

O ÍNDICE DE CAPACIDADES: DOIS ESTUDOS¹

Catarina Grande

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

Cecília Aguiar

UIPCDE, ISPA - Instituto Universitário

Resumo

O Índice de Capacidades (ABILITIES Index; R. J. Simeonsson & D. B. Bailey, 1991) fornece um perfil que possibilita uma compreensão geral das capacidades e limitações da criança em nove áreas (Audição, Comportamento e Competências Sociais, Função Intelectual, Membros, Comunicação, Tonicidade, Integridade da Saúde Física, Visão e Estado Estrutural). Para cada área, o funcionamento é definido operacionalmente através da classificação em 6 níveis ordinais que reflectem sucessivos níveis de dificuldade, caracterizados em termos funcionais e não técnicos, de modo a facilitar a atribuição de classificações tanto pelos pais como pelos profissionais. Neste artigo, apresentam-se dois estudos com dados obtidos através do Índice de Capacidades. No primeiro estudo, realizado na Área Metropolitana do Porto, participaram 50 crianças (32 rapazes) com incapacidades, com idades compreendidas entre 29 e 87 meses, que frequentavam creches e jardins-de-infância. O Índice de Capacidades foi entregue à educadora de educação especial para que o preenchesse em conjunto com a educadora do ensino regular, de modo a descrever as capacidades e as limitações das crianças. No segundo estudo, realizado no distrito de Lisboa, participaram 97 crianças com incapacidades (73 rapazes) entre 43 e 96 meses de idade. Para cada criança, o Índice de Capacidades foi preenchido independentemente pelo educador da sala, pelo educador de educação especial e pelos pais. Os resultados incluem informação relativa às características psicométricas dos dados obtidos nos dois estudos bem como indicadores da validade desta medida. A discussão dos resultados clarifica o potencial deste instrumento no domínio da investigação.

A identificação e a classificação de crianças com incapacidades com base em categorias diagnósticas têm sido apontadas na literatura internacional e nacional como redutoras (e.g., Simeonsson & Scarborough, 2001). Ainda que sejam importantes para definir causas e prognósticos (Rosário, Leal, Pinto, & Simeonsson, 2009), as categorias diagnósticas não fornecem qualquer informação sobre a funcionalidade da criança (i.e., os aspectos positivos da sua interacção com o contexto), nem sobre a sua incapacidade

¹ O primeiro estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia através da bolsa de Doutoramento «SFRH/BD/21605/2005». O segundo estudo foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia através da bolsa «SFRH/BPD/26383/2006».

(i.e., os aspectos negativos da sua interacção com o contexto) (World Health Organization, 2001).

Simeonsson, Bailey, Smith e Buysse (1995) consideram que a classificação da criança segundo categorias diagnósticas tem graves limitações uma vez que (1) a natureza das categorias de diagnóstico é arbitrária, podendo reflectir uma deficiência física, uma condição inferida ou uma dimensão de severidade; (2) existem diferentes critérios na base da decisão da categoria a atribuir, nomeadamente medidas psicométricas, condições biomédicas e julgamentos clínicos; (3) os constructos subjacentes à classificação categorial podem ser característicos de determinados grupos de idade, situações ou medidas específicas.

A ambiguidade causada pelas limitações das categorias diagnósticas tem estado na origem de reflexões que referem que a sua utilização exclusiva, não só parece dificultar a partilha de informação sobre a criança, como a planificação de intervenções adequadas (Grande, 2010). A utilização de uma abordagem focalizada na classificação das características da criança como uma alternativa à classificação da própria criança revela-se de extrema utilidade, pois constitui um modo de descrever o seu funcionamento de forma holística, enfatizando as diferenças a nível intraindividual no funcionamento em diferentes áreas, bem como as diferenças interindividuais entre crianças da mesma categoria diagnóstica (Grande, 2010). Assim, revela-se adequada e profícua a utilização de um processo de caracterização com base nos perfis de características funcionais em substituição da atribuição de categorias com base num único défice (Simeonsson et al., 1995).

A avaliação funcional pode ser definida como uma abordagem em que o foco da avaliação é dirigido a aspectos básicos do funcionamento da criança, em vez de se focar na etiologia, em características de diagnóstico ou em marcos do desenvolvimento. O objectivo central da avaliação funcional é a análise de características da criança ao longo de um eixo de capacidade / incapacidade, em vez de utilizar inferências indirectas sobre o défice ou distúrbio (Simeonsson et al., 1995).

