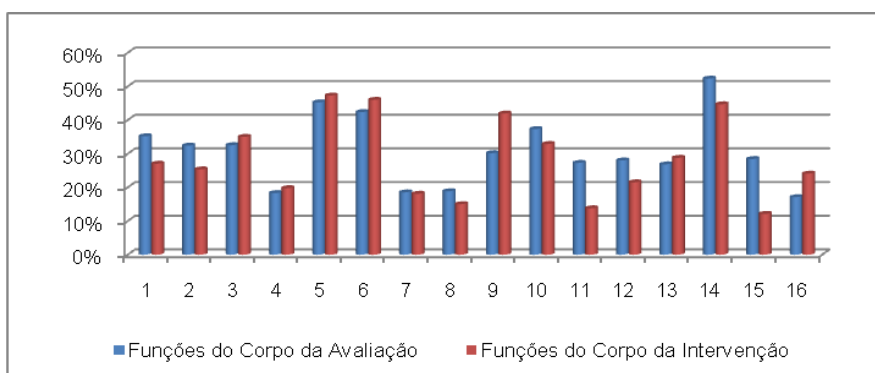


Figura 7 Utilização do componente Funções do Corpo no Perfil de Funcionalidade e Plano de Intervenção

Na análise do gráfico da figura 8, referente ao componente Actividades e Participação no Perfil de Funcionalidade e no Plano de Intervenção, é evidente um aumento dos valores percentuais, do Plano de Intervenção em relação ao Perfil de Funcionalidade, em treze dos 16 casos da amostra. Os três casos onde não se verificou este aumento são os casos 4, 9 e 16, sendo a diferença entre valores, nestes três casos, pouco diferenciável.

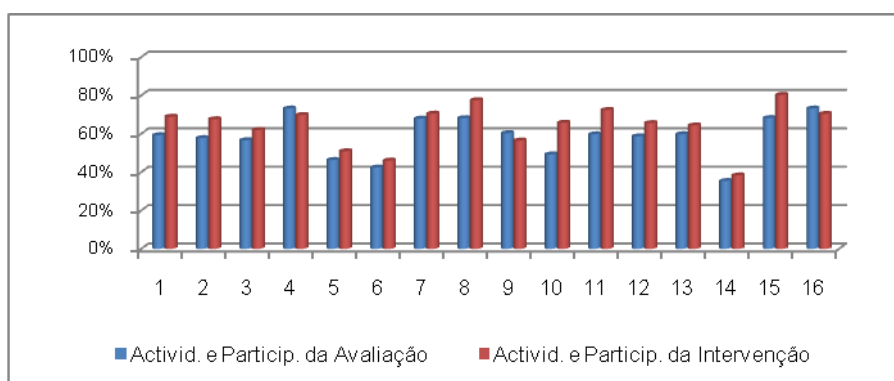


Figura 8 Utilização do componente Actividades e Participação no Perfil de Funcionalidade e Plano de Intervenção

Em relação ao componente Factores ambientais, referente ao Perfil de Funcionalidade e ao Plano de Intervenção verificou-se uma subida dos valores percentuais do Plano de Intervenção referente a quatro casos, 4,11,14 e15, nos restantes casos aconteceu o inverso, ou seja uma descida dos valores percentuais do Plano de Intervenção em relação ao Perfil de Funcionalidade (figura 9).

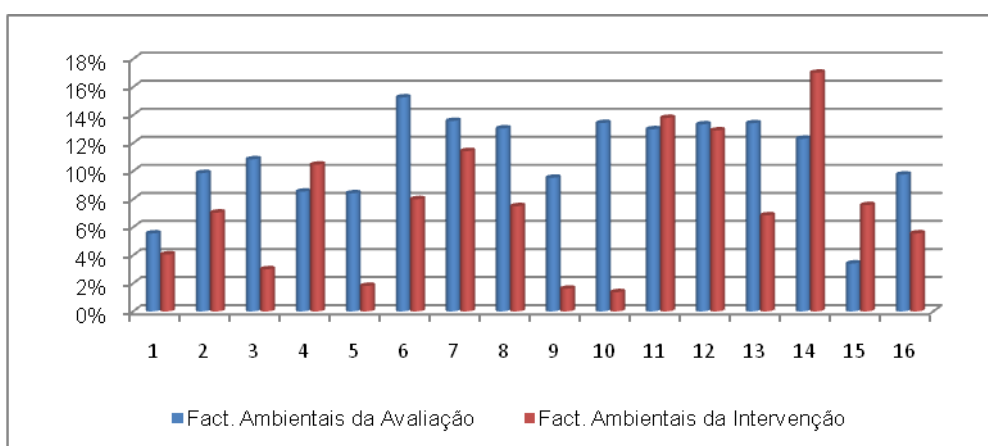


Figura 9 Utilização do componente Factores Ambientais no Perfil da Funcionalidade e Plano de Intervenção

Passamos agora à verificação da percentagem de correspondência directa dos códigos utilizados no Perfil de Funcionalidade e no Plano de Intervenção de forma a verificar se os componentes existentes, na avaliação seriam utilizadas como alvo na intervenção. Conforme se pode verificar pela figura 10 e pelos valores descritos na tabela 7, a percentagem de códigos comuns é relativamente baixa, situando-se entre 12% e 19%.

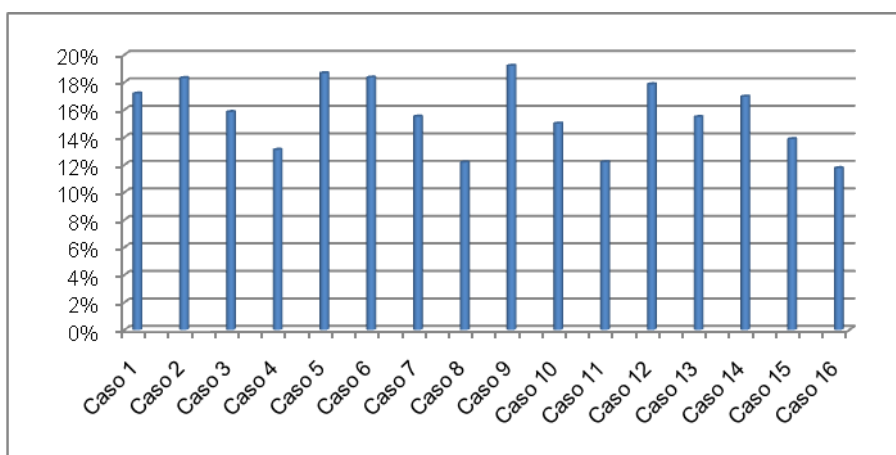


Figura 10 Percentagem de códigos comuns à avaliação e intervenção

Tabela 7 Percentagem e número de códigos comuns no processo da avaliação e intervenção

T. Comuns	22	26	29	22	28	20	29	23	24	21	20	30	24	19	24	16
T. Caso	128	142	183	168	150	109	187	189	125	140	164	168	155	112	173	136
% Comuns	17%	18%	16%	13%	19%	18%	16%	12%	19%	15%	12%	18%	15%	17%	14%	12%

A figura 11 mostra a dispersão do número de códigos utilizados nos 16 PEI's analisados, verificando-se grande discrepância entre o número total de códigos utilizados (a vermelho e o número de códigos comuns ao Perfil Funcionalidade e Plano de Intervenção (a azul).

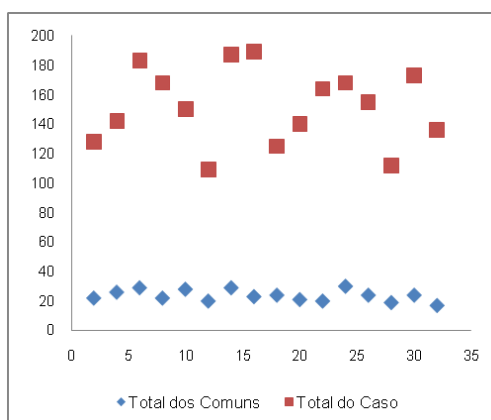


Figura 11 Distribuição dos códigos totais e comuns à avaliação e intervenção.

Analisando agora apenas os códigos comuns ao Perfil de Funcionalidade e ao Plano de Intervenção, é o componente Actividades e Participação aquele que se destaca como mais utilizado entre os componentes Funções do Corpo e Factores Ambientais, (figura 12 e tabela 8).

