

MARIA DA CONCEIÇÃO MELO DA CUNHA

**Auto-Determinação e Inclusão Social das Pessoas com Deficiência
Mental – Uma intervenção Centrada no Sujeito**

**Dissertação de Mestrado
Mestrado em Terapia Ocupacional**

Áreas de Especialização:
Crianças e Jovens

2010

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO

**Auto-Determinação e Inclusão Social das Pessoas com Deficiência
Mental – Uma intervenção Centrada no Sujeito**

MARIA DA CONCEIÇÃO MELO DA CUNHA

Outubro de 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de 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).

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos quantos apoiaram e incentivaram à realização deste trabalho:

À Doutora Helena Pereira pelo saber, capacidade organizativa, disponibilidade e amizade demonstrada.

À Mestre Maria João Trigueiro pela força, disponibilidade e tudo o que pude aprender com o sua orientação.

Ao Professor adjunto Joaquim Faias pela orientação.

Aos colegas e amigos que contribuíram com os seus saberes para este estudo.

À minha família e aos meus amigos que incentivaram a realização deste trabalho.

Resumo

Dotar as pessoas com deficiência mental com competências para se autodeterminarem e terem a oportunidade de concretizar a sua plena inclusão social, é um desafio colocado à sociedade actual. Torna-se importante colocar em prática o que diferentes autores e organizações como a American Association of Mental Retardation defendem, criando condições para que os profissionais, famílias e comunidade possam ser os facilitadores deste processo.

Neste sentido foi implementado no Centro de Reabilitação de Ponte de Lima um modelo de intervenção específico baseado na promoção e desenvolvimento da autonomia pessoal, social e de realização da pessoa com deficiência mental e criado um instrumento de observação e registo que reflecte essa forma de intervenção designado por Protocolo de Registo e Avaliação de Competências - PRAC.

Neste estudo realizou-se uma análise ao instrumento em causa, pretendendo dar um contributo para a sua posterior validação. Nesse sentido, utilizou-se uma metodologia qualitativa e quantitativa para analisar se o instrumento pode ou não ser considerado representativo da capacidade de autodeterminação; se é estável quando utilizado por mais que um utilizador; se discrimina os indivíduos com maior ou menor autonomia e se os itens quando sujeitos à análise factorial, evidenciam os constructos teóricos previamente traçados.

Muito embora o PRAC tenha sido pensado e estruturado para pessoas com deficiência mental, neste estudo foi utilizado por um grupo diversificado de profissionais oriundos de áreas distintas o que veio comprovar que o instrumento pode ser utilizado em diferentes contextos e com público-alvo mais alargado.

Os resultados evidenciados são consistentes, permitindo respostas positivas às questões elaboradas, é de referir contudo que necessitam de um maior aprofundamento de forma a estabelecer outro tipo de generalizações.

Abstract

Today's society, faces a challenge regarding those with cognitive impairments and the consequent attempt to promote their self-determination skills and the chance to become fully included in the social world. Therefore, it is essential to implement what some authors and organizations, such as American Association of Mental Retardation, stand for, generating conditions so that experts, families and community may act as facilitators in such process.

Regarding this perspective, it was implemented at Ponte de Lima Rehabilitation Center, a specific model of intervention, based on the promotion and development of personal autonomy and self-fulfillment for people with mental disabilities. In addition, a tool was developed to observe and record outcomes of this approach, known as PRAC – Skills Assessment and Registration Protocol.

In this study, we analyze the tool itself, a starting point to contribute to its own posterior validation. As consequence, to determine whether or not the tool could be considered representative of the self-determination capacity, we used a qualitative and quantitative methodology; to find its constancy when used for more than one user; its sensitivity to individuals with greater or lesser autonomy and with a factorial analysis if its items, show the theoretical constructs previously outlined.

Although PRAC was developed and structured through means to analyze specifically people with cognitive impairments, it has been used by a diverse group of experts of distinct areas; this study has proved this tool may be applied to several different contexts and to a larger audience.

The results shown are consistent, allowing positive answers to the research questions however, it is important to mention, that further research is needed in order to establish other level of generalizations.

Resumé

Doter les personnes handicapées mentales de compétences d'autodétermination et d'avoir l'occasion d'assurer leur inclusion sociale est un défi qui se coloque a la société actuelle. Il est important de mètre en pratique ce que différents auteurs et organisations comme L'American Association of Mental Retardation défendent créant les conditions nécessaires pour que les professionnels, les familles et la communauté puissent être les facilitateurs de ce processus.

A cet effet a été mis en oeuvre au Centre de Reabilitation de Ponte de Lima un modèle d'intervention spécifique basée sur la promotion et developpement de l'autonomie personnelle, sociale et de réalisation des personnes atteintes de troubles d'apprentissage et créé un instrument d'observation et de documentation faisant état de cette forme d'intervention connus par Protocole d'Enregistrement et d'Évaluation de Compétences – PRAC.

Dans cette étude nous avons réalisé une analyse de l'instrument en question, avec l'intention de contribuer a sa validation ultérieure. En conséquence, il a été utilisé une méthodologie qualitative et quantative pour analyser si cet instrument peut être considéré comme représentatif de la capacité à l'autodétermination; si il est stable losrque utilisé par plusieurs utilisateurs; si il est discriminatoire des personnes avec plus ou moins d'autonomie et si les articles lorsqu'ils sont soumis a une analyse factorielle, montrent les principes théoriques décrits précédemment.

Bien que le PRAC soit conçu et structuré pour les personnes présentant un retard mental, son utilisation par un groupe diversifié de professionnels de différents domaines, a montré qu'il peut être utilisé dans différents contextes et avec un plus ample public.

Les résultats présentés dans cette étude sont conformes et permettent une reponse positive aux questions colloqués; toutefois il convient de noter l'importance d'études plus approfondis afin d'établir d'autres types de généralisations.

Lista de abreviaturas

PRAC – Protocolo de Registo e Avaliação de Competências

HP –Higiene pessoal

CV –Cuidados com o Vestuário / Calçado

AL –Alimentação

CS –Cuidados com a própria saúde

RP –Resolução de problemas

CM –Competências para a mobilidade

MF –Motricidade Fina

CSE –Competências sensoriais

CC –Conhecimento do corpo

COC –Consciencialização do corpo

LMR –Limpeza e manutenção da roupa

LAC –Limpeza e arrumação do calçado

LMC –Limpeza e manutenção da casa

PLM –Por e levantar a mesa

PCR –Preparação e confecção de pequenas refeições

P.EM –Persistência / Empenhamento

RES –Responsabilidade

TI –Tomada de iniciativa

CA –Concentração / atenção

CE –Cuidado com os espaços

D –Deslocação

GT –Gestão do tempo

LDS –Leitura e descodificação de símbolos

TE –Tarefas escritas

MV –Matemática para a vida

EMP –Empregabilidade

TIC - Tecnologias de informação e comunicação

MC - Modo de comunicação

FC –Funções comunicativas

EC –Eficácia da comunicação

DC - Discurso coloquial

AS –Assertividade

RI –Relacionamento Interpessoal

GE –Gestão económica

URC – Utilização dos recursos da comunidade

CIP –Cidadania - identificação pessoal

CUSC –Cidadania - Utilização dos serviços da comunidade

COPE –Cidadania - Organização Política e económica

CAS –Cidadania - Ambiente e saúde

GEN - Gentilidade

SR –Saúde reprodutiva

PTVA - Programa de Transição para a Vida Autónoma

PTVAc – Programa de Transição para a Vida Activa

AVD – Actividades de Vida Diária

AAMR - American Association of Mental Retardation

DM - Deficiência Mental

SNRIPD - Secretariado Nacional de Reabilitação e Inclusão da Pessoa com Deficiência

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade

CRPL – Centro de Reabilitação de Ponte de Lima

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental

DML – Deficiência mental ligeira

DMM - Deficiência mental moderada

DMG - Deficiência mental grave

DMP - Deficiência mental Profunda

Freq – Frequência

EB – Escola básica

IPSS – Instituição particular de solidariedade particular

CPCJ – Comissão de protecção de crianças e jovens

P- Probabilidade

N – Número total da amostra

R – Índice de correlação de Pearson

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

t – Valor do teste *t* de Student

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Índice de Figuras

Figura 1- Percurso de cada um dos clientes no CRPL	18
Figura 2- Opinião dos Profissionais relativamente à clareza e objectividade dos indicadores do PRAC	50
Figura 3 - Opinião dos Profissionais relativamente à avaliação dos domínios através dos indicadores do PRAC	50
Figura 4 – Opinião dos Profissionais quanto à observação dos indicadores do PRAC	51
Figura 5 – Opinião dos Profissionais relativamente à manutenção dos indicadores no PRAC	51
Figura 6 – Opinião dos Profissionais relativamente à introdução de novos indicadores no PRAC	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição do grupo 1 da amostra em função do sexo, nível de escolaridade e do diagnóstico	29
Tabela 2 - Distribuição do grupo 1 da amostra em função do tempo de permanência no centro e no programa	30
Tabela 3 - Caracterização do grupo 3 da amostra	32
Tabela 4 - <i>Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC</i>	33
Tabela 5 - Escala de qualificação do PRAC	35
Tabela 6 - Teste para verificação da Sensibilidade (domínios do PRAC)	42
Tabela 7 - Correlações inter-observadores para área de Autonomia Pessoal	43
Tabela 8 - Correlações inter-observadores para área de Autonomia Realização	44
Tabela 9 - Correlações inter-observadores para área de Autonomia Social	45
Tabela 10 - Consistência interna dos itens que constituem os domínios do PRAC	46
Tabela 11 - Consistência interna dos domínios que constituem a área Autonomia Pessoal	47
Tabela 12 - Consistência interna dos domínios que constituem a área de Autonomia Realização	48
Tabela 13 - Consistência interna dos domínios que constituem a área da Autonomia Social	48
Tabela 14 - Consistência interna das áreas que constituem o PRAC	49
Tabela 15 - Análise Factorial do PRAC	54
Tabela 16 - Teste T de Student para medidas descritivas	56
Tabela 17 - Grau de associação entre os valores obtidos no PRAC e os valores do questionário usado como critério	57

Índice

Introdução	1
Deficiência mental - Novas abordagens	4
Educar para a Autodeterminação.....	6
A importância do auto conceito no desenvolvimento da autodeterminação	10
Transição para a vida autónoma e Vida Activa.....	11
Cidadania e Inclusão Social – Uma questão de atitude	13
Projecto do Centro de Reabilitação de Ponte de Lima	14
Descrição do projecto	16
Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC.....	20
Estrutura do PRAC	20
Autonomia Pessoal	22
Autonomia Social	23
Autonomia de Realização	26
Objectivo da Investigação	27
Questões de investigação.....	27
Amostra	29
Instrumentos utilizados no estudo	33
<i>Protocolo de Registo e Avaliação de Competências</i>	33
<i>Questionário de autonomia</i>	37
<i>Questionário de opinião</i>	37
Procedimentos	38

Resultados.....	41
Sensibilidade.....	41
Fiabilidade	43
Validade.....	49
<i>Validade de conteúdo</i>	49
<i>Validade de constructo</i>	53
<i>Validade discriminante</i>	55
<i>Validade de critério – concorrente</i>	56
Discussão de resultados	57
Conclusão	67
Bibliografia.....	69

Introdução

Actualmente assiste-se a um novo enfoque na pessoa com deficiência mental direccionando-se esforços no sentido de lhe possibilitar o exercício pleno da sua cidadania – ponto máximo da inclusão social. (SNRIPD 2006) Para isso torna-se fundamental «equipar» esse grupo populacional de estratégias e capacidades pessoais e sociais que lhes permitam atingir esse objectivo. Surge assim a necessidade de criar programas de intervenção que encarem a pessoa numa perspectiva dinâmica e holística, atendendo às suas características físicas, psicológicas e sociais. Isto implica considerar os contextos em que a mesma se insere, o seu grau de participação, interacção e papéis sociais vivenciados, tendo consciência que qualquer alteração no indivíduo vai influenciar o seu meio envolvente, do mesmo modo que as características dinâmicas da comunidade influem directamente no processo de desenvolvimento do indivíduo. Nesta linha surgiu, integrado no projecto de intervenção do Centro de Reabilitação de Ponte de Lima, o Programa de Transição para a Vida Autónoma - PTVA, o Programa de Transição para a Vida Activa – PTVAc e o Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC. Este ultimo utilizado para avaliar a pertinência do programa de intervenção, delinear o plano individual da pessoa e verificar a sua evolução.

Depois de alguns anos de experimentação das estratégias e métodos de intervenção, subjacentes aos programas acima referidos e consequente utilização do PRAC enquanto instrumento de registo e avaliação, surge a necessidade de proceder à sua validação. Mediante a extensão e complexidade do mesmo foram seleccionados apenas as áreas comuns, ficando os restantes para uma análise posterior.

As questões de investigação procuram verificar se:

Os conteúdos avaliados pelo PRAC são representativos da capacidade de autodeterminação?

As medições efectuadas com o PRAC serão estáveis quando realizadas por dois ou mais observadores?

O PRAC consegue discriminar indivíduos com maior ou menor grau de autonomia / independência?

Os itens constituintes das Áreas do PRAC quando sujeitos a análise factorial estatística, evidenciam os constructos teóricos previamente traçados?

Uma vez que o PRAC reflecte um modelo de intervenção específico, baseado na promoção e desenvolvimento da autonomia pessoal, social e de realização da pessoa com deficiência mental, a primeira parte deste estudo foi dedicada a uma breve apresentação teórica acerca dos conceitos aqui envolvidos, nomeadamente conceitos da Deficiência Mental, Autodeterminação, Cidadania e Inclusão Social, TVA e TVAc, bem como a forma como esses conceitos são diariamente trabalhados e desenvolvidos ao longo da implementação do projecto e intervenção no Centro de Reabilitação de Ponte de Lima (CRPL).

Numa segunda fase analisaram-se as propriedades estatísticas do instrumento mediante um conjunto de análises quantitativas e qualitativas. A metodologia engloba o tipo de estudo realizado, as características da amostra, a definição dos instrumentos, nomeadamente o PRAC, a sua estrutura e caracterização, são apresentados os qualificadores, sistema de cotação e método de cálculo do *score* são ainda descritos os inquéritos de opinião necessários à validação. Nos procedimentos apresentaremos a aplicação do PRAC, as técnicas de recolha e de análise. A apresentação dos resultados e a sua discussão, seguida da conclusão do estudo.

Com o desafio de alargar este instrumento a outros contextos e abrir o leque populacional ao qual se destina, surgiu a necessidade de proceder à análise do instrumento. Contudo, tendo em conta a dimensão e complexidade do mesmo, este estudo deverá ser entendido como um contributo para a validação, mediante análise e tratamento estatístico de três áreas seleccionadas: Autonomia Pessoal, Autonomia Social e alguns domínios da Autonomia de Realização, ficando os restantes (domínios técnicos, equitação adaptada, actividades físicas e actividades aquáticas) para uma investigação posterior, em colaboração com outras instituições.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de Deficiência Mental (DM) tem vindo ao longo do tempo a sofrer evolução ao nível das ideias e abordagens. A primeira definição criada pela American Association of Mental Retardation (AAMR) surgiu em 1921 e desde aí vem sofrendo actualizações até 2002, altura em que foi realizada a última revisão.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV (1996) e a Associação Americana para a DM (AAMR) (Schalock, Buntinx et al. 2007) a DM caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média associado a limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, autonomia, actividades domésticas, socialização, autonomia na comunidade, responsabilidade, saúde e segurança, habilidades académicas, lazer e trabalho. Esta deficiência terá que se manifestar antes dos 18 anos de idade.

Deficiência mental - Novas abordagens

O modelo teórico multidimensional da AAMR (2002) perspectiva uma concepção multidimensional, funcional e bioecológica da DM, agregando sucessivas inovações e reflexões teóricas e empíricas em relação aos modelos anteriores e explica a DM segundo cinco dimensões que envolvem aspectos relacionados com o funcionamento individual da pessoa no seu contexto físico e sócia, dando destaque aos sistemas de apoio;

Dimensão I - habilidades intelectuais;

Dimensão II - comportamento adaptativo;

Dimensão III - participação, interacções, papéis sociais;

Dimensão IV - saúde;

Dimensão V - contextos.

A nova classificação da AAMR (Schalock, Buntinx et al. 2007) realça a importância de avaliar e observar os factores psicossociais de forma a perceber o funcionamento da pessoa. Esta observação permitirá a elaboração de um plano de intervenção que conduza ao desenvolvimento de competências que possibilitem à pessoa com DM ter tanto quanto possível uma vida autónoma e verdadeiramente incluída na comunidade.

A palavra deficiência tem sido alvo de mudanças em muitos países independentemente da sua cultura, desenvolvimento ou economia. (Felce 2006) A AAMR (Schalock, Buntinx et al. 2007) tem referido a preocupação em encontrar a melhor palavra que possa substituir o termo DM, atribuindo assim um significado mais positivo a esta condição. Uma vez que o conceito de DM traduz mais uma visão do modelo médico, centra toda a problemática no próprio indivíduo. Coulter (2006) refere que o termo escolhido para substituir o usado actualmente deve traduzir o resultado das interacções entre o meio social e o indivíduo à luz do modelo funcional.

A própria AAMR sentiu necessidade de alterar a sua nomenclatura, passando a designar-se em Janeiro de 2007 como American Association on Intellectual Developmental Disabilities (AAIDD), considerando esta designação como tendo uma conotação menos negativa e mais adequada às novas concepções. (Schalock, Buntinx et al. 2007)

A mudança de paradigma tem-se verificado a vários níveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980 começou por definir três conceitos: (a) *deficiência*, (quando existe perda ou alteração de uma estrutura ou função anatómica, psicológica ou fisiológica); (b) *incapacidade* (ocasionada pela deficiência impedindo a pessoa de executar uma actividade); (c) *desvantagem* (resultado da deficiência e incapacidade que ocasionaria limitação o que impediria de desempenhar um determinado papel). Entretanto, em 2001 revê a definição destes conceitos através da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) Este novo paradigma, introduz as premissas do modelo biopsicossocial e fala da necessidade de perceber as interacções do indivíduo com o ambiente, traduzidas através da funcionalidade e incapacidade humanas. A partir daqui deixa de fazer sentido a utilização do modelo médico ou modelo social, passando a perspectivar-se a saúde no sentido biológico, individual e social. (OMS, 2004) Nesta linha, qualquer pessoa pode apresentar uma deficiência, podendo ser temporária ou permanente, entendendo-se assim que a funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são processos dinâmicos dependendo mais das tarefas desempenhadas e do contexto onde se desenrolam, do que das funções e estruturas do corpo e da condição de saúde.

O Secretariado Nacional de Reabilitação e Inclusão da Pessoa com Deficiência (SNRIPD) (2006) considera que a incapacidade mais do que algo inato, resulta de um complexo leque de condições, muitas delas criadas pelo ambiente/ contexto social em que a pessoa se insere. Desta forma descentraliza-se o enfoque da deficiência para a

diferença, enfatizando a responsabilidade da sociedade no respeito pelos direitos humanos e colocando em causa outros modelos mais estigmatizantes ou pouco promotores da inclusão social

Ao descentrarmos a incapacidade do sujeito e ao centrá-la nos aspectos sociais temos de ter em conta vários factores: esta deve ser entendida num contexto social, cultural, histórico e geográfico; a deficiência da pessoa explica apenas uma parte da situação de incapacidade; a resolução do problema implica tanto uma adequada reabilitação como contar com uma sociedade acessível; uma sociedade acessível é aquela que derruba barreiras de todo o tipo; as barreiras culturais constituem a base a partir da qual se formulam as barreiras mais concretas do tipo físico. (Martim 2007)

Jenaro (2004) refere que qualquer pessoa pode apresentar uma deficiência tanto em funções como em estruturas corporais e que estas podem levar a limitações no desempenho da actividade e restrições na participação, sendo a interacção do indivíduo com os factores ambientais que condicionam as oportunidades e levam à incapacidade. Esta premissa é igualmente considerada por Pan (2007) que defende a importância de um meio social estimulante para o desenvolvimento das competências e promoção pessoal do indivíduo com DM.

