

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE COMO INSTRUMENTO DE INTERPRETAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA APAE DE BAURU

Darcisio Hortelan Antonio¹

Juliana Rodrigues Sigolo²

RESUMO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência ou seja, mais de 20 milhões de brasileiros. Essas deficiências estão distribuídas entre deficiência intelectual 5%; física 2%; auditiva 1,5%; visual 0,5% e múltipla 1%. Na APAE de Bauru, todos os usuários encaminhados aos serviços de saúde passam necessariamente por avaliação da equipe multidisciplinar. Os usuários encaminhados ao serviço de reabilitação intelectual são avaliados, para determinar a presença ou não da deficiência. A escala Vineland é mundialmente utilizada para avaliar o comportamento adaptativo das pessoas, o que, associado com testes de inteligência, serve como critério para determinar o diagnóstico de deficiência intelectual. Esta pesquisa teve por objetivo descrever os resultados encontrados pela aplicação da escala Vineland, no comportamento adaptativo de 44 usuários encaminhados com suspeita de deficiência intelectual, entre os meses de março de 2015 a junho de 2016, avaliando o domínio comunicacional, o domínio das atividades de vida cotidiana e o domínio de socialização.

Palavras-Chave: Avaliação. Deficiência. Classificação Internacional de Funcionalidade.

ABSTRACT

¹Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenador do Serviço de Reabilitação da APAE – Bauru. Contato: Avenida José Henrique Ferraz, 20-20 - Residencial Granja Cecília CEP 17054-697 - Bauru – SP Tel.: (14) 3106-1252 - E-mail: reabilitacaobauru@apaebrazil.org.br

²Psicóloga, com Extensão em Escalas de Avaliação, Coordenadora da Equipe de Avaliação Multiprofissional da APAE – Bauru. Contato: Avenida José Henrique Ferraz, 20-20 - Residencial Granja Cecília CEP 17054-697 - Bauru – SP Tel.: (14) 3106-1252 - E-mail: avaliacaobauru@apaebrazil.org.br

According to the World Health Organization 10% of the Brazilian population presents some kind of deficiency, so, more than 20 million Brazilians. Being distributed among Intellectual Deficiency 5%; physical 2%; Hearing Deficiency 1,5%; Visual 0,5%; Multiple 1%. At APAE in Bauru, all users referred to the health services of the institution, necessarily undergo an evaluation from the multidisciplinary team. The users referred to the Intellectual Rehabilitation service are evaluated to determine the presence or absence of disability. The Vineland scale is used worldwide to evaluate the adaptive behavior of people, fact associated to intelligence tests serves as a criterion to determine diagnoses or lack of disability. This study aimed to describe the results found when applying the Vineland scale, in adaptive behavior of 44 users referred with suspected intellectual disabilities, between the months of Marc 2015 to June 2016, evaluating the communicational areas of everyday life activities and socialization. This was a descriptive, retrospective study, analyzing the database of the institution's evaluation team, using as a reference, the data international classification functionality.

Keywords: Evaluation. Deficiency. International Classification Functionality.

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência foram historicamente deixadas à margem da sociedade, rotuladas e excluídas socialmente. Hoje, entretanto, esse cenário vem se transformando e há uma busca pela inclusão da Pessoa com Deficiência nos mais diversos contextos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), mais de 49 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, sendo elas: mental 1,4%; física 7%; auditiva 5,1%; visual 18,6%. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) indica que a prevalência de deficiências na população brasileira seria de 10%, ou seja, mais de 20 milhões de brasileiros, sendo distribuída em: mental 5%; física 2%; auditiva 1,5%; visual 0,5%; múltipla 1%.

Estes dados evidenciam a importância de entender o atual conceito de deficiência, a capacidade de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência

e como o processo de avaliação pode contribuir significativamente para o atendimento de suas necessidades, buscando a máxima promoção de saúde.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar a ela relacionados, tais como educação e trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Ela é uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde. Os domínios contidos podem, portanto, identificar funcionalidades e incapacidades nas mais distintas estruturas do corpo, podendo ser interpretadas através das alterações dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatômicas.