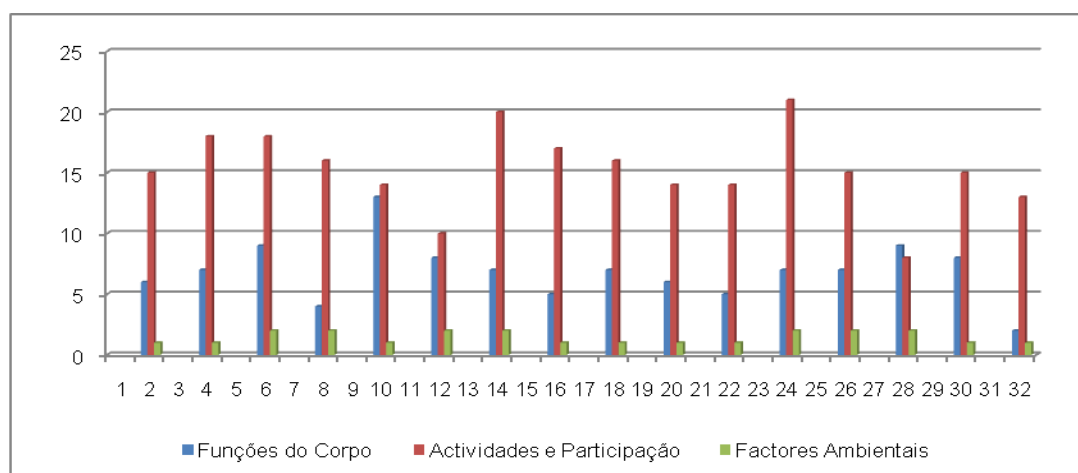


Figura 12 Gráfico do número de códigos comuns nas três componentes

Tabela 8 Número de códigos comuns à avaliação e intervenção

F. do Corpo	6	7	9	4	13	8	7	5	7	6	5	7	7	9	8	3
Act. e Part.	15	18	18	16	14	10	20	17	16	14	14	21	15	8	15	13
Fact. Amb.	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1

Iremos de seguida fazer uma análise dos códigos comuns ao processo de avaliação e intervenção de cada caso, referindo as categorias de 1º e 2º nível da CIF-CJ.

No que se refere, às Funções do Corpo os códigos mais utilizados referem-se às Funções mentais, globais e específicas e Funções neuromusculoesqueléticas. Das Funções mentais globais os códigos Nível de energia (b1300) e Motivação (b1301) foram utilizados por oito dos 16 casos (tabela 9). Das Funções mentais específicas a Atenção (b1400), Percepção particularmente a percepção táctil (b1564) e Funções mentais da linguagem foram utilizadas num total de nove casos. Nesta última categoria encontrámos os códigos Recepção da linguagem oral (b16700), Expressão da linguagem oral (b16710) e Expressão da linguagem escrita (b16711), utilizados em dez, sete e dois casos respectivamente.

Tabela 9

Categorias 1º nível	Agrupamento	Categorias 2º nível	Categorias 3º/4º nível	Códigos
Funções mentais	Funções mentais globais	Funções da energia e impulsos	Nível de energia	b1300
			Motivação	b1301
	Funções mentais específicas	Funções da atenção	Manutenção da atenção	b1400
			Funções da percepção	Percepção táctil
Funções mentais	Funções mentais específicas	Funções mentais da linguagem	Recepção da linguagem	b16700
			Expressão da linguagem	b16710
			Expressão da linguagem escrita	b16711
Funções neuromusculares e funções relacionadas com o movimento	Funções musculares	Funções relacionadas com a força muscular	Força de músculos de um membro	b7300
	Funções relacionadas com o movimento	Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário	Controle de movimentos voluntários simples	b7600

Em relação ao componente Actividades e Participação, as categorias de 1º nível, comuns ao processo de avaliação e intervenção foram: Aprendizagem e aplicação do conhecimento, Tarefas e exigências, Comunicação, Mobilidade, Auto cuidados, Interações e relacionamentos pessoais e Áreas principais da vida. Em cada uma destas categorias foram encontradas uma diversidade de categorias de 2º nível. Na Aprendizagem e aplicação do conhecimento foram evidentes códigos nos agrupamentos: Experiências sensoriais intencionais, Aprendizagem básica e aplicação do conhecimento, conforme tabela 10, sendo o código Adquirir conceitos (d1370) utilizado em onze casos, o Dirigir a atenção (d161) foi encontrado em nove casos, o Tocar (d1201) em oito e o Tomar decisões (d177) em sete.

Tabela 10

Categorias 1º nível	Agrupamento	Categorias 2º nível	Categorias 3º/4º nível	Códigos
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Experiências sensoriais intencionais	Observar		d110
		Ouvir		d115
		Outras percepções sensoriais	Tocar	d1201
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Aprendizagem básica	Adquirir conceitos	Adquirir conceitos básicos	d1370
	Aplicação do conhecimento	Dirigir a atenção		d161
		Tomar decisões		d177

Nas Tarefas e exigências o código mais evidenciado foi o d2100, Realizar uma tarefa simples que surgiu em 11 casos. O Realizar uma única tarefa em grupo (d2103) foi utilizado apenas num caso.

Em relação à Mobilidade (tabela 11) foram encontrados 19 códigos distribuídos pelas seguintes categorias de 2º nível: Manter a posição do corpo, Levantar e transportar, Utilização de movimentos finos da mão, Utilização da mão e braço, Andar e deslocar-se, resultando numa diversidade de categorias de 3º nível visíveis na tabela 9.

Tabela 11

Categorias 1º nível	Agrupamento	Categorias 2º nível	Categorias 3º/4º nível	Códigos
Mobilidade	Mudar e manter a posição do corpo	Manter a posição do corpo	Permanecer deitado	d4150
			Permanecer agachado	d4151
			Permanecer sentado	d4153
			Permanecer de pé	d4154
			Manter a posição da cabeça	d4155
Mobilidade	Transportar, mover e manusear	Levantar e transportar	Levantar	d4300
			Transportar nas mãos	d4301
			Transportar nos braços	d4302
		Utilização de movimentos finos da mão		d4440
			Pegar	d4400
			Agarrar	d4401
			Manipular	d4402
		Utilização da mão e braço	Empurrar	d4451
			Alcançar	d4452
Mobilidade	Andar e deslocar-se	Andar	Andar distâncias curtas	d4500
		Deslocar-se	Gatinhar	d4550
			Subir/descer	d4551
			Correr	d4552
			Saltar	d4553

Na Comunicação, conforme tabela 12, foram comuns códigos das categorias de 2º nível, Comunicar e receber mensagens orais (d3101 e d3102), surgiram em seis e cinco casos respectivamente, sendo utilizados os dois códigos em simultâneo no caso 3 e no caso 12. O código d3152, Comunicar e receber mensagens utilizando desenhos e fotografias foi evidente no caso 8 e 9, duas crianças que utilizavam tabela de comunicação. Surgiram também códigos de 2º e 3º nível do agrupamento, Comunicar e produzir mensagens, nomeadamente Falar (d330), Pré-vocalizações (d331), Utilização de sinais e símbolos (d3351), Utilização de desenhos e fotografias (d3352) e Língua gestual (d340). O código d3351 apareceu em onze dos casos e o d3352 foi encontrado no caso 8, caso 9 e caso 16.

Tabela12

Categorias 1º nível	Agrupamento	Categorias 2º nível	Categorias 3º/4º nível	Códigos
Comunicação	Comunicar e receber mensagens	Comunicar e receber mensagens orais	Compreender mensagens faladas simples	d3101
			Compreender mensagens faladas complexas	d3102
		Comunicar e receber mensagens não verbais	Comunicar e receber mensagens usando desenhos e fotografias	d3152
Comunicação	Comunicar e produzir mensagens	Falar		d330
		Produções Pré-linguísticas		d331
		Cantar		d332
		Produzir mensagens usando língua gestual		d340
		Produzir mensagens não verbais	Produzir mensagens usando sinais e símbolos	d3351
			Produzir mensagens usando desenhos e fotografias	d3352

Nos Auto cuidados as categorias de 2º e 3º nível utilizadas foram Lavar-se, Cuidar partes do corpo, Cuidados relacionados com a excreção, Vestir-se e Comer (tabela 13). O código mais repetido em seis dos 16 casos foi o d5201 (Cuidar dos dentes), seguido de Comer adequadamente (d5201) encontrado em cinco casos e Lavar partes do corpo (d5100) utilizado em quatro casos.

