



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos

**O Sonho comanda a vida: experiência
profissional no âmbito da deficiência
intelectual e inserção social**

junho de 2015



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos

**O Sonho comanda a vida: experiência
profissional no âmbito da deficiência
intelectual e inserção social**

Relatório de Atividade Profissional
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

junho de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos

Endereço eletrónico: alexcostela90@hotmail.com

Número de Cartão de Cidadão: 10067748

Título: O Sonho comanda a vida: experiência profissional no âmbito da deficiência intelectual e inserção social

Orientador:

Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

Ano de conclusão: 2015

Designação de Mestrado:

Relatório de Atividade Profissional

Mestrado Integrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES RELATÓRIOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 03/06/2015

Assinatura: _____

Índice

Introdução.....	7
PARTE I – Curriculum Vitae.....	8
1. Identificação.....	8
2. Formação académica.....	8
3. Formação profissional.....	8
4. Certificação profissional.....	9
5. Percurso profissional.....	9
6. Aptidões e competências pessoais.....	11
7. Aptidões e competências de organização e trabalho em equipa.....	11
8. Publicações.....	11
PARTE II – Descrição das atividades profissionais realizadas.....	12
1. Atividade profissional Projeto “ <i>Do Mar à Serra...Mais Participação</i> ”.....	12
2. Atividade profissional: Psicóloga na equipa do Rendimento Social de Inserção.....	20
3. Atividade profissional: Realização de consultas em Clínica Privada.....	23
PARTE III – Reflexão Crítica.....	24
Bibliografia.....	28

Agradecimentos

Na realização deste trabalho pude contar com a colaboração valiosa de Professora Doutora Sónia Gonçalves, pelo que, agradeço sinceramente os seus pareceres técnico-científicos em relação ao presente relatório.

Destaco ainda o meu agradecimento a todos os profissionais com quem tive a oportunidade de me cruzar no meu percurso profissional que enriqueceram as minhas experiências.

Por fim, e não menos importante agradeço à minha família e amigos o afeto, o apoio e os conselhos que me deram.

Mestrado integrado em Psicologia da Universidade do Minho
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Relatório de Atividade Profissional: O Sonho comanda a vida: experiência profissional
no âmbito da deficiência intelectual e inserção social
Autora: Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos
Orientadora: Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

Resumo

O presente relatório centra-se na descrição da formação académica e profissional enquanto psicóloga (área clínica e da saúde), assim como, procura evidenciar as funções e atividades desenvolvidas, particularmente, ao abrigo do Projecto “Do Mar à Serra...Mais Participação” que incluiu quatro instituições diferentes orientadas para a solidariedade social, as quais participaram na análise, desenvolvimento e implementação de uma metodologia para satisfazer as necessidades dos cidadãos com deficiência intelectual integrados nos Centros de Atividades Ocupacionais. Deste trabalho desenvolvido surgiu o livro *O Sonho comanda a vida...*, como proposta para essa nova metodologia.

Não deixando para trás a oportunidade de refletir pessoalmente sobre o caminho percorrido, uma análise crítica sobre a experiência profissional, os conhecimentos e as competências adquiridas será efectuada.

Palavras - chave: psicologia clínica e da saúde; competências; psicologia, deficiência intelectual

Integrated Master's Degree in Psychology at the University of Minho

Field of Specialization in Clinical and Health Psychology

Professional Activity Report: The Dream commands life: professional experience in the field of intellectual disability and social inclusion

Author: Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos

Thesis Advisor: PhD Sónia Ferreira Gonçalves

Abstract

This report focuses on the qualifications and career of a clinical psychologist by describing and highlighting skills, activities and responsibilities. Emphasis was given to the project “Do Mar à Serra...Mais Participação”, in which four different social solidarity institutions participated in analyzing, developing and implementing measure to satisfy the specific needs of citizens with intellectual disabilities that were integrated in Occupational Activity Centers. In this work the book *O Sonho comanda a vida...* emerged as a proposal for this new methodology.

This endeavor permitted a personal reflection of the career path chosen as well as an analysis of the professional experience, knowledge and skills.

Keywords: clinical and health psychology; skills; intellectual disabilities

Introdução

A apresentação deste relatório de atividade profissional insere-se no âmbito da conclusão do Mestrado Integrado de Psicologia, na Universidade do Minho, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, e realiza-se ao abrigo do despacho RT-38/2011. O presente relatório incide na atividade profissional desempenhada e procura demonstrar a aplicação de competências-base no domínio da Psicologia Clínica e da Saúde no decurso da mesma.

A primeira parte, incide sobre o “currículo vitae” que indica o percurso formativo e profissional em que são descritas as atividades desenvolvidas profissionalmente, publicações e outras competências.

A segunda, procura salientar um conjunto de competências-chave relacionadas com a prática profissional através da descrição das atividades desenvolvidas dando maior destaque a essas actividades.

A última parte, irá reflectir sucintamente sobre o papel do psicólogo no trabalho desenvolvido com o cidadão com deficiência intelectual, auto-determinação e restante prática profissional.

PARTE I
Curriculum vitae

1. Identificação

Nome: Carla Alexandra Ferreira Costela Bastos

Data de nascimento: 12 de Outubro de 1973

Morada: Rua Aires Barbosa, nº 68

Telemóvel: 915935156

Correio eletrónico: alexcostela90@hotmail.com

2. Formação Académica

Data: Setembro de 1994 a Dezembro de 2000

Qualificação atribuída: Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde

Organização de ensino: Universidade do Minho

Classificação: 15 valores no estágio e 13 valores no final da licenciatura

3. Formação Profissional

Data: 3 a 30 de Março de 2014

Nome da formação: Ação de Sensibilização em Igualdade de Género

Organização promotora: Sopro - Solidariedade e Promoção, Organização Não Governamental para o desenvolvimento, Barcelinhos

Data: 28 de Janeiro a 24 de Fevereiro de 2014

Nome da formação: Ação de Sensibilização para a Prevenção e Combate à Violência

Organização promotora: Sopro - Solidariedade e Promoção, Organização Não Governamental para o desenvolvimento, Barcelinhos