Um dos critérios principais para definir DM implica que surja durante as duas primeiras décadas de vida, durante um determinado período do desenvolvimento; o mesmo não pode ser dito relativamente à funcionalidade, pois não acontece fixa no tempo, mas é resultado do processo de desenvolvimento. Focar a definição de DM nas variações no processo de desenvolvimento torna coerente a investigação e teoria que refere que o nível de funcionalidade é continuamente modificado pelas interacções da pessoa com o meio. (Simeonsson, Granlund et al. 2006)

Educar para a Autodeterminação

Wehmeyer (2007) refere que para educar para a autodeterminação é necessário perceber o que significa ser auto determinado.

Autores como Ward (1998) consideram a autodeterminação como um conjunto de atitudes que permitem a cada pessoa estipular metas e ser capaz de tomar a iniciativa para alcançar os objectivos. Identificaram ainda algumas características importantes

para a autodeterminação, como sendo: a auto-realização para alcançar todo o potencial, a assertividade para dizer de forma directa e clara quais as necessidades, a criatividade para ajudar a ultrapassar os papéis estereotipados e expectativas, o orgulho para reconhecer as suas capacidades e contribuição para a sociedade e a auto-representação para garantir a viabilização dos serviços e concretização de todo o potencial (Field, Martin et al. 1998)

Assim, ligado à autodeterminação surge um outro conceito de particular importância: a autorepresentação ou *self advocacy* (Santos and Morato 2002)

O conceito de *self advocacy* nasceu na Escandinávia em 1960, quando um grupo de jovens com deficiência se encontrou para partilhar experiências. (Traustadóttir 2006) Nos Estados Unidos iniciou-se com o reconhecimento dos direitos civis das pessoas com deficiência, criando um movimento que procurou proporcionar às pessoas com DM a possibilidade de se organizarem para que pudessem defender os seus direitos individuais e do grupo. (Test, Fowler et al. 2005)

Brinckerhoff (1993) definiu auto-representação como a habilidade para reconhecer e responder às necessidades específicas de uma dificuldade de aprendizagem, sem comprometer a dignidade de si mesmo e dos outros.

Outras definições como a de Test, et al (2005), consideram o *self advocacy* como um movimento de mudança social. É um movimento de indivíduos e organizações, dos direitos civis que dão poder às pessoas com deficiência para falarem sobre si, tomar as suas decisões e lutar pelos seus direitos. (Obiakor, Rotatori et al. 2007)

Para Wehmeyer e Metzler (1995) a autodeterminação é uma construção - uma disposição ou característica de uma pessoa que, hipoteticamente, ajuda a explicar e prever alguns aspectos do seu comportamento. A autodeterminação, não é passível de ser directamente avaliada, somente pode ser observada através das acções e comportamentos da pessoa e é mediante a avaliação desses mesmos comportamentos que podemos verificar se a pessoa desenvolveu competências para auto determinar o seu projecto de vida. A autodeterminação está ainda intimamente ligada com os direitos humanos e consequentemente com os deveres e responsabilidades de cada um.

A liberdade de escolha ou livre arbítrio é aceite unanimemente como sendo, um direito de todos, incluindo as pessoas com deficiência, contudo para alguma

ambiguidade no que respeita à concretização e aplicação prática do mesmo. Já Nirje em 1972 defendia que um dos principais aspectos do princípio normalizador era proporcionar condições para que a pessoa com deficiência fosse tratada com respeito, levando em consideração as suas opiniões, escolhas e aspirações em qualquer decisão que a afectasse. (Wehmeyer and Metzler 1995) Vemos aqui uma tentativa de colocar a pessoa com deficiência como principal figura no seu processo de tomada de decisão e consequente projecto de vida. Apesar desta ideologia, a sociedade continua a assumir um papel paternalista negando muitas vezes à pessoa com deficiência o direito de assumir as suas responsabilidades e fazer escolhas. Esta atitude protectora em nada facilita a maturidade pessoal e social da pessoa com DM, contribuindo fortemente para impedir o processo de autodeterminação e inclusão social do indivíduo. Importa, pois reflectir sobre o que está subjacente a essa superprotecção por parte da comunidade, mas que se torna frequentemente inconsistente e contraditória. Diferentes pontos de vista poderão explicar esta situação: como o instinto de protecção pelos mais frágeis e desprotegidos ou uma necessidade intrínseca e ancestral de uns dominarem os outros impondo as suas crenças e valores. Quando nasce uma criança os pais protegem, cuidam e escolhem para ela o que entendem ser o melhor, apresentando-a à sociedade como sendo um ser perfeito. Conforme essa criança se desenvolve vai diminuindo a protecção para dar lugar a uma pessoa que toma decisões e assume responsabilidades. Se esta pessoa tem qualquer deficiência a protecção demora muito mais tempo a desaparecer ou nunca desaparece, o que o impede de ser visto como uma pessoa com competências para decidir a sua vida ou colaborar nos processos de tomada de decisões. (Carmignani 2005) Autores como Glat e Duque (2003) referem que o nível de desempenho social da pessoa com DM não depende dos aspectos orgânicos inerentes à condição, mas sim da forma como é tratada e vista pelas pessoas que a rodeiam e muito especialmente pela sua família, sendo estes os primeiros responsáveis pelo seu ingresso na vida social. Segundo Biosca e Maceda (2004) a autodeterminação é um indicador de qualidade de vida da pessoa com deficiência mental.

Embora não existam muitos estudos com enfoque na autodeterminação na vida diária de pessoas com deficiência, os que se conhecem (Houston, Bronicki, e Guess, 1987; Jaskulski, Metzler, e Zierman, 1990; Kishi, Teelucksingh, Zollers, Park-Lee, e Meyer, 1988; Murtaugh e Zettin, 1990), concluíram que tanto adolescentes como adultos com DM não vivenciam um número considerável de oportunidades em que lhes

seja possível expressar preferências, fazer escolhas e tomar decisões (Wehmeyer and Metzler 1995).

Apesar das novas concepções face à DM e da importância da autodeterminação para a realização pessoal dessas pessoas, a verdade é que a maioria da sociedade teima em ignorar a idade cronológica dos cidadãos com DM focando-se na sua suposta idade mental e usando essa bitola para as interações assim desenvolvidas. Parecerá óbvio que se uma pessoa é eternamente tratada como uma criança irá concerteza comportar-se como tal. (Glat 1999)

Podemos aplicar aqui o princípio da profecia auto realizadora (self fulfilling prophecy) em que a percepção que fazemos do desempenho da pessoa com DM, muitas vezes preconceituosa e irrealista tende a confirmar-se, uma vez que, de forma inconsciente utilizamos pistas verbais e não verbais que condicionam as nossas interações e atitudes. (Tauber 1997; Raphael and Carrara 2002) Estes comportamentos não estão de acordo com uma sociedade que se diz de plenos direitos. Urge mudar mentalidades e uma vez que se torna muito difícil alterar a visão da sociedade, para facilitar o processo de auto-responsabilidade das pessoas com DM, é necessário preparar essas pessoas para adquirir competências para se auto representar, dotando-as de capacidades para se libertarem do proteccionismo e muitas vezes algum abuso de poder por parte da sociedade.

Sendo a auto representação uma das características importantes no desenvolvimento da autodeterminação vemos que a promoção de um auto conceito positivo e realista nas pessoas com DM constitui um desafio para os profissionais que com elas trabalham sendo imprescindível abordar estas questões de uma forma integrada e holística nos programas de intervenção.

A auto responsabilidade da pessoa com DM, ligada à liberdade de escolha, implica necessariamente reflectir sobre os princípios do locus de causalidade e percebermos como é que se organizam as suas atribuições causais. Um indivíduo habituado a que os demais decidam por ele, ignorem os seus deveres e responsabilidades desculpando constantemente os seus erros, apoiado na crença de que a pessoa com DM “não é capaz e não é responsável” facilmente irá interiorizar uma causalidade externa para possíveis erros e fracassos, o que não permite uma responsabilização consciente da pessoa e consequentemente inviabiliza o exercício da cidadania. (Raphael and Carrara 2002) Nesta linha, a intervenção junto das pessoas com

DM implica criar condições que promovam a interiorização de uma causalidade assertiva e coerente com as situações vividas. Isto não implica responsabilizar a pessoa por tudo quanto de negativo lhe sucede, mas sim favorecer a gestão entre as atribuições internas e externas. (Weiner 1979)

Jovens com competências de autodeterminação têm maior possibilidades de obterem sucesso na transição para a vida adulta onde se inclui o emprego e vida social. (Wehmeyer and Agran 2000)

Pessoas com DM tendem a apresentar expectativas de sucesso mais baixas e expectativas de fracasso mais altas, baixo auto-conceito e uma percepção mais negativa das suas competências; atribuições causais desfavoráveis; menor motivação intrínseca e locus de controlo externo. (Pekelman and Lasca 2004) Estas características parecem ir-se adquirindo progressivamente e ao que tudo indica dependem, ao menos parcialmente, de factores como: o contexto e a forma como a socialização e inclusão se processam pelo que o meio e a estimulação proporcionada condicionam e permitem desenvolver estas competências.

A importância do auto conceito no desenvolvimento da autodeterminação

Marturano, Linhares e Loureiro (2004) definem o auto conceito como um leque de atribuições cognitivas que uma pessoa tem acerca de si própria, do seu comportamento em diferentes situações objectivas e das suas características pessoais.

O auto conceito não nasce com a pessoa, vai-se desenvolvendo ao longo da vida. A criança aprende com as suas experiências, nos seus contextos e com o feedback dado pelos adultos que a rodeiam, acerca das suas conquistas. Assim, a criança recolhe informação e vai construindo o conceito de si próprio em relação ao meio que a rodeia, assumindo os seus sucessos e percebendo as suas dificuldades. É esta percepção geral que a criança vai construindo acerca de si e a auto-avaliação que faz acerca das suas capacidades e habilidades para enfrentar os desafios de cada situação e actividades, que vai condicionar posteriormente a sua transição para a vida adulta. (Tauber 1997)

A pessoa percebe e mobiliza as suas capacidades e habilidades perante as situações com que se confronta, originando respostas positivas ou negativas e conseqüentemente, sentimentos de satisfação ou insatisfação para consigo. Faz uma avaliação interna e externa das situações, a qual pode ser positiva ou negativa. Se essa avaliação é positiva a pessoa aprende a valorizar-se e passa a acreditar cada vez mais

nas suas potencialidades, levando-a a arriscar cada vez mais. (Pekelman and Lasca 2004)

O papel da comunidade é de importância crucial, pois é a partir das suas atitudes que os seus membros desenvolvem um sentimento de autoconfiança e sentido de responsabilidade que condicionam o auto conceito. Este, reflecte portanto, o que um indivíduo sente acerca de si mesmo, sobre a sua própria pessoa, o que vai repercutir nas suas atitudes e acções. (Marturano, Linhares et al. 2004)

Zigler e Bennett-Gates (1999), realizaram um estudo para perceberem qual a influência do desenvolvimento cognitivo e das experiências de vida sobre a auto-imagem. Esta investigação foi realizada com dois grupos distintos, sendo um formado por pessoas com DM e outro com pessoas sem deficiência. Deste estudo, puderam perceber que pessoas com e sem DM podem ter o mesmo nível de desenvolvimento do auto conceito contudo, nas pessoas com DM, parece existir um desfasamento entre o sonhado e o real, ou seja, entre a auto-imagem real e o que o indivíduo pensa que é, ou gostaria que fosse. (Zigler and Bennett-Gates 1999)

O desenvolvimento do auto conceito e auto confiança, a aceitação da própria deficiência para se visualizar como pessoa, a aprendizagem da noção de direitos e a necessidade de interacção com a comunidade são alguns dos passos a que Ward (2000) se referiu como principais no processo de crescimento para alcançar a auto representação.

Transição para a vida autónoma e Vida Activa

Embora os conceitos de transição para a vida activa e vida autónoma possam ser considerados semelhantes por diferentes autores, na óptica deste projecto de intervenção assumem características distintas embora complementares. Por PTVA entende-se criar condições para desenvolver um conjunto de competências que permitam à pessoa com DM melhorar aspectos como a autonomia, a capacidade de escolha, a tomada de iniciativa, a responsabilidade e participação, entre tantos outros. Uma tarefa aparentemente simples como a escolha entre duas peças de roupa ou sobremesa que se pretende comer, assumindo as consequências dessas escolhas, adquire aqui um valor de grande importância e pode constituir um passo relevante na promoção da capacidade de autodeterminação. Nem todas as pessoas com DM desenvolvem competências para defender os seus direitos, impor as suas ideias e serem autodeterminados (na concepção

clássica do termo). Contudo, alcançar alguns degraus desse processo é já de si uma enorme vitória e pode melhorar consideravelmente a qualidade de vida da pessoa e a sua autonomia pessoal e social.

No PTVAc, para além de se promoverem as competências anteriormente descritas, procura-se que a pessoa com DM desenvolva níveis de independência pessoal e responsabilidade social, bem como conhecimentos técnicos, compatíveis com a sua integração no mundo profissional.

Naturalmente para a maioria dos cidadãos este é um processo que se desenrola ao longo do seu crescimento, com mais ou menos dificuldade e sucesso. No caso de pessoas com DM este processo precisa muitas vezes de maior atenção, sendo necessário criar um plano / programa de transição para uma vida mais autónoma pensado especificamente para cada indivíduo, tendo em conta as suas capacidades, necessidades, motivações, valores e meio envolvente. Só através de uma programação minuciosa será possível às pessoas com incapacidades poderem integrar-se da forma mais normalizada possível, no mercado de trabalho e na vida em sociedade (*Alonso and Jenaro 2002*).

Para que um plano desta natureza obtenha sucesso é necessário que os diferentes intervenientes interessados participem na sua construção. Desta forma o mesmo torna-se individualizado e elaborado com a participação activa da pessoa a quem se destina.

Ao longo do tempo tem sido difícil incentivar e permitir que a pessoa com DM participe activamente nas tomadas de decisão, na criação de planos e projectos que a família, a comunidade envolvente, comunidade educativa e sociedade em geral apresenta como solução. Esse envolvimento social e responsabilização pessoal é precursor da capacidade de autodeterminação, a qual, por sua vez, vai promover e facilitar o desenvolvimento de uma consciência mais participativa e proactiva na construção de cada projecto de vida. Tal como defendem MacDonnel e Herdman (2009), a auto-determinação possibilita aos indivíduos que possuem as habilidades e comportamentos necessários, serem participantes activos no seu processo de planeamento de transição. Contudo, a tendência tem sido a de impor medidas e não a de favorecer a participação no planeamento e implementação das mesmas, o que pode explicar o insucesso de muitos desses programas criados «de fora para dentro» e não como poderia ser «de dentro para fora».

Cidadania e Inclusão Social – Uma questão de atitude

“Impulsionar e consolidar o respeito pelos direitos humanos, promover a igualdade de oportunidades, combater a não discriminação e assegurar a plena participação social, económica e política de todos os cidadãos sem excepção, com especial atenção para as vulnerabilidades e obstáculos que a estes níveis se colocam às pessoas com deficiências ou incapacidade, são as grandes linhas orientadoras e o fio condutor da política do Governo.” (SNRIPD 2006)

Todo o cidadão tem o direito de ser membro de uma comunidade, partilhando direitos e deveres, normas e padrões, comuns a todos pois só assim se pode viver num estado democrático de pleno direito. É do equilíbrio entre os deveres e direitos que nasce a liberdade e respeito pelos outros. (Pacheco 2007)

O movimento da inclusão social começou nos anos 80, nos países mais desenvolvidos alastrando a outros países na década de 90, onde se defendia uma sociedade com igualdade de oportunidades para todos defendendo alguns princípios de inclusão para uma sociedade onde todos se incluem: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias, cidadania com qualidade de vida. (Sasaki 1999) Uma sociedade inclusiva é aquela que se adapta e se transforma para que as necessidades e diferenças de cada um sejam respeitadas e consideradas, permitindo a igualdade de oportunidades.

Segundo Martim (2007) numa sociedade que valoriza como aspecto positivo a imagem, o êxito e a eficácia, as pessoas com deficiência têm que encontrar o seu lugar ultrapassando barreiras de todo o tipo, principalmente as de ordem cultural que estão por detrás das de ordem material e física.

É principalmente a sociedade como um todo que deve evitar a exclusão; uma sociedade inclusiva é aquela que é capaz de contemplar toda a diversidade humana e encontrar meios para que qualquer um, privilegiado ou vulnerável, possa ter acesso a ela, preparar-se para assumir papéis e contribuir para o bem comum. (Sasaki 1999)

A literatura fala essencialmente de inclusão escolar e laboral, no entanto a integração social é muito mais lata, podendo ser inviabilizada independentemente das anteriores terem sido mais ou menos alcançadas. (Glat 2006) A maioria das crianças e

jovens com deficiência apesar de frequentarem as salas de aulas regulares continuam a ser segregadas socialmente nas suas comunidades e as suas relações pessoais são na maioria das vezes a sua família, profissionais e colegas também com deficiência. O que se passa actualmente poderá ser descrito como uma integração funcional, isto é, as crianças e jovens em idade escolar frequentam o mesmo espaço físico, fazendo assim uma integração física e uma inserção espacial, mas não fazendo verdadeiramente parte do grupo, não efectivando a verdadeira inclusão. Segundo Glat (2006) a integração implica, antes de qualquer outra coisa, as relações sociais estabelecidas e sedimentadas em outros grupos humanos. As relações sociais são assim uma componente essencial na vida em sociedade. Sem elas, qualquer cidadão pode deprimir, adoecer, isolar-se e desenvolver comportamentos de risco. Se o indivíduo estabelece boas relações nos diferentes níveis; familiar, profissional e social então tem melhores condições para viver em pleno a sua cidadania e conseqüentemente a sua inclusão social.

É muito importante para qualquer indivíduo estabelecer e manter relações a diferentes níveis, de amizade, familiares ou profissionais, uma vez que as relações sociais permitem à pessoa assegurar o bem-estar emocional, social e físico.

A inclusão social não é estática, varia conforme as necessidades, vontades e desejos de cada pessoa, podendo ocorrer em diferentes contextos, uma vez que está dependente das interações sociais e da variedade das características pessoais dos indivíduos intervenientes. A prática da inclusão social tem como base a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação. (Sasaki 1997)

Projecto do Centro de Reabilitação de Ponte de Lima

O projecto de intervenção do Centro de Reabilitação de Ponte de Lima (CRPL) rege-se por diferentes correntes de pensamento numa perspectiva integradora e inter-complementar. O modelo de intervenção centra-se no respeito pela pessoa e na promoção da valorização da sua capacidade de se auto dirigir sem ter a pretensão de acreditar que seria melhor orientado por outros. Nesta premissa, temos claramente o contributo da teoria humanista aliada ao modelo bioecológico que reforça a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento, valorizando características pessoais como convicções, valores, personalidade e motivações; contextos; papéis sociais e actividades diárias.

Nesta perspectiva o respeito pela identidade ocupacional de cada indivíduo, enquanto facilitador da decisão de querer ou não frequentar o espaço, aceitar as ofertas de ocupação, identificando-as com as suas preferências e expectativas assumem um papel muito importante. Como refere Bohoslavsky (1998) a identidade ocupacional está adquirida se o indivíduo escolhe como se ocupa, quando o quer fazer e em que contexto o vai fazer. Este conceito foi introduzido por Erikson (1976). Estes dois autores descrevem a ocupação como o resultado da interacção entre o querer ser e a identificação com os pares e o seu contexto. A capacidade de decidir o que fazer como e quando, permite a cada individuo promover a sua própria autonomia.

Nesta sequência, este projecto de intervenção prevê que cada um dos seus intervenientes ao assumir a sua identidade ocupacional, também possua competências para que, com responsabilidade assuma as consequências das suas escolhas. A causalidade pessoal ou causalidade volitiva tende a envolver as escolhas conscientes com determinado propósito; está presente nas acções diárias; gerem as relações do dia-a-dia, as acções e as escolhas de cada um. (Harman and Hormann 2001) .

Através da estimulação oferecida pelo meio envolvente poderá ser potenciado a autonomia, a produtividade, a motivação, inclusão social e satisfação pessoal. Nesta abordagem o sujeito perspectiva-se no centro de toda e qualquer intervenção, pelo que as suas capacidades, interesses, habilidades adaptativas, conhecimentos e experiências vivenciais constituem o fulcro do seu programa individual permitindo fazer o diagnóstico e planear a intervenção.

Ao centrarmo-nos no indivíduo, o *saber fazer* adquire particular importância, o que pressupõe um papel activo do nosso cliente em todo o seu projecto de vida.