Tabela 13

Categorias 1º nível	Agrupamento	Categorias 2º nível	Categorias 3º/4º nível	Códigos
Auto cuidados		Lavar-se		d510
		Lavar partes do corpo		d5100
Auto cuidados		Cuidar de partes do corpo	Cuidar dos dentes	d5201
Auto cuidados		Cuidados relacionados com os processos de excreção	Regulação da micção	d5300
			Urinar adequadamente	d53001
Auto cuidados		Vestir-se	Despir roupa	d5401
Auto cuidados		Comer		d550
			Comer adequadamente	d5501

Nas Interações e relacionamentos pessoais foram evidentes códigos da categoria das Interações pessoais gerais, básicas (d7104 e d71041) e complexas (d7202 e d7203) e da categoria das Interações pessoais particulares no que diz respeito aos Relacionamentos formais (d7400 e d7402), conforme tabela 14. Os 16 casos distribuíram-se arbitrariamente pelos seis códigos destas categorias com o máximo de dois casos por código.

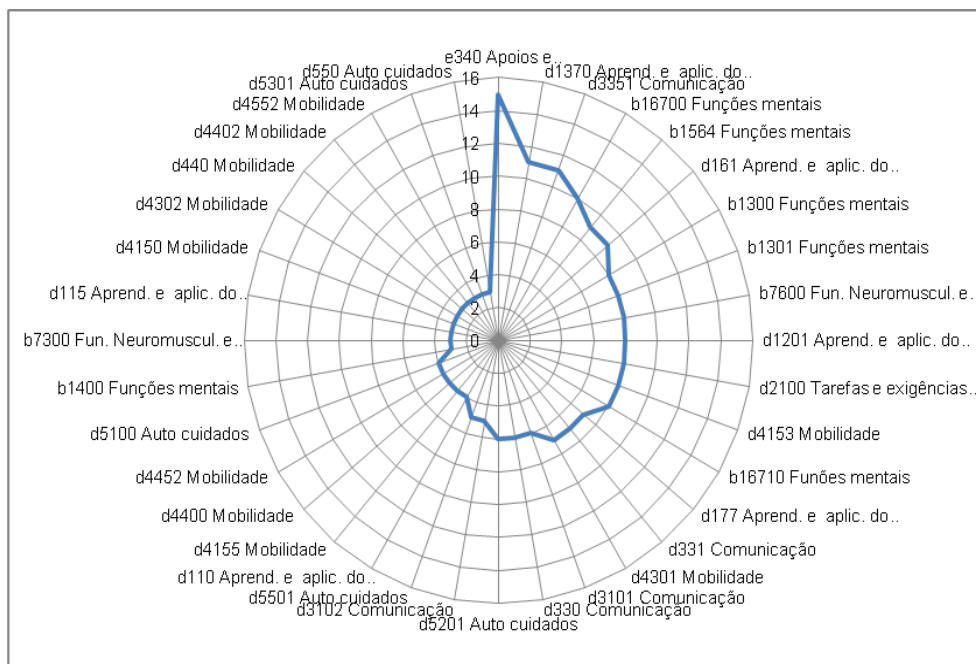


Figura 14 Categorias correspondentes aos Códigos comuns e frequência nos 16 casos

Para além da análise referente aos códigos comuns entre os dois processos (avaliação e intervenção), foi desenvolvida uma pesquisa sobre os códigos que foram identificados em cada caso, número de vezes que surgem e categoria de primeiro nível (Tema) a que pertencem. Relativamente às categorias, comparou-se o número de vezes que cada uma foi identificada nos vários casos, obtendo assim o total de vezes que a categoria foi identificada nos 16 casos (tabela 15). Emergiram dezassete categorias distribuídas entre os três componentes: Funções do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais (figura 15).

Tabela 15 Número de códigos pertencentes às categorias mais frequentes nos 16 casos

Tema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Totais
Funções mentais	29	35	38	17	17	17	26	25	32	48	23	33	26	17	35	27	445
Comunicação	25	27	23	27	15	10	31	39	26	23	30	34	16	6	40	10	382
Ap. e aplic. conhecimentos.	14	11	35	24	23	13	18	22	21	40	14	10	15	4	28	47	339
Mobilidade	20	21	29	29	21	13	25	26	12	6	19	22	43	16	20	11	333
Tarefas e exigências	9	10	8	15	2		28	28	4	7	23	15	6	1	7	21	184
Apoios e relacionamentos.	5	11	7	11	5	2	8	16	7	8	16	15	12	5	8	11	147
Auto cuidados	5	10	8	16	7	4	23	20			15	16	5	4			133
F. neur. relac. Movimento.	7	6	11	5	15	13	1	2	13	1	8	8	10	16	16		132
Intera. e rel. pessoais	6	7	6	9	3	7	5	5	5	5	5	6	9	9	13	5	105
Funções sensoriais e dor	1		8	5	25	15	8	4					4	18			88
Prod. e tecnologias	1		2	5	1	7	15	2			5	6	3	3			50
F. digestivas metabó. endócrino	2		4	5	8	3					1		5	2			30
Áreas principais da vida	3	3	1			1			5		2	2	2	1	4	4	28
Atitudes		1	3		1	2				1				7			15
Fun. da voz e da fala		1	1		4						1			2	1		10
Serv. Sistemas e políticas					1	2				1	1	1	1	1			8
Amb. natu. e mud. ambi. homem					2												2

Na figura 15, observamos que a categoria de primeiro nível da CIF-CJ que surge no topo da listagem é a das Funções mentais, seguida de quatro categorias do componente Actividades e Participação que, por si só perfazem uma percentagem de 50,9%

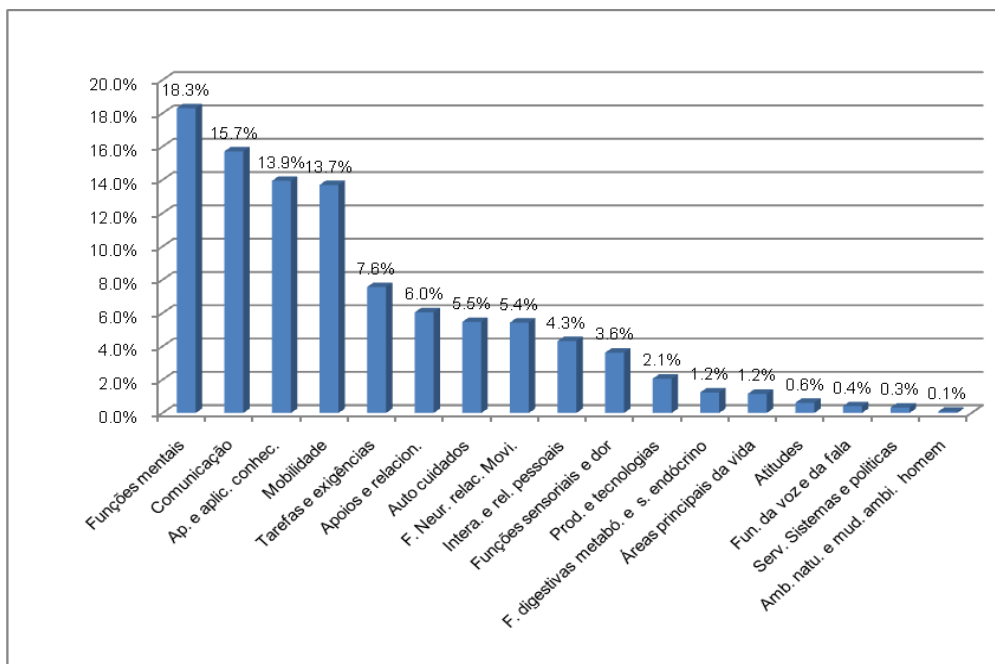


Figura 15 Percentagem das categorias de primeiro nível mais frequentes nos 16 casos

Se analisarmos o conjunto das categorias, observamos que é notório um destaque do número de categorias de primeiro nível do componente Actividades e participação. De um total de dezassete categorias encontradas a partir da ligação dos PEIs à CIF-CJ, oito pertencem ao componente Actividades e Participação (figura 16), cinco categorias enquadram-se nas Funções do Corpo (figura 17) e quatro nos Factores Ambientais (figura 18). Das categorias de primeiro nível que se evidenciam da Actividades e Participação encontramos a Comunicação, Aprendizagem e Aplicação do conhecimento e Mobilidade. Do componente Funções do Corpo encontrámos para além das Funções mentais, as Funções neuromusculoesqueléticas, Funções sensoriais, Funções digestivas e Funções da voz e fala (figura 17). Os Factores ambientais são representados através da categoria de Apoios e relacionamentos (em 6º lugar, na figura 15) seguida da categoria de Produtos e Tecnologias (em 11º lugar, na figura 15), Atitudes, Ambiente natural e mudança ambiental do homem e Serviços, Sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral (figura 18).