Data: 25 de Janeiro a 24 de Fevereiro de 2014

Nome da formação: Certificado Europeu de Psicologia – Modelo de Competências

Organização promotora: Ordem dos Psicólogos Portugueses

Qualificação atribuída: Aprovada

Data: 13 de Novembro a 20 de Dezembro de 2012

Nome da formação: Curso de Formação em Animação sociocultural: contextos e práticas

Organização Promotora: Forseguro - Associação Técnica de Formação e Higiene e Segurança, Aveiro

Qualificação atribuída: Aprovada

Data: 21 de Julho a 28 de Julho de 2012

Nome da formação: Curso de Formação Profissional da Avaliação Psicológica de Condutores

Organização promotora: Conclusão - Estudos e Formação, Lda., Coimbra

Qualificação atribuída: Aprovada

Data: 5 a 12 de Setembro de 2012

Nome da formação: Curso de Formação Profissional de Formadores e Mediadores de Cursos de Educação e Formação de Adultos

Organização promotora: Forseguro - Associação Técnica de Formação e Higiene e Segurança, Aveiro

Qualificação atribuída: Muito Bom

Data: 11 de Abril a 30 de Maio de 2007

Nome da formação: Curso de Língua Gestual (Nível 1)

Organização promotora: ACSA - Associação Cultural de Surdos de Águeda

4. Certificação Profissional

Data: Janeiro de 2010

Organização certificadora: Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP)

Nome da certificação: Certificação para o exercício da profissão de Psicólogo/a

Certificação atribuída: Cédula Profissional nº 6464

Data: 2005

Organização certificadora: Instituto de Emprego e Formação Profissional

Nome da certificação: Certificado de Aptidão Profissional

Certificação atribuída: Certificado de aptidão profissional nº 30346/2004

5. Percurso Profissional

Data: Setembro de 2012 - presente

Nome do empregador: Clínica S. Bernardo – José Augusto, Lda, Aveiro

Tipo de empresa e sector: Sector privado

Função: Psicóloga

Principais atividades e responsabilidades:

- Consultas de psicologia: diagnóstico e intervenção cognitivo-comportamental crianças, adolescentes e adultos.

Data: 5 de Janeiro a 31 de Março de 2008

Nome do empregador: SFP - Serviços de Formação e Psicologia Unipessoal, Lda, Aveiro

Tipo de empresa e sector: Sector privado

Função: Psicóloga

Principais atividades e responsabilidades:

- Colaboração em processo de Acreditação para a Direcção-geral do Emprego e das

Relações de Trabalho.

Data: 1 de Novembro de 2005 a 30 de Abril de 2007

Nome do empregador: Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação da Águeda

Tipo de empresa e sector: Instituição Particular de Solidariedade Social

Função: Psicóloga (técnica do RSI)

Principais atividades e responsabilidades:

- Desenvolvimento de planos de inserção a nível social, comunitário e laboral de com o objetivo de ajudar os beneficiários do RSI a ajudá-los a otimizar os recursos que lhes permitam ultrapassar as dificuldades e atingir os seus objetivos com sucesso;
- Consultas de psicologia: diagnóstico de necessidades, avaliações e intervenções a beneficiários do RSI.
- Criação e implementação do programa de intervenção “Pequenos grandes Jovens” a jovens em risco sobre o tema da Sexualidade.
- Criação e implementação de programa de intervenção a jovem sobre Competências Sociais a título individual.

Data: 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2003

Nome do empregador: Cerciav - Cooperativa de Educação de Cidadãos Inadaptados de Aveiro

Tipo de empresa e sector: Cooperativa sem fins lucrativos

Função: Psicóloga/Responsável de pesquisa de projecto

Principais atividades e responsabilidades:

Integração na Equipa do Projecto "Do Mar à Serra...Mais Participação"- Medida 5.2 do Fundo Social Europeu, das entidades-parceiras Cerciav (sede) Assol, Cergiag e Vários, com funções:

Ao nível da acção do projecto “Cursos de Formação”:

- Preparação, elaboração e organização dos dossiers para os formadores dos diversos cursos de formação implementados.
- Mediadora de acompanhamento e orientação dos formandos (técnicos, monitores e auxiliares) de todas as instituições envolvidas.

Ao nível da acção do projecto “Manual”:

- Pesquisa bibliográfica para estudo de casos e elaboração de manual de boas práticas sobre autodeterminação para o cidadão portador de deficiência. Organização e tradução de artigos científicos e excertos de livros sobre auto-determinação.
- Análise comportamental e estudo de caso de deficiente profundo, em que foram feitas observações directas em diferentes contextos: dentro da instituição e em meio ambiente.

Ao nível da acção do projecto “Experiências sócio-profissionais”

- Organização de dados relativos às experiências em ambientes comunitários de utentes colocados em contexto de trabalho.
- Responsável pela organização, coordenação e supervisão da acção do projecto "Estágios Partilhados".
- Apoio na intervenção junto de utentes para a resolução de situações problemáticas.

6. Aptidões e Competências Profissionais

Primeira língua: Português

- Outras línguas:

Inglês (compreensão, produção escrita e oral de nível Bom)

Espanhol (compreensão, produção escrita e oral de nível Suficiente)

7. Aptidões e Competências de Organização e trabalho em equipa

Co-organização e participação no Seminário de Apresentação dos Resultados no âmbito do Projecto “Do Mar à Serra... Mais Participação” no dia 5 de Dezembro de 2003, no Auditório da Reitoria da Universidade de Aveiro

8. Publicações

Pereira, M., Vieira, F., Lança, C., Bastos, C., Valente, Z., Marques, S., Camossa, T., Abrantes, F. et al. (2003). *Experiências em Ambientes Comunitários – dossiê*. Viseu: Tipografia Guerra.

Vieira, F., Pereira, M., Valente, Z., Lança, C., Bastos, C., et al. (2003). *O Sonho comanda a vida ... - manual*. Viseu: Tipografia Guerra.

PARTE II

Descrição das actividades

1. **Atividade profissional: Projecto “Do Mar à Serra...Mais participação”**

As actividades abaixo descritas surgiram na sequência da candidatura ao Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social (POEFDS) que integrava, no eixo n.º 5, a medida n.º 5.2, "Promoção da inserção social e profissional das pessoas com deficiência" dando origem ao Projeto do “Mar à Serra...Mais participação”, o qual envolveu as seguintes entidades: Assol – Associação de Solidariedade Social de Lafões, Cerciag – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças de Águeda, Cerciav – Cooperativa para a Educação e Reabilitação dos Cidadãos Inadaptados de Aveiro (entidade-sede) e Vários – Cooperativa de Solidariedade Social, Tondela.