Na Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) de Bauru, a equipe multiprofissional de avaliação realiza práticas, que buscam identificar e atender as demandas de habilitação e de reabilitação de cada indivíduo, no atual momento de sua vida, entendendo sua funcionalidade e a importância desta para sua dinâmica de vida, norteadas por padrões técnicos e pela existência de normas éticas.

A equipe de avaliação da APAE de Bauru avalia, através da CIF, todos os pacientes recém-admitidos no serviço. Este processo se dá por intermédio de um sistema informatizado de coleta dos dados, utilizando um *software* que sistematiza a classificação, nos padrões da CIF, no modelo Domínios, Ambiente, Estruturas e Funções (DESB), protocolado na OMS sob nº147790. Este programa permite a inclusão de diferentes escalas de avaliação da CIF, contemplando todos os domínios avaliados e fornecendo dados quantitativos e qualitativos, a serem utilizados para subsidiar a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS).

A escala Vineland (SPARROW; BALLA; CICHETTI, 1984) é mundialmente utilizada para avaliar o comportamento adaptativo das pessoas, o que, associado a testes de inteligência, serve como critério para determinar o diagnóstico de deficiência intelectual. A equipe de avaliação da APAE de Bauru utiliza a CIF, para avaliação dos domínios de funções mentais e intelectuais e delimita a deficiência da pessoa, com a utilização da escala de potencialidades.

A importância da avaliação está relacionada a compreender as necessidades individuais de cada pessoa, considerando todos os aspectos de sua vida, o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, as barreiras e os facilitadores envolvidos nesse processo e como pensar em estratégias de ação para habilitação e reabilitação, que são estabelecidas através de fatores clínicos, emocionais,

ambientais e sociais envolvidos, considerando acima de tudo as expectativas da pessoa e sua família sobre esse processo.

Assim, de acordo com as normativas da OMS (2004), a CIF serve de instrumento para subsidiar a elaboração do PTS, identificando as metas a serem atingidas, a equipe envolvida, as potencialidades e as deficiências da pessoa em seu processo de Habilitação e Reabilitação, visando à promoção de saúde. O Ministério da Saúde descreve o PTS como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p. 40).

Portanto, trata-se de uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes, para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2007, p. 40).

O presente estudo descreve a experiência com a utilização da CIF, bem como apresenta dados coletados com a utilização dessa escala, em especial, os resultados encontrados pela aplicação da escala Vineland, no comportamento adaptativo de 44 usuários encaminhados com suspeita de deficiência intelectual, através do modelo DESB.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, com análise descritiva dos dados através do banco de dados da CIF, arquivados no *software* DESB protocolado na OMS sob nº147790, coletados pela equipe de avaliação multiprofissional da APAE de Bauru, entre os meses de março de 2015 até junho de 2016.

Foram analisados os relatórios de 273 pacientes encaminhados para avaliação de deficiências gerais. Sendo que 44 usuários, encaminhados com suspeita de deficiência intelectual, foram avaliados através da aplicação da escala Vineland.

O instrumento apresenta a seguinte escala: 2 – Sim, normalmente; 1 – Algumas vezes, ou parcialmente; 0 – Não, nunca N – Não teve oportunidade D – Desconhecido. Dessa forma, quando o instrumento aponta “0 – Não, nunca”, o seu

parâmetro para a CIF pode ser de deficiência completa; quando ele aponta “1 – Algumas vezes ou parcialmente”, o seu parâmetro para CIF pode ser uma ponderação entre deficiência grave e deficiência moderada; quando ele aponta “2 – Sim normalmente”, o parâmetro para a CIF pode ser nenhuma deficiência; Finalmente, quando aponta “N - não teve oportunidade” e “D – Desconhecido”, o parâmetro para a CIF pode ser uma ponderação entre deficiência não especificada ou não aplicável.

Nos pacientes avaliados pela escala Vineland, foram analisados: o domínio comunicacional, o domínio das atividades de vida cotidiana e o domínio de socialização. Em todos os gráficos, foi considerada a média estatística dos resultados da amostra.