ÍNDICE DE CAPACIDADES

A classificação através do Índice de Capacidades (ABILITIES Index; Simeonsson & Bailey, 1991) fornece um perfil que possibilita uma compreensão geral das capacidades e incapacidades da criança em nove áreas (ver Quadro 1).

Quadro 1. Definições das Áreas do Índice de Capacidades (Simeonsson & Bailey, 1991)

Área	Domínios / Subdomínios	Definição
Audição	Ouvir: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvido Direito ▪ Ouvido Esquerdo 	Capacidade da criança para ouvir nas actividades do dia-a-dia. A avaliação é realizada para cada ouvido separadamente (audição da criança sem prótese auditiva). Uma pontuação de 6 (surdez profunda) significa que a criança não ouve.
Comportamento e Competências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamento inadequado ▪ Competências Sociais 	As competências sociais têm que ver com a capacidade da criança para se relacionar com os outros de forma adequada. Comportamentos desadequados podem incluir ser agressivo, gritar, abanar as mãos, auto-agredir-se, etc.
Função Intelectual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamento e Raciocínio 	Esta cotação indica a capacidade da criança para pensar e raciocinar. O avaliador deve reflectir sobre a forma como a criança resolve problemas e brinca com os brinquedos comparando-a com crianças da mesma idade.
Membros	Mãos, Braços e Pernas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direita ▪ Esquerda 	Capacidade da criança para usar as suas mãos, braços e pernas nas actividades da vida diária.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender os outros ▪ Comunicar com os outros 	São feitas duas pontuações separadas, para a capacidade da criança para compreender os outros e para a capacidade de comunicar com os outros. Esta pontuação inclui tentativas de comunicação utilizando outras formas para além da fala (gestos, sinais e gravuras). O avaliador deve reflectir acerca da capacidade da criança para compreender e comunicar com os outros comparando-a com outras crianças da mesma idade.
Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grau de Hipertonia ▪ Grau de Hipotonia 	Uma cotação de “normal” significa que os músculos nem são muito “presos” nem muito “soltos”. Se o tónus de uma criança não parece normal, o avaliador deverá indicar o grau de hipertonia (músculos presos) ou hipotonia (músculos soltos). Devem ser feitas as duas pontuações pois há crianças em que a hipertonia se combina com hipotonia em diferentes partes do corpo ou varia de umas vezes para outras.
Integridade da Saúde Física	Saúde Geral	A cotação “normal” significa que a criança tem os problemas de saúde típicos da sua idade. Se existir um problema de saúde deve ser indicado qual é o grau de restrição que ele causa nas actividades normais. Problemas de saúde em evolução podem incluir convulsões, diabetes, distrofia muscular, tumores, etc.
Olhos (visão)	Ver: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Olho Direito ▪ Olho Esquerdo 	Capacidade da criança para ver nas actividades diárias. Deverá pontuar-se separadamente o olho direito e o esquerdo (sem óculos). Uma pontuação de 6 significa que a criança não vê.
Estado Estrutural	Formas e estruturas do corpo	Uma cotação de “normal” significa que não há diferenças associadas com a forma ou estrutura das partes corporais. Diferenças na forma incluem condições como fenda palatina, pés botos; diferenças na estrutura incluem curvatura anormal da coluna e deformações nos braços ou pernas. A pontuação deve indicar de que forma estas diferenças interferem no modo como a criança se move.

O Índice contempla as seguintes características: (1) nove áreas do funcionamento da criança que reflectem um perfil de capacidade relativamente estável; (2) para cada dimensão, o funcionamento é definido operacionalmente através da classificação em 6 níveis ordinais (1 = *normal*, 2 = *suspeita de incapacidade*, 3 = *incapacidade ligeira*, 4 = *incapacidade moderada*, 5 = *incapacidade severa* e 6 = *incapacidade extrema ou profunda*) que reflectem sucessivos níveis de dificuldade; (3) os níveis ordinais são caracterizados em termos funcionais e não técnicos, de forma a facilitar a atribuição de classificação tanto por pais como por profissionais; (4) a classificação pode ser apoiada em avaliação clínica, podendo contemplar a observação, o conhecimento prévio da criança e outras informações específicas; (5) as classificações reflectem padrões mais relativos do que absolutos das capacidades/incapacidades; (6) as classificações permitem traçar um perfil holístico das diferenças intraindividuais; (7) a sua utilização não substitui a avaliação (e.g., estandardizada, com referência a critérios, autêntica, etc.) da criança mas é um meio rápido e eficaz de sumariar as capacidades e as incapacidades relevantes para a intervenção individualizada; (8) o perfil minimiza a categorização e a rotulagem (Simeonsson et al., 1995).