O principal objetivo deste projeto consistiu no desenvolvimento, consolidação e implementação de uma metodologia de trabalho capaz de impulsionar a participação social de pessoas com deficiência intelectual, que estariam à partida, limitadas dentro da comunidade local, dando-lhes a oportunidade de se autodeterminarem, ou seja, de exercerem o direito de decidirem sobre o próprio percurso individual. Para alcançar este objetivo foram realizadas reuniões com os técnicos dos Centros de Atividades Ocupacionais de cada entidade-parceira criando-se assim, um grupo de trabalho específico para o desenvolvimento do projeto. As reuniões de grupo eram realizadas rotativamente nas instalações de cada entidade, sendo a sua periodicidade definida de acordo com a evolução dos trabalhos. Estas reuniões visavam:

a) *Obter conhecimento sobre o funcionamento dos CAO'S de cada entidade-parceira*

Nestas reuniões foram apresentados os objetivos de cada Centro, dados relativos ao número de utentes de cada um, o tipo de patologias/diagnósticos existentes - respeitando o direito à confidencialidade dos utentes – a faixa etária, a área geográfica e o meio comunitário onde estavam inseridos, o tipo de actividades desenvolvidas, os instrumentos e a metodologia que implementavam.

b) *Analisar a bibliografia e metodologia existente*

Nesta fase procurámos contextualizar o nosso objectivo de pesquisa através da análise da bibliografia e metodologias atualizadas. Em seguida, voltamo-nos para a nossa questão central, procurando identificar, no material seleccionado, os trabalhos

mais pertinentes sobre auto-determinação dando início ao tratamento e análise de dados no sentido de desenvolver um instrumento adaptado à nossa realidade.

c) Proposta de instrumento a desenvolver: o Mapa

Após a selecção do material que nos pareceu mais adequado ao que se pretendia adotamos o Planeamento Centrado na Pessoa (o Mapa) como metodologia para cumprir o objetivo proposto

d) Implementação – Mapa aplicado a um utente de cada uma das entidades-parceiras

Cada entidade-parceira iria escolher utentes do Centro de Actividades Ocupacionais que consideravam beneficiar da aplicação do Mapa, respeitando a decisão deste e dos familiares quanto à participação, a qual seria voluntária e sujeita ao consentimento informado. Depois seriam realizadas reuniões de apresentação ao grupo sobre o utente escolhido.

1.1. Enquadramento teórico da atividade

Ter na psicologia um espaço para pensar sobre “deficiências” passou ser uma questão de dignidade humana. Determiná-las sob uma perspectiva exclusivamente médica, em que *déficit* é o que define o sujeito através da doença ou lesão e em que a própria actuação médica quer seja preventiva, de tratamento ou de reabilitação, coloca as decisões do lado do profissional significa desconsiderar a interacção entre o biológico, o psicológico e o sócio-cultural e ainda desresponsabilizar as políticas existentes. Por este motivo, a perspectiva médica foi enfraquecida pelo aparecimento de duas novas abordagens: a social e a biopsicossocial.

Sintetizando ambas, podemos dizer que a primeira rejeita a incapacidade como uma característica interna do indivíduo defendendo que ela resulta da estrutura social ao ser incapaz de se adaptar à diversidade e comprometendo a qualidade de vida da pessoa com incapacidade (Bampi, Guilhem, & Alves, 2010). Apesar das críticas de que foi alvo, porque ignorava as características individuais, foi decisiva para o aparecimento dos movimentos de “auto-representação” apostados na mudança.

A segunda, a biopsicossocial, surgiu da necessidade de reconciliar as abordagens anteriores. Ao considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da pessoa defende que o equilíbrio entre todos é essencial sendo necessário atender às barreiras e aos facilitadores (ambiente) pois, é esse equilíbrio e a capacidade e desempenho da pessoa que definem a sua adaptação e funcionalidade ao meio onde se inserem. Cabe, portanto, à sociedade criar mecanismos e dar apoios que conduzam à sua participação,

inclusão e conseqüente qualidade de vida. A ideia de qualidade de vida está relacionada com diversos indicadores, sendo eles o desenvolvimento pessoal, bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar físico e material, auto-determinação, inclusão social e direitos, os quais são influenciados pelo valor e importância atribuídos por cada pessoa, pelas suas características individuais e ambiente (Verdugo, 2009).

Porém, continua a ser necessário compreender a deficiência em si mesma, perceber como é encarada dentro de uma sociedade que se padroniza por modelos ideais não atendendo, muitas vezes, às diferenças e, ou, em como proporcionar esses apoios.

a) Evolução da classificação de deficiência intelectual

A conceptualização da deficiência intelectual desde sempre se revelou controversa independentemente dos progressos verificados ao nível dos conhecimentos teóricos e das práticas. De facto, a existência ou não de deficiência tinha por base um sistema de classificação que assentava nos resultados de medidas psicométricas (baseado no quociente de inteligência) até a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, propôr que esse sistema de classificação fosse substituído por outro completamente diferente: um sistema multidimensional – o Sistema 2002 – que englobasse todos os aspetos da pessoa e do ambiente, com uma estrutura mais simples para o diagnóstico e classificação da deficiência intelectual e para o planeamento do sistema de apoios. Em vez de graus de deficiência intelectual contempla-se a necessidade de um apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente ao nível de diversas dimensões do funcionamento, tais como a intelectual, a adaptativa, a emocional e a física. Assim, a deficiência mental deixaria de ser entendida como um défice de natureza individual e analisada em termos de défices, para passar a ser considerada como a expressão da interação entre o sujeito e o meio em que se insere e analisada em termos dos apoios necessários ao exercício de diferentes papéis sociais, respetivamente.

Esta conceptualização como défice intelectual e social representou um contributo importante à obtenção de um consenso formal a nível internacional.