O sujeito é encarado como um sistema aberto em constante interacção com o meio envolvente. A consciência desta bidireccionalidade está presente em toda esta proposta de trabalho, na medida em que não é apenas o meio (Centro, família, comunidade) que influencia o cliente, também ele com os seus conhecimentos, experiências vivenciais, atitudes, interesses e habilidades, influem na dinâmica do contexto que directa ou indirectamente o envolve (Bronfenbrenner 1996) . O modelo de Ocupação humana assume aqui um papel relevante na medida em que incorpora uma visão sistémica do ser humano em que o comportamento é dinâmico e dependente das interacções com o meio (Kielhofner 2002). Assim, as capacidades e motivações interagem dinamicamente com o ambiente e o comportamento emerge desta interacção

dinâmica. A ocupação é essencial para a auto-organização do indivíduo. Os seres humanos são sistemas vivos que requerem reorganizações constantes. Através da ocupação os indivíduos “exercitam” as suas capacidades e geram experiências que permitem uma adaptação e readaptação para novas possibilidades (Kielhofner 2002) .

Finalmente mas não menos importante temos o conceito de auto-representação, proposto pela AAMR em 1998, que impulsionou a realização deste trabalho e está diariamente presente na nossa ideologia interventiva e objectivo final.

A filosofia de base que rege a intervenção no CRPL; é que cada um é único e tem direito e oportunidade para construir o seu próprio projecto de vida, contribuindo activamente para a sua concretização.

Segundo Glat (1999) muito do que se é depende da qualidade e frequência de oportunidades, assim o projecto do CRPL visa desenvolver nas pessoas com DM todo um conjunto de pré requisitos que permitam melhorar a sua participação nas decisões pessoais ou de cariz social, promovendo a consciencialização dos seus direitos e deveres e conseqüentemente a sua reivindicação; tornando-os assim mais interventivos e activos na construção do seu projecto de vida.

O objectivo da intervenção não é o de criar um grupo que se auto represente na Assembleia da República ou noutros órgãos políticos, mas sim potenciar o posicionamento e a capacidade de decisão e escolha dos clientes em situações do seu dia-a-dia, o que, para o cliente e comunidade envolvente assume uma importância particularmente relevante.

A luta contra o preconceito de que o cidadão com DM não é capaz de estabelecer as suas prioridades e decidir sobre as suas necessidades só é passível de ser ganha vendo em cada conquista diária, em cada opção tomada, em cada resolução de problemas do quotidiano (por muito básicos que aparentemente possam parecer) uma prova da sua capacidade de auto determinação.

Descrição do projecto

Para a generalidade das pessoas sem comprometimentos intelectuais as etapas de transição para a idade adulta estão bem demarcadas, incluindo comportamentos como ser capaz de falar por si próprio, defender ideias e opiniões, posicionar-se quanto a situações e problemas sociais, reivindicar direitos, assumir deveres, correr riscos

percebendo as suas implicações, equacionar e resolver problemas, ser independente, assumir responsabilidades e consequências; comportamentos estes que segundo Wehmeyer e Metzler (1995), definem a capacidade de autodeterminação. Nas pessoas com DM não existem os mesmos padrões e ritmos de aprendizagem nem essas aquisições são feitas de forma espontânea havendo necessidade de desenvolver estratégias e actividades que promovam o desenvolvimento das competências.

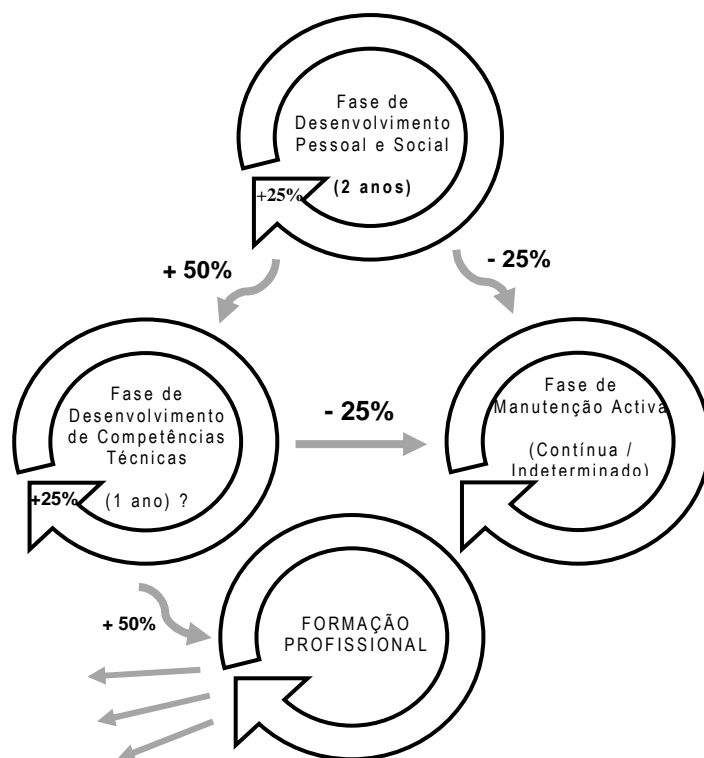
O programa de intervenção do CRPL e o PRAC surgiram como resposta a uma necessidade procurando colmatar a lacuna relativamente a uma ausência de programas de transição para a vida autónoma e transição para a vida activa que contemplassem as várias vertentes do desenvolvimento humano, sendo acessíveis a um vasto conjunto de profissionais oriundos de diversas áreas e com diferentes níveis de conhecimento. Nesse sentido, o PRAC constitui-se igualmente como um instrumento integrador de saberes e experiências. Procurou-se assim implementar uma dinâmica que permitisse uma melhor qualidade de resposta aos clientes desde a sua candidatura e admissão, permitindo assegurar o seu encaminhamento tendo em conta as necessidades individuais, motivações e interesses, quer seja para áreas de centro de actividades ocupacionais quer para uma possível formação profissional.

O percurso pelo Centro pressupõe uma abordagem dinâmica do desenvolvimento pessoal, tendo em conta as capacidades e competências individuais do cliente, de modo a ser integrado no programa de transição para a vida autónoma

Perspectiva-se em três fases: (conforme figura 1)

- Fase de desenvolvimento de competências pessoais e sociais;
- Fase de desenvolvimento de competências técnicas;
- Fase de manutenção activa ou formação profissional.

Figura 1- Percurso de cada um dos clientes no CRPL



O tempo de permanência em cada fase varia em função das características individuais, sendo que a fase de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais varia entre três meses e dois anos. Se ao fim desse tempo o cliente não reuniu condições para transitar para a fase de Desenvolvimento de Competências Técnicas, mas alcançou 25% das competências descritas, no PRAC, poderá reiniciar o ciclo (ou seja recomeçar a primeira fase).

Caso não tenha alcançado os 25%, e continuando no programa de transição para a vida autónoma, passará a integrar a fase de manutenção activa, que visa essencialmente a promoção de uma vida com qualidade, mediante um programa individualizado que aposte na estimulação das capacidades do cliente de forma a evitar ou diminuir a perda das mesmas.

A fase de Desenvolvimento de Competências Técnicas, tem duração mínima de um mês e máxima de 1 ano e pressupõe a experimentação de vários ateliers e salas de formação de forma a desenvolver competências diversificadas que permitam ir de encontro às preferências vocacionais e habilidades reais do cliente. No final, caso o

cliente não tenha reunido condições para iniciar um programa de transição para a vida activa na Formação Profissional, mas tenha alcançado 25% das competências previamente definidas, poderá repetir esta fase. Não se verificando as condições anteriores, o cliente integrará a fase de Manutenção Activa.

Respeitando o princípio de liberdade de escolha e o plano individual, o cliente tem a possibilidade de:

- Experimentar e frequentar diversas áreas de formação e ateliers de trabalho;
- Experimentar e frequentar outras actividades e ateliers que complementam a formação pessoal e social (ateliers de expressões e imagem, actividades desportivas e culturais, reuniões temáticas).
- Participar de forma activa na programação de todas as actividades do centro, nomeadamente na elaboração do plano de actividades.

Ao longo da intervenção o cliente é incentivado a posicionar-se quanto às actividades, a assumi-las como suas e comprometer-se na sua realização, dando-lhe voz para exprimir o seu agrado ou desagrado relativamente ao funcionamento do Centro num ambiente protector e aberto à partilha. Constitui-se assim o ponto de partida para a ideologia subjacente à intervenção que depois se implementa dia a dia em pormenores que fazem a diferença:

- A rotatividade pelos diversos ateliers permite aos clientes fazer uma escolha quanto às actividades que desejam frequentar e aprendendo a assumir as consequências das suas decisões;

- O respeito constante pela sua individualidade e características pessoais;

- O atelier de imagem em que aprendem a gostar de si próprios, melhorando os cuidados pessoais e consequentemente a sua auto estima e interacções sociais;

- A participação nas reuniões temáticas em que os temas abordados são propostos por cada um consoante os seus interesses, dúvidas e preocupações e onde desenvolvem a capacidade de defender o seu ponto de vista, de trabalhar em conjunto, de expor os seus sentimentos e expressar as suas necessidades num grupo, de desenvolver capacidades de liderança e comunicação.

- A participação em saraus, espectáculos e outras actividades artísticas que permitam a partilha e troca de experiências com a comunidade.

Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC

O Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC é o instrumento utilizado no Centro de Reabilitação de Ponte de Lima para registar e avaliar as competências desenvolvidas através da aplicação do programa de Transição para a Vida Activa (PTVAc) e Programa de Transição para a Vida Autónoma (PTVA) onde se inserem outros projectos de enriquecimento de competências pessoais. Trata-se de uma ferramenta de trabalho criada para registar um amplo conjunto de comportamentos e competências directa ou indirectamente observáveis em diferentes contextos e situações.

A criação do PRAC é o resultado de anos de pesquisa e aplicação. Iniciou-se em 2002, tendo sido posteriormente sujeito a várias revisões até chegar à actual versão 1.5. Autores como Alonso (1994) (2002), Ruiz (2001) e Schalock (1997) estiveram na base da construção do PRAC.

Ao PRAC está subjacente uma visão sistémica da pessoa enquanto sujeito de direitos e deveres. Os conceitos de auto determinação, transição para a vida autónoma e vida activa que constituem os pilares do programa de intervenção encontram eco neste instrumento e definem a filosofia de avaliação.

Estrutura do PRAC

O PRAC está estruturado, segundo três grandes áreas: Autonomia Pessoal; Autonomia Social e Autonomia de Realização das quais constam um conjunto de domínios definidos por vários indicadores específicos, que possibilitam a avaliação do mesmo mediante uma escala de apoios. A análise desses apoios por cada domínio permite assim, não só uma visão qualitativa da pessoa como também uma análise quantitativa das diferentes áreas. A partir desta análise torna-se possível traçar um plano de intervenção mais individualizado, percebendo as áreas fortes e fracas da pessoa. A intervenção passa assim não só por desenvolver os aspectos mais deficitários do sujeito, mas também por valorizar os seus aspectos positivos no sentido de aproveitar as áreas fortes para trabalhar as dificuldades e o motivar para o envolvimento em novos desafios. Espera-se ainda que este instrumento possibilite traçar o perfil de autonomia de cada cliente.

O PRAC integra ainda uma folha de rosto que identifica o cliente bem como uma explicação relativa aos qualificadores, definindo o tipo de apoio, o nível de esforço desenvolvido pelo sujeito e o conseqüente nível de independência do mesmo.

Para facilitar a utilização do instrumento e compreensão do que se pretende avaliar com cada indicador foi elaborado um guião de instruções de aplicação que acompanha o PRAC. Desta forma pretende-se uniformizar procedimentos e tornar a avaliação mais objectiva e consistente quando realizada por diferentes observadores e / ou em diferentes contextos.

A concepção do PRAC assenta na valorização da autonomia do sujeito tendo em conta a sua relação consigo próprio e promoção das suas competências de autocuidados, a sua relação com os demais inserido num contexto social e a sua relação com a ocupação e trabalho.

O significado da autonomia tem sido alargado desde a sua origem na antiga Grécia até à actualidade, tendo em conta as capacidades do individuo para satisfazer as suas necessidades desde as mais básicas até mais complexas, defender os seus direitos e privacidade, tomar decisões em pequenas e grandes opções, ser responsável pelos seus actos assumindo e construindo a sua personalidade. (L.Beauchamp and Childress 2001)

Os conceitos de capacidade e autonomia estão intimamente ligados, já que esta depende da primeira. O indivíduo é considerado autónomo para tomar uma determinada decisão se possui a capacidade de compreender o que lhe é transmitido, é capaz de julgar livremente segundo os seus valores e sabe comunicar as suas decisões. (Möller 2007)

Qualquer indivíduo pode ser considerado autónomo em todas as situações de vida, somente em determinados contextos, ou em determinadas situações podendo temporariamente perder essa capacidade. Daí a importância do PRAC que permite uma avaliação individualizada das diferentes áreas de vida do sujeito em diferentes momentos do seu percurso.

Segundo Beauchamp e Childress (2001) capacidade é a habilidade para executar determinada tarefa, do que se depreende que conforme as tarefas qualquer indivíduo pode ser mais ou menos autónomo. Willard e Spackmam (2002) definem autonomia

como o direito que qualquer indivíduo tem para tomar de forma livre todas as pequenas e grandes decisões que afectam a sua vida.

Autonomia Pessoal

A autonomia pessoal segundo Daunis (2000) é a capacidade e a possibilidade que cada indivíduo tem para construir a sua personalidade adequar a sua vida conforme a sua vontade, valores e regras.

A área de Autonomia Pessoal constante do PRAC engloba assim, um conjunto de competências necessárias para a independência da pessoa em termos de cuidados de higiene, cuidados com o vestuário e calçado, alimentação, cuidados com a saúde; deslocação, resolução de problemas, competências para a mobilidade, motricidade fina, competências sensório-perceptivas, percepção corporal e actividades domésticas.

O desenvolvimento destas competências é de capital importância para a promoção da pessoa na medida em que o ser capaz de cuidar de si próprio e das suas coisas, satisfazer as suas necessidades básicas, perceber o seu meio envolvente e movimentar-se em diferentes espaços e contextos, constitui um aspecto fundamental para a autonomia.

Autores como Verdugo e Jenaro (2002) definem Actividades de Vida Diária (AVD) como área de independência pessoal na qual se trabalham conteúdos tais como a higiene pessoal, limpeza e manutenção da casa, prevenção de acidentes, compra e conservação de alimentos, saber estar à mesa, preparar alimentos, utilizar utensílios de cozinha, e outros; com o objectivo de preparar a pessoa para viver de forma mais autónoma. Estes autores consideram que estes conteúdos devem necessariamente integrar os programas de formação profissional para pessoas com DM, a par das Actividades de Orientação para o Trabalho e das Habilidades Sociais que integram comportamentos de adaptação e de integração na comunidade. Contudo consideramos que estes aspectos são de particular relevância para toda e qualquer pessoa, uma vez que são fundamentais para o processo de inclusão e autonomia. Daí que, considerando a sua relevância para a promoção da autonomia pessoal e social optou-se por integrar muitos destes conteúdos nesta área.

As AVD's da mesma forma que as actividades lúdicas e educativas estão associadas ao processo evolutivo de qualquer indivíduo, servem de suporte ao

desenvolvimento de estruturas e funções corporais e psicológicas, assim como das relações sociais, emoções e vínculos afectivos, contribuindo fortemente para uma auto-imagem positiva. (Miralles and Ayuso 2006)

Relacionado com as diferentes acções do dia-a-dia que cada pessoa executa nas actividades de trabalho e lazer, surgem as competências de mobilidade, as competências de motricidade fina e as competências sensório-perceptivas. Para os indicadores do PRAC foram seleccionadas acções e competências como sendo parte de uma acção e/ou uma função e não movimentos puros. É o movimento em relação e em comunicação com o meio. (Storto 2005) Assim torna-se possível observar o corpo como uma unidade em acção observando as capacidades funcionais.

É ainda de referir que a escolha destes indicadores permite uma maior facilidade na avaliação e registo de actividades por parte dos observadores que nem sempre reúnem conhecimentos necessários para observar o movimento.

Autonomia Social

As competências sociais para autores como Verdugo (2002) têm a ver com as interacções sociais estabelecidas com os demais, nomeadamente com a capacidade de iniciar, manter e terminar relacionamentos; decodificar pistas verbais e não verbais; identificar sentimentos; proporcionar feedback positivo e negativo; auto controlar o seu comportamento; estar consciente da existência dos outros e da sua aceitação; criar e manter amizades; partilhar; controlar os impulsos; adequar a conduta às normas sendo capaz de as contornar em caso de necessidade para a resolução de problemas; adoptar um comportamento sóciosexual apropriado. (Alonso and Jenaro 2002)

Por sua vez autores como Sónia Almeida Araújo (2008) focam-se na promoção da cidadania enquanto uma aposta na responsabilidade individual que implica uma dinâmica de relacionamento interpessoal activa. Cultivar a experiência cívica é um dever básico de qualquer comunidade educativa. A educação para a cidadania deve possibilitar um caminho de aprendizagem na aceitação da diferença e respeito pelo outro, trabalhando-se a cooperação, a convivência com os pares e hierarquias, o diálogo e o envolvimento e participação na vida comunitária, desta forma a pessoa fica mais capacitada para reconhecer e fazer valer os seus direitos respeitando os direitos dos demais. (Araújo 2008)

O respeito por si e pelos outros, implica desenvolver diferentes capacidades, entre as quais: distinguir diferentes relacionamentos e reagir em conformidade, ter comportamentos adequados quer numa relação dual, quer no seio do grupo, aprender a identificar situações de conflito e saber lidar com elas, promover comportamentos de liderança, conhecer o seu papel no seio do grupo, saber usar tom de voz adequado, conhecer e respeitar as regras estipuladas, são algumas das competências que Verdugo (2002) considera ser importante constar nos programas de transição para a vida autónoma / activa das pessoas com deficiência mental. (Alonso and Jenaro 2002) Nesta linha impõe-se igualmente a promoção e avaliação das capacidades de assertividade que Rona e Strauss (1997) definem como ser capaz de identificar e transmitir de forma verbal e não verbal pensamentos e sentimentos, quer positivos quer negativos sem manifestar reacções exageradas de ansiedade ou culpa e sem violar a dignidade dos outros; assumir responsabilidades da sua própria vida e ser capaz de fazer escolhas.

Desta forma não podemos deixar de focar a importância da comunicação, a qual enquanto processo relacional assume um papel fundamental no desenvolvimento de interacções sociais positivas e consistentes (Watzlawick, Beavin et al. 2007). Nas pessoas com DM e segundo Verdugo (2002) a comunicação encontra-se muitas vezes comprometida condicionando assim o relacionamento interpessoal e inclusão social daí a necessidade de se avaliar e desenvolver os processos e funções comunicativas das mesmas. Do mesmo modo a capacidade de “falar por si próprio”, de ser capaz de expressar as suas ideias, vontades, sonhos e sentimentos constitui outro degrau importante no processo de autodeterminação de toda e qualquer pessoa, independentemente do seu nível de desenvolvimento. (Alonso and Jenaro 2002) Como refere Watzlawick, et al (2007) tudo o que se faz ou não faz, o que se diz ou não diz traz sempre uma mensagem, comunicando algo aos outros que por sua vez respondem a esta comunicação garantindo que é impossível não comunicar. Na intervenção do CRPL, parte-se deste princípio de que toda a pessoa tem algo a transmitir aos demais, independentemente da forma como o faz, da qualidade do seu discurso, de utilizar ou não uma comunicação verbal, todas as pessoas são incentivadas no sentido de se expressarem sendo proporcionado a cada um a oportunidade e o apoio necessário para o fazer uma vez que a comunicação possibilita manifestar desejos, necessidades e preferências estabelecendo contacto com os outros. (Biosca and Maceda 2004)

Este enfoque na componente relacional do sujeito não pode deixar de abordar o desenvolvimento psicosssexual do mesmo, nomeadamente porque as pessoas com D.M possuem conhecimentos precários a respeito da sua sexualidade, experiências limitadas, menor qualidade de vivências relacionais e envolvimento em contextos pouco diversificados (Loureiro 1997) daí a importância de se trabalhar a educação da sexualidade para promover um relacionamento harmonioso consigo próprio e com os outros.