Bailey, Simeonsson, Buisse e Smith (1993) avaliaram a fidelidade dos dados obtidos, com base no Índice de Capacidades, com diferentes informantes (e.g., pais e profissionais), através do coeficiente *Weighted Kappa*, tendo verificado valores entre moderado e substancial. Verificaram, ainda, elevada estabilidade dos resultados ao longo do tempo. De acordo com os autores, pais e profissionais compreendem o Índice como um instrumento útil para descrever as capacidades/incapacidades de crianças em idades precoces. Num estudo citado por Roll-Pettersson (2003), os valores atribuídos por pais e educadores no Índice de Capacidades, relativamente a crianças com incapacidade cognitiva, demonstraram um elevado acordo na maioria das áreas.

Somente para fins de investigação, é possível calcular um resultado global de severidade (i.e., grau de incapacidade) multiplicando a classificação atribuída em cada uma das nove dimensões pelas ponderações propostas por Daley, Simeonsson e Carlson (2006), efectuando-se, em seguida, o somatório dos valores obtidos: Audição = 1.8; Competências Sociais = 1.4; Comportamento inadequado = 1.7; Função Intelectual = 2.0; Membros, mãos = 1.5; Membros, braços = 1.4; Membros, pernas = 1.6; Compreensão = 1.2; Comunicação = 1.0; Tonicidade – hipertonia = 1.5; Tonicidade – hipotonia = 1.4; Saúde geral = 1.5; Visão = 1.7; Forma e estrutura do corpo = 1.3. O resultado obtido permite, de acordo com os intervalos definidos pelos autores,

classificar de forma qualitativa o grau de severidade (Normal [$29 \leq \Sigma < 58$]; Suspeita de incapacidade [$58 \leq \Sigma < 87$]; Incapacidade ligeira [$87 \leq \Sigma < 116$]; Incapacidade moderada [$116 \leq \Sigma < 145$]; Incapacidade severa [$145 \leq \Sigma < 174$] e Incapacidade profunda [$\Sigma = 174$]).

Este artigo recorre aos dados recolhidos em dois projectos de investigação distintos com o objectivo de apresentar e discutir as características psicométricas dos dados obtidos com base no Índice de Capacidades. Em ambos os projectos, o Índice de Capacidades foi utilizado com o objectivo de controlar o perfil e/ou grau de incapacidade das crianças participantes. O primeiro estudo enquadra-se num projecto de investigação intitulado *Estudo do impacto das interações educadora-criança no envolvimento das crianças com necessidades educativas especiais em contexto de creche e de jardim de infância*, realizado, pela primeira autora, na Área Metropolitana do Porto. O segundo estudo insere-se no âmbito de um projecto de investigação intitulado *A qualidade de participação social de crianças com incapacidades em contextos pré-escolares inclusivos*, realizado no distrito de Lisboa sob a coordenação da segunda autora.

ESTUDO 1

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 50 crianças (32 meninos) com incapacidades que frequentavam creches e jardins-de-infância da Área Metropolitana do Porto. A idade cronológica das crianças participantes variou entre 29 e 87 meses ($M = 46.5$, $DP = 7.6$). De acordo com a informação descrita nos processos individuais das crianças, 23 crianças tinham atraso de desenvolvimento global, 2 crianças tinham perturbações do espectro do autismo, 1 criança tinha surdez, 1 criança tinha cegueira, 5 crianças tinham deficiência motora, 6 crianças tinham paralisia cerebral, 9 crianças tinham síndromes genéticas e 3 tinham outros tipos de incapacidades.

Medidas e procedimento

As informações relativas ao grau de incapacidade das crianças foram obtidas com base na tradução portuguesa do instrumento que constitui o objecto de estudo deste artigo -

o Índice de Capacidades (Simeonsson & Bailey, 1991/2005). Foi solicitado aos educadores de ensino regular e de educação especial o preenchimento conjunto deste Índice.