O Modelo de Incapacidade da *Classificação Internacional da Funcionalidade* da OMS (2004) abriu as portas ao explicar e compreender a interação entre o ambiente e as condições de saúde da pessoa e ao procurar uma linguagem cada vez mais neutra que descrevesse essa realidade. O modelo de incapacidade refere que o maior ou menor grau de funcionalidade depende das condições de saúde da pessoa, de fatores pessoais e do

ambiente. (Sanches-Ferreira, Lopes-dos-Santos & Santos, 2012). Este modelo diferenciou-se ao minimizar a perspectiva reducionista do modelo médico e social defendendo a integração da funcionalidade e incapacidade e ao descrever as características do indivíduo nos diferentes domínios e as características do seu meio físico e social dando ainda um perfil de funcionalidade e de participação (Fontes, Fernandes, & Alves, 2010).

Na verdade, a utilidade do modelo para a prática clínica é a de que facilitou a construção de um perfil centrado nas características do indivíduo e do ambiente, ao contrário dos outros sistemas: a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-IV). Ambos são reconhecidos como sistemas complementares da CIF, uma vez que a informação sobre o diagnóstico de doenças, síndromes e outras condições associadas (CID-10 e DSM-IV) aliadas à funcionalidade (CIF) fornecem uma visão mais abrangente sobre a saúde e as necessidades do indivíduo (Bridi & Baptista, 2014), não indicando contudo, limites para definir quem é deficiente mas assume a possibilidade de que toda a população ao longo da vida está sujeita a graus de deficiência (DiNubilla & Buchalla, 2008).

Desde a realização deste trabalho, não só os modelos de classificação sofreram uma evolução. Também a terminologia a usar era questionável, na medida em que, a adaptação funcional e uma rede social de apoio eficiente é o que promove a autonomia e a independência. Assim, a expressão “deficiência intelectual” adoptada pela mesma associação (a AAIDD) tem sido recomendada pois seria menos estigmatizante (Santos & Morato, 2012). Contudo, essa mudança ainda não se verifica nem na CID-10 nem no DSM-IV pois ambos utilizam a expressão “deficiência mental” para a descrever e requerem um déficite significativo ao nível intelectual e comportamento adaptativo limitado. No entanto, a versão actual do DSM-5 alterou a sua terminologia para *intellectual disabilities* (deficiência intelectual) como proposto pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, embora mantendo na mesma os critérios de disfunção clinicamente significativos. Em virtude disto, também a CID-10 é revista, que dará lugar à CID-11, a qual propõe o termo *intellectual development disorders* (IDD), definindo-a como um conjunto de condições de desenvolvimento caracterizadas por um declínio significativo das funções cognitivas associadas a limitações na aprendizagem, comportamento adaptativo e competências.

A conceptualização do conceito passa a ser uma questão de saúde e não apenas de incapacidade bem como a sua definição. Sendo o objetivo facilitar o acesso a

cuidados médicos, convém que exista uma classificação ou categoria diagnóstica, daí manterem-se os níveis de gravidade (ligeira, moderada, grave, severa e profunda) já existentes (Salvador-Carulla, Reed, & Vaez-Azizi, 2011).

b) A deficiência intelectual e os Centros de Atividades Ocupacionais

Apesar dos avanços conceituais e da presença de uma legislação mais favorável com a ratificação do protocolo da Organização das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência e com as directivas da União Europeia, que conferiu o estatuto de cidadão com direitos, parece ainda haver uma ausência de uma política global com expressão prática em Portugal.

A deficiência intelectual no nosso país sempre foi encarada numa vertente médica, individual e não social validada, de certa forma, pela própria legislação que se baseia em princípios de assistência e não no reconhecimento de direitos. Embora tenha havido uma evolução positiva com a implementação de serviços de apoio educativo, educação especial e com a inclusão, quer na escola quer na integração em Centros de Atividades Ocupacionais (CAO's) existem ainda barreiras sociais e físicas.

A maioria das entidades especializadas no apoio a pessoas adultas com deficiência intelectual existentes no país, que funcionaram como escolas de educação especial, viram-se obrigadas a reorganizar toda a sua intervenção, dando lugar ao aparecimento dos Centros de Atividades Ocupacionais, porque essas crianças cresceram, tornaram-se pessoas adultas com deficiências e com necessidades diferentes.

Estes centros, dirigidos a pessoas com deficiência intelectual grave têm por objetivo a valorização pessoal, a autonomia e a integração social apostando, para isso, não só no desenvolvimento das suas capacidades, na criação de atividades ajustadas às características individuais essenciais à integração dessas pessoas, como também, a de salvaguardarem os seus direitos de cidadania.

Esta necessidade de rutura com os procedimentos da unidade educativa, a visão mais positiva da deficiência que já se fazia sentir internacionalmente e a possibilidade de inovar neste campo estiveram na origem do nosso interesse.

1.2 Bases da metodologia: os diferentes conceitos considerados e a sua relação

Antes de abordar as bases da metodologia convém referir que um dos pressupostos do projeto incidiu em reconhecer que embora a pessoa fosse limitada na sua capacidade não o era no seu direito de expressar-se na comunidade onde estaria

inserida. Neste contexto, conceitos como qualidade de vida, rede de apoio, autonomia, auto-representação e auto-determinação foram considerados, especialmente, este último.

É dentro da comunidade e com o apoio da rede de suporte que se desenvolvem competências, sentido de responsabilidade e auto-confiança. Não é por acaso que dar à pessoa com deficiência intelectual poder de escolha para decidir sobre a sua vida, dentro de um conjunto de opções, constituiu uma das características da qualidade de vida (van Genep, s.d.).

A qualidade de vida só será possível quanto maior for a autonomia da pessoa por isso, os apoios, que devem ser dados primeiro pela rede social - pais, família, amigos e só depois pelos técnicos cuja participação deve ser activa - forem capazes de lhes dar, dadas as suas potencialidades e limitações a possibilidade de serem elas próprias a decidir o que fazer, como e quando. Ou seja, depende largamente, das suas limitações, necessidades e dos apoios disponíveis (Schalock, 2009). Os apoios funcionam como um recurso para alcançar o desejo da pessoa dentro das suas limitações.