Paralelamente ao desenvolvimento e avaliação deste tipo de capacidades surgem outras como possuir e transmitir informação acerca da sua identificação pessoal, conhecer e manusear os seus próprios documentos, identificar os serviços da comunidade, associá-los ao serviço prestado e ser capaz de recorrer a eles quando necessário são passos muito importantes no desenvolvimento da autonomia social da pessoa com deficiência mental e contribuem para todo o processo de autodeterminação do sujeito. (Alonso and Jenaro 2002) Do mesmo modo aspectos como a prevenção rodoviária, conhecer possibilidades de transporte na sua área de residência, identificar símbolos representativos do país como a bandeira e/ou o hino nacional, conhecer a moeda, identificar os representantes do poder local e nacional e promover a consciência política, são igualmente competências que Verdugo (2002) considera parte integrante de um programa de competências sociais.

Estas e outras competências são contempladas na área da autonomia social constante do PRAC a qual aborda a relação do sujeito com os demais e a sua participação na vida em sociedade, integrando os seguintes domínios: modo de comunicação, funções comunicativas, eficácia da comunicação e discurso coloquial, a assertividade, relacionamento interpessoal, gestão económica, utilização dos recursos da comunidade, cidadania – identificação pessoal, cidadania – utilização dos serviços da comunidade, cidadania – organização política e económica, cidadania – ambiente e saúde e educação da afectividade e sexualidade.

Autonomia de Realização

Da autonomia de realização constam competências como a persistência/empenhamento, responsabilidade, tomada de iniciativa, atenção e concentração, cuidado com os espaços utilizados, deslocação, gestão do tempo, leitura e descodificação de símbolos, tarefas escritas, matemática para a vida, empregabilidade e tecnologias da informação e comunicação. Para além destes integra ainda os domínios técnicos específicos, os quais não foram contemplados neste estudo.

Esta é uma área de desenvolvimento de competências, hábitos e atitudes necessárias para a participação activa num dado trabalho / ocupação, isto implica o dotar de competências técnicas necessárias para o desempenho de uma função, bem como a aprendizagem de habilidades sociais e atitudinais adequadas ao contexto onde se realiza o trabalho e/ou ocupação. (Souza 2008) Segundo Morris (1991) a principal meta é fazer com que a sociedade aceite a pessoa com deficiência de forma igual, com os mesmos direitos e deveres e não como receptor da boa vontade dos outros.

As pessoas com DM apresentam regra geral comprometimentos significativos ao nível das aptidões escolares e profissionais, contudo o desenvolvimento de uma aprendizagem académica funcional e de competências de trabalho adequadas às exigências do dia-a-dia torna-se importante para a socialização da pessoa. Este processo implica contudo ter em consideração as experiências de vida do indivíduo e uma perspectiva realista das suas competências, com vista ao desenvolvimento da capacidade de auto afirmação, maior auto-estima, realização pessoal e outras competências, que melhor o adequam para as interacções com o seu meio envolvente. (Giordano 2000)

O ser capaz de descodificar e respeitar sinais e símbolos do quotidiano, criar e utilizar uma assinatura, reconhecê-la numa folha de ponto, conhecer o valor do dinheiro, ver as horas, medir ou pesar (com medidas alternativas) são exemplo de algumas competências que podem melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas com DM e facilitar a sua inclusão social. (Alonso and Jenaro 2002)

Pretende-se que as habilidades trabalhadas possam ter na vida do indivíduo o significado de poder agir adequadamente, o que tem uma forte implicação na dignidade da pessoa na medida em que lhe permite fazer algo na sua comunidade, para si e por si mesmo ou para os outros e pelos que consigo convivem. (Aguar 2004)

Desta forma, promover responsabilidade implica liberdade e iniciativa pessoal e é uma qualidade das pessoas que actuam livremente, assumindo as consequências dos seus actos e percebendo qual o impacto que isso tem nos outros e no contexto. (Escamez, Sánchez et al. 2001).

Objectivo da Investigação

O objectivo deste estudo passa por realizar uma análise do PRAC procurando verificar se este instrumento permite de facto avaliar os conceitos teóricos previamente traçados.

Questões de investigação

Os conteúdos avaliados no PRAC são representativos da capacidade de autodeterminação?

As medições efectuadas com o PRAC serão estáveis quando realizadas por dois ou mais observadores?

O PRAC Consegue discriminar indivíduos com maior ou menor grau de autonomia / independência?

Os itens constituintes das áreas do PRAC quando sujeitos a análise factorial, evidenciam os constructos teóricos previamente traçados?

CAPÍTULO II
ESTUDO EMPÍRICO

Neste estudo será utilizada metodologia qualitativa para testar a validade de conteúdo do instrumento e metodologia quantitativa para avaliação das propriedades psicométricas. Deste modo, e uma vez que agrega num mesmo estudo dois tipos de metodologias distintas, poderá ser classificado como um estudo misto concorrente (Creswel 2002), uma vez que ambas as fases poderão ser realizadas simultaneamente e apenas no final serão relacionados os dados de ambas de forma a tirar conclusões sobre a fidelidade e validade do instrumento.

Amostra

A amostra deste estudo foi obtida por um método não probabilístico, por conveniência e é constituída por três grupos diferentes conforme a fase do processo.

O grupo 1 é constituído por 38 pessoas com deficiência mental de grau ligeiro, moderado e grave associada ou não a outro tipo de deficiência (neuromotora e sensorial) que frequentam a APPACDM de Ponte de Lima e têm idades compreendidas entre os 16 e 40 anos, (Tabela 1). Como critério de inclusão para este grupo, definiu-se que seriam pessoas que estão ou tenham estado a usufruir do programa que integra o instrumento que se pretende estudar.

Deste grupo 22 (57,9 %) são do sexo masculino e 16 (42,1%) do sexo feminino. A média de idades é de 25,03 com um desvio padrão de 7,06, sendo 24,73 a média de idade no sexo masculino e 25,44 no sexo feminino. O tempo de permanência no programa é, em média, de 5,2 anos e desvio padrão de 3,97 (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição do grupo 1 da amostra em função do sexo, nível de escolaridade e do diagnóstico

Sexo	Escolaridade						Diagnostico							
	S/ escolaridade		1º Ciclo		2º Ciclo		DML		DMM		DMG		DMP	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Masculino	9	56,2 5	0	00	13	61,9	3	13,6	5	22,7	10	45,5		
	(22) 57,9						* 1	4,5	*1	4,5	* 2	9,1		
Feminino	7	43,7 5	1	10 0	8	38,1	3	18,8	3	18,8	5	31,3		
	(16) 42,1						* 2	12,6	* 2	12,6			* 1	6,3
Total	16		1		21		9		11		17		1	

*Com associação de alterações neuromotoras e sensoriais

Tabela 2 - Distribuição do grupo 1 da amostra em função do tempo de permanência no centro e no programa

	Tempo de permanência no centro (anos)								
	1	2	3	4	5	7	9	11	
Tempo de permanência no programa (anos)									
1	7 100%								
2		8 100%							
3			1 100%						
4				7 31,80%	1 4,50%	2 9,10%	2 9,10%	10 45,50%	
Total	18,4	21,10%	2,60%	18,40%	2,60%	5,30%	5,30%	26,30%	38 100%

O grupo 2 é composto por um conjunto de profissionais a trabalhar na área da deficiência com um tempo de experiência que varia entre os seis meses e os vinte e três anos. Deste grupo fazem parte: três monitores de formação profissional; três ajudantes de estabelecimento (com funções de coordenadores de grupo); um professor de educação física; um psicólogo; um terapeuta ocupacional e um terapeuta da fala, num total de 10 pessoas.

O grupo 3 é constituído por doze profissionais de diferentes áreas, (Tabela 3) com tempo de serviço entre os seis meses e os vinte e sete anos. Este grupo foi responsável pela avaliação do conteúdo do PRAC, tendo para tal, aplicado o instrumento em diferentes locais de trabalho e em grupos populacionais distintos. Deste grupo constaram:

- ✓ Um professor de educação especial que aplicou o PRAC no contexto de escola (EB, 2,3) com alunos do ensino especial
- ✓ Dois terapeutas da fala que aplicaram o instrumento em contexto de clínica de prestação de serviços com uma criança de 8 anos e em centro educacional com pessoas com multideficiência com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos respectivamente.

- ✓ Dois terapeutas ocupacionais que aplicaram o PRAC em contexto de Centro de Actividades Ocupacionais com pessoas com deficiência mental profunda e na área de saúde mental adultos respectivamente.
- ✓ Dois ajudantes de estabelecimento (com funções de responsável de grupo) que utilizaram o PRAC em contexto de Centro de Actividades Ocupacionais com jovens e adultos com deficiência mental.
- ✓ Um Fisioterapeuta que fez a aplicação do PRAC em pessoas com multideficiência com idades entre os 6 e 18 anos em contexto de centro educacional e em contexto de Centro de Actividades Ocupacionais com idades a partir dos 16 anos.
- ✓ Um monitor de formação profissional que utilizou o PRAC em contexto de Centro formação profissional com jovens com deficiência mental.
- ✓ Um coreógrafo que aplicou o PRAC em contexto de escola de dança contemporânea inclusiva, em bailarinos com deficiência de diferentes faixas etárias.
- ✓ Um professor de educação física que fez aplicação do PRAC em pessoas com multideficiência com idades a partir dos 16 anos, em contexto de Centro de Actividades Ocupacionais.
- ✓ Um psicólogo que utilizou o PRAC em contexto de escola (EB, 1 e EB, 2,3) com alunos do ensino regular.

Tabela 3 - Caracterização do grupo 3 da amostra

Profissão	Anos de serviço	Área de intervenção	Contexto	Faixa etária com a qual trabalha
Terapeuta da fala	8	Atraso de desenvolvimento	Gabinete particular	3 - 6 anos
Terapeuta da fala	10	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	6 aos 18 anos
Terapeuta Ocupacional	10	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	Mais de 15 anos
Ajudante de estabelecimento	9	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	Mais de 15 anos
Monitora	10	Multideficiência	F. Profissional	Mais de 15 anos
Fisioterapeuta	4	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	Mais de 9 anos
Auxiliar de ocupação	19	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	Mais de 15 anos
Professor de educação física	6 Meses	Multideficiência	Ensino especial - IPSS	Mais de 15 anos
Coreografo	16	Dança Contemporânea	Escola de dança	Todas as idades
Professor de educação especial	10	Alunos com Currículos específicos	EB 2,3	9 aos 15 anos
Psicóloga	10	Psicóloga escolar e da Educação	EB 2,3 e EB 1	9-15 anos
Terapeuta Ocupacional	27	Saúde Mental Adultos	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Mais de 18 anos

Os diferentes grupos que constituem a amostra não pretendem ser representativos da população portuguesa, nem das pessoas com deficiência mental, ou de categorias profissionais, mas sim proporcionar um número necessário de indivíduos que permita dar contributo à validação do instrumento PRAC. O grupo 1 da nossa amostra, apesar de ser o mais numeroso, continua a ser muito pequeno para poder pensar na completa validação do PRAC. Com efeito, segundo Bryman e Cramer (2003) para a validação de um instrumento é necessário que o número de sujeitos da amostra seja suficientemente grande para que dê robustez aos resultados pelo que, neste estudo, se pretende apenas dar um contributo para a validação.

Os grupos 2 e 3 seguiram os princípios de uma amostragem não probabilística, do tipo intencional, uma vez que se procurou ter um leque de pessoas que permitisse abranger grande parte dos profissionais que trabalham na área da deficiência.

Instrumentos utilizados no estudo

Protocolo de Registo e Avaliação de Competências

O PRAC é um instrumento que se destina prioritariamente à avaliação e registo de competências de pessoas com deficiência mental, é constituído por três grandes áreas, fazendo parte delas, um conjunto de domínios, conforme (Tabela 4), sendo cada um deles constituído por um determinado número de indicadores. Apesar de a (Tabela 4), não contemplar os domínios técnicos por não serem abordados neste contributo para a validação do PRAC, não podemos esquecer que estes integram igualmente a área de autonomia de realização. Fazem ainda parte do PRAC uma página de rosto que identifica o cliente e um quadro de qualificadores (Tabela 5) com um sistema próprio de cotação, referido mais à frente bem como um manual de instruções que clarifica cada um dos indicadores.

Tabela 4 - *Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC*

Autonomia Pessoal		Autonomia de Realização		Autonomia Social	
Domínios		Domínios		Domínios	
Higiene Pessoal	HP	Persistência/empenham	PP	Modo de comunicação	MC
Cuidados com o vestuário/calçado	CV	Responsabilidade	RES	Funções comunicativas	FC
Alimentação	AL	Tomada de iniciativa	TI	Eficácia de comunicação	EC
Cuidados com a própria saúde	CS	Concentração / atenção	CA	Discurso coloquial	DC
Deslocação	D	Cuidado com os espaços	CE	Assertividade	ASS
Resolução de problemas	RP	Gestão tempo	GT	Relacionamento interpessoal	RI
Competências para a mobilidade	CM	Leitura e descodificação de símbolos	LDS	Gestão económica	GE
Motricidade Fina	MF	Tarefas escritas	TE	Utilização dos recursos da comunidade	URC
Competências sensoriais	CSE	Matemática para a vida	MV	Cidadania -identificação pessoal	CIP
Conhecimento do corpo	CC	Empregabilidade	EMP	Cidadania - utilização dos serviços da comunidade	CUSC

Tabela 4 - *Protocolo de Registo e Avaliação de Competências – PRAC* (Continuação)

Autonomia Pessoal		Autonomia Social		Autonomia de Realização	
Domínios		Domínios		Domínios	
Consciência corporal	COC	Tecnologias informação comunicação	TIC	Cidadania – Organização política e económica	COPE
Limpeza e manutenção da roupa	LMR			Cidadania – Ambiente e saúde	CAS
Limpeza e manutenção calçado	LAC			Genitalidade	GEN
Limpeza e manutenção da casa	LMC			Saúde reprodutiva	SR
Por e levantar a mesa	PLM				
Preparação/confecção refeições	PCR				

O PRAC vai de encontro às novas orientações da American Association of Mental Retardation (AAMR) (Schalock, Buntinx et al. 2007) que especifica que se devem valorizar padrões e intensidade de apoios em detrimento dos níveis de gravidade da deficiência em causa.

Sendo um instrumento de aplicação individual, está formulado numa linguagem simples e acessível a um amplo conjunto de intervenientes o que permite que qualquer profissional possa proceder ao registo.

A informação por ele recolhida provém de diferentes fontes, em diferentes cenários e contextos, o que lhe confere maior fiabilidade e permite uma visão holística do cliente.

Os indicadores estão formulados no sentido de registar as competências e realizações do cliente proporcionando assim uma visão positiva do mesmo.

Permite avaliar a quantidade de apoio necessário para que a pessoa alcance determinada competência.

Possibilita uma visão da evolução do cliente em cada área uma vez que à medida que diminui a quantidade de apoio necessário aumenta a autonomia da pessoa.

O PRAC possibilita ainda a observação do indivíduo, do contexto e do tipo de ocupação, permitindo orientar a intervenção em função da mesma.

Nesse sentido, constitui-se igualmente como um instrumento integrador de saberes e experiências.

A escala de avaliação de 5 pontos, tipo Likert, classifica o apoio que necessário dar para e licitar da parte do cliente a ocorrência de um determinado comportamento, variando entre o sem apoio (0) e o apoio constante (4), tal como exemplificado (Tabela 5).

Tabela 5 - Escala de qualificação do PRAC

DEFINIÇÃO	APOIO	SCORE	ESFORÇO DESENVOLVIDO PELO SUJEITO	GRAU DE INDEPENDÊNCIA
Ajuda total e permanente, sem a qual o comportamento não ocorre.	CONSTANTE	4	<25%	0% a <5%
Ajuda física e verbal com a frequência necessária para que o comportamento ocorra.	FREQUENTE	3	≥25% a <50%	≥5% a <25%
Ajuda verbal ou física, de forma a facilitar a continuidade do comportamento.	MODERADO	2	≥ 50% a <75%	≥25% a <50%
Supervisão, sugestão, toque, mímica facial / corporal para assegurar a continuidade do comportamento.	LIGEIRO	1	≥ 75% a <100%	≥50% a <95%
Comportamento ocorre e mantém-se sem qualquer apoio externo.	SEM APOIO	0	=100%	≥95% a 100%

Permite ainda verificar o grau de esforço desenvolvido pelo sujeito e o grau de independência alcançado, sendo que estes variam na razão inversa do número de apoios necessários para que o cliente execute a tarefa. Assim, se o cliente necessita de um apoio constante (4) para realizar um determinado indicador, significa que o esforço desenvolvido por ele é menor de 25 %. Então, diz-se que possui um grau de independência de 0 a 5 %. Se o cliente, para desenvolver determinada competência, não necessita de qualquer apoio, significa que o seu score é zero e o esforço desenvolvido por si é de 100% com um grau de independência entre 95 e 100% (Tabela 5).

O PRAC não tem a pretensão de ser uma escala de avaliação mas sim uma ferramenta de trabalho a ser utilizada no dia-a-dia da intervenção junto das pessoas com DM. Apesar disso verificou-se a necessidade de organizar um sistema de cotação que permitisse ter a ideia da quantidade de apoio necessário para cada pessoa nos diferentes domínios avaliados, de forma a estruturar a intervenção e, posteriormente, permitir a

verificação da evolução ocorrida. Para isso, foi criada uma folha de cotação individual que acompanha a grelha de registo e ficha de desempenho, possibilitando uma visão clara do nível de autonomia de cada sujeito, quer no geral quer nos domínios particulares. Dessa folha de cotação fazem parte os itens: domínios de cada área; total de indicadores, score máximo de cada domínio, total de cada indivíduo e a percentagem de apoios.

Para este estudo seleccionaram-se vários domínios distribuídos pelas três áreas, sendo que cada domínio integra um conjunto variável de indicadores.

O score é obtido pelo somatório do número de indicadores de cada domínio multiplicado pelo valor máximo de apoio possível (4 - que corresponde ao apoio constante) variando entre um mínimo de zero (que corresponde à ausência de apoio e autonomia total) e um máximo que é variável em função do número de indicadores (correspondente à necessidade de apoio e ausência de autonomia).

Cada cliente após admissão no centro passa por um processo de avaliação inicial, mediante recolha de informação junto da família (anamnese) e /ou outras instituições com competência em matéria de infância e juventude (Escola, CPCJ, Saúde,..), questionários, observação directa, testes formais de avaliação e aplicação do PRAC.

A primeira aplicação do PRAC realiza-se no final do primeiro trimestre após a admissão do cliente. Após esta avaliação e de acordo com os dados recolhidos é traçado um plano individual de intervenção. Este período de tempo permite à pessoa adaptar-se ao novo contexto onde está inserida e possibilita aos profissionais que com ela trabalham desenvolver um conhecimento inicial da sua personalidade e competências.

Os seguintes registos de observação / avaliação são realizados sempre que se verifique alteração do comportamento e formalmente discutidos semestralmente pela equipa, cliente e família.

Questionário de autonomia

Foi desenvolvido um questionário com uma escala de resposta tipo Likert, no qual se pediu aos diversos profissionais do Centro de Reabilitação de Ponte de Lima que tendo em consideração o seu conhecimento e percepção pessoal dos clientes, (resultante do trabalho com eles desenvolvido) os posicionassem relativamente ao nível de autonomia, formando três grupos de acordo com as seguintes indicações:

A - Os dez clientes que apresentam maior autonomia (1);

B – Clientes que se posicionam em situação intermédia (2);

C – Os dez clientes que apresentam menor autonomia (maior grau de dependência (3)).

Questionário de opinião

Para verificar a concordância com o conteúdo dos itens que fazem parte do PRAC, foi desenvolvido um questionário que foi posteriormente a um grupo de profissionais que se consideram para este estudo como sendo o conjunto de juízes.

Para o inquérito foram seleccionadas as seguintes questões:

1. Os indicadores constantes deste domínio são claros e objectivos?
2. Os indicadores seleccionados são úteis para avaliar o domínio em causa?
3. Os indicadores são passíveis de ser observados?
4. Retiraria algum (s) indicador (s)? Qual (s)?
5. Acrescentaria algum (s) indicador (s)? Qual (s)?
6. O instrumento pode ser utilizado em diferentes contextos?
7. Os conteúdos avaliados pelo PRAC são representativos da capacidade de autodeterminação?

A opinião dos juízes relativamente ao instrumento foi registada numa escala numérica de **0** a **3**, em que o **0** corresponde ao *discordo totalmente*, **1** ao *discordo em parte*, **2** *concordo em parte* e **3** *concordo totalmente*.

Procedimentos

Os procedimentos levados a cabo para a realização deste estudo englobam o consentimento informado dos clientes do CRPL e respectivas famílias acerca do objectivo deste estudo assegurando os princípios éticos enunciados na convenção de Genebra, (1955/2004) nomeadamente a garantia da confidencialidade dos dados e da não-maleficência.

De seguida, foram contactados os profissionais que constituem os dois outros grupos da nossa amostra e obtida a sua concordância em participar. O grupo 2 da amostra é um grupo de profissionais que diariamente trabalham com as pessoas que constituem o grupo 1 da amostra. O grupo 3 que constitui o painel de peritos foi convidado a participar, tendo em conta o tempo de serviço e experiência profissional, área e contexto de intervenção

Os dados referentes aos constituintes da amostra significativos para este estudo, foram introduzidos numa base de dados, utilizando o software informático SPSS inc versão 17.0 (IBM 2008) sendo posteriormente feita a sua análise, de forma a proceder à avaliação psicométrica do PRAC.

Quando se procede à validação de um instrumento existem determinados passos metodológicos necessários, conforme definição de Almeida e Freire (2000). Assim, procedeu-se a uma avaliação da validade, fidelidade e sensibilidade dos itens que compõem o PRAC.

A *Sensibilidade* de uma prova é dada pelos resultados obtidos que tornam possível diferenciar os indivíduos entre si e nos diferentes níveis de realização. Se essas características apresentam uma distribuição normal, ou próximas da curva *gaussiana*, então a sensibilidade revela adequação dos resultados. (Almeida and Freire 2000) Neste trabalho optou-se por verificar a sensibilidade através da observação dos valores mínimo e máximo, percebendo assim se as respostas percorriam a escala inteira de valores e ainda através da verificação da normalidade da distribuição, com recurso ao teste estatístico Kolmogorov-Smirnov.

A *Validade* é traduzida pela resposta correcta de um procedimento que, quando associado à fidelidade, torna a investigação objectiva. (Freixo 2009) Existem diferentes tipos de validade descritos na literatura, sendo os conceitos mais básicos; a *validade*

externa que se refere à possibilidade de generalização dos conceitos e a *validade interna* ou somente *validade* quando o instrumento mede realmente o que propõe medir. (Namakfoosh 2005) Quando se fala em estudar as propriedades psicométricas de um instrumento, referimo-nos à validade de critério, de constructo e de conteúdo (ERGHO, 2002).

A *validade de critério* reflecte o êxito das medidas usadas para um qualquer propósito estimativo, ou seja deve ser possível predizer os comportamentos futuros. (Heinemann 2003) Considera-se que o instrumento é válido quando existe alguma relação entre os resultados produzidos pelo mesmo e um qualquer critério ou variável (Namakfoosh 2005). Os escores obtidos numa medição podem ser correlacionados com um critério externo, podendo ser uma validade concorrente se é utilizado um outro instrumento ao mesmo tempo, ou validade preditiva se utilizado o mesmo posteriormente (Raimundo 2009). No nosso estudo, recorreu-se à validade de critério *concorrente* sendo a medida de critério um questionário criado para o efeito, utilizando a percepção pessoal dos profissionais do CRPL acerca do grau de autonomia de cada um dos clientes, conforme é acima referido na descrição do instrumento.

A comparação entre os resultados obtidos com a avaliação do PRAC e o somatório das pontuações que constituíram a percepção pessoal de cada colaborador relativamente ao grau de autonomia dos indivíduos foi feita através do índice de correlação de Pearson, após se ter comprovado a normalidade das distribuições das variáveis.

A *validade de conteúdo* permite perceber se cada indicador é o adequado para avaliar o domínio a que pertence, trata-se de uma validade teórica baseada nos constructos teóricos que suportaram a escolha dos itens, não sendo determinado estatisticamente, mas através do julgamento de um painel de peritos (Namakfoosh 2005; Raimundo 2009).

Para a validação do PRAC, o painel de peritos é constituído por diferentes profissionais que, através da literatura consultada e da experiência profissional, constituem elementos credíveis para a análise da decisão de que itens incluir no protocolo e que corresponde ao grupo 2 da nossa amostra. A estes peritos foi pedido que, através de um questionário concebido para o efeito, respondessem acerca da pertinência, exequibilidade de aplicação e contributo para a avaliação da autonomia dos diversos indicadores do

PRAC. As respostas foram dadas numa escala tipo Likert de quatro pontos, conforme descrito, de forma a aferir o grau de concordância dos peritos.

A *validade de constructo* é conseguida através de técnicas que procuram perceber se uma determinada medida empírica reflecte adequadamente o significado real do conceito em causa (Streiner and Norman 1995). São normalmente descritas três tipos de validade de constructo: concorrente, discriminante e factorial.

Neste trabalho optou-se pela validade discriminante e factorial. Esta última faz recurso a uma técnica de análise multivariada (análise factorial) que permite obter um grupo menor de variáveis correlacionadas (factores) que possam ser comparados com os conteúdos originais e estabelecer uma relação entre eles. Quando a análise factorial é bem sucedida permite trabalhar com um número de variáveis mais reduzido sem perder grandes informações. (Artes 1998)

Para a análise da validade discriminante, a amostra foi dividida em dois grupos conforme a sua evolução no programa de intervenção, sendo um grupo constituído pelos clientes que se mantiveram na mesma fase de intervenção e o outro formado por aqueles que mudaram para a fase seguinte. A comparação dos dois foi efectuada, com recurso ao teste estatístico T-Student para amostras independentes, tentando perceber se indivíduos com diferentes características são discriminados entre si. A normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias foram verificadas através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene, respectivamente.

O grau de validade de um instrumento é determinado pelo rigor sendo que a complexidade dessa validação varia conforme a finalidade do teste, a interpretação dada aos scores e qual será o seu uso (Raimundo 2009). Quando se trata de áreas de educação em que está em causa a avaliação de pessoas, como é o caso do PRAC, então é necessário que para além do rigor, também seja fiável.

A *fiabilidade* é dada através da consistência interna e da estabilidade do instrumento. Uma medição é fiável se os resultados são consistentes. Quando se realizam várias medições e observações com o mesmo instrumento podem existir divergências entre elas (Namakfoosh 2005). A fiabilidade de um teste indica até que ponto as diferenças dos scores obtidos, não são resultado de erros causais, mas sim variação na característica que está a ser avaliada. (Raimundo 2009)

A *estabilidade* do instrumento é inferida através dos resultados, com recurso a um índice de correlação de dois observadores distintos (método de inter observador) (Cooper and Schindler 2001). Verificar a estabilidade do PRAC vai permitir perceber se há precisão dos scores obtidos, quando se repete a avaliação do mesmo indivíduo, por profissionais diferentes. Por ser uma avaliação por observação pode aumentar o número de erros variáveis (Namakfoosh 2005)

No caso do PRAC foram realizadas duas observações para cada elemento da amostra: A primeira observação e registo, foi realizada pelo responsável de grupo com maior conhecimento e experiência de trabalho com o avaliado; a segunda observação foi realizada pela equipa de trabalho do centro de reabilitação de Ponte de Lima a qual se constitui como segundo grupo da amostra. Para verificação da correlação dos resultados utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, após garantir a normalidade da distribuição das variáveis.

A consistência interna foi avaliada com recurso ao teste estatístico α - de cronbach. Com frequência este é referido como um índice aconselhável para a análise da fiabilidade de uma escala, dado poder fornecer estimativas fiáveis. Quanto maior for a correlação entre os itens, maior é a homogeneidade e por sua vez maior é a consistência interna. Quanto menor é a variabilidade de um item menor é o erro que este tem associado. O índice do α - de cronbach varia entre 0 e 1, quanto mais se aproximar do 1 mais consistente é portanto poderá dizer-se que mais fiável é o instrumento (Maroco and Garcia-Marques 2006).

Para a análise da consistência interna dos itens do PRAC foram analisados os indicadores, os domínios e o total de cada uma das três áreas.

Resultados

Vamos passar agora à análise psicométrica dos resultados obtidos com o instrumento PRAC.

Sensibilidade

A sensibilidade do PRAC foi verificada através da verificação da distribuição normal dos resultados obtidos nas três áreas do PRAC (Tabela 6) Assim podemos verificar que a maioria dos domínios que constituem as áreas do PRAC, apresentam

uma distribuição normal dos valores de p no teste de normalidade acima de 0,05. Os valores mínimos e máximos percorrem a totalidade da escala possível de valores, à exceção dos itens da alimentação, relacionamento interpessoal, assertividade, limpeza e manutenção da roupa, limpeza e manutenção do calçado, modo de comunicação, empregabilidade, competências sensoriais e saúde reprodutiva.

Tabela 6 - Teste para verificação da Sensibilidade (domínios do PRAC)

N=38	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Teste normalidade	Valor de p
HP	24,38	20,82	0,00	100,00	1,183	0,122
CV	20,92	21,07	0,00	100,00	1,169	0,130
AL	16,01	19,26	0,00	88,89	1,538	0,018
CS	33,46	23,67	0,00	100,00	0,671	0,759
CE	26,64	26,82	0,00	100,00	1,121	0,162
D	33,72	21,97	0,00	100,00	0,876	0,426
GT	25,49	23,58	0,00	100,00	1,343	0,054
GE	53,29	31,09	0,00	100,00	0,714	0,688
URC	35,39	25,13	0,00	100,00	0,594	0,872
CIP	29,87	26,04	0,00	100,00	0,775	0,585
CUSC	30,98	26,22	0,00	100,00	1,043	0,227
COPE	39,8	33,99	0,00	100,00	0,937	0,344
CAS	38,82	26,92	0,00	100,00	0,773	0,589
RI	29,45	18,91	3,45	95,69	0,898	0,395
AS	46,52	20,81	3,57	100,00	0,563	0,910
RP	45,26	24,87	0,00	100,00	0,608	0,853
P.EM	41,45	23,74	0,00	100,00	0,588	0,880
RES	26,32	19,96	0,00	100,00	0,913	0,375
TI	36,62	23,52	0,00	100,00	0,798	0,598
CA	28,78	21,82	0,00	100,00	0,605	0,857
LMR	65,42	28,11	2,78	100,00	0,92	0,366
LAC	53,07	27,77	4,17	100,00	0,947	0,332
LMC	60,19	33,72	0,00	100,00	0,921	0,365
PLM	28,4	25,72	0,00	100,00	0,875	0,428
PCR	54,09	32,61	0,00	100,00	0,843	0,477
MC	17,76	19,42	0,00	62,50	1,377	0,045
FC	36,4	25,44	0,00	100,00	0,759	0,612

Tabela 6 - Teste para verificação da Sensibilidade (domínios do PRAC) (continuação)

N=38	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Teste normalidade	Valor de p
EC	29,82	23,22	0,00	100,00	1,016	0,254
DC	44,61	24,28	0,00	100,00	0,65	0,793
LDS	50,07	37,95	0,00	100,00	0,953	0,323
TE	56,04	34,98	0,00	100,00	0,941	0,338
MV	53,39	34,98	0,00	100,00	1,051	0,219
EMP	88,16	24,28	15,00	100,00	2,613	0,001
TIC	61,95	35,57	0,00	100,00	1,231	0,096
CM	11,61	18,6	0,00	100,00	1,641	0,009
MF	12,23	20,82	0,00	100,00	1,716	0,006
CSE	7,86	11,52	0,00	58,33	1,526	0,019
CC	24,67	24,8	0,00	100,00	1,202	0,111
COC	16,99	18,23	0,00	100,00	1,108	0,171
GEN	45,39	33,55	0,00	100,00	0,72	0,678
SR	74,88	30,01	5	100	1,243	0,091

Fiabilidade

Apresenta-se agora a análise da estabilidade inter observador do PRAC. Nas tabelas seguintes são apresentados os valores de correlação entre os resultados obtidos pelos dois observadores nas áreas constituintes do PRAC. Na área da autonomia pessoal (Tabela 7), verifica-se que todas as correlações obtidas são significativas ($p < 0,001$), com valores de correlação que variam, na maioria dos casos, entre 0,963 e 0,998 com excepção do domínio da alimentação que apresenta um valor de 0,652.

Tabela 7- Correlações inter-observadores para área de Autonomia Pessoal

Autonomi a Pessoal	Observador 1			Observador2			Correlação
	Media	Desvio Padrão	Valor P	Media	Desvio Padrão	Valor P	
HP	24,38	20,82	<0,001	16,61	15,00	<0,001	0,992
CV	20,92	21,07	<0,001	21,64	21,02	<0,001	0,992
AL	16,00	19,26	<0,001	1,55	2,57	<0,001	0,652
CS	33,46	23,67	<0,001	33,65	23,81	<0,001	0,998
D	33,72	21,67	<0,001	32,24	21,63	<0,001	0,981
RP	45,26	24,88	<0,001	44,87	25,05	<0,001	0,996
CM	11,61	18,60	<0,001	5,44	8,49	<0,001	0,963

Tabela 7- Correlações inter-observadores para área de Autonomia Pessoal (continuação)

Autonomia Pessoal	Observador 1			Observador2			Correlação
	Media	Desvio Padrão	Valor P	Media	Desvio Padrão	Valor P	
MF	12,24	20,82	<0,001	9,74	17,13	<0,001	0,993
CSE	7,86	11,52	<0,001	7,33	10,55	<0,001	0,995
CC	17,65	22,37	<0,001	17,76	22,40	<0,001	0,998
COC	13,38	21,97	<0,001	13,38	21,97	<0,001	1
LMR	65,42	28,11	<0,001	64,95	28,30	<0,001	0,999
LAC	53,07	27,69	<0,001	52,96	27,55	<0,001	0,999
LMC	60,20	33,36	<0,001	59,15	32,68	<0,001	0,994
PLM	28,40	25,72	<0,001	27,96	25,48	<0,001	0,994
PCR	54,09	32,61	<0,001	53,04	33,51	<0,001	0,998

Na área da autonomia de realização (Tabela 8) pode verificar-se que os coeficientes de correlação variam entre 0,843 (domínio da concentração e atenção) e 1, com valores de $p < 0,001$.

Tabela 8 - Correlações inter-observadores para área de Autonomia Realização

Autonomia Realização	Observador 1			Observador2			Correlação
	Media	Desvio Padrão	Valor P	Media	Desvio Padrão	Valor P	
P.EMP	88,16	24,28	<0,001	88,15	24,28	<0,001	1
RES	26,32	19,96	<0,001	26,07	19,51	<0,001	0,998
TI	36,62	23,52	<0,001	36,33	24,05	<0,001	0,991
CA	28,78	21,82	<0,001	32,40	22,32	<0,001	0,843
CE	26,64	26,82	<0,001	25,33	26,39	<0,001	0,972
GT	25,49	23,58	<0,001	24,34	22,92	<0,001	0,987
LDS	50,07	37,95	<0,001	200	151,53	<0,001	1
TE	56,04	34,37	<0,001	56,10	34,32	<0,001	1
MV	53,39	34,98	<0,001	52,78	35,46	<0,001	0,993
EMP	88,16	24,8	<0,001	88,16	24,8	<0,001	1
TIC	61,95	35,57	<0,001	61,95	36,57	<0,001	1

Na (Tabela 9) pode verificar-se que os resultados das correlações obtidas para a área da Autonomia Social variam entre 0,981 (domínio da assertividade) e 1, sendo todos estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Tabela 9 - Correlações inter-observadores para área de Autonomia Social

Autonomia Social	Observador 1			Observador 2			Correlação
	Media	Desvio Padrão	P	Media	Desvio Padrão	P	
MC	17,76	19,42	<0,001	17,60	18,32	<0,001	0,999
FC	36,40	25,44	<0,001	36,51	25,53	<0,001	1
EC	29,82	23,22	<0,001	29,82	23,22	<0,001	1
DC	44,61	24,28	<0,001	44,61	24,28	<0,001	1
ASS	46,52	20,82	<0,001	46,62	20,61	<0,001	0,981
RI	30,26	19,17	<0,001	30,24	19,09	<0,001	0,997
GT	25,49	23,58	<0,001	24,34	22,92	<0,001	0,987
URC	35,39	25,13	<0,001	35,00	25,09	<0,001	0,984
CIP	29,87	24,05	<0,001	29,74	26,19	<0,001	0,998
CUSC	30,98	26,23	<0,001	30,68	25,96	<0,001	0,999
COPE	39,80	33,99	<0,001	39,80	34,04	<0,001	1
CAS	38,82	26,92	<0,001	37,99	26,69	<0,001	0,994
GEN	45,39	33,55	<0,001	39,36	28,15	<0,001	0,990
SR	74,88	30,01	<0,001	74,88	30,01	<0,001	1

Consistência interna dos itens

A consistência interna dos itens de cada uma das áreas constituintes do PRAC e da totalidade do instrumento foi calculada através do coeficiente de alfa de Cronbach. Os valores apresentados (Tabela 10) de α obtidos para cada um dos diferentes domínios do PRAC, com indicação do respectivo número de itens desse domínio. Assim, verificamos que os valores de α se situam entre 0,741 e 0,981 para os domínios que constituem a área de Autonomia Pessoal, entre 0,896 e 0,975 nos domínios que constituem a área de Autonomia de Realização e entre 0,801 e 0,969 nos domínios da Autonomia Social.

Tabela 10 - Consistência interna dos itens que constituem os domínios do PRAC

Autonomia Pessoal			Autonomia de Realização			Autonomia Social		
Itens	Total de itens	α -Cronb	Itens	Total de itens	α -Cronb	Itens	Total de itens	α -Cronb
HP	16	0,964	PP	7	0,947	MC	4	0,801
CV	10	0,959	RES	8	0,896	FC	6	0,923
AL	9	0,928	TI	9	0,941	EC	3	0,903
CS	7	0,904	CA	4	0,921	DC	5	0,859
D	4	0,806	CE	2	0,943	ASS	7	0,914
RP	5	0,948	GT	4	0,923	RI	29	0,969
CM	37	0,977	LDS	10	0,969	GE	4	0,856
MF	20	0,962	TE	11	0,960	URC	5	0,896
CSE	20	0,905	MV	13	0,975	CIP	15	0,951
CC	6	0,907	EMP	5	0,964	CUSC	11	0,951
COC	3	0,741	TIC	6	0,947	COPE	8	0,955
LMR	18	0,974				CAS	4	0,919
LAC	6	0,959				GEN	12	0,955
LMC	10	0,981				SR	11	0,967
PLM	6	0,957						
PCR	14	0,977						

Na área da autonomia pessoal com um total de 16 domínios, o α -Cronbach obtido é de 0,963. Quando analisamos a variação dos valores do alfa quando cada um dos itens é retirado, verificamos que nenhum deles faz subir o valor do alfa obtido para a área, pelo que todos os domínios contribuem para a consistência interna da área (Tabela 11).

Tabela 11 - Consistência interna dos domínios que cosntituem a área Autonomia Pessoal

Itens (16)	Total itens	N	Média	Desvio padrão	Correlação item T corri.	α -Cronb se o item for ...
HP	16	38	24,38	20,819	0,792	0,961
CV	10	38	20,92	21,073	0,784	0,961
AL	9	38	16	19,260	0,714	0,962
CS	7	38	33,46	23,667	0,898	0,959
D	4	38	33,72	21,967	0,836	0,960
RP	5	38	45,26	24,876	0,757	0,961
CM	37	38	11,61	18,597	0,808	0,961
MF	20	38	12,23	20,819	0,714	0,962
CSE	20	38	7,86	11,523	0,723	0,963
CC	6	38	17,65	22,373	0,754	0,961
COC	3	38	13,37	21,966	0,682	0,962
LMR	18	38	65,42	28,113	0,753	0,962
LAC	6	38	53,07	27,768	0,868	0,959
LMC	10	38	60,19	33,356	0,781	0,962
PLM	6	38	28,39	25,718	0,871	0,959
PCR	14	38	54,08	32,611	0,864	0,960

Na área da autonomia de realização, com um total de 11 domínios o α -Cronbach obtido é 0,936. Quando analisada a variação dos valores do alfa, se cada um dos itens é retirado, pode verificar-se que não sobe o valor do alfa obtido para a área, pelo que todos os domínios contribuem para a consistência interna da área (Tabela 12).

Tabela 12 - Consistência interna dos domínios que constituem a área de Autonomia Realização

Itens (11)	Total de itens	N	Média	Desvio padrão	Correlação item T corri.	A-Cronb se o ...
PP	7	38	41,45	23,741	0,805	0,928
RES	8	38	26,32	19,958	0,823	0,929
TI	9	38	36,62	23,524	0,875	0,925
CA	4	38	28,78	21,822	0,811	0,928
CE	2	38	26,64	26,820	0,339	0,945
GT	4	38	25,49	23,582	0,731	0,930
LDS	10	38	50,06	37,952	0,799	0,928
TE	11	38	56,04	34,371	0,837	0,925
MV	13	38	53,39	34,978	0,887	0,923
EMP	5	38	88,15	24,284	0,619	0,934
TIC	6	38	61,95	35,569	0,724	0,931

Na área de autonomia social com 14 domínios o α -Cronbach obtido é de 0,972, Quando é analisado a variação dos valores do alfa se o item for eliminado, verifica-se que o valor de alfa obtido para a área não sobe, pelo que todos os domínios contribuem para a consistência interna (Tabela 13).

Tabela 13 - Consistência interna dos domínios que constituem a área da Autonomia Social

Itens (14)	Total de itens	N	Média	Desvio padrão	Correlação item T corri.	α -Cronb se o ...
MC	4	38	17,76	19,415	0,823	0,971
FC	6	38	36,40	25,44	0,865	0,970
EC	3	38	29,82	23,219	0,761	0,972
DC	5	38	44,60	24,283	0,729	0,972
ASS	7	38	46,52	20,816	0,826	0,971
RI	29	38	30,26	19,171	0,864	0,971
GE	4	38	53,28	31,088	0,911	0,969
URC	5	38	35,39	25,131	0,790	0,971
CIP	15	38	29,87	26,046	0,902	0,969
CUSC	11	38	30,98	26,225	0,927	0,969
COPE	8	38	39,81	33,99	0,863	0,970
CAS	4	38	38,81	26,917	0,906	0,969
GEN	12	38	45,39	33,553	0,903	0,969
SR	11	38	74,88	30,116	0,769	0,972

O PRAC no total das três áreas apresenta o α -Cronbach de 0,911, quando analisada a variação dos valores do alfa se o item for retirado, verifica-se que o valor do alfa obtido, não sobe, pelo que todas as áreas contribuem para a consistência interna do PRAC (Tabela 14).

Tabela 14 - Consistência interna das áreas que constituem o PRAC

	Total itens	N	Média	Desvio padrão	Correlação item T corri	α -Cronb se o ...
Autonomia pessoal	16	38	538,83	309,533	0,822	0,943
Autonomia Realização	11	38	528,63	263,070	0,881	0,887
Autonomia Social	14	38	478,92	294,520	0,913	0,801

Validade

Validade de conteúdo

Foi realizado um questionário de opinião a um grupo de profissionais considerados peritos na área, tal como descrito anteriormente.

Na figura 2 é possível observar a opinião dos profissionais relativamente à questão “os indicadores constantes deste domínio são claros e objectivos?”. Esta pergunta, tal como as restantes que constituíram o questionário passado aos peritos, foi avaliada segundo uma escala numérica de quatro pontos, a variar entre **0** - discordo totalmente e **3** - concordo totalmente. A maioria dos inquiridos *concorda totalmente* que os indicadores constantes de cada domínio do PRAC são claros e objectivos. Apenas um dos inquiridos referiu *concordar parcialmente* com os domínios *como cuidar da própria saúde, cuidado com os espaços utilizados, preparar e confeccionar refeições, por e levantar a mesa, limpeza e manutenção da roupa e limpeza e manutenção do calçado*, sendo estes os únicos que não reuniram o consenso.

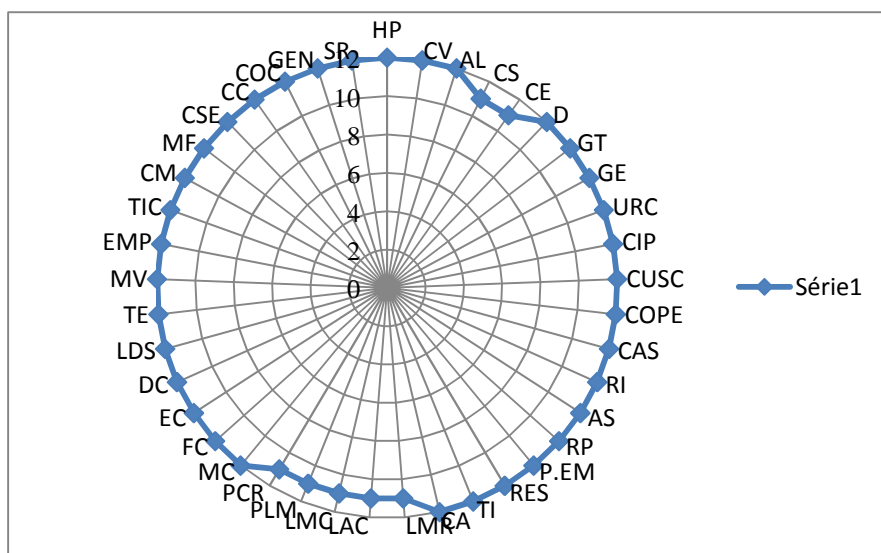


Figura 2

A figura 3 representa a opinião dos profissionais referente à questão “os indicadores seleccionados são úteis para avaliar o domínio em causa?”. A maioria dos inquiridos *concorda totalmente*, somente um dos inquiridos revelou *concordar parcialmente com a utilidade* dos indicadores seleccionados para avaliar os domínios *cuidados com a própria saúde, cuidado com o espaço utilizado, limpeza e manutenção da roupa, limpeza e manutenção do calçado, limpeza e manutenção da casa, por e levantar a mesa e preparação e confecção de refeições*, sendo estes os únicos que não reuniram o consenso.

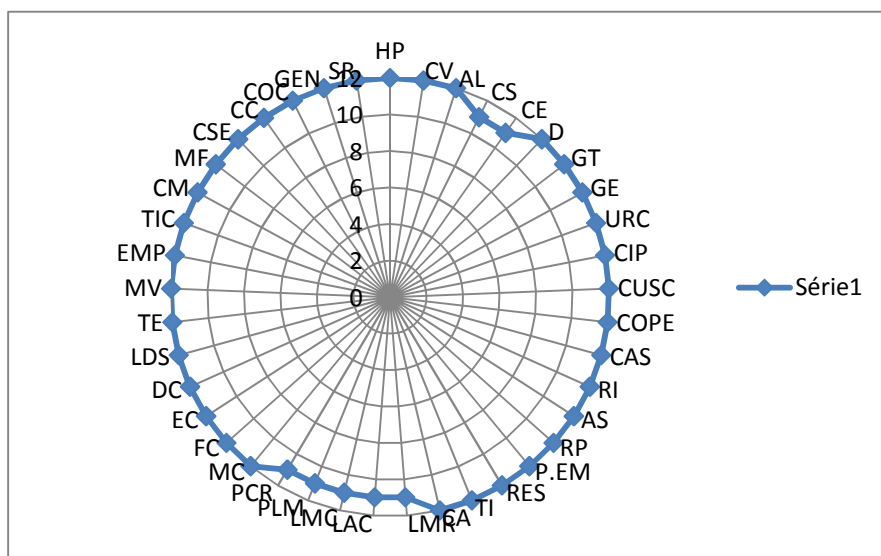


Figura 3

A figura 4 revela a opinião dos inquiridos relativamente à questão “os indicadores são passíveis de ser observados?”. Oito dos inquiridos *concordaram totalmente* com todos os domínios, quatro *concordaram parcialmente* com os

indicadores do domínio actividades de vida diária e dois inquiridos *concordaram parcialmente* com os domínios de gestão económica, utilização dos recursos da comunidade, organização política e económica, cuidados com a saúde, deslocação, conhecimento do corpo genitalidade e saúde reprodutiva.

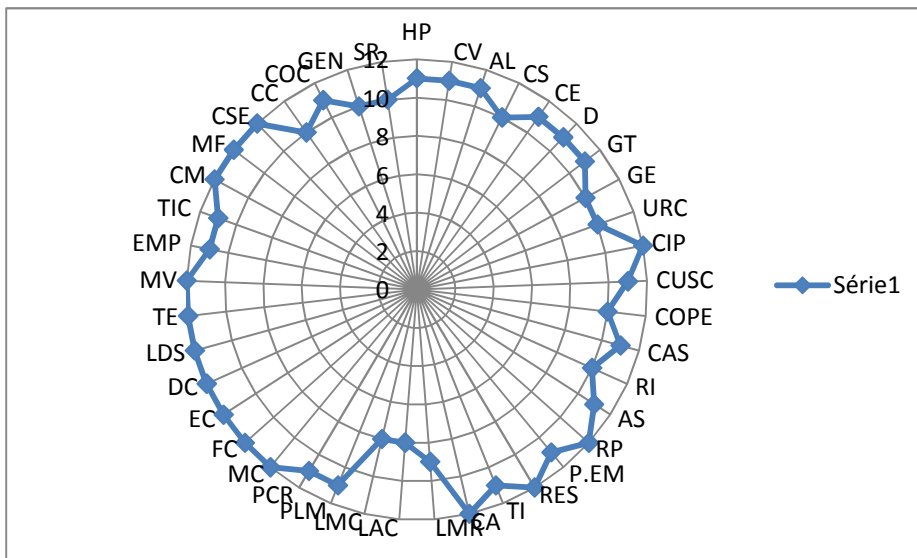


Figura 4

A figura 5 representa a opinião dos inquiridos relativamente à questão “retiraria algum (s) indicador (s)? Qual (s)?” à qual a maioria dos inquiridos respondeu que *concorda totalmente* com os indicadores constantes do PRAC, apenas um dos inquiridos referiu que no domínio da *alimentação* retiraria o indicador, *prepara refeições simples* e outro referiu o interesse em condensar no domínio da *concentração/atenção* os indicadores *mantém-se na tarefa apesar da alteração de estímulos* e *mantém-se na tarefa quando sujeito a estímulos distractores*.

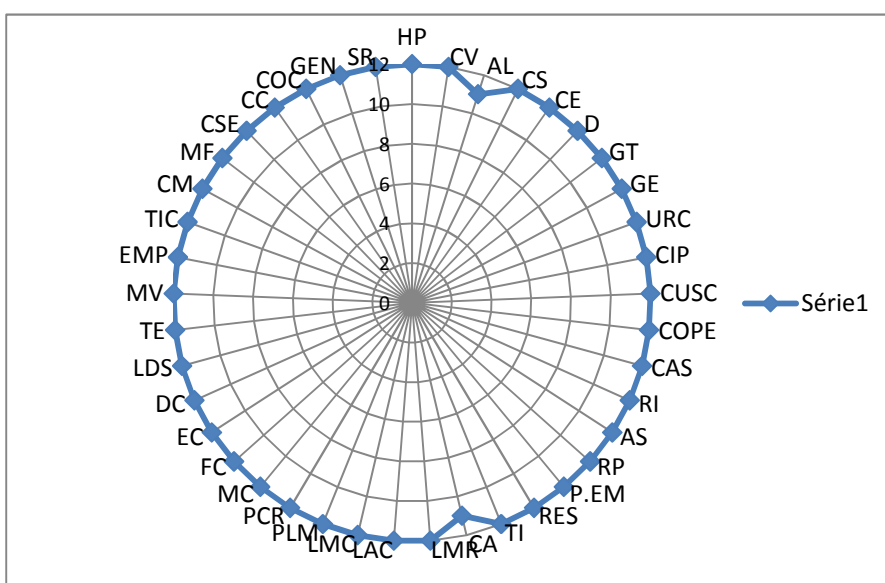


Figura 5

A figura 6 refere-se à opinião dos inquiridos relativamente á questão “*acrescentaria algum (s) indicador (s)? qual (s)?*” á qual a maioria dos inquiridos respondeu que não acrescentaria qualquer indicador. Apenas três inquiridos sugeriram acrescentar indicadores: higiene de partes do corpo no dominio de *Higiene pessoal*; separação do lixo para o dominio *Cidadania Ambiente e Saúde*; lavagem de calçado na máquina no dominio *Limpeza e manutenção do calçado*; Utiliza o guardanapo adequadamente no dominio da *Alimentação*; *Saber* pedir ajuda no dominio de *Deslocação*; Cuidado com material utilizado no dominio *Cuidado com os espaços utilizados*; Outros espaços religiosos no dominio da *Utilização dos recursos da comunidade*; separação do indicador *refere se necessário o seu endereço e telefone*, constituindo-o como dois indicadores, sugeriu ainda acrescentar *conhece o número de telefone de algum familiar próximo*; outra sugestão foi no sentido de acrescentar *cuidados a ter com os documentos pessoais*, no dominio *Cidadania e identificação pessoal*; Sugestão para que o indicador *conhece a localização geográfica da sua área e do seu país* do dominio *Cidadania – Organização politica e económica* seja dividido em duas partes, separando a localização geográfica da sua área de residência e o situar o país no continente europeu; gestão de conflito na relação dual no dominio *Relacionamerto Interpessoal*; inserir um indicador referente ao discurso coerente e se inicia, termina e mantém comunicação, no dominio do *Discurso coloquial*; Separar a utilização do dinheiro da necessidade do cálculo mental, do dominio *Matemática para a vida*; incluir a utilização de cadeira de rodas, no dominio *Competências para a mobilidade*; no dominio *Motricidade fina*, alteração do indicador *enfia objectos*, inventariando diferentes tamanhos e ainda acrescentar, mantém objectos na mão, explora os objectos e dá objectos a pedido; No dominio *Conhecimento do corpo* foi sugerido a separação do indicador *nomeia principais órgãos do corpo* para dois indicadores dividindo órgãos internos e externos; foi igualmente sugerido acrescentar a *noção de espaço pessoal e identificação de si próprio através do espelho* no dominio *Consciencialização do corpo*; acrescentar a identificação em si do seu género (feminino / masculino) no dominio da *Genitalidade*; acrescentar um indicador no dominio da *Saude reprodutiva* que permita avaliar a utilização da contracepção independentemente da consciência que tem da sua necessidade.

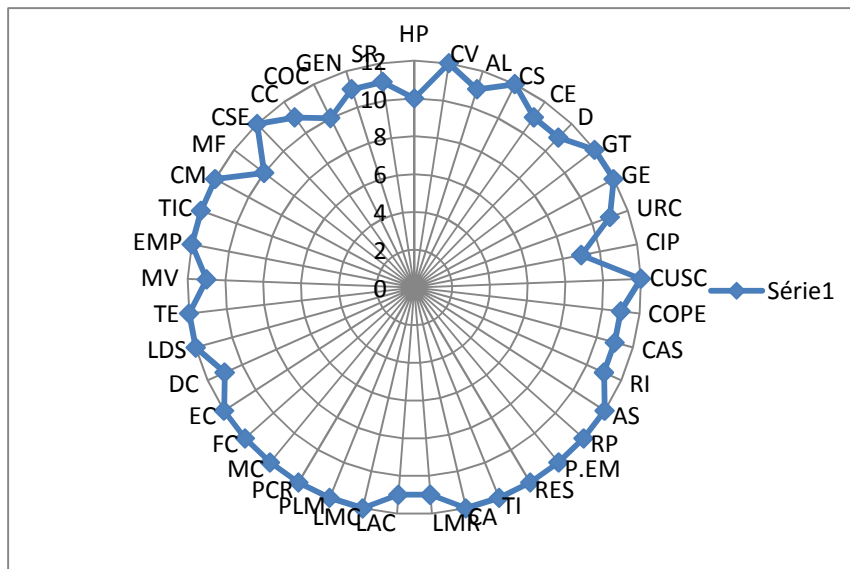


Figura 6

Na questão 6 pretendia-se verificar se “O instrumento pode ser utilizado em diferentes contextos?” A maioria dos inquiridos referiu *concordar totalmente* com a questão, sendo que apenas um dos inquiridos *discordou em parte*.

Por último, a questão 7 pretendia perceber se os conteúdos avaliados pelo PRAC são representativos da capacidade de autodeterminação?”, ao que todos os inquiridos responderam afirmativamente, concordando totalmente.

Validade de constructo

Para verificar a validade de constructo optou-se por verificar a validade factorial e a validade discriminante. Iniciaremos pela análise factorial das componentes que constituem as áreas do PRAC. Assim, a análise factorial obteve um valor de $KMO=0,900$ o que mostra uma factorabilidade da matriz excelente.

A síntese da análise factorial está referenciada na (Tabela 15), onde são apresentados os resultados quanto à saturação e comunalidades dos domínios e o valor próprio e variância explicada dos factores extraídos. Na apresentação dos valores foram apenas tidas em conta as cargas factoriais maiores obtidas para cada item .

Tabela 15 - Análise Factorial do PRAC

Itens	Factor I	Factor II	Factor III	Comunalidades
HP (Higiene pessoal)	, 780			, 719
CV (Cuidados com vestuário /calçado)	, 858			, 811
AL (Alimentação)	, 839			, 782
CS (Cuidados com a saúde)	, 672			, 842
CE (Cuidado com os espaços)	, 771			, 750
D (Deslocação)	, 611			, 712
GT (Gestão do tempo)	, 731			, 766
GE (Gestão económica)		, 765		, 880
URC (Utilização dos recursos da comunidade)	, 637			, 733
CIP (Cidadania - Identificação pessoal)		, 534		, 310
CUSC (Cidadania – utilização recursos comunidade)		, 763		, 893
COPE (Cidadania – organização política e económ.)		, 872		, 870
CAS (Cidadania ambiente e saúde)		, 722		, 835
RI (Relacionamento interpessoal)	, 725			, 873
AS (Assertividade)	, 574			, 783
RP (resolução de problemas)			, 536	, 745
PP (persistência /empenhamento)	, 603			, 802
RES (responsabilidade)	, 703			, 842
TI (tomada de iniciativa)	, 616			, 862
CA (concentração/atenção)	, 619			, 747
LMR (limpeza e manutenção da roupa)			, 790	, 769
LAC (limpeza e manutenção da calçado)			, 703	, 829
LMC (limpeza e manutenção da casa)			, 805	, 823
PLM (Por e levantar a mesa)			, 648	, 861
PCR (Preparação e confecção de refeições)			, 735	, 892
MC (Modo de comunicação)		, 594		, 698
FC (Funções comunicativas)		, 704		, 754
EC (Eficácia da comunicação)		, 594		, 645
DC (Discurso coloquial)			, 532	, 605
LDS (Leitura e descodificação de símbolos)		, 886		, 878
TE (Tarefas escritas)		, 847		, 870
MV (Matemática para a vida)		, 863		, 904
EMP (Empregabilidade)		, 504		, 463
TIC (Tecnologias da comunicação)		, 854		, 761
CM (Competências para a mobilidade)	, 853			, 819
MF (Motricidade Fina)	, 852			, 770

Tabela 15 - Análise Factorial do PRAC (continuação)

Itens	Factor I	Factor II	Factor III	Comunalidades
CSE (Competências sensório-perceptivas)	, 712			, 747
CC (Conhecimento do corpo)		, 724		, 872
COC (consciência corporal)		, 580		, 664
GEN (Genitalidade)		, 776		, 880
SR (Saúde reprodutiva)		, 665		, 840
Valor Próprio	25,701	4,220	1,979	
% de Variância	62,686	10,292	4,828	
Total de variância explicada			77,805	

É possível verificar que a maioria das comunalidades são elevadas, situando-se todas acima de 0,605 com exceção dos domínios da Cidadania - Identificação Pessoal (CIP) e Empregabilidade (EMP) que apresentam valores de 0,310 e 0,463 respectivamente, mostrando que, de uma forma geral, há um bom nível de covariância da maioria dos itens com os factores isolados.

As cargas factoriais situam-se entre 0,504 e 0,886, com o primeiro factor a explicar 62,688% da variância total, o segundo factor que explica 10,498% da variância total e o terceiro factor que explica 4,612% da variância total, num total de 77,805% de variância explicada, demonstrando que os três factores retidos são adequados para descrever a estrutura correlacional entre os indicadores do PRAC.

De acordo com a saturação dos itens nos diversos factores, podemos identificá-los em grande parte com cada uma das áreas: da Autonomia Pessoal (factor 1), Autonomia Social (factor 2) e Autonomia de Realização (factor 3).

Validade discriminante

A validade discriminante obtida pela comparação dos valores do PRAC relativamente aos indivíduos com maior e menor nível de autonomia, permitiu perceber que existem diferenças com significado estatístico entre os dois grupos ($p < 0,001$) em cada uma das áreas e no total do PRAC, discriminando assim entre grupo de maior e menor autonomia (Tabela 16).

Tabela 16 - Teste T de Student para medidas descritivas

Diferenciação	N	Média	Desvio padrão	Teste t	df	Valor p	Intervalo confiança		
							Mínimo	Máximo	
Autonomia pessoal	1	21	304,86	134,876	5,336	36	<0,001	117,40	261,36
	2	17	115,47	62,355					
Autonomia realização	1	21	209,0952	53,226	6,851	36	<0,001	121,74	257,02
	2	17	86,7647	56,561					
Autonomia social	1	21	261,3810	91,711	5,409	36	<0,001	92,99	204,58
	2	17	112,5882	74,059					
Total	1	21	775,3333	257,365	6,291	36	<0,001	312,05	608,96
	2	17	314,8235	174,558					

1 – Grupo dos clientes que se mantiveram na mesma fase de intervenção – menor autonomia

2- Os clientes que mudaram para a fase seguinte prevista no programa de intervenção – maior autonomia

Validade de critério – concorrente

Com o objectivo de analisar a homogeneidade do PRAC e critério concorrente foi realizado um teste de normalidade das variáveis Questionário de autonomia, Autonomia Pessoal, Autonomia de Realização e Autonomia Social em que o valor de p em qualquer dos casos é superior a 0,001. Para aprofundar a validade concorrente verificou-se quais as correlações existentes entre o Questionário de Autonomia e as áreas do PRAC (Autonomia pessoal, Autonomia Social e Autonomia de Realização) (Tabela 17) para tal foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Para um coeficiente de correlação que varia entre -1 e +1, e um nível de significância de 0,001 e para um N de 38 indivíduos, os resultados podem ser considerados bons dado que o coeficiente mais baixo é de 0,763 no caso da correlação entre o Questionário de Autonomia e a área da Autonomia Pessoal e em alguns casos são elevados como o da correlação entre a Autonomia de Realização e Autonomia Pessoal que apresenta um valor de 0,925.

Tabela17 - Grau de associação entre os valores obtidos no PRAC e os valores do questionário usado como critério

	Total PRAC		Aut. Pessoal		Aut. Realização		Aut. Social	
	R	P	R	P	R	P	R	P
N=38								
Qst Autonomia	0,832	<0,001	0,763	<0,001	0,769	<0,001	0,843	<0,001

R . índice de correlação de Pearson; P valor do teste

Discussão de resultados

Sendo o PRAC um instrumento de registo e avaliação de competências que poderá vir a colmatar algumas lacunas existentes na intervenção de pessoas com deficiência mental e/ou outras em diferentes contextos e por não existir um instrumento validado para a população portuguesa que satisfizesse esses requisitos foi elaborado o presente estudo que visa contribuir para a validação deste instrumento.

A maioria dos itens que constituem os domínios do PRAC apresenta uma boa sensibilidade, percorrendo toda a escala de valores e apresentando uma distribuição normal. Isto significa que o PRAC é capaz de detectar as diferenças individuais, conseguindo discriminar o grau de independência dos indivíduos entre si.

Os domínios que apresentam uma distribuição não normal, como: *a alimentação, relacionamento interpessoal, assertividade, Limpeza e manutenção da roupa, limpeza e manutenção do calçado, modo de comunicação, empregabilidade, competências sensoriais e saúde reprodutiva*, não percorrem toda a escala de valores. No entanto, ao invés de assumirmos que os itens são pouco sensíveis, parece-nos mais certo afirmar que alguns dos comportamentos por eles avaliados não são directamente observados em todos os contextos, nomeadamente no contexto institucional, tornando mais difícil apreciar claramente as competências que definem os domínios *da alimentação, limpeza e manutenção da roupa, limpeza e manutenção do calçado, empregabilidade, competências sensoriais e saúde reprodutiva*. Deste modo, uma salvaguarda importante para os profissionais que utilizam o PRAC será a necessidade de estender a observação / avaliação a outros contextos exteriores em que a pessoa se insere como sendo o seu ambiente familiar. Relativamente aos domínios do *relacionamento interpessoal, assertividade e modo de comunicação* uma possível explicação para a não normalidade da distribuição poderá dever-se ao facto de alguns

indicadores que o constituem avaliarem aspectos de personalidade, de carácter mais subjectivo e não tão facilmente observáveis e avaliados. Uma das possíveis soluções para diminuir a subjectividade destes itens passa por clarificar melhor o que é pretendido no manual de instruções, recorrendo a exemplos concretos.

Relativamente à fidelidade, o seu cálculo está, como já vimos assente na análise da estabilidade ou constância dos resultados e na consistência interna ou homogeneidade dos itens. (Almeida and Freire 2000).

A consistência interna do PRAC apresenta um elevado valor no teste Alfa de Cronbach o que, segundo Maroco (2007), é um coeficiente muito bom, demonstrando que, de uma forma geral o PRAC apresenta boa homogeneidade dos itens. A maioria dos domínios têm valores acima de 0.9, sendo que os restantes variam entre 0,741 e 0,896. O domínio com o valor de α -Cronbach mais baixo, é o da *consciência corporal*, o qual sobe para um valor de 0.977 se for eliminado o item *representa o corpo*. Este item é o que implica o recrutamento de competências da compreensão e da expressão mais elaboradas, quando comparado com os outros que compõem o mesmo domínio.

Relativamente ao domínio *utilização dos recursos da comunidade*, verificou-se que o item cumpre *regras sociais* apresenta uma menor correlação com os demais itens constituintes do domínio, pelo que a sua retirada poderá ser ponderada. De salientar que este item se encontra, de certa forma, igualmente avaliado no item *respeita as regras estipuladas*, do domínio do *relacionamento interpessoal*. O mesmo sucede com o item *percebe temperatura da comida*, do domínio da *alimentação*, pois muito embora o domínio apresente um alfa de Cronbach elevado, verifica-se que o item em questão apresenta uma baixa correlação com os demais e, por outro lado, já se encontra avaliado no domínio das competências sensoriais.

A estabilidade ou constância dos resultados, é uma consequência da estabilidade do próprio instrumento. Assim, um determinado instrumento é capaz de reproduzir resultados estáveis, independentemente de quem o aplica, da especificidade dos itens e das circunstâncias, como por exemplo o tempo que medeia entre aplicações e os contextos (Boavida and Amado 2008). No entanto, de acordo com Almeida e Freire (2000), é difícil na prática pensar o conceito de estabilidade em termos absolutos, dado que os indivíduos não permanecem uniformes nos comportamentos ao longo do tempo e os contextos podem influenciar tanto os avaliados como os avaliadores, por estas razões

deve-se assumir o conceito da estabilidade no sentido relativo (Almeida and Freire 2000).

No presente estudo, verificou-se uma boa estabilidade inter observador, com homogeneidade dos registos independentemente do observador que procedeu à aplicação. É de salientar, contudo, que ambas as observações foram realizadas com um curto intervalo de tempo, o que neste caso era fundamental uma vez que, tratando-se da observação de pessoas sujeitas a um plano de estimulação e promoção de competências, o espaço de tempo decorrido poderia levar a uma alteração de comportamentos por aquisição de aprendizagens decorrentes do programa e, conseqüentemente, falsear os resultados. Por outro lado, verificou-se a manutenção do contexto, sendo os observadores profissionais familiarizados com o instrumento e com a possibilidade de consulta do manual de instruções (que define cada um dos indicadores) do PRAC. Com estas características, a possibilidade de os dois observadores produzirem registos similares é maior, traduzindo maior objectividade na observação (Shapiro and Kratochwill 1988).

Nunnally (1994) refere que o acordo entre os observadores é forte se tem mais de 80%, é questionável se varia entre 70% e 79% e fraco se está abaixo de 69%. No caso do PRAC com excepção do domínio da *alimentação*, na área da autonomia pessoal, todos os outros domínios têm forte acordo entre os observadores, revelando uma boa estabilidade do instrumento. De referir que de acordo com os valores obtidos na análise de correlação relativamente ao domínio da alimentação o indicador *percebe a temperatura da comida* apresenta uma correlação bastante fraca com os restantes (0,652) o que, por sua vez, poderá explicar o fraco acordo obtido neste domínio, uma vez que este indicador, sendo mais subjectivo não é tão directamente observado. Por outro lado, esta pode ser uma fragilidade do instrumento, pelo que se deve considerar a hipótese de revisão do item em questão.

A validade do PRAC foi verificada ao nível do conteúdo, critério e constructo. A validade de conteúdo ou validade lógica, está relacionada com o grau de adequação dos itens à dimensão do comportamento avaliado (Almeida and Freire 2000). Alguns autores, como Fleck (2003) e Almeida e Freire (2000), referem a distinção entre a validade de conteúdo e a validade facial, sendo esta obtida quando a análise dos itens é realizada por grupos de peritos. No caso do PRAC, este foi sujeito à análise dos itens por um grupo de juízes que, na maioria das questões para cada domínio apresentaram

uma pontuação de *concordo totalmente*. Na questão em que se pedia a opinião dos juízes para perceber se os indicadores são passíveis de serem observados a concordância foi menor. No entanto pode estabelecer-se alguma relação entre os itens em que os juízes *concordam parcialmente* e o contexto de observação e idades dos avaliados, como por exemplo no contexto escola regular na avaliação dos itens referentes à actividades da casa. Relativamente à questão em que se perguntava *se* retiraria algum indicador, a opinião de que não se deveria fazê-lo foi praticamente unânime e as sugestões de alteração seriam no sentido de condensar itens. Na questão “*acrescentaria algum (s) indicador (s)? qual (s)?*” foram várias as sugestões no sentido de acrescentar ou dividir alguns dos itens que serão abordados mais à frente.

Relativamente à validade de constructo, é importante que a definição de conceitos ou formulação de leis, se apoiem directa ou indirectamente em dados observáveis (Cronbach and Meehl 1955). A validade de constructo centra o seu objectivo na validação da teoria que apoiou a construção do instrumento (Kerlinger 1973).

Segundo Almeida e Freire (2000), a validade de constructo pode ser analisada de diversas formas, sendo a análise factorial dos itens e dos resultados a mais utilizada por diferentes autores. Referem ainda que a carga factorial de um item ou factor traduz a percentagem de covariância entre o item e o respectivo factor. As cargas factoriais, que podem variar entre -1 e +1 indicam que quando o valor se aproxima de 1 a relação entre o item e o factor é excelente (Almeida and Freire 2000). Na análise factorial do PRAC pode dizer-se que o KMO é excelente, revelando que os domínios estão significativamente correlacionados (Maroco 2007). Segundo Almeida e Freire (2000), apesar de não haver regras rígidas quanto aos valores de saturação é, no entanto, recomendado, que se situem acima de 0,30 e é aconselhável somente ter em conta cargas acima de 0,50. A carga factorial dos domínios do PRAC está acima de 0,504 sendo que a maioria se situa a partir de 0,63, não sendo portanto necessário retirar nenhum dos itens. Contudo, em estudos posteriores alguns dos itens com valor mais baixo poderão vir a ser revistos no sentido de melhorar a carga factorial. Almeida e Freire (2000) referem ainda que são as cargas factoriais que permitem avaliar a qualidade dos itens na prova e ainda apreciar a qualidade dos factores, podendo assim assumir o instrumento como adequado para avaliar o que pretende avaliar, situação que pensamos verificar-se ao nível do PRAC.

No entanto, importa referir que a versão inicial do PRAC foi organizada em três áreas, de acordo com a literatura de suporte sobre o tema. Após a análise factorial, foram isolados igualmente três factores, com um total de variância explicada de 77,80%, mas os domínios que constituíram esses factores diferiam da versão original.

A covariância dos itens com os factores isolados após a extracção é elevada para a maioria dos domínios e a comunalidade inicial para todos os domínios é 1. Somente dois domínios apresentam coeficiente de comunalidade de 0,60 sendo que a sua maioria se situa entre os 0,70 e 0,90. O domínio com comunalidade mais baixa é *Cidadania – Identificação pessoal (CIP)* com 0,31, sendo o valor de covariância de 0,53 com o factor II. Uma possível explicação para esta situação poderá passar pelo facto de alguns indicadores estarem mais direccionados para o auto conhecimento e outros para a interacção social o que poderá fazer com que este domínio não se enquadre totalmente na área da autonomia social. Contudo, tendo em conta a carga factorial para os outros dois factores, continua a ser a melhor opção.

O outro domínio com comunalidade mais baixa (0,46) é a *empregabilidade*. O grupo 1 da amostra, de onde se obtiveram os resultados para a análise factorial, é constituído por pessoas com diferentes níveis de desenvolvimento e que estão inseridas nas diferentes fases do PTVA ou PTVAc, no entanto como o desenvolvimento de competências para a Empregabilidade faz parte da 2ª fase do PTVAc onde se encontra a menor parte do grupo da amostra, pode ser esta uma explicação para os baixos valores da comunalidade. Por outro lado, trata-se de um domínio com características muito particulares, totalmente direccionado para a procura de emprego, não estando por isso ao mesmo nível conceptual dos demais que se integram na área da autonomia de realização. É possível que numa futura análise que englobe os domínios técnicos mais virados para uma vertente de profissionalização, isto seja diluído; de qualquer forma dada a pertinência deste domínio para alguns clientes (mesmo que em minoria) torna-se fundamental a sua manutenção.

Hair, Anderson, Black e Tatham (2007) referem que, deve ser avaliada a comunalidade de cada variável, para averiguar se ela tem um nível de explicação aceitável, considerando não aceitáveis as variáveis com comunalidades menores que 0.50. No entanto, referem ainda que compete ao investigador avaliar se é ou não aconselhável eliminar essas variáveis, o que se justifica fazer no caso dos domínios do PRAC que apresentam baixas comunalidades. Assim, estes são itens que, apesar de

terem baixos valores de comunalidades, apresentam bons níveis de consistência interna. Deste modo à luz da literatura e pelo já analisado pode dizer-se que a variância explicada pelo PRAC é bastante elevada, pelo que se pode assumir que serão poucos os resultados que podem ser atribuídos ao acaso, permitindo dizer que o teste é válido porque avalia o que deve avaliar, é homogéneo, concluído pela observação dos valores das comunalidades e os factores resultantes da análise factorial estão de acordo com a teoria.

A validade divergente (discriminante) é um tipo de validade que avalia a não existência de correlação de uma medida com outros constructos mesmo que pareça derivar dessa mesma medida. (Malhotra 2006). A comparação os resultados da aplicação do PRAC em dois grupos de clientes, os que mudaram de fase e os que se mantiveram na mesma fase do programa de intervenção mostrou que é possível diferenciar os dois grupos entre si e, assim, diferenciar os dois níveis de competências. (Campbell and Fiske 1987).

A validade externa ou de critério é avaliada pela relação que é possível estabelecer entre os resultados na prova em estudo e o desempenho dos sujeitos noutros critérios externos que pretendam avaliar as mesmas dimensões da prova. A validade de critério integra a validade concorrente que implica uma simultaneidade no tempo entre a aplicação do teste / prova e a obtenção dos resultados reportados ao critério (Almeida and Freire 2000). Fleck (2003) refere a validade de critério como a correlação existente entre a escala e o instrumento padrão identificado como medida de ouro. Neste sentido, foi criado um inquérito que foi preenchido no mesmo espaço de tempo que o registo do PRAC. Não se podendo considerar o questionário criado como um instrumento padrão-ouro, e não havendo qualquer outra medida que o possa ser, assumiu-se que a experiência dos profissionais e o grau de conhecimento que tem dos utentes permite considerar a opinião deles como sendo uma “medida de ouro”, o que possibilita concluir que o PRAC mede o mesmo que a medida de ouro.

De acordo com os resultados obtidos neste contributo para a validação do PRAC, tentaremos responder às questões levantadas no início deste estudo, sendo que na primeira, pretendemos perceber se *Os conteúdos avaliados no PRAC são representativos da capacidade de autodeterminação*

A análise dos resultados do questionário realizado a profissionais de diferentes áreas e em contextos diversos, permitiu verificar que todos os inquiridos *concordaram*

plenamente relativamente à representatividade da capacidade de autodeterminação dos conteúdos do PRAC.

Sendo profissionais com experiência comprovada na intervenção junto de pessoas com deficiência mental e necessidades educativas especiais, nomeadamente criando e desenvolvendo projectos em áreas como a cidadania e inclusão social, essa unanimidade permite ter alguma segurança quanto a esta questão. Por outro lado os resultados estatísticos referentes à consistência dos itens que constituem o instrumento são muito uniformes e elevados o que vem corroborar as opiniões dos peritos e apontar o PRAC como um bom instrumento na avaliação do constructo autodeterminação.

Uma vez que o PRAC reflecte um modelo de intervenção específico pode concluir-se que esta forma de intervenção permitiu, de facto, desenvolver e estimular a capacidade de autodeterminação deste grupo de sujeitos. O investimento na pessoa, permitindo a cada um ser criador e interveniente activo no seu projecto de vida, centrando-se na promoção da liberdade de escolha, no incentivar da tomada de decisão, no respeito por si e pelos outros, e levando a que cada um assuma as responsabilidades nas pequenas e grandes coisas do dia-a-dia, parece ter sido uma boa aposta no caminho para a promoção das capacidades da autodeterminação e realização pessoal. Deci e Ryan (1985) e (2000) referem que as pessoas necessitam, para o desenvolvimento da sua autodeterminação e bem-estar psicológico, de interagir com o seu meio ambiente e, para que o façam com qualidade, necessitam de se sentir competentes, autónomos, responsáveis pelas suas próprias acções e capazes de estabelecer relações com outros, sentindo-se respeitados. Estes aspectos são diariamente desenvolvidos ao longo do processo de intervenção, que se inicia pela aplicação do PRAC, nas áreas de autonomia pessoal, social e de realização. Desta forma, podemos considerar como afirmativa a resposta à primeira questão e afirmar que os conteúdos do PRAC são representativos de auto-determinação.

A segunda questão vai no sentido de perceber se *as medições efectuadas com o PRAC serão estáveis, quando realizadas por dois ou mais observadores*. Neste estudo, cada aplicação foi realizada, no primeiro momento pelo profissional responsável de grupo e, num segundo momento, pela equipa do centro, constituindo-se assim o outro observador.

A utilização do PRAC pressupõe um bom conhecimento do avaliado por parte de quem avalia e regista as competências, e um bom conhecimento do significado de

cada um dos itens que compõem os diferentes domínios Este conhecimento e domínio do instrumento contribui para a estabilidade dos resultados. Na avaliação e registo cada interveniente directo, ou seja os responsáveis por cada espaço de trabalho onde o cliente se desloca, regista no protocolo as suas observações que serão posteriormente discutidas pela equipa multidisciplinar que com ele trabalha.

Para diminuir as diferenças de interpretação por parte dos utilizadores foi construído um manual de instruções onde se explica o que é pretendido para cada um desses itens, recorrendo a exemplos concretos sempre que necessário. Com o mesmo objectivo existe o quadro de qualificadores onde se definem os vários tipos de apoios e a sua aplicabilidade.

Os valores revelados pela análise das correlações, inter-observador para as diferentes áreas são na sua maioria muito bons. São várias as considerações que podem explicar este facto, como o caso de os profissionais que constituem os dois observadores, serem na sua maioria experientes e com treino de observação e de utilização do PRAC. No entanto, é de referir que essa experiencia não é igual para todos e que nem todos utilizaram de forma consistente o manual de utilização. Pensamos que, este facto pode explicar alguma discrepância de valores uma vez que, devido à dificuldade que por vezes existe na correcta determinação do comportamento a avaliar, a utilização do manual, de forma a uniformizar como deve ser considerado cada comportamento, é fundamental. Um outro ponto a considerar nesta análise é a equipa, que constitui um dos observadores. Sendo de carácter multidisciplinar tem um papel importante a dois níveis: permite uma visão mais completa do cliente que é assim observado por diferentes pessoas em diferentes espaços, dentro do contexto de centro; por outro lado, a discussão entre os vários elementos assume um papel enriquecedor na medida em que possibilita uma troca de percepções e saberes entre pessoas de áreas distintas.

De uma forma geral, na análise da estabilidade inter-observador foram obtidos resultados, para cada área do PRAC, que na sua maioria se, aproximam do valor um traduzindo uma forte correlação entre os observadores e, revelando assim uma boa estabilidade do instrumento. Desta forma, podemos afirmar que a resposta à nossa segunda questão é positiva e que o PRAC produz resultados estáveis, quando avaliados por diferentes observadores.

Na terceira questão a proposta é perceber se o PRAC consegue discriminar indivíduos com maior ou menor grau de autonomia / independência. A autonomia/independência é definida por Jenaro (1999) como a capacidade que o indivíduo tem para trabalhar na comunidade sem a ajuda dos outros. Tugendhat e Dias (2004) referem que a autonomia de um indivíduo vem na sequência da sua independência em relação aos outros e na capacidade de se auto determinar. Ter autonomia requer que cada indivíduo determine as suas próprias acções. Pan (2007) fala da importância e da necessidade de cada pessoa com ou sem deficiência conquistar a sua autonomia, definindo-a como o seu espaço vital. A autonomia conquista-se a cada passo e compete aos cuidadores da pessoa com deficiência contribuir para o seu crescimento, diminuindo gradualmente o apoio que lhe prestam.

Clavijo (2006) ressalta a importância de promover na pessoa com deficiência, a independência e autonomia, contribuindo para o seu desenvolvimento positivo, favorecendo uma personalidade equilibrada e promovendo o seu bem-estar.

Tendo em conta a importância da promoção da autonomia / independência nas pessoas com deficiência mental e para responder à questão acima enunciada foram comparados os resultados da avaliação com o PRAC em dois grupos de clientes que se encontram em fases distintas (fase de competências pessoais e sociais *versus* fase de competências técnicas). Verificou-se que o grupo que transitou para a fase seguinte do programa (grupo 2) foi aquele que, na avaliação com recurso ao PRAC, revelou ter adquirido maior autonomia, o que é uma condição obrigatória para assegurar essa transição. Contudo, muito embora cada sujeito deva ser avaliado numa perspectiva única, uma vez que possui pré-requisitos e vivências muito próprias, de uma forma global observou-se que os resultados sofreram maior evolução em determinados domínios, passando a mostrar uma diminuição significativa do nível de apoio necessário. Tal foi particularmente notório ao nível dos domínios da *higiene pessoal, alimentação, cuidados com o vestuário e na deslocação, relacionamento interpessoal, assertividade, persistência/empenhamento, responsabilidade e tomada de iniciativa*.

Teve-se igualmente em conta o questionário de autonomia apresentado aos profissionais que directamente trabalham com os clientes. Os resultados deste questionário vieram corroborar que o PRAC pode ser considerado um bom instrumento para discriminar o grau de autonomia dos sujeitos, uma vez que se verificou uma boa correlação entre os resultados desse mesmo questionário e os registos obtidos aquando

da avaliação com o PRAC. Desta forma, podemos afirmar que a resposta à terceira questão deste estudo é positiva, e que o PRAC permite diferenciar entre si indivíduos com diferentes graus de competências.

A quarta e última questão vai no sentido de perceber se *os itens constituintes das áreas do PRAC, quando sujeitos a análise factorial, evidenciam os constructos teóricos previamente traçados*. Segundo Almeida e Freire (2000) as cargas factoriais permitem apreciar a qualidade dos vários itens numa prova, bem como o seu conjunto. A análise factorial permitiu identificar três factores, tal como constava da proposta inicial, apesar de os domínios que os constituem apresentarem uma organização distinta. É de referir no entanto que grande parte dos domínios manteve o agrupamento inicial pelo que podemos assumir que os domínios que considerámos, teoricamente, avaliaram a autonomia pessoal, autonomia social e a autonomia de realização são confirmados após análise factorial, respondendo afirmativamente à questão de investigação em causa.

Muito embora o valor do KMO se apresente excelente com a reorganização factorial, a consistência interna do instrumento, medida através do alfa de Cronbach, em que se considerou a organização inicial, revela igualmente valores elevados pelo que se optou por, manter essa mesma organização. Contudo não querendo invalidar a reorganização factorial, optou-se por vir a considerá-la na folha de cotação do PRAC, sendo que, para além do perfil de autonomia, poderemos ter igualmente um perfil por índices factoriais que permitirá uma melhor caracterização do cliente. É de salientar que esta área necessita nesta fase, de um estudo mais aprofundado, mas pensamos que se pode vir a constituir como uma mais-valia.

Apesar dos resultados obtidos serem bons é de salientar que o tamanho reduzido do grupo de amostragem não permite fazer generalizações nem predições no tempo relativamente a este instrumento, pelo que uma futura aposta irá no sentido de efectuar um estudo mais aprofundado que permita a validação do PRAC para a população portuguesa.

Conclusão

Ao longo deste estudo foi efectuado uma análise ao PRAC, no sentido de verificar a sua pertinência e utilidade enquanto ferramenta para registar e avaliar um conjunto de competências, relacionadas com a autodeterminação e inclusão social das Pessoas com deficiência mental, constituindo-se como um bom instrumento para discriminar o grau de autonomia dessas mesmas pessoas.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma crescente preocupação na promoção da pessoa com deficiência mental, contudo apesar de vários autores defenderem a importância da autodeterminação para a sua inclusão social estes princípios continuam a ter pouca aplicação prática junto desta população, existindo em Portugal uma grande escassez de programas de intervenção validados para trabalhar essas competências, independentemente do nível de desenvolvimento das pessoas em causa.

De facto, o material existente continua muito centrado num determinado grupo populacional não abrangendo os aspectos mais básicos da capacidade de escolha, resolução de problemas e tomada de consciência de si próprio entre outras competências que podem e devem ser trabalhadas com todas as pessoas com DM, independentemente das suas limitações.

Neste estudo, analisaram-se as propriedades psicométricas do instrumento mediante um conjunto de análises quantitativas e qualitativas que passaram por analisar a sensibilidade, validade e fidelidade do PRAC. Centrando-se no contributo deste estudo exploratório para uma futura validação do instrumento, houve a preocupação de envolver vários profissionais de áreas distintas de forma a testar a sua aplicabilidade em contextos variados, desde a educação às áreas de cariz artístico como a dança. As diferentes análises levadas a cabo com o instrumento permitiram validar as hipóteses previamente traçadas comprovando que:

Os conteúdos constantes do instrumento são realmente representativos da capacidade de auto-representação das pessoas com deficiência mental.

As medições / observações efectuadas com o PRAC tendem a manter-se estáveis quando realizadas por dois ou mais observadores.

O PRAC pode de facto considerar-se um instrumento útil para discriminar indivíduos com maior ou menor grau de autonomia.

Os itens constituintes das áreas do PRAC quando sujeitos à análise factorial evidenciaram os constructos teóricos previamente traçados, pelo que se pode concluir que avalia realmente o que era pretendido.

Os profissionais que se constituíram como peritos neste estudo, ao responderem às questões colocadas, permitiram com as suas observações, tornar clara a necessidade de criar duas versões diferentes do PRAC, sendo uma mais simplificada para pessoas com deficiência mental profunda /multidificiência e uma outra para crianças com domínios e indicadores específicos dessa faixa de desenvolvimento.

Tendo consciência de que este projecto foi pensado e criado para uma realidade específica, pensa-se contudo ser possível generalizar a outros contextos e público. Sendo o PRAC um instrumento holístico e multi abrangente das diferentes áreas de vida do sujeito, poderá ser utilizado por outros intervenientes que com ele interagem diariamente ou em momentos específicos (equipa multidisciplinar, família, médico, etc.), constituindo-se assim como uma ferramenta de trabalho de grande utilidade numa área em que a escassez de material ainda se faz sentir de forma bastante acentuada, para além de poder vir a trazer alguma uniformidade de linguagem e procedimentos para profissionais de diferentes áreas. Nesta linha espera-se poder vir a considerar o PRAC como um instrumento de registo pessoal que acompanhe o indivíduo nos seus vários contextos de vida, favorecendo um melhor conhecimento do mesmo.

A utilização do PRAC poderá ser uma mais-valia para o plano de desenvolvimento individual. Após a avaliação e registo das competências é possível perceber qual o grau de autonomia do sujeito, qual a sua necessidade de apoio para desempenhar as diferentes tarefas propostas ou adquirir determinadas competências, assim é possível criar um plano de intervenção mais realista e adequado e posteriormente avaliar a sua eficácia.

O PRAC poderá ainda, com a sua forma de registo e sistema de cotação, ser útil para traçar um perfil de autonomia e mais facilmente seguir a evolução do cliente ao longo do tempo.

Espera-se que os resultados obtidos neste contributo para a validação possam constituir-se como preditores do restante instrumento e que possa servir igualmente de degrau para estudos mais aprofundados que conduzam à validação de todo o PRAC, que está na base do projecto, bem como do modelo de intervenção.

Bibliografia

- (1955/2004). Direito Internacional Humanitário e Direitos Humanos. N. Unidas. Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Delegação das Nações Unidas em Genebra.
- Aguiar, J. S. d. (2004). Educação Inclusiva - Jogos para o Ensino de Conceitos. Campinas, Papirus Educação.
- Almeida, L. d. and T. Freire (2000). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga, Psiquilibrios.
- Alonso, M. Á. V. and J. Fuertes (1994). Evaluacion Curricular: una guia para la intervencion psicopedagógica. Madrid, Siglo XXI de España Editores, SA.
- Alonso, M. A. V. and C. Jenaro (2002). Personas con Discapacidad - Perspectivas psicopedagógicas y Rehabilitadoras. Madrid, Siglo XXI de España Editores, SA.
- American Psychiatric Association, A. (1996). DSM-IV. Lisboa, Climepsi Editores.
- Araújo, S. A. (2008). Contributos para uma Educação da Cidadania: Professores e Alunos em Contexto Intercultural. Lisboa, ACIDI, I.P.
- Artes, R. (1998). "Aspectos Estatísticos da Análise Factorial de Escalas de Avaliação." Revista de Psiquiatria Clínica 25(5): 223-228.
- Biosca, S. A. and I. P. Maceda (2004). Discapacidad e Integración: Trabajo y Sociedad. Madrid, Univ Pontifica de Comillas.
- Boavida, J. and J. Amado (2008). Ciências da educação: epistemologia, identidade e perspectivas. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Bohoslavsky, R. (1998). Orientación vocacional: la estrategia clinica. Buenos Aires, Nueva visión.
- Brinckerhoff, L. C. (1993). "Self-advocacy: A critical skill for college students with learning disabilities." Family & Community Health: 16(3): ppg 23-33.
- Bronfenbrenner, U. (1996). A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e planejados. London, Library of Congress Cataloging in Publication Data.

- Bryman, A. and D. Cramer (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais*. Oeiras, Celta.
- Campbell, D. T. and D. W. Fiske (1987). "Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix." *Psychol Bull.* 56: 81-105.
- Carmignani, M. C. (2005). *Viver ao Lado da Deficiência Mental*. S.Paulo, Vetor Editora Psico-Pedagógica, Lda.
- Clavijo, R. (2006). *Manual informativo para cuidadores de pacientes con demencia(y enfermedad de Alzheimer) moderada e intensa*. Sevilha, MAD-Eduforma.
- Cooper, D. R. and P. S. Schindler (2001). *Métodos de pesquisa em Administração*. Porto Alegre, Artemed Editora.
- Coulter, D. L. (2006). *Mental Retardation is a Functional Model. What is a Mental Retardation? Ideias for an Evolving Disability in the 21 st Century*. H. N. S. S. Greenspan, American Association Mental Retardation.
- Creswel, J. W. (2002). *Educational Research: Planning Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. NY, Merrill / Prentice Hall.
- Cronbach, L. J. and P. E. Meehl (1955). "Construct Validity in Psychological Tests " *Psychological Bulletin* 52(281-302.).
- Daunis, R. (2000). *Jovens - desenvolvimento e identidade: troca de perspectiva na psicologia da educação*. São Leopoldo, Editora Sinodal.
- Deci, E. L. and R. M. Ryan (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior* New York, Springer.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e crise*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Escamez, J., J. E. Sánchez, et al. (2001). *La educación en la responsabilidad*. Barcelona, Editorial Paidós.
- Felce, D. (2006). *What is Mental Retardation ? What is Mental Retardation?: Ideias for an Evolving Disability in the 21 st Century*. H. N. Switzky and S. Greenspan, American Association Mental Retardation.
- Field, S., J. Martin, et al. (1998). *A Practical Guide for Teaching Self-Determination*, Council for Exceptional Children, CEC Publications.

Fleck, M. P. d. A. (2003). A utilização de Escalas de Avaliação em Psiquiatria. Psiquiatria Para Estudantes de Medicina. A. C. Neto, G. J. C. Gauer and N. R. Furtado, Supernova Editora.

Freixo, M. (2009). Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas. Lisboa, Instituto Piaget.

Giordano, B. W. (2000). (D) eficiência e Trabalho: Analisando suas representações. São Paulo, Annablume Editora.

Glat, R. (1999). "Refletindo sobre o Papel do Psicólogo no Atendimento ao Deficiente Mental: Além do Diagnóstico"
" Revista de Psicologia Social e Institucional 1(1).

Glat, R. (2006). A integração social dos portadores de deficiência. Rio de Janeiro, Viveiros de Castro Editora, Lda.

Glat, R. and M. A. T. Duque (2003). Convivendo com Filhos Especiais: O Olhar Paterno. Rio de Janeiro, Viveiros de Castro Editora, Lda.

Hair, J. F., Ronald L. Tatham, et al. (2007). Análise Multivariada de Dados. Porto Alegre, Bookman.

Harman, W. and J. Hormann (2001). O Trabalho Criativo - O papel Construtivo dos Negócios numa Sociedade em Transformação. S. Paulo, Editora Pensamento-Cultrix, Lda.

Heinemann, K. (2003). Introducción a la Metodología de la Investigación Empírica Barcelona, Editorial Paidotribo.

IBM (2008). SPSS Inc. . Chicago.

Jenaro, C. (1999). La Transición a la Vida Adulta en Jóvenes con Discapacidad: Necesidades y Demandas. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca.

Jenaro, C. (2004). Trabajo e Discapacidad. Desigualdad Social Y Relaciones de Trabajo. J. d. E. Y. Pena. Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.

Kerlinger, F. N. (1973). Foundations of behavioral research. Michigan, Holt, Rinehart and Winston.

- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation*. England, Lippincott Williams & Wilkins.
- L.Beauchamp, T. and J. F. Childress (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, Inc.
- Loureiro, M. A. S. (1997). *Agora que já não sou criança..* Lisboa, SNRIPD.
- MacDonnel, J. and M. L. Herdman (2009). *Successful Transition Programs - Pathways for students with intelectual and Developmental Disabillities*. London, SAGE Publications, Ltd.
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de Markting: Uma Orientação Aplicada*. Porto Alegre, Bookman.
- Maroco, J. (2007). *Analise Estatistica com Utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo,Lda.
- Maroco, J. and T. Garcia-Marques (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Martim, S. J. (2007). *La Proteccion en el Sistema Interamericano a las Personas con Discapacidad. Igualdad, No Discriminación y Discapacidad - Una Visión Integradora de la Realidades Española y Argentina*. I. C. Cervera and A. Palacios. Madrid, Dykinson.
- Marturano, E. M., M. B. M. Linhares, et al. (2004). *Vulnerabilidade e Protecção - Indicadores na Trajectoria de Desenvolvimento do Escolar*. Sao Paulo Casa do psicologo Livraria e Editora, Lda
- Miralles, P. M. and D. M. R. Ayuso (2006). *Actividades de la Vida Diária*. Barcelona, Masson, SA.
- Möller, L. L. (2007). *Direito à morte com dignidade e autonomia: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade*. Curitiba, Jurua Editora.
- Morris, J. (1991). *Pride against prejudice: tranforming attitudes to disability*. California, New Society.
- Namakfoosh, M. N. (2005). *Metodologia de la Investigación México*, Editorial Limusa, S.A. .

- Nunnally, J. C. (1994). *Psychometric theory*. New York, McGraw-Hill.
- Obiakor, F. E., A. F. Rotatori, et al. (2007). *Current Perspectives in Special Education*. Netherlands, Jai Press Publications.
- Pacheco, M. d. M. (2007). *Guia de Cidadania*. Ponta Delgada, Conselho Municipal de Cidadania - Camara Municipal de Ponta Delgada
- Comando Regional da PSP / Açores.
- Pan, J. R. A. (2007). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Pekelman, E. and V. Lasca (2004). *Atitudes de Sucesso: um Convite à Reflexão e a Histórias interessantes: Indicadores de Sucesso sob Olhares de Pessoas na Maturidade*. S. Paulo, Casa do Psicologo - Livraria Editora, LDA.
- Pogrud, R. L. and F. A. Strauss (1997). *Approaches to Increasing Assertive Behavior and Communication Skills in Blind and Visually Impaired Persons. The Development of Social Skills by Blind and Visually Impaired Students - Exploratory Studies and Strategies*. S. Sacks, L. S. Kekelis and R. J. Gaylord-Ross. New York, AFB Press.
- Raimundo, V. P. (2009). "Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística." *Letras de hoje* 44(3): 86-93.
- Raphael, H. S. and K. Carrara (2002). *Avaliação sobre exame*. S. Paulo, Editora Autores associados.
- Ruiz, I. L. (2001). *Los diferentes tien sexo*. Lisboa, Edições Paulinas.
- Ryan, R. M. and E. L. Deci (2000). "Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being." *American Psychologist* 55: 68-78.
- Santos, S. and P. Morato (2002). *Comportamento adaptativo*. porto, Porto Editora.
- Sasaki, R. K. (1997) *Conceitos de inclusão social ligados a transporte, lazer,desporto e trabalho. Inclusão Social: O Novo Paradigma*
- Sasaki, R. K. (1999). *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro WVA Editora e Distribuidora Ltda.

- Schalock, R. L. (1997). *Quality of Life: Application to persons with disabilities*. Washington, AAMR.
- Schalock, R. L., W. Buntinx, et al. (2007). *User's Guide Mental Retardation Definition, Classification and Systems os Supports*. Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Shapiro, E. S. and T. R. Kratochwill (1988). *Behavioral assessment in schools: conceptual foundations and practical applications*. New York, Guilford Press.
- Simeonsson, R. J., M. Granlund, et al. (2006). *The Concept and Classification of Mental Retardation. What is Mental Retardation*
- Ideias for a Evolving Disability in the 21 st Century*
- H. N. Switzky and S. Greespan, American Association Mental Retardation.
- SNRIPD (2006). *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade*. Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Souza, O. S. H. (2008). *Itenerários de Inclusão Escolar: múltiplos Olhares, Saberes e Práticas*. Porto Alegre, Canoas Editora, Ulbra.
- Spacmam and Willard (2002). *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.
- Storto, J. N. (2005). *Coordenação Motora. Catalogo das Abordagens Terapeuticas*. I. B. Güntert. S. Paulo, Casa do Psicologo Livraria e Editora, Lda.
- Streiner, D. L. and G. R. Norman (1995). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. New York, Oxford Medical Publications.
- Tauber, R. (1997). *Self Fulfilling Prophecy - A Pratical Guide to its use in Education*. Westport, Praeger Publishers.
- Test, D., C. Fowler, et al. (2005). "A conceptual framework of self-advocacy for students with disabilities." *Remedial and Special Education* 26: 43-54.
- Traustadóttir, R. (2006). "Learning about self-advocacy from life history: a case study from the United States." *British Journal of Learning Disabilities* 34(3): 175-180.
- Tugendhat, E. and M. C. Dias (2004). *Os direitos básicos sociais*. Porto Alegre, EDIPUCRS.

- Ward, N. (2000). *The Universal Power of Speaking for Oneself. Cross- Cultural Perspectives on Quality of Life*. K. D. Keith and R. L. Schalock. Washington, American Association on Mental Retardation.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin, et al. (2007). *Pragmatica da Comunicação Humana - Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. S. Paulo, Cultrix.
- Wehmeyer, M. L. (2007). *Promoting self-determination in students with developmental disabilities*. New York, A Division of Guilford Publication, Inc.
- Wehmeyer, M. L. and M. Agran (2000). "Promoting Transition Goals and Self-Determination Through Student Self-Directed Learning: The Self-Determined Learning Model of Instruction." *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* 35(4): 351-364.
- Wehmeyer, M. L. and C. A. Metzler (1995). "How Self - Determined Are People With Mental Retardation? The National Consumer Survey." *Mental Retardation* 33: 111-119.
- Weiner, B. (1979). "A Theory of motivation for some classroom experiences." *Journal of Educational Psychology* 71: 3-25.
- Zigler, E. and D. Bennett-Gates (1999). *Personality Development in Individuals with Mental Retardation*. Cambridge, The Press Syndicate of the University of Cambridge.