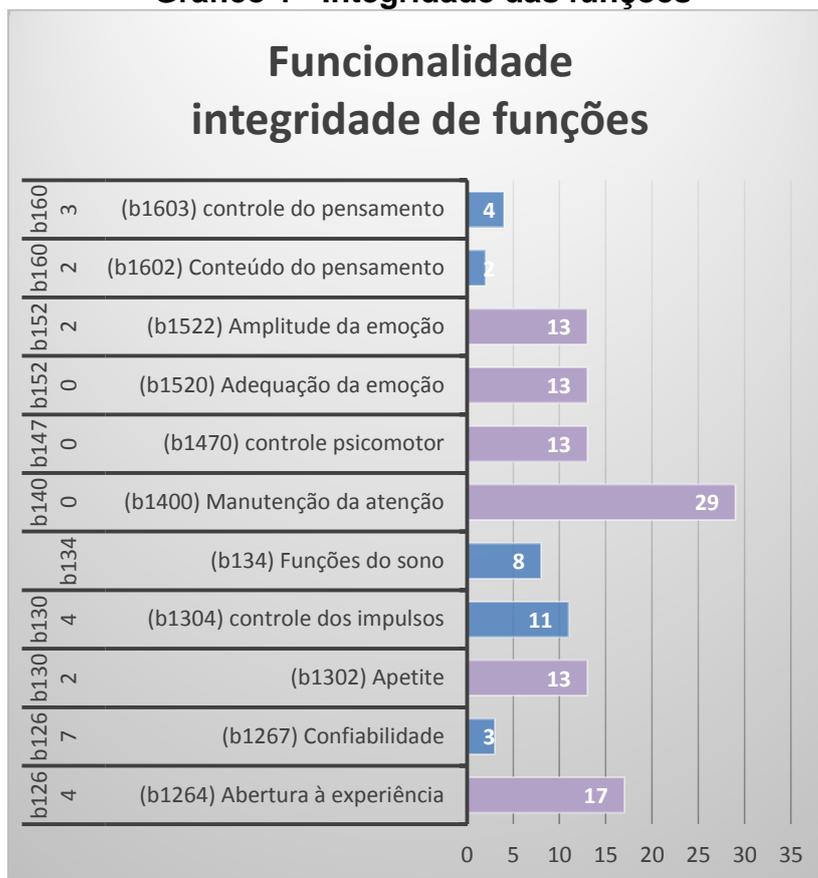
Não houve distinção de gênero, nem de idade para a pesquisa, foram utilizados os dados de todos os pacientes avaliados, dentro deste período e a pesquisa contou com aprovação da diretoria técnica da APAE de Bauru e a assinatura, em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizada pelos pacientes ou responsáveis.

RESULTADOS

O instrumento denominado Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland possibilitou a captura de informações sobre as funções do corpo, de modo mais expressivo, no domínio das funções mentais.

Em relação à integridade das funções, a tabela abaixo mostra a média dos resultados dos 44 pacientes avaliados. Em roxo, as funções mais expressivas. Trata-se das áreas com maior índice de funcionalidade, isto é, tipo de integridade das funções. Há uma prevalência da integridade da função da atenção e em seguida da função de abertura à experiência. A seguir, temos, igualmente, a prevalência da integridade das funções relativas à adequação da emoção, do controle psicomotor e do apetite. Os percentuais abaixo resultam da comparação entre as funções componentes do perfil da integridade das funções do corpo. (Gráfico 1)