O conceito de auto-representação (self-advocacy), consiste em dar voz às pessoas com deficiência intelectual. Ao conhecerem os seus direitos e responsabilidades e a saber defendê-los, permite-lhes fazer escolhas adequadas às suas necessidades individuais e a terem uma maior participação na comunidade e, dessa forma, alcançarem a “auto-determinação”. A estreita relação entre qualidade de vida e auto-determinação refletem a necessidade de proporcionar melhores condições de vida (ex: bem-estar emocional e físico, direitos) às pessoas com deficiência intelectual.(Whemeyer & Schwartz, 1998).

A auto-determinação é definida como o agir de forma causal sobre a própria vida, escolher e tomar decisões livres de influências ou interferências tendo em conta a qualidade de vida (Wehmeyer, Kelchner, & Richards, 1996). Ou seja, é a pessoa que dirige a sua vida e não outra que a dirige em seu lugar.

Mesmo que a pessoa seja limitada na sua capacidade para agir não significa que não possa ser autodeterminada. O importante é que controle a sua vida e tome decisões de acordo com as suas capacidades, independentemente dos apoios que possa ter, para desenvolver a sua autonomia e respeitando as suas escolhas. Neste sentido, as interações sociais, as oportunidades, o ambiente, a participação e a comunicação (seja através de palavras ou sistemas alternativos) contribuem para a sua auto-confiança e auto-suficiência. Nalgumas situações isto é conseguido através de uma pessoa (ou rede social) que pode ajudá-la a autodeterminar-se (Wehmeyer,1998). Assim, é importante

ouvir o que a pessoa diz, porque a implementação dos apoios dependerá daquilo que a pessoa nos comunica. Se alguém não comunicar ou não formos capazes de a compreender será difícil alcançar o que ela deseja. É importante “desmontar” o que a pessoa pretende (exemplo: um utente queria ser médico mas na realidade o que pretendia era andar de bata branca). (Vieira et al, 2003)

No que se refere a pessoas com deficiência intelectual mais grave e com problemas de verbalização/comunicação, a opção recai nos indicadores de intenção comunicativa (Groove, 2000) e no conhecimento da rede de suporte (social e especializada) para a identificação e interpretação das preferências, porque são as que têm uma maior proximidade com a pessoa e que a conhecem. A auto-determinação implica interpretar comportamentos o que é subjetivo pois depende do grau de conhecimento que se tem da pessoa.

1.3 Planeamento Centrado na Pessoa e o MAPA

Em termos gerais, o objetivo seria a auto-determinação e Planeamento Centrado na Pessoa, a metodologia.

Promover a auto-determinação não é fácil já que o seu principal objetivo não é simplesmente ter o controlo sobre a sua vida ou organizar determinados apoios. Estes devem ser determinados em função daquilo que a pessoa deseja livre de influências. Ela envolve conhecer a pessoa, criar um espaço onde se possa desenvolver, saber comunicar o que pretende e criar uma rede social de apoio.

Neste sentido, o planeamento centrado na pessoa foi o mais acertado, porque ao ser um processo que se foca inteiramente nos seus interesses (ou preferências), procura descobrir os seus pontos fortes e reunir todos os recursos disponíveis da comunidade para a ajudar a ser o agente causal da sua própria vida, eliminando potenciais barreiras (Allen, 1989). É um processo versátil em que os planos para o futuro são construídos com base nos sonhos, medos, interesses e necessidades da pessoa e que, ao mesmo tempo, incentiva a família, amigos, entre outros, a apoiá-la na realização dos mesmos, não descurando as suas limitações (Rasheed, III, & Miller, 2006). Daí os conhecimentos do grupo serem valorizados e o sucesso depender do compromisso voluntário dos participantes e do sistema de apoios, composto pelas redes social e especializada.

O MAPA desenvolvido no âmbito deste projeto baseou-se no Making Action Plans (MAP's), o qual consiste num instrumento de recolha de informação sobre a

pessoa através do desenho de um mapa realizado por um facilitador de modo a que, seja possível a todo o grupo, visualizar o processo que levará ao sonho (Falvey, Forest, Pearpoint, & Rosenberg (1997).

O MAP's é constituído por oito questões, as quais vão sendo colocadas por um “facilitador” enquanto outra pessoa da equipa faz um registo gráfico como se de um mapa se tratasse. Estas questões também foram integradas no MAPA. A ordem das mesmas é flexível e pode variar de acordo com a dinâmica do grupo. O sonho e o pesadelo são as âncoras deste processo, porque uma vez compreendidos são os alicerces que permitem tomar decisões para o futuro. Analisar o pesadelo implica ter uma noção dos obstáculos que se podem encontrar podendo-se planear a forma de os evitar; analisar o sonho implica conhecer o que realmente a pessoa quer ainda que isso possa parecer estar fora da realidade. O facilitador deve ter em atenção que o MAPA pertence à pessoa e que é ela quem controla a reunião.

Neste processo, conhecer bem a pessoa é essencial pois só assim se pode dar início ao MAPA. Conhecer as particularidades da pessoa, os gostos, os interesses, a forma como comunica é conseguido através de um conhecimento mútuo. Assim, a família, os amigos e até os profissionais são envolvidos constituem uma mais-valia como para o processo. E se pensarmos em pessoas com deficiência intelectual mais grave, isto assume ainda maior importância porque temos de ser capazes de interpretar o seu comportamento para chegar ao que a pessoa quer.

A implementação do MAPA resume a possível concretização do Sonho da pessoa num plano de ação individualizado – o Acordo de Apoio – considerando as suas capacidades e limitações. O objetivo global do MAPA é actualizar o sonho e evitar o pesadelo. Ao longo deste processo a pessoa é chamada a refletir sobre si mesma, permite desenvolver competências comunicacionais e sociais, aumentar a sua autonomia e ter uma noção do seu valor pessoal contribuindo, ainda para o seu bem-estar emocional. O MAPA não promete nada contudo, dá esperança. Promove um ambiente de colaboração, confiança, compreensão e partilha da responsabilidade pela concretização do Sonho entre todos os seus membros.