Os dados relativos ao envolvimento das crianças foram obtidos através do Sistema de Avaliação da Qualidade do Envolvimento (Pinto, Aguiar, Barros, & Cruz, 2004). Este sistema de avaliação, traduzido do Engagement Quality Observation System III (McWilliam & de Kruif, 1998), constitui um procedimento de amostragem por momentos no tempo para a codificação do envolvimento observado de uma criança, considerando nove níveis e quatro tipos de envolvimento (ver Pinto et al., 2004). A percentagem de acordo interobservadores para os nove níveis de envolvimento variou entre 97.28% e 99.01% ($M = 97.85\%$) e os coeficientes Kappa variaram entre .55 e .95 ($M = .77$). A percentagem de acordo para os quatro tipos de envolvimento variou entre 96.07% e 97.39% ($M = 96.91\%$) e os coeficientes Kappa variaram entre .75 e .92 ($M = .88$).

Análise de dados

Efectuaram-se análises estatísticas descritivas e foram calculados coeficientes de correlação rho de Spearman para determinar associações entre o grau de incapacidade e o envolvimento observado (níveis e tipos). A opção por esta medida de associação relaciona-se com a violação do pressuposto de normalidade.

RESULTADOS

No Quadro 2 são apresentados os resultados descritivos obtidos com o Índice de Capacidades, nos 19 subdomínios. Como se pode visualizar, as médias obtidas variam entre 1.32 para a Audição direita e esquerda e 3.36 para o Pensamento e Raciocínio.

Os valores de simetria e curtose variam entre ± 1 nas dimensões Pensamento e Raciocínio, Mão Esquerda, Braço Direito, Perna Esquerda, Perna Direita, Comunicação com os outros, Saúde Geral e Formas e estruturas corporais, indicando que estas distribuições seguem a distribuição esperada. As restantes dimensões apresentam valores de simetria e curtose que indicam não possuírem uma distribuição normal. Estes resultados eram, de certa forma, esperados considerando a natureza da incapacidade de algumas das crianças participantes.

Quadro 2. Estatísticas descritivas dos domínios do Índice de Capacidades

Domínios/ Subdomínios	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	SIMETR	Curtose
					IA	
Audição Esquerda	1.32	0.91	1	6	3.66	14.99
Audição Direita	1.32	0.91	1	6	3.66	14.99
Competências Sociais	2.94	1.35	1	5	-0.20	-1.10
Comportamento Inadequado	2.82	1.40	1	5	-0.04	-1.28
Pensamento e Raciocínio	3.36	1.35	1	6	-0.18	-0.65
Mão Esquerda	2.24	1.39	1	6	0.78	-0.29
Mão Direita	2.50	1.45	1	5	0.32	-1.23
Braço Esquerdo	2.00	1.40	1	6	1.16	0.34
Braço Direito	2.22	1.48	1	5	0.72	-0.94
Perna Esquerda	2.20	1.54	1	6	0.88	-0.60
Perna Direita	2.34	1.60	1	6	0.76	-0.73
Compreender os outros	2.84	1.54	1	6	0.24	-1.07
Comunicar com os outros	3.30	1.33	1	6	-0.26	-0.66
Grau de Hipertonia	1.72	1.36	1	5	1.56	0.85
Grau de Hipotonia	1.98	1.39	1	5	1.03	-0.41
Saúde Geral	2.18	1.41	1	6	0.76	-0.62
Olho Esquerdo	1.80	1.34	1	6	1.55	1.39
Olho Direito	1.68	1.25	1	6	1.81	2.51
Forma e estrutura corporais	2.10	1.45	1	6	0.92	-0.43
Grau de Incapacidade	64.64	23.79	30.80	143.70	1.44	1.96

O resultado relativo à consistência interna dos dados obtidos no Índice, determinada com base no coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .90$), sugere que a nota global pode ser utilizada como medida da incapacidade em crianças em idades precoces.