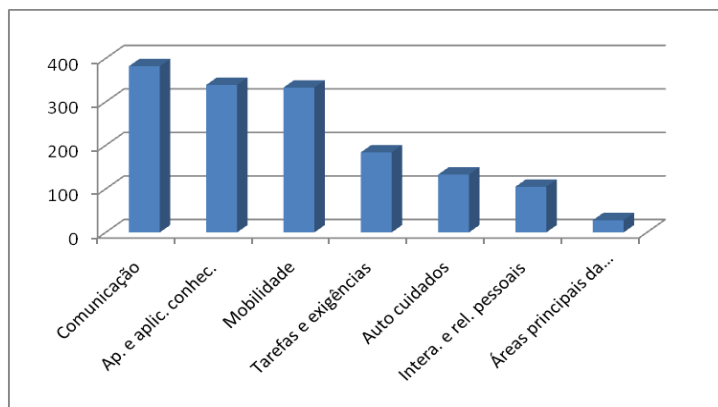


Figura 16 Categorias mais frequentes da Actividades e Participação

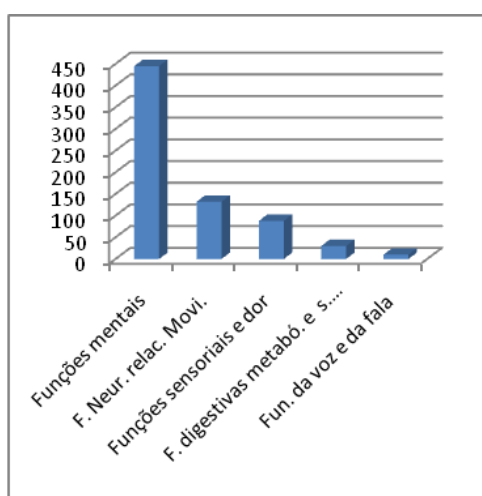


Figura 17 Categorias mais frequentes das F.C

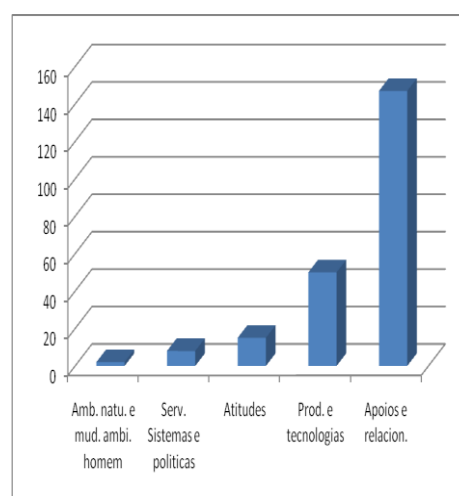


Figura 18 Categorias mais frequentes dos F.A

De seguida, apresentam-se os códigos mais utilizados em cada caso, tendo sido seleccionados apenas aqueles que apresentam mais de três repetições (para representação gráfica dos casos, ver Anexo 1). Para além disso, os 16 casos foram agrupados por grupos de patologias, sendo apresentadas as categorias de 1º e 2º nível mais utilizadas em cada caso, de forma a perceber a existência ou não de um padrão comum aos casos que se inserem no mesmo grupo de patologias, a saber: Neuromotor (tabela 16), Perturbação do Espectro Autista (tabela 17), Atraso de Desenvolvimento (tabela 18) e Outros (tabela 19).

Começaremos por apresentar o grupo com perturbações neuromotoras comparando e as três categorias de 1º nível com mais prevalência e as de 2º nível que lhe estão associadas (tabela 16). Em relação a este grupo, as categorias de 1º nível mais prevalentes nos sete casos, foram Mobilidade e Funções mentais, encontradas em

cinco casos, Aprendizagem e aplicação do conhecimento, Comunicação e Funções Sensoriais encontradas em três casos e por último Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, em dois casos.

Tabela16

Neuromotor			
Sexo	Idade	Tema	Sub-tema
Feminino (caso3)	6	Funções mentais	F. de temperamento e personalidade
			F. m da energia e dos impulsos
			F. de atenção
			F. da percepção
			F. m. da linguagem
		Apre. apl. conheç.	Ouvir
			Outras percepções sensoriais intencionais
			Aprender através da interacção com os objectos
			Dirigir a atenção
			Adquirir conceitos
		Mobilidade	Tomar decisões
			Mudar a posição básica do corpo
			Manter a posição do corpo
			Levantar e transportar objectos
			Utilização dos movimentos finos da mão
Masculino (caso 4)	4	Mobilidade	Manter a posição do corpo
			Mudar a posição básica do corpo
			Levantar e transportar objectos
			Utilização dos movimentos finos da mão
			Utilização da mão e do braço
			Andar
		Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Produções pré-linguísticas
			Produzir mensagens não verbais
		Apre. apl. conheç.	Produzir mensagens usando língua gestual
			Observar
			Ouvir
			Outras percepções sensoriais intencionais
			Aprender através da interacção com os objectos
Feminino (caso 1)	4	Funções mentais	Adquirir conceitos
			Dirigir a atenção
			Tomar decisões
			F. m. da energia e dos impulsos
			F. de atenção
		Comunicação	Funções emocionais
			F. da percepção
			F. m. da linguagem
			Funções de experiência pessoal e do tempo
		Mobilidade	Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Falar
			Produzir mensagens não verbais
			Conversação
			Manter a posição do corpo
Feminino (caso 6)	6	Funções mentais	Mudar a posição básica do corpo
			Utilização dos movimentos finos da mão
			F. m. da energia e dos impulsos
			Funções da atenção
			Funções emocionais
		F. sensoriais e dor	Funções de experiência pessoal e do tempo
			Funções da visão
			Funções auditivas
			Função proprioceptiva
		F.neur. Rel. Movi.	Função táctil
			Funções relacionadas com mobilidade das articula.
			Funções relacionadas com a força muscular
			Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário

Neuromotor						
Sexo	Idade	Tema	Sub-tema			
Masculino (caso 14)	4	F. sensoriais e dor	Funções da visão			
			Funções auditivas			
			Função proprioceptiva			
			Função táctil			
			Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos			
		Funções mentais	Funções intelectuais			
			F. m. da energia e dos impulsos			
			F. de atenção			
			Funções emocionais			
		F. neur. rel. Movi.	F. da percepção			
			Funções relacionadas com a mobilidade das articulações			
			Funções relacionadas com a força muscular			
			Funções relacionadas com os movimentos involuntários			
			Masculino (caso 5)		F. sensoriais e dor	Funções da visão
						Funções auditivas
Sensações associadas à função auditiva e vestibular						
Função gustativa						
Função proprioceptiva						
Função táctil						
Apre. apl. Conhec.	Observar					
	Ouvir					
	Outras percepções sensoriais intencionais					
	Imitar					
	Concentrar a atenção					
Mobilidade	Dirigir a atenção					
	Manter a posição do corpo					
	Mudar a posição básica do corpo					
	Utilização dos movimentos finos da mão					
	Utilização da mão e do braço					
	Masculino (caso 13)		Mobilidade	Manter a posição do corpo		
				Mudar a posição básica do corpo		
Levantar e transportar objectos						
Utilização dos movimentos finos da mão						
Utilização da mão e do braço						
Andar						
Deslocar-se						
Funções mentais			F. M da energia e dos impulsos			
			F. de atenção			
			Funções emocionais			
			F. da percepção			
Comunicação			F. M da linguagem			
			Comunicar e receber mensagens não verbais			
			Produções pré-linguísticas			
			Produzir mensagens não verbais			
	Produzir mensagens usando língua gestual					
Conversaão						

Quanto ao grupo com Perturbação do Espectro Autista (tabela 17), encontrámos uma maior prevalência para as categorias da Comunicação, encontrada em todos os casos pertencentes ao grupo, enquanto em três dos quatro casos encontrámos as categorias Tarefas e exigências e Funções mentais, em dois casos do grupo surgiu a categoria da Mobilidade.

