

MARIA CRISTINA PETRUCCI DE ALMEIDA ALBUQUERQUE

A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA MENTAL LIGEIRA

A MEUS PAIS
À INÊS E AO RUI

O presente texto baseia-se na Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Defectologia e Reabilitação, apresentada pela autora à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no ano de 1996. Trata-se, no entanto, de uma versão reformulada da dissertação, visto comportar diversas alterações ao nível dos conteúdos abordados e da respectiva organização interna. Tais alterações visaram, por um lado, a actualização e clarificação de alguns tópicos e, por outro, a produção de um texto mais conciso. No âmbito da realização deste último objectivo, eliminaram-se pontualmente dados ou rubricas.

ÍNDICE

Introdução.....	13
-----------------	----

PARTE TEÓRICA

Capítulo I: Deficiência mental ligeira: Delimitação conceptual, aspectos epidemiológicos e teses etiológicas	21
1 - Definição e conceptualização da deficiência mental.....	21
1.1 - A deficiência mental como défice intelectual.....	22
1.2 - A deficiência mental como défice intelectual e adaptativo	26
1.3 - A deficiência mental como défice cognitivo	37
1.4 - A deficiência mental como construto social.....	45
2 - Estudos epidemiológicos	45
2.1 - Prevalência	45
2.2 - Prevalência em função da idade	49
2.3 - Prevalência em função do sexo	51
2.4 - Prevalência em função do nível socio-económico.....	52
3 - Teses etiológicas	52
3.1 - A hereditariedade	54
3.2 - O meio ambiente	57
3.2.1 - Privação social.....	57
3.2.2 - Institucionalização precoce.....	58
3.2.3 - Baixo nível socio-económico	60
3.2.4 - Características familiares.....	63
3.2.5 - Os programas de intervenção precoce e educação pré-escolar	68
3.3 - Os factores biomédicos	71
3.4 - Os modelos interaccionistas e transaccionais	75
Capítulo II: Deficiência mental ligeira e problemas de comportamento	81
1 - Problemas e distúrbios do comportamento	83
1.1 - As dificuldades de delimitação.....	83
1.2 - Avaliação e classificação.....	87
2 - O conceito de pseudodebilidade	94
3 - Problemas e distúrbios do comportamento em crianças e jovens com deficiência mental ligeira	
96	
3.1 - A extensão da associação	96
3.1.1 - A influência do sexo e da idade.....	109
3.2 - A especificidade da associação	109
4 - Factores e mecanismos etiológicos	115

4.1 - Os distúrbios do comportamento como causa da deficiência mental	116
4.2 - As influências escolares	121
4.3 - As influências familiares	135
4.4 - As lesões cerebrais	140
4.5 - A vivência do insucesso	144
4.6 - O temperamento	147

Capítulo III: O impacto familiar de uma criança com deficiência

mental	153
1 - A abordagem patológica	153
1.1 - Investigações empíricas	153
1.2 - Análise crítica	159
2 - <i>Stress</i> familiar e deficiência mental	165
2.1 - <i>Stress</i> e modelos de stress familiar	166
2.1.1 - Características das crianças com deficiência	170
2.1.2 - Recursos parentais individuais	175
2.1.3 - Recursos intrafamiliares	178
2.1.4 - O apoio social	183
2.1.4.1 - Definição e componentes	183
2.1.4.2 - O apoio social informal	188
2.1.4.3 - O apoio social formal	193
2.1.5 - As percepções parentais das crianças com deficiência	196

PARTE EMPÍRICA

Capítulo IV: Estudo sobre o desenvolvimento e funcionamento cognitivo de crianças com	
deficiência mental ligeira	207
1 - Objectivos gerais	207
2 - Especificação das questões e hipóteses	209
3 - Procedimentos metodológicos	212
3.1 - Critérios de amostragem	212
3.2 - Recolha da amostra	216
3.3 - Caracterização da amostra	222
3.4 - Instrumentos	229

3.4.1 - Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.....	230
3.4.2 - Nova Escala Métrica de Inteligência	235
3.4.3 - Inventário de Desempenho Escolar	237
3.4.4 - Anamnese	238
3.4.5 - Aplicação dos instrumentos.....	238
4 - Operacionalização das variáveis	239
5 - Apresentação e discussão dos resultados	243
5.1 - Factores de risco e história da escolaridade.....	243
5.2. Funcionamento intelectual.....	250
5.2.1 - Resultados da N.E.M.I.....	250
5.2.2. - Resultados das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.....	252
5.2.3 - Os erros das crianças com deficiência mental ligeira nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven	259
6 - Conclusões	269

Capítulo V: Estudo sobre os comportamentos de crianças com deficiência mental ligeira. 273

1 - Especificação das questões e hipóteses.....	273
2 - Procedimentos metodológicos	276
2.1- Instrumentos.....	276
2.1.1 - Inventário de Comportamento da Criança para Pais.....	277
2.1.2 - Inventário de Comportamento da Criança para Professores.....	282
2.1.3 - Aplicação dos instrumentos.....	285
3 - Operacionalização das variáveis	286
4 - Apresentação e discussão dos resultados	295
4.1 - A avaliação dos pais	295
4.2 - A avaliação dos professores	311
4.3. - A avaliação dos pais e dos professores.....	326
4.4 - A influência de variáveis individuais, escolares e sociofamiliares.....	338
5 - Conclusões	344

Capítulo VI: Estudo sobre as percepções maternas de crianças com deficiência mental

ligeira	355
1 - Especificação das questões e hipóteses.....	355
2 - Procedimentos metodológicos	357

2.1 - Critérios de amostragem.....	357
2.2 - Recolha da amostra	358
2.3 - Caracterização da amostra.....	361
2.4 - Instrumentos.....	363
2.5 - Aplicação dos instrumentos	368
3 - Operacionalização das variáveis	369
4 -Apresentação e discussão dos resultados	370
4.1 - Alguns elementos caracterizadores	370
4.2 - Resultados do Índice de <i>Stress</i> Parental	373
4.2.1 -Comparação dos resultados das mães de crianças com e sem deficiência.....	373
4.2.2 - A influência dos problemas de comportamento, da progressão esco-lar e do nível socio-económico	377
5 - Conclusões	380
Conclusões finais	387
Bibliografia	391
Anexos	
1 - Anamnese	
2 - Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.)	
3 - Composição das escalas ou factores do I.C.C.P.....	
4 - Inventário de Comportamento da Criança para Professores (I.C.C.P.R.)	
5 - Composição das escalas ou factores do I.C.C.P.R.....	
6 - Inventário de Desempenho Escolar.....	

INTRODUÇÃO

A presença, nas sociedades contemporâneas, de crianças e jovens portadores de deficiência mental representa, quer uma interrogação permanente sobre a natureza e origem das diferenças individuais, quer um notável desafio para àqueles que se dedicam à sua reabilitação. Constituindo uma das situações de inadaptação mais comuns, desde há muito que o mundo ocidental se empenha na criação de diversos tipos de serviços, e que profissionais oriundos de diferentes disciplinas científicas (psicologia, pedagogia, sociologia, medicina...) se dedicam ao seu estudo.

No nosso país, não só a implementação de estruturas de atendimento se parece ter processado a um ritmo mais lento do que o registado noutras nações europeias, como se revela, até ao presente, muito aquém da cobertura das reais ou estimadas necessidades nacionais. Com efeito, há algum tempo atrás, Correia (1990), baseando-se na população estudantil existente em Portugal, em percentagens internacionais de prevalência da deficiência mental, e no número total de deficientes mentais atendidos pelo ensino integrado e pelas escolas especiais, avançava que estas últimas modalidades se limitavam a apoiar 0.43% dos deficientes mentais portugueses. Apesar do cômputo deste valor assentar na permissa infundada de que as percentagens de prevalência detectadas noutros países são aplicáveis ao nosso, ele é, sem dúvida, revelador da insuficiência das respostas dispensadas à deficiência mental.

Esta situação de evidente carência não se confina, aliás, às instituições de ensino, manifestando-se, igualmente, a muitos outros níveis, tais como os da intervenção precoce, dos sistemas de apoio formal às famílias, da formação profissional, da inserção e acompanhamento no mercado de trabalho, das unidades residenciais para adultos... Ou seja, é inevitável reconhecer-se que muito está, ainda, por realizar, sobretudo se se atender ao verdadeiro significado do termo reabilitação, enquanto “conjunto de medidas educativas (pedagógicas), psicológicas, sociais, sanitárias, etc., que permitem (...) à criança ou ao jovem, atingir o máximo da sua rentabilidade, inserindo-se correctamente no seu meio (familiar, escolar, social, etc.)” (Montenegro, 1993, p. 1-2)¹.

Num outro plano, isto é, no da investigação, o panorama nacional não se afigura, lamentavelmente, mais animador. Quando se examinam os empreendimentos desenvolvidos nas últimas décadas, detectam-se momentos verdadeiramente assinaláveis, como os que respeitam: à reorganização do Instituto Aurélio da Costa Ferreira em 1941; à fundação, na década de sessenta, pelo Instituto de Assistência aos Menores, do Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógica; à criação, em Setembro de 1968, da Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental; ao aparecimento de publicações periódicas total ou parcialmente dedicadas ao aprofundamento da temática, de que são exemplo a “Revista Portuguesa para o Estudo da Deficiência Mental”², os “Cadernos do C.O.O.M.P.” ou a “Educação Especial e Reabilitação”; à vinda a lume de investigações de vulto (p. ex., C.O.O.M.P., 1981; Marchand, 1983); à difusão recente de especializações no domínio da educação especial e reabilitação. Não obstante os casos apontados, está-se ainda muito aquém da constituição de uma base rudimentar, susceptível de informar e guiar as acções e opções reabilitativas. E isto, independentemente de se tratar do conhecimento e caracterização da deficiência, da análise dos

¹ Montenegro, A. (1993). *Documentos processados*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

² Designada de Revista do Desenvolvimento da Criança, a partir de Janeiro de 1979.

contextos educativos, familiares e profissionais, da elaboração, adaptação e/ou aferição de instrumentos de avaliação, da delimitação e/ou aplicação de métodos ou técnicas direccionados para a atenuação das condições de inadaptação.

O presente trabalho visa, de forma necessariamente condicionada pelos recursos que foi possível congregar, constituir-se como elemento de elucidação de duas das áreas supracitadas, isto é, procura contribuir para a caracterização da deficiência mental e para a análise do seu envolvimento escolar e familiar. Porque a deficiência mental não é uma entidade clínica homogénea, do ponto de vista etiológico, sindrómico, educativo, cognitivo e social, abordar-se-á um único nível ou grau de deficiência e um único período de desenvolvimento, isto é, crianças em idade escolar identificadas como apresentando uma deficiência mental ligeira.

Numa época em que se regista uma nítida preocupação com as questões terminológicas, perguntar-nos-ão, possivelmente, porque optámos pela designação de deficiência mental ligeira em lugar das de crianças com “atraso educacional” (“*educational delay*”; Polloway e Smith, 1983, 1988), “handicap educacional” (“*educational handicap*”, Reschly, 1990), “dificuldades de aprendizagem moderadas” (“*moderate learning difficulties*”, Warnock Report, 1978, cit. por Clarke e Clarke, 1985a), “distúrbios de aprendizagem generalizados” (“*generalized learning disabilities*”, MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996), ou “necessidade de apoio intermitente” (Luckasson et al., 1992), para citarmos apenas algumas das expressões alternativas com que a literatura da especialidade não tem cessado de nos contemplar. Ciente das reservas que o termo deficiência mental legitimamente provoca, pelas conotações de que está imbuído, assim como do paradoxo e inexactidão inerentes ao emprego da designação deficiência em relação a crianças que nem sempre apresentam uma etiologia orgânica, a decisão de nos mantermos fiel à expressão tradicional, radica essencialmente no facto de ela ser, apesar de tudo, a mais comum. Além disso, apelar a um termo genérico, ainda que menos estigmatizante, como o de “criança com necessidade de apoio intermitente”, não só representaria uma fonte de potenciais confusões como, dado ser demasiado inespecífico, não eliminaria a necessidade de novas subclassificações ou adjetivações. Identificado o grupo que será objecto de estudo, é de toda a justeza que se destaque o papel capital que determinadas observações desempenharam na definição e selecção das questões ou das problemáticas a abordar.

Assim, numa primeira etapa desta investigação, consagrada à recolha e análise bibliográfica, deparámos, por vezes, com afirmações eivadas de perplexidade, de que sendo a deficiência mental um conceito possuidor de uma dimensão intelectual e cognitiva, e de uma dimensão comportamental e sociocultural, a sua abordagem se tivesse restringido, de forma tão marcada, à primeira das dimensões, descurando, em paralelo, a existência de quaisquer outras diferenças interindividuais (Baumeister, 1984; Switzky e Haywood, 1984; Lambert, 1990). Na realidade, quando se examina a literatura disponível, rapidamente se verifica a preponderância das pesquisas dedicadas à apreensão dos aspectos cognitivos, em detrimento da exploração de outras componentes e/ou fontes de variabilidade dos desempenhos dos sujeitos portadores de deficiência mental, conduzindo àquilo que Baumeister (1984, 16), incisivamente, denominaria de “visão míope da deficiência mental”.

Refira-se, no entanto, em abono da verdade, que Rutter, Tizard e Whitmore (1970), Switzky e Haywood (1984), Zigler e Harter (1969), e muitos outros autores, se empenharam em expandir este esquema restritivo, documentando a importância de factores de natureza motivacional e emocional, ou sublinhando a presença de comportamentos inadequados, susceptíveis de comprometerem, no caso da deficiência mental ligeira, os esforços tendentes a uma efectiva inserção social. Não obstante, estes contributos foram ou abertamente ignorados ou remetidos para um plano secundário, nunca assumindo qualquer posição de relevo.

Com efeito, só recentemente se começa a operar uma viragem nesta situação, propulsada, em parte, pela consciencialização da relevância dos factores “extra-cognitivos”, nas interacções com o meio circundante; e pelo embaraço crescente de alguns cognitivistas em explicarem as realizações díspares que habitualmente se registam entre sujeitos com deficiência mental e normais da mesma idade mental (Borkowski e Turner, 1988; Paour, 1991; Weisz, 1990).

Em consonância com estas considerações, a nossa pesquisa orientar-se-á quer para a exploração de variáveis emocionais, quer para o exame de variáveis cognitivas, inquirindo, neste último caso, da natureza problemática ou não problemática dos comportamentos evidenciados por crianças com

deficiência mental ligeira.

A segunda observação a atrair a nossa atenção, adveio de dois artigos contundentes de Baumeister (Brooks e Baumeister, 1977a e 1977b), autor cujos escritos são, aliás, sobejamente conhecidos no domínio da deficiência mental, quer pela reflexão crítica que contêm, quer pelo carácter visionário de que se revestem. Neles, Baumeister, em co-autoria com Brooks, assinalou que sendo a deficiência mental um fenómeno social, dificilmente se poderia aceitar a artificialidade da investigação até então realizada, ou o pouco interesse que tinham suscitado as condições ou os contextos de vida das pessoas com deficiência mental. Afigurando-se-nos estes comentários mais adequados há dezanove anos atrás do que hoje em dia, ocasião em que o estudo da deficiência mental era mais fortemente influenciado pela psicologia experimental, estão longe, ainda assim, de possuir quaisquer contornos obsoletos ou de terem perdido a actualidade.

Por esse motivo, foi nossa intenção abordar a realidade da deficiência mental ligeira na escola e na família, bem como pôr em evidência as perspectivas sustentadas pelos professores e pelos pais em relação às crianças assim identificadas.

Partindo deste enquadramento geral, pretendeu-se numa primeira parte, recensear, ponderar e analisar criticamente o que demais relevante se conhece sobre os tópicos em estudo, quer estes dissessem respeito à caracterização da deficiência mental ligeira (capítulo I), à interligação da deficiência mental ligeira com os problemas de comportamento (capítulo II), ou aos determinantes das diferenciações das percepções e reacções parentais face a uma criança com deficiência mental ligeira (capítulo III). Por seu turno, na segunda parte, apresentam-se dois estudos de campo distintos, mas complementares: o primeiro está direccionado para a análise da trajectória evolutiva e do funcionamento cognitivo da criança com deficiência mental ligeira (capítulo IV), bem como para a avaliação do seu comportamento nos contextos familiar e escolar (capítulo V); o segundo debruça-se sobre a repercussão da deficiência mental ligeira e do carácter adequado ou inadequado dos comportamentos que lhe possam estar associados nos subsistemas diádicos (capítulo VI).

Na sétima e última parte, enunciam-se algumas conclusões gerais, estabelecidas a partir do confronto dos resultados obtidos com os derivados de outros estudos. É também neste âmbito, que se salientam contributos, e se sugerem caminhos a percorrer num futuro próximo.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I

Deficiência Mental Ligeira: Delimitação Conceptual, Aspectos Epidemiológicos e Teses Etiológicas

1-DEFINIÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Uma das considerações teóricas fundamentais no domínio da deficiência mental é a da sua conceptualização. Neste século, têm-se procurado elaborar critérios de definição claros e não ambíguos, mas esta tarefa tem-se revelado particularmente difícil. A definição da deficiência mental permanece controversa, não obstante os progressos notáveis nos conhecimentos teóricos e nas práticas reabilitativas verificados nas últimas décadas.

As dificuldades inerentes à delimitação deste conceito traduzem a impossibilidade de incluir em definições unitárias todo o espectro da variabilidade interindividual. Na realidade, a heterogeneidade da população habitualmente designada como deficiente mental, em termos de etiologias, características comportamentais, necessidades educativas, etc., revela que se trata de um problema prático (e teórico) complexo, multideterminado e multidimensional, não redutível a uma definição unívoca. Assim, as definições da deficiência mental são geralmente formais, isto é, procuram abstrair o que há de comum a objectos muito diferentes, dada a dificuldade em definir de forma precisa a diversidade que a constitui. Por outro lado, a evolução histórica deste conceito demonstra que as suas definições foram consideravelmente influenciadas por exigências sociais, culturais, políticas e administrativas.

Apesar das dificuldades e da relatividade social, a forma como a deficiência mental é definida e caracterizada assume um papel central ao nível da investigação, e tem implicações importantes ao nível social, educativo e administrativo.

São, essencialmente, quatro as conceptualizações da deficiência mental dominantes no século XX: como défice intelectual; como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo; como défice cognitivo; como défice socialmente definido.

1.1- A deficiência mental como défice intelectual

A definição psicométrica da deficiência mental surgiu com a obrigatoriedade escolar, que a equacionou a um atraso do desenvolvimento intelectual, constatável e mensurável a partir da criação por Binet e Simon da Escala Métrica de Inteligência.

O aparecimento das noções de idade mental e de quociente intelectual, a divulgação e o êxito da prática psicométrica geraram uma série de suposições e práticas que conduziram à assimilação da deficiência mental ao resultado obtido num teste de inteligência.

A partir de um modelo de avaliação normativo, estabeleceu-se um processo tautológico em que um desempenho que se suspeitava ser inferior era confirmado e explicado pelo quociente intelectual. Assumindo um poder interpretativo do desempenho e das diferenças individuais que não possuía, o comportamento dos deficientes mentais era atribuído ao seu baixo Q.I..

Para além desta assimilação, a inteligência e a deficiência mental foram situadas em quadros conceptuais muito restritivos e inadequados. Assim, na primeira metade deste século, o Q.I. foi entendido como uma estimativa de um potencial intelectual inato, um reflexo de uma inteligência geral, unidimensional e unideterminada, inalterável e não permeável às influências socioculturais e educativas (Haywood e Wachs, 1981). Paralelamente, a deficiência mental foi perspectivada como um défice intelectual, de que o Q.I. era a expressão numérica, de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incurável³ (Perron, 1969a).

A deficiência mental confundiu-se com os limiares de Q.I., cuja origem social e arbitrariedade não foram tidas em conta, e que revestiram um valor absoluto e universal que nunca poderiam ou pretenderam ter. Na tentativa de dissipar as possibilidades de definição dos algarismos, Zazzo (1979a) explicitou que são os critérios pedagógicos e sociais que conferem um significado aos limites da debilidade mental, e que estes se alteram consideravelmente ao longo do tempo em função das exigências sociais e educativas.

Recentemente, são exemplo destas flutuações as modificações na classificação dos graus de deficiência mental. Em 1959, a “American Association of Mental Deficiency” (A.A.M.D.) transferiu o limiar superior de Q.I., inerente ao diagnóstico da deficiência mental, de 2 para 1 desvio-padrão abaixo da média (isto é, dum Q.I. de 70 para 85), devido ao pressuposto de que mesmo défices muito ligeiros no funcionamento intelectual acarretariam dificuldades numa sociedade tecnológica (Robinson e Robinson, 1976). Em 1975, a referida associação decidiu eliminar o grau de zona limite ($70 \geq \text{Q.I.} \leq 85$), no que foi seguida, em 1977, pela Organização Mundial de Saúde. Deste modo, muitos milhões de crianças que entre estas duas datas poderiam ser consideradas deficientes mentais deixaram rapidamente de o poder ser. Por último, em 1992, a mesma associação, agora designada de “American Association on Mental Retardation”, desloca o limiar superior da deficiência mental para um QI de 75 (Luckasson et al., 1992). Estes exemplos permitem relativizar a definição psicométrica da deficiência mental em função do contexto social e realçam o carácter provisório dos limites actuais.

A abordagem psicométrica da deficiência mental começou a ser contestada a partir dos anos 30.

Os trabalhos respeitantes à natureza e definição da inteligência, as investigações sobre a deficiência mental, bem como as críticas aos testes tradicionais de Q.I., encontram-se entre as forças determinantes das novas conceptualizações. Em lugar de ser entendida como uma entidade nosográfica unidimensional, de origem constitucional e inalterável, reconhece-se que a deficiência mental é multidimensional, multideterminada e não necessariamente permanente (Haywood e Wachs, 1981; Haywood, Tzurriel e Vaught, 1992). Para este reconhecimento contribuíram, entre muitos outros, os aspectos que a seguir se referem.

Os estudos sobre as estruturas e processos cognitivos dos deficientes mentais, realizados desde a 2ª Grande Guerra Mundial até ao presente, revelaram défices em muitos deles (Detterman, 1987), afigurando-se como irrealistas as tentativas de identificação de um défice cognitivo único e

³ Este conceito de deficiência mental foi ligeiramente modificado por Doll (1946). Recusando qualquer definição com base no Q.I., Doll adoptou como critério essencial de definição, a noção de competência social.

central.

Constataram-se, igualmente, diferenças no desempenho de sujeitos normais e deficientes mentais da mesma idade mental em tarefas experimentais, que foram consideradas como indicadoras de variáveis emocionais e motivacionais, dependentes da experiência do insucesso e da segregação (Zigler e Harter, 1969). As características pessoais que foram associadas à deficiência mental (orientação motivacional extrínseca, expectativas de fracasso, locus de controlo externo, reduzida auto-estima, etc.), realçaram que não era possível limitar o seu estudo à dimensão intelectual.

A divulgação da aplicação dos testes de inteligência nas escolas públicas chamou a atenção para a prevalência muito elevada de crianças deficientes mentais ligeiras, reconhecendo-se a sua ligação a variáveis étnicas, socio-económicas e culturais (Broman et al., 1987). A sobrerrepresentação de crianças de grupos minoritários étnicos e raciais e das classes sociais mais desfavorecidas ao nível da deficiência mental ligeira era incompatível com a hipótese de uma etiologia orgânica, e conduziu à invocação do papel dos factores genéticos e mesológicos⁴ (Penrose, 1972; Stein e Susser, 1960). Simultaneamente desenvolveu-se a perspectiva de que os desempenhos intelectuais e escolares poderiam ser alterados de forma significativa, através de intervenções educativas (Clarke e Clarke, 1987).

No entanto, a influência dos determinantes biomédicos não foi ignorada, mas antes se enriqueceu, indo-se progressivamente afirmando a ideia de que a deficiência mental pode resultar de múltiplas e diversificadas circunstâncias etiológicas.

A avaliação das crianças das classes sociais mais baixas e de grupos minoritários, que nos E.U.A. eram identificadas como deficientes mentais ligeiras e colocadas em classes especiais, a partir de um diagnóstico baseado apenas no Q.I., não revelou dificuldades noutras áreas, que não as das aprendizagens escolares. Mercer (1973) propôs mesmo para essas crianças as designações de deficiente mental “situacional” ou “deficiente mental 6 horas por dia”, a fim de sublinhar a especificidade da sua inadaptação ao contexto escolar. Esta observação tem sido consubstanciada pelos dados de estudos epidemiológicos que indicam que a maior frequência de casos de deficiência mental ligeira se concentra no período escolar, e que seguidamente se regista uma diminuição notória (Clarke e Clarke, 1985b; Kushlick e Blunden, 1974).

Esta imagem da deficiência mental ligeira enquanto desvantagem temporária relacionada com as dificuldades experienciadas na escola, recebeu, também, um apoio considerável dos primeiros estudos longitudinais de adultos com deficiência mental ligeira que verificaram que a sua adaptação, designadamente a nível profissional, era, em geral, satisfatória (Robinson e Robinson,

⁴ A partir dos trabalhos de Lewis (1933) e de Strauss e colaboradores (Kephart e Strauss, 1940; Strauss e Kephart, 1940; Strauss e Werner, 1942), estabeleceu-se a possibilidade de o funcionamento psicológico diferir em função da etiologia. Esta linha de investigação, prosseguida por outros (Chiva, 1969, 1973; Kahn, 1985), conduziu ao desmembramento da noção de deficiência mental.

1976; Zigler e Harter, 1969; cf. ponto 2.2 deste capítulo).

Este conjunto de dados pôs em evidência a dimensão social da deficiência mental ligeira e destacou a impermanência da sua identificação. As críticas e o questionamento de que são alvo os testes tradicionais de inteligência e o Q.I., a partir da década de sessenta, encontraram alguma da sua justificação na área do ensino especial e visaram as expectativas irrealistas e as falsas propriedades com que os testes foram investidos e as subsequentes utilizações e interpretações inadequadas dos seus resultados.

No que concerne à deficiência mental, as objecções dirigem-se essencialmente aos erros de diagnóstico e classificação resultantes do emprego isolado ou privilegiado dos testes de Q.I.. Este último ignoraria que: a inteligência não se circunscreve às capacidades verbais e académicas valorizadas pelos testes de inteligência (Weinberg, 1989), tal como o atesta a reduzida validade preditiva do Q.I. em situações extra-escolares; os testes psicométricos de inteligência apresentam envezamentos socio-económicos e culturais, passíveis de explicarem a excessiva representação das crianças dos estratos sociais mais baixos e de minorias em classes especiais para deficientes mentais ligeiros (Dunn, 1968; Mercer, 1970, 1973); as variáveis individuais (linguísticas, motivacionais, da personalidade, etc.) e os factores relativos à própria situação de avaliação influem no desempenho dos sujeitos; os erros ocasionais de medida dos testes; os testes, dados os seus limites, não são passíveis de se constituírem como os únicos procedimentos de avaliação, de tomada de decisões ou de diagnóstico.

A importância concedida aos testes de inteligência na identificação da deficiência mental e no encaminhamento para classes do ensino especial, é tanto mais polémica, quanto tem sido encarada como desencadeadora de um processo de estigmatização e segregação educativa⁵ (Dunn, 1968; Feuerstein, Rand e Hoffman, 1979).

Os factos assinalados estabeleceram que a deficiência mental não é redutível a uma dimensão intelectual, avaliada pelos testes de inteligência, e colocaram a necessidade de adopção de outros critérios de definição.

1.2- A deficiência mental como défice intelectual e adaptativo

A este título, consideramos que é indispensável mencionar duas definições

⁵ A insatisfação foi tão intensa que os testes de inteligência foram objecto de processos judiciais. Em 1979, na Califórnia, num clima de contestações políticossociais, o tribunal decidiu pela proibição da sua utilização nas escolas e fixou cotas de representação de grupos minoritários em classes de ensino especial, proporcionais à sua representação populacional (Elliot, 1992). Como refere Weinberg (1989), a ironia reside no facto de os testes terem sido banidos da realização do objectivo para que foram criados.

apresentadas pela organização internacional mais prestigiada nesta área, a “American Association on Mental Retardation” (A.A.M.R.), que viriam a ser adoptadas por outras instituições de renome.

De acordo com a primeira definição⁶, que se manteve em vigor entre 1972 e 1992, a “deficiência mental refere-se a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de défices no comportamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento” (Grossman, 1983, 1). Para além destes três critérios essenciais, especifica-se que o termo deficiência mental, descreve o comportamento actual, e não implica um prognóstico.

O critério “funcionamento intelectual significativamente inferior à média” foi operacionalizado como correspondendo a um Q.I. igual ou inferior a 70 num ou mais testes estandardizados de inteligência⁷. Um Q.I. de 70 foi, no entanto, considerado como uma linha directriz, uma aproximação sujeita a uma avaliação clínica, e não como um valor fixo. A flexibilidade que foi aconselhada na determinação dos limiares de Q.I., tem subjacente o reconhecimento da sua artificialidade, assim como a imprecisão e falibilidade inerentes às avaliações psicométricas⁸ (Begab, 1981; Polloway e Smith, 1988).

A partir dos valores de Q.I., elaborou-se o sistema de classificação da deficiência mental mais comum, colocando-se indivíduos muito heterogéneos numa de quatro categorias (ligeira, moderada, severa e profunda). Assim, a deficiência mental ligeira corresponde a um Q.I. de 50-55 a aproximadamente 70. Este sistema nominal de classificação é minimamente útil para os profissionais e investigadores, desde que não se percam de vista algumas considerações. Os deficientes mentais agrupados homogeneamente em função do Q.I. exibem uma significativa variabilidade intra e interindividual (Baumeister, 1968, 1987). A multiplicidade das etiologias, a diversidade das manifestações cognitivas, comportamentais e educacionais, as respostas diferenciais à reabilitação, etc., numa mesma categoria, aconselham a maior prudência na aplicação deste sistema classificativo.

O critério de défice no comportamento adaptativo como complemento ao critério de défice no funcionamento intelectual é a característica fundamental desta definição. Se bem que alguns autores (Doll, 1946; Goddard, 1907, cit. por Gordon, Saklofske e Hildebrand, 1998; cf. Zazzo, 1979b) tivessem definido a deficiência mental pela referência à competência ou maturidade social, é pela primeira vez precisada a necessidade de coexistência dos dois défices.

A inclusão deste critério pretendeu deslocar a importância atribuída ao Q.I. para os aspectos sociais na compreensão da deficiência mental, e reflecte, de forma clara, a sua relatividade sociocultural.

⁶ Esta definição foi inicialmente elaborada por Heber em 1959, e revista e precisada por Grossman em 1973 e 1983.

⁷ Este limiar superior da deficiência mental é especificado na edição de 1983 do manual de classificação da A.A.M.D.. Em edições anteriores (Grossman, 1977), recomendava-se um limite equivalente, mas ligeiramente diferente, isto é, um Q.I. dois desvios-padrões inferior à média. Como o desvio-padrão varia segundo o teste, isto significaria um Q.I. de 67 ou 69.

⁸ Uma vez que o erro-padrão de medida do Q.I. é de aproximadamente 3 a 5 pontos (consoante o teste), qualquer Q.I. deve ser entendido como um valor numa amplitude provável de Q.I.s.

Apesar da delimitação do conceito de comportamento adaptativo se ter revelado difícil (Robinson e Robinson, 1976), acordou-se que diz respeito à “capacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio” (Magerotte, 1978, 7), isto é, visa “a eficácia dos indivíduos na satisfação das normas de independência pessoal e de responsabilidade social estabelecidas para a sua idade e o seu grupo cultural”(Grossman, 1983, 1).

Atendendo a que as normas e expectativas sociais diferem consideravelmente com a idade, com os contextos de vida (lar, escola, local de trabalho, etc.) e com o(s) grupo(s) cultural(is) a que o indivíduo pertence, o comportamento adaptativo deverá ser avaliado de forma diferencial, de acordo com esses factores. Deste modo, o conceito de comportamento adaptativo é, fundamentalmente, um conceito relativo às situações sociais e ao nível de desenvolvimento individual⁹.

Em complemento, um pressuposto implícito na definição de comportamento adaptativo é o de que diz respeito a desempenhos observáveis, a comportamentos manifestos e não às capacidades ou aptidões que lhe possam estar subjacentes. Por outras palavras, reporta-se ao que as pessoas fazem habitualmente e não ao que elas podem ou são capazes de virem a fazer.

Para corresponder à necessidade de avaliação deste critério de definição da deficiência mental, foram criadas numerosas escalas que apresentam uma grande diversidade de características e componentes. No entanto, a maior parte abrange comportamentos referentes à autonomia nas actividades da vida diária, ao desenvolvimento motor e linguístico, às aprendizagens escolares e às aptidões sociais. Várias escalas avaliam, também, a presença de comportamentos "inadaptados", isto é, de problemas de comportamento. Como teremos oportunidade de expor, esta última dimensão da avaliação do comportamento adaptativo deve-se à verificação, ainda que insuficientemente fundamentada, de que os problemas socio-emocionais estão frequentemente associados à deficiência mental, constituindo-se como obstáculos ao seu desenvolvimento individual e podendo comprometer a sua integração escolar, familiar e social (Bruininks, Thurlow e Gilman, 1987; Meyers, Nihira e Zetlin, 1979). Em síntese, as escalas de comportamento adaptativo avaliam uma grande amplitude de aptidões de independência pessoal e de interacção social, bem como a presença ou ausência de problemas de comportamento.

Contudo, tem-se destacado que as escalas existentes constituem avaliações imperfeitas e imprecisas do comportamento adaptativo, que é necessário complementar através do recurso a entrevistas aos pais e professores, à observação directa em diversas situações e a todas as fontes de informação disponíveis (Grossman, 1977, 1983).

A segunda definição data de 1992 e enuncia que “deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual. Caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que coexiste com limitações em duas ou mais das seguintes áreas de competências adaptativas: comunicação, cuidados pessoais (“self-care”), autonomia em casa (“home living”), competências sociais, utilização de recursos comunitários (“community use”), iniciativa e responsabilidade (“self-direction”), saúde e segurança, aptidões académicas funcionais, lazer e trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos” (Luckasson et al., 1992, 1).

A leitura desta definição permite-nos verificar que os três critérios fundamentais de diagnóstico da

⁹ Grossman (1983) identificou áreas gerais de comportamentos adaptativos essenciais a diferentes períodos de desenvolvimento. Assim, na primeira infância a ênfase deveria recair nas aptidões sensório-motoras, comunicativas, sociais e de independência pessoal. Nas idades correspondentes à frequência da escolaridade obrigatória deveriam realçar-se as aptidões sociais, as capacidades cognitivas e a utilização dos conhecimentos escolares básicos em situações quotidianas. Por sua vez, no final da adolescência e na idade adulta deveriam destacar-se as aptidões necessárias ao desempenho de uma actividade profissional e a assunção das responsabilidades inerentes a uma vida independente.

deficiência mental se mantêm e pode, mesmo, levar-nos a pensar que comporta simples alterações de pormenor em relação à definição precedente. Não obstante, a consulta da obra revela-nos que estamos perante modificações substanciais.

Assim, no que respeita ao critério de funcionamento intelectual, o limiar superior da deficiência mental corresponde, agora, a um Q.I. de aproximadamente 70 a 75. Este aumento, ainda que de pequena magnitude, tem suscitado alguma reserva quer por poder traduzir-se num incremento da percentagem de pessoas que poderão vir a ser consideradas elegíveis para um diagnóstico de deficiência mental, quer porque os termos empregues (*aproximadamente 70 a 75*) são marcadamente ambíguos (MacMillan, Gresham e Siperstein, 1993). Porém, e como já tivemos ocasião de apontar, há que ter em conta que nenhum valor de Q.I. pode ser entendido de forma rígida e inflexível, mas antes como uma estimativa imprecisa a complementar com diversos outros elementos do processo de avaliação psicológica.

Em acréscimo, na nova definição o critério de défices globais no comportamento adaptativo dá lugar a limitações circunscritas a duas ou mais áreas de, entre dez, competências adaptativas, tendo em vista a especificação e a mais fácil operacionalização do conceito demasiado abrangente de comportamento adaptativo. Ainda que este esforço seja de louvar, as dez áreas identificadas não usufruem de qualquer suporte teórico ou empírico passível de justificar a respectiva selecção. No mesmo sentido, não é avançado nenhum dado que ateste que a existência de défices em duas ou mais áreas possui relevância diagnóstica. Além disso, e como reconhecem Luckasson et al. (1992), nem todas as dez áreas de competências adaptativas são abrangidas pelas escalas de comportamento adaptativo actualmente existentes, requerendo instrumentos específicos a desenvolver no futuro. Para alguns autores (Lucksson et al., 1992; Reiss, 1994), este último obstáculo pode ser contornado, se a avaliação dos défices de competências adaptativas for realizada por uma equipa multidisciplinar, se basear em entrevistas e na observação directa e realçar o papel da apreciação clínica. No entanto, para outros autores, o mesmo obstáculo corresponde à impossibilidade de avaliar todas as limitações adaptativas (Borthwick-Duffy, 1994) ou à atribuição de uma excessiva subjectividade e imprecisão à respectiva avaliação (MacMillan, Gresham e Siperstein, 1993, 1995).