Obviamente, também foram consideradas potenciais dificuldades na implementação do MAPA. Ao pretender ser um instrumento que também permita a pessoa autodeterminar-se foi possível constatar que a primeira dificuldade prendeu-se com a própria pessoa. Habituada a ser “guiada”, todas as decisões seriam de todos menos dela. A outra dificuldade está do lado do profissional, o qual deveria deixar-se

guiar pelos “sonhos” da pessoa e ser capaz de colocar em prática o que era pedido, escutando e averiguando o que ele gosta (preferências), o que consegue fazer (pontos fortes) e que barreiras existem (pesadelos), o que era difícil dada a falta de preparação e prática para implementar um instrumento deste tipo. Também a falta de apoio por parte das famílias ou amigos em integrarem este processo dificulta a criação de relações estáveis com as redes de apoio comprometendo a elaboração do MAPA.

Por último, pode-se apontar como uma das dificuldades as limitações ao “Sonho” da pessoa. O desafio que se colocou a toda a rede de suporte foi o de respeitar a decisão de terceiros relativamente à concretização do “sonho”. Neste sentido, é importante analisar todo o procedimento porque a falta de um apoio flexível também pode ser um obstáculo para promover um comportamento autodeterminado.

“O Sonho comanda a vida...”, que teve por base o *It's my choice* (Allen, 1998) e o *All my life's a circle: Using the tools: Circles, Map's & PATH* (Falvey, Forest, Pearpoint, & Rosenberg (1997), pretendeu transmitir uma ideia de possibilidade contra as limitações das pessoas com deficiência intelectual mais grave promovendo uma consciência profissional e fornecer algumas orientações práticas para o futuro, tornando-se assim, inovador face às metodologias existentes na altura.

2. Atividade profissional: Psicóloga na equipa do Rendimento Social de Inserção (RSI) – Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Águeda

As atividades aqui desenvolvidas encontravam-se ao abrigo de um Protocolo estabelecido entre esta Delegação da Cruz Vermelha e a Segurança Social, que visava o acompanhamento de indivíduos/agregados familiares beneficiários da medida de RSI. Esta medida consiste numa resposta social integrada que procura a fomentar a participação activa dos beneficiários RSI na definição do seu projeto de vida através da mudança de atitudes e comportamentos que permitam o desenvolvimento de competências, na optimização dos seus recursos internos para a sua progressiva autonomia e integração social e laboral em diferentes áreas: organização doméstica, gestão financeira, emprego/ocupação e educação e gestão de dinâmicas familiares.

A intervenção iniciava-se pela análise e diagnóstico dos problemas económicos, sociais e psicológicos do indivíduo/família, e avaliação dos recursos, potencialidades e constrangimentos, para que as intervenções fossem ajustadas à situação real em que se encontravam esses beneficiários.

2.1 Reuniões de Núcleo do RSI: acompanhamento dos beneficiários do RSI

Esta acção envolveu a colaboração de técnicos de outras instituições, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Agrupamento de Escolas, Centro de Saúde. Era realizado o seguinte:

-Avaliação inicial/levantamento de necessidades: eram realizadas mensalmente reuniões entre um representante da Segurança Social e as equipas técnicas do RSI das diferentes instituições, em que cada uma - quando aplicável - apresentava agregados familiares e/ou pessoas em situação de grande vulnerabilidade sinalizadas que necessitavam de um parecer. Neste sentido procedia-se, em primeiro lugar, a uma avaliação das necessidades desses beneficiários identificando áreas em que era necessária uma intervenção para que o plano de inserção fosse cumprido; em segundo lugar, efectuava-se o encaminhamento, por exemplo, para a psicóloga caso fosse necessário aconselhamento psicológico; para o centro de saúde no caso de serem precisas consultas de alcoologia ou de outro tipo. Estas reuniões serviam ainda para reavaliar os processos dos beneficiários, isto é, redefinir as medidas a serem implementadas consoante o cumprimento das medidas anteriores por parte dos mesmos.

- Elaboração de planos de intervenção: com base na identificação e avaliação das áreas problemáticas, cada instituição, no âmbito das reuniões de equipa do RSI, dava início à elaboração do plano de intervenção ou ao reajuste dos mesmos com os beneficiários, os quais eram notificados para comparecerem na instituição da área de residência.

2.2 Consultas de avaliação/intervenção psicológica

As consultas de avaliação psicológica foram realizadas na Cruz Vermelha e eram encaminhadas pela técnica de serviço social da Cruz Vermelha, caso os beneficiários estivessem sobre a alçada da Cruz Vermelha e, formalizadas pelas outras instituições, que solicitavam o apoio psicológico, já com a autorização dos pais/ encarregados de educação no caso de menores.

O processo de avaliação psicológica iniciava-se com uma entrevista de avaliação/anamnese (aos pais/encarregados de educação) e por um processo de avaliação psicológica. As sessões de avaliação psicológica, no máximo três, tinham a duração de 60 minutos, sendo depois definidos os objetivos de intervenção e apresentadas as estratégias junto de todos os intervenientes no processo.

A informação da avaliação era referenciada e registada no respetivo processo de Rendimento Social de Inserção sendo ainda anexado a esse processo relatório de avaliação psicológica, no caso de ser pedido pela Segurança Social e os beneficiários darem autorização para tal.

As intervenções visavam apoiar os beneficiários identificados com áreas problemáticas quer adultos, crianças ou jovens. Caso os alvos de intervenção fossem crianças ou jovens a cooperação dos professores, da própria família e comunidade era solicitada, quando pertinente. Os relatórios pedidos pelas escolas ou outras instituições eram dados com as devidas autorizações respeitando as regras do código deontológico.

As áreas problemáticas que mais se destacam, nas crianças e jovens, referem-se a problemas de comportamento, indisciplina na sala de aula, absentismo, agressões aos pares, problemas relacionados com deficit de atenção e concentração, dificuldades na aprendizagem, desmotivação e falta de interesse pela escola. A instabilidade emocional, depressão, baixa auto-estima, stress e ansiedade, era mais evidente em adultos, embora fosse comum em crianças e adolescentes.

A resolução destas áreas problemáticas incidiam em estratégias de auto-controlo, competências sociais, contratos de contingências. Identificar o modo como estudavam, organizavam e geriam o tempo, a fim de criarem hábitos de estudo eficazes e motivação era outra componente. Gerir estados de ansiedade e stress, promover a auto-estima e comportamentos associados, incidia no uso de auto-registos para identificar sentimentos, pensamentos e alternativas para fazer face a situações negativas.