Tabela 17

Perturbação do Espectro Autista			
Sexo	Idade	Tema	
Masculino (caso 8)	5	Comunicação	Produzir mensagens não verbais
			Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Produzir mensagens usando língua gestual
		Tarefas e exigências	Realizar uma única tarefa
			Executar a rotina diária
			Gerir o próprio comportamento
		Mobilidade	Levantar e transportar objectos
			Manter a posição do corpo
			Utilização de movimentos finos da mão
Masculino (caso 11)	3	Comunicação	Comunicar e receber mensagens não verbais
			Comunicar e receber mensagens orais
			Produzir mensagens não verbais
			Produções pré-linguísticas
			Produzir mensagens usando língua gestual
		Funções mentais	F. m. da energia e dos impulsos
			F. de atenção
			F. da percepção
			F. m. da linguagem
			F. temperamento e da personalidade
			Funções de experiência pessoal e do tempo
		Tarefas e exigências	Realizar uma única tarefa
			Executar a rotina diária
Gerir o próprio comportamento			
Feminino (caso 12)	3	Comunicação	Comunicar e receber mensagens não verbais
			Comunicar e receber mensagens orais
			Produzir mensagens não verbais
			Produzir mensagens usando língua gestual
			Falar
		Funções mentais	Cantar
			F. m. da linguagem
			F. m. da energia e dos impulsos
		Mobilidade	F. m. da linguagem
			Levantar e transportar objectos
			Manter a posição do corpo
			Utilização de movimentos finos da mão
			Andar
			Mudar a posição do corpo
			Mover objectos com os membros inferiores
Feminino (caso 7)	4	Comunicação	Utilização da mão e do braço
			Deslocar-se
			Comunicar e receber mensagens não verbais
Comunicar e receber mensagens orais			
Tarefas e exigências	Produzir mensagens não verbais		
	Produzir mensagens usando língua gestual		
	Realizar uma única tarefa		
Funções mentais	Executar a rotina diária		
	Gerir o próprio comportamento		
	F. m. da linguagem		
	F. m. da energia e dos impulsos		
	F. de atenção		
			F. da percepção

O grupo que designámos por Atraso do desenvolvimento apresenta como domínios mais prevalentes as categorias Funções mentais e Aprendizagem e aplicação do conhecimento, nos três casos do grupo, a Mobilidade surge em dois casos e a categoria Tarefas e exigências surge num dos três casos, tabela 18.

Tabela 18

Atraso de desenvolvimento			
Sexo	Idade	Tema	
Masculino (caso 9)	5	F. mentais	F. m. da linguagem
			F. de atenção
			F. memória
			F. Temperamento e da personalidade
		Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais
			Produzir mensagens não verbais
		Apr. Apl. Conhec.	Dirigir a atenção
			Imitar
			Adquirir linguagem
			Adquirir linguagem adicional
			Adquirir conceitos
			Aprender a escrever
Aprender a calcular			
Masculino (caso 10)	6	F. mentais	F. m da linguagem
			F. de atenção
			F. memória
			F. temperamento e da personalidade
			F. m. da energia e dos impulsos
			Funções emocionais
		Funções da percepção	
		Apr. apl. conhec.	Observar
			Ouvir
			Adquirir linguagem
			Imitar
			Ensaíar
			Aprender a escrever
		Comunicação	Dirigir a atenção
			Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Falar
			Conversão
Masculino (caso 16)	4	Apr. apl. conhec.	Adquirir linguagem
			Adquirir linguagem adicional
			Aprender a escrever
			Dirigir a atenção
			Imitar
			Adquirir conceitos
		F. mentais	F. m. da linguagem
			F. de atenção
			F. temperamento e da personalidade
			F. m. da energia e dos impulsos
			Funções emocionais
			Funções da percepção
		Tarefas e exigências	Funções de experiência pessoal
			Realizar uma única tarefa
			Executar a rotina diária
			Gerir o próprio comportamento

Por último, o grupo designado por Outros apresenta uma maior prevalência nas categorias da Comunicação e Funções mentais. As categorias Aprendizagem e aplicação do conhecimento e Mobilidade surgem, cada uma delas, em apenas um caso (tabela 19).

Tabela 19

Outros			
Sexo	Idade	Tema	
Feminino (caso 15)	5	Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Falar
			Cantar
			Produzir mensagens não verbais
			Produzir mensagens usando língua gestual
		F. mentais	F. m. da linguagem
			F. de atenção
			F. temperamento e da personalidade
			F. m. da energia e dos impulsos
		Apr. apl. conheç.	Adquirir linguagem
			Adquirir linguagem adicional
			Aprender a escrever
			Adquirir competências
			Adquirir conceitos
			Tomar decisões
Masculino (caso 2)	4	F. mentais	F. M da linguagem
			F. de atenção
			F. da percepção
		Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais
			Comunicar e receber mensagens não verbais
			Falar
			Cantar
			Produzir mensagens não verbais
			Produzir mensagens usando língua gestual
		Mobilidade	Conversaço
			Mudar a posição básica do corpo
			Manter a posição do corpo
			Levantar e transportar objectos
			Utilização de movimentos finos da mão
			Utilização da mão e do braço
Utilização de movimentos finos do pé			
Andar			
			Deslocar-se

Discussão

O objectivo deste estudo visava verificar se a CIF tem aplicação nos Programas Educativos Individualizados das crianças da Creche e Jardim de Infância. Não sendo um instrumento de avaliação e de intervenção, a CIF permite, no entanto, a criação de um quadro de referência com uma linguagem comum universal, centralizando dados e criando perfis (OMS, 2002). Cieza (2005) completa dizendo que é um quadro de referência comum para a funcionalidade, podendo contribuir para uma pesquisa melhorada de resultados (Cieza, et al., 2005). Afirma ainda que o sucesso da CIF se encontra, entre outros, mas sendo este o mais importante, na ligação que médicos e investigadores podem fazer com, medidas do estado de saúde (Cieza, et al., 2002).

Depois de analisados os 16 PEI's deste estudo, recolhemos uma variedade de dados que nos permitiram construir um Perfil de Funcionalidade de cada criança, e perceber quais os objectivos específicos e implementados como medida educativa (ME, 2008). Colocámos como questões orientadoras deste estudo (1) saber em que medida os Programas Educativos das crianças da Creche e Jardim de Infância do Cabedelo são elaborados de acordo com o perspectivado no modelo biopsicossocial; (2) saber se, ao fazermos ligação dos conceitos enunciados nos PEI's com os constructos definidos na CIF, há um predomínio daqueles ligados à Actividades e Participação e aos contextos, conforme definido no modelo biopsicossocial; (3) saber se os constructos identificados como sendo um problema, na avaliação da funcionalidade, e estão englobados nos constructos definidos como alvo, no Plano de Intervenção.

Com o modelo biopsicossocial, emerge a valorização do indivíduo no invés da doença, passando a avaliação a enfatizar a condição de saúde, e surgindo os contextos como factor decisivo na saúde. A interacção bidireccional entre as diferentes dimensões (fisiológica, psicológica e social) é a base da dimensão do funcionamento humano, sendo esta a base de suporte da CIF, que se manifesta através da influência dos Factores Ambientais sobre as Funções do Corpo e Actividades e Participação (Lollar & Simeonsson, 2005).

No nosso estudo, através da análise dos conteúdos dos PEI's e da sua ligação com os diferentes componentes da CIF (Funções do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais), foi possível constatar que o relevo dado nos conteúdos de cada PEI se centrou no componente Actividades e Participação, sendo os Factores Ambientais aquele que é menos citado, quer no Perfil de Funcionalidade quer no

Plano de Intervenção. À primeira vista, podemos dizer que esta característica, presente na generalidade dos PEI's estudados, os afasta das premissas que guiam a utilização do modelo biopsicossocial como suporte teórico. Com efeito, e segundo Lollar & Simeonsson (2005), o modelo biopsicossocial refere que a incapacidade não é um atributo da pessoa mas de um grande conjunto de condições, muitas delas, criadas pelo contexto, surgindo esta como uma experiência natural da vida (Lollar & Simeonsson, 2005). Assim sendo, seria expectável que, sendo os PEI's elaborados à luz da CIF, como preconizado no decreto-lei 3/2008, ele traduzisse de forma mais substancial a influência dos factores contextuais no desempenho das crianças. O componente Factores Ambientais é aquele onde são evidentes os valores mais baixos, no processo de avaliação e no processo de intervenção. O domínio mais valorizado é o dos Apoios e relacionamentos, nomeadamente a categoria de segundo nível Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340) identificada em 15 casos. As ajudas dos Prestadores de cuidados são importantes quando direccionadas para o aumento de oportunidades de aprendizagem na criança. Dunst (2001 cit in Serrano, Pereira & Carvalho, 2003) refere que as oportunidades de aprendizagem constituem fontes de experiências, promovendo o desenvolvimento e a normalização. (Serrano, et al., 2003). Verificamos que esta categoria, mais facilmente identificável pela equipa responsável pela elaboração dos PEI's, é tida em conta e referida várias vezes, porém, todos os restantes contextos que rodeiam a criança são negligenciados. No entanto, pensamos que a razão pela qual é dado tanto ênfase ao contexto institucional, frequentado pelas crianças, tem a ver com a crença dos autores dos PEI's acerca da influência positiva exercida por esse contexto na participação. O contexto onde estão inseridas as crianças do nosso estudo é um espaço inclusivo, com uma equipa multidisciplinar de suporte, onde a intervenção directa, individual e em grupo, está incluída nas medidas educativas implementadas. De acordo com Lollar & Simeonsson (2005), que enfatizam a importância dos contextos na influência sobre a participação, e Eriksson & Granlund (2004) que referem a necessidade dos contextos sofrerem transformações para permitir a participação, esses são princípios que parecem ser seguidos no contexto em questão. Todo o material, espaço físico e relações sociais é pensado em função da individualidade de cada um, rumo à inclusão e ao crescimento como pessoa. Esta perspectiva vai de encontro a Lollar and Simeonsson (2005) quando referem que a avaliação das características funcionais muitas vezes revelam necessidades além da condição de saúde e apelam para a inclusão de outras disciplinas no plano de tratamento incluindo terapias, educação e bem estar social. Por sua vez Bairrão (2004 cit in Portugal, 2009) refere que devem ser facilitadas interacções cognitivas, sociais e emocionais em contextos de vida

alargados onde se estabelecem trocas bidireccionais. Na mesma perspectiva, Simeonsson and Rosenthal (2001 cit in Portugal, 2009) defendem o papel do ambiente como primordial, dando relevo à funcionalidade humana e à participação social do indivíduo nos contextos de vida naturais (Portugal, 2009). Assim, apesar da influência do ambiente não vir retratada nos PEI's analisados, pensamos que ela é tida em conta, quando as características desse ambiente (pré-escola) são pensadas de forma a responder às necessidades das crianças nele inserida. No entanto, consideramos que, na resposta à nossa primeira questão de investigação, podemos concluir que os PEI's analisados não seguem inteiramente uma perspectiva do modelo biopsicossocial, uma vez que a ênfase continua a ser dada às crianças, negligenciando a influência dos contextos em que se move.

Quanto à segunda questão, verificámos que cada conceito significativo do PEI, ou unidade de significação, segundo Graneheim & Lundman (2003), referente ao processo de avaliação e intervenção, encontrou um ou mais códigos de correspondência na CIF e CIF-CJ. Foram utilizadas as regras de correspondência de conteúdos (linking rules) estabelecidas por Cieza, não tendo necessidade de utilizar códigos para, conteúdos "não definidos" nem "não abrangidos" e não foram utilizados códigos correspondentes a "outro especificado" e "não especificado". A ligação da CIF a instrumentos de medida, utilizando estas Linking Rules, fornece uma abordagem sistemática e padronizada (Cieza, et al., 2002). O facto de não se terem usado, as categorias de "outro especificado" e "não especificado" reduz a ambiguidade dos resultados em todo o processo (Cieza, et al., 2005). Cieza refere que o objectivo de desenvolver regras, serve para testar a confiabilidade dos profissionais de saúde na aplicação da CIF, fornecendo algum rigor técnico e científico (Cieza, et al., 2002). Assim podemos concluir que os PEI's, na sua generalidade, utilizaram uma linguagem que facilmente encontrou eco na terminologia da CIF. Foram contabilizados na ligação dos conteúdos dos 16 PEI's, 2429 códigos que se enquadram nos diferentes componentes da CIF havendo correspondência com categorias de 2º, 3º e 4º nível, especialmente no componente Actividades e Participação que foi a mais seleccionada entre os três componentes.

Nas pesquisas desenvolvidas, encontramos vários estudos que ligavam medidas do estado da saúde à CIF. A maioria dos investigadores valorizam essa ligação e propõem que se continue a fazer estudos nessa perspectiva e referem igualmente que, apesar das medidas serem diferentes, podem-se sempre completar. Stamm et al (2006) referem que os resultados de alguns instrumentos de medidas da saúde que

ligaram à CIF, demonstraram a existência de fortes conexões conceituais entre a CIF e esses modelos, e evidenciaram que a CIF foi útil como um quadro para comparar as semelhanças e diferenças conceituais dos modelos (Stamm, Cieza, Machold, Smolen, & Stucki, 2006). Por outro lado, Cieza et al (2002) referem que, na utilização simultânea de medidas do estado de saúde e medidas da CIF, deve-se compreender a relação entre os dois conceitos e para razões práticas, seria útil se os domínios de medidas do estado de saúde pudessem ser sistematicamente ligados a categorias correspondentes da CIF (Cieza, et al., 2002). No nosso estudo, verificou-se existir facilidade na correspondência entre os termos utilizados nos PEI's e os códigos da CIF, permitindo uma rápida identificação da categoria Atividades e Participação como aquela que mais citada foi ao longo desses documentos. O relevo dado a esta categoria mostra que, tal como foi dito anteriormente, existe uma preocupação com as questões ligadas à participação das crianças, o que vai de encontro ao perspectivado pelo modelo biopsicossocial. Com efeito, apesar da negligência verificada ao nível das citações acerca dos contextos, como já referimos, as questões da participação das crianças têm sido largamente debatidas pelos investigadores que se têm debruçado sobre a problemática da educação inclusiva. Esta defende que a intervenção deve acontecer em contextos naturais da vida da criança, permitindo experiências de vida normalizantes (Gamelas, 2003). Por outro lado, Dunst (2000 cit in Serrano, Pereira & Carvalho, 2003) refere que o desenvolvimento e a normalização são consequência de fontes de experiências de aprendizagem que são fornecidas à criança favorecendo a sua participação (Serrano, et al., 2003). A participação integra o conceito de envolvimento nas situações da vida (Granlund, Erikson, & Ylvén, 2004). A CIF introduziu o conceito de participação e com ele, a importância atribuída à motivação e ao envolvimento Paldanius (1999 cit in Eriksson & Granlund, 2004). No nosso estudo verifica-se que os PEI's se focam no componente Atividades e Participação, sendo as categorias mais prevalentes, as do domínio da Actividade, notando-se no entanto uma preocupação de envolver as crianças em diferentes formas de participação. O que se pode concluir, que no que se refere às Atividades e Participação os PEI's vão de encontro ao modelo biopsicossocial.

No que se refere à terceira questão, procedemos a uma análise através de um mapeamento dos códigos comuns aos dois processos, avaliação e intervenção. Comparando com o total de códigos por caso, estabelecemos uma percentagem de códigos comuns em cada caso. Verificamos que o número de códigos comuns ou sobrepostos se situam muito abaixo dos totais de cada caso, numa percentagem localizada entre 12% e 19%, significando isto que entre 79% e 88% das intervenções

analisadas não tem correspondência directa com as necessidades identificadas na avaliação. Não satisfeitos com os resultados, fomos desenvolver uma análise caso a caso e código a código, tentando encontrar alguma razão que justificasse o facto de a maioria dos códigos encontrados na caracterização das crianças não encontrasse eco nas medidas adoptadas para a intervenção. Concluimos que não havendo uma correspondência directa (código/código), grande parte dos códigos apresentam uma correspondência na mesma área, ou em áreas diferentes mas relacionáveis entre si, Como exemplos podemos referir, o código d160 (concentrar a atenção) na avaliação é substituído pelo código d161 (dirigir a atenção) na intervenção, d1331 (combinar palavras em frases) da avaliação encontra correspondência com o código d134 (adquirir linguagem adicional) da intervenção, o código d3101 da avaliação (compreender mensagens faladas simples) é substituído pelo d3151 na intervenção (comunicar e receber mensagens usando sinais e símbolos).

Existem, no entanto, outros tantos códigos para os quais não foi encontrada correspondência. Não existem muitos estudos demonstrando que o Plano de Intervenção deve ir de encontro ao Perfil de Funcionalidade do indivíduo, apesar de a lógica nos fazer pensar que a necessidade de responder às dificuldades do indivíduo deva estar sempre presente no desenho de um Plano de Intervenção dirigido a uma pessoa concreta. No entanto, gostaríamos de situar esta questão enfatizando a perspectiva da auto-determinação como primeiro agente causal na vida de alguém, pois se através desta, o indivíduo pode fazer escolhas, a restrição da actividade não deveria influenciar essas escolhas. Será importante lembrar Simeonsson (2001 cit in Eriksson & Granlund, 2004) no seu alargamento do conceito de “qualidade de vida” na avaliação do contexto escolar no que se refere à participação (Eriksson & Granlund, 2004). Na mesma perspectiva Florian (2006) aborda a “capability approach” como sendo importante no bem estar do indivíduo indo de encontro à qualidade de vida devendo esta estar nas práticas da educação, o “ser” e o “fazer” caracterizam o funcionamento do indivíduo, os recursos ajudam a alcançar esse funcionamento. Importa por isso, numa perspectiva de “capability approach” desenvolver processos interventivos de maneira a desenvolver uma relação entre os recursos que a criança tem e aquilo que ela pode fazer com eles (Florian, et al., 2006). Assim sendo, não nos parece absolutamente necessário que haja uma correspondência directa dos códigos, uma vez que os modelos de capacitação provém uma intervenção mais ao nível dos contextos modificando-os de forma a provocar um melhor desempenho, sem no entanto alterar a capacidade. Assim sendo os PEI's devem traduzir esse esforço para modificar o contexto sem necessitar de repetir os achados da avaliação. Por isso

reportamo-nos ao que foi dito na resposta à primeira questão onde se verifica haver pouco ênfase nas questões/factores ambientais podendo dizer que seria importante que os PEI's passassem a incluir mais aspectos relacionados com a modificação ambiental. Para respondermos à 3ª questão, podemos dizer que apesar de não encontrarmos uma directa correspondência entre os códigos do Perfil de Funcionalidade e Plano de Intervenção, esta suposta necessidade parece-nos não ser tão importante como a necessidade de reforçar as referências às modificações ambientais.

Não sendo objecto do nosso estudo, ao longo do trabalho encontrámos dados que nos ajudaram a perceber se existia ou não uma concordância por categorias de diagnóstico: Paralisia Cerebral, PEA, Atraso de desenvolvimento e Outros. Por essa razão, queremos também fazer uma discussão dos resultados obtidos. Na bibliografia seleccionada localizámos alguns autores que referiam a importância dos códigos da CIF nas crianças. Ogonowski (2004), refere que os mesmos descrevem a integridade das diferentes componentes, contribuindo para um perfil abrangente ou um diagnóstico funcional, complementar ao diagnóstico médico. Afirma que poderiam ser usados para explicar variações nos padrões de cuidados entre indivíduos com diagnóstico idêntico, podendo ser utilizados para comparar procedimentos, programas e tratamentos. Também podem ter um papel importante nos cuidados de crianças com diagnósticos alargados proporcionando informação em relação à sua gravidade e condições subjacentes à funcionalidade (Ogonowski, Kronk, Rice, & Feldman, 2004). No nosso estudo, foi possível verificar um perfil comum nas crianças que fazem parte do mesmo grupo de diagnóstico, sendo igualmente possível discriminar diferentes padrões de funcionalidade dentro de cada uma delas. Simeonsson et al. (2006) referem que os códigos da CIF podem ser usados para descrever as características de funcionalidade da criança, podendo igualmente diferenciar duas crianças que partilham o mesmo diagnóstico descrevendo as diferentes limitações na sua funcionalidade (Simeonsson, et al., 2006).

Algumas lacunas foram encontradas no desenvolvimento do nosso estudo e, com esta análise, esperamos contribuir para melhorar estudos futuros. Tendo em conta que o nosso estudo é qualitativo e o rigor dos dados pode ser posto em causa pela subjectividade das interpretações dos conteúdos dos PEI's, de maneira a permitir confiabilidade, entendemos que uma das lacunas encontrada na metodologia foi a falta de um segundo observador que lesse a totalidade dos PEI's e numa discussão com o primeiro observador encontrassem, por consenso, as categorias iniciais. Neste

estudo existiu um segundo observador, que executou a revisão por pares para contribuir para o grau de concordância. Existiu igualmente um terceiro observador com quem o primeiro trocava informações sobre os dados, de maneira a desenvolver uma apreciação de todo o processo.

Como propostas para o futuro, para uma transferibilidade do estudo pretendemos alargar este estudo a novas crianças da Creche e Jardim de Infância. Por outro lado pretende-se igualmente desenvolver a elaboração de um guião sobre como elaborar um PEI. Após a utilização deste futuro guião pretendemos, voltar a analisar estas questões, para verificar do seu impacto.

Conclusão

Com a regulamentação do decreto-lei 3/2008, o sistema educativo é renovado, tendo em conta que com a introdução da CIF na elaboração do PEI a criança passa a ser vista à luz do modelo de suporte da CIF, o modelo biopsicossocial. Com a Introdução da CIF no sistema educativo, a criança e o jovem são vistos como um ser com funcionalidade, não sendo valorizada a sua incapacidade. O modelo do PEI é reestruturado através do decreto-lei 3/2008, integra os indicadores de funcionalidade, assim como os factores ambientais, que surgem como barreiras ou facilitadores à actividade e participação do aluno no contexto educativo é identificado o perfil de funcionalidade. A CIF, não sendo um instrumento de avaliação e intervenção, permite criar um quadro de referência de maneira a centralizar dados criando perfis através de uma linguagem comum e universal.

O presente estudo permitiu, na complexidade da dinâmica de todo o processo, conhecermos melhor a CIF e todos os modelos teóricos que com ela se relacionam. Concluímos que as propriedades psicométricas dos códigos do seu quadro taxonómico, favoreceram a confiança e validade deste estudo. As linking rules utilizadas na ligação da CIF aos PEI's permitiram rigor técnico e científico. A metodologia utilizada facilitou a resposta às diferentes questões, e os resultados deste estudo permitiram, encontrar um Perfil de Funcionalidade da criança, através da identificação das áreas mais fortes e necessidades de participação. Através da linguagem comum e universal, a comunicação entre os diferentes profissionais, que se relacionam e interferem na saúde e na educação da criança, é possível, e pode ser útil na transição das crianças entre os vários serviços. O contexto educativo, onde as 16 crianças estão inseridas, foi decisivo no Perfil de Funcionalidade e no Plano de Intervenção, este contexto fomenta a participação da criança, criando oportunidades de aprendizagem, a partir das actividades do quotidiano, do seu interesse e na selecção de recursos para as necessidades da família e da própria criança.

Com este estudo verificámos que a CIF pode servir como um quadro de conexão entre instrumentos, facilitando a selecção da medida de resultados mais adequada para o objectivo da intervenção, podendo ser útil na comparação entre várias investigações e na relação entre as intervenções administradas bem como nos resultados obtidos. Por outro lado permitiu, continuar a desenvolver o conhecimento da CIF, como instrumento para classificar a pessoa na sua funcionalidade. Concluímos também que é possível a sua aplicabilidade na prática, em diferentes contextos, requerendo à partida um bom

conhecimento do instrumento. Numa perspectiva para o futuro será importante continuarmos a relacionar a CIF a outros instrumentos de medida na área da saúde e educação, procurando assim a ligação entre eles, de maneira a complementar a informação sobre a pessoa com uma condição de saúde. Queremos definir a possibilidade de estabelecer um conjunto de recomendações para ajudar os profissionais nos contextos educativos levando-os a pensar e a intervir à luz do modelo biopsicossocial, valorizando a importância dos contextos para a participação.

Referências Bibliográficas

- Alonso, M. (2001). La Concepción de Discapacidad en los Modelos Sociales.
- Bairrão, J., & Almeida, I. (2003). Questões actuais de Intervenção Precoce. In Celta (Ed.), *Psicologia - Tendências actuais em Intervenção Precoce* (Vol. XVII, nº1, pp. 7-13). Oeiras: revista da Associação de Psicologia.
- Calvetti, Muller, & Nunes. (2007). Psicologia da saúde e Psicologia positiva: perspectivas e desafios *Psicologia Ciência e Profissão* (Vol. 27(4), pp. 706-717).
- Carpenter, B. (1997). Early Intervention and Identification: Finding the Family. *Children & Society, 11*, 173-182.
- Cieza, A., Brockow, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Ustun, T. B., et al. (2002). Linking Health - Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med 2002, 34*, 205 - 210.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., & Stucki, G. (2005). ICF Linking Rules: an Update based on lessons learned. *J. Rehabil Med 2005, 37*, 212 - 218.
- Cieza, A., & Stucki, G. (2005). Content comparasion of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Quality of Life Research, 14*, 1225-1237.
- Colôa, J. (2003). *Práticas de Intervenção Precoce- pressupostos de Intervenção Precoce*. Faculdade Motricidade Humana, Lisboa.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - das práticas centradas na Criança às práticas centradas na Família*. Porto: Colecção Educação Especial.
- DGIDC. (2008). *Educação Especial-Manual de Apoio á Prática* Lisboa: Ministério da educação.
- Dunst, C. J. (2005). Framework for Practicing Evidence-Based Early Childhood. *CASEinpoint, Vol 1 nº 1*.
- Education, E. (2005). *Intervenção Precoce na Infância - Análise das situações na Europa*.
- Eriksson, L., & Granlund, M. (2004). Conceptions of participation in students with disabilities and person in their close environment. *Development and physical disabilities, 6 No 3*.
- Eriksson, L., Welander, J., & Granlund, M. (2007). Participation in Everyday School Activities for children with and without disabilities. *J Dev Phys Disabil, 485-502*.
- Farias, & Buchalla. (2005). A classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol, 8 (2)*, 187 - 193.

- Florian, L., Hollenweger, J., Simeonsson, R., Wedell, K., Riddell, S., Terzi, L., et al. (2006). Cross-Cultural Perspectives on The classification of children with disabilities. *The journal of special education*, 40 / no. 1, 36 - 45.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica- Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gallo, L., & Luecken, L. (2007). Applications of the Biopsychosocial Model. *Physiological Research Methods in Health Psychology*, 3-9.
- Gamelas, A. (2003). Contributos para o estudo de qualidade de contextos pré-escolares inclusivos *Psicologia - Tendências actuais de Intervenção Precoce* (Vol. XVII). Oeiras: Celta Editora.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granlund, M., Erikson, L., & Ylvén, R. (2004). Utility of International Classification of Functioning, Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. *J Rehabil Med*, 36, 130 - 137.
- Hernández, F. R. G. (1998). La propuesta Biopsico-Social Del Ciudadano Sano. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic.*, 51 (2), 269 - 278.
- Levin, T., & Greenberg, P. (2005). *Head Start history. Reflections on the rise and demise of the child development group of Mississippi* Paper presented at the "Remember Head Start is the largest poor people organization in this country."
- Lollar, D., & Simeonsson, R. (2005). Diagnosis to Function: classification for children and youths. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26 No 4.
- Marco. (2006, Jan/Abr). Do modelo médico ao biopsicossocial: um projecto de educação premanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30, nº1, 61-72.
- McConachie, H., Colver, A., Forsyth, R., Jarvis, S., & Parkinson, K. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation*, 28(18), 1157 – 1164
- ME. (1997). *Orientações curriculares, para a Educação Pré-escolar*. Ministério da Educação.
- Decreto-lei nº 3/2008 (2008).
- Decreto lei nº281/2009 (2009).
- Ogonowski, Kronk, Rice, & Feldman. (2004). Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26 No.6, 353-361.
- OMS. (2002). *Para uma linguagem comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF* (SNR ed. Vol. 19). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.

- Pereira, M. G. (2002). A perspectiva Biopsicossocial na Avaliação em Psicologia da Saúde: Modelo Interdependente. *Psicologia:Teoria, Investigação e Prática*, 2, 000-000.
- Pinto, A. I., Grande, C., Novais, I., Rosário, H., & Barbieri, M. (2009). Intervenção Precoce: uma abordagem dimensional do desenvolvimento humano. In FPCEUP (Ed.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 48-62). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pinto, A. I., Pessanha, M., Barros, S., Grande, C., Aguiar, C., & Nunes, C. (2009). Educação e investigação em idades precoces. In FPCEUP (Ed.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 63-76). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Portugal, G. (2009). *Ideias , projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Prodinger, B., Cieza, A., Williams, D., Mease, P., Boonen, A., Kerschman-Schindl, K., et al. (2008, May). Measuring Health in Patients With Fibromyalgia: Content Comparison of Functioning, Disability and Health. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59, No. 5, 650 - 658.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Rosenbaum, & Stewart. (2004). The World Health Organization International classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of Cerebral Palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11, No 1, 5-10.
- Serrano, A., Pereira, P., & Carvalho, L. (2003). Oportunidades de Aprendizagem para a Criança nos seus Contextos de Vida. *Psicologia*, XVII, nº 1, 65-80.
- Sexton. (2007). The Book for Learning Everyday Together (BOOK-LET): A Tool for Documenting and Planning Child Learning Opportunities in Group Settings. *CASEtools*, Vol.3, nº1.
- Simeonsson, Leonardi, M., Lollar, D., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., & A.Martinuzzi. (2003). Applying the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and Rehabilitation*, 0, no 0, 00-00.
- Simeonsson, R. (2003). Classification of communication disabilities in children: contribution of the International Classification on Functioning, Disability and Health. *International Journal of Audiology*, 42, S2-S8.
- Simeonsson, R. (2006). *Children´s rights and ICF-CY documentation*. Paper presented at the Meeting of WHO Collaborating centres for the family of International Classifications.
- Simeonsson, R., Leonardi, M., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., Lollar, D., Martinuzzi, A., et al. (2006). ICF-CY: a universal tool for practice poly and research. Tunis, Tunisia: WHOFIC.

- Simeonsson, R., Pereira, S., & Scarborough, A. (2003). Document delay and disability in Early Development with the WHO- ICF *Tendências atuais em investigação precoce* (Vol. XVII nº1, pp. 31-41): Celta Editora.
- Stamm, T. A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J. S., & Stucki, G. (2006). Exploration of the link between conceptual Occupational Therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 9 - 17.
- Swanson, J., Raab, M., Roper, N., & Dunst, C. (2006). Promoting Young Children's Participation in Interest-based Everyday Learning. *CASEtools, Vol.2, nº5*.
- Tokunaga. (2008). The attempt of the practical application of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) as a tool for collaboration among various professionals: A perspective on its applicability to "individualized educational support plan". *NSE Bulletin*, 9.
- Traveso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo, Vol. 6, nº 2*, 49-56.
- Trigueiro, M., Tavares, A., Sanches-Ferreira, M., & Maia, M. (2008). *A CIF como instrumento de suporte para os Programas Educativos Individuais de alunos com Paralisia Cerebral*. Paper presented at the Congresso Internacional: Funcionalidade Humana em perspectiva- traçando caminhos rasgando horizontes.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo *Metodologia das Ciências Sociais* (8ª edição ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Verhoef, J., Toussant, P., Zwetsloot-Schonk, J., Breedveld, F., Putter, H., & Vlieland, T. V. (2007,). Effectiveness of the Introduction of an International Classification of Functioning, Disability and Health - Based Rehabilitation Tool, in Multidisciplinary Team Care in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 57, nº 2, 240 - 248.
- Weigl, M., Cieza, A., konstanjsek, N., Kirschneck, M., & Stucki, G. (2006). The ICF comprehensively covers the spectrum of health problems encountered by health professionals in patients with musculoskeletal conditions. *Rheumatology*, 45 (10), 1247-1254.
- Wilson, & Mott. (2006). Asset-Based Context Matrix: An Assessment Tool for Developing Contextually-Based Child Outcomes. *CASEtools, Vol.2 nº4*.