Mas a modificação mais radical subjacente à nova definição é a que respeita ao facto de se recomendar que o sistema de classificação baseado no Q.I. seja substituído por outro completamente distinto, que se centra na intensidade dos apoios que as pessoas com deficiência mental poderão necessitar. Particularizando, em vez de graus de deficiência mental contempla-se a necessidade de um apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente¹⁰ ao nível de diversas dimensões do funcionamento, tais como a intelectual, a adaptativa, a emocional e a física. Pressupondo-se que existe alguma correspondência entre os graus de deficiência mental e os níveis de apoio, a designação “jovem com deficiência mental ligeira” poderá dar lugar, consoante os casos, a inúmeras expressões alternativas. Assim, e atendendo unicamente à dimensão adaptativa, poder-se-á, por exemplo, afirmar que se trata de um “jovem com deficiência mental que requer apoios intermitentes nas competências sociais e nas aptidões académicas funcionais” ou que se trata de um “jovem com deficiência mental que requer apoios intermitentes na utilização

¹⁰Por apoio entende-se os recursos e estratégias que podem promover a independência/interdependência, produtividade, integração social e satisfação das pessoas com ou sem incapacidades. Podendo provir de diferentes fontes (o próprio sujeito, outras pessoas, a tecnologia, serviços), os seus níveis de intensidade são explicitados do seguinte modo: o apoio intermitente caracteriza-se pela sua natureza episódica, pelo facto de nem sempre ser necessário ou de o ser apenas em momentos específicos; o apoio limitado é de natureza contínua, mas temporalmente circunscrita; o apoio extensivo caracteriza-se pela sua natureza contínua e ausência de limites temporais, sendo proporcionado em, pelo menos, alguns contextos; o apoio persistente é constante e de elevada intensidade, sendo dispensado em múltiplos contextos.

de recursos comunitários ou no trabalho”.

Os proponentes e defensores da modificação do sistema de classificação (Luckasson et al., 1992; Reiss, 1994) sustentam que ela configura uma mudança de paradigma no domínio da deficiência mental, similar à que se tem vindo a verificar em relação à generalidade das deficiências e incapacidades. Assim, por um lado, a deficiência mental deveria deixar de ser entendida como um défice de natureza individual, para passar a ser considerada com a expressão da interacção entre o sujeito e o meio em que se insere. Por outro lado, a deficiência mental deveria deixar de ser perspectivada em termos de défices, para passar a ser analisada em termos dos apoios necessários ao exercício de diferentes papéis sociais. Em consequência, a ênfase ao nível da classificação teria de deslocar-se das características individuais para as características e suportes susceptíveis de facilitarem o crescimento, desenvolvimento, bem-estar e satisfação pessoais.

Os possíveis benefícios do actual sistema de classificação seriam de vária ordem. Em primeiro lugar, a importância que outorga aos apoios seria congruente com orientações sociopolíticas e educativas que visam uma maior participação das pessoas com deficiência mental na comunidade. É o caso, por exemplo, dos princípios da inclusão e normalização, do direito de acesso ao trabalho e da necessidade de envolvimento do próprio sujeito com deficiência mental e da sua família nos processos de avaliação e intervenção educativas. Em segundo lugar, a delimitação de um perfil individual de apoios realçaria as potencialidades de desenvolvimento da pessoa com deficiência mental e indirectamente promoveria os esforços educativos e reabilitativos direccionados para a respectiva actualização. Por último, a descrição individualizada de um conjunto de apoios seria particularmente relevante ao nível da elaboração de planos e programas de intervenção.

Não obstante, este inovador sistema de classificação não está isento de desvantagens. Assim, há que constatar a ausência de instrumentos, regras ou linhas de orientação claras e precisas relativas à delimitação da intensidade dos apoios. Por conseguinte, é legítimo temer-se que a sua aplicação difira de acordo com as características dos potenciais utilizadores (Borthwick-Duffy, 1994), redundando num sistema de discutível fidedignidade. Além disso, as vantagens, acima mencionadas, referentes à prática educativa e reabilitativa permanecem por documentar empiricamente. Mas acima de tudo, questiona-se em que medida, o referido sistema é aplicável ao nível da investigação. Com efeito, diversos autores (Borthwick-Duffy, 1994; Greenspan, 1994; Jacobson, 1994; MacMillan, Gresham e Siperstein, 1994, 1995) têm vindo a destacar que se é possível conceder que este sistema se afigura aceitável, ou mesmo recomendável, quando o objectivo que preside à sua utilização é de natureza educativa, já pelo contrário se revela inaceitável ou pouco adequado quando o que se pretende é a realização de pesquisas. E isto, porque se emprega em relação a cada caso individualmente considerado e dá origem a descrições particulares e altamente variáveis de sujeito para sujeito que não se coadunam com a constituição de amostras. Ora, como salientou Grossman (1983, p. 19), os sistemas de classificação, enquanto elemento básico de estudo de qualquer fenómeno, devem dizer respeito a grupos de sujeitos (e não a casos individuais) e devem poder cumprir múltiplas funções.

Os factos assinalados têm conduzido a que a classificação baseada nos apoios enfrente sérias dificuldades de aceitação e divulgação junto dos investigadores. Testemunham-no as publicações científicas que continuam a denotar o emprego sistemático das designações deficiente mental ligeiro, moderado, severo e profundo (cf. p. ex., Gresham, Macmillan e Bocian, 1996; Spruill, 1998), bem como organizações prestigiadas, como a “American Psychiatric Association” (1994) e a “World Health Organization” (1992), que nas edições da DSM-IV e da ICD-10 referem apenas o antigo sistema de classificação

A conceptualização da deficiência mental como défice intelectual e social representa um progresso assinalável em relação à concepção clássica, unidimensional. Tendo resultado do acordo dos investigadores americanos, constituiu um contributo importante à obtenção de um consenso formal a nível internacional.

Mas, a introdução do critério de comportamento adaptativo ou de competências adaptativas não foi aceite sem objecções. Antes pelo contrário, quer o conceito de comportamento adaptativo, quer a sua avaliação têm suscitado grande controvérsia. Zigler e Hodapp (1986, 11) defendem mesmo o abandono do conceito de adaptação social da definição da deficiência mental, não porque ele não seja importante, mas porque “não está claramente definido, nem é adequadamente medido”.

Na verdade, a noção de comportamento adaptativo não foi claramente formulada e revela-se vaga e demasiado geral. Para Lambert (1986) e Harrison (1987) a noção de comportamento adaptativo nunca recebeu uma atenção suficiente da parte dos investigadores, tendo sido acrescentada à definição de deficiência mental sem que se tivesse explicitado o seu significado. Este facto torna a avaliação do comportamento adaptativo equivalente a itens díspares, mais do que a um conceito (Simeonsson, 1978).

Esta falta de clareza teórica manifesta-se, aliás, na terminologia empregue: comportamento adaptativo, competências adaptativas, adaptação social e competência social são usados indistintamente e substituídos uns pelos outros.

Tem-se, no entanto, destacado que não é possível assimilar o comportamento adaptativo à competência social, uma vez que o primeiro não constitui senão uma das abordagens e interpretações possíveis da segunda (Simeonsson, 1978). Argumenta-se, de resto, que dada a importância do conceito de competência social na deficiência mental é demasiado restritivo e inadequado assimilá-lo ao comportamento adaptativo. Dessa forma, negligenciar-se-iam aptidões e/ou processos interpessoais essenciais às interacções sociais (Greenspan, 1979; Lambert, 1986; Mathias, 1990; Simeonsson, Monson e Blacher, 1984).

No sentido de obviar a estes limites, avançaram-se outras abordagens teóricas da competência social marcadas, por sua vez, por conceptualizações e operacionalizações muito distintas.

Exemplificando a ausência de um paradigma comum, é possível distinguir, pelo menos, três abordagens gerais na investigação sobre a competência social: alguns autores equacionam-na a uma grande variedade de variáveis cognitivas, físicas, escolares, sociais, etc. (Zigler e Trickett, 1978); outros (Gresham, 1986; Reschly, 1990) consideram que é equivalente ao comportamento adaptativo associado às aptidões sociais; enquanto outros, se bem que destacando outros componentes, realçam essencialmente as variáveis relativas à cognição social, isto é, à compreensão e conhecimento do meio social que medeiam o comportamento (Greenspan, 1979; Lambert, 1986; Mathias, 1990; Simeonsson, Monson e Blacher, 1984; Taylor, 1982).

É esta última abordagem que reúne maior apoio teórico e empírico, e Greenspan (1979) e Mathias (1990) chegam a propor que na definição de deficiência mental aos défices de comportamento adaptativo se acrescentem os défices no nível de desenvolvimento sociocognitivo¹¹. Esta proposta tem, sobretudo, um valor heurístico e requer um amplo conjunto de investigações que a corroborem. De qualquer forma, possui o mérito de evidenciar a urgência de clarificação da dimensão social da deficiência mental.

Mas, mesmo se admitirmos e se nos restringirmos à definição mais divulgada de comportamento adaptativo, isto é, à formulada por Grossman (1983), deparamos com algumas dificuldades na sua delimitação. Uma delas prende-se com a determinação do que são as exigências sociais, e com a sua variabilidade não só em função da pertença sociocultural e da idade, mas também em função do sexo, da situação, etc..

Dada a grande diversidade de contextos sociais em que o comportamento adaptativo se manifesta, este deveria ser considerado no âmbito de múltiplas situações, e do ponto de vista da interacção entre essas situações e o deficiente mental. No entanto, os instrumentos de avaliação existentes privilegiam a identificação de aptidões e comportamentos individuais e tendem a não incorporar informações respeitantes aos ambientes sociais em que os sujeitos estão inseridos, ou às respectivas influências e modificações recíprocas (Landesman e Ramey, 1989).

Em acréscimo, a operacionalização da existência de défices ao nível do comportamento ou das competências adaptativas nem sempre é fácil de efectuar. E isto, devido, por um lado, às dificuldades inerentes à sua avaliação a que se aludiu anteriormente aquando da explicitação e análise das definições de deficiência mental de Grossman (1983) e Luckasson et al. (1992). Por

¹¹As variáveis sociocognitivas a avaliar incluiriam a descentração social, a percepção das pessoas, o raciocínio moral, a comunicação referencial, etc.. Contudo, estas capacidades estão praticamente por explorar em deficientes mentais, tal como está por determinar qual o seu contributo ou relevância para a competência interpessoal.

outro lado, porque a A.A.M.R. nunca estipulou qualquer limiar ou ponto discriminante, a partir do qual se pudesse considerar que os resultados derivados de um ou mais métodos de avaliação eram congruentes com a expressão da deficiência mental. Em seu lugar, preferiu enfatizar a verificação de um nível significativamente inferior ao normal, tal como determinado através da apreciação clínica ou de comparações normativas viabilizadas por estudos de aferição das escalas de comportamento adaptativo. A este respeito, convem, aliás, referir que no que se refere especificamente ao nosso país, só é possível apelar-se à primeira alternativa, dado que, tanto quanto é do nosso conhecimento, nenhuma das escalas de comportamento adaptativo em uso entre nós foi objecto de estudos normativos.

A inexistência de um limiar ou indicador quantitativo da presença de défices no comportamento ou competências adaptativas não constitui um obstáculo inultrapassável à identificação de uma deficiência mental moderada, severa ou profunda, já que nesses casos os défices adaptativos são usualmente óbvios. Pelo contrário, representa um óbice assinalável à identificação de uma deficiência mental ligeira, visto que nesse caso os défices adaptativos são habitualmente subtis e difíceis de circunscrever. Este facto é tanto mais pertinente quanto se reconhece que é pouco provável que as escalas de comportamento adaptativo captem os défices de natureza essencialmente académica que caracterizam as crianças cujo nível de funcionamento intelectual corresponde ao grau ligeiro da deficiência mental (MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996). Outra dificuldade diz respeito à relação entre o comportamento adaptativo e o nível intelectual. Como refere Begab (1981), não se determinou qual o nível intelectual necessário para enfrentar com êxito as exigências e expectativas da sociedade, assim como se desconhece se a relação entre o défice intelectual e o défice adaptativo é de natureza causal ou associativa.

Os estudos que analisaram as relações entre o nível intelectual e o comportamento adaptativo indicam que, apesar das correlações diferirem segundo os graus de deficiência mental e os instrumentos utilizados, as duas dimensões apresentam uma correlação positiva moderada e não são empiricamente independentes (Harrison, 1987; Magerotte, 1974). Esta sobreposição parcial não deixa de ser paradoxal, se atendermos a que o comportamento adaptativo foi proposto enquanto critério complementar, mas distinto do de nível intelectual.

A implicação mais óbvia destas correlações moderadas é a de que algumas crianças poderão apresentar resultados divergentes ao nível de um teste de inteligência e de uma qualquer escala de comportamento adaptativo. Usualmente essas discordâncias manifestam-se sob a forma de um resultado de Q.I. correspondente ao grau ligeiro da deficiência mental e a inexistência de défices significativos ao nível do comportamento adaptativo. Esta situação é facilmente compreensível, se atendermos a duas ordens de factores. Em primeiro lugar, à verificação de que as correlações entre os resultados de instrumentos de avaliação da inteligência e do comportamento adaptativo são tanto mais elevadas quanto mais pronunciado é o grau da deficiência mental (Harrison, 1987). Em segundo lugar, ao reconhecimento, acima mencionado, de que a composição das actuais escalas de comportamento adaptativo pode não permitir o rastreio dos défices predominantes em deficientes mentais ligeiros.

Por sua vez, a proliferação recente de escalas de comportamento adaptativo não foi acompanhada pelo rigor na sua avaliação. Para além de serem consideradas representações imprecisas do nível de adaptação, e da sua aplicação requerer um conhecimento aprofundado do comportamento habitual do deficiente mental num grande número de situações, nem sempre fácil de obter, as suas características psicométricas não são satisfatórias¹² (Kamphaus, 1987; Meyers, Nihira e Zetlin, 1979).

Estas objecções reduzem, substancialmente, o valor do conceito de comportamento adaptativo na

¹² Se a fidelidade é adequada na maior parte dos casos, os resultados em apoio da validade preditiva e de conteúdo são insuficientes.

identificação e diagnóstico da deficiência mental¹³. Não é, pois, surpreendente que o comportamento adaptativo tenha sido relegado para um plano secundário e que o Q.I. permaneça o critério dominante, e por vezes até exclusivo, do diagnóstico e classificação da deficiência mental na investigação e na prática educativa (Baumeister, 1984; Harrison, 1987; Huberty, Koller e Brink, 1980; Smith e Knoff, 1981).

1.3- A deficiência mental como défice cognitivo

Uma das áreas mais extensivamente estudadas no domínio da deficiência mental, tem sido a do desenvolvimento e funcionamento cognitivos. Na verdade, as manifestações principais da deficiência mental, situam-se na menor eficiência em situações de aprendizagem, de aquisição de aptidões e de resolução de problemas.

São muitos os conceitos propostos para explicar os aspectos cognitivos da deficiência mental, e são várias as controvérsias teóricas que têm assinalado os últimos anos. De entre estas, a mais pertinente e persistente no que respeita à deficiência mental ligeira é a que se refere à conceptualização do seu desenvolvimento cognitivo. De facto, dois modelos teóricos diametralmente opostos têm caracterizado a deficiência mental ou como um simples atraso no desenvolvimento (modelo desenvolvimentista), ou como a expressão de défices qualitativos específicos (modelo déficeário ou da diferença). Esta oposição suscitou um vivo debate, dadas as suas importantes implicações teóricas e metodológicas.

Os principais defensores do modelo desenvolvimentista têm sido Zigler e os seus colaboradores (Balla e Zigler, 1979; Zigler, 1967; Zigler e Hodapp, 1986), se bem que outros autores tenham exprimido posições semelhantes (Woodward, 1979). De acordo com o modelo proposto por Zigler, os deficientes mentais sem etiologia orgânica ou “culturais-familiares”, representando a extremidade inferior da distribuição normal e poligénica da inteligência, e correspondendo, essencialmente, ao grau ligeiro da deficiência mental, apresentariam a mesma sequência de estádios de desenvolvimento cognitivo que os sujeitos não deficientes mentais. Os dois grupos de sujeitos difeririam em apenas dois aspectos: os processos cognitivos dos deficientes mentais desenvolver-se-iam a um ritmo mais lento e atingiriam um nível cognitivo final que se situaria abaixo do dos não deficientes. Este princípio tem sido designado como a hipótese da sequência semelhante. O modelo desenvolvimentista também postula que os deficientes mentais “culturais-familiares”, quando comparáveis aos normais no nível de desenvolvimento cognitivo (definido operacionalmente como a idade mental), manifestariam desempenhos idênticos em provas cognitivas, dada a identidade das estruturas e processos empregues. Este princípio do modelo é conhecido como a hipótese da estrutura semelhante (Weisz e Yeates, 1981).

As investigações de Inhelder (1963) e Paour (1992), e as revisões das investigações de inspiração piagetiana realizadas com deficientes mentais (Weisz, 1990; Woodward, 1979), conferem um apoio experimental substancial à hipótese da sequência semelhante. O estudo da deficiência mental contribuiu para o estabelecimento da invariância da génese das estruturas operatórias, ao verificar que esta não se diferencia da que foi descrita na criança normal. Ao nível do desenvolvimento cognitivo, a deficiência mental caracterizar-se-ia, sobretudo, pelos fenómenos de lentidão e fixação (Inhelder, 1963; Paour, 1986). No caso específico da deficiência mental ligeira, a fixação teria lugar nas operações concretas e seria devida a um processo de falso equilíbrio ou viscosidade genética manifesto: no abrandamento progressivo da construção operatória, a partir do acesso aos primeiros níveis das operações concretas; e na relativa fragilidade do raciocínio caracterizada por oscilações ou pela ressurgência de traços de um nível anterior sempre que o

¹³ Não obstante, é inquestionável a utilidade dos respectivos instrumentos de avaliação ao nível das áreas da detecção de domínios de intervenção, da elaboração de programas educativos individualizados e da planificação educativa (Clarke e Clarke, 1985a).

deficiente mental está em vias de ascender a um nível de estruturação superior (Inhelder, 1963). A determinação da validade da hipótese da estrutura semelhante tem-se revelado mais difícil. Weisz e Yeates (1981) empreenderam a revisão de 30 estudos que compararam o desempenho de sujeitos deficientes mentais e normais, com as mesmas idades mentais, numa grande diversidade de áreas do desenvolvimento conceptual relativas aos estádios pré-operatório e das operações concretas. Apesar das comparações efectuadas terem demonstrado a sua consistência com a hipótese da estrutura semelhante, Weisz e Yeates (1981) não deixam de apontar limites aos estudos revistos, bem como o carácter prematuro de qualquer afirmação respeitante à comprovação experimental da hipótese a partir de uma base empírica tão restrita. Poucos anos mais tarde, Weiss, Weisz e Bromfield (1986) procuraram estender o teste da mesma hipótese aos estudos conduzidos no âmbito do modelo de tratamento da informação. Identificaram 24 estudos que envolviam 59 comparações de grupos de sujeitos deficientes mentais e normais da mesma idade mental, em várias tarefas, como as de atenção selectiva, organização da informação, memorização, utilização de conceitos, etc.. A revisão dos estudos demonstrou que, em cerca de metade das comparações, os sujeitos deficientes mentais apresentavam resultados significativamente inferiores aos sujeitos normais da mesma idade mental. Estes resultados representam um desafio óbvio à validade do modelo desenvolvimentista e têm conduzido à exploração de explicações alternativas dos défices constatados. Apelou-se, sobretudo, para a possibilidade de uma maior vulnerabilidade das tarefas de processamento da informação à influência de variáveis motivacionais e emocionais específicas da deficiência mental (Weisz, 1990). No entanto, e apesar de alguns investigadores (Borkowski e Turner, 1988; Paour, 1991; Switzky e Haywood, 1984; Zigler e Hodapp, 1986) terem vindo a defender a importância da motivação e de outras características extracognitivas na elucidação das realizações cognitivas e académicas dos deficientes mentais, não existem dados que sustentem uma explicação puramente motivacional das diferenças observadas. Para além da dificuldade do modelo desenvolvimentista em acomodar os resultados divergentes, o facto de excluir das suas considerações os deficientes mentais em que existem indicações claras de etiologia orgânica não tem sido um tópico pacífico. Defendendo que para esse grupo de sujeitos, uma conceptualização déficeária é mais adequada, têm enfrentado as oposições dos que consideram que a dicotomia etiológica da população deficiente mental é inapropriada, infidedigna e irrelevante do ponto de vista da teoria psicológica¹⁴ (Baumeister, 1984; Baumeister e MacLean, 1979; Ellis, 1969; Leland, 1969). Como teremos oportunidade de ver, esta questão é central na literatura referente à deficiência mental. Outro aspecto não menos fundamental e polémico do modelo, é o que requer que os deficientes mentais sejam comparados com os normais da mesma idade mental, uma vez que esta é a variável descritiva que indicia o seu nível de desenvolvimento cognitivo. Contudo, vários autores (Baumeister, 1967, 1984, 1987; Milgram, 1969; Sternberg e Spear, 1985) têm posto em causa este pressuposto, recordando que a idade mental não é senão um produto complexo, um composto aritmético, um valor sumário representante de uma média num conjunto heterogéneo de itens. A equabilidade da idade mental não implicaria de forma alguma a semelhança dos desempenhos ou a inexistência de diferenças qualitativas e quantitativas nas estruturas e processos cognitivos.

Para o modelo déficeário ou da diferença os deficientes mentais manifestam défices cognitivos específicos que os distinguem dos normais, e que transcendem as meras diferenças no ritmo e no

¹⁴ A oposição tem-se manifestado inclusivamente no seio dos proponentes do modelo desenvolvimentista, onde deu origem a uma perspectiva mais abrangente que contempla todos os deficientes mentais independentemente da sua etiologia. Segundo Hodapp e Zigler (1995), esta perspectiva advoga que se testem as hipóteses do modelo desenvolvimentista quer na deficiência mental orgânica considerada globalmente, quer em cada uma das inúmeras síndromas que a integram.

nível final de desenvolvimento. Em qualquer altura do desenvolvimento, e mesmo quando a idade mental é igual, os deficientes mentais exibiriam em relação a sujeitos normais mais novos, uma nítida inferioridade. Essa inferioridade tenderia a acentuar-se ao longo do desenvolvimento, constituindo-se como o fenómeno do “défice da idade mental” (Haywood, 1987).

São muitas as investigações que procuraram pesquisar e identificar os défices cognitivos "críticos" que caracterizariam o funcionamento dos deficientes mentais. Desde 1935, ocasião em que Lewin descreveu a teoria da rigidez cognitiva, quase todos os domínios cognitivos estudados (memória, velocidade de tratamento da informação, extensão e organização da base de conhecimentos, etc.) revelaram dificuldades em casos de deficiência mental (Borkowski e Turner, 1988; Detterman, 1987).

A partir dos anos 70, o interesse dos investigadores centrou-se, sobretudo, no papel e valor explicativo das estratégias de processamento da informação no desempenho dos deficientes mentais ligeiros e moderados. Belmont e Butterfield (1971) foram dos primeiros a demonstrar que os resultados diferenciais de normais e deficientes mentais ligeiros em provas de memorização a curto termo, se deviam ao insucesso dos últimos em usarem espontaneamente estratégias de organização ou recuperação da informação. Em breve se verificou a ubiquidade dos défices estratégicos dos deficientes mentais ligeiros e moderados em situações de memorização (Butterfield e Ferretti, 1987; Spitz, 1987), de aprendizagem associativa (Taylor e Turnure, 1979), de resolução de problemas e de jogo (Spitz, 1987).

Constatou-se que este défice estratégico generalizado corresponde a um défice de produção e não a um défice de mediação, isto é, os deficientes mentais podem empregar os processos estratégicos necessários, desde que sejam instruídos nesse sentido (Campione, Brown e Ferrara, 1982). Na realidade, estabeleceram-se várias situações de ensino em que se procuraram reduzir ou eliminar as diferenças comparativas entre deficientes mentais e normais da mesma idade mental, através de um treino sistemático em estratégias de memorização e de aprendizagem particulares (como por exemplo, a repetição, o agrupamento, a elaboração, a categorização, a formação de imagens, etc.). Os resultados revelaram-se encorajadores em relação à aquisição e manutenção das estratégias ensinadas¹⁵, mas decepcionantes no que concerne à sua generalização para além do contexto original de ensino¹⁶ (Blackman e Lin, 1984; Butterfield, Wambold e Belmont, 1973).

¹⁵ Nem todos os deficientes mentais ligeiros parecem responder favoravelmente ao ensino de estratégias, registando-se variabilidade na sua aplicação a tarefas com uma estrutura semelhante, de acordo com o seu nível de desenvolvimento ou idade mental (Brown e Campione, 1977).

¹⁶ A amplitude do défice estratégico e as dificuldades de generalização constituem elementos importantes para a diferenciação entre a deficiência mental ligeira e os distúrbios de aprendizagem (“learning disabilities”). Assim, os défices dos deficientes mentais ligeiros são generalizados, em especial no que concerne aos processos executivos superiores, enquanto que os dos sujeitos com distúrbios de aprendizagem são circunscritos (Sternberg e Spear, 1985). Por outro lado, os sujeitos dos dois grupos divergem substancialmente em termos dos benefícios que retiram das ajudas fornecidas por um adulto em situações de avaliação ou ensino. Particularizando, em comparação com os deficientes mentais ligeiros, as crianças e jovens com distúrbios de aprendizagem necessitam de menos ajuda para alcançarem uma solução, respondem mais prontamente à intervenção do adulto e são mais proficientes na generalização das aprendizagens realizadas para o contexto escolar (Campione, Brown e Ferrara, 1983). Interpretando estes dados à luz do conceito de zona de desenvolvimento potencial proposto por

Esta dupla dificuldade dos deficientes mentais em gerarem as estratégias necessárias à resolução de problemas e em as transferirem para outras situações, foi atribuída a défices metacognitivos e, em especial, ao controlo executivo (Butterfield e Ferretti, 1987; Brown e Campione, 1981, 1986). Isto é, os deficientes mentais poderiam possuir determinadas estratégias nos seus reportórios cognitivos, mas não as evocariam e empregariam, porque desconheceriam o porquê, quando e como da sua aplicação. Para que a generalização fosse possível, seria necessário um ensino muito completo e explícito que informasse os sujeitos sobre a utilidade da estratégia, que elucidasse e exemplificasse as condições da sua aplicabilidade em múltiplas situações e que destacasse os processos de controlo executivo. Por exemplo, os sujeitos deveriam ser ensinados a definirem e seleccionarem as estratégias a executar, a implementarem essas estratégias verificando as consequências da sua aplicação, a compararem os efeitos obtidos com os esperados, introduzindo modificações quando os primeiros não correspondem aos segundos.

Segundo Campione, Brown e Ferrara (1983), a dificuldade dos deficientes mentais em resolverem, compreenderem e aprenderem espontaneamente através das suas próprias acções, ou em beneficiarem de instruções menos detalhadas, exigiria que se tornasse explícito o que os sujeitos normais, habitualmente, induzem. Contudo, a base empírica das hipóteses metacognitivas é muito restrita (cf. Butterfield e Ferretti, 1987), e quaisquer que sejam os componentes das situações de ensino, “a generalização das estratégias para tarefas ecologicamente mais válidas, como as escolares (...) tem, ainda, de ser demonstrada” (Blackman e Lin, 1984, 257).

Não obstante as dificuldades, o ensino de estratégias, em conjunto com os estudos que procuraram fazer aceder crianças e jovens com deficiência mental ligeira ao estado operatório concreto (Paour, 1992), e a aplicação do Programa de Enriquecimento Instrumental (Arbitman-Smith, Haywood e Bransford, 1984; Feuerstein, Rand e Hoffman, 1979; Feuerstein et al., 1979) contribuíram para realçar a plasticidade potencial de desenvolvimento, ou as possibilidades de modificabilidade cognitiva ou de ultrapassagem do défice da idade mental dos deficientes mentais. Na verdade, algumas práticas de educação cognitiva têm posto em evidência que os deficientes mentais são susceptíveis de modificações cognitivas estruturais e funcionais, sem que isso seja equivalente à negação da realidade da deficiência. Saliente-se, no entanto, que nem sempre tem sido fácil reunir indicadores irrefutáveis desta plasticidade¹⁷.

Vigotsky, Campione, Brown e Ferrara (1983) consideram que as crianças e jovens com distúrbios de aprendizagem apresentam zonas mais extensas ou amplas do que as crianças com deficiência mental ligeira.

¹⁷ Por exemplo, a evidência referente à eficácia do Programa de Enriquecimento Instrumental junto de deficientes mentais ligeiros foi considerada como satisfatória para alguns (Arbitman-Smith, Haywood e Bransford, 1984; Feuerstein et al., 1979; Haywood, 1987), mas como limitada e questionável para outros (Blackman e Lin, 1984; Bradley, 1983). O programa foi posto em prática em grupos muito reduzidos de adolescentes com deficiência mental ligeira. Ao fim de um e mesmo dois anos de aplicação, os aumentos nos resultados de testes de inteligência foram modestos e, em especial, sem correspondência significativa ao nível da avaliação das aprendizagens escolares.

No que concerne às experiências de aprendizagem e de indução das noções operatórias concretas, os ganhos revelaram-se duradouros e generalizáveis. Contudo, registaram-se dois limites importantes: a eficácia da intervenção está relacionada com um nível pré-operatório mínimo, abaixo do qual não se verificaram quaisquer efeitos; os sujeitos que beneficiaram das

Independentemente desta questão, a continuidade da oposição do modelo desenvolvimentista e do modelo déficeário assinala que não só as proposições teóricas são divergentes, como perduram, sem que uma se imponha em detrimento das outras (Paour, 1992). Esta solidez e diversidade exemplificam, uma vez mais, a heterogeneidade e complexidade da deficiência mental. Como sugerem Sternberg e Spear (1985), a variedade das características cognitivas que têm sido apontadas como diferenciadoras dos normais e dos deficientes mentais é incompatível com uma única teoria. No mesmo sentido, Baumeister (1984), Detterman (1987), Kahn (1985) e Paour (1992) consideram que é possível a reconciliação dos dois modelos, fornecendo cada um deles uma explicação válida de uma das múltiplas facetas da deficiência mental. Para Baumeister (1984) e Detterman (1987) os dois modelos lidam com diferentes níveis de análise, com diferentes modalidades de comparação, além de que o modelo déficeário nunca postulou que o desenvolvimento cognitivo dos deficientes mentais procede numa sequência diferente da dos normais. Por sua vez, a inconsistência dos resultados relativos à hipótese da estrutura semelhante e a existência do fenómeno do défice da idade mental não permitiriam, como vimos, a rejeição de hipóteses déficeárias. Para Paour (1992) a deficiência mental caracteriza-se simultaneamente por um desenvolvimento cognitivo mais lento, e por uma diferença na forma como as estruturas cognitivas são aplicadas. Qualquer que seja o seu nível de desenvolvimento, os deficientes mentais apresentam grandes dificuldades na mobilização das suas competências cognitivas, um “subfuncionamento cognitivo crónico”¹⁸ que explicaria os seus défices na produção de estratégias, a sua inferioridade em situações de resolução de problemas e o aumento progressivo com a idade da diferença comparativa em relação aos sujeitos normais da mesma idade mental. Estas perspectivas unificadoras têm o mérito de integrarem elementos solidamente estabelecidos em várias teorias, reduzindo as divergências que marcaram este campo de investigação. Mas, acima de tudo, constituem-se como quadros de referência conceptuais dos aspectos cognitivos da deficiência mental.

1.4- A deficiência mental como construto social

Como tivemos oportunidade de assinalar, a deficiência mental comporta uma dimensão social e, por isso, não pode ser entendida sem referência a variáveis socioculturais. A investigação documenta variações transculturais no significado e definição da deficiência mental, reforçando a noção de que a identificação dos deficientes mentais se apoia em critérios socioculturais particulares (Barnett, 1986).

A radicalização dos factos assinalados levou Mercer (1970, 1973) a propor uma “perspectiva de sistema social” na definição da deficiência mental. De acordo com esta abordagem, exclusivamente sociológica, a deficiência mental ligeira não é uma característica, fenómeno ou condição individual, mas antes um estatuto e um papel desempenhados por um indivíduo num ou nalguns sistemas sociais específicos, e não necessariamente em todos.

intervenções de natureza operatória, uma vez estas terminadas, não manifestaram progressos posteriores (Paour, 1992).

¹⁸ Este subfuncionamento cognitivo teria, segundo Haywood (1987), uma base experiencial, resultando de experiências de inadaptação pessoal e de interações com o ambiente que perpetuariam, em lugar de erradicarem, as dificuldades vivenciadas. Este ponto de vista corresponde ao partilhado por Paour (1992), para quem o subfuncionamento resultaria de ambientes pouco estimulantes ou inibidores e de características pessoais e motivacionais. As últimas proviriam da vivência de experiências de inadaptação social e da redução ou inexistência de experiências subjectivas de domínio dos processos de controlo da informação.

A perspectiva de Mercer é, no entanto, demasiado extrema, e reúne maior aceitação uma perspectiva mais moderada, em que a identificação da deficiência mental ligeira emerge da interacção entre os vários contextos ecológicos e as características individuais.

2- ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.1- Prevalência

Os estudos epidemiológicos da deficiência mental documentam que a sua prevalência varia em função da definição adoptada e dos critérios de diagnóstico empregues, da representatividade da população estudada, e da influência de variáveis como a idade, o nível socio-económico e cultural ou as condições educativas e de saúde.

A quase totalidade dos estudos utilizou o Q.I. como critério de definição e diagnóstico da deficiência mental, residindo uma excepção no estudo de Mercer (1973), em Riverside, na Califórnia. Neste caso, aplicou-se uma escala de comportamento adaptativo, elaborada pela autora, a uma amostra de 7000 crianças e adultos, e avaliou-se um grupo da amostra com um teste de inteligência. Verificou-se, então, que a prevalência variava significativamente consoante se empregava um ou os dois critérios de diagnóstico: com base apenas num Q.I. inferior a 70, a prevalência da deficiência mental era de 2.14%, enquanto que quando se complementava um Q.I. inferior a 70 com um resultado de comportamento adaptativo¹⁹, a prevalência diminuía para 0.97%. Uma observação interessante deste estudo foi a de que a redução na prevalência de deficientes mentais quando se aplicavam os dois critérios se registava, principalmente, nos sujeitos oriundos de minorias étnicas ou dos estratos socio-económicos mais baixos.

O índice de prevalência de 0.97% apontado por Mercer (1973) é, aliás, consistente com a estimativa de 1% avançada por Tarjan et al. (1973), a partir de uma definição bidimensional da deficiência mental.

No que respeita à representatividade da população, alguns estudos efectuaram uma abordagem directa de uma amostra, de uma determinada região geográfica, ou ao longo de um período de tempo definido, enquanto que muitos outros estudos recorreram às autoridades administrativas na identificação dos casos de deficiência mental. Nesta última abordagem, seleccionam-se os sujeitos que foram classificados como deficientes mentais por diversas autoridades, tais como as educativas (frequência de classes especiais ou de instituições de ensino especial, apoio dos serviços de ensino especial) ou as de saúde (atendimento em clínicas, hospitais ou serviços médicopedagógicos).

As diferenças entre estes dois tipos de identificação de deficientes mentais justificam, sem dúvida, as disparidades que se encontram nas respectivas taxas de prevalência. Assim, no âmbito do primeiro tipo de abordagem, Granat e Granat (1973) apontam uma prevalência de 2.21% de deficientes mentais ligeiros em jovens suecos de 19 anos, enquanto Rutter, Tizard e Whitmore (1970) indicam uma prevalência de 2.53% de deficientes mentais em crianças de 9 e 10 anos, residentes na ilha de Wight. Por sua vez, um estudo longitudinal com conotações epidemiológicas, o "Collaborative Perinatal Project", seguiu 36851 crianças dos Estados Unidos da América, desde a gestação até aos 7 anos de idade, e identificou 1.15% de deficientes mentais ligeiros de raça branca, e 4.61% de raça negra (Broman et al., 1987). Em contraste nítido com estas taxas, as assinaladas pelos estudos que se apoiaram em classificações administrativas são notoriamente mais baixas. Em relação à deficiência mental ligeira, referiram-se as seguintes percentagens: 0.17% em jovens e adultos canadianos dos 15 aos 29 anos de idade (Baird e Sadovnick, 1985); 0.37% e 0.38% em crianças e jovens suecos dos 8 aos 19 anos (Hagberg et al., 1981a; Son

¹⁹ Para ser considerado indicador de deficiência mental, o resultado obtido na escala de comportamento adaptativo deveria situar-se nos decís 1 a 3. Destaque-se que a informação referente à validade e fidedignidade da escala é muito reduzida.

Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981); 0.56% em pré-adolescentes finlandeses de 14 anos (Rantkallio e Wendt, 1986); 0.59% em crianças e jovens irlandeses dos 4 aos 19 anos (Frost, 1977); 0.63% em crianças e pré-adolescentes escoceses dos 7 aos 14 anos (Drillien, Jameson e Wilkinson, 1966). Valores semelhantes foram também adiantados por Kushlick e Blunden (1974) e Richardson et al. (1984).

As percentagens mais recentes têm sido, por vezes, interpretadas como evidência de que a prevalência da deficiência mental ligeira tem vindo a diminuir (Clarke e Clarke, 1987; Hagberg e Hagberg, 1985), em função de alterações socio-económicas, da melhoria dos cuidados médicos na gravidez e na infância, da implementação de programas de intervenção precoce, de critérios de definição mais rigorosos e de uma prática diagnóstica que considera as consequências negativas de designações estigmatizantes²⁰. Se bem que seja possível que alguns destes factores estejam a exercer uma acção preventiva, há que considerar os limites metodológicos dos estudos que apontam estas percentagens. A classificação administrativa de um sujeito como deficiente mental é a resultante de uma interacção complexa entre múltiplos factores (individuais, familiares, socio-económicos, educativos, políticos), e enquanto método de recrutamento de casos resulta necessariamente numa amostragem pouco representativa e num número elevado de sujeitos não identificados ou de falsos negativos (Granat e Granat, 1973). Outro problema, específico dos estudos dos países escandinavos, reside no facto de os testes de inteligência empregues terem sido aferidos nos anos 40 e 60.

No nosso país, merece-nos um especial destaque o estudo epidemiológico da deficiência mental realizado no concelho de Arruda dos Vinhos, que abrangeu as crianças nascidas entre 1964 e 1968 e residentes no referido concelho em 1975 (Bairrão et al., 1980; C.O.O.M.P., 1981). Este estudo teve o mérito de considerar a deficiência mental não como um mero défice no funcionamento intelectual, mas antes em função da sua relação com critérios e condições polifactoriais de

²⁰ As conotações perjurativas da designação deficiente mental e os seus possíveis efeitos prejudiciais ao nível do sujeito assim rotulado e do comportamento dos que o rodeiam (MacMillan, Jones e Alloia, 1974), conduziram à restrição da sua aplicação. Por exemplo, Polloway e Smith (1983) assinalam que nos Estados Unidos da América, entre 1976 e 1981, se registou um declínio de cerca de um terço no número de alunos em programas educativos para deficientes mentais ligeiros. Este declínio seria explicado, em parte, pela substituição da designação deficiente mental pela de dificuldades de aprendizagem, já que a diminuição importante da prevalência administrativa da deficiência mental ligeira se tem acompanhado nesse país de um aumento paralelo da prevalência administrativa das dificuldades de aprendizagem (MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996; Polloway e Smith, 1983, 1988; Reschley, 1990). De facto, tem-se defendido que a modificação da designação pode eliminar eventuais consequências nocivas e proposto termos alternativos ao de deficiência mental ligeira (cf. Introdução). Outros autores propõem mesmo a eliminação completa de quaisquer designações ou categorizações (Hallahan e Kauffman, 1977). Apesar da natureza estigmatizante dos termos dever ser minimizada o mais possível, consideramos como Ionescu (1987, 30) que qualquer que seja a denominação empregue "...não se anula ou apaga a realidade da deficiência mental ou os problemas que ela coloca". É também forçoso reconhecer que as vantagens da mera substituição do termo deficiente mental por outros menos discriminatórios, estão por documentar empiricamente (Clarke e Clarke, 1985a).

adaptação/inadaptação. Adoptou conseqüentemente uma abordagem pluridisciplinar, infrequente em epidemiologia, em que várias equipas (psicologia, sociologia e pediatria) delinearão e aplicaram diferentes critérios de adaptação/inadaptação. As crianças que num primeiro rastreio psicológico colectivo foram consideradas inadaptables segundo um critério psicométrico, foram seguidamente observadas num exame psicológico individual. Com esta metodologia verificou-se, na população total observada, uma taxa de 4.6% de crianças deficientes mentais, e uma concordância significativa entre o diagnóstico de deficiência mental e os diferentes critérios de adaptação.

2.2- Prevalência em função da idade

Como já tivemos ocasião de referir, a deficiência mental ligeira é, em geral, identificada no primeiro ciclo do ensino básico. Não é frequentemente detectada até aos 5 anos, mas a sua prevalência aumenta rapidamente nas idades seguintes, e atinge o seu máximo entre os 11 e os 14 anos. A partir dos 15 anos, diminui abruptamente para cerca de metade ou um terço dos valores registados nas idades precedentes (Baird e Sadovnick, 1985; Richardson et al., 1984; Tarjan et al., 1973).

Este desaparecimento de mais de 50% dos deficientes mentais ligeiros depois do término da escolaridade, pode ser interpretado, no âmbito de uma perspectiva sociorelativista, como reflectindo variações sistemáticas nas exigências sociais ao longo dos anos (Barnett, 1986; Mercer, 1973).

Há, no entanto, algum desacordo em relação a esta perspectiva. McLaren e Bryson (1987) e Zigler e Hodapp (1986), por exemplo, sustentam que o que varia nos diferentes períodos etários não é a prevalência da deficiência mental ligeira, mas sim a facilidade da sua identificação. No mesmo sentido, diversos estudos (cf. Brown-Glover e Wehman, 1996) têm vindo a pôr em causa que os adultos com deficiência mental ligeira se integrem efectivamente na comunidade e/ou que não sejam reconhecidos como tal. Assim, e em discordância parcial com a visão optimista produzida pelos resultados dos primeiros estudos longitudinais de sujeitos com deficiência mental ligeira, as investigações realizadas nos Estados Unidos a partir dos anos 80 indicaram a existência de um cenário pouco favorável. De acordo com essas investigações, as vidas de muitos adultos com deficiência mental ligeira eram caracterizadas pelo desemprego, baixos salários, trabalho precário ou a tempo parcial (Brown-Glover e Wehman, 1996; Polloway et al., 1991), relações sociais restritas, isolamento e uso limitado dos recursos comunitários (Brown-Glover e Wehman, 1996; Edgerton, 1988; Zetlin, 1988). Aqueles que, de alguma forma, se constituíam como excepção a este panorama e atingiam um estatuto independente ou semi-independente na idade adulta eram os que beneficiavam do apoio e orientação dispensado por pessoas (familiares, amigos, vizinhos, etc.) ou serviços (Edgerton, 1988; Zetlin, 1988).

Em complemento, tornou-se óbvio que as limitações no comportamento adaptativo poderiam persistir na idade adulta, manifestando-se a vários níveis, tais como as aptidões académicas, a independência pessoal, as competências profissionais ou a linguagem oral (Koegel e Edgerton, 1982; Zetlin, 1988). A título exemplificativo, referem-se as áreas que Koegel e Edgerton (1982) notaram serem problemáticas para 45 adultos que tinham sido identificados como deficientes mentais ligeiros no decurso da frequência da escolaridade obrigatória: conhecimento e gestão do dinheiro; aritmética; leitura; escrita; higiene pessoal; tarefas domésticas; compras; linguagem receptiva (p. ex., compreensão de perguntas); e linguagem expressiva, com destaque para os aspectos sintácticos e

pragmáticos²¹.

2.3- Prevalência em função do sexo

A generalidade dos estudos epidemiológicos mostra que a deficiência mental ligeira é mais prevalente em rapazes do que em raparigas (Bairrão et al., 1980; Baird e Sadovnick, 1985; Drillien, Jameson e Wilkinson, 1966; Herbst e Baird, 1983; Hagberg et al., 1981a; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981). Cada estudo aponta uma proporção específica, mas McLaren e Bryson (1987) concluem, na sua revisão dos resultados mais recentes, por uma razão de 1.6/1. Duas excepções a esta maior representação de rapazes são assinaladas nos estudos de Imre (1967) e de Rutter, Tizard e Whitmore (1970), em que se verificou que a taxa de deficientes mentais ligeiros não diferia nos dois sexos.

Como possíveis determinantes da maior prevalência da deficiência mental em rapazes, invocou-se que: os rapazes apresentam mais frequentemente dificuldades nas aprendizagens escolares e problemas de comportamento que os tornariam facilmente referenciáveis e, por isso, mais susceptíveis de virem a ser diagnosticados como deficientes mentais (Richardson, Katz e Koller, 1986); os factores genéticos ligados ao cromossoma X predisporiam os rapazes à deficiência mental (Zigler e Hodapp, 1986). Existem, contudo, poucas investigações sobre este tópico, desconhecendo-se, por exemplo, se a proporção de rapazes e raparigas varia em função da idade cronológica, do nível socio-económico ou da etiologia da deficiência mental.

²¹ A tomada de consciência deste conjunto de factos levou a que se concluisse que muitos dos sujeitos com deficiência mental ligeira não estavam a ser adequadamente preparados para as exigências multidimensionais da idade adulta, bem como que os programas educativos não iam ao encontro das suas necessidades (Polloway et al., 1991). Em consequência, analisaram-se criticamente os conteúdos curriculares e salientou-se a importância de se atender na respectiva selecção aos contextos de vida futuros em que as pessoas com deficiência mental ligeira se irão inserir.

Numa óptica mais abrangente, e dado que os resultados relativos ao estatuto na idade adulta de sujeitos com deficiência mental ligeira se afiguraram comuns a outros tipos de necessidades educativas especiais, nos Estados Unidos a Lei Pública 101-746 de 1990, designada de “The Individuals with Disabilities Education Act” (IDEA), enunciou que a planificação da transição da escola para a vida activa deveria constituir parte integrante dos serviços de educação especial. Essa transição seria preparada ao longo da escolaridade, sendo planeada de modo formal a partir dos 14 anos de idade, através da elaboração de um Plano Individualizado de Transição por uma equipa interdisciplinar. Esse plano incluiria um conjunto diversificado de actividades, delineado em função das necessidades, interesses e competências de cada aluno individualmente considerado e dos recursos que fosse possível congrega, tendo em vista a preparação adequada para as exigências da vida adulta (Brown-Glover e Wehman, 1996).

2.4- Prevalência em função do nível socio-económico

Há unanimidade nos estudos epidemiológicos de que a deficiência mental ligeira se concentra predominantemente nas classes sociais inferiores. Esta distribuição social tem sido confirmada sucessivamente desde as investigações menos actuais (Drillien, Jameson e Wilkinson, 1966; Imre, 1967; Kushlick e Blunden, 1974; Penrose, 1972; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970; Stein e Susser, 1960), até às mais recentes (Broman et al., 1987; Cooper e Lackus, 1984).

Os deficientes mentais ligeiros provêm, sobretudo, de famílias com um baixo nível socioprofissional, em que os pais são trabalhadores não especializados ou semi-especializados, e estão pouco representados nos meios socioprofissionais mais favorecidos. As percentagens assinaladas nas categorias socioprofissionais mais baixas são variáveis, mas oscilam entre 78.4% (Cooper e Lackus, 1984) e 39% (Rutter, Tizard e Whitmore, 1970), e são muito mais elevadas do que as da população geral nessas categorias.

As famílias dos deficientes mentais ligeiros pertencentes aos níveis socioprofissionais mais modestos apresentam também algumas características sociodemográficas e culturais específicas quando comparadas às famílias do mesmo meio social. Assim, têm fratrias mais numerosas, nos meios urbanos vivem nas áreas residenciais mais degradadas, a densidade habitacional é elevada e as mães têm um baixo nível educacional (Richardson, 1981). Outros estudos, menos reveladores da possível especificidade familiar dos deficientes mentais ligeiros, por não estabelecerem comparações directas com sujeitos das mesmas classes sociais, constatam, no entanto, que estas variáveis ambientais lhe estão associadas (Broman et al., 1987; Gilly e Merlet-Vigier, 1969; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970).

A este propósito, e em forma de súpula, anota-se que no contexto nacional, já em 1965, Montenegro apontava que os pais de alunos com atrasos intelectuais desempenhavam “ocupações geralmente mal remuneradas e de proventos instáveis, traduzindo, na maioria, trabalho grosseiramente especializado ou não qualificado (...) cuja preparação intelectual oscila entre a 4ª classe e o analfabetismo” (p. 8).

3- TESES ETIOLÓGICAS

Desde o início do século XX até ao presente, têm sido propostas diversas classificações etiológicas duais da deficiência mental, isto é, os deficientes mentais têm sido divididos em dois grupos distintos, consoante a deficiência é ou não atribuída à acção de factores biomédicos ou orgânicos. Um dos grupos incluiria os casos em que os mecanismos etiológicos em jogo afectariam o funcionamento do sistema nervoso central, e o outro comportaria os sujeitos em que não se detectariam quaisquer alterações ou sintomas neurológicos. Foram várias as designações propostas para esta dicotomização etiológica: patológica e subcultural (Lewis, 1933), exógena e endógena (Kephart e Strauss, 1940; Strauss e Kephart, 1940; Strauss e Werner, 1942), orgânica e familiar (Zigler, 1967), debilidade patológica e normal (Chiva, 1969, 1973).

Chiva (1969, 1973) e Strauss e colaboradores (Kephart e Strauss, 1940; Strauss e Kephart, 1940; Strauss e Werner, 1942) estabeleceram estas distinções, essencialmente, no domínio da debilidade mental ou da deficiência mental ligeira, a fim de demonstrarem que num nível comparável de défice intelectual, as características psicológicas se diferenciavam de acordo com a etiologia.

Contudo, isto não invalidaria o facto de a proporção de casos exógenos ou patológicos ser muito mais elevada nos outros graus de deficiência mental (Chiva, 1973). Por seu turno, Lewis (1933) e Zigler (1967) estenderam a sua classificação a todos os sujeitos deficientes mentais, mas consideraram que o grupo subcultural ou familiar, oriundo de contextos frustes e desfavorecidos e/ou com uma história familiar de deficiência mental, equivaleria, fundamentalmente, à deficiência mental ligeira. É, aliás, elucidativo que Penrose (1972) tenha preferido utilizar os termos ligeiro e severo para qualificar os dois grupos.

Esta caracterização da deficiência mental ligeira, associada à imagem de mera desvantagem temporária relacionada com as dificuldades experienciadas na escola, tornou-a numa área

privilegiada da controvérsia referente à influência relativa da hereditariedade e do meio ambiente no desenvolvimento cognitivo. Mais raramente, admitiram-se outros factores etiológicos, como os afectivos (Perron e Misés, 1984). Além disso, reconheceu-se que em certos casos era difícil identificar os mecanismos causais em jogo, enquanto que em muitos outros coexistiriam vários. Desde os anos setenta, e em apoio de uma etiologia multifactorial, os modelos interaccionistas e transaccionais do desenvolvimento (Ramey, MacPhee e Yeates, 1982; Sameroff, 1990; Sameroff e Chandler, 1975; Switzky e Haywood, 1984) destacaram a interacção mútua e contínua entre as variáveis orgânicas e ambientais, bem como os limites dos modelos etiológicos unidireccionais e mecanicistas centrados na acção exclusiva de qualquer uma delas. Esta perspectiva interaccionista é, provavelmente, a que hoje em dia reúne um maior consenso no que respeita à determinação da deficiência mental ligeira.

Deste modo, é apenas por razões de clareza da exposição que abordaremos separadamente a evidência respeitante à influência da hereditariedade, do meio ambiente e dos factores biomédicos em casos de deficiência mental ligeira.

3.1-A hereditariedade

Na última década, parece ter-se registado um reconhecimento crescente da importância das influências genéticas nas diferenças individuais (Plomin, 1989), e no que respeita aos resultados de Q.I. as revisões mais recentes dos estudos correlacionais de gémeos e de familiares biológicos e adoptivos (Bouchard e McGue, 1981; Plomin, 1989; Plomin e DeFries, 1983) confirmam a existência de efeitos genéticos substanciais e significativos. Na verdade, os elementos disponíveis convergem na conclusão de que os factores genéticos explicam cerca de metade da variância dos resultados dos testes de inteligência²².

No entanto, Bouchard e McGue (1981) e Plomin (1987, 1989) chamam a atenção para o facto de os mesmos elementos documentarem que as variações ambientais são responsáveis por cerca de metade da variância fenotípica. Por outro lado, Plomin (1987) e Clarke e Clarke (1984) advertem que as influências genéticas são probabilísticas e não deterministas e, por isso, não necessariamente incompatíveis com os constructos de plasticidade e maleabilidade.

A importância dos factores hereditários na deficiência mental ligeira remonta a autores como Lewis (1933) e Penrose (1972)²³, sendo Jensen (1969, 1974a) um dos seus mais tenazes defensores.

A partir da distinção estabelecida por Lewis (1933) entre um grupo patológico de deficientes mentais que incluiria os casos com uma etiologia biomédica específica, e um grupo subcultural que representaria a extremidade inferior da distribuição normal e geneticamente determinada da inteligência, alguns autores (Penrose, 1972; Roberts, 1952) procuraram testar a hipótese de que os irmãos dos sujeitos com um Q.I.<50, e presumivelmente pertencentes ao grupo patológico, apresentariam níveis intelectuais normais, enquanto que os irmãos dos sujeitos com um Q.I.>50 teriam níveis intelectuais inferiores ao normal ou correspondentes à delimitação psicométrica da deficiência mental. A hipótese foi confirmada por Roberts (1952), mas as limitações

²² Por razões ainda não determinadas, as estimativas de hereditabilidade derivadas desses estudos (cerca de 50%), com todos os limites que lhes são inerentes, são mais baixas do que as apontadas precedentemente por outros autores (cerca de 70%; Erlenmeyer-Kimling e Jarvick, 1963; Jensen, 1969).

²³ Apesar de pressuporem a transmissão hereditária da deficiência mental subcultural ou ligeira, Lewis (1933) e Penrose (1972) reconheceram que condições ambientais desfavoráveis também poderiam estar implicadas.

metodológicas do estudo²⁴ (Kamin, 1974) colocam sérias reservas à validade dos seus resultados. Num outro teste da mesma hipótese, Johnson, Ahern e Johnson (1976) verificaram que os deficientes mentais agrupados em função dos Q.I.s (<39 e >40) constituíam, de facto, dois grupos diferentes, visto que os seus irmãos diferiam na probabilidade de serem eles próprios deficientes mentais. Não obstante, a sobreposição entre os dois grupos era substancial, e a distinção não tão nítida quanto se tinha pressuposto.

Por sua vez, o “Collaborative Perinatal Project”, um ambicioso e detalhado estudo longitudinal de recém-nascidos americanos, assinalou variações raciais importantes na distribuição familiar da deficiência mental (Broman et al., 1987). Em sujeitos de raça branca, os irmãos e os primos das crianças deficientes mentais ligeiras apresentavam uma prevalência de deficiência mental que era respectivamente 12 e 4 vezes superior à dos irmãos e dos primos das crianças deficientes mentais severas. Contudo, em sujeitos de raça negra não se registou qualquer diferenciação entre os familiares das crianças deficientes mentais ligeiras e severas: nos irmãos e meios irmãos dos sujeitos de ambos os grupos, e que com eles residiam, registou-se uma prevalência de deficiência mental 4 vezes superior à da população em geral; por seu lado, nos primos, que viviam noutras lares, não se verificou qualquer evidência dum Q.I. médio inferior ao do seu grupo populacional, ou qualquer diferença no número de casos de deficiência mental.

Estes resultados não apoiam, de forma alguma, a existência de uma etiologia genética da deficiência mental ligeira em sujeitos de raça negra. Pelo contrário, sugerem que os factores ambientais estavam fortemente implicados como factores etiológicos. Por seu turno, no que concerne aos sujeitos de raça branca, as percentagens de deficiência mental nos irmãos (20.7%) e primos (6.9%) dos deficientes mentais ligeiros são tão congruentes com uma interpretação genética quanto ambiental.

A base empírica da etiologia poligénica da deficiência mental ligeira não é, pois, particularmente sólida ou ampla. Alguma evidência mais indirecta provém do estudo epidemiológico de Hagberg et al. (1981b), e do programa de intervenção precoce realizado na cidade norte-americana de Milwaukee (Garber e Heber, 1982). Assim, Hagberg et al. (1981b) referiram em 29% dos sujeitos deficientes mentais ligeiros a presença de familiares deficientes mentais ou de nível intelectual limítrofe²⁵, na ausência de outros determinantes etiológicos. Por sua vez, Garber e Heber (1982) verificaram que na área mais pobre da cidade de Milwaukee, onde apenas residias 5% da população, se encontravam 33% dos alunos deficientes mentais. As famílias dessa área que contribuíam desproporcionalmente com deficientes mentais eram aquelas em que as mães tinham um Q.I. inferior a 80, e quanto mais baixo era o Q.I. materno, maior era a probabilidade que os filhos fossem deficientes mentais. Esta constatação que tem sido, por vezes, interpretada como compatível com influências genéticas (Switzky e Haywood, 1984), não permite, no entanto, determinar a natureza dos mecanismos implicados.

3.2- O meio ambiente

Dada a multiplicidade das variáveis ambientais susceptíveis de influírem na deficiência mental ligeira, seleccionámos os tópicos que, com base na análise e revisão bibliográfica, se nos afiguraram, e mais frequentemente têm sido citados, como exemplificativos e elucidativos do seu impacto.

²⁴ Segundo Kamin (1974) as crianças com deficiência mental foram consideradas como pertencendo a um ou ao outro grupo, a partir do Q.I. dos seus irmãos e não do seu próprio Q.I..

²⁵ Convém, no entanto, salientar que o procedimento empregue na determinação do nível intelectual dos familiares foi o da consulta dos seus registos escolares, o que não deixa de ser discutível e de validade duvidosa.

3.2.1.- Privação social

Existem alguns relatos, relativamente actuais e dramáticos, que ilustram que situações de privação social severa e maus-tratos conduzem à deficiência mental, e que um afastamento completo dessas circunstâncias permite uma recuperação considerável (Clarke, 1982, 1985; Rutter, 1985). Trata-se de crianças que viveram no que “nominalmente” eram as suas famílias, mas que foram alvo de diferentes formas de violência, tendo passado os primeiros anos em condições ambientais de extrema privação, de grande isolamento social e de grave confinamento físico. Skuse (1984) sumariou os dados respeitantes a nove crianças que quando descobertas, entre os 2 e os 13 anos, apresentavam um quadro correspondente ao de uma deficiência mental. Contudo, quando afastadas das suas terríveis condições existenciais e colocadas em famílias adoptivas ou em instituições, com a possibilidade de estabelecerem uma relação emocional com um adulto, registaram-se melhorias rápidas e notáveis em vários domínios do seu desenvolvimento, tais como o perceptivo-motor e o cognitivo²⁶. Segundo Skuse (1984) quando se efectua uma mudança ambiental radical o prognóstico das vítimas de privações severas é, de uma forma geral, excelente²⁷.

3.2.2.- Institucionalização precoce

Para além destas condições ambientais extremas e raras, no estudo da deficiência mental, atribuiu-se alguma importância a uma situação um pouco mais usual, isto é, às consequências da educação em instituições, devido à separação materna ou à carência de cuidados maternos. De facto, as revisões dos estudos efectuados nos anos 50 e 60 sobre os efeitos a longo termo da institucionalização precoce (Loutre-Du Pasquier, 1981; Rutter, 1981a), mostraram que a deficiência mental, o atraso no desenvolvimento linguístico e as dificuldades de concentração eram comuns em crianças educadas em instituições. Ambas as revisões foram, no entanto, unânimes ao evidenciarem a impossibilidade de se estabelecer uma relação rígida de causa e efeito entre as situações de separação materna e institucionalização e a deficiência mental, atendendo à diversidade das variáveis e mecanismos em jogo. Alguns resultados eram também divergentes e, por exemplo, o hoje clássico estudo de Skeels (1966) revelou ganhos cognitivos substanciais em 13 crianças transferidas aos 19 meses de um orfanato superpovoado para uma instituição para deficientes mentais onde lhes foram dispensados cuidados mais pessoais e estimulantes. A validade científica do estudo de Skeels (1966) tem sido fortemente questionada por Clarke (1982) e Longstreth (1981)²⁸, mas a pertinência dessas críticas não anula a possibilidade de que as características das vivências institucionais possam ser mais importantes do que a institucionalização em si mesma.

²⁶ Os elementos relativos ao desenvolvimento socio-emocional são escassos, mas o desenvolvimento linguístico revelou-se particularmente afectado.

²⁷ Não obstante, a presença de alterações genéticas ou congénitas, ou de uma grave subnutrição constituem excepções a este bom prognóstico.

²⁸ Os reparos dirigem-se: à existência de um claro enviesamento na selecção das crianças encaminhadas para a instituição de deficientes mentais, no sentido da reunião das características pessoais mais positivas; à substituição de um grupo de controlo por um grupo de contraste, nitidamente distinto do grupo “experimental”, em termos de condições de saúde, história familiar e nível de desenvolvimento; à utilização dos quocientes de desenvolvimento, apurados na idade cronológica média de 16 meses, como o padrão de referência para a determinação dos efeitos dos dois tipos de vivências institucionais.

Mais recentemente, a investigação longitudinal de Tizard e colaboradores (Tizard e Rees, 1974; Tizard e Hodges, 1978; Hodges e Tizard, 1989) seguiu um grupo de crianças admitidas em instituições nas primeiras semanas de vida e que aí permaneceram por períodos de 2 a 16 anos. As instituições possuíam proporções adequadas de pessoal educativo/criança, propiciavam amplas oportunidades de interacção e estimulação, mas não permitiam o estabelecimento de uma relação próxima e contínua com um substituto materno, dada a diversidade e impermanência dos adultos encarregues dos seus cuidados: até aos 2 anos tinham-se ocupado delas 24 pessoas diferentes, e este número elevou-se para 50 e 80 nos casos daquelas que aos 4 e 8 anos ainda se encontravam nas instituições. No entanto, entre os 2 e os 7 anos de idade, a maior parte das crianças tinha sido adoptada, colocada em famílias de acolhimento ou restituída aos seus pais biológicos, e só subgrupos muito restritos viviam em meio institucional aos 8 e 16 anos.

Quando avaliadas aos 4, 8 e 16 anos, e qualquer que fosse a sua colocação nesse momento, apresentavam níveis intelectuais normais (Tizard e Rees, 1974; Tizard e Hodges, 1978; Hodges e Tizard, 1989), e em nenhuma ocasião os Q.I.s globais médios dos diferentes subgrupos foram inferiores a 93.

Esta ausência de consequências a longo termo da separação materna e da educação institucional no desenvolvimento intelectual, contrasta com as acentuadas dificuldades emocionais e comportamentais dos mesmos sujeitos (Tizard e Hodges, 1978; Hodges e Tizard, 1989), patentes, nomeadamente, no seu comportamento na escola. Apesar dessas dificuldades no desenvolvimento socio-emocional não se reflectirem no Q.I., eram passíveis de influírem na aprendizagem, visto que como afirma Rutter (1979a, 285) “seria absurdo considerar o desenvolvimento intelectual como algo independente das relações pessoais ou isolado da vida social e emocional da criança”. Os dados que acabámos de referir, levaram Rutter (1979a, 1981a) e Tizard e Rees (1974) a atribuírem a deficiência mental à redução ou ausência de experiências activas e significativas da vivência institucional, e não à ruptura da relação com a mãe. Assinale-se, contudo, a impossibilidade de se retirarem quaisquer conclusões definitivas, enquanto os elementos disponíveis não forem mais amplos e concordantes²⁹.

3.2.3.- Baixo nível socio-económico

Como indicámos, a relação entre a deficiência mental ligeira e os estratos socio-económicos mais frustes está bem estabelecida. A questão crucial que se coloca é a de verificar se esta associação corresponde efectivamente à determinação socio-económica e cultural da entidade em apreço. Em corroboração desta possibilidade, tem-se apontado o fenómeno do declínio progressivo dos resultados de Q.I. com a idade, nos segmentos populacionais mais desfavorecidos. Ou seja, considerou-se que este fenómeno empírico, assinalado em meios urbanos por Deutsch (1973) e Klaus e Gray (1968), constituiria a expressão inequívoca dos efeitos deletérios das desvantagens ambientais no desenvolvimento intelectual.

No entanto, Jensen (1974a), ao rever criticamente a literatura publicada sobre o défice cumulativo, realçou os seus múltiplos problemas metodológicos, e propôs-se estudá-lo através das comparações dos resultados obtidos em testes de inteligência por irmãos mais velhos e mais novos. Num primeiro estudo, registou-se, em crianças de raça negra, uma diminuição

²⁹ Por exemplo, Loutre-Du Pasquier (1981) reiterou a existência de consequências negativas da separação materna no desenvolvimento intelectual, ao constatar em 16 crianças de 6 e 7 anos de idade, separadas das suas mães entre os 0 e os 10 meses de idade, e colocadas por um serviço público em famílias de acolhimento, resultados inferiores ao normal na N.E.M.I.. O Q.I. médio era de 85, e só num caso o défice psicométrico correspondia ao de uma deficiência mental ligeira, mas na sua generalidade os resultados eram inferiores ao que se poderia esperar tendo em conta o nível sociocultural do meio de acolhimento.

estatisticamente significativa do Q.I. verbal, mas não do Q.I. de realização, em função da idade. Como em acréscimo, não se verificou qualquer declínio nas crianças de raça branca, Jensen (1974a) seria levado a concluir que a hipótese do défice cumulativo não era plausível. Mas, num segundo estudo realizado numa área muito mais desfavorecida e com uma amostra mais numerosa, Jensen (1977) teria oportunidade de notar a existência de diminuições substanciais e significativas dos Q.I.s verbal e de realização em crianças e jovens de raça negra. O Q.I. global diminuía em média 1.42 pontos por ano e, cumulativamente, entre os 6 aos 16 anos de idade, cerca de 14 a 16 pontos. Em função destes resultados, Jensen (1977) considerou que não só se comprovava a diminuição progressiva do Q.I. com a idade³⁰, como adiantou que o facto de se circunscrever às circunstâncias socio-económicas mais adversas se coadunava com uma interpretação ambiental.

Não obstante, estudos posteriores viriam a introduzir algumas especificações ou reservas adicionais. Por exemplo, os autores do programa de intervenção precoce efectuado em Milwaukee (Garber e Heber, 1982), a que já tivemos oportunidade de aludir, observaram uma nítida disparidade no ritmo de desenvolvimento intelectual dos filhos de mães com um Q.I. inferior ou superior a 80, apesar de todos residirem na mesma zona habitacional degradada. Os primeiros apresentaram um declínio acentuado do Q.I. com a idade (de 84 aos 5 anos para 78 aos 10 anos, e 65 aos 14 anos), enquanto que os segundos mantiveram Q.I.s normais³¹. Por seu turno, no âmbito de outro programa de intervenção precoce, o “Carolina Abecedarian Project”, questionou-se a componente progressiva do fenómeno, ao registar-se no grupo de controlo, constituído por crianças oriundas de famílias muito desfavorecidas, um declínio nos resultados das avaliações intelectuais dos 18 aos 36 meses, seguido primeiro de uma estabilização e depois de ganhos consideráveis (Ramey e Campbell, 1987; Ramey, Campbell e Finkelstein, 1984). Em síntese, a evidência em relação à hipótese de um défice progressivo e cumulativo não só não é inteiramente conclusiva como sugere que a sua confirmação poderá estar dependente de parâmetros específicos.

Apesar da deficiência mental ligeira ser mais frequente nos estratos socio- -económicos mais baixos, a generalidade dos indivíduos pertencente a esses estratos não é deficiente mental, o que ilustra o reduzido valor preditivo de variáveis ambientais distais, como a classe social ou o nível socio-económico (Campbell e Ramey, 1986; Ramey, MacPhee e Yeates, 1982). Segundo Ramey e MacPhee (1986), a magnitude desta evidência é de tal ordem, que se bem que 75% dos sujeitos com deficiência mental ligeira provenham de famílias pobres, não mais de 2% a 10% dos indivíduos que vivem em condições de pobreza são susceptíveis de virem a ser considerados como deficientes mentais.

Na tentativa de resolver esta dificuldade, Ramey e os seus colaboradores (Campbell e Ramey, 1986; Ramey, Farran e Campbell, 1979; Ramey et al., 1978) procuraram identificar os factores psicossociais de risco associados à deficiência mental ligeira. Inicialmente, Ramey et al. (1978) mostraram que a informação disponível nos registos de nascimento, tal como a raça, o nível educacional ou o estado civil da mãe, a posição na fratria, etc., poderia ser utilizada para discriminar entre as crianças que no 1º ano do 1º ciclo do ensino básico evidenciariam resultados um ou mais desvios padrões abaixo da média, em instrumentos de avaliação intelectual, escolar e do comportamento adaptativo, e as crianças cujos resultados seriam médios. Em simultâneo,

³⁰ Não é claro que Jensen tenha controlado, efectivamente, variáveis sociodemográficas, como a dimensão da fratria ou a posição na fratria, que poderiam ter criado artificialmente o fenómeno do défice cumulativo.

³¹ Existe um considerável desacordo em relação à idade em que se iniciaria o declínio no ritmo de desenvolvimento intelectual das crianças que vivem em famílias educacionalmente e economicamente desfavorecidas, mas alguns estudos assinalaram que se manifesta muito cedo, entre os 2 e os 3 anos de idade (cf. Ramey, Campbell e Finkelstein, 1984).

elaboraram um índice de risco que permitisse a despistagem de famílias em risco de virem a ter uma criança com deficiência mental ligeira. O índice foi constituído a partir de treze factores, frequentemente presentes em casos de défices intelectuais e dificuldades escolares. Esses factores, cada um com um peso específico de acordo com a sua provável relevância, incluíam um reduzido nível educacional paterno e materno, um diminuto rendimento familiar anual, a ausência do pai, indicações de deficiência mental ou de insucesso escolar nos membros da família, o emprego paterno instável ou não especializado, a necessidade de assistência financeira dos serviços da segurança social e o atendimento em serviços de saúde mental. Contudo, um limite importante quer das variáveis sociodemográficas dos registos de nascimento, quer do índice de risco, residiu no facto de identificarem muitos falsos positivos, isto é, crianças que não manifestavam posteriormente deficiência mental ligeira (Campbell e Ramey, 1986; Ramey e Campbell, 1987). Em subsequentes estudos retrospectivos e prospectivos, Campbell e Ramey (1986) e Ramey, Farran e Campbell (1979) verificaram que variáveis como as atitudes educativas maternas, o Q.I. da mãe ou aspectos qualitativos do ambiente familiar eram importantes preditores de resultados inferiores à média em testes de inteligência. Em particular, as características do ambiente familiar revelavam, ao longo do tempo, um crescente valor preditivo. Os autores concluíram que a estratégia a privilegiar na identificação de crianças em risco de deficiência mental ligeira deveria incorporar simultaneamente informação respeitante a influências distais (sociodemográficas) e a influências proximais (ambiente familiar).

3.2.4.- Características familiares

Este facto remete-nos para o papel das características familiares no desenvolvimento intelectual. Uma vez que os sujeitos com deficiência mental ligeira provêm, essencialmente, das classes mais desfavorecidas e, sobretudo, de famílias numerosas, residentes em zonas degradadas e em habitações superlotadas³² (Richardson, 1981), as dimensões do meio familiar ou os comportamentos e atitudes parentais poderiam constituir-se como variáveis mediadoras importantes entre o estatuto socio-económico e o nível intelectual. Vários investigadores basearam-se neste pressuposto e destacaram aspectos específicos das interações pais-criança nas famílias de baixo nível socio-económico, e/ou em risco de as suas crianças virem a ser consideradas deficientes mentais ligeiras na idade escolar, através de estudos descritivos (Klaus e Gray, 1968; Pavenstadt, 1975; Wilson, 1974) e de estudos comparativos de famílias de diferentes classes sociais e grupos étnicos (Bee et al., 1969; Hess e Shipman, 1968; Ramey e Campbell, 1976).

No que respeita ao ambiente físico, os lares foram descritos como contendo: estímulos sonoros numerosos, intensos e desordenados (Klaus e Gray, 1968); desorganizados do ponto de vista espacial e temporal; sem actividades diárias regulares; superpovoados e sem materiais de jogo (Klaus e Gray, 1968; Pavenstadt, 1975). Por seu lado, os pais raramente realizariam actividades em conjunto com os filhos (Wilson, 1974), manifestar-lhes-iam pouca atenção e afecto, e o diálogo seria reduzido ou inexistente (Klaus e Gray, 1968; Pavenstadt, 1975).

Se tal como refere Begab (1981), estas descrições dos lares das famílias mais desfavorecidas permitiram a caracterização sumária de alguns deles, é forçoso ter presente a enorme variabilidade familiar no interior de uma dada classe social (Pavenstadt, 1975), bem como determinar qual o significado etiológico que é possível conferir aos parâmetros referenciados.

Hess e Shipman (1965) e Bee et al. (1969) foram dos primeiros psicólogos a procurarem demonstrar que as principais componentes das classes sociais que poderiam estar directamente relacionadas com as diferenças na aprendizagem e no nível intelectual infantis, eram a linguagem

³² Gilly e Merlet-Vigier (1969) assinalaram, também, nas famílias de débeis mentais, anomalias relativas ao equilíbrio e à estabilidade do lar e patogenia importante, designadamente alcoolismo paterno. Contudo, não está estabelecido se estas características são peculiares das famílias dos débeis mentais ou se apenas reflectem as da camada social a que pertencem.

e as estratégias de ensino maternas. Partindo da formulação teórica de Bernstein (1970), segundo a qual existiriam códigos linguísticos específicos em função da pertença social, com implicações ao nível do funcionamento intelectual, da interacção social e do controlo dos comportamentos, Hess e Shipman (1965) e Bee et al. (1969) afirmaram que as mães das classes sociais inferiores, por comparação com as da classe média, proporcionavam aos seus filhos um ambiente linguístico empobrecido e evidenciavam estratégias de ensino ineficazes. Não só a sua linguagem era menos elaborada, como não era empregue para conferir um significado ou organizar as situações de aprendizagem, inserindo-as em contextos relacionais. Em situações de ensino eram mais controladoras e desaprovadoras, não encorajando nos filhos a aprendizagem de técnicas gerais de resolução de problemas.

Também Hertzog et al. (1968) consideraram que as diferenças nos estilos de resposta em tarefas cognitivas de dois grupos de crianças, socioculturalmente distintos, se poderiam dever à natureza das interacções verbais com as suas mães.

Os problemas interpretativos destes estudos situam-se na perspectiva da deficiente dos seus resultados (Laosa, 1981), e no facto de verificarem apenas concomitâncias entre a classe social, a linguagem e o Q.I. ou o estilo cognitivo das crianças, sem que existam elementos que permitam comprovar se as associações observadas estavam causalmente implicadas no desenvolvimento cognitivo.

Desde estas investigações iniciais que se devotou considerável atenção à identificação das dimensões do ambiente familiar e das interacções pais-criança que promovem o desenvolvimento intelectual, e à sua variação de acordo com o estatuto socio-económico. Não parece existir um tipo de interacção pais-criança que possa ser considerado como fundamental em relação a outros, mas antes diversas características relevantes, que na infância incluiriam: um ambiente físico regular e previsível, sem hiperestimulação sonora ou um local onde a criança possa evitar o ruído e a confusão (Wachs, 1979); amplas oportunidades de participação dos pais e das crianças em interacções intelectualmente e socialmente estimulantes (Carew, 1980); existência de materiais de jogo, experiências e actividades diversificadas (Bradley, Caldwell e Elardo, 1976; Elardo, Bradley e Caldwell, 1975); respostas verbais contingentes às expressões verbais e não verbais das crianças (Carew, 1980); qualidade afectiva da relação pais-criança (Estrada et al., 1987) e evitamento de um controlo e restrição excessivos, permitindo a exploração e experimentação da criança (Bradley, Caldwell e Elardo, 1976; Ramey, Farran e Campbell, 1979; Wachs, 1979).

Tivemos já ocasião de citar elementos que documentam que as famílias mais desfavorecidas e/ou em risco podem proporcionar às suas crianças ambientes pouco favoráveis ao desenvolvimento cognitivo, tendo em conta as dimensões apontadas. Publicaram-se inúmeros outros trabalhos (cf. Deutsch, 1973) que referem invariavelmente que qualquer que seja o indicador do estatuto socio-económico empregue, se regista uma covariação importante com aspectos específicos do ambiente familiar, de sentido desfavorável à classe baixa. Gottfried (1984) ao sintetizar os resultados de vários estudos longitudinais, salientou que as famílias das classes mais baixas, por comparação com as da classe média, apresentavam no “Home Observation for the Measurement of the Environment” resultados inferiores nas escalas Respostas Maternas Emocionais e Verbais, Envolvimento Materno com a Criança, Variedade na Estimulação Diária e Materiais de Jogo Apropriados.

Estas diferenças no ambiente familiar de acordo com a classe social tendem a permanecer relativamente estáveis na primeira infância e nos anos pré-escolares, na ausência de qualquer intervenção, isto é, os ambientes mais pobres ou mais enriquecidos tendem a manter-se como tal (Gottfried, 1984).

Em todo o caso, a questão fundamental consiste em saber em que medida é que as características particulares do contexto familiar influenciam o desenvolvimento cognitivo, ou estão efectivamente relacionadas com a deficiência mental ligeira.

No que se refere à sua relação com o desenvolvimento cognitivo, a parte da variância que é explicada pelas variáveis familiares é habitualmente reduzida. Contudo, estas variáveis parecem exercer uma acção aditiva no decurso da infância, explicando percentagens crescentes das variações nos resultados de Q.I. até aos 4/5 anos. Na infância, o ambiente familiar aparenta, pois, ter uma influência progressivamente mais importante no desenvolvimento cognitivo (Gottfried, 1984; Rutter, 1985).

Além disso, os resultados de algumas investigações (Estrada et al., 1987; Gottfried, 1984; Plomin e DeFries, 1983) indicam que o ambiente familiar influencia as capacidades cognitivas infantis, mesmo quando se controlam os contributos do Q.I. materno ou do estatuto socio-económico. Estas observações contradizem a sugestão de Scarr (1985) de que as variáveis proximais das interações pais-crianças revelam uma associação com o funcionamento cognitivo da criança, apenas porque ambas partilham uma origem comum em variáveis distais como o Q.I. materno.

Não obstante, uma explicação alternativa da influência das variáveis familiares que é importante ter presente, e que os dados disponíveis não excluem, é a de que a direcção dos efeitos poderá ser da criança para os pais, tal como na especificidade dos efeitos ambientais em função da idade e do organismo (Haywood e Wachs, 1981; Wachs 1979) e na interacção e na correlação genótipo-ambiente. Por outras palavras, não só as crianças são expostas a efeitos ambientais diferenciais porque têm características individuais diferentes, como elas próprias criam, evocam e recebem experiências intrafamiliares específicas (Plomin, 1987; Scarr, 1985). Na realidade, está amplamente documentado que os irmãos evidenciam mais diferenças do que semelhanças em diversas áreas do desenvolvimento, bem como que os respectivos ambientes familiares podem ser tão distintos quanto os de crianças não aparentadas (Plomin, 1987, 1989). Além disso, Plomin (1987, 1989) e Scarr e Arnett (1987) têm vindo a sugerir que as variações nos ambientes familiares mais relevantes para o desenvolvimento não são as interfamiliares, mas antes as intrafamiliares, ou não partilhadas, que operam de forma a que os irmãos de uma mesma família sejam muito diferentes uns dos outros.

No que respeita à relação entre as características do contexto familiar e a deficiência mental ligeira, há que sublinhar que pouco se conhece ainda sobre a natureza das suas ligações. De facto, existe uma grande lacuna nas informações respeitantes aos lares das crianças deficientes mentais ligeiras, sem que seja claro de acordo com Stoneman (1990, 184-185) "...se isto resulta do desconhecimento da elevada proporção de deficientes mentais cuja deficiência mental está associada à privação psicossocial, da ausência de modelos conceptuais relevantes que orientem o trabalho de investigação, das dificuldades pragmáticas inerentes ao estudo dessas famílias ou de quaisquer outros factores".

A bem estabelecida associação entre a pobreza e a deficiência mental ligeira é pouco esclarecedora, se tivermos em conta que existem múltiplos factores de risco intra e extrafamiliares associados a condições de vida frustes, e uma ausência de elementos sobre a natureza desses factores e os processos através dos quais eles se combinam ou interagem com outros, originando ou não a deficiência mental ligeira (Ramey, McPhee e Yeates, 1982; Scott e Carran, 1987). Apesar de se admitir que, nalguns casos, a deficiência mental ligeira possa ser devida a influências socioculturais e familiares particularmente adversas e prolongadas (Burack, Hodapp e Zigler, 1988; Zigler e Hodapp, 1986), afirma-se, repetidamente e desde há muito (Clarke e Clarke, 1974), que em lugar de uma direcção unívoca entre as desvantagens familiares e a deficiência mental ligeira, na grande maioria dos casos poderá ser mais relevante a acção combinada de várias características individuais e ambientais desfavoráveis.

3.2.5.- Os programas de intervenção precoce e educação pré-escolar

Uma forma de avaliar o papel dos factores ambientais na etiologia da deficiência mental ligeira, reside nos numerosos programas de intervenção precoce e de educação pré-escolar, desenvolvidos desde os anos 60, com o objectivo da sua prevenção e/ou reabilitação. Esses programas inspirados nos pressupostos da maleabilidade do desenvolvimento, da importância da experiência precoce e da ausência de experiências cruciais para o desenvolvimento cognitivo, nos grupos sociais mais desfavorecidos, representam informação adicional sobre os determinantes dos quadros intelectuais déficéários.

Dentre eles, existem dois merecedores de um especial destaque, dado terem-se constituído especificamente para a prevenção da deficiência mental ligeira. O primeiro é o "Milwaukee Project" (Garber e Heber, 1982; Garber et al., 1991; Heber e Garber, 1975a, 1975b), um dos mais extensos, intensos e polémicos dos programas implementados a nível internacional. O projecto possuía duas componentes principais, um programa educativo infantil dos 4 meses aos 6 anos, e um programa reabilitativo materno, que incluía cursos de ensino básico de adultos e formação

profissional. Os seus destinatários foram 20 crianças oriundas de famílias de baixo estatuto socio-económico, cujas mães evidenciavam Q.I.s inferiores a 75.

Os resultados da aplicação do programa foram impressionantes e surpreendentes: aos 6 e 10 anos de idade, verificaram-se na WISC diferenças de, respectivamente, 33 e 18 pontos entre o grupo experimental e o grupo de controlo. Estes resultados parecem ter suscitado um enorme optimismo em relação à prevenção da deficiência mental ligeira (Page, 1975; Spitz, 1991), mas análises posteriores questionaram consideravelmente a validade do programa ao porem em evidência diversas inadequações metodológicas³³ (Page, 1975; Spitz, 1991) e inconsistências na caracterização dos grupos e do projecto (Spitz, 1991).

O “Carolina Abecedarian Project” é outro programa de prevenção da deficiência mental ligeira, semelhante ao Milwaukee, uma vez que também foi iniciado na 1ª infância e que proporcionou às crianças participantes um programa educativo até aos 5 anos, complementado, seguidamente, e em metade dos casos, pela acção de um professor de apoio por um período de 3 anos (Ramey e Campbell, 1987; Ramey, MacPhee e Yeates, 1982; Ramey et al., 1976). Além disso, as famílias usufruíam de diversos tipos de serviços como, por exemplo, suplementos alimentares, cuidados médicos, assistência na resolução de situações de crise, sugestões de actividades e fornecimento de materiais educativos a utilizar com o filho(a). As crianças foram identificadas por meio de um índice de risco respondido pelas suas mães e da avaliação dos Q.I.s maternos, e todas pertenciam a famílias social e economicamente desfavorecidas.

O programa teve efeitos positivos no desenvolvimento intelectual das crianças em risco, e dos 12 aos 78 meses de idade, registaram-se diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo nos resultados de testes estandardizados de inteligência. As diferenças nos níveis intelectuais dos dois grupos foram, no entanto, muito mais modestas do que no programa anterior. Mas, as consequências do programa estenderam-se a muitos outros domínios. Assim, no período pré-escolar, o grupo experimental revelou alguma superioridade em relação ao grupo de controlo na adaptação a situações novas, na resposta às exigências das tarefas e no desenvolvimento linguístico. No 2º ano do ensino básico, o desempenho escolar do grupo experimental situava-se na proximidade das normas nacionais, enquanto que o do grupo de controlo era inferior. Por último, as crianças que tinham beneficiado do programa de educação pré-escolar e da intervenção suplementar do professor de apoio manifestavam, por comparação com as que apenas tinham participado no programa pré-escolar e com as do grupo de controlo, uma significativa redução na percentagem de retenção escolar.

Segundo Landesman e Ramey (1989) as crianças que mais proveito retiraram do programa, foram aquelas cujas mães eram deficientes mentais (Q.I.<70) e que viviam em lares pobres, com níveis muito reduzidos de estimulação cognitiva. Nas crianças oriundas de famílias desfavorecidas, mas cujas mães tinham Q.I.s normais, as consequências positivas foram menos notórias.

Não obstante os limites metodológicos apontados ao “Milwaukee Project”, os seus resultados e os do “Carolina Abecedarian Project” demonstram que é possível, através de intervenções educativas sistematizadas, prevenir o aparecimento da deficiência mental ligeira em crianças em risco.

Várias revisões da literatura têm, de resto, realçado que a intervenção precoce e a educação pré-escolar resultam em benefícios imediatos substanciais para as crianças em risco ou deficientes mentais e as suas famílias (Casto, 1987; Ramey e Bryant, 1983). No que concerne aos efeitos a longo termo, apesar de interpretações pessimistas (Jensen, 1969), e de alguma evidência equívoca (Simeonsson e Bailey, 1991), os elementos existentes convergem na verificação de que não há alterações permanentes nos Q.I.s, se bem que persistam aumentos significativos durante 2 a 4 anos, a seguir ao término dos programas. Nas aprendizagens escolares detectam-se, igualmente, consequências positivas, mas nesta área as vantagens mais duradouras e nítidas situam-se na

³³ Não é óbvio que a amostra tivesse sido seleccionada aleatoriamente ou que os dois grupos de crianças fossem, à partida, comparáveis. Além disso, os responsáveis pelo programa sempre reconheceram que as aptidões avaliadas não eram estranhas ao conteúdo do currículo adoptado.

diminuição significativa das proporções de sujeitos que repetem anos de escolaridade, são encaminhados para serviços de ensino especial ou identificados como deficientes mentais. Por outro lado, os programas resultam em modificações nas atitudes em relação à aprendizagem, na auto-estima e no nível de aspiração (Berrueta-Clement et al., 1984; Lazar e Darlington, 1982), e podem mesmo influir, indirecta e transaccionalmente, na adaptação socioprofissional na idade adulta (Berrueta-Clement et al., 1984). Por exemplo, o grupo experimental do “Perry Preschool Project” (Berrueta-Clement et al., 1984) manifestava, aos 19 anos de idade, percentagens mais elevadas de emprego, de prosseguimento ou completamento da escolaridade e menor incidência de delinquência³⁴.

Em conclusão, é exequível prevenir ou moderar o impacto dos factores ambientais implicados na etiologia da deficiência mental ligeira.

3.3- Os factores biomédicos

O relevo conferido à hereditariedade e ao meio ambiente colocou num plano muito secundário a possibilidade da acção dos factores biomédicos. É, de resto, comum na literatura, a referência de que cerca de 70% a 75% dos casos de deficiência mental ligeira não evidenciam uma etiologia orgânica ou patológica identificável (Stein e Susser, 1963; Robinson e Robinson, 1976; Zigler e Hodapp, 1986), consubstanciada por alguns dados epidemiológicos (Kushlick e Blunden, 1974; Penrose, 1972).

Contudo, já nos anos 50, Lilienfeld e Pasamanick (1956) e Pasamanick e Lilienfeld (1955) tinham sugerido que a deficiência mental ligeira, em lugar de ser o resultado de causas psicossociais, poderia ser devida a complicações pré e perinatais frequentes nas classes sociais mais baixas. A verificação de uma associação entre essas complicações e a deficiência mental, levou-os a proporem a existência de um “continuum de acidentes reprodutivos”, com um componente letal num extremo, e um componente subletal noutro extremo, englobando este último, a paralisia cerebral, a epilepsia, a deficiência mental e os problemas de comportamento. Quanto mais severa fosse a perturbação (por exemplo, paralisia cerebral em contraste com a deficiência mental ou a epilepsia), mais severa seria a complicação pré ou perinatal subjacente.

Nos últimos anos, não só se manteve a asserção de que a associação entre a pobreza e a deficiência mental ligeira poderia ser mediada por factores de risco biológico (Haskins, 1986), como se assistiu a um ressurgimento da atenção dispensada às causas biomédicas. Neste âmbito, alguns estudos retrospectivos assinalaram que elas estavam presentes numa proporção muito mais significativa de deficientes mentais ligeiros do que tradicionalmente se tinha pressuposto (Costeff, Cohen e Weller, 1983; Gillerot e Koulischer, 1983; Hagberg et al., 1981b; Lamont, 1988; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981). Assim, as percentagens de antecedentes pré, peri e pós-natais identificados, enquanto determinantes prováveis da deficiência mental ligeira, têm, por vezes, atingido valores surpreendentes da ordem dos 55% a 71% (Costeff, Cohen e Weller, 1983; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981).

No entanto, os estudos realizados comportam muitas limitações, que dificultam seriamente a interpretação dos seus resultados. Em primeiro lugar, trata-se de estudos retrospectivos,

³⁴ A eficácia da intervenção precoce e da educação pré-escolar, junto de crianças em risco de deficiência mental ligeira, poderá estar relacionada com parâmetros inerentes aos programas, tais como a duração/intensidade e o grau de estruturação (Ramey e Bryant, 1983), e com o envolvimento familiar. Diversos autores têm salientado que os programas mais bem sucedidos intervêm ao nível da ecologia familiar (Bee et al., 1982; Begab, 1981; MacPhee, Ramey e Yeates, 1984), através da participação directa dos pais, e/ou da melhoria das suas condições socio-económicas e educativas e/ou da prestação de informações e apoio (Andrews et al., 1982).

importantes na indicação de factores de risco potenciais e na formulação de hipóteses etiológicas, mas inadequados para avaliar a validade preditiva desses factores e as suas consequências a longo e a curto termo. Só seleccionaram os sujeitos já identificados ou diagnosticados ou deficientes mentais³⁵, e restringiram-se à constatação de associações entre variáveis, sem que seja possível atribuir aos factores biomédicos um papel causal. De facto, e ao contrário do que pretendem Costeff, Cohen e Weller (1983) e Hagberg et al. (1981b), não existe qualquer evidência inequívoca de que a origem etiológica da deficiência mental ligeira se sobrepõe à que tem sido referida nos graus moderado e severo.

Em segundo lugar, no processo de pesquisa e categorização dos factores pré, peri e pós-natais implicados, considerou-se, por vezes, apenas um factor dominante, excluindo-se os restantes³⁶ (Hagberg et al., 1981b; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981). Essas decisões não só se nos afiguram como discutíveis, e até arbitrarias, como não traduzem a possibilidade da deficiência mental poder resultar da acção cumulativa ou interactiva de mais do que um factor (McLaren e Bryson, 1987).

Por último, há que destacar o problema da representatividade das amostras, dado tratar-se de grupos de dimensões reduzidas seleccionados através de critérios particulares³⁷.

Outra indicação do papel dos factores biomédicos na deficiência mental ligeira reside nas percentagens de sujeitos em que têm sido detectadas perturbações do sistema nervoso central, tais como a paralisia cerebral, ou a epilepsia³⁸, ou a microcefalia, etc.. Na Suécia, as percentagens referidas são de 43% (Hagberg et al., 1981b) e de 30% (Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981), enquanto que no Canadá e nos E.U.A. as percentagens correspondentes são, de respectivamente, 27% (Herbst e Baird, 1983) e 10% (Broman et al., 1987). Por sua vez, Rutter, Tizard e Whitmore (1970) constataram que na ilha de Wight mais de metade das crianças com deficiência mental ligeira era neurologicamente normal. As comparações entre os estudos e os seus resultados são difíceis ou mesmo impossíveis, se atendermos às diferenças na avaliação e classificação das perturbações do sistema nervoso central, nos critérios e instrumentos de diagnóstico da deficiência mental e nas características sociodemográficas das amostragens. Mais elucidativas, parecem-nos poder ser as comparações efectuadas no interior da população de um determinado país ou zona geográfica, através da mesma metodologia. Assim, nos E.U.A., na

³⁵ Gillerot e Koulischer (1983) consideraram como deficientes mentais ligeiros, todos os indivíduos cujos Q.I.s se situavam entre 50 e 85. Os que apresentavam um Q.I. igual ou superior a 70, representavam 66% da amostra, o que torna este estudo e os seus resultados muito pouco representativos da população deficiente mental ligeira.

³⁶ É, ainda, de referir que num dos estudos (Costeff, Cohen e Weller, 1983), a averiguação dos factores biomédicos se baseou, predominantemente, nas informações e testemunhos dos pais, processo muito questionável pelos enviesamentos, imprecisões e ausência de objectividade que lhe são inerentes.

³⁷ Trata-se de sujeitos identificados administrativamente como deficientes mentais (Hagberg et al., 1981b; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981), ou frequentando instituições de ensino especial (Gillerot e Koulischer, 1983; Lamont, 1988), ou orientados para um serviço de saúde (Costeff, Cohen e Weller, 1983).

³⁸ A epilepsia é a perturbação do sistema nervoso central mais comum em deficientes mentais ligeiros, estando presente em cerca de 3 a 18% dos sujeitos (Broman et al., 1987; Corbett, Harris e Robinson, 1975; Gillberg et al., 1986; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981).

amostra do “Collaborative Perinatal Project”, a percentagem de anomalias clínicas detectáveis em crianças com deficiência mental ligeira era de 14% nas de raça branca e de 6% nas de raça negra. A percentagem de crianças com perturbações do sistema nervoso central aumentava em função do nível socio-económico, sendo esta tendência particularmente notória nas crianças de raça branca: 8% da classe social mais baixa, e 43% da classe social mais elevada apresentavam essas perturbações. Em contrapartida, no grupo muito mais numeroso de crianças com deficiência mental ligeira, de raça negra, oriundas, quase exclusivamente dos grupos sociais mais desfavorecidos, a percentagem com perturbações associadas era relativamente reduzida (Broman et al., 1987).

A variação da frequência das disfunções neurológicas em deficientes mentais ligeiros de acordo com a classe social foi, igualmente, referida por Rutter, Tizard e Whitmore (1970), e Stein e Susser (1963). Estes últimos classificaram as escolas do ensino regular frequentadas por deficientes mentais ligeiros em função das profissões e níveis educacionais dos pais de todos os alunos e das características das áreas residenciais em que as escolas se inseriam. Verificaram que nas escolas mais desfavorecidas, segundo os critérios enunciados, a percentagem de crianças com deficiência mental ligeira e sem condições orgânicas era 15 vezes superior à das escolas que atendiam crianças de grupos sociais mais favorecidos. Este conjunto de dados faz supor que se bem que os factores biomédicos possam estar associados à deficiência mental ligeira, os socio-económicos podem ser bem mais importantes. Aliás, no “Collaborative Perinatal Project” verificou-se que, apesar da deficiência mental ligeira estar associada a factores pré-natais e obstétricos e a condições neonatais, as variáveis mais discriminativas em relação a crianças sem deficiência, eram as socio-ambientais, com especial destaque para o estatuto socio-económico, o nível educativo e o Q.I. maternos.

Esta suposição é também sustentada pelas revisões das investigações longitudinais referentes às consequências dos factores de risco perinatais no desenvolvimento, realizadas desde que foi proposto o conceito de “continuum de acidentes reprodutivos”. Em 1975, Sameroff e Chandler ao empreenderem a análise dos efeitos de factores de risco, como a anóxia, a prematuridade e outras complicações perinatais, notaram que os estudos que tinham acompanhado o desenvolvimento infantil, não apoiavam a existência de uma relação determinista e linear entre esses factores e o desempenho intelectual posterior. Ao contrário do que tinha sido proposto pelos estudos retrospectivos, Sameroff e Chandler (1975) concluíram que muitos dos défices iniciais se atenuavam com a passagem do tempo e que, surpreendentemente, a grande maioria das crianças crescia sem manifestar consequências adversas. Constituíam excepção, os casos em que existia evidência clara de vulnerabilidade como, por exemplo, lesões cerebrais.

Esta nova perspectiva sobre a acção dos factores de risco perinatais, apesar de ter desencadeado alguma controvérsia, tem sido confirmada noutras revisões (Kopp, 1983; Sameroff, 1986) e estudos (Wilson, 1985). Assim, tem-se assinalado a variabilidade e a diversidade dos perfis de desenvolvimento individuais em circunstâncias de risco biológico (Kopp, 1983), bem como a resistência e a capacidade de recuperação evidenciadas por algumas crianças (Werner, 1985; Wilson, 1985).

3.4- Os modelos interaccionistas e transaccionais

Em 1975, Sameroff e Chandler viriam a exercer uma influência fundamental na conceptualização do desenvolvimento humano, ao expressarem o seu ceticismo e descontentamento em relação aos modelos causais, centrados na acção unilateral e unidireccional de uma única variável. Esses modelos ao atribuírem as diferenças individuais exclusivamente a factores genéticos, ambientais ou biomédicos teriam ignorado que quer a criança, quer o ambiente estão envolvidos numa relação contínua, de natureza interactiva e transaccional. Outras teorizações terão, também, contribuído para a consideração de modelos mais ajustados à interacção complexa dos determinantes do desenvolvimento humano, tais como o reconhecimento do papel activo das características infantis, da bidireccionalidade e reciprocidade das interacções pais-criança (Bell, 1968, 1977), ou a descrição da ecologia, do contexto social do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1977), isto é, de

vários níveis ou sistemas ambientais interdependentes e interpenetrantes que influenciam as trajetórias de desenvolvimento individuais.

Em consequência, em lugar de modelos lineares de causalidade, em que variáveis singulares determinam aspectos específicos do desenvolvimento infantil, têm-se realçado os modelos interaccionistas e transaccionais que incorporam os efeitos recíprocos e mutáveis de múltiplos factores individuais e ambientais (Ramey, MacPhee e Yeates, 1982; Sameroff, 1975; Switzky e Haywood, 1984).

Esta multideterminação do desenvolvimento significa que “é pouco provável que uma compreensão adequada do atraso de desenvolvimento possa emergir de sistemas teóricos que realçam a primazia de factores isolados” (Ramey, MacPhee e Yeates, 1982, 385), bem como que nenhum factor está invariavelmente presente ou ausente em situações de ineficiência intelectual. Infelizmente, as interacções ou transacções dos factores envolvidos na determinação da deficiência mental ligeira estão, ainda, pouco explicitadas. A maior atenção dispensada pelos investigadores aos outros graus da deficiência mental, poderá ter contribuído para as limitações nos conhecimentos relativos aos processos causais subjacentes à deficiência mental ligeira. São bem exemplificativas da reduzida compreensão etiológica, as elevadas percentagens de casos sem causas conhecidas (de 62% a 43%), avançadas por alguns autores (Einfeld, 1984; Hagberg et al., 1981b; McLaren e Byrson, 1987; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981).

No entanto, existem diversas indicações de que os factores biomédicos ou as características biológicas das crianças interagem com aspectos ambientais. Ao reverem a bibliografia relativa ao “continuum de acidentes reprodutivos”, Sameroff e Chandler (1975) observaram que as condições socio-económicas e familiares eram melhores preditores do nível de desenvolvimento intelectual, do que as variáveis pré e perinatais. Isto é, a longo termo, os factores relativos ao contexto social do desenvolvimento, tais como o nível socio-económico, tendiam a exercer uma influência mais poderosa do que o estatuto biológico precoce.

Sem pretenderem negar a importância dos factores de risco perinatais, o que Sameroff e Chandler (1975) realçaram foi que a sua acção se exercia em interacção com variáveis ambientais, e que estas últimas poderiam eliminar, atenuar ou acentuar as dificuldades suscitadas pelos primeiros. Deste modo, as complicações pré e perinatais e as condições ambientais desfavorecidas, quando presentes em simultâneo, parecem actuar sinergicamente, correspondendo a efeitos mais negativos do que os resultantes de qualquer uma dessas condições considerada isoladamente (Sameroff, 1975).

Uma das investigações que melhor descreve e exemplifica esta acção recíproca entre os factores de risco biológicos e os ambientais, é a efectuada na ilha de Kauai (Werner, 1985; Werner e Smith, 1977). Trata-se de um estudo longitudinal que relatou o desenvolvimento de todas as crianças nascidas na ilha em 1955, até aos 18 anos de idade. No período neonatal, avaliou-se a gravidade das complicações pré e perinatais, através de um “Índice de Stress Perinatal”, e aos 20 meses, 10 e 18 anos determinou-se a sua relação com o desenvolvimento físico, intelectual e social. Em cada uma dessas idades, registou-se uma interacção significativa entre o grau de *stress* perinatal e as variáveis sociofamiliares e, em especial, com o estatuto socio-económico. Assim, as complicações pré e perinatais não se relacionavam de forma consistente com o desenvolvimento psicológico ou físico, a não ser quando se acompanhavam de perturbações severas no sistema nervoso central, ou quando estavam persistentemente associadas a circunstâncias ambientais desfavoráveis, tais como a pobreza, a instabilidade familiar ou os problemas de saúde mental maternos. Por exemplo, aos 10 anos de idade, todas as crianças, que viviam em famílias de nível socio-económico médio ou elevado, obtinham Q.I.s médios ou superiores à média, enquanto que muitas das que provinham de famílias de baixo nível socio-económico alcançavam Q.I.s inferiores à média, em particular se sujeitas a complicações perinatais severas.

Mas, mesmo entre as crianças expostas a factores de risco biológico e nascidas e criadas em famílias pobres, os autores detectaram um subgrupo que nunca evidenciou qualquer tipo de dificuldades. Neste grupo “resistente”, identificaram-se diversas características individuais e do

ambiente familiar³⁹, ou factores protectores ou compensatórios, que anulavam ou diminuam o impacto dos factores de risco.

O estudo de Kauai está em sintonia com outras investigações (Broman et al., 1987; Campbell e Ramey, 1986; Wilson, 1985), ao apontar que as variáveis ambientais constituem mediadores ou reguladores importantes do desenvolvimento cognitivo. De facto, são vários os trabalhos que documentam que os factores biológicos interagem com as características ambientais, e que um ambiente favorável, ao nível da família e/ou dum programa de intervenção, pode proteger a criança de variáveis orgânicas que a colocam numa situação de risco. No que concerne à etiologia da deficiência mental ligeira, contradizem os resultados dos estudos retrospectivos publicados na década de 80 (Costeff, Cohen e Weller, 1983; Gillerot e Koulischer, 1983; Hagberg et al., 1981b; Lamont, 1988; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981) ao sugerirem que os aspectos biomédicos quando considerados isoladamente, podem não ser muito relevantes. Neste sentido, no estudo epidemiológico da deficiência mental, realizado no concelho de Arruda dos Vinhos, Bairrão et al. (1980) verificaram que as dificuldades biomédicas e as condições familiares desfavoráveis do ponto de vista socioprofissional e cultural eram mais frequentes nas crianças deficientes mentais do que num grupo de crianças com um Q.I. superior a 70. Os autores apontaram para um processo de acúmulo, consistente com investigações anteriores (Bairrão et al., 1979), em que se tinha registado um número elevado de situações de risco em crianças débeis.

Este processo de acúmulo está igualmente de acordo com a literatura referente aos factores de risco, uma vez que se tem vindo a destacar que, excepto em circunstâncias extremas de disfunção biológica ou de desvantagem social, é o número e não a natureza dos factores de risco presentes que influenciam o desenvolvimento. Este conceito de risco cumulativo foi posto em evidência em vários domínios: Parmelee e Haber (1973) detectaram-no em relação às consequências dos antecedentes pré e perinatais; Rutter (1979b) demonstrou-o nas características familiares associadas aos problemas de comportamento e Sameroff (1990) constatou-o no estudo do impacto de factores de risco ambientais no desenvolvimento intelectual e socio-emocional. No último caso, e no âmbito do "Rochester Longitudinal Study", procurou-se determinar se as dificuldades no desenvolvimento intelectual de crianças em idade pré-escolar eram influenciadas linearmente por um baixo estatuto socio-económico, ou antes pelos diversos factores de risco ambiental que lhe eram inerentes. A partir de um índice de risco múltiplo, verificou-se que nenhuma variável ambiental, considerada individualmente, se correlacionava significativamente com os resultados de Q.I. Pelo contrário, quanto mais elevado era o número de factores de risco ambientais numa família, e qualquer que fosse o seu estatuto socio-económico, mais baixo era o Q.I. Assim, os Q.I.s das crianças sem factores de risco ambientais eram superiores em 30 pontos, aos das crianças com 8 ou mais desses factores.

Mas, a acção interactiva de determinantes mais invocada na deficiência mental ligeira é a das predisposições genéticas com o ambiente familiar (Clarke e Clarke, 1974; Clarke e Clarke 1985b; Switzky e Haywood, 1984). Em conformidade, a definição de deficiência mental devida a desvantagem psicossocial, da A.A.M.D. (Grossman, 1977, 1983), requeria que para além de circunstâncias de vida frustes, houvesse indicação de um funcionamento intelectual subnormal em

³⁹ Ao nível individual, Werner (1985) e Werner e Smith (1977) destacaram, sobretudo, a actividade e a sociabilidade das crianças. Ao nível familiar, os factores protectores são mais numerosos e incluem, entre outros, a existência de pessoas que auxiliem a mãe no exercício das suas funções educativas (marido, avós...), a atenção dispensada à criança na infância, um irmão que se encarrega ou age como um confidente da criança, um ambiente familiar organizado ou a presença de uma rede informal de familiares e amigos que dispensam apoio em momentos de crise.

pelo menos um dos pais e num ou mais irmãos (caso existissem). No entanto, permanecem por elucidar o modo como a hereditariedade e o ambiente interagem, minimizando, criando ou agravando as situações de deficiência mental ligeira.

Ainda assim, as influências intrafamiliares ou não partilhadas, recentemente salientadas pela genética do comportamento, poderão constituir áreas promissoras a explorar, com vista a uma compreensão mais aprofundada. A este propósito, recorda-se que, há quase trinta anos atrás, Farber (1968) se questionava sobre as razões que poderiam estar subjacentes ao facto de dois irmãos provenientes da mesma família pobre e desfavorecida apresentarem níveis intelectuais distintos, sendo um, inclusive, identificado como deficiente mental ligeiro e o outro não. Para esta questão, é hoje possível invocar não só o património genético ou as características biológicas individuais, mas também as influências intrafamiliares.

Essas influências intrafamiliares são susceptíveis de revestir várias formas, tais como práticas parentais específicas, experiências idiossincráticas que afectam um único dos irmãos, posição na fratria, dimensão da família, etc.. Em acréscimo, há que ter em conta que as crianças seleccionam e criam, em função das suas predisposições, experiências e contextos familiares próprios. Assim sendo, poder-se-ia revelar frutuosa uma abordagem centrada na especificação das interacções que os pais estabelecem com cada um dos filhos, no seio de famílias em risco, com especial destaque para aquelas em que um dos progenitores faz prova de um funcionamento intelectual deficitário.

A título de resenha, poder-se-à afirmar que a determinação da deficiência mental ligeira reveste, ainda, contornos algo imprecisos. Não obstante, é hoje inquestionável que as teses de índole unidimensional se revelam inadequadas para a explicitação da génese deste tipo de défice. A via a prosseguir passa, indubitavelmente, pela consideração de múltiplos factores etiológicos e por uma maior atenção à interacção das características infantis com os ecossistemas sociais.

CAPÍTULO II

Deficiência Mental Ligeira e Problemas de Comportamento



No passado, tal como no presente, a natureza da interrelação entre os problemas e/ou os distúrbios de comportamento e a deficiência mental tem sido uma questão extremamente ambígua e complexa. Se as conceptualizações psicopa-tológicas mais primitivas não estabeleceram qualquer diferenciação entre os distúrbios do comportamento e a deficiência mental, a partir dos finais do século XVIII e princípios do século XIX constituíram-se como entidades distintas no pensamento e nas taxinomias dos observadores e estudiosos do comportamento humano (Beier, 1964). Durante este século, reconheceu-se, através de observações clínicas ou de investigações, que nalguns casos de deficiência mental se registavam simultaneamente problemas ou distúrbios do comportamento. Traduzindo essa coexistência surgiram termos como, por exemplo, o de pseudodebilidade ou os de debilidade mental harmónica e desarmonica, e defendeu-se a eliminação das categorias de distúrbios de aprendizagem, deficiência mental⁴⁰ e distúrbios emocionais da classificação norte-

⁴⁰ No que concerne à relação deficiência mental/distúrbios de aprendizagem, salienta-se que se trata de conceitos distintos. Assim, enquanto que a deficiência mental requer a presença de um nível intelectual significativamente inferior ao normal e de défices no comportamento adaptativo, os distúrbios de aprendizagem exigem essencialmente a presença de uma discrepância entre as capacidades intelectuais e o desempenho escolar. Ora, as capacidades intelectuais têm sido usualmente operacionalizadas como correspondendo a um Q.I. médio (90-109), ainda que Siegel (1989) advoque a adopção de um limiar inferior consubstanciado num Q.I. mínimo de 80. Por outras palavras, não só não existe sobreposição ao nível dos parâmetros essenciais de delimitação das duas condições, como se constata que as definições de distúrbios de aprendizagem têm afirmado explicitamente, ao longo do tempo, que estes não incluem os casos em que os problemas de aprendizagem são resultantes da deficiência mental (Hammill, 1990).

Não obstante, poder-se-ia considerar que a diferenciação entre a deficiência mental ligeira e os distúrbios de aprendizagem é particularmente mais complexa de efectuar do que a que respeita aos outros graus de deficiência mental. Ainda assim, e como sublinham Gresham, MacMillan e Bocian (1996), os distúrbios de aprendizagem manifestam-se por um subdesempenho inesperado em relação a um funcionamento intelectual “normal”, enquanto que a deficiência mental ligeira representa um subdesempenho previsível por referência a um funcionamento intelectual deficitário. Além disso, a deficiência mental ligeira e os distúrbios de aprendizagem distinguem-se no domínio cognitivo, como já tivemos ocasião de apontar (cf. ponto 1.3, capítulo I), e no domínio académico. Na realidade, Gresham, MacMillan e Bocian (1996) ao compararem um grupo de crianças com distúrbios de aprendizagem e um grupo de crianças com deficiência mental ligeira verificaram que as últimas obtinham resultados significativamente inferiores no teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, em sete dos testes da WISC-III e nos testes de leitura, ortografia e aritmética do “Wide Range Achievement Test-Revised”. No caso específico do domínio académico, os autores realçam que ao passo que as crianças com distúrbios de aprendizagem exibem dificuldades numa ou mais áreas, mas não em todas, as crianças com

americana de alunos com necessidades educativas especiais, dada a justaposição de algumas das suas características comportamentais (Hallahan e Kauffman, 1977). A fim de se explicitar o carácter e o fundamento dessa coexistência, ainda hoje muito pouco clara e insuficientemente documentada, é indispensável tentar delimitar o significado das expressões problemas e distúrbios do comportamento.

1-PROBLEMAS E DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO

1.1- As dificuldades de delimitação

Nos domínios da psicologia clínica, da pedopsiquiatria e do ensino especial não existe uma definição consensual, precisa e incontroversa sobre o que constitui um problema ou distúrbio do comportamento. Para além da variabilidade de critérios intra e interdisciplinares, regista-se uma grande diversidade de designações, sem uma delimitação nítida da sua especificidade. Este facto é bem evidente na literatura relativa à deficiência mental, na qual Holland e Murphy (1990) recensearam o emprego das designações comportamentos inadaptados, dificuldades de comportamento, comportamentos indesejáveis, problemas de comportamento, distúrbios do comportamento, distúrbios psiquiátricos e “challenging behaviours”.

Os obstáculos inerentes a qualquer definição reflectem, acima de tudo, a dificuldade em decidir como e quando traçar a linha divisória entre a normalidade e a psicopatologia, e em determinar se as diferenças são essencialmente qualitativas ou quantitativas. Apesar de não existir uma resposta definitiva a esta questão e de alguns comportamentos sintomáticos de determinadas condições ou síndromas serem qualitativamente diferentes da normalidade, a grande maioria dos distúrbios de comportamento infantil não parece poder ser entendida senão como quantitativamente diferente (Graham, 1979; Yule, 1981).

Um corolário importante deste princípio é o de que variações menos intensas ou frequentes dos mesmos comportamentos são relativamente comuns na população infantil e não revestem qualquer significado clínico. A este propósito, há que referir os vários estudos epidemiológicos, realizados na segunda metade deste século, que examinaram a prevalência de comportamentos específicos, potencialmente problemáticos, em amostras representativas de crianças, segundo as avaliações dos pais e/ou professores. De facto, um dos contributos mais relevantes desses estudos residiu na verificação de que a grande maioria dos comportamentos considerados era usual e transitória em crianças de idade pré-escolar e escolar (Richman, Stevenson e Graham, 1982; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970), constituindo-se como “parte essencial do processo de desenvolvimento” (Rutter, 1975, 11).

Outro aspecto essencial que torna complexos os esforços de delimitação conceptual reside na necessidade de adoptar o que Achenbach e Edelbrock (1984), denominaram de perspectiva relativista, ou seja, de uma perspectiva que tome em consideração o nível de desenvolvimento e o

deficiência mental ligeira evidenciam défices na globalidade das áreas, denotando dificuldades de aprendizagem generalizadas.

Porém, isto não invalida que diversos autores (Hallahan e Kauffman, 1977; Polloway et al., 1997; Schere, Richardson e Bialer, 1980) tenham destacado que na prática educativa se regista alguma sobreposição entre a deficiência mental ligeira e os distúrbios de aprendizagem, dada a equivalência das necessidades pedagógicas dos sujeitos. No entanto, a legitimidade desta sobreposição é questionável, uma vez que as áreas comuns assinaladas não beneficiam de qualquer corroboração empírica.

sexo da criança⁴¹, o contexto social desse mesmo desenvolvimento e a especificidade situacional do comportamento.

Denotando a urgência em enquadrar os problemas do comportamento infantil nos conhecimentos referentes ao processo de desenvolvimento, assiste-se desde 1970 à emergência de uma nova disciplina científica, a psicopatologia do desenvolvimento⁴². O carácter único desta disciplina reside, para os seus teorizadores (Rutter e Garmezy, 1983; Sroufe e Rutter, 1984), em entender os distúrbios do comportamento como desvios do desenvolvimento ou distorções dos processos ontogenéticos, e em realçar a interligação e complementaridade do desenvolvimento normal e patológico. Por outras palavras, sustenta-se que o conhecimento do desenvolvimento normal é fundamental à compreensão dos desvios ou situações de inadaptação e que reciprocamente a exploração das últimas enriquece o entendimento do processo de desenvolvimento.

Consequentemente, o significado de um comportamento deveria ser determinado em função dos padrões de adaptação comportamental dominantes num dado período de desenvolvimento e/ou idade. Não obstante a pertinência e o apelo deste princípio, a dificuldade e o desafio com que se depara a psicopatologia do desenvolvimento consistem em descrever, definir e agrupar os padrões de adaptação ao longo das várias fases do desenvolvimento. Como bem reconhecem Sroufe e Rutter (1984), este empreendimento decisivo está, ainda, nos seus inícios.

Por seu turno, a natureza contextualizada e as perspectivas interaccionistas do desenvolvimento e funcionamento humanos (Bronfenbrenner e Crouter, 1983; Magnusson, 1988), tão realçadas nas últimas décadas, implicam que o comportamento problemático não é um atributo individual ou dos sistemas e subsistemas sociais, mas antes o fruto das relações mutáveis e bidireccionais entre as características dos indivíduos e as dos seus contextos.

Esta interacção entre os factores individuais e os relativos ao contexto, está bem patente na especificidade situacional do comportamento. Que este é variável consoante as situações foi posto em evidência por Mitchell e Sheperd (1966) ao verificarem uma divergência substancial nas avaliações de problemas de comportamento de 6077 crianças e jovens efectuadas por pais e professores. Apenas um em cerca de cada cinco sujeitos, cujos resultados se situavam acima do percentil 90 segundo um dos informantes, obtinha resultados correspondentes de acordo com o outro. Posteriormente, Rutter, Tizard e Whitmore (1970) indicaram uma muito reduzida sobreposição entre os grupos de crianças que apresentavam resultados totais de problemas de comportamento superiores aos índices discriminantes dos questionários de comportamento para pais e para professores. Sabe-se, também, que comportamentos particulares, como os défices de atenção, a impulsividade e a hiperactividade, evidenciam flutuações significativas em função das situações, das actividades ou dos adultos presentes, sendo, por exemplo, mais evidentes na escola do que em casa (Sandberg, Rutter e Taylor, 1978), na presença das mães do que dos pais, em

⁴¹ Em relação às transformações e reorganizações inerentes ao processo de desenvolvimento, alguns estudos transversais e longitudinais têm vindo a realçar que a natureza dos problemas de comportamento se altera com a idade, variando concomitantemente o seu significado (Achenbach e Edelbrock 1981; Verhulst, Akkerhuis e Althaus, 1985; cf. Rutter e Garmezy, 1983).

É também indiscutível que a prevalência e o tipo de problemas de comportamento variam em função do sexo. Os rapazes não só tendem a exibir uma frequência mais elevada de problemas de comportamento do que as raparigas, como apresentam percentagens superiores de comportamentos agressivos e hiperactivos (Achenbach e Edelbrock, 1981; Verhulst e Akkerhuis, 1986; Richman, Stevenson e Graham, 1982).

⁴² Sroufe e Rutter (1984, 18) definem-na como “o estudo das origens e evolução dos padrões individuais de inadaptação comportamental, independentemente da idade de aparecimento, das causas, das transformações nas manifestações comportamentais e da complexidade da evolução do padrão de desenvolvimento”.

tarefas repetitivas e/ou complexas do que em tarefas novas e estimulantes (Barkley, 1990). Há alguns anos, Achenbach, McConaughy e Howell (1987) procuraram abordar a questão da especificidade versus consistência situacional, determinando o nível típico de concordância entre múltiplas fontes de avaliação de problemas de comportamento, que diferiam nas oportunidades e contextos em que observavam a criança ou jovem, na interação que com ela estabeleciam e nos respectivos critérios de avaliação. Com base em 269 amostras, provenientes de 119 estudos, os referidos autores realizaram uma meta-análise das correlações das avaliações de problemas de comportamento efectuadas por mães, pais, professores, observadores, profissionais de saúde mental, colegas e a própria criança. A correlação média entre pares de informantes que desempenhavam um papel idêntico em relação à criança (pais ou professores ou observadores ou profissionais de saúde mental) foi de 0.60, revelando um acordo moderado, mas não perfeito. No entanto, a correlação média entre diferentes tipos de informantes foi de 0.28, indicando um nível modesto de concordância e uma considerável variância interavaliadores.

Esta reduzida consistência situacional não só gerou um vivo debate ao nível teórico sobre a natureza específica ou contínua do comportamento (Mischel, 1973), como suscitou reflexões e implicações importantes no domínio da avaliação psicopatológica. Se a oposição especificidade situacional/estabilidade temporal passou a ser entendida como uma pseudocontrovérsia⁴³ (Mischel, 1973), ao nível pragmático a organização idiossincrática do comportamento individual em diversas situações não é interpretável como um reflexo da infidedignidade dos instrumentos de avaliação (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987). Na realidade, apesar das divergências e correlações diminutas entre diversos tipos de informantes, as suas avaliações tendem a ser consistentes ao longo do tempo.

Como consequência do reconhecimento da especificidade situacional do comportamento, apelou-se ao recurso a várias fontes de informação e/ou ao alargamento da amplitude dos métodos e das situações de avaliação (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987; Mash e Terdal, 1988). Paralelamente, os estudos que se baseiam numa única fonte de dados sobre a criança foram encarados como insatisfatórios, porque incompletos e pouco reveladores das tendências comportamentais individuais.

O problema que se coloca é evidentemente o de como sintetizar perspectivas múltiplas, divergentes, e até opostas, do comportamento infantil. Este problema de integração da informação, conhecido como o princípio da agregação, tem sido objecto de propostas de resolução díspares que reflectem a inexistência de um acordo sobre o modo mais adequado de combinar a informação (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987; Routh e Daugherty, 1992).

Os fundamentos da perspectiva relativista, que acabámos de referir, implicam que a presença isolada de alguns problemas de comportamento não equivale a qualquer distúrbio ou problema clinicamente significativo, sendo essencial que se satisfaçam determinados critérios para que tal inferência seja possível. Os critérios que têm sido enunciados, se bem que não isentos de ambiguidade e subjectividade, compreendem: a simultaneidade de vários comportamentos problemáticos; o desvio em relação à idade e ao sexo da criança; o desvio em relação às normas sociais, tendo em atenção os contextos ou circunstâncias de vida da criança; a frequência, intensidade e persistência dos comportamentos; a ausência de especificidade situacional ou manifestação em mais do que uma situação; as desvantagens ou consequências desfavoráveis para a criança em termos de sofrimento pessoal ou de impacto nos que a rodeiam, de restrição das actividades e interações sociais e de interferência com o processo de desenvolvimento (Knopf, 1984; Rutter, 1975).

⁴³ A perspectiva contemporânea desta questão é a de que comportamentos específicos manifestos em circunstâncias ambientais particulares são muito instáveis, enquanto que grupos de comportamentos ou síndromas como, por exemplo, o distúrbio hiperactivo ou os “distúrbios da conduta” (“conduct disorders”), são mais estáveis (Mash e Terdal, 1988; Martin, 1988).

1.2-Avaliação e classificação

A transposição, operacionalização e aplicação dos critérios supramencionados ao nível da avaliação diagnóstica, da elaboração de taxinomias e da investigação epidemiológica não tem sido uma tarefa fácil ou linear. Antes pelo contrário, nestes três domínios predominam duas abordagens aparentemente antagónicas, dos pontos de vista conceptual e metodológico.

Uma dessas abordagens é a clínica ou categorial, baseada no modelo médico, em que os distúrbios do comportamento são entendidos como categorias ou grupos de sintomas, delineados a partir do debate e da negociação das caracterizações e opiniões clínicas, mais do que com base nos dados da investigação. Um dado distúrbio é considerado como presente ou ausente, consoante satisfaz ou não os parâmetros descritivos e os critérios de exclusão enunciados em sistemas de diagnóstico e classificação como, por exemplo, o D.S.M.-IV (APA, 1994) ou o ICD-10 (WHO, 1992). No processo de recolha da informação, é atribuído um especial relevo à entrevista semi-estruturada ou estruturada com a criança e/ou com os pais, elaborada em estreita conformidade com as categorias existentes, enquanto que as decisões diagnósticas dependem exclusivamente da apreciação clínica. Esta abordagem tem sido, justificadamente, censurada pela sua herança médica, isto é, por encarar os distúrbios do comportamento como “doenças” ou entidades clínicas, inerentes aos indivíduos (Achenbach, 1985).

Por outro lado, as diferentes categorias propostas deveriam ser fidedignas e válidas, isto é, deveriam ser aplicadas de forma idêntica por vários clínicos e ser únicas e mutuamente exclusivas, diferindo em termos da respectiva etiologia, sintomatologia, idade de aparecimento, distribuição em função do sexo, evolução e resposta a intervenções terapêuticas. Contudo, a fidedignidade interavaliadores tem-se revelado bastante modesta (Mattison e Hooper, 1992; Rutter e Tuma, 1988), e muitas das categorias diagnósticas não estão validadas, denotando a ausência de uma base ou consubstanciação empírica⁴⁴ (Rutter e Gould, 1985; Rutter e Tuma, 1988).

Além disso, o processo de diagnóstico envolve um certo grau de subjectividade e arbitrariedade⁴⁵, que o tornam particularmente vulnerável a diversos tipos de erros e enviesamentos (Achenbach, 1985).

Uma outra limitação reside em não incorporar qualquer consideração do desenvolvimento, isto é, em, como defende a psicopatologia do desenvolvimento, não referenciar os distúrbios do comportamento em termos das questões, expectativas e exigências mais salientes nos vários níveis de desenvolvimento (Sroufe e Rutter, 1984). Por último, a perspectivação da influência dos factores ambientais restringe-se à avaliação da gravidade dos factores de *stress* psicossociais ou à

⁴⁴ Têm sido apontadas muitas outras objecções, tais como, o carácter vago e equívoco dos critérios de algumas categorias, a existência de pressupostos etiológicos não fundamentados, a natureza estática das categorias, as consequências estigmatizantes da sua aplicação, etc. (Mash e Terdal, 1988; Rutter e Gould, 1985).

Todavia, não se deve presumir que o estabelecimento de categorias nosológicas válidas e fidedignas representa uma panaceia ao nível clínico ou científico. A amplitude das influências a que estão sujeitos os comportamentos infantis, e a impossibilidade de incorporar elementos de ordem pessoal numa categoria ou dimensão, tornam imprescindível que se evitem os reducionismos taxonómicos.

⁴⁵ Apesar da recente difusão de entrevistas de diagnóstico ter correspondido à tentativa de redução destes óbices, não é possível determinar se este objectivo foi ou não atingido, sem que se reünam elementos mais detalhados sobre as propriedades psicométricas e utilidade clínica destas técnicas (Martin, 1988; Mattison e Hooper, 1992).

detecção da presença de situações psicossociais anómalas, o que se afigura como manifestamente insuficiente.

A outra abordagem é a dimensional, empírica ou psicométrica baseada na descrição dos comportamentos da criança, e na conceptualização dos distúrbios de comportamento infantil como desvios quantitativos em relação a normas psicológicas e sociais, e não como desvios qualitativos. Um pressuposto subjacente a esta abordagem é o de que é o número de comportamentos ou sintomas presentes em relação a dados normativos de sujeitos da mesma idade, sexo e circunstâncias sociais que é clinicamente significativo. O que significa que se identificam as crianças que se situam no extremo de várias dimensões ao longo das quais é possível posicionar todas as crianças, em lugar de como pretende o modelo médico se identificarem as crianças que apresentam um determinado distúrbio.

Esta divergência conceptual relativamente à abordagem anterior, acarretou ao nível dos métodos e técnicas de avaliação o recurso mais sistemático e generalizado aos questionários para os pais, professores, crianças e outros informantes. Por comparação com outros métodos, os questionários para os pais e professores possuíam as vantagens de obterem informação de adultos significativos para a criança e que com ela interagem diariamente em diversas circunstâncias, em relação a múltiplos comportamentos problemáticos e competências, reduzindo a amplitude das variações situacionais do comportamento (Barkley, 1988). Além disso, são fáceis de administrar, os seus itens são objectivos e as suas características psicométricas são, de uma forma geral, superiores às das entrevistas de diagnóstico semi-estruturadas ou estruturadas (Mattison e Hooper, 1992).

Ao nível classificativo, a abordagem dimensional recorre à análise factorial das descrições comportamentais a fim de identificar grupos de sintomas ou comportamentos que tendem a ocorrer em conjunto, dimensões explícitas e operacionais que constituirão a tipologia dos distúrbios comportamentais infantis. As sucessivas revisões das análises factoriais dos resultados dos questionários de comportamento têm sido consistentes ao indicarem, desde a idade pré-escolar até à adolescência, duas dimensões principais dos problemas de comportamento, cuja validade tem sido corroborada através de padrões distintos de associação a diversas variáveis⁴⁶ (Achenbach e Edelbrock, 1978; Hinshaw, 1987; Quay, 1979). Uma dessas dimensões tem recebido a designação de problemas emocionais ou problemas interiorizados (“internalizing”) porque engloba comportamentos centrados no indivíduo e sintomas de natureza subjectiva, como o isolamento social, a ansiedade, os medos, as queixas somáticas, etc.. A outra dimensão foi denominada de problemas anti-sociais ou problemas exteriorizados⁴⁷ (“externalizing”) porque inclui comportamentos manifestos com um claro impacto no meio ambiente como, por exemplo, os comportamentos destrutivos, a desobediência, a agressividade física, o furto, etc.. Existe também alguma evidência em favor da existência de uma dimensão de hiperactividade/défices de atenção, factorialmente distinta e parcialmente independente da dimensão anti-social.

Em relação à abordagem categorial, a abordagem dimensional tem o mérito de ser mais objectiva e fidedigna, de se centrar na descrição dos comportamentos da criança, e não em entidades clínicas, e de realçar a indispensabilidade do estabelecimento de comparações normativas na determinação do significado clínico dos comportamentos.

Não obstante, não está isenta de limitações. Em primeiro lugar, enquanto perspectiva meramente quantitativa não tem em conta a raridade, gravidade ou relevância prognóstica dos

⁴⁶ Outras dimensões ou síndromas mais específicos têm, também, sido propostos através de análises factoriais confirmatórias (Achenbach, 1985; Quay, 1979). A sua validade é, no entanto, controversa (Boyle e Jones, 1985).

⁴⁷ Segundo Achenbach (1991a) estas dimensões foram também nomeadas de Problemas da Personalidade e Problemas da Conduta, Inibição e Agressão, Excesso de Controlo e Défice de Controlo.

comportamentos, e a sua ênfase normativa acarreta alguma perda de informação sobre o que é único e peculiar a cada criança.

Além disso, a identificação do que constitui ou não um caso clínico de acordo com os resultados dos questionários de comportamento comporta alguma margem de erro. Por exemplo, a fim de se proceder ao estabelecimento dos limiares ou pontos discriminantes (“cut-off scores”), isto é, à identificação dos resultados totais dos questionários que possuem relevância clínica, diversos estudos (Achenbach e Edelbrock, 1981; Richman, Stevenson e Graham, 1982; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970; Verhulst, Akkerhuis e Althaus, 1985) têm recorrido ou à comparação de dois grupos de crianças, um orientado para serviços clínicos e o outro não, ou ao diagnóstico clínico baseado numa entrevista. No entanto, o encaminhamento para serviços clínicos não só não equivale à presença de problemas de comportamento ou é sinónimo de psicopatologia, como está dependente de numerosos factores. Assim, nalguns casos, pode estar mais relacionado com as características da fonte de informação do que com a própria criança. Em acréscimo, é influenciado pela forma como as instituições, públicas ou privadas, de saúde mental infantil estão organizadas ou disseminadas num dado país ou são acessíveis aos seus habitantes, afigurando-se tanto menos discriminativo quanto mais essas instituições estiverem fracamente implementadas ou largamente difundidas. Daí que resulte, em regra, em percentagens consideráveis de identificações incorrectas. Por seu turno, o diagnóstico clínico derivado de uma entrevista não está isento de subjectividade e imprecisão, além de que não existe evidência conclusiva de que reduza, de forma significativa, as percentagens de identificações incorrectas. O que denota, de uma maneira geral, que os questionários de comportamento podem ser considerados como instrumentos de despistagem, mas não de diagnóstico.

Em complemento, é necessário ter presente que as descrições e avaliações do comportamento da criança, efectuadas por outrem, como os pais e/ou os professores, estão sujeitas a diversas influências e enviesamentos, e não podem ser entendidas como representando exclusivamente o comportamento da criança.

Na realidade, factores como os conflitos conjugais e a depressão podem influenciar a percepção materna da criança independentemente das características e comportamentos objectivos desta última. Christensen et al. (1983) verificaram que as percepções parentais de problemas de comportamento estavam associadas à discórdia conjugal e aos comportamentos parentais negativos em relação à criança, não sendo essa associação explicável pelo comportamento da criança. No mesmo sentido, Bond e McMahon (1984) notaram que a satisfação ou insatisfação conjugal estava mais relacionada com a percepção materna do comportamento da criança do que com os comportamentos efectivos da mãe ou da criança. No que respeita à influência do estado afectivo do informante, uma série de estudos realizada por Griest e colaboradores (Griest, Wells e Forehand, 1979; Griest et al., 1980) constatou que, nalguns casos, a depressão materna constituía uma variável mais relevante na orientação da criança para serviços clínicos do que o comportamento desta última, tal como observado directamente no lar. Mais recentemente, Panaccione e Wahler (1986) corroboraram estes dados ao apontarem que as acções observáveis da criança tinham uma importância secundária na avaliação materna, enquanto que a depressão, as respostas maternas aversivas para com a criança e as interações sociais coercivas da mãe com outros adultos eram os principais determinantes da forma como ela percebia o seu filho(a). Por seu turno, as descrições e avaliações do comportamento infantil realizadas pelos professores podem ser afectadas: pela raça e estatuto socio-económico dos alunos (Kelly, Bullock e Dykes, 1977; Touliatos e Lindholm, 1980); por efeitos de halo negativos, de acordo com os quais, a presença de determinados comportamentos acarreta a atribuição de outros, mesmo que estes últimos não se verifiquem (Abikoff et al., 1993)⁴⁸; pelas expectativas ou regras referentes aos

⁴⁸ Abikoff et al. (1993) comprovaram que os professores do 1º ciclo do ensino básico tendiam a avaliar comportamentos sintomáticos de hiperactividade, défices de atenção e oposição com bastante precisão. Não obstante, registaram, igualmente, a existência de um enviesamento

comportamentos sociais infantis considerados essenciais ao bom funcionamento escolar (Gersten, Walker e Darch, 1988); pela satisfação ou insatisfação com as condições de exercício da actividade profissional (Safran e Safran, 1987); pela categoria profissional dos docentes, isto é, pelo facto de se tratar de professores do ensino regular ou do ensino especial. Os primeiros revelam-se menos tolerantes e mais desfavoráveis nas suas avaliações de comportamentos problemáticos e, em particular, de comportamentos agressivos⁴⁹ (Gersten, Walker e Darch, 1988; Ritter, 1989; Safran e Safran, 1985).

Um outro problema desta abordagem reside no facto de as dimensões derivadas da análise factorial dependerem de numerosos factores, tais como, a técnica estatística e os critérios matemáticos empregues, o número, conteúdo e sistema de cotação dos itens, o número, idade, sexo e nível socio-económico dos sujeitos incluídos na análise (Boyle e Jones, 1985). As diferenças nos instrumentos, nas amostras e nos métodos de análise explicam, aliás, que a par de alguma consistência se registre igualmente uma substancial variação das dimensões obtidas em vários estudos. Além disso, a validade preditiva, discriminante e convergente de muitas dessas dimensões está por comprovar (Mattison e Hooper, 1992).

É de referir que a dicotomia entre as duas abordagens não é total. As dimensões são passíveis de corresponderem e de se traduzirem em categorias e vice-versa (Achenbach, 1985; Rutter e Tuma, 1988), sendo bem visíveis os esforços no sentido da integração das duas abordagens ao nível da avaliação e da categorização.

2- O CONCEITO DE PSEUDODEBILIDADE

Como assinalámos no início deste capítulo, o conceito de pseudodebilidade ou pseudodeficiência mental, avançado nos anos 30 (Beier, 1964) e que conheceria uma notável divulgação nas décadas subsequentes (Bialer, 1970b), foi o primeiro a exprimir a inter-relação entre a deficiência mental e os distúrbios de comportamento, bem como as dificuldades inerentes ao seu diagnóstico diferencial.

Na verdade, o termo pseudodebilidade foi inicialmente empregue de duas formas distintas: como termo descritivo de um quadro clínico equivalente ao da deficiência mental, mas com um potencial intelectual intacto, a que se associariam incapacidades particulares de natureza sensorial, motora ou comportamental (Beier, 1964); e como construto explicativo de erros de diagnóstico e de prognóstico e de certos casos de deficiência mental de etiologia atípica (Benton, 1962; Bialer, 1970b; Heber, 1962). Segundo Benton (1962) esta etiologia atípica englobaria quatro tipos de determinantes (privações sensoriais, défices motores, privações culturais e distúrbios emocionais) susceptíveis de exercerem uma acção inibitória e depressora no nível de funcionamento intelectual.

Se tivermos em conta a concepção tradicional ou clássica da deficiência mental enquanto défice intelectual imutável, de origem orgânica, a que já aludimos, facilmente se compreenderá a necessidade de designar como falsos ou não genuínos todos os sujeitos que não se incluíam num quadro conceptual tão limitativo.

unidireccional, segundo o qual a presença de comportamentos agressivos conduzia a cotações artificialmente elevadas dos níveis de hiperactividade e desatenção.

⁴⁹ Estes elementos não implicam que as percepções do comportamento da criança como típico ou problemático, por parte dos pais ou professores, sejam simples reflexos das idiosincrasias dos avaliadores e completamente estranhas à criança. A componente objectiva dessas avaliações está bem patente nas revisões da literatura referentes à sua validade (Barkley, 1988; Martin, 1988).

Apesar de, em 1959, o sistema de diagnóstico e classificação da deficiência mental da A.A.M.D. ao excluir quaisquer referências à incurabilidade ou à natureza constitucional ter eliminado a indispensabilidade de designações diferenciais (Heber, 1962), a noção de pseudodebilidade perdurou, adquirindo simultaneamente um excesso de referentes e significados que ultrapassaram largamente os atrás apontados.

A revisão das definições de pseudodebilidade empreendida por Bialer (1970b), em conjunto com a análise do emprego do termo nalgumas publicações (Hatton et al., 1978; Heuyer, 1963; Hurtig, 1962; Laurent, 1969; Mercer, 1973; Richardson e Normanly, 1965), atestam uma tão extensa divergência de significados que se afigura quase impossível detectar duas utilizações sinónimas. Assim, tanto abrange sujeitos com deficiência mental ligeira ou moderada (cf. Bialer, 1970b), como sujeitos com um nível intelectual subnormal (Hurtig, 1962), ou com um Q.I. inferior a 100 (Laurent, 1969), ou inferior a 80 (Hatton et al., 1978) ou superior a 80 (Richardson e Normanly, 1965). Por seu lado, os determinantes estendem-se dos apontados por Benton (1962), a esses associados a factores biomédicos (Heuyer, 1963; Richardson e Normanly, 1965), ou a factores tão diversos como a “inferioridade da aprendizagem escolar e motivação inadequada” (Hurtig, 1962), o bilinguismo, o insucesso escolar, “a instabilidade psicomotora ou psico-afectiva” (Laurent, 1969), a epilepsia, as dismorfias faciais (Heuyer, 1963), etc..

A inespecificidade e ausência de clareza do conceito foram sublinhadas por vários autores que advogaram o seu abandono por entenderem que era científica-mente indefensável, uma fonte de confusões potenciais, um obstáculo à comunicação entre os profissionais, inteiramente dispensável para a investigação e reabilitação da deficiência mental⁵⁰ (Benton, 1962; Bialer, 1970a, 1970b; Heber, 1962).

Apesar do decréscimo de emprego da expressão pseudodebilidade, uma das questões que se colocam é a de saber se existem actualmente elementos que fundamentem a associação deficiência mental ligeira/problemas de comportamento, e em caso afirmativo, qual é a extensão e natureza dessa associação.

3-PROBLEMAS E DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS E JOVENS

⁵⁰ No nosso país, Marchand (1983) considerou que não se justificava a aplicação do termo pseudodebilidade a crianças com um atraso ligeiro ou moderado do ritmo de desenvolvimento cognitivo acompanhado de desempenhos escolares inibidos devido à ausência de estimulação de um meio sociocultural muito fruste. Ao analisar as particularidades cognitivas de um grupo de crianças pseudodébeis, propôs que fossem encaradas como crianças normais com um ritmo de desenvolvimento cognitivo lento, cujo atraso poderia ser reduzido, ou eliminado, por uma estimulação operatória adequada.

COM DEFICIÊNCIA MENTAL LIGEIRA

3.1- A extensão da associação

É comum na literatura a afirmação de que os problemas e distúrbios de comportamento são mais prevalentes em sujeitos com deficiência mental ligeira do que na população em geral (Beier, 1964; Russell, 1985). Surpreendentemente, uma revisão dos dados disponíveis indica que, hoje tal como ontem (Gardner, 1966), essa afirmação encontra a sua justificação numa base empírica restrita, assinalada por múltiplos problemas metodológicos.

Uma proporção apreciável das investigações que focou esta temática inscreve-se numa das duas abordagens previamente esquematizadas, exceptuando-se os trabalhos que adoptaram a observação directa, como método exclusivo ou quase exclusivo, de avaliação e diagnóstico. Analisando em primeiro lugar os estudos que se inserem no contexto da abordagem categorial, verifica-se que a generalidade das amostras é constituída por crianças com deficiência mental ligeira orientadas para serviços de saúde mental infantil (Benson 1985; Philips e Williams, 1975; Reid, 1980), ou para serviços específicos de diagnóstico e avaliação (Grodén et al., 1982) ou de educação de deficientes mentais (Webster, 1963). Outra amostra igualmente selectiva e atípica é a de Chess e Hassibi (1970) que incluiu 52 crianças, dos 5 aos 11 anos, pertencentes a famílias da classe média. Acrescente-se, também, a natureza fortemente lacunar da informação respeitante aos processos de selecção das amostras, aos critérios de diagnóstico da deficiência mental ou às características pessoais e educativas das crianças (idade, sexo, origem socio-económica, tipo de estabelecimento de ensino frequentado, etc.).

Outros problemas situam-se no facto de alguns estudos não especificarem os critérios e/ou os métodos de diagnóstico dos distúrbios de comportamento (Grodén et al., 1982; Webster, 1963), ou de quando o fazem não apontarem quaisquer elementos referentes à sua fidedignidade ou validade⁵¹.

Estes limites reduzem substancialmente a relevância dos estudos, e a não representatividade das amostras contribuiu seguramente para a sobreestimação da frequência de ocorrência dos distúrbios de comportamento em crianças com deficiência mental ligeira, tal como o atestam as percentagens de 100% avançadas por Webster (1963) e Benson (1985), e de 88% e 60% indicadas respectivamente por Philips e Williams (1975) e Chess e Hassibi (1970). Curry e Thompson (1979, 1982) teriam oportunidade de comprovar o quão ilusórias eram estas percentagens ao analisarem os resultados de dois grupos de crianças com incapacidades do desenvolvimento⁵²

⁵¹ Note-se que se trata de sistemas de classificação elaborados pelos próprios autores (Chess e Hassibi, 1970) ou em desuso, como a D.S.M.-II (Philips e Williams, 1975). Nas duas circunstâncias, nunca se registou qualquer comprovação de que preenchessem requisitos taxonómicos fundamentais (Rutter e Gould, 1985).

⁵² O termo incapacidade do desenvolvimento foi adoptado por várias leis educativas norte-americanas no âmbito de uma perspectiva funcional de definição e classificação de vários problemas do desenvolvimento (deficiência mental, paralisia cerebral, epilepsia, etc.). Segundo a "Public-Law" 95-602 de 1978, uma incapacidade do desenvolvimento é devida a uma deficiência mental e/ou física, tem um carácter crónico, manifesta-se antes dos 22 anos e ocasiona limitações funcionais em três ou mais domínios (cuidados pessoais, linguagem, aprendizagem, mobilidade, etc.) que requerem a intervenção prolongada de serviços interdisciplinares. Trata-se, pois, de uma abordagem não categorial que rejeita designações específicas, como a de deficiência mental, e que

(“developmental disabilities”) no “Missouri Children’s Behavior Checklist”, tendo sido um dos grupos orientado para um serviço clínico e o outro não. Enquanto que apenas 39% dos sujeitos do primeiro grupo obteve resultados considerados normais, o mesmo aconteceria em 70% dos do segundo grupo.

Atendendo a estes enviesamentos populacionais, são de destacar três investigações que abordaram grupos não clínicos de crianças e jovens com deficiência mental ligeira. Estes são, de resto, os únicos estudos de natureza epidemiológica realizados neste domínio.

Uma delas é a de Gillberg et al. (1986) que englobou todos os jovens identificados administrativamente como deficientes mentais ligeiros e residentes numa zona urbana da Suécia. O diagnóstico dos distúrbios do comportamento foi estabelecido segundo as categorias da D.S.M.-III, e em função dos dados provenientes de entrevistas com os jovens e os seus pais. Dos 83 jovens, 57% foram considerados como apresentando distúrbios de comportamento, distribuídos de forma sensivelmente idêntica pelas síndromas de distúrbio hiperactivo, distúrbio emocional, “distúrbio anti-social” (“conduct disorder”) e comportamento psicótico⁵³.

À semelhança de Gillberg et al. (1986), Koller e colaboradores (Koller et al., 1982; Koller et al., 1983; Richardson et al., 1979) abrangeram no seu estudo longitudinal todos os deficientes mentais ligeiros nascidos entre 1951 e 1955 na cidade escocesa de Aberdeen, que tivessem sido diagnosticados administrativa-mente até aos 16 anos. Trata-se, no entanto, de uma avaliação retrospectiva dos distúrbios do comportamento infantil, uma vez que a detecção destes últimos foi

foca exclusivamente o nível de funcionamento individual. Parece ter conhecido uma aplicação restrita, dada a inexistência de orientações claras e operacionais do que constituíam as limitações funcionais (Seltzer, 1983).

⁵³ Em relação à deficiência mental ligeira, esta categoria abrange o distúrbio autista e a tríade, descrita por Wing e Gould (1979), de alterações na interacção social, alterações na comunicação e alterações na imaginação que se traduzem por actividades repetitivas e estereotipadas. A composição desta tríade assemelha-se aos critérios diagnósticos do autismo, mas distingue-se deles por traduzir um contínuo de características autísticas que poderão estar presentes em diversos graus.

A designação “comportamento psicótico” para estas condições foi considerada como insatisfatória e inadequada por alguns autores e entidades (American Psychiatric Association, 1980; Romanczyk e Kistner, 1982) que defenderam a sua substituição pela de perturbações globais do desenvolvimento (“pervasive developmental disorders”). A partir de 1980, todas as edições da DSM e da ICD passaram a adoptar este último termo que realça o aparecimento precoce dos distúrbios e a distorção generalizada e grave do processo de desenvolvimento, por oposição às psicoses que surgem no final da infância ou na adolescência e envolvem uma perda do sentido da realidade em indivíduos que funcionavam anteriormente de forma normal. Actualmente, e apesar de não serem inteiramente sobreponíveis, a DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e a ICD-10 (World Health Organization, 1992) convergem na consideração de que as perturbações globais do desenvolvimento incluem: o autismo infantil, o autismo atípico, a síndrome de Rett, a síndrome de Asperger, a perturbação desintegrativa da infância e as perturbações globais do desenvolvimento sem outra especificação.

realizada quando os sujeitos tinham 22 anos de idade. Nessa ocasião, os 114 deficientes mentais ligeiros e os seus pais foram entrevistados sobre os problemas de comportamento ocorridos na “infância” (até aos 16 anos) e no “início da idade adulta” (dos 16 aos 22 anos), complementando-se essas informações com as existentes nos relatórios de assistentes sociais, profissionais de saúde mental, escolas e instituições judiciais. A partir desses dados, os autores elaboraram um sistema de classificação quadripartido, e confrontaram as cotações atribuídas ao grupo deficiente mental com as de um grupo de sujeitos não deficientes (Q.I.>75) comparável na idade cronológica, no sexo e no estatuto socio-económico (Koller et al., 1982). Na infância, constatou-se uma prevalência de 54.4% de distúrbios do comportamento nos deficientes mentais ligeiros, sendo a diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo de controlo apenas para os rapazes e as raparigas com um Q.I. situado entre 60 e 69. Nos rapazes deficientes mentais ligeiros o distúrbio mais frequente era o hiperactivo, enquanto que nas raparigas era o emocional.

Apesar dos estudos de Gillberg et al. (1986) e de Koller e colaboradores (Koller et al., 1982; Koller et al., 1983; Richardson et al., 1979) se basearem em grupos não clínicos, o recurso a processos de definição administrativa, associado a áreas residenciais exclusivamente urbanas, representa necessariamente enviesamentos populacionais. Além disso, alguns aspectos metodológicos negati-vos permanecem invariáveis, designadamente a não indicação da fidedignidade e validade das entrevistas e das categorias de diagnóstico.

Uma outra questão metodológica, específica dos trabalhos de Koller, diz respeito ao processo de avaliação retrospectivo, isto é, ao grau substancial de dependência em relação às recordações da infância. Ora, os dados do método retrospectivo têm sido encarados como potencialmente não fidedignos e sujeitos a várias fontes de erro, em particular no que se refere à avaliação de experiências passadas (Quinton e Rutter, 1988). É de notar que Koller et al. (1983, 389-390) assinalaram a existência de variações e divergências entre as entrevistas e os relatórios, e que “nenhum esforço foi realizado para verificar a validade dos dados...”.

Atendendo a este conjunto de inadequações, é compreensível que o estudo de Rutter, Tizard e Whitmore (1970), empreendido há mais de 20 anos, permaneça uma referência fundamental no que concerne à relação entre a deficiência mental e os distúrbios do comportamento. Várias das suas características justificam esta posição de relevo. Em primeiro lugar, a amostra era bastante representativa das crianças deficientes mentais da área geográfica e faixas etárias estudadas⁵⁴. Em segundo lugar, recorreu a múltiplos informantes (pais, professores, criança) e os instrumentos de avaliação empregues foram objecto de uma análise cuidada das respectivas características psicométricas. Assim, na identificação das crianças com distúrbios do comportamento, os pais e os professores completaram inicialmente questionários relativos ao comportamento da criança, e numa fase posterior foram entrevistadas todas as crianças cujos resultados nos questionários se situavam acima dos pontos discriminantes. Em terceiro lugar, na definição de distúrbio do comportamento adoptou-se uma abordagem clínico-diagnóstica, isto é, pretendeu ter-se em conta a adequação dos comportamentos, a sua persistência e as desvantagens que ocasionava⁵⁵. Por último, o estudo da ilha de Wight enfatizou a importância da apreciação de outras dimensões da experiência infantil, que não os seus comportamentos problemáticos (aprendizagens escolares, factores de *stress* ambiental, avaliação neurológica, etc.).

Rutter e Graham (1970) verificaram que no questionário de comportamento para os pais 30.4% dos 56 deficientes mentais (Q.I.<70) obtinham resultados superiores ao ponto discriminante,

⁵⁴ Só não foram incluídas as crianças que frequentavam estabelecimentos de ensino privado.

⁵⁵ Ou seja, determinou-se a presença de um distúrbio do comportamento sempre que “existia uma alteração do comportamento, emoções ou relações no momento da avaliação, suficientemente nítida e suficientemente prolongada para constituir uma desvantagem para a própria criança, e/ou causar sofrimento e perturbação na família ou na comunidade” (Graham e Rutter, 1970, 148).

enquanto que a percentagem equivalente no questionário para os professores foi de 41.8%. Estas percentagens eram 3 e 4 vezes mais elevadas do que as de um grupo de controlo de crianças normais seleccionadas aleatoriamente da população geral. A grande maioria dos itens dos questionários de comportamento era também mais comum no grupo deficiente mental do que no grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas. No entanto, dois dos itens mais frequentemente assinalados nos deficientes mentais eram os que se referiam às dificuldades de atenção e à irrequietude ou excesso de actividade motora.

Nas entrevistas, as diferenças entre os dois grupos foram ainda mais notórias, visto que a percentagem de 23.6% de deficientes mentais em que foram diagnosticados distúrbios do comportamento, excede largamente a de 1.4% do grupo de controlo. Não se registou qualquer especificidade dos distúrbios associados à deficiência mental, sendo igualmente prevalentes os de tipo emocional e anti-social.

Um aspecto metodológico das investigações de Koller et al. (1982) e de Rutter, Tizard e Whitmore (1970), digno de uma referência especial, reside na inclusão de um grupo de controlo com características etárias, sexuais e, no primeiro caso, socio-económicas idênticas às do grupo deficiente mental. Apesar da legitimidade e do interesse das investigações comparativas na pesquisa das particularidades comportamentais específicas da deficiência mental serem irrefutáveis, as decisões respeitantes à constituição de grupos de controlo têm representado um dilema para muitos dos que desenvolvem trabalhos nesta área.

A questão da comparação dos deficientes mentais ligeiros com sujeitos da mesma idade cronológica ou mental é complexa, traduzindo a verificação trivial de que um deficiente mental ligeiro não é nem assimilável a um sujeito da mesma idade cronológica, nem a um sujeito mais novo do mesmo nível de desenvolvimento. A equiparação em função da idade cronológica não permite discernir quais os factores ou processos responsáveis pelas diferenças entre os grupos (Baumeister, 1967; Stoneman, 1989) e pode conduzir à atribuição dos resultados alcançados à própria deficiência mental. O erro desta inferência circular reside em a deficiência mental não representar um construto explicativo, mas antes uma variável descritiva global. Assim, a correspondência pela idade cronológica permite verificar se a prevalência e a tipologia dos distúrbios de comportamento diferem nos sujeitos deficientes mentais ligeiros e não deficientes, mas em caso afirmativo não permite identificar porque é que diferem.

A alternativa de efectuar as comparações em função da idade mental permite examinar as diferenças e semelhanças comportamentais quando se preenche, em parte, um requisito psicopatológico fundamental, isto é, quando o nível de desenvolvimento intelectual é aproximadamente o mesmo. No entanto, é questionável que a idade mental represente o nível de desenvolvimento intelectual ou revista qualquer valor explanatório. Com efeito, a idade mental é tão somente o produto dos resultados obtidos no conjunto díspar de testes ou itens que compreendem uma escala de inteligência. Por consequência, é perfeitamente plausível que dois indivíduos alcancem exactamente a mesma idade mental, sendo bem sucedidos ou fracassando itens completamente distintos que apelam a processos cognitivos diferenciados. Além disso, as avaliações da idade mental têm sido consideradas como imperfeitas (Stoneman, 1989), e quando se controla a idade mental o mesmo não acontece com o Q.I., a idade cronológica, ou outros aspectos do desenvolvimento infantil que não o intelectual, resultando em grupos tão díspares quanto os do caso anterior (Heal, 1970).

Mais pacífica é a questão da equabilidade em relação ao sexo e ao estatuto socio-económico, dado afigurar-se como minimizadora da probabilidade de correlações artificialmente elevadas entre a deficiência mental ligeira e os distúrbios do comportamento. Na realidade, só esporadicamente têm sido tidas em conta as características sociodemográficas dos deficientes mentais ligeiros, que constituem variáveis relevantes susceptíveis de distorcerem os resultados das investigações, uma vez que se sabe que os distúrbios e os problemas de comportamento ocorrem mais frequentemente nos sujeitos do sexo masculino e nos estratos socio-económicos mais baixos. Como refere Stoneman (1989) tem-se actuado como se a deficiência mental fosse um construto tão influente que as suas repercussões no comportamento individual obscureceriam outras fontes potenciais de variância.

Analise agora os estudos que se enquadram na abordagem dimensional, isto é, que

examinaram, através de questionários, a frequência de ocorrência de comportamentos particulares, de dimensões ou de resultados totais previamente definidos como critérios psicopatológicos.

Neste domínio, um dos primeiros estudos realizados foi o de Chazan (1964), junto de 169 crianças e jovens de quatro níveis etários (9, 10, 13 e 14 anos) que frequentavam estabelecimentos de ensino especial no sul de Gales. De entre os 169 sujeitos, 38.4% apresentavam Q.I.s superiores a 70, o que em conjugação com a sua proveniência escolar, os tornou pouco representativos da população deficiente mental ligeira local. Os professores completaram o “Bristol Social Adjustment Guide” e a adopção do respectivo ponto discriminante, em relação ao qual nunca existiu qualquer evidência de validade, revelou que a percentagem de resultados totais que o ultrapassavam era três vezes mais elevada no grupo deficiente mental do que num grupo de controlo da mesma idade cronológica, sexo e nível socio-económico.

Uma série de estudos empreendida por Cullinan, Epstein e colaboradores (Cullinan, Epstein e Dembinski, 1979; Epstein, Cullinan e Polloway, 1986; Polloway, Epstein e Cullinan, 1985) recorreu à aplicação da versão original do “Behavior Problem Checklist” aos professores de deficientes mentais educáveis⁵⁶ que usufruíam do apoio de serviços de ensino especial, em regime de ensino integrado, sob a forma de classes especiais ou de salas de apoio. Para além da origem das amostragens e do instrumento de avaliação, este grupo de estudos tem em comum a existência de um grupo de controlo comparável ao deficiente mental na idade cronológica e no sexo.

Assim, Polloway, Epstein e Cullinan (1985) examinaram e confrontaram as cotações atribuídas aos 55 itens pelos professores de 618 deficientes mentais educáveis e de 1116 sujeitos normais, verificando em mais de metade dos itens diferenças estatisticamente significativas. Esta diferenciação era particularmente notória nas faixas etárias mais baixas (6 a 10 anos) e abrangia, sobretudo, comportamentos indicadores de reduzida auto-estima, défices de atenção, oposição e agressividade.

Os outros estudos procuraram determinar se os grupos de deficientes mentais e normais diferiam ao nível das dimensões de problemas de comportamento. Cullinan, Epstein e Dembinski (1979) comprovaram que a estrutura factorial do “Behavior Problem Checklist” discriminava os dois grupos, evidenciando os 104 alunos deficientes mentais educáveis, dos 6 aos 13 anos, resultados significativamente mais elevados em três das quatro dimensões relativas a comportamentos agressivos, a dificuldades de atenção e a comportamentos de ansiedade e isolamento.

Posteriormente, e em lugar de se basearem nas dimensões derivadas de uma população infantil normal, Epstein, Cullinan e Polloway (1986) efectuaram uma análise factorial dos resultados de 360 sujeitos deficientes mentais educáveis e de 360 sujeitos normais, a fim de clarificarem se as diferenças se mantinham ou não. Não só se confirmou a estrutura factorial original, como, em estreito paralelismo com o estudo anterior, os factores que diferenciavam os deficientes mentais dos não deficientes foram os denominados de agressividade, distúrbios de atenção e ansiedade-inferioridade.

Epstein, Cullinan e Gadow (1988) e Polloway et al. (1986) sugeriram que aos problemas que acabámos de mencionar se poderia acrescentar o da hiperactividade, uma vez que o emprego do index de hiperactividade do “Conner’s Teacher Rating Scale” e do “Conners Abbreviated Symptom Questionnaire” junto dos professores de deficientes mentais educáveis, com idades

⁵⁶ A deficiência mental educável corresponde à delimitação psicométrica da deficiência mental ligeira ($50 \geq Q.I. \leq 70-75$). Esta designação está relacionada com as expectativas de aprendizagem e presumíveis capacidades individuais, isto é, as crianças com deficiência mental educável seriam capazes de adquirirem as aprendizagens escolares básicas e quando adultas seriam auto-suficientes e independentes. Nos últimos anos, regista-se uma diminuição acentuada na sua utilização, a que não serão estranhos os argumentos daqueles que a consideram inútil e até nefasta, devido às suposições estáticas e redutoras que lhe estão subjacentes (Feuerstein, Rand e Hoffman, 1979; Zigler, Balla e Hodapp, 1984).

cronológicas compreendidas entre os 6 e os 18 anos de idade, revelou que 18% (Epstein, Cullinan e Gadow, 1988) e 19.6% (Polloway et al., 1986) dos resultados se situavam acima do limiar indicativo de um diagnóstico de hiperactividade. Contudo, estes breves indicadores constituídos apenas por 10 itens e que, no passado, foram dos instrumentos mais frequentemente utilizados na selecção de crianças hiperactivas para fins de investigação, avaliam um misto de sintomas hiperactivos e agressivos, pelo que as crianças assim despistadas não podem ser encaradas como exclusivamente hiperactivas. Em complemento, Fee et al. (1993) verificaram recentemente que a aplicação do index de hiperactividade do “Conner’s Teacher Rating Scale” a crianças com deficiência mental ligeira resultava numa percentagem elevada de casos falsamente positivos por referência à identificação estabelecida a partir dos sintomas listados na D.S.M.-III-R.. No âmbito desta abordagem, tal como na anterior, são constantes a escassez e as limitações das investigações. Em particular, as amostras não são representativas da população deficiente mental ligeira, e em duas circunstâncias, a que não fizemos qualquer menção, de dimensões muito restritas (Kuveke, 1983) ou seleccionadas num só estabelecimento de ensino especial (Larson e Lapointe, 1986). Além disso, as características dos sujeitos são referidas de modo excessivamente incompleto, nem sempre existe evidência em apoio das qualidades psicométricas dos instrumentos (Chazan, 1964; Kuveke, 1983) e não se tem em conta a variabilidade do comportamento infantil, dada a dependência exclusiva de um único método de avaliação e de um único informante.

Este último aspecto poderá explicar, pelo menos em parte, a perspectiva radicalmente diferente oferecida pelos estudos de observação directa. Curiosa-mente, os trabalhos que observaram e/ou compararam os comportamentos dos deficientes mentais ligeiros com os dos seus colegas não deficientes em situações escolares não confirmaram que os comportamentos problemáticos fossem habituais nos primeiros.

Gampel, Gottlieb e Harrison (1974) observaram através do “time-sampling” dois grupos de crianças deficientes mentais educáveis repartidas aleatoriamente por classes especiais e classes do ensino regular e um grupo de controlo de crianças com um Q.I. médio. As doze categorias de comportamento que foram alvo das observações no decorrer de actividades escolares semi-estruturadas incluíam: atenção, distração, estar fora do seu lugar, irrequietude, auto-estimulação, respostas motoras descoordenadas, agressividade (dos e para com os colegas), respostas verbais positivas (dos e para com os colegas) e respostas verbais hostis (dos e para com os colegas). Verificou-se que os comportamentos das crianças deficientes mentais educáveis diferiam em função da situação escolar, mas não se detectaram quaisquer diferenças comportamentais significativas entre os deficientes mentais e os seus pares.

A descrição incaracterística do comportamento dos deficientes mentais educáveis traçada por Gampel, Gottlieb e Harrison (1974) seria confirmada pelo projecto P.R.I.M.E. (“Programmed Re-entry into Mainstreamed Education”; Kaufman, Agard e Semmel, 1985). Este projecto de investigação conduzido no Texas, o mais ambicioso de todos os que abordaram a temática da integração escolar, comparou 356 deficientes mentais educáveis integrados e 273 não integrados⁵⁷ com 356 alunos normais dos 3º, 4º e 5º anos de escolaridade. Com o auxílio do “Florida Climate and Control Scale”, um sistema categorial de “time- -sampling”, anotou-se a ocorrência de vinte comportamentos passíveis de interferirem com as actividades escolares (não cooperar, desobedecer a instruções, provocar os outros...), enquanto que os professores indicaram num questionário a periodicidade de vários episódios de atrito e conflito entre as crianças. Segundo ambos os instrumentos, tais comportamentos e episódios não tinham tido lugar em aproximadamente 75% das salas de aula abrangidas no estudo, registando-se uma ampla sobreposição entre os comportamentos sociais dos deficientes mentais educáveis e os dos seus colegas não deficientes. Uma sobreposição idêntica foi igualmente evidenciada com outro sistema de “time-sampling” em relação à emissão de comportamentos orientados para as tarefas.

⁵⁷ Integrados significa que 50 a 100% do seu tempo lectivo decorria em classes do ensino regular, enquanto não integrados equivale a 50% ou mais do tempo lectivo em salas de apoio ou classes especiais.

Este padrão de resultados foi, também, corroborado pelos estudos que se circunscreveram à análise e observação dos comportamentos dos deficientes mentais educáveis. Forness, Silverstein e Guthrie (1979) seleccionaram 133 crianças que frequentavam classes especiais para deficientes mentais educáveis (Q.I. médio=66) e para crianças com “handicaps educativos”⁵⁸ (Q.I. médio=77), e registaram por meio de “time-sampling” todos os comportamentos que correspondiam às categorias de atenção, distração, perturbação das actividades escolares e respostas verbais positivas. As crianças de ambos os tipos de classes especiais apresentaram percentagens de comportamentos dirigidos para as tarefas superiores a 80%, enquanto que os comportamentos incompatíveis com as actividades de ensino/aprendizagem eram raros.

Posteriormente, e recorrendo à mesma metodologia, Forness, Guthrie e MacMillan (1981) e Russell e Forness (1985) obtiveram resultados similares em grupos bem mais numerosos de deficientes mentais educáveis (n=393), o que os levaria a adiantarem que a perspectiva da criança deficiente mental como disruptiva e difícil de lidar na sala de aula não era mais do que um estereótipo imerecido (Russell e Forness, 1985, 342). Contudo, Russell e Forness (1985) não deixaram de chamar a atenção para a existência de um pequeno subgrupo de deficientes mentais educáveis que se caracterizavam por níveis elevados de comportamentos perturbadores na sala de aula.

Esta última constatação é importante porque exprime a heterogeneidade das características comportamentais das populações identificadas como deficientes mentais educáveis ou ligeiras. Os autores do projecto P.R.I.M.E. ao aplicarem a análise de “clusters” a um vasto número de variáveis individuais detectaram um total de doze perfis distintos nos deficientes mentais integrados e não integrados, que representavam proporções semelhantes de crianças e indicavam uma ampla diversidade nos seus comportamentos sociais e desempenhos escolares, apesar da suposta homogeneidade dos seus défices. Para Kaufman, Agard e Semmel (1985) a conclusão a extrair da sua análise empírica é a de que até critérios muito restritos e específicos de despistagem de crianças com deficiência mental educável resultam numa variação acentuada dos reportórios comportamentais e competências individuais.

É plausível que a notória oposição entre estes resultados e os revistos nas rubricas precedentes se deva, em certa medida, às peculiaridades dos vários métodos de avaliação. A correspondência entre as entrevistas, os questionários e a observação directa é habitualmente reduzida (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987; Kazdin, Esveldt-Dawson e Loar, 1983), o que poderá ser função das diferenças nos informantes, nos comportamentos que são avaliados e na forma como o são. As entrevistas e os questionários para os pais ou professores apoiam-se em múltiplas e extensas oportunidades de contacto e observação das crianças, o que permite que possam ser tidos em atenção quer os acontecimentos fortuitos, quer os usuais. Pelo contrário, as técnicas de “time-sampling” tendem a abranger um pequeno número de comportamentos, períodos de tempo relativamente breves e uma única situação, sendo, por isso mesmo, consideradas como informativas e úteis na avaliação de comportamentos frequentes, tais como os hiperactivos⁵⁹, mas como pouco adequadas em relação a comportamentos de baixa frequência e/ou aparecimento imprevisível, mas com um impacto significativo, como, por exemplo, os agressivos (Murphy,

⁵⁸ Segundo os autores, estas classes acolhem crianças com distúrbios de aprendizagem, distúrbios emocionais e deficiência mental educável, constituindo situações escolares mais normalizadas do que as classes especiais para deficientes mentais educáveis, uma vez que proporcionam maiores oportunidades de aprendizagem em classes do ensino regular.

⁵⁹ Handen et al. (1994) verificaram que as avaliações de hiperactividade derivadas de questionários de comportamento convergiam com as da observação directa na sala de aula ou em tarefas experimentais. Assim, o “time-sampling” da actividade motora e de comportamentos não dirigidos para o trabalho individual diferenciava significativamente as crianças deficientes mentais com e sem hiperactividade, segundo os questionários de Conners para pais e professores.

1987).

Saliente-se, ainda, que todas as observações citadas foram realizadas na sala de aula, o que não permite rejeitar a possibilidade de obtenção de outros resultados, caso as observações tivessem sido efectuadas em situações extra-escolares.

Convém, também, ter presente que se a fidedignidade interobservadores dos vários sistemas de observação é satisfatória⁶⁰, não se detectou qualquer menção à sua validade, isto é, ao grau em que permitiam a diferenciação das crianças, em que se relacionavam ou prediziam outros aspectos do comportamento infantil ou eram representativos deste último.

Em síntese, a inconsistência e a fragilidade da base empírica inviabilizam as afirmações que exprimem a inquestionabilidade e a inevitabilidade da conexão deficiência mental ligeira/problemas de comportamento (Matson e Frame, 1985; Russell, 1985). Afigura-se-nos como bem mais consonante com os elementos disponíveis salientar a possibilidade de existência de uma associação entre ambos ou que a deficiência mental ligeira reveste o carácter de um factor de risco em relação aos problemas e distúrbios do comportamento infantil.

3.1.1-A influência do sexo e da idade

No que concerne à influência da variável sexo no interior da população deficiente mental, os resultados são, de uma forma geral, concordantes com os obtidos em crianças normais. Ou seja, exceptuando os estudos de Chazan (1964) e o de Koller et al. (1983), os rapazes com deficiência mental ligeira evidenciam uma frequência mais elevada de problemas de comportamento do que as raparigas (Epstein, Cullinan e Polloway, 1986; Gillberg et al., 1986), com particular incidência para os de tipo agressivo (Koller et al., 1982; Polloway, Epstein e Cullinan, 1985; Polloway et al., 1986).

Já no que se refere à acção da idade, os elementos são raros, contraditórios e não sobreponíveis aos dos sujeitos normais. Assim, e em contradição com a tendência relativamente generalizada de diminuição dos problemas de comportamento com a idade, as crianças com deficiência mental mais velhas tanto apresentam mais problemas do que as mais novas (Epstein, Cullinan e Polloway, 1986) como não se detecta qualquer predominância de um nível etário em comparação com outros (Chazan, 1964; Polloway, Epstein e Cullinan, 1985).

3.2- A especificidade da associação

Reconhecendo a possibilidade dos problemas de comportamento serem relativamente frequentes em deficientes mentais ligeiros, uma das questões que se colocam é a de saber se o espectro de problemas é comum ao das outras crianças ou se a presença de défices cognitivos corresponde a alguma especificidade.

Apesar da heterogeneidade e dos limites quer das amostragens, quer dos critérios de diagnóstico, impossibilitarem qualquer conclusão a este nível, a análise da literatura indica que se não há problemas de comportamento patognomónicos da deficiência mental ligeira, os mais usualmente mencionados incluem a hiperactividade, os défices de atenção e a oposição/agressividade (Russell, 1985; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970; Phillips e Williams, 1975). Por sua vez, estas menções não são estranhas, e antes usufruem de corroboração indirecta de trabalhos efectuados no âmbito da deficiência mental e da psicopatologia infantil.

Assim, já nos anos 40, Strauss e Werner (1942) e Strauss e Kephart (1940) tinham apontado uma ligação estreita entre a deficiência mental e a hiperactividade, ao verificarem que um conjunto de

⁶⁰ Tal como é expressa em termos de percentagens de acordo entre os observadores, o que ignora a eventualidade de concordâncias devidas ao acaso que aumentam artificialmente as estimativas de fidedignidade.

características comportamentais, que englobava a distraibilidade e a desinibição motora manifesta numa actividade motora excessiva, diferenciavam as crianças deficientes mentais exógenas das endógenas. Apesar de, como veremos mais adiante, a inexistência de validade da “síndrome de Strauss” ser unanimemente reconhecida, os mais proeminentes investigadores ingleses da hiperactividade infantil (Taylor, 1986; Taylor et al., 1991; Thorley, 1984) têm destacado que o diagnóstico da síndrome hiperkinética está estritamente relacionado com défices cognitivos e com a deficiência mental.

Os referidos autores ao invés de adoptarem as definições de Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade elaboradas pelo D.S.M.-III e D.S.M.-III-R, que encaram como demasiado amplas, sem validade discriminativa e identificando um número excessivo de crianças, têm avançado o conceito diagnóstico mais restrito de distúrbio hiperkinético⁶¹. A validade desta síndrome, em termos da sua diferenciação da hiperactividade situacional e de outros distúrbios de comportamento, tem sido confirmada em vários estudos, de natureza clínica e epidemiológica, que confirmaram a sua associação específica a resultados baixos em testes de inteligência, défices cognitivos, descoordenação motora, atrasos no desenvolvimento linguístico, factores de risco perinatais (Sandberg, Rutter e Taylor, 1978; Schachar, Rutter e Smith, 1981; Taylor et al., 1991), resposta favorável à medicação, aparecimento precoce e prognóstico adverso (Taylor, 1986). Os clínicos e investigadores ingleses têm assinalado sucessivamente que a síndrome hiperkinética afecta uma percentagem substancial de deficientes mentais (Corbett, 1979; Schachar, Rutter e Smith, 1981; Thorley, 1984), que se situaria entre 8% e 11% no caso da deficiência mental ligeira⁶² (Gillberg et al., 1986; Reid, 1980), tendo-se até pressuposto que era mais frequente em crianças com deficiência mental do que em crianças com um nível intelectual normal⁶³ (Schachar, Rutter e Smith, 1981).

É também conhecido que os défices de atenção são característicos de sujeitos com Q.I.s inferiores ao normal ou deficientes mentais, a tal ponto que Carr (1984) não hesitaria em afirmar que nos últimos nenhuma das várias e diversificadas funções da atenção estaria isenta de limitações. No entanto, uma visão tão extrema e pessimista é pouco conciliável com os dados empíricos disponíveis.

A atenção persistente (“sustained attention”), ou a manutenção do controlo do processamento da informação ao longo do tempo, tem sido estudada em deficientes mentais, tal como noutros grupos

⁶¹ Actualmente, e em correspondência com o texto do I.C.D.-10, o diagnóstico de distúrbio hiperkinético requer que: os sintomas de inatenção e de excesso de actividade motora sejam acentuados em relação à idade ou ao nível de desenvolvimento, e constituam uma desvantagem para a criança; que ocorram em pelo menos duas de três situações (casa, escola, serviço clínico); que sejam observados directamente, em lugar de referidos pelos pais e/ou professores; que surjam antes dos 6 anos e subsistam desde há seis meses; e que não se registem sintomas de perturbações globais do desenvolvimento (World Health Organization, 1992).

⁶² Como algumas destas percentagens se baseiam nos critérios de diagnóstico do I.C.D.-9 (Thorley, 1984) e do D.S.M.-III (Gillberg et al., 1986), e estes requerem que se tome em conta a idade mental ou o nível de desenvolvimento das crianças na avaliação sintomatológica, é improvável que representem um simples artifício da imaturidade ou do ritmo de desenvolvimento mais lento das crianças com deficiência mental.

⁶³ Thorley (1984) contestou este pressuposto ao verificar que 50.7% das 73 crianças hiperkinéticas, identificadas ao longo de doze anos em dois serviços pedopsiquiátricos, apresentava um Q.I. superior a 70.

populacionais, através de tarefas de vigilância, cujo exemplo mais comum é o “Continuous Performance Test”. Nestas tarefas, que comportam habitualmente a apresentação prolongada de uma cadeia de estímulos visuais ou auditivos, de entre os quais o sujeito deve detectar estímulos ou configurações de estímulos específicos, os deficientes mentais ligeiros têm obtido resultados muito contraditórios. Alguns sugerem a existência de um atraso no desenvolvimento da atenção persistente na infância (Kirby, Nettlebeck e Thomas, 1979; Semmel, 1965), enquanto que outros salientam a ausência de diferenças relacionadas com o Q.I. (Das, 1970; Tomporowski e Allison, 1988), ou com a hiperactividade avaliada pelos professores (Melnyck e Das, 1992).

Dado que a natureza exacta da estrutura das tarefas de vigilância (duração total; proporção de estímulos específicos; ritmo de apresentação dos estímulos, etc.) corresponde a exigências particulares, e difere de estudo para estudo, é provável que possa estar subjacente à heterogeneidade dos resultados dos deficientes mentais ligeiros. Além disso, as tarefas de vigilância colocam em jogo não só a manutenção da atenção, mas também as capacidades sensoriais, perceptivas, cognitivas, motoras e a motivação. Assim sendo, a manipulação experimental dos parâmetros e processos envolvidos afigura-se como particularmente necessária e instrutiva. A única tentativa desenvolvida neste sentido foi a de Tomporowski e Allison (1988). Recorrendo a tarefas de distinta complexidade cognitiva, poriam em relevo que as diferenças entre um grupo de adultos com deficiência mental ligeira e um grupo de adultos normais da mesma idade cronológica não eram evidentes em tarefas de vigilância que requeriam o reconhecimento perceptivo de determinados estímulos, mas antes nas que implicavam a memória a curto termo, isto é, que requeriam a comparação entre cada um dos estímulos apresentados e os estímulos prévios.

Por seu turno, a atenção selectiva dos deficientes mentais, ou seja, a capacidade de focar a atenção num estímulo, dividir a atenção por dois ou mais estímulos e resistir à distração, foi abordada em tarefas muito mais variadas do que as de atenção persistente, tais como as de aprendizagem discriminativa (Zeaman e House, 1979), aprendizagem central e incidental (Hagen e Huntsman, 1971), correspondência de figuras (Melnyck e Das, 1992), etc..

Para Zeaman e House (1979) a dificuldade de deficientes mentais ligeiros e moderados, residentes em instituições, em distinguirem qual o estímulo reforçado de entre dois ou mais devia-se à restrição das suas capacidades de atenção selectiva, visto abrangerem menos dimensões dos estímulos do que as dos indivíduos não deficientes mentais, diminuindo, por isso, as possibilidades de focagem e aprendizagem das dimensões mais relevantes.

Hagen e Huntsman (1971) contraporiam às observações de Zeaman e House (1979), que o défice na regulação da atenção selectiva não era extensível a todas as crianças com deficiência mental ligeira e moderada. No seu estudo, propuseram a crianças que viviam em instituições especiais e que frequentavam classes especiais, que retivessem a posição de determinadas figuras, excluindo outras (aprendizagem central), para numa fase posterior lhes solicitarem que identificassem e localizassem as que tinham sido excluídas das instruções (aprendizagem incidental). Somente as crianças institucionalizadas revelariam uma menor selectividade do que as crianças normais da mesma idade mental, sendo menos capazes de prestarem atenção à informação central e relevante e de ignorarem a incidental.

Que as aptidões de atenção selectiva dos deficientes mentais ligeiros, se bem que mais déficéarias do que as de atenção persistente, são variáveis entre os deficientes mentais ligeiros foi também posto em evidência por Melnyck e Das (1992). No seu estudo, os sujeitos identificados, através de questionários para os professores como hiperactivos e desatentos, obtiveram, em tarefas de localização e correspondência de figuras, resultados significativamente inferiores aos dos sujeitos não identificados como tal.

No que respeita à capacidade de resistência à distração, Crosby (1972) e Forehand, Calhoun e Yoder (1973) verificaram que estímulos de natureza auditiva, visual e audiovisual incompatíveis com as tarefas, mas colocados na sua proximidade ou integrados nas mesmas, não afectavam mais negativamente as crianças com deficiência mental ligeira do que as crianças da mesma idade mental.

Nugent e Mosley (1987) optaram por contrastar a audição monótica e dicótica de um grupo de jovens adultos deficientes mentais com as de um grupo de crianças de idêntica idade mental. A primeira condição experimental consistiu na apresentação monoauricular de estímulos auditivos

(letras) e na repetição de apenas alguns. A segunda condição envolveu a apresentação binaural de estímulos auditivos semelhantes e a repetição de apenas alguns dos dirigidos a um dos ouvidos. Da primeira para a segunda condição registou-se uma diminuição significativa na precisão das repetições, de grandeza equivalente nos dois grupos. O que segundo Nugent e Mosley (1987) aponta para a simples imaturidade da direccionalidade e resistência à distração dos deficientes mentais.

Como a diversidade das tarefas de atenção selectiva em termos de exigências de processamento da informação é ainda mais marcada do que no caso da atenção persistente, e tal como preconizámos em relação a esta última, a manipulação das características das tarefas poder-se-à revelar especialmente útil. Os poucos trabalhos que a inseriram no seu plano experimental atestam que a saliência dos estímulos (Melnyck e Das, 1992), o ritmo lento da sua apresentação (Nugent e Mosley, 1987) ou as instruções explícitas (Carr, 1984) facilitam a distribuição da atenção, influenciando positivamente no desempenho dos deficientes mentais.

Na sua globalidade, e com as limitações inerentes a uma documentação empírica tão diminuta, os resultados apresentados sugerem que, à excepção de subgrupos particulares (oriundos de instituições residenciais; hiperactivos), as capacidades de atenção selectiva dos deficientes mentais ligeiros são consistentes com a hipótese da estrutura semelhante. No que respeita aos dados de Hagen e Huntsman (1971) e de Zeaman e House (1979), e tendo em conta, por um lado, o impacto socio-emocional e motivacional da institucionalização (Balla e Zigler, 1979), e por outro lado, a influência da motivação na avaliação da atenção dos deficientes mentais (Utley et al., 1993) é possível que as diferenças constatadas tivessem uma origem motivacional.

Os dados referentes à atenção persistente e selectiva dos deficientes mentais ligeiros colocam a questão fundamental da perspectivação dos seus défices de atenção como problemas de comportamento ou como problemas de natureza cognitiva. De facto, os elementos apresentados, em conjunto com os de Handen et al. (1994) que comparou crianças deficientes mentais ligeiras com e sem défices de atenção associados a hiperactividade, sugerem que, na ausência de comportamentos de desinibição motora ou da institucionalização, os défices de atenção são apenas uma das facetas dos défices cognitivos.

Um aspecto que não podemos deixar de aflorar, é o da validade ecológica, ou da representatividade e generalidade das tarefas de atenção. Segundo Baumeister (1984) a correspondência entre este tipo de tarefas e as situações sociais quotidianas poderá não ser das mais imediatas, se se atentar em que nas primeiras as actividades de aprendizagem são “moleculares” de modo a que o experimentador possa controlar o maior número possível de variáveis. Apesar deste não ser um problema exclusivo da avaliação da atenção, é eventualmente mais notório neste domínio, onde proliferam as tarefas monótonas e desprovidas de significado aparente.

Por último, algumas referências a comportamentos de oposição e de agressividade em deficientes mentais⁶⁴ encontram eco num núcleo apreciável de dados empíricos que tem assinalado que tais comportamentos tendem a surgir associados a Q.I.s inferiores à média (Rutter, Tizard e Whitmore, 1970; Hirschi e Hindelang, 1977).

4- FACTORES E MECANISMOS ETIOLÓGICOS

Em termos causais, a associação entre a deficiência mental ligeira e os problemas de comportamento tem sido tendencialmente perspectivada em moldes lineares e unidireccionais: os comportamentos perturbadores originam a deficiência mental, ou então, são influências contextuais escolares e familiares, predisposições neurológicas e constitucionais, isoladamente

⁶⁴ Contudo, e ao contrário do que se afirmou e receou no passado, os deficientes mentais não estão sobrerrepresentados entre os delinquentes, sendo a sua percentagem de delinquência idêntica à da população em geral (Craft, 1984).

consideradas, que resultam em problemas de comportamento entre os deficientes mentais. No entanto, a heterogeneidade dos dois domínios, a complexidade das suas relações e a respectiva natureza multicausal tornam especialmente pertinente a análise simultânea de determinantes orgânicos e ambientais, distais e proximais, que actuam de forma directa e indirecta. Com efeito, os conhecimentos actuais referentes a cada um dos membros da associação não indiciam que se possa encontrar um único antecedente para um dado comportamento problemático, que um determinado precursor redunde inevitável e invariavelmente num certo estado emocional ou comportamental ou que uma influência causal constitua uma entidade absoluta. Não obstante, no que respeita aos problemas de comportamento dos deficientes mentais são raros os estudos que abordaram mais do que um determinante⁶⁵, que atenderam a variáveis mediadoras, que entenderam as causas como pontos de referência de índole processual que visam facilitar a compreensão de um fenómeno, ou que não são de natureza correlacional, não proporcionando evidências directas de causalidade. Daí que a revisão dos factores prováveis seja inevitavelmente parcelar e incompleta.

4.1- Os distúrbios do comportamento como causa da deficiência mental

Tal como manifesto num dos significados etiológicos do termo pseudodebilidade, o sentido da associação deficiência mental/distúrbios do comportamento poderia ser dos últimos para a primeira. Realce-se que a possibilidade de verificação deste mecanismo etiológico foi encarada com cepticismo por muitos autores, dado requerer indícios inequívocos de regressão de um nível intelectual normal para um nível significativamente inferior ao normal, bem como a exclusão de outros determinantes etiológicos. Assim, o diagnóstico de um distúrbio de comportamento "primário" em indivíduos com deficiência mental foi considerado como complexo e difícil de realizar (Bialer, 1970a; Reiss, Levitan e McNally, 1982), como meramente probabilístico (Halpern, 1970) ou como absolutamente irrelevante do ponto de vista da intervenção e reabilitação (Robinson e Robinson, 1976).

Independentemente dos obstáculos ao diagnóstico diferencial, a plausibilidade da deficiência mental enquanto consequência de um distúrbio de comportamento tem-se não só mantido, como aufero do estatuto de categoria etiológica em várias das versões do sistema de diagnóstico e classificação da A.A.M.R. (Grossman, 1977, 1983; Heber, 1962). No entanto, o grau de aceitabilidade que lhe é conferido é bem divergente consoante o modelo teórico é ou não o psicodinâmico.

Em França, Bruno Castets (1964) seria um dos principais representantes da defesa de uma determinação afectiva e relacional da deficiência mental ao distinguir entre a deficiência mental instrumental e estrutural. Enquanto que a primeira seria de origem orgânica e não representaria senão um pequeno número de indivíduos, a segunda seria devida a perturbações relacionais, a modalidades da relação mãe-filho que confinariam a criança à posição de objecto e impossibilitariam a sua comunicação com os outros. Contudo, a concepção de Castets nunca conheceria a aceitação dos seus congéneres psicanalistas, que lhe censurariam a simplicidade, o reducionismo, a inespecificidade e, até mesmo, a responsabilização e culpabilização maternas que lhe eram inerentes (Misès e Perron, 1985).

Misès e a sua equipa (Misès, 1981; Misès e Perron, 1985) afirmaram recusar as perspectivas etiológicas exclusivamente organicistas ou psicógenas, como a de Castets (1964), procurando, alternativamente, integrar numa perspectiva sintética o que consideraram serem os sintomas principais da deficiência mental: o défice intelectual e instrumental e a estruturação patológica da

⁶⁵ Mesmo nesta óptica restritiva, são vários os factores que nunca foram objecto de análise como, por exemplo, as deficiências associadas (linguísticas, motoras, sensoriais), o nível de desenvolvimento intelectual e sociocognitivo ou as aptidões sociais.

personalidade. Essa “visão globalizante” conduziu-os a distinguirem entre as deficiências mentais harmônicas e desarmônicas. As harmônicas, homogêneas, ou “simples” seriam dominadas por um déficit intelectual fixo, intimamente relacionado com as restrições que atingiam o desejo e o prazer de conhecer, e por alterações da esfera afectiva (redução da vida fantasmática, defesas primárias e rígidas, bloqueio das expressões pulsionais, etc.) que constituiriam manifestações inevitáveis da limitação básica da esfera intelectual⁶⁶. Por seu turno, as deficiências desarmônicas revelar-se-iam mais complexas, na medida em que seria difícil determinar o que correspondia a uma insuficiência intelectual ou a atrasos, eventualmente reversíveis, devidos a inibições e perturbações relacionais. Assinale-se que as deficiências desarmônicas seriam precedidas por desarmonias evolutivas caracterizadas por alterações globais da personalidade devidas a fixações precoces e a relações perturbadas com os outros, mas sem insuficiências intelectuais iniciais. No entanto, e com o decorrer do tempo, o movimento espontâneo destas desarmonias far-se-ia no sentido de uma estruturação déficeária ou de uma acentuação, cada vez mais severa e estável, de mecanismos amputantes do funcionamento intelectual. Do ponto de vista da organização da personalidade, estabelecer-se-iam mecanismos psicopatológicos de natureza psicótica, neurótica, ou ainda, segundo Mazet e Houzel (1978), de natureza depressiva. Assim, o elemento comum a estas deficiências desarmônicas residiria na união da insuficiência intelectual com a neurose e a psicose, de tal forma que para Mirabail (1979, 241) “nem sempre é fácil discernir uma da outra, mas antes tomar uma pela outra.”

Contudo, a aplicação dos postulados psicodinâmicos à deficiência mental avançada por Misès e colaboradores, ditada essencialmente por uma experiência clínica psicanalítica, foi entendida, por alguns autores, como uma orientação ou tentativa de compreensão, dado fundar-se em especulações teóricas (Koupernik, 1984) não acompanhadas de provas formais experimentais. Na realidade, é notório o número diminuto de estudos sistemáticos realizados com deficientes mentais, que ora abordam sujeitos observados no enquadramento clínico-institucional muito particular da “Fondation Vallée” (Misès, 1981; Perron e Misès, 1984), ora focam pequenos grupos de crianças em classes de ensino especial, muitas das quais não deficientes mentais, como aliás reconheceu Misès, Breon e Fuchs (1974). Em todo o caso, nem a classificação psicopatológica das deficiências mentais, nem a estruturação progressiva no sentido de uma debilitação derivam de uma fundamentação empírica sólida e inequívoca.

Um outro tipo de déficit intelectual relacionado com uma problemática neurótica e descrito por psicanalistas (Lebovici e Soulé, 1970), é o da inibição intelectual. Esta pressupõe uma construção normal dos processos e estruturas cognitivas e a sua não utilização ou mobilização, global ou parcelar, em função de evitamentos fóbicos, de conflitos edipianos, de rituais obsessivos, etc.. Contudo, e segundo Gibello (1984), a avaliação clínica e psicométrica revela que nessas circunstâncias, que no passado se impuseram como quadros de deficiência mental, o nível intelectual se bem que inferior ao normal não atinge o limiar superior da deficiência mental ligeira.

Em contraponto com Misès, Bialer (1970) e Rutter (1971) defendem que só raramente os distúrbios do comportamento desempenham um papel causal em relação à deficiência mental. Como corroboração, Rutter (1971) cita que no estudo da ilha de Wight um Q.I. baixo surgia associado a uma grande variedade de itens dos questionários de comportamento, sendo irrisório conferir à grande maioria deles um efeito depressor do desempenho intelectual. Em complemento, a avaliação dos mesmos sujeitos 4 a 5 anos depois, atestou que naqueles em que os distúrbios do comportamento infantil se tinham atenuado ou desaparecido ao longo do tempo, os Q.I.s permaneciam inalteráveis (Rutter et al., 1976).

No mesmo sentido, a investigação longitudinal de Richman, Stevenson e Graham (1982) demonstrou que a associação entre um desempenho intelectual inferior ao normal e os distúrbios do comportamento era já evidente aos 3 anos de idade, e que nos cinco anos subsequentes a

⁶⁶ Esta modalidade harmônica seria, no entanto, nitidamente minoritária, a tal ponto que Mazet e Houzel (1978, 99) comentariam que para Misès “a debilidade harmônica não existe senão em abstracto”.

persistência de problemas psicopatológicos não era acompanhada por qualquer deterioração intelectual.

Apesar deste conjunto de dados não sustentar a existência de uma deficiência mental de origem psicógena, pressupôs-se que esta seria evidenciada em distúrbios mais severos como, por exemplo, a esquizofrenia infantil ou o autismo⁶⁷ (Romanczyk e Kistner, 1982)

No entanto, e no referente à esquizofrenia infantil, tem-se posto em causa que o nível de funcionamento intelectual corresponda ao da deficiência mental ou evolua nesse sentido. Assim, vários autores (Eggers, 1978; Kolvin, Humphrey e McNay, 1971) assinalaram a “normalidade” dos Q.I.s de crianças e jovens esquizofrénicos, se bem que nalguns casos estes se situassem na zona limite. Além disso, Albee et al. (1963) contestaram que a deterioração intelectual constitua uma componente inevitável da esquizofrenia, visto não terem detectado qualquer diminuição nos resultados de testes de inteligência de esquizofrénicos da infância para a idade adulta. Russell e Tanguay (1981) também verificaram retrospectivamente que uma depressão do desempenho intelectual no sentido de uma deficiência mental só ocorria quando se registava a confluência de determinados parâmetros (gravidade, duração prolongada, alucinações, redução das interacções sociais e das acções educativas).

No tocante ao autismo, sabe-se desde há muito que cerca de 66% a 80% das crianças autistas obtêm Q.I.s em testes estandardizados de inteligência que as colocam na zona da deficiência mental. Nesse grupo maioritário, a percentagem de deficientes mentais ligeiros oscila entre 20% (DeMyer et al., 1974) e 28 % (Kolvin, Humprey e McNay, 1971; Rutter e Lockyer, 1967). Na verdade, e em oposição ao cepticismo respeitante à fidedignidade e validade dos desempenhos das crianças autistas em testes de inteligência, vários estudos independentes têm demonstrado que os seus Q.I.s denotam propriedades semelhantes aos das outras crianças, uma vez que a sua estabilidade na infância e na adolescência não se afasta da que tem sido apontada na população normal (DeMyer et al., 1974; Rutter e Lockyer, 1967). Além disso, e tal como nas crianças normais ou com deficiência mental, os resultados de Q.I. das crianças autistas evidenciam validade concorrente (Alpern, 1967) e constituem importantes preditores do desempenho escolar, da modalidade educativa frequentada, e do estatuto social, ocupacional ou profissional⁶⁸ (DeMyer et al., 1973; Rutter, Greenfield e Lockyer, 1967).

Por outro lado, a avaliação do desempenho intelectual das crianças autistas tem surgido como mais dependente do grau de dificuldade das tarefas (Alpern, 1967; Clark e Rutter, 1979; DeMyer et al., 1974), ou da natureza das exigências e modalidades de resposta implicadas nas tarefas (Volkmar e Cohen, 1982) do que do grau de colaboração ou de factores motivacionais. O que não significa que se possa ignorar a influência destes últimos, dado que nalguns casos a vivência do fracasso numa situação de avaliação interfere negativamente com o desempenho em situações

⁶⁷ Excluem-se de consideração as perturbações desintegrativas que se caracterizam por uma regressão funcional generalizada, conducente à morte ou a um quadro de deficiência mental severa (Kolvin, Berney e Yoeli, 1990).

⁶⁸ Não obstante, e por forma a salvaguardar a validade, em muitos casos de autismo é necessário que os instrumentos de avaliação da inteligência sejam seleccionados e/ou aplicados tendo em vista a atenuação dos défices inerentes a este quadro (p. ex., atrasos linguísticos significativos, dificuldades na interacção social, fraca capacidade de imitação, níveis elevados de desatenção e reduzida tolerância a períodos de avaliação porlongados). Além disso, há que reconhecer que não existem testes de avaliação do nível intelectual que se afigurem relevantes e válidos para os sujeitos que evidenciam um funcionamento muito limitado e/ou sejam detentores de deficiência mental severa ou profunda.

subsequentes (Clark e Rutter, 1979). Ainda assim não é possível, de momento, discordar da observação de Rutter (1978, 6) de que “as crianças autistas com um baixo Q.I. são tão deficientes como quaisquer outras com Q.I.s semelhantes e o significado dos resultados é o mesmo.” Hoje em dia, esta simultaneidade da deficiência mental e do autismo é interpretada como uma real coexistência, sem que se procure determinar a primazia de um em relação ao outro, mas antes se evidencie a interação entre os indicadores patognomónicos do autismo e o grau de deficiência mental, ou seja as particularidades sintomatológicas e prognósticas do autismo/deficiência mental, por comparação à de qualquer uma dessas duas condições individualmente considerada⁶⁹ (Romanczyk e Kistner, 1983). De resto, uma explicação etiológica unidireccional que atribuiria a deficiência mental às alterações no desenvolvimento socio-emocional foi questionada no estudo longitudinal de Rutter, Greenfield e Lockyer (1967). Neste, verificou-se que nos adolescentes que foram examinados 5 a 15 anos depois do diagnóstico inicial, e em que se notaram melhorias no comportamento e nas relações interpessoais, não se registava concomitantemente qualquer modificação nos Q.I.s.

4.2 - As influências escolares

No âmbito da investigação educativa, a consideração das instituições escolares como unidades essenciais de análise, bem como a pesquisa e a explicitação das características que determinam a sua maior ou menor eficácia ao nível dos desempenhos dos alunos têm conhecido uma difusão crescente (Rutter, 1983).

Este reconhecimento de que “as influências escolares podem ser muito importantes” (Rutter, 1983, 13), é desde há muito expresso na área da educação especial. De facto, uma das temáticas mais recorrentes, debatidas e sempre renovadas neste domínio, reside na determinação das situações escolares mais adequadas aos alunos com necessidades educativas especiais. Como notam Zigler, Hodapp e Edison (1990) a preocupação fundamental tem consistido em determinar em que local ou situação física se devem implementar os serviços educativos, na procura incessante da melhor solução.

Neste século, um dos momentos mais intensos desta polémica surgiu nos anos sessenta e setenta, quando se questionou em termos morais, legais e empíricos a legitimidade da educação de crianças com “handicaps” em classes ou escolas de ensino especial. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, os artigos de Dunn (1968), Christoplos e Renz (1969) e Deno (1970) constituir-se-iam como os catalisadores mais visíveis da integração escolar, ao criticarem a segregação, estigmatização, sobrerrepresentação de minorias e ausência de benefícios académicos

⁶⁹ Em primeiro lugar, a presença da deficiência mental influencia a expressão sintomatológica do autismo, tornando-a mais severa no que se reporta, por exemplo, ao desenvolvimento linguístico, às possibilidades de comunicação verbal, a padrões de comportamentos e actividades repetitivos ou estereotipados e a alterações no comportamento e interação sociais (Bartak e Rutter, 1976, cit. por Rutter, 1978). Em segundo lugar, a presença da deficiência mental influencia o prognóstico, tornando-o mais reservado, em especial no que concerne às possibilidades de autonomia pessoal e de aprendizagem das disciplinas escolares básicas (DeMyer et al., 1974; Rutter, Greenfield e Lockyer, 1967). Por último, a presença da deficiência mental assinala uma possível base neurológica, visto que em cerca de um terço dos casos em que surge associada ao autismo redundna na emergência de crises convulsivas no decurso da adolescência (Rutter, 1978).

e sociais inerentes às classes especiais⁷⁰.

Esta contestação viria a culminar em muitos países em decisões jurídicas e/ou recomendações que estipulariam que as crianças com necessidades educativas especiais deveriam ser educadas no ambiente menos restritivo (“Public-Law 94-142”; “Education for All Handicapped Children Act”) ou, sempre que possível, integradas em escolas do ensino regular (“Warnock Report”). Tendo em vista a variabilidade das diferenças individuais e a concretização da situação menos restritiva (Madden e Slavin, 1983), assistir-se-ia inicialmente ao aparecimento de diversos serviços educativos ou “sistemas em cascata,” de acordo com a terminologia de Deno (1970). Esses serviços distribuir-se-iam ao longo de um contínuo, contendo num extremo as escolas especiais para os alunos que requeriam apoio sistemático e noutro extremo a frequência de uma classe do ensino regular a tempo integral para os alunos que apenas necessitavam de apoio ocasional. Entre ambos os extremos, situar-se-iam diversas outras opções como as correspondentes à frequência de uma classe especial, de uma sala de apoio ou de uma classe do ensino regular a tempo parcial. Como consequência, em países como os Estados Unidos ou o Reino Unido, registou-se um incremento apreciável do número de crianças que passaram a poder usufruir do sistema de ensino regular.

Não obstante, a partir de meados dos anos 80, a polémica ressurgiu, verificando-se, sobretudo nos Estados Unidos, atitudes críticas em relação à educação especial, enquanto sistema distinto e paralelo do da educação regular. Segundo Stainback, Stainback e Bunch (1989), figuras proeminentes deste novo momento de contestação, não só todas as crianças têm direito a ser educadas no mesmo espaço, como é erróneo pressupor-se a existência de dois grupos de crianças, sendo um da competência exclusiva ou predominante da educação especial. Deste modo, em lugar de um grupo de alunos com características específicas que implicariam serviços e métodos de ensino individualizados, dever-se-ia, de acordo com os referidos autores, perspectivar todos os alunos como indivíduos com necessidades, interesses e capacidades singulares. Além disso, a dicotomia dos sistemas educativos é entendida como manifestamente ineficaz e injusta, já que: redonda na competição e duplicação dos esforços dos respectivos profissionais; realça a categorização dos alunos “especiais” ou “excepcionais” a fim de circunscrever responsabilidades e modalidades de actuação; perpetua a segregação; e contraria o imperativo legal, moral e ético da igualdade de oportunidades.

Em 1984, o “Office of Special Education and Rehabilitative Services” do departamento norte-americano de educação, apelou, com base nas críticas precedentes, a uma fusão dos dois sistemas de educação, à partilha de competências e recursos tendo em vista o benefício de todos os alunos. Deste incentivo à parceria e à reforma educativa, que viria a ser designado de “Regular Education Initiative”, emergiriam os termos inclusão e escola inclusiva. Numa óptica restrita, inclusão significa educar todos os alunos, independentemente da gravidade da sua deficiência, em classes do ensino regular, eliminando os “sistemas em cascata” de serviços educativos especiais. Numa óptica mais abrangente, inclusão significa atender às necessidades de qualquer aluno, elaborando programas educativos ajustados às suas capacidades e proporcionando-lhe o apoio e a assistência que visem assegurar o sucesso da sua aprendizagem nas classes do ensino regular (Stainback e Stainback, 1990).

Se bem que de origem norte-americana, a orientação inclusiva viria a ser perfilhada pela comunidade mundial, como o documenta a conferência da UNESCO sobre necessidades

⁷⁰ Como diversos autores têm destacado, a receptividade a estes argumentos deve-se à sua consonância com as circunstâncias sociopolíticas, legais e científicas dominantes, nomeadamente com os movimentos de defesa dos direitos civis, com as decisões judiciais contrárias às classes especiais, com trabalhos sociológicos, como os de Mercer (1970, 1973), e com as teses ambientalistas do desenvolvimento intelectual professadas por psicólogos e educadores (Corman e Gottlieb, 1978; Hallahan e Kauffman, 1994).

educativas especiais realizada em Salamanca em 1994⁷¹ (UNESCO, 1994). O que não significa, contudo, a ausência de reservas sobre o grau em que as salas de aula do ensino regular dispõem dos recursos materiais, curriculares e humanos que lhes permitiriam acomodar as necessidades especiais (Gallagher, 1994). No mesmo sentido, algumas vozes mais cépticas insistiram na manutenção do princípio do ambiente o menos restritivo possível e dos “sistemas em cascata”, ao mesmo tempo que destacaram a base moral e ética, mas não científica da inclusão (Deno et al., 1996). Na realidade, quando se examina a investigação referente à prática escolar inclusiva⁷² e, em particular, a que diz respeito à deficiência mental ligeira, verifica-se que não só é diminuta, como não se debruça sobre o seu impacto ao nível dos alunos individualmente considerados (Deno et al., 1996).

Daí que nas páginas que se seguem, nos tenhamos restringido a estudos que antecedem a emergência das escolas inclusivas e/ou que não contemplam situações de inclusão plena, ou seja, de frequência exclusiva de classes do ensino regular por parte de crianças com deficiência mental ligeira. Por estes motivos, e a fim de evitar equívocos, optámos por privilegiar o emprego da designação integração escolar, que é, aliás, a consignada (“mainstreaming”) na generalidade dos trabalhos a que faremos menção.

De entre os pressupostos que têm presidido à integração escolar, Gottlieb (1981) e Gresham (1982) assinalam que ao nível socio-emocional, no qual vimos a centrar a nossa atenção, se considerou que a integração se traduziria: na facilitação da aceitação das crianças com deficiências pelas outras crianças, em virtude da promoção dos contactos interpessoais e da eliminação de estigmas; no aumento e diversificação das interações sociais; na aprendizagem de comportamentos sociais por parte das crianças com deficiências através da imitação dos seus pares.

O grau de realização destes pressupostos, ou a avaliação do impacto e da eficácia das situações de integração, tem sido objecto de um núcleo da investigação em educação especial, que se convencionou designar de estudos de eficácia. Porém, e antes de o abordarmos, gostaríamos de relembrar que o conceito de integração é complexo, multifacetado e dinâmico, e que o que tem sido passível de questionamento científico é a prática ou realidade da integração, são os efeitos de determinadas formas de implementação, e não a integração enquanto princípio, objectivo ou valor. Se enquanto prática, a integração pode corresponder a várias disposições organizativas ou situações administrativas, tal não foi tido em conta pelos estudos de eficácia, de origem predominantemente anglo-saxónica. De facto, a integração foi operacionalizada como “a colocação das crianças com deficiência em classes do ensino regular durante uma parte do dia escolar” (Gottlieb, 1981, 116), em que parte corresponde tipicamente a 50%. Esta definição pragmática implicou que o confronto empírico se tivesse processado quase que exclusivamente entre as classes especiais e as classes regulares coadjuvadas ou não pela acção de serviços de apoio, sendo as primeiras entendidas como situações de segregação e as segundas como situações de integração. É evidente que esta dicotomia é tão restritiva quanto empobrecedora e inexacta.

As abordagens das consequências sociais da colocação de crianças com deficiência mental em classes do ensino regular por oposição às da colocação em classes especiais focaram, sobretudo, a sua aceitação ou rejeição pelos colegas, o seu comportamento nas salas de aula ou o seu auto-conceito.

A análise da aceitação social das crianças com deficiência mental tem não só sido difícil de realizar, como de interpretar. Um dos problemas situa-se no facto das crianças das classes

⁷¹ Em Portugal, a história da educação especial testemunha o paralelismo do nosso percurso com o descrito, não obstante alguma especificidade cronológica e organizativa.

⁷² Deno et al. (1996) destacam que os estudos disponíveis ou abordam a evolução das escolas para comunidades inclusivas ou se referem a modelos organizativos e a estratégias de ensino passíveis de serem implementadas em classes regulares.

regulares conhecerem inevitavelmente as que aí estão integradas, enquanto que o mesmo não acontece necessariamente em relação às das classes especiais. Goodman, Gottlieb e Harrison (1972) e Gottlieb e Budoff (1973) procuraram contornar esta dificuldade instruindo as crianças não deficientes no sentido de restringirem as respostas, a um questionário sociométrico, às crianças com deficiência mental que lhes eram familiares. Ambos os estudos verificaram que as crianças integradas experienciavam uma maior rejeição e menor aceitação do que as que frequentavam as classes especiais.

Idênticos resultados foram, também, obtidos pelo Projecto P.R.I.M.E. (Kaufman, Agard e Semmel, 1985) em relação às crianças com deficiência mental que passavam mais ou menos de metade do seu tempo lectivo em classes regulares. Note-se, no entanto, que quer os responsáveis do Projecto P.R.I.M.E. (Kaufman, Agard e Semmel, 1985), quer outros autores (Bruininks, Rnyders e Gross, 1974; Gottlieb, 1981) sublinhariam que a rejeição sociométrica não era generalizável a todas as crianças com deficiência mental ligeira, dizendo respeito a percentagens tão reduzidas quanto 27% (Kaufman, Agard e Semmel, 1985) e 23% (Bruininks, Rnyders e Gross, 1974) ou tão elevadas quanto 77.4% (Taylor, Asher e Willimas, 1987) e 83% (Gottlieb, 1981). Além disso, a rejeição sociométrica também não é sinónimo de ausência de amigos, como o atesta a verificação de Kaufman, Agard e Semmel (1985, 127) de que quase todas as crianças integradas tinham, pelo menos, três amigos nas classes do ensino regular. Com efeito, a abordagem das relações interpares tem, nos últimos anos, vindo a consagrar a importância da diferenciação entre, por um lado, a aceitação/rejeição, o estatuto social ou a popularidade e, por outro, a amizade (Hartup, 1983). De acordo com essa diferenciação, a popularidade é um construto geral, referente a um grupo, que representa a perspectiva de um conjunto de membros em relação a um deles. Trata-se de uma tendência central, que pressupõe a independência, aditividade e permutabilidade das preferências individuais e que, por isso, se centra na natureza da apreciação (positiva ou negativa), mas não na sua fonte. Por seu turno, a amizade é um construto específico, referente a uma díade, que representa um tipo particular de experiência entre duas pessoas, isto é, uma relação de proximidade e reciprocidade. Pressupõe o carácter único e insubstituível de cada um dos membros e, por conseguinte, tanto se centra na natureza da apreciação quanto na sua fonte. Daí que o facto de se saber se a criança é ou não aceite pelos seus pares, não transmita qualquer informação sobre se ela tem ou não amigos. Ora, a simples existência de um amigo pode contribuir para que a criança com deficiência mental ligeira não se sinta isolada, mas antes parte integrante da classe do ensino regular.

Não obstante, a indicação consistente de que as crianças com deficiência mental ligeira integradas são menos aceites e mais rejeitadas do que os seus colegas sem deficiência (cf. Taylor, 1982) poderia implicar que elas são particularmente vulneráveis a sentimentos de solidão e insatisfação no que concerne às suas relações com os pares. Se bem que este tópico tenha sido abordado quase que exclusivamente com crianças normais, existem alguns trabalhos realizados no domínio da deficiência mental ligeira que contemplam diferentes situações escolares e a que, por conseguinte, cumpre fazer referência. Antes porém, há que clarificar que esses trabalhos (Heiman e Margalit, 1998; Margalit e Ronen, 1993; Taylor, Asher e Williams, 1987; Williams e Asher, 1992) perspectivaram a solidão como uma experiência resultante de défices, quantitativos ou qualitativos, na rede individual de relações sociais que ocorre sempre que se verifica uma discrepância entre o padrão de interacção social desejado e o real. Em acréscimo, todos empregaram instrumentos de avaliação adaptados à deficiência mental ligeira, que atestam ser possível captar, nessa entidade, um conhecimento básico, ainda que pouco elaborado, do sentimento da solidão e da vivência situacional de isolamento.

Em dois dos estudos (Taylor, Asher e Williams, 1987; Williams e Asher, 1992), verificou-se que crianças com deficiência mental ligeira que frequentavam classes especiais, mas usufruíam de um contacto regular com os pares em actividades desportivas, artísticas e recreativas, se sentiam mais sozinhas, descontentes e preocupadas com as suas relações com os colegas do que crianças normais do mesmo sexo e idade ou nível escolar. Contudo, pouco tempo depois, Margalit e Ronen (1993) e Heiman e Margalit (1998) poriam em evidência que o sentimento da solidão e a vivência da exclusão não se confinavam ao contexto das classes especiais em escolas do ensino regular. Na verdade, a mesma experiência também se verificava em pré-adolescentes e adolescentes israelitas com deficiência mental ligeira que frequentavam escolas especiais (Margalit e Ronen, 1993) e era,

inclusivamente, mais pronunciada nestes últimos do que naqueles que estavam inseridos em classes especiais (Heiman e Margalit, 1998). Além disso, esta diferença acentuava-se com a passagem dos anos, registando-se um recrudescimento da percepção de isolamento social entre os alunos das escolas especiais e a respectiva atenuação entre os das classes especiais.

De uma maneira geral, estes dados contrariam uma visão pessimista da integração visto denotarem que mesmo quando realizada num nível mínimo (classe especial), pode proporcionar a crianças e jovens com deficiência mental ligeira as experiências que lhes permitem desenvolver sentimentos de pertença ou de proximidade em relação a um grupo de pares.

Sem prejuízo das considerações precedentes, há que reconhecer que a coexistência no mesmo espaço físico ou a realização conjunta de actividades não equivalem automaticamente à aceitação social (Gottlieb, Alter e Gottlieb, 1983; Johnson e Johnson, 1986). Além disso, a rejeição pelos pares, independentemente da percentagem de alunos com deficiência mental ligeira integrados a que respeita, tem uma importância óbvia, visto que, na infância, representa um dos mais consistentes preditores dos distúrbios comportamentais na adolescência ou na idade adulta (Hartup, 1983).

Infelizmente, pouco se sabe sobre quais os factores que poderão estar associados à aceitação ou à rejeição social das crianças com deficiência mental, apesar de sugestões esparsas ou de indicações de natureza correlacional de que os défices das aptidões sociais (Gresham, 1982, 1986), a fraca competência académica ou a percepção de comportamentos perturbadores poderão ser relevantes (Gottlieb, Semmel e Veldman, 1978; Kaufman, Agard e Semmel, 1985).

Porém, em relação a este último factor impõem-se dois comentários adicionais. O primeiro é o de que nem todas as crianças com deficiência mental ligeira que são alvo de rejeição manifestam comportamentos perturbadores. Demonstra-o uma investigação conduzida por Taylor, Asher e Williams (1987), em que se verificou, por intermédio de avaliações de colegas e professores do ensino regular, existirem dois tipos diferenciados de crianças rejeitadas. Um deles, que abrangia o maior número de crianças, caracterizava-se, no plano comportamental, pela timidez, dificuldade em cooperar com os outros ou em assumir funções de liderança e evitamento de situações de interacção social. O outro, que englobava um número muito reduzido de crianças, caracterizava-se pela agressividade verbal e física, por respostas hostis ao menor indício de frustração ou provocação, pela recusa em obedecer a regras ou em partilhar. Donde a necessidade de se aprofundarem os esforços orientados para a identificação dos diferentes perfis de comportamento subjacentes à rejeição no domínio da deficiência mental ligeira.

O segundo comentário deriva do facto da aceitação constituir uma dimensão distinta da rejeição não sendo, por isso, legítimo pretender promover uma a partir do conhecimento que se possui da outra. Documenta-o, neste caso, a pesquisa realizada por Siperstein, Leffert e Widamin (1996), segundo a qual os factores que influenciam a rejeição de crianças com deficiência mental ligeira não são idênticos aos que influenciam a sua aceitação. Assim, as crianças rejeitadas eram aquelas que os pares percebiam como exibindo muitos comportamentos negativos (não ceder materiais, fazer comentários inadequados, ser agressivo, etc.), ao passo que as aceites eram aquelas que eram capazes de interagir de forma continuada com os pares. Ou seja, enquanto que a qualidade da interacção era determinante na rejeição, a quantidade da interacção era-o na aceitação. Por outras palavras, as intervenções que se possam vir a implementar no contexto das escolas regulares implicam uma análise detalhada dos mecanismos subjacentes a ambas as dimensões.

Se o comportamento das crianças com deficiência mental está, de certo modo, relacionado com o seu estatuto social, poderíamos colocar a hipótese de que as comparações em função da colocação escolar seriam mais desfavoráveis às integradas do que às “segregadas”. Curiosamente, a escassa evidência existente não sustenta esta hipótese. Por um lado, os já mencionados estudos de Gampel, Gottlieb e Harrison (1974) e de Gottlieb, Gampel e Budoff (1975) verificaram que nos 4 e 12 meses posteriores à distribuição aleatória de deficientes mentais educáveis por classes do ensino regular e do ensino especial, os primeiros revelavam uma menor frequência de

comportamentos hostis e agressivos e um maior número de comportamentos pró-sociais⁷³. Por outro lado, os autores do Projecto P.R.I.M.E. salientaram a similitude da ocorrência de comportamentos cooperativos e anti-sociais dos deficientes mentais educáveis integrados e não integrados, enquanto que Budoff e Gottlieb (1976) notaram as sobreposições das avaliações comportamentais realizadas pelos professores.

A possibilidade do auto-conceito das crianças com deficiência mental ligeira ser negativamente afectado pela extensão do seu isolamento da restante população escolar, foi confirmada por Budoff e Gottlieb (1976), Carroll (1967) e Meyerowitz (1962), mas refutada por Schurr, Town e Joiner (1972). Acresce a este já confuso panorama, que Coleman (1983), Mayer (1966) e Silon e Harter (1985) não detectaram qualquer ligação entre a situação escolar e o auto-conceito. Deste modo, neste aspecto, tal como no precedente, prevalecem os resultados inconclusivos.

É, aliás, a natureza ambígua e equívoca da bibliografia, reiterada por todos aqueles que a têm revisto (Danby e Cullen, 1988; Leinhardt e Pally, 1982; Meyers, MacMillan e Yoshida, 1980; Semmel, Lieber e Peck, 1986), que impulsionou Carlberg e Kavale (1980) e Wang e Baker (1985-86) a levarem a cabo meta-análises das investigações que satisfaziam requisitos pré-estabelecidos de rigor metodológico. Em ambas, a superioridade da colocação em classes do ensino regular manifestou-se em todas as variáveis dependentes consideradas, incluindo as socio-emocionais.

Todavia, mesmo este tipo de análise estatística não está isento de limitações⁷⁴, pelo que é impossível identificar qual a situação escolar que se tem revelado socialmente mais benéfica para as crianças com deficiência mental. Mas será que esta problemática tem sido correctamente abordada? Ou ainda, será que esta é uma problemática pertinente?

Na realidade, se os nossos conhecimentos sobre a eficácia comparativa da integração são mínimos, tal não é senão o reflexo das inadequações conceptuais e metodológicas patentes no seu estudo.

Em primeiro lugar, a variável independente classes especiais/classes regulares pressupõe a homogeneidade no interior de cada uma das categorias administrativas, ignorando a variabilidade das características e qualificações dos professores, da ratio professor/aluno, dos currículos, etc.. A complexidade de cada uma das situações não é redutível a uma única variável, pois não incidem directamente no desenvolvimento social ou académico dos alunos, constituindo uma frágil macrovariável em termos das suas influências individuais (Leinhardt e Pally, 1982). Além disso, a especificação das situações de segregação e de integração é habitualmente esquemática e genérica. Em segundo lugar, o encaminhamento de uma criança com deficiência mental para uma classe do

⁷³ Bradfield et al. (1973) assinalaram igualmente que, segundo as respostas dos professores ao "Quay-Peterson Behavior Problem Checklist," os deficientes mentais integrados exibiam uma diminuição mais significativa de problemas de comportamento no decorrer dum ano lectivo, do que os que tinham permanecido em classes especiais. No entanto, a exiguidade da amostra (n=6) reduz seriamente o alcance dos resultados.

⁷⁴ As compilações bibliográficas, em que se apoiaram as meta-análises, reuniram 860 (Carlberg e Kavale, 1980) e 264 documentos (Wang e Baker, 1985-86), publicados em períodos temporais particulares, dos quais somente 50 e 11 foram englobados nas análises finais. As razões da exclusão são inúmeras (reduzida comparabilidade dos grupos, problemas metodológicos, utilização exclusiva das avaliações dos pais e/ou professores, etc.), podendo representar uma fonte de enviesamento. Adicionalmente, este procedimento não assegura o controlo de muitas variáveis.

ensino especial é influenciado por factores como o Q.I., os problemas de comportamento ou o desempenho escolar (Kirk, 1964; Madden e Slavin, 1983), que anularão a equivalência indispensável à sua comparação com os sujeitos integrados. Procurou-se obviar a este enviesamento na selecção dos sujeitos, reconhecido desde os anos 30 (Kirk, 1964), através da distribuição aleatória dos sujeitos, ou do controlo de determinadas características individuais, tais como, o Q.I., a idade e o sexo. Contudo, alguns autores (Hallahan e Kauffman, 1994; Polloway e Smith, 1988) têm-se insurgido contra a repartição aleatória, pelos problemas éticos e legais que lhe estão associados, designadamente a violação do direito da criança com necessidades educativas especiais a ser educada na situação que lhe for mais vantajosa. Outros (Danby e Cullen, 1988) referiram a necessidade de estender a lista de variáveis controladas à sociabilidade ou ao ambiente familiar, que poderiam representar explicações plausíveis dos resultados obtidos. Como incisivamente resumiram Meyers, MacMillan e Yoshida (1980), quanto mais natural é a selecção das crianças com deficiência mental maiores são as ameaças à validade interna do estudo, e quanto mais comparáveis são as crianças seleccionadas maiores são as ameaças à validade externa. Em terceiro lugar, a avaliação das variáveis dependentes foi grandemente comprometida por instrumentos não conformes às exigências de adequação psicométrica ou pouco ajustados às particularidades do desenvolvimento dos deficientes mentais. Por exemplo, os questionários de auto-conceito exigem um nível de leitura, um conhecimento vocabular, uma capacidade de introspecção e de expressão possivelmente não dominados pelos deficientes mentais (MacMillan e Semmel, 1977). Além disso, Silon e Harter (1985) demonstraram que as auto-percepções dos deficientes mentais ligeiros se organizam de uma forma cognitivamente menos complexa do que as das crianças não deficientes, e que, por isso, os instrumentos desenvolvidos e estandardizados com as segundas não são apropriados para as primeiras.

As próprias técnicas sociométricas são vulneráveis às características dos respondentes e aos acontecimentos que precedem a sua passagem (Gresham, 1982) e discrepantes em relação à observação directa das interacções sociais infantis (Denscombe et al., 1986). Por outro lado, a aceitação e a rejeição sociométricas não são posições extremas de um atributo unidimensional, mas sim aspectos distintos da popularidade, pelo que é fundamental considerá-las em simultâneo⁷⁵ (Hartup, 1983). Ora, este tem sido um objectivo irrealizável para as técnicas sociométricas tradicionais, como as utilizadas nos estudos revistos, conduzindo à sua substituição por sistemas de classificação bidimensionais baseados na preferência (equilíbrio entre a aceitação e a rejeição) e no impacto (frequência da aceitação e da rejeição; Asher e Dodge, 1986). Acima de tudo, as abordagens sociométricas focam apenas o nível grupal das interacções sociais infantis, excluindo o nível da diáde, isto é, as relações de amizade. Assim sendo, surgem como manifestamente insuficientes na determinação dos efeitos da integração (Danby e Cullen, 1988; MacMillan e Semmel, 1977; Taylor, 1982).

Um outro comentário diz respeito à proveniência anglo-saxónica dos estudos de eficácia, e à

⁷⁵ A aceitação não significa necessariamente ausência de rejeição e vice-versa, tal como o demonstra o facto das nomeações positivas e negativas, obtidas através de técnicas sociométricas, se correlacionarem modestamente entre si (Hartup, 1983). Em complemento, a aceitação e a rejeição são influenciadas por diferentes características infantis (Hartup, 1983), além de que se se atender isoladamente à aceitação ou à rejeição não será possível diferenciar as crianças que são rejeitadas (com quem os colegas antipatizam) das que são negligenciadas (com quem os colegas não simpatizam, nem antipatizam). Ora, estes dois tipos de crianças não se afiguram equiparáveis ao nível dos respectivos perfis de comportamento, da estabilidade do seu estatuto social ao longo do tempo ou da possibilidade de poderem vir a experimentar problemas no futuro. De uma maneira geral, a rejeição pelos pares constitui-se como um risco mais significativo para o processo de desenvolvimento do que a negligência ou a indiferença (Asher e Dodge, 1986).

consequente dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de deles se extrairam quaisquer ilações para o contexto educativo português⁷⁶. Recordamos que entre nós, a educação dos deficientes mentais se polarizou em torno das escolas especiais e das classes de ensino regular, e que as classes especiais conheceram uma existência pontual (Correia, 1990).

Relativamente à pertinência da temática dos estudos de eficácia, salienta-se, uma vez mais, a impropriedade da assimilação da integração a uma situação, ou os limites do “modelo de endereço social” (“social address model,” Bronfenbrenner e Crouter, 1983) na investigação em educação especial, isto é, de um modelo centrado na criança, unidireccional, que omite as estruturas e os processos através dos quais as situações escolares exercem a sua acção (Semmel, Lieber e Peck, 1986; Zigler, Hodapp e Edison, 1990). A este aspecto poderíamos acrescentar, os da dificuldade em delinear critérios gerais de êxito ou fracasso educativo em relação a crianças com deficiência mental, ou os limites da aplicabilidade dos resultados obtidos à optimização da prática da integração.

Por tudo isto, temos assistido ao aparecimento gradual de novas questões e estratégias de investigação, que no âmbito dos comportamentos das crianças com deficiência mental, ora têm analisado as suas conexões com aspectos particulares do ambiente escolar (Forness, Guthrie e MacMillan, 1982; Kauffman, Agard e Semmel, 1985), ora se têm dirigido para o desenvolvimento e avaliação de intervenções de aprendizagem cooperativa (Johnson e Johnson, 1986) e de treino de aptidões sociais (Gresham, 1982, 1986) com vista à promoção da aceitação e à eliminação dos comportamentos geradores de distanciamentos e dificuldades de relacionamento interpessoal. O primeiro grupo de estudos é particularmente ilustrativo da revitalização da investigação referente ao impacto comportamental dos microssistemas educativos, pelo que os descreveremos sucintamente.

Forness, Guthrie e MacMillan (1982) examinaram a relação entre a percepção do clima da sala de aula pelos professores e os comportamentos observáveis de deficientes mentais educáveis em classes especiais. Constataram que nas salas de aula onde predominavam as dimensões relacionais (envolvimento e apoio) e/ou organizativas (ordem, controlo, regras claras, etc.) os comportamentos incom-patíveis com as actividades escolares eram raros. Exactamente o contrário ocorria nas salas de aula que não enfatizavam essas mesmas dimensões, ou seja, nelas os comportamentos perturbadores eram comuns.

Por seu turno, Kaufman, Agard e Semmel (1985) englobaram como variáveis ambientais, no seu plano de investigação, não só o clima socio-emocional da sala de aula, mas também as características dos seus participantes (professores e alunos) e as condições de ensino (situação física, conteúdo curricular, materiais de ensino, etc.). Verificou-se que embora cada um destes grupos de variáveis contribuisse significativamente para a frequência de comportamentos anti-sociais e cooperativos dos deficientes mentais educáveis, o clima socio-emocional da sala de aula era o mais relevante, explicando a maior percentagem de variância. Especificando, os comportamentos anti-sociais ocorriam mais frequentemente em salas de aula pouco coesas ou harmoniosas ao nível das relações interpessoais infantis, e os comportamentos cooperativos eram mais habituais quando os professores eram pouco directivos ou não recorriam a técnicas de influência coerciva.

É claro que uma interpretação causal destes resultados é inviável, e que a reciprocidade das influências comportamento da criança-características da sala de aula não é contemplada em nenhum dos casos.

Registe-se, também, que o clima da sala de aula e o clima escolar, enquanto qualidades psicossociais holísticas ou conceitos sumários de qualidades ambientais globais (Anderson, 1982), nunca foram claramente definidos. Aliás, este domínio da investigação educativa tem enfrentado

⁷⁶ Uma vez que os estudos de eficácia foram conduzidos entre os anos 50 e 80, e que desde aí se tem vindo a assinalar uma redução do número de crianças classificadas como deficientes mentais ligeiras e um aumento equivalente no número de crianças com distúrbios de aprendizagem, a sua transposição para as actuais populações deficientes mentais também é incerta.

tão notáveis dificuldades de conceptualização, operacionalização e avaliação que a variabilidade das imagens do clima da sala de aula e a diversidade das suas dimensões, variáveis e tipologias é a regra (Anderson, 1982). Por exemplo, um dos estudos acima descritos equacionou a atmosfera da sala de aula a duas dimensões (liderança do professor e coesão interpares) que avaliou através de questionários para os professores e da observação directa, ao passo que o outro optou pelo emprego exclusivo de um questionário e abrangeu nove dimensões (envolvimento, afiliação, apoio, orientação em relação às tarefas, ordem, organização, regras claras, controlo e inovação).

4.3 - As influências familiares

Formulações teóricas, dados empíricos, prática clínica e senso comum convergem, desde há muito, na ênfase do papel crucial da família no desenvolvimento socio-emocional infantil. A fim de se elucidarem as respectivas relações, têm-se abordado diferentes níveis ou dimensões da matriz familiar, como, por exemplo, as práticas educativas parentais ou as características particulares do ambiente familiar e dos seus membros. Este intenso empenho investigativo pôs em relevo a associação dos problemas de comportamento, designadamente os de tipo anti-social, a aspectos do funcionamento familiar, tais como, a discórdia ou conflitos conjugais (Emery, 1982), a psicopatologia parental (Panaccione e Wahler, 1986; Pound et al., 1985), as práticas disciplinares coercivas e/ou inconsistentes (Gardner, 1989), a supervisão reduzida ou as relações familiares ténues, em termos de envolvimento e de interacções afectivamente positivas (Petit e Bates, 1989). Menos conclusivos são, ainda, os conhecimentos referentes ao significado destas associações, isto é, ao grau em que os factores familiares invocados são concomitantes, conseqüências ou causas dos problemas de comportamento.

Em todo o caso, o actual corpo de dados constituiu-se à margem das famílias das crianças com deficiência mental. Testemunha-o o facto de apenas duas equipas de investigação, uma na Inglaterra e outra nos Estados Unidos da América, terem empreendido a análise dos efeitos do ambiente familiar nos comportamentos dos deficientes mentais.

No âmbito do estudo retrospectivo de Aberdeen, examinou-se a relação entre a estabilidade do ambiente familiar nos primeiros quinze anos de vida e os distúrbios de comportamento manifestos na adolescência e no início da idade adulta. A avaliação da estabilidade/instabilidade familiar incorporou, por um lado, a continuidade da presença dos pais, e por outro, a existência de abuso⁷⁷, negligência, abandono, discórdia conjugal e comportamentos psicopatológicos parentais. Verificou-se que os deficientes mentais ligeiros tinham experimentado condições familiares bem mais instáveis do que os sujeitos não deficientes do grupo de controlo, mas que quando essas condições eram equivalentes, as percentagens de distúrbios de comportamento também o eram (Richardson, Koller e Katz, 1985b). A ligação entre a instabilidade familiar e os distúrbios de comportamento não era, no entanto, generalizada, antes variava marcadamente em função do sexo, manifestando-se unicamente nos rapazes (Richardson, Koller e Katz, 1985a).

Reconhecendo a escassez e a rudimentariedade do indicador da estabilidade familiar⁷⁸, Koller, Richardson e Katz (1992) englobaram numa análise de “clusters” de famílias de crianças e jovens com e sem deficiência mental um maior número de variáveis familiares, concernentes à saúde e ao comportamento parental (doença psiquiátrica, alcoolismo, criminalidade, etc.) e ao funcionamento familiar (défices intelectuais dos pais, desarmonia, alterações na composição do lar, etc.). Ao proceder-se à validação da solução de “clusters” obtida, notou-se que os sujeitos com deficiência mental e distúrbios do comportamento provinham, essencialmente, das famílias socialmente mais desfavorecidas, em que ambos os pais ou apenas a mãe apresentavam problemas do foro

⁷⁷ Não é especificado se se trata de abuso físico, sexual ou emocional.

⁷⁸ Constituído por uma escala de cinco pontos, da qual só se conhece a fidedignidade inter-avaliadores.

psiquiátrico.

Os estudos norte-americanos de Nihira e colaboradores inserem-se num projecto de investigação longitudinal sobre o impacto do ambiente familiar no desenvolvimento da competência social e da adaptação emocional de crianças e adolescentes com deficiência mental. O projecto desenrolou-se durante 3 anos, abrangeu cerca de duas centenas de deficientes mentais educáveis, dos 7 aos 14 anos de idade, e utilizou diversas medidas do desenvolvimento infantil e do ambiente familiar. A título exemplificativo, podemos referir que a avaliação familiar comportou três instrumentos representativos de abordagens teóricas distintas, designadamente a “Henderson Environmental Learning and Process Scale” que aborda variáveis relevantes do ponto de vista educacional, a “Family Environment Scale” que foca a estrutura organizativa da família e as relações interpessoais dos seus membros e a “Home Quality Rating Scale” que explora as atitudes educativas parentais. Por sua vez, o núcleo central da avaliação infantil foi constituído pela “A.A.M.D. Adaptive Behavior Scale”, a partir da qual se derivaram os seguintes resultados: competência social, correspondente ao total de pontos obtido no conjunto diversificado de áreas (independência pessoal, comunicação, linguagem escrita, iniciativa, socialização, etc.) que integram a primeira parte da escala; inadaptação social e inadaptação pessoal, equivalentes às pontuações alcançadas nos itens da segunda parte da escala que avaliam respectivamente comportamentos violentos e anti-sociais e comportamentos auto-estimulatórios, hiperactivos e estereotipados.

A análise transversal dos dados do primeiro ano do projecto identificou duas dimensões familiares que se relacionavam significativamente com as características comportamentais infantis. Uma dessas dimensões, denominada “Harmonia Familiar”, representava os aspectos afectivos do lar (harmonia conjugal, coesão, concordância das atitudes educativas maternas e paternas, etc.), e relacionava-se negativamente com a inadaptação social da criança e positivamente com o seu ajustamento pessoal e social⁷⁹. A outra dimensão, “Harmonia e Orientação Educativa”, correspondia à estimulação educativa e às oportunidades culturais presentes no lar (expectativas educativas, envolvimento comunitário, apoio às aprendizagens escolares, etc.), e estava significativamente associada à competência social da criança (Nihira, Meyers e Mink, 1980). Numa etapa posterior, confirmou-se que aspectos familiares qualitativos, como a coesão e a harmonia, avaliados no primeiro ano da investigação, prediziam significativamente o desenvolvimento do comportamento adaptativo das crianças com deficiência mental educável nos dois anos seguintes (Meyers, Nihira e Mink, 1984).

Os resultados referentes à duração total do projecto foram, de uma forma geral, idênticos aos parcelares. Isto é, variáveis ambientais proximais como as expectativas educativas parentais e as experiências estimulantes contribuíam para o desenvolvimento da competência social, enquanto que a harmonia, coesão e controlo familiares exerciam uma influência dominante na adaptação ou inadaptação pessoal e social. Todavia, um contributo específico e fundamental dos resultados finais residiu na demonstração empírica de que o sentido da relação família-criança não é unidireccional, uma vez que as características iniciais das crianças prediziam alguma da variância das avaliações do ambiente familiar ao longo do tempo. Em conformidade com um modelo interactivo bidireccional, os problemas de comportamento ou as percepções parentais da inadaptação socio-emocional dos seus filhos influenciavam negativamente as expectativas educativas e a harmonia familiar (Nihira, Mink e Meyers, 1985).

Paralelamente, e prosseguindo o objectivo da compreensão da relação família-comportamento, desenvolveu-se uma taxinomia das famílias de “slow-learners”⁸⁰, por meio de uma análise de

⁷⁹ Entende-se por ajustamento pessoal e social as cotações parentais do temperamento e humor da criança e do seu relacionamento com os membros da família e as outras crianças.

⁸⁰ Os autores empregaram o termo “slow-learners” a fim de abrangerem conjuntamente crianças com deficiência mental educável e crianças com “handicaps educativos”. Estas últimas

“clusters” (Mink, Meyers e Nihira, 1984; Nihira, Mink e Meyers, 1984). Dos sete tipos de famílias identificados, só num as crianças revelavam simultaneamente problemas de comportamento em casa e na escola. Tratava-se de famílias de baixo nível socio-económico, sem figura paterna, com um elevado nível de *stress* de vida, dominadas por interacções conflituosas e hostis. Esta caracterização familiar é, aliás, remanescente da descrita por Zetlin (1985) em relação a jovens adultos deficientes mentais com comportamentos anti-sociais.

Na sua globalidade, este projecto preenche uma lacuna frequentemente assinalada na área da deficiência mental: a do estudo do contexto familiar enquanto sistema de interacções recíprocas. Ao reconhecimento do seu mérito, é imperativo acrescentar sérias reservas à sua generalidade e validade, dado que o padrão e a magnitude das relações criança-ambiente apontados, diferem consideravelmente de família para família (Mink e Nihira, 1986), e de um grau de deficiência mental e contexto cultural para outro⁸¹ (Nihira et al., 1988; Nihira, Meyers e Mink, 1980).

Além disso, e em consonância com o que se verifica em relação ao desenvolvimento cognitivo, a parte da variância que é explicada pelas variáveis familiares, se bem que significativa, é reduzida. De resto, e como tivemos oportunidade de apontar, as associações estatísticas registadas são tão compatíveis com inferências causais familiares, quanto individuais.

Não podemos também deixar de fazer eco das críticas tecidas por Widamin (1991) à análise de “clusters” empreendida por Nihira e colaboradores, designadamente à não replicação dos “clusters” noutros estudos⁸² e à ausência de uma justificação teórica para a selecção de algumas das variáveis critério (sexo, raça, colocação educativa...) empregues na validação dos “clusters”. Uma nota final, mas não menos importante, diz respeito à inexistência ou insuficiência de informação sobre as qualidades metrológicas de alguns instrumentos e cotações. Referimo-nos, sobretudo, à “Home Quality Rating Scale” (Meyers, Mink e Nihira, 1990), destinada à avaliação das atitudes educativas parentais, e às cotações de ajustamento pessoal e social.

4.4 - As lesões cerebrais

Atendendo às percentagens de perturbações do sistema nervoso central em deficientes mentais ligeiros, já referidas, seria legítimo presumir, como o fizeram Corbett (1977, 1985) e Rutter (1971), que a patologia cerebral poderia constituir um dos denominadores comuns dos problemas de comportamento dos deficientes mentais.

Esta suposição está solidamente ancorada na verificação de que as lesões cerebrais representam factores de risco dos problemas comportamentais, aumentando substancialmente a probabilidade da sua ocorrência. Rutter, Graham e Yule (1970) demonstraram claramente que as crianças com epilepsia ou paralisia cerebral exibiam taxas de distúrbios de comportamento respectivamente 5 e 3 vezes superiores às das crianças normais e às das crianças com deficiências físicas ou doenças crónicas. Mais relevante ainda, a associação não era explicável por variáveis, eventualmente presentes em crianças com lesões cerebrais, como o Q.I. inferior à média, as limitações físicas ou a desvantagem sociofamiliar (Rutter, 1977; Seidel, Chadwick e Rutter, 1975).

Contudo, e em conformidade com o conceito de factor de risco, o desenvolvimento socio-emocional da maioria das crianças com lesões cerebrais (3/4 segundo Seidel, Chadwick e Rutter, 1975) não evidenciava alterações dignas de nota. Por outras palavras, a noção de uma

apresentavam Q.I.s inferiores a 85 e graves distúrbios de aprendizagem, requerendo a assistência de serviços de ensino especial.

⁸¹ Por exemplo, Nihira et al. (1988) verificaram que dimensões familiares, como a harmonia, actuavam no sentido da promoção do desenvolvimento emocional de crianças com deficiência mental educável nos Estados Unidos, mas não no Japão.

⁸² Este reparo é extensível ao estudo de Koller, Richardson e Katz (1992).

causalidade unívoca entre a lesão cerebral e o comportamento tem-se revelado como indubitavelmente falsa.

Se a relação lesão cerebral-problemas de comportamento é complexa e desafia as análises simplistas, o mesmo acontece quando o primeiro termo é equacionado a deficientes mentais com lesões cerebrais. Na realidade, a constante das raras abordagens deste tópico reside na incoerência dos seus resultados. Por exemplo, Rutter, Tizard e Whitmore (1970) sublinharam a natureza equívoca dos dados da ilha de Wight, uma vez que os distúrbios de comportamento eram mais habituais em crianças com deficiência mental e perturbações neurológicas de acordo com o questionário para os pais e a entrevista psiquiátrica, mas não de acordo com o questionário para os professores. Por outro lado, nem Gillberg et al. (1986), nem Richardson, Koller e Katz (1985) notaram qualquer diferença entre a frequência de distúrbios de comportamento em deficientes mentais ligeiros com e sem perturbações do sistema nervoso central⁸³.

Um dos motivos do aparente insucesso destes estudos poderá ter sido o da omissão de que a lesão cerebral não é uma entidade unitária, e que as suas consequências variam de acordo com parâmetros neurológicos, as características do indivíduo afectado e as suas circunstâncias sociais. Na realidade, diversos estudos têm indicado que a natureza, localização e gravidade da patologia cerebral (Rutter, 1981b; Shaffer, 1985), o sexo, o Q.I., o desempenho escolar e os factores sociofamiliares (saúde mental materna, densidade habitacional, harmonia ou discórdia familiar, etc.) podem acentuar ou atenuar a vulnerabilidade das crianças com lesões cerebrais, tornando mais ou menos provável a manifestação de sequelas socio-emocionais (Rutter, Graham e Yule, 1970; Seidel, Chadwick e Rutter, 1975).

Uma outra aproximação da relação cérebro-comportamento no contexto da deficiência mental, residiu na pesquisa de quadros psicológicos ou síndromas comportamentais etiologicamente específicos, a fim de descobrir como escreveu Zazzo (1979b, 6) “a pluralidade oculta pela magia de uma palavra”. A este respeito, evocamos, de novo, a primazia das classificações etiológicas dicotómicas, como principais representantes das conceptualizações diferenciais da deficiência mental.

Mas, também aqui, as análises comparativas foram infrutíferas, em termos de diferenças grupais consistentes (cf. Chiva, 1969, 1973; Robinson e Robinson, 1976). Destacamos, em especial, que as manifestações comportamentais da deficiência mental exógena descritas por Strauss e colegas (Strauss e Kephart, 1940; Strauss e Werner, 1942), e que viriam ilusoriamente a usufruir do estatuto de sintomas diagnósticos de lesão cerebral⁸⁴, não seriam confirmadas por outros autores. Em lugar da hiperactividade, instabilidade de atenção, labilidade de humor e irregularidade do comportamento serem dominantes nos deficientes mentais exógenos, Chiva (1973) constatou que paradoxalmente eram os débeis normais que revelavam maior instabilidade e perturbações caracteriais. Em concordância com os influentes trabalhos de Strauss, a investigação de Chiva registou, apenas, a dificuldade de adaptação social dos deficientes mentais exógenos ou patológicos.

Por seu turno, muitos autores viriam a salientar que a única expressão comportamental característica dos deficientes mentais exógenos e endógenos era

⁸³ Esta observação foi comprovada por Corbett, Harris e Robinson (1975) em deficientes mentais severos.

⁸⁴ Os estudos de Strauss e colaboradores foram alvo de várias análises críticas (Baumeister e MacLean, 1979; Robinson e Robinson, 1976) que lhes censurariam a insuficiente fidedignidade e validade dos métodos (anamnese, sinais neurológicos ligeiros, testes psicológicos) e critérios de diagnóstico das lesões cerebrais, as inferências e generalizações não provadas e o descuidar das diferenças individuais intragrupoais.

a variabilidade interindividual, repudiando vivamente a ideia de que às distinções etiológicas pudessem corresponder quadros comportamentais uniformes (Baumeister, 1984; Baumeister e MacLean, 1979; Ellis, 1969; Robinson e Robinson, 1976). Fortes objecções foram, também, dirigidas às comparações etiológicas como forma de conhecimento da diversidade de fenómenos que o conceito de deficiência mental engloba, à imprecisão e ambiguidade, muitas vezes inerentes, às discriminações dos deficientes mentais com e sem causas orgânicas, e à efectiva comparabilidade dos dois grupos de sujeitos em relação a variáveis como o Q.I. ou o nível socio-económico.

Aliás, longe de ter uma expressão esporádica, o descontentamento em relação às abordagens dicotómicas tem permanecido. Zigler (1967), um dos seus mais acérrimos defensores, afirmaria, há alguns anos atrás, que mais de duzentos tipos de causas orgânicas e pelo menos três subtipos de “deficiência mental familiar”⁸⁵ não eram passíveis de enquadramento em dois grupos supostamente homogêneos (Zigler e Hodapp, 1986; Burack, Hodapp e Zigler, 1988). A este respeito, uma alternativa que começa a ser explorada é a do estudo de subgrupos específicos de etiologia orgânica, já que diferentes síndromas parecem surgir associadas a problemas de comportamento particulares. Assim, por exemplo, as crianças com a síndrome de Prader-Willi podem manifestar hiperfagia, birras, agressividade, trsiteza, perseveração verbal, roubo e comportamentos obsessivos e compulsivos (Dykens et al., 1992). Na mesma linha, os rapazes com a síndrome do X frágil tendem a evidenciar ansiedade social, relutância para interagir com os outros, défices de atenção e hiperactividade (Bregman, Leckman e Ort, 1988). Em simultâneo com as críticas às comparações etiológicas, a investigação clínica negaria a existência de uma síndrome patognomónica da lesão cerebral, realçando a sua inespecificidade sintomatológica (Rutter, Graham e Yule, 1970; Shaffer, 1985). Assim, a possibilidade das lesões cerebrais constituírem o principal determinante das dificuldades de atenção e da hiperactividade seria infirmada⁸⁶. Porventura, a rejeição mais importante desta hipótese no que concerne à

⁸⁵ Os três subtipos de “deficiência mental familiar” indicados por Zigler e colaboradores são: aqueles em que há antecedentes familiares de deficiência mental; aqueles em que não se regista a presença desses antecedentes; e aqueles que vivem em situações socio-económicas e culturais extremamente desfavorecidas. Note-se que uma vez que a “deficiência mental familiar” corresponde, essencialmente, ao grau ligeiro da deficiência mental, os subtipos avançados não são consonantes com os conhecimentos etiológicos analisados no capítulo anterior (cf. ponto 3).

⁸⁶ As crianças com lesões cerebrais ou alterações neurológicas não manifestam uma tendência hiperactiva particular, e reciprocamente, menos de 5% das crianças com défices de

deficiência mental, proveio do estudo de Thorley (1984). Neste, quando se confrontou um grupo deficiente mental hipercinético com um grupo de controlo não hipercinético da mesma idade, sexo e Q.I. não se detectou nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as proporções de disfunções do sistema nervoso central⁸⁷.

Contudo, o papel das disfunções cerebrais na prevalência da síndrome hipercinética em deficientes mentais requer, sem dúvida, investigações mais numerosas e sistemáticas, tendo em vista as suas importantes associações ao síndrome fetal-alcoólico, ao X frágil, a “sinais neurológicos ligeiros” e a atrasos no desenvolvimento motor e linguístico⁸⁸ (Jenkins e Stable, 1971; Thorley, 1984; Taylor et al., 1991).

4.5 - A vivência do insucesso

A partir da constatação de que os deficientes mentais defrontam inúmeras situações de insucesso, um grupo de investigadores, cujas figuras de proa foram Cromwell (1963) e Zigler (Balla e Zigler, 1979, Zigler e Harter, 1969), empenhou-se em documentar que tais situações acarretavam o desenvolvimento de mecanismos desadaptativos e de características emocionais conducentes à perpetuação de histórias pessoais dominadas pelo insucesso.

A evidência que sustenta a existência deste verdadeiro ciclo vicioso provém de várias fontes. Demonstrou-se, por exemplo, que os deficientes mentais ligeiros abordavam as tarefas experimentais com reduzidas expectativas de sucesso (MacMillan, 1969; MacMillan e Keogh, 1971) e que, nalguns casos, quando confrontados com o insucesso manifestavam nítidas deteriorações ou bloqueios nos seus desempenhos, entendidos como indicadores de níveis elevados de ansiedade (Ollendick e Ollendick, 1982).

Outros autores destacaram como principal consequência da exposição ao insucesso, a marcada susceptibilidade dos deficientes mentais ligeiros ao fenómeno do “desânimo aprendido” (“learned helplessness”). Este construto elaborado por Seligman (1975), e objecto de posteriores e diversificadas reformulações, é geralmente entendido como a percepção e a expectativa subjectivas de que os resultados são independentes das respostas, ou seja, de que não é possível exercer qualquer controlo em relação aos resultados dos acontecimentos (Seligman, 1975; Weisz, 1990). Este fenómeno daria origem a efeitos debilitantes de natureza cognitiva, motivacional e emocional que, no que se reporta aos deficientes mentais ligeiros, e em função dos estudos realizados, incluem a atribuição do insucesso a factores incontroláveis, como a sorte ou a insuficiência das capacidades individuais, a inibição das respostas voluntárias, a redução da persistência, a deterioração da “performance” (Floor e Rosen, 1975; Gargiulo, O’ Sullivan e Barr, 1987; Weisz, 1981, 1990) e a sintomatologia depressiva⁸⁹ (Reynolds e Miller, 1985). De acordo

atenção associados a hiperactividade evidenciam resultados neurológicos indicativos de lesões cerebrais (Rutter, 1977, 1982; Taylor, 1986).

⁸⁷ Outros autores (Jenkins e Stable, 1971; Philips e Williams, 1977) utilizaram uma metodologia semelhante com deficientes mentais severos e ligeiros, mas a não comparabilidade dos grupos com e sem hiperactividade no nível de funcionamento intelectual torna os seus resultados pouco esclarecedores.

⁸⁸ A dificuldade conceptual situa-se nas incertezas que rodeiam o significado dos sinais neurológicos ligeiros. Deles, ignora-se a etiologia, reconhece-se a incapacidade de diferenciação de categorias diagnósticas e duvida-se ainda da sua utilidade clínica (Neeper e Greenwood, 1987).

⁸⁹ O construto de “desânimo aprendido” tem sido operacionalizado e avaliado de formas muito distintas, numa nítida demonstração das dificuldades teóricas e empíricas que têm rodeado

com Weisz (1981, 1990), estas manifestações só surgiriam nas idades mentais mais elevadas, apontando para uma aprendizagem experiencial, gradual e cumulativa do desamparo ou da passividade⁹⁰.

Ainda uma outra consequência invocada⁹¹, foi a de que as experiências de insucesso afectariam negativa e profundamente as percepções de si mesmos dos deficientes mentais. Todavia, os estudos comparativos efectuados nos anos 60 e 70 revelar-se-iam ineficazes na detecção duma tendência inequívoca nesse sentido. De facto, o espectro dos resultados obtidos estendeu-se desde a ausência de diferenças significativas no auto-conceito dos deficientes mentais e normais (Collins, Burger e Doherty, 1970; Mayer, 1966), a uma representação de si mais desfavorável (Leahy, Balla e Zigler, 1982; Meyerowitz, 1962; Piers e Harris, 1964) ou mais positiva nos deficientes mentais (Perron, 1969b).

A este quadro dispar não serão, de certo, estranhos os aspectos metodológicos anteriormente referenciados, a que se junta o da pertinência conceptual das análises comparativas do auto-conceito de deficientes mentais e normais da mesma idade cronológica. Na realidade, se como defendem Silon e Harter (1985) se entender o auto-conceito como uma construção cognitiva activa, sujeita a modificações contínuas ao longo do desenvolvimento, então quer a sua estrutura, quer o seu conteúdo estão mais dependentes da idade mental do que da idade cronológica⁹².

Surpreendentemente, a pesquisa das características da personalidade dos deficientes mentais processou-se em completo afastamento da dos problemas de comportamento, não obstante os apelos da equipa de Zigler (Balla e Zigler, 1979; Merighi, Edison e Zigler, 1990) para a sua rápida interligação. Apesar da conveniência e da indispensabilidade da proposta de Zigler serem óbvias, seria importante ter em mente algumas breves considerações.

Assim, e conforme Perron (1969b) observou, a generalidade dos trabalhos acima referidos gira em torno de um esquema excessivamente simples que postula a inevitabilidade dos efeitos nefastos das situações de insucesso. Um tal esquema ignora a variabilidade das respostas dos deficientes mentais ao insucesso (Cromwell, 1963), nomeadamente a melhoria dos desempenhos

o seu estudo. Infelizmente, desconhece-se a validade de muitas dessas modalidades de avaliação, e preocupantemente Gargiulo e O' Sullivan (1986) verificaram que as correlações mútuas de quatro (questionário de desânimo aprendido, escala de atribuições de causalidade, fornecimento de informação falsa e observação directa de comportamentos de iniciativa) eram mínimas em crianças não deficientes e não significativas em deficientes mentais educáveis.

⁹⁰ Como explicações plausíveis dessa aprendizagem, Weisz adianta, para além do confronto com o insucesso, a natureza negativa das informações retroactivas veiculadas pelos professores.

⁹¹ Zigler e colaboradores forneceriam indicações de outras características pessoais fruto da vivência do insucesso, como a tendência para procurar ou evitar as relações com os adultos, ou a excessiva dependência em relação às orientações do ambiente humano imediato (Zigler e Balla, 1979; Merighi, Edison e Zigler, 1990). No entanto, e como a identificação destas características se efectuou com grupos de deficientes mentais institucionalizados, desconhece-se se são ou não extensíveis aos deficientes mentais não institucionalizados.

⁹² O que não significa, no entanto, que o desenvolvimento do auto-conceito dependa, exclusivamente, da idade mental ou do nível de funcionamento cognitivo, já que factores de natureza contextual e experiencial se afiguram igualmente relevantes.

subsequentes, bem como que a influência do insucesso é mediada por factores individuais, como o sexo, o nível de desenvolvimento cognitivo ou o tipo de atribuições causais (Cromwell, 1963; Bialer, 1961; Hoffman e Weiner, 1978). Por outro lado, e à luz do que tem sido assinalado em crianças com dificuldades de aprendizagem (Kistner e Torgersen, 1987), não se pode deixar de considerar que as percepções e reacções dos pais e professores ao insucesso das crianças com deficiência mental poderão tornar as suas consequências mais ou menos intensas.

Da mesma forma que o “esquema simples” não é extensível a todos os deficientes mentais, é também pouco provável que possa existir uma relação linear e consistente entre a vivência do insucesso e os problemas de comportamento. Designadamente, e no que concerne à experiência de insucesso mais comum entre as crianças com deficiência mental ligeira, a escolar, embora Chazan (1965) tenha apontado que quanto menos satisfatórios eram os progressos nas aprendizagens da leitura e da matemática mais elevada era a frequência de problemas de comportamento, posteriormente essa associação seria infirmada (Forness, Silverstein e Guthrie, 1979) ou confirmada apenas em parte, isto é, no que respeita às crianças que frequentavam classes especiais (Kaufman, Agard e Semmel, 1985).

Como estes resultados são de natureza transversal e se reportam a domínios heterogéneos e interpenetrantes, seria de toda a relevância que em relação à população deficiente mental se desenvolvessem abordagens longitudinais semelhantes às que têm sido consagradas à descoberta das relações entre os atrasos globais (e específicos) da aprendizagem da leitura⁹³ e os problemas de comportamento. Em especial, seria de verificar se uma das principais conclusões procedentes dessa área, a de que o insucesso escolar ou os atrasos globais exacerbam, mas não determinam, por si sós, o aparecimento de comportamentos perturbadores (cf. Hinshaw, 1990; McGee et al., 1986; Richman, Stevenson e Graham, 1982) é transponível para a população deficiente mental.

4.6 - O temperamento

No âmbito do “New York Longitudinal Study” (N.Y.L.S.), orientado para a identificação e categorização de características individuais de origem constitucional que contribuem para a expressão manifesta do comportamento e suas alterações, Chess e Korn (1970) adiantaram que uma constelação particular de atributos temperamentais, que viria a ser conhecida como a “síndrome da criança difícil”, estava sobrerrepresentada num grupo de crianças com deficiência mental ligeira por comparação com um grupo de crianças normais. Além disso, a quase generalidade das crianças com deficiência mental que apresentava três ou mais das cinco dimensões da referida síndrome (irregularidade das funções biológicas; afastamento em relação a novos estímulos; lenta adaptabilidade à mudança; humor negativo e reacções intensas) evidenciava, simultaneamente, e de acordo com o exame pedopsiquiátrico, problemas de comportamento. Mais recentemente, Thomas e Chess (1984) reiteraram que a dificuldade temperamental, e o risco comportamental que lhe é inerente, eram especialmente pronunciados em casos de deficiência mental.

⁹³ Segundo a distinção preconizada por Yule e Rutter (1970), o atraso global na aprendizagem da leitura (“general reading backwardness”) refere-se a um nível de leitura significativamente inferior ao esperado para a idade cronológica da criança, enquanto que o atraso específico (“specific reading retardation”) alude a um nível de leitura significativamente inferior ao previsto a partir da idade cronológica e do funcionamento intelectual da criança. Quer a natureza destes critérios, quer a ligação entre o Q.I. e a aprendizagem da leitura, implicam que as crianças com atrasos globais, mas não as com atrasos específicos, apresentarão desempenhos intelectuais inferiores ao normal.

Rutter (1970) e Russell (1985) expressaram uma considerável receptividade em relação às indicações de Chess e colaboradores, o que a nosso ver é pouco justificável no estado actual dos conhecimentos sobre a natureza e significado prognóstico do temperamento, e do temperamento difícil, em crianças com e sem deficiência.

Em primeiro lugar, os pólos de convergência das abordagens contemporâneas do temperamento são largamente minoritários em relação aos de controvérsia. É unânime que o termo temperamento designa um conjunto de traços, tendências ou disposições subjacentes ao comportamento que influenciam as respostas individuais às situações ambientais. Muito menos consensuais são as bases genéticas ou biológicas desses traços, a sua estabilidade temporal, a sua consistência transsituacional e, até mesmo, a sua identidade (Goldsmith et al., 1987; Garrison e Earls, 1987).

Por exemplo, as nove dimensões apontadas pelo N.Y.L.S.⁹⁴ não seriam comprovadas em diversas análises factoriais (Gibbs, Reves e Cunningham, 1987; Rowe e Plomin, 1977), enquanto que Buss e Plomin (1984) propõem as da emocionabilidade, actividade e sociabilidade, e Rothbart (cit. por Goldsmith et al., 1987) destacaria as da reactividade e auto-regulação. A ausência de um acordo mínimo sobre o que constitui o temperamento, faz com que "...pareça que, em certa medida, os vários investigadores se dedicam a fenómenos qualitativamente distintos" (Garrison e Earls, 1987, 87), ou que a única contribuição inquestionável deste domínio seja a da ênfase na individualidade.

Em segundo lugar, o conceito e a realidade do temperamento difícil são igualmente polémicos.

Por um lado, a constelação difícil de Chess e Korn (1970) não resistiu ao teste do tempo, como o atesta o aparecimento de novas versões do mesmo compósito. Por exemplo, Bates, Freeland e Lounsbury (1979) concluíram, a partir da análise factorial das respostas fornecidas por 322 mães ao "Infant Characteristics Questionnaire", que o temperamento difícil correspondia unicamente à dimensão de humor negativo e reacções intensas avançada por Chess e Korn (1970), isto é, a uma criança agitada, que chora e manifesta desagrado com frequência e que não se acalma facilmente. Por outro lado, chamou-se a atenção para o facto de que o que era percebido como fácil ou difícil, o era provavelmente apenas para uma dada pessoa, numa determinada situação e num certo momento. Uma vez que a aplicação da designação difícil deriva exclusivamente das descrições dos pais ou dos encarregados de educação, alguns autores (Bates, 1980, Rothbart, 1982) defenderiam que ela é mais representativa de percepções parentais, imprecisas e distorcidas, do que de qualidades intra-individuais infantis⁹⁵. A consubstanciar esta muito discutida perspectiva, apontar-se-ia a reduzida validade concorrente dos questionários de temperamento para os pais em relação à observação directa (Bates, Freeland e Lounsbury, 1979; Sameroff, Seifer e Elias, 1982), a influência de variáveis maternas nas cotações temperamentais⁹⁶ (Bates, Freeland e Lounsbury, 1979; Sameroff, Seifer e Elias, 1982) e ainda a instabilidade temporal da constelação difícil (Lee e Bates, 1985).

Em paralelo, o temperamento difícil, tomado isoladamente, tem-se revelado pouco útil como elemento preditivo do curso do desenvolvimento emocional. Chess (1977) teria ocasião de o

⁹⁴ Foram as seguintes: nível de actividade, intensidade das reacções, regularidade, adaptabilidade, limiar sensorial, persistência, distração, qualidade do humor e aproximação-isolamento.

⁹⁵ Argumentar-se-ia que esta era uma questão metodológica e não conceptual, prontamente transponível desde que os questionários e entrevistas para os pais realçassem a descrição e cotação de comportamentos mais objectivos e precisos ou que a avaliação fosse mais eclética, incluindo várias fontes de informação (Thomas, Chess e Korn, 1982).

⁹⁶ Tais como, o estatuto socio-económico, a ansiedade, os distúrbios psiquiátricos (Sameroff, Seifer e Elias, 1982), a introversão ou extroversão, a uni ou multiparidade (Bates, Freeland e Lounsbury, 1979).

constatar quer em relação a crianças com deficiência mental, quer em relação a crianças normais⁹⁷ (Thomas e Chess, 1984). No que diz respeito às primeiras, verificaria que a associação entre os atributos temperamentais da infância e os problemas de comportamento da pré-adolescência e da adolescência era muito modesta.

Por seu turno, investigações de natureza longitudinal destacariam que a acção do temperamento não deve ser entendida como independente da de outros factores, designadamente dos referentes às relações interpessoais, visto que a percepção da dificuldade temperamental predizia perturbações comportamentais subsequentes, sobretudo quando associada a indicadores familiares, como a hostilidade materna (Graham, Rutter e George, 1973), as interacções conflituosas (Lee e Bates, 1985), ou a inconsistência e discrepância das práticas disciplinares interparentais (Maziade, 1986).

Por último, e não deixando de ter em mente estes considerandos, é fundamental inquirir se como afirmou Chess, a dificuldade temperamental é efectivamente predominante entre as crianças com deficiência mental. Da pesquisa bibliográfica é possível concluir-se que se trata de uma questão sem resposta, dada a raridade das abordagens desta temática, a heterogeneidade das amostras em termos diagnósticos e etários e a diversidade dos instrumentos de avaliação. Exemplificando, alguns estudos abordaram unicamente bebés ou crianças em idade pré-escolar com síndrome de Down (Gunn e Berry, 1985) ou atrasos de desenvolvimento (Van Tassel, 1984), enquanto que outros abarcariam em simultâneo diversas condições déficeárias (Hefferman, Black e Poche, 1982), tais como síndrome de Down, problemas neurológicos e atrasos de desenvolvimento de etiologia desconhecida (Marcovitch et al., 1987). Desta disparidade de análises, cuja relevância para a deficiência mental ligeira é dúbia, não emergiria nenhum padrão consistente de estilos comportamentais ou qualquer evidência de um excesso de crianças difíceis.

No entanto, o estudo de Marcovitch et al. (1987) merece um especial destaque. Neste, solicitou-se às mães que respondessem a um questionário de temperamento, e que, de seguida, exprimissem as suas impressões gerais sobre o temperamento dos seus filhos, classificando-o como fácil, médio ou difícil. As percentagens de crianças difíceis foram de 6% e de 35% de acordo, respectivamente, com os questionários e com as impressões maternas. Isto é, as impressões não correspondiam às categorizações equivalentes obtidas a partir das respostas aos questionários, manifestando as primeiras uma tendência nítida de maximização da dificuldade. Em complemento, um índice de “coping” materno relacionava-se com as apreciações temperamentais globais, mas não com as dimensões da “síndrome da criança difícil” de Chess e Korn (1970). Estes dados sugerem que os atributos da dificuldade temperamental são discrepantes em vários grupos de crianças, que as mães de crianças com necessidades especiais encaram de forma particular as características dos seus filhos, ou que a existência, importância e validade da

⁹⁷ Em abono de Thomas e Chess, há que referir que a ênfase se deslocaria da facilidade ou dificuldade temperamental para a boa ou má qualidade da compatibilidade entre o temperamento da criança e o seu ambiente (“goodness/poorness of fit”). Tendo confirmado que “nenhuma configuração temperamental confere imunidade ao desenvolvimento de um distúrbio de comportamento ou está condenada a originá-lo”, Chess e Thomas (1992, 75) advogariam que o fundamental era a consonância entre as expectativas e exigências dos pais e de outras pessoas relevantes para a criança e o seu temperamento, capacidades e características. Só quando essa compatibilidade não se verificasse, é que a vulnerabilidade infantil em relação aos distúrbios do comportamento seria substancialmente acrescida.

No entanto, a difusão dos conceitos de boa ou má compatibilidade, nomeadamente no que se refere à delineação de programas de intervenção precoce (Simeonsson, 1988a), não tem encontrado paralelo em dados que os apoiem de forma inequívoca (cf. Chess e Thomas, 1992).

avaliação do temperamento difícil são ainda mais controversas em populações especiais do que em populações normais.

Em suma, parece-nos que a informação revista ilustra a potencial complexidade dos mecanismos causais subjacentes à associação deficiência mental-problemas de comportamento. Dadas as interações entre as variáveis psicológicas, biológicas e sociais susceptíveis de culminarem na referida sobreposição, focar ou tentar isolar as influências de um único factor é seguramente bastante mais difícil e improficuo do que considerar vários