O acompanhamento fora da instituição para obter-se feedback sobre a evolução dos alunos referenciados, como também, para prestar apoio aos próprios professores em contexto de sala de aula era realizado com a colaboração dos professores e/ou directores de turma.

2.3 Programa sobre sexualidade dirigido a jovens

O programa foi procurou responder às necessidades dos jovens que estavam ao abrigo desta medida e frequentavam os *ateliers*. Pretendeu-se abordar o tema da sexualidade de forma estruturada, responsável e, através de uma linguagem simples, procurar explicar as questões emocionais e físicas relacionadas com a sexualidade mas, acima de tudo com a afetividade.

Foi ainda realizado um questionário de pré e pós-teste. A participação dos jovens

neste programa, com idades entre os 12 e os 15 anos, esteve sujeita a uma autorização prévia (escrita ou por telefone) por parte dos pais e encarregados de educação.

O programa foi realizado na instituição. Foi constituído por 8 sessões com a duração de 1h30m. Cada sessão abordou um tema específico com atividades práticas.

O grupo teve um mínimo de 8 jovens com igual número de rapazes e raparigas.

3. Actividade profissional: Realização de consultas em Clínica Privada

Atualmente, nas consultas de psicologia são realizados diagnósticos e intervenções ao nível cognitivo e comportamental para crianças, adolescentes e adultos.

PARTE III

Reflexão crítica

Após a conclusão da licenciatura em Psicologia tive oportunidade de iniciar a prática profissional num contexto bastante diferente: deficiência mental. Além de ter sido um desafio, serviu para aplicar conhecimentos adquiridos durante o percurso académico, constatar algumas inseguranças inerentes a de quem inicia uma atividade profissional e perceber que a psicologia clínica é bastante versátil.

As pesquisas em Psicologia sempre tiveram um interesse nas psicopatologias e no desenvolvimento saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais de indivíduos, grupos e instituições. Mas apesar dos avanços e da presença de atitudes menos estigmatizantes dificilmente se pode dizer que tanto as pessoas com deficiência intelectual como as referenciadas em grupos de risco tenham sido sempre tratadas de forma a ser favorecido o desenvolvimento de competências e atitudes que visassem o seu bem-estar. Ao refletir sobre este trabalho damos conta, no entanto, de que tem havido um esforço no sentido de tornar a sociedade um espaço mais positivo e humano para todos, com e sem deficiência.

Do nosso ponto de vista a Psicologia Clínica privilegia a qualidade da relação entre o Psicólogo e o seu utente. Neste sentido, e independentemente do quadro teórico que aplique e que lhe permite desmontar o que surge como desadaptação ou sofrimento, tem como característica essencial a capacidade de utilizar ferramentas psicológicas na resolução de uma problemática colocada por um indivíduo, um grupo, ou uma população através de uma análise e intervenção adequada. Intervenção esta que não tem de ser rígida, pelo contrário, deverá procurar ser criativa, inovadora mas estruturada atendendo ao fato de que o sucesso das intervenções também depende das pessoas que requerem ajuda.

A necessidade de sistematizar o conhecimento acerca das potencialidades de todo o ser humano fez com que, actualmente, os psicólogos prestassem cuidados de saúde às pessoas com deficiências com a mesma qualidade dos dispensados às restantes; ou que, pelo menos o tentassem.

Sob este ponto de vista, tanto no trabalho com pessoas com deficiência intelectual como com grupos vulneráveis socialmente é necessário respeitar a sua dignidade, autonomia, interesses e as suas necessidades específicas através de normas deontológicas (consentimento livre e informado, direito à informação sobre

procedimentos).

A percepção de que a pessoa com deficiência intelectual mais grave podia criar as suas próprias experiências e condições de vida fez com que o papel do psicólogo, ao longo das últimas décadas, se transformasse. O poder que detinha sobre a pessoa com deficiências, que se limitava a tomar decisões em nome desta sobre as suas diferentes áreas de vida, não respeitando as suas preferências e interesses, deixou de fazer sentido com o aparecimento dos movimentos de auto-representação. O poder deslocou-se, agora, para a pessoa e o papel do profissional passa a ser o de um “assessor / representante” que a ajuda a tomar a “decisão certa” influenciando de certo modo, essa decisão (Pennel, 2001).

Mas a auto-determinação ao fomentar uma mudança na atitude dos psicólogos em relação ao reconhecimento da pessoa com deficiência intelectual como alguém capaz de protagonizar o seu percurso de vida redefiniu de novo a posição destes profissionais. Ao tornar-se decisiva para o projecto de vida da pessoa com deficiência e responsabilizando-a pelo mesmo, reduz o papel do profissional a um mero “consultor”. Enquanto “consultor / facilitador” a sua função será a dar, a estas pessoas, oportunidades de escolha para tomarem decisões livres de influências externas e tendo por base os seus interesses e preferências. O objectivo é que as decisões tomadas sejam decisões informadas.

A adaptação ao trabalho no campo das deficiências, mais concretamente, na deficiência intelectual, não é tarefa fácil dadas as limitações comunicacionais da maior parte dessas pessoas ou da existência de dificuldades técnicas, (por exemplo, ser difícil o acesso a ajudas técnicas por parte das instituições ou da própria pessoa) para realizar uma intervenção adequada. Este trabalho é exigente e leva-nos muitas vezes a sentir de forma mais intensa as nossas próprias limitações. Quase se pode dizer, que “a nossa própria auto-determinação”, enquanto psicólogos (isto é, tomar decisões de forma livre sem nos deixarmos influenciar) constitui um desafio, na medida em que, dadas as dificuldades dessas pessoas, poderemos ter tendência para limitar a sua forma de agir, cair na tentação de decidir por elas relativamente ao seu percurso de vida.

Contudo, estas limitações têm um duplo efeito: a necessidade que sentimos em romper com essas limitações através do aperfeiçoamento das intervenções na prática profissional reconhecendo a necessidade de investigação e pesquisa e a respetiva transposição dos resultados para a prática clínica e educacional. Neste sentido, pode-se

dizer que “O Sonho comanda a vida...” assim o traduz, devido ao seu carácter inovador, atendendo à data em que foi realizado.