O Quadro 3 apresenta os resultados das correlações entre o grau de incapacidade e a quantidade de tempo despendido pelas crianças nos diferentes níveis e tipos de envolvimento. No que diz respeito ao grau de incapacidade, foram verificadas associações negativas moderadas com os níveis de envolvimento persistente e simbólico, e associações fortes com o envolvimento codificado e construtivo. A associação entre o grau de incapacidade e o nível não envolvido revelou-se positiva e moderada. Foi ainda encontrada uma associação negativa forte entre o grau de incapacidade e o nível de envolvimento sofisticado e uma associação positiva moderada com o nível não sofisticado. Estes dados indicam que as crianças com menos incapacidades despendem mais tempo em comportamentos de nível superior e menos tempo em comportamentos repetitivos ou exibindo inadequados.

Quadro 3. Coeficientes de correlação rho de Spearman entre o grau de incapacidade e o envolvimento observado

Níveis de Envolvimento	Grau de Incapacidade
Persistente	-.34*
Simbólico	-.39**
Codificado	-.51**
Construtivo	-.52**
Diferenciado	.12
Atenção Focalizada	.16
Indiferenciado	.25
Atenção Ocasional	.29
Não envolvido	.37**
Sofisticado	-.56**
Não sofisticado	.29*
Tipos de Envolvimento	Grau de Incapacidade
Pares	-.10
Adultos	.45**
Objectos	-.49**
Self	.40**
Social	.28

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Relativamente ao tipo de envolvimento, verificamos uma associação negativa e moderada com o envolvimento com objectos e positiva e moderada com o envolvimento com os adultos e com o *self*, indicando que as crianças com menos incapacidades se envolvem mais com os objectos, brinquedos e materiais e menos consigo próprias e com os adultos.

Quando considerados os intervalos de classificação de acordo com as ponderações definidas por Daley et al. (2006) e a frequência de crianças em cada um dos intervalos, verificamos que mais de metade das crianças (56.0%) se encontra no intervalo correspondente ao perfil *Normal*, 26 crianças (13.0%) no intervalo correspondente ao perfil de *Suspeita de Incapacidade*, 14 crianças (7.0%) no intervalo correspondente ao perfil de *Incapacidade ligeira* e apenas 2 crianças (4.0%) se situam no intervalo relativo à *Incapacidade moderada*. Verificámos, ainda, que nenhuma das crianças da nossa amostra se situava nos intervalos relativos ao perfil de *Incapacidade severa* e ao perfil de *Incapacidade profunda*.

DISCUSSÃO

Este Índice, pelas características que apresenta, pode ser um instrumento particularmente útil, não só para traçar um perfil holístico das características

intraindividuais em diferentes áreas da funcionalidade da criança com incapacidades, como também para detalhar e enfatizar as capacidades e as incapacidades relevantes para a intervenção individualizada.

Embora o limitado número de crianças participantes aconselhe prudência na generalização dos resultados, os dados sugerem a existência de padrões de associação entre as características funcionais e o envolvimento observado, que podem ser úteis na planificação da intervenção junto destas crianças. Constituindo indicadores de validade de constructo, estes resultados vêm confirmar relações anteriormente verificadas noutros estudos. De facto, McWilliam e Bailey (1995) verificaram que as crianças com incapacidades têm tendência para estar envolvidas menos tempo e em níveis mais baixos do que crianças sem incapacidade.

Obtido através do Índice de Capacidades, o grau médio de severidade das incapacidades das crianças do presente estudo corresponde ao intervalo *Suspeita de incapacidade*, tal como definido por Daley et al. (2006). Os nossos resultados são consistentes com os de outros estudos relatados por Odom (2000) e Odom e colaboradores (2004) que verificaram que os sistemas educativos regulares têm maior probabilidade de incluir crianças com incapacidades moderadas do que crianças com incapacidades severas.

ESTUDO 2

MÉTODOS

Participantes

Participaram neste estudo 97 crianças (73 meninos) que, no ano lectivo de 2007/2008, frequentavam 69 salas de educação pré-escolar de agrupamentos de escolas públicas do distrito de Lisboa e recebiam serviços de educação especial ao abrigo do Decreto-Lei N.º 391/99. A idade cronológica destas crianças variava entre os 43 e os 96 meses ($M = 66.93$, $DP = 13.20$). De acordo com o relato dos seus educadores de infância, 32 crianças tinham atraso de desenvolvimento global, 22 crianças tinham perturbações do espectro do autismo, 8 crianças tinham paralisia cerebral, 7 crianças tinham trissomia 21, 4 crianças tinham hiperactividade, 2 crianças tinham surdez e 15 crianças tinham outros tipos de incapacidades.

Três tipos de informantes forneceram dados relativamente a estas crianças: os seus pais ou encarregados de educação ($N = 91$), as suas educadoras do ensino regular ($N =$

68) e os seus educadores/professores de educação especial ($N = 35$). A média de anos de escolaridade era de 8.88 ($DP = 4.86$) para as mães, de 7.77 ($DP = 5.34$) para os pais, de 16.3 ($DP = 1.0$) para as educadoras de ensino regular e de 17.6 ($DP = 1.72$) para os educadores/professores de educação especial. Os educadores de ensino regular tinham, em média, 22.4 ($DP = 6.4$) anos de experiência em educação pré-escolar (incluindo, em média, 12.1 anos em salas frequentadas por crianças com incapacidades), sendo que 28% tinham especializações (maioritariamente no domínio da educação especial). Os educadores de educação especial tinham, em média, 10.49 ($DP = 8.10$) anos de experiência em educação especial, sendo que 88% tinham especializações.

Medidas e procedimento

As informações relativas ao grau de incapacidade das crianças foram obtidas com base na tradução portuguesa do Índice de Capacidades. Para cada criança, a educadora de ensino regular e o educador de educação especial preencheram, de forma independente, um questionário que incluía este Índice. Os dados dos pais foram obtidos no decurso de uma entrevista para permitir o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Em todos os casos, o preenchimento do Índice de Capacidades não ultrapassou os 15 minutos.

Os dados relativos às competências sociais das crianças foram obtidos com base na tradução portuguesa da versão para educadores de infância do Sistema de Avaliação das Competências Sociais (Social Skills Rating System; Gresham & Elliott, 1990/2007). Esta medida, amplamente utilizada em investigações internacionais, permitiu obter dados com elevada consistência interna ($\alpha = .94$).

Os dados relacionados com o grau de participação das crianças nas actividades da sala foram recolhidos através do Inventário de Participação (Aguiar, 2007). Com base nesta medida, a equipa de investigação solicitou às educadoras de ensino regular que avaliassem a participação das crianças-alvo nas actividades disponíveis na sala (0 = *ausente*, 1 = *não participa*, 2 = *participa com restrições*, 3 = *participa*). Neste estudo, foi utilizado um resultado compósito calculado com base na média das pontuações relativas a 16 actividades ($\alpha = .88$).

Análises

O plano de análises para o estudo das características psicométricas dos dados obtidos com base no Índice de Capacidades incidiu sobre a variável relativa ao grau de

incapacidade, uma pontuação compósita obtida com base nos critérios de ponderação utilizados por Daley et al. (2006). Especificamente, e considerando as três variáveis construídas com base nos relatos dos pais, das educadoras de ensino regular e dos educadores de educação especial, foram efectuadas (a) análises descritivas de tendência central e dispersão; (b) análises da simetria e achatamento das distribuições; (c) análises da consistência interna; (d) análises das associações simples entre o grau de severidade relatado pelos três tipos de informantes; (e) análises inferenciais das diferenças entre o grau de severidade relatado pelos três tipos de participantes; e (f) análises de validade de constructo, através de correlações simples com outras variáveis. Tendo em conta a violação do pressuposto da normalidade das distribuições das três variáveis em análise, recorreu-se a estatísticas não paramétricas.

RESULTADOS

As distribuições das três variáveis relativas ao grau de incapacidade das crianças, revelam-se assimétricas (positivas), com as medidas de tendência central mais próximas dos valores mínimos (ver Quadro 4). Neste conjunto de participantes, os dados relativos ao grau de incapacidade, calculado com base nos critérios de ponderação referidos anteriormente, são internamente consistentes.

Quadro 4. Estatísticas descritivas do grau de incapacidade, considerando o relato dos três tipos de informantes disponíveis

	<i>N</i>	α	Sime- tria	Curtose	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Grau de incapacidade (ed. ensino regular)	82	.89	1.677	3.059	62.72	22.99	36.3	147.8
Grau de incapacidade (ed. educação especial)	68	.89	1.583	2.859	59.18	20.45	30.7	126.8
Grau de incapacidade (pais)	92	.83	2.281	6.682	46.96	17.57	29.0	129.3

O cálculo do coeficiente de correlação rho de Spearman permitiu apurar correlações positivas moderadas entre o grau de incapacidade relatado pelos pais e o grau de incapacidade relatado pelas educadoras de ensino regular ($r_s = .41, p < .001$) e pelos educadores de educação especial ($r_s = .43, p < .001$), bem como uma correlação de elevada magnitude entre o grau de incapacidade relatado pelos dois profissionais de educação ($r_s = .82, p < .001$). Os resultados do teste de Friedman permitiram apurar a

existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grau de incapacidade das crianças participantes relatado pelos três tipos de informantes, $\chi^2(2, n = 57) = 44.17, p < .001$. Análises post-hoc, através do teste de Wilcoxon, permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grau de incapacidade relatado pelos pais e o grau de incapacidade relatado pelas educadoras de ensino regular ($Z = -6.21, p < .001, r = .49$) e entre o grau de incapacidade relatado pelos pais e o grau de incapacidade relatado pelos educadores de educação especial ($Z = -5.58, p < .001, r = .50$), sem que se verificassem diferenças entre o grau de incapacidade relatado pelos dois profissionais de educação ($Z = -0.72, p > .05, r = .07$).

Os dados apresentados no Quadro 5 indicam a inexistência de associações estatisticamente significativas entre o grau de incapacidade relatado pelos três tipos de informantes e o gênero e a idade cronológica das crianças. Contudo, foram encontradas correlações negativas moderadas, estatisticamente significativas, entre o grau de incapacidade das crianças (relatado pelos três tipos de informantes) e a sua competência social e grau de participação nas atividades da sala (conforme relatados pela educadora de ensino regular).

Quadro 5. Coeficientes de correlação rho de Spearman

	Grau de incapacidade (ed. ensino regular)	Grau de incapacidade (ed. educação especial)	Grau de incapacidade (pais)
Gênero (1 = fem., 2 = masc.)	-.12	-.19	-.13
Idade cronológica	.10	.17	.04
Competência social	-.41***	-.35**	-.27**
Participação nas atividades	-.49***	-.50***	-.31**

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no estudo 2 sugerem que o Índice de Capacidades permite recolher dados internamente consistentes acerca do grau de incapacidade de crianças em idade pré-escolar, com base nos relatos de três tipos de informantes que, em contextos distintos, tiveram múltiplas oportunidades de conhecer o funcionamento das crianças. Embora as distribuições das variáveis compósitas em estudo não cumpram os pressupostos da normalidade, com consequências para o tipo de análises a utilizar, os dados obtidos registam considerável variabilidade.

Os resultados obtidos sugerem ainda a existência de associações fortes entre os relatos dos educadores de ensino regular e dos educadores de educação especial, sem que os resultados médios se distingam de forma estatisticamente significativa. Em conjunto com a equivalência nos níveis de consistência interna, estes resultados indicam que investigações futuras podem recolher dados junto de apenas um destes profissionais de educação, sem perda de informação relevante. Já os dados relativos aos relatos dos pais indicam que estes informantes parecem ter perspectivas distintas acerca do grau de incapacidade das crianças, parecendo vantajoso incluir a sua perspectiva em investigações futuras. Fornecendo dados internamente consistentes, os pais das crianças com incapacidades parecem ter percepções mais positivas em relação ao funcionamento dos seus filhos, relatando níveis médios de incapacidade inferiores.

Finalmente, o padrão de associações entre as três variáveis relativas ao grau de incapacidade e um conjunto seleccionado de características das crianças indica a validade convergente e discriminante desta medida, uma vez que (a) se verificaram associações estatisticamente significativas, de uma magnitude moderada, com uma medida de competência social (que inclui itens relacionados com cooperação, assertividade e autocontrolo) e com uma medida de participação nas actividades da sala, e (b) não se encontram correlações significativas com variáveis com as quais, à partida, não se esperaria encontrar associações, isto é, o género da criança e a sua idade cronológica.

CONCLUSÃO

Os resultados dos dois estudos aqui apresentados convergem no sentido (a) de demonstrar a consistência interna dos dados obtidos com o Índice de Capacidades, quer recorrendo, de forma independente, a três informantes, quer pedindo a dois profissionais de educação que conhecem bem a criança para preencherem este Índice em conjunto; e (b) de fornecer indicadores de validade convergente, com base em associações com medidas de envolvimento, competência social e participação. Em conjunto, os dois estudos incluem um conjunto de indicadores psicométricos que podem constituir valores de referência em investigações futuras. Considerando a diversidade das idades abrangidas (com o estudo 1 a incluir crianças, em média, 20 meses mais novas) e a especificidade dos métodos de recolha de dados, cada estudo contribui de forma específica (mas complementar) para a descrição das características do Índice de Capacidades. Os resultados obtidos são congruentes com a investigação prévia (e.g., Bailey et al., 1993) acerca da consistência interna, acordo entre informantes e validade

convergente-discriminante dos dados obtidos com base nesta medida. Estas características, em paralelo com a sua facilidade e rapidez de aplicação, configuram o Índice de Capacidades como um recurso útil no contexto de investigações em que os recursos humanos e o factor tempo sejam determinantes na selecção dos instrumentos a utilizar para a descrição do perfil ou grau de incapacidade das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, C. (2007). *Inventário de Participação*. Lisboa: Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva, do Desenvolvimento e da Educação, ISPA – Instituto Universitário.

Bailey, D. B., Simeonsson, R. J., Buysse, V., Smith, T. (1993). Reliability of an index of child characteristics. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 806-825.

Daley, T. C., Simeonsson, R. J., & Carlson, E. (2006). *Constructing a measure of severity of disability in a national sample of preschoolers with disabilities*. Unpublished manuscript, University of North Carolina at Chapel Hill, NC: Frank Porter Graham Development Center.

Grande, C. (2010). *Estudo do impacto das interações educadora-criança no envolvimento das crianças com necessidades educativas especiais em contexto de creche e de jardim-de-infância*. Dissertação de doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Gresham, F., & Elliott, S. (2007). *Social Skills Rating System* (C. Aguiar, Trad.). Lisboa: Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva, do Desenvolvimento e da Educação, ISPA – Instituto Universitário. (Trabalho original publicado em 1990).

McWilliam, R. A., & Bailey, D. B. (1995). Effects of classroom social structure and disability on engagement. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15, 123-147.

McWilliam, R. A., & de Kruif, R. E. L. (1998). *Engagement Quality Observation System III* (E-Qual III). Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Odom, S. L. (2000). Preschool inclusion: What we know and where we go from here. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 20-27.

Odom, S. L., Vitzum, J., Wolery, R., Lieber, J., Sandall, S., Hanson, M. J., . . . Horn, E. (2004). Preschool inclusion in the United States: A review of research from an ecological systems perspective. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 4(3), 17-49.

Pinto, A. I., Aguiar, C., Barros, S., & Cruz, O. (2004). O Sistema de Avaliação da Qualidade do Envolvimento III: Um procedimento de avaliação do envolvimento da criança em contexto de creche. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. X, pp. 441-448). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Roll-Pettersson, L. (2003). Perceptions of parents with children receiving special education support in the Stockholm and adjacent areas. *European Journal of Special Needs Education*, 18(3), 293-310.

Rosário, H., Leal, T., Pinto, A. I., & Simeonsson, R. J. (2009). Utilidade da classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde: Versão para crianças e jovens (CIF-CJ) no contexto da intervenção precoce e da educação especial. *Psicologia*, 23(2), 129-139.

Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (1991). *ABILITIES Index*. Chapel Hill: Frank Porter Graham Development Center, University of North Carolina,

Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (2005). *Índice de Capacidades (C, Grande & J, Bairrão, Trad.)*. Centro de Psicologia da Universidade do Porto. (Trabalho original publicado em 1991).

Simeonsson, R. J. (1995). *Developmental weights for the ABILITIES Index*. Unpublished manuscript, University of North Carolina at Chapel Hill, NC: Frank Porter Graham Development Center.

Simeonsson, R. J., & Scarborough, A. (2001). Issues in clinical assessment. In R. J. Simeonsson & S. L. Rosenthal (Eds.), *Psychological and developmental assessment of children with developmental disabilities* (pp. 17-31). New York: Guilford Press.

Simeonsson, R. J., Bailey, D., Smith, T., & Buysse, V. (1995). Young children with disabilities: Functional assessment by teachers. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 7(4), 267-285.

World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland, WHO.