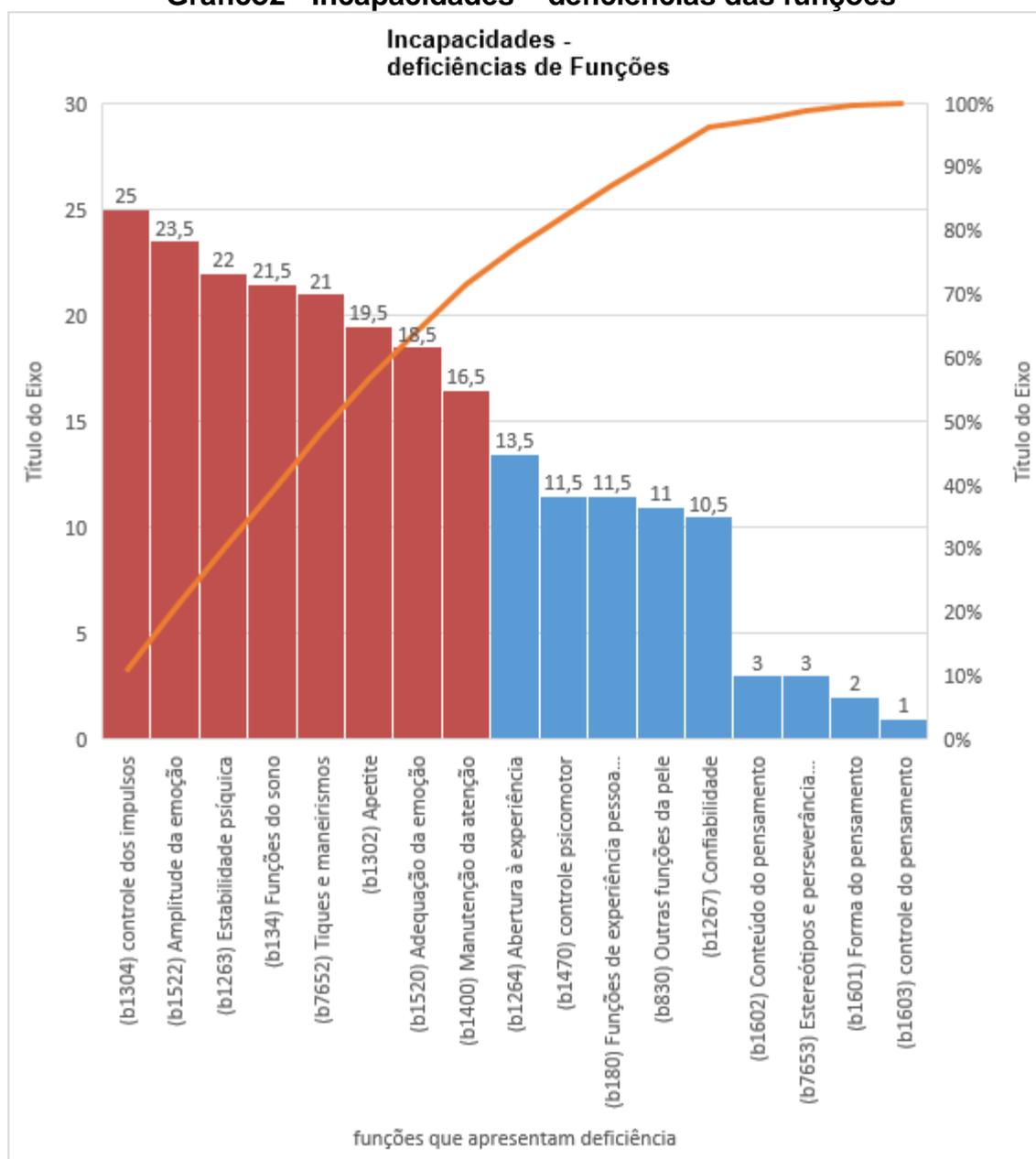
Gráfico 1 - Integridade das funções



Fonte: Dados do Setor de Avaliação da APAE de Bauru (Banco de dados DESB)

No Gráfico 2, é demonstrada a incapacidade das funções. A tabela mostra a média dos resultados dos 44 pacientes avaliados, sendo em vermelho as funções com deficiência mais expressivas. Trata-se das áreas que apresentam uma maior ocorrência de incapacidade, do tipo deficiência de função. O perfil do grupo apresenta uma prevalência de deficiência das funções do controle dos impulsos, em seguida as deficiências da função da amplitude da emoção, da função da estabilidade psíquica, das funções do sono e, por fim, dos tiques e maneirismos, das deficiências do apetite e da adequação da emoção. Os percentuais abaixo resultam da comparação entre as funções componentes do perfil das deficiências.

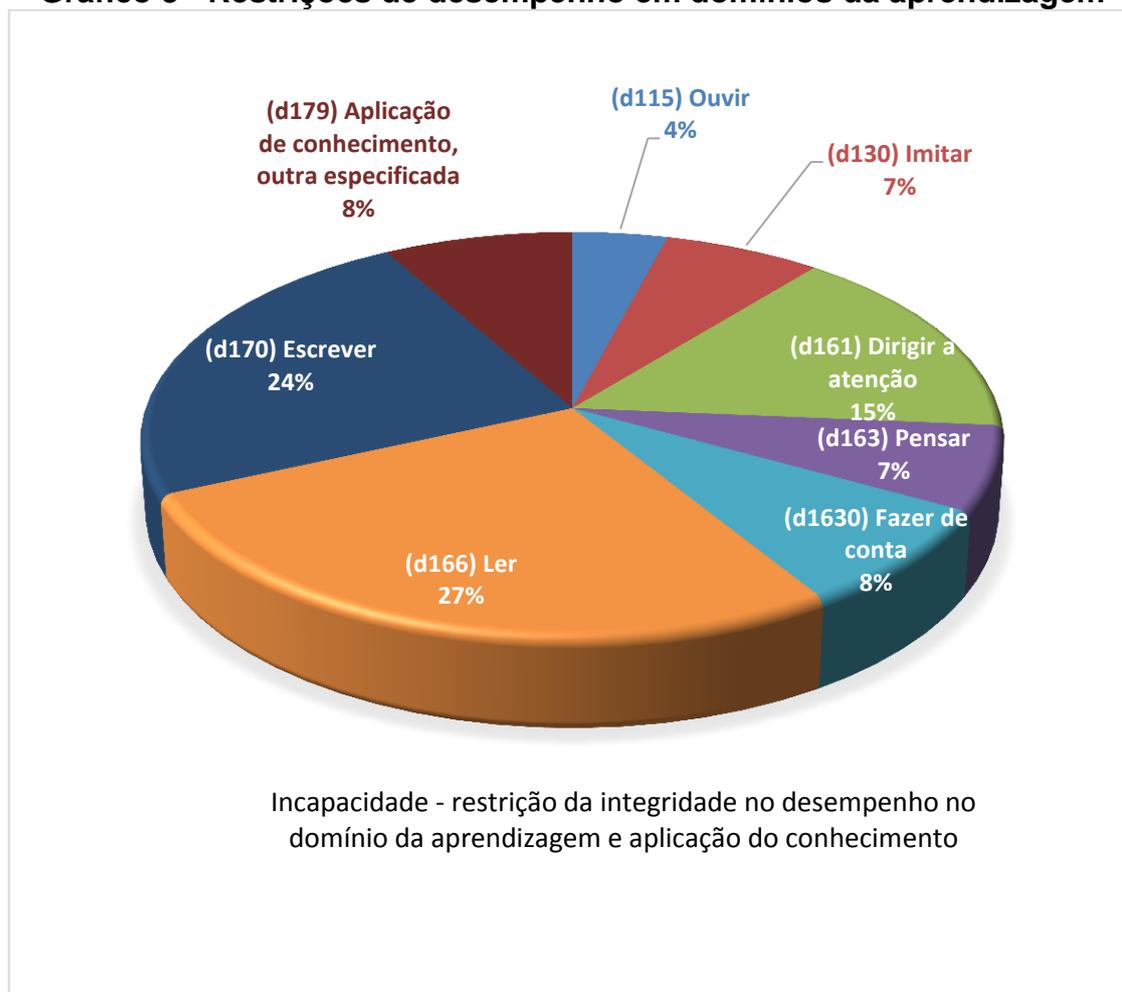
Gráfico2 - Incapacidades – deficiências das funções



Fonte: Dados do Setor de Avaliação da APAE de Bauru (Banco de dados DESB)

Em relação à incapacidade das funções, o gráfico abaixo mostra a média dos resultados dos 44 pacientes avaliados. As restrições de desempenho, com percentual mais expressivo no domínio da aprendizagem e aplicação do conhecimento, comparadas entre si, são respectivamente: ler, escrever e fazer contas. Portanto, nessa parcela da amostra, os referidos desempenhos não estão íntegros.

Gráfico 3 - Restrições de desempenho em domínios da aprendizagem



Fonte: Dados do Setor de Avaliação da APAE de Bauru (Banco de dados DESB)

Com os dados obtidos pela avaliação das 44 pessoas, foi possível identificar um padrão de funcionalidade e de incapacidade. A função que aparece com maior relevância de funcionalidade é a manutenção da atenção e a função mais incapacitante para as pessoas com deficiência intelectual, se refere ao controle de impulsos.

DEFINIÇÕES E DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas Brasil (2008), “deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre pessoas com incapacidades e barreiras comportamentais e ambientais, que impedem a sua participação plena e efetiva na sociedade, em condições de igualdade com as outras pessoas”.

Considerando que as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de estar ativamente envolvidas nos processos de tomada de decisão sobre políticas e programas, incluindo aqueles que diretamente lhes dizem respeito, é importante o incentivo de sua autonomia e independência individual, incluindo a liberdade de fazer as suas próprias escolhas (BRASIL, 2008).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em Nova Iorque, trouxe contribuições, definindo a pessoa com deficiência como:

Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015), a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), em seu Artigo 2º, apresenta a definição de Pessoa com Deficiência como o descrito na Convenção da ONU (2006).

Essa Lei, em seu artigo 2º, inciso (§) 1º, descreve como deve ocorrer a avaliação da pessoa com deficiência:

A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação. (BRASIL, 2015)

Buscando atender às necessidades individuais da pessoa com deficiência, as APAES têm como missão, descrita em seu Estatuto padrão, no capítulo I, art. 9º, parágrafo IV, APAE (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES, 2014): “oferecer serviços na área da saúde, desde a prevenção, visando assegurar uma melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla.”.

Sendo a Pessoa com Deficiência Intelectual o público prioritário das APAES, entendemos essa deficiência segundo a conceituação proposta pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (AADID, 2010 p. 1):

Deficiência intelectual é caracterizada pela limitação significativa tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas. A deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTO, 2010 p. 1)

Já segundo os critérios do Código Internacional de Doenças, em sua décima edição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 221), a deficiência intelectual pode ser compreendida como:

Uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período do desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global da inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais.

O comportamento adaptativo está sempre comprometido, mas em ambientes sociais protegidos, onde um suporte adaptativo está disponível, este comprometimento pode não ser absolutamente obvio em pacientes com retardo mental leve. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTO, 2010 p. 1).

A Associação Americana de Retardo Mental (AARM) faz referência que a avaliação do funcionamento intelectual é quantitativa. E assim recorre ao uso de testes psicológicos de inteligência, considerando o escore aproximado de dois desvios padrão abaixo da média, como marco indicador de limitações nas habilidades intelectuais (AARM, 2002).

Segundo o CID-10, para um diagnóstico definitivo da deficiência intelectual, deve haver um nível reduzido de funcionamento intelectual, resultando em capacidade diminuída para se adaptar às demandas diárias do ambiente social normal (OMS, 1993, p. 222).

Para Déo e Pereira (2012), faz-se importante reiterar que o modelo conceitual da AADID indica que os instrumentos de mensuração precisam atender aos critérios de validade, para que seus resultados sejam aceitáveis. Devem, ainda, ser utilizados por profissionais qualificados e autorizados legalmente a fazê-lo - no Brasil, é o caso apenas dos psicólogos ou de estudantes de psicologia, sob sua orientação. A

AADID reafirma, também, não serem suficientes os escores obtidos em testes de inteligência, para constituir critérios únicos que levem ao diagnóstico da deficiência intelectual.

Segundo a OMS (1993)

O QI deve ser determinado a partir de testes de inteligência padronizados, administrados individualmente, para os quais normas culturais locais tenham sido determinadas, e o teste selecionado deve ser apropriado ao nível de funcionamento do indivíduo às suas condições.

Para Déo e Pereira (2012), a avaliação no campo da deficiência intelectual implica a coleta sistemática de informações, de modo a comunicar e tomar decisões para atender a três funções avaliativas:

- a) diagnóstico;
- b) classificação de características relevantes;
- c) planejamento de apoios individualizados.

Para Déo e Pereira (2012), quando falamos em “Apoios”, necessariamente devemos refletir sobre as cinco dimensões de apoio e a intensidade desses. A AADID apresenta como Dimensões de Apoio:

- a) habilidades Intelectuais;
- b) comportamento Adaptativo – Habilidades Conceituais, Sociais e Práticas;
- c) saúde;
- d) participação e,
- e) contexto.

De acordo com a AAMR-2002, para se determinar o tipo e a intensidade de apoio, devemos considerar: o tempo que esse apoio deve permanecer; a sua frequência; os ambientes que serão necessários; em quais ambientes serão necessários; os custos envolvidos e o envolvimento das pessoas para dispensar esse apoio, bem como o vínculo que esses apoios possuem com a Pessoa com Deficiência.

Assim podemos classificar os tipos de apoio, segundo a AAMR (2002):

- Intermitente – apoio episódico, baseado em necessidades específicas e oferecido em certos momentos, por tempo limitado, particularmente em momentos de transição no ciclo de vida da pessoa. Pode ser oferecido em momentos de crise ou em demandas específicas.
- Limitado – apoio indicado em momentos necessários, mas por período limitado de tempo.
- Contínuo – apoio prestado regularmente (às vezes diário) em alguns ambientes, (escola, trabalho, lar), sem limitações quanto ao tempo de duração e permanência.
- Pervasivo – apoio constante, de alta intensidade, indicado em diversos ambientes, potencialmente durante todo o ciclo de vida da pessoa. Envolve uma equipe maior de pessoas para administrá-lo.

Pensando em entender a Pessoa com Deficiência como uma pessoa com potencialidade e limitações, faz-se necessário classificá-la de acordo com sua funcionalidade. Assim, segundo Othero (2012), a proposta feita pela OMS, em 2001 – Incapacidade e Saúde CIF é vista como um avanço na compreensão da deficiência, pois engloba o sujeito em sua integralidade, extrapolando o referencial biomédico, na medida em que, a partir de seus quatro eixos: função corporal, estrutura corporal, atividades e participação, fatores ambientais, descreve a funcionalidade e a incapacidade com base naquilo que o sujeito consegue e não consegue realizar em sua vida diária.

Ainda para o mesmo autor, o modelo médico é pautado no diagnóstico e no tratamento de doenças, priorizando as alterações e lesões do corpo, em detrimento das necessidades individuais (OTHERO, 2012).

Para Perez (2015), a CIF é baseada na compreensão do indivíduo como um todo. As dimensões que compõem esse modelo interagem entre si e seu ponto de partida não está determinado na condição de saúde. Nesse modelo, a funcionalidade passa a ser compreendida não mais como um fator resultante das características determinadas pela fisiopatologia da doença, lesão ou transtorno e sim como resultado da interação entre o indivíduo e seus fatores contextuais. Descreve a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos com uma determinada condição de saúde, a partir de suas relações corporais com o contexto do ambiente em que vive, considerando também sua esfera pessoal, fornecendo, dessa forma,

um quadro bastante amplo sobre o indivíduo. Por isso, esse modelo é chamado de biopsicossocial. É um sistema multidirecional, em que os aspectos relativos ao sujeito, descritos nas dimensões funções/ estrutura do corpo e atividade/participação, interagem com seus aspectos contextuais, relativos aos fatores ambientais pessoais.

Segundo o Manual da CIF (2004), a CIF tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho, para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho).

Os domínios contidos na CIF podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação. (OMS, 2004, p. 7)

Para Perez (2015), a CIF renova conceitos e práticas na reabilitação e estimulação de pessoas com deficiência, ao associar os componentes de saúde aos níveis corporais e sociais. Desta forma, a compreensão da funcionalidade e da incapacidade das Pessoas com Deficiência ultrapassa o modelo biomédico, incorporando a dimensão biológica à psicológica (dimensão individual) e à social. Nesse modelo, cada nível age e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais.

CONCLUSÃO

Pensando em realizar um processo de avaliação e de reabilitação que atendesse melhor tanto as necessidades das pessoas com deficiência, como a legislação vigente em nosso país, a APAE Bauru, desde 2015, começou a utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, como instrumento de interpretação das condições de saúde dessas pessoas. Isso possibilitou um processo avaliativo mais amplo, que as considera em sua totalidade, uma vez que avalia as funções do corpo, as estruturas do corpo, a atividade e a participação e como todos esses

fatores interagem com os ambientes que fazem parte de suas vidas. Podemos considerar que, com a utilização da CIF, o processo de avaliação diagnóstica é mais humano, uma vez que considera todas as demandas trazidas por essas pessoas.

O *software* empregado para o uso da Classificação otimizou o tempo da equipe para realizar os relatórios, possibilitou que o trabalho empregado fosse multidisciplinar, além de demonstrar de maneira clara as maiores fragilidades da pessoa, possibilitando assim a elaboração de um relatório prognóstico, ou seja, mensurando o quanto o processo de reabilitação / habilitação será significativo na vida daquela pessoa.

Dessa forma, tanto a avaliação como a elaboração do Plano Terapêutico Singular, se tornam cada vez mais singulares, atendendo às peculiaridades da condição de saúde da pessoa em seu ambiente, sem considerar apenas a patologia que a levou a um processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual disability**: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAIDD, 2010.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. **Mental retardation**: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAMR, 2002.

AMIRALIAN, Maria L.T.et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 31-8, 2009.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em: 14 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>>. Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Acesso em: fevereiro de 2016.

BRASIL. Assembleia Legislativa. Constituição (2008). Decreto Legislativo nº 186, de

09 de julho de 2008. Fica aprovado, nos termos do § 3o do Art. 5o da Constituição Federal. **Convenção Sobre Os Direitos das Pessoas Com Deficiência e de Seu Protocolo Facultativo**. Senado Federal, BR, 09 jul. 2008. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convenc_aopessoascomdeficiencia.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: MS, 2007. (Textos Básicos de Saúde).

DÉO, Adriana Fortes; PEREIRA, Jeanete Aparecida Ferri. A triangulação entre deficiência intelectual, funcionalidade humana e apoios. **Revista Dica**, Ano. 3, n. 4, p.1-14, [jun. 2012]. Disponível em: <http://www.revistafaag.com.br/revistas_antiga/upload/4_87-266-1-PB.pdf >. Acesso em: 14 jul. 2016.

DOMÍNIOS, AMBIENTE, ESTRUTURAS E FUNÇÕES. **Protocolado na OMS sob nº147790**. Disponível em: < <http://desb1.tecnologia.ws/apaeauru>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Estatuto das APAEs 2014**. Disponível em: < <http://www.apaebrasil.org.br/#/arquivo/list/10013> e www.apaebrasil.org.br/arquivo/25993 >. Acesso em: 14 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa: OMS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coordenação e tradução de Dorival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OTHERO, Marilia Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface** Botucatu , v. 16, n. 40, p. 219-234, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PEREZ, Danielle Borrego. Uma metodologia abrangente de classificação das condições funcionais: a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde é uma ferramenta importante em seguimento de indivíduos com deficiência intelectual. **Revista DI**, São Paulo, v. 9, n. 5, p.37-39, dez. 2015. Disponível em: <http://www.apaesp.org.br/instituto/Documents/Artigos/Revista%20DI/Edi%C3%A7%C3%A3o%209/DI_n9_37-39.pdf> . Acesso em: 12 jul. 2016.

SPARROW, Sara S.; BALLA, David A.; CICHETTI, Domenic V. Vineland adaptive behavior scales. American Guidance Service. Circle Pines, MN: Pearson, 1984.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **More:** mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <<http://www.more.ufsc.br>>. Acesso em: 12 jul. 2016.