A auto-determinação é uma área que permite a exploração de novos modelos que promovam qualidade de vida, a qual implica considerar relações afetivas interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, físico, inclusão social e direitos.

Mas o meu trabalho na área clínica não se limitou à deficiência, tendo sido, também, realizado no âmbito comunitário. Este foi um trabalho diferente em que tive por função o acompanhamento de famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção. O acompanhamento clínico prevaleceu pois o que se verificava na avaliação e acompanhamento a estas famílias, na maioria delas desestruturadas, são os problemas emocionais afetando, principalmente o desempenho escolar das crianças e jovens.

Todos os profissionais que trabalhem com populações de risco deparam-se com pessoas com histórias de vida particulares, culturas e pensamentos próprios que fazem parte de uma realidade marcada por desigualdades. Neste âmbito, a intervenção do psicólogo deve ser multidisciplinar e articulada com outros profissionais. O psicólogo deve compreender a realidade social da pessoa e do seu agregado de modo a que a sua intervenção vá de encontro às suas necessidades. Fazer acreditar que é possível sonhar e que vale a pena é um desafio pois o sonho é construído diariamente. Quer isto dizer que tudo o que foi desenvolvido no campo da deficiência, que culminou com o instrumento de trabalho “MAPA” tem aplicação nesta área com as devidas adaptações, como é evidente. Também aqui as pessoas necessitam de sonhar, “mapear” o seu futuro individual para se auto-determinarem, o que implica uma mudança de atitudes e comportamentos que permitam a sua progressiva integração social e laboral.

Na prática, também aqui o profissional tem tendência para decidir o que é melhor para o utente ignorando algumas vezes a sua capacidade de tomar decisões; outra vezes é a resistência por parte de algumas famílias na aceitação das orientações ou pela sua falta de comparência devido a situações individuais ou familiares, que comprometem o acompanhamento adequado a estas pessoas.

O papel dos profissionais e, principalmente o dos psicólogos, deve conduzir a ações facilitadoras de integração que apontem para o crescimento, filtrando e avaliando também as limitações das instituições a fim de criarem medidas adequadas que ofereçam oportunidades iguais para todos, diminuindo cada vez mais as diferenças.

Evidentemente, que isto não dependerá apenas dos profissionais. As políticas devem acompanhar esta evolução em termos práticos, tal como, os diferentes serviços devem articular as suas práticas de forma mais eficiente.

Desde então, a prática de clínica privada tem feito parte do meu percurso profissional, permitindo-me lidar com quadros psicopatológicos diversos, desenvolver competências ao nível da avaliação e intervenção. Sistematizar e atualizar diferentes abordagens é um trabalho enriquecedor mas exigente daí o conhecimento acerca das características positivas e potencialidades do ser humano ser um dos principais desafios para os psicólogos e para o futuro da Psicologia.

Bibliografia

- Allen, W. (1989). *It's my choice...* Association of Regional Center Agencies' Integrated Services Systems Projects. Reprinted M.N. Governor's Planning Council on Developmental Disabilities.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Bampi, L., Guilhem, D., & Alves, E. (2010). Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 816-823. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400022&lng=pt&tlng=pt
- Bridi, F., Baptista, C. (2014, Maio-Agosto). Deficiência mental: o que dizem os manuais diagnósticos?. *Revista Educação Especial*, 27(49), 499-512. Disponível em <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial> <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X6940>
- Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Disponível em <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150>
- Di Nubila, H., Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 324-335. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=pt&tlng=pt
- Falvey, M. A., Forest, M. S., Pearpoint, J., & Rosenberg, R. L. (1997). *All My Life's a Circle: Using the Tools: Circles, MAPs & PATH*. Toronto: Inclusion Press.
- Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspetos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 171-178. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>
- Gennep, A., (s.d.). Qualidade de Vida e Apoios. A evolução dos pontos de vista sobre a deficiência mental e os apoios a pessoas com deficiência mental”, comunicação apresentada no lançamento do livro de VIEIRA, Fernando, PEREIRA, Mário, Se Houvera quem me ensinara..., 1996, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- Groove, N., Bunning, K., Porter, J., & Morgan, M. (2000). *See What I Mean: Guidelines to Aid Understanding of Communication by People with Severe and Profound Learning Disabilities*. BILD Mencap

OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial de Saúde, Direção Geral de Saúde, Lisboa, 2004.

Pennell, R. (2001). Self-determination and self-advocacy: Shifting the power. *Journal of Disability Policy Studies*, 11(4), 223-227. Disponível em http://www.worksupport.com/documents/proed_selfdetermination.pdf

Rasheed, S., III, C., & Miller, S. (2006). Person-Centered Planning: Practices, Promises, and Provisos. *Journal for Vocational Special Needs Education*, 28(3), 47-59. Disponível em http://specialpopulations.org/Whole_Journal/Spring2006_V28-3.pdf

Salvador-Carulla L, Reed G., & Vaez-Azizi L. (2011, Outubro). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for 'mental retardation/intellectual disability' in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>

Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., & Santos, M. (2012, Outubro-Dezembro). A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito de Incapacidade Intelectual: de uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(4), 553-568.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000400002&lng=en&tlng=pt

Santos, S., Morato, P. (2012, Janeiro-Março). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 3-16. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000100002&lng=en&tlng=pt

Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(1). Disponível em <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/siglo-cero/numeros-gratuitos/902-no-229.html>

UNIÃO EUROPEIA, 2004, Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem a Empregabilidade e o Emprego das Pessoas com Deficiência. Projecto GESQUAL, Bruxelas

Verdugo, M. (2009, Maio-Agosto). El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de Educación*, 349, 23-43. Disponível em http://www.revistaeducacion.educacion.es/re349_02.html

- Vieira, F., Pereira, M., Valente, Z., Lança, C., Bastos, C., Fernandes, L., Ricardo, T.,... Camossa, T. (2003). *O Sonho comanda a vida ... - manual*. Viseu: Tipografia Guerra.
- Wehmeyer, M.L., Kelchner, K., & Richards, S. (1996). Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 100(6), 632-642.
- Wehmeyer, M. (1998). Self-Determination and individuals with significant disabilities: examining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 23(1), 5-16.
- Wehmeyer, M., Schwartz, M. (1998, Março). The Relationship between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(1), 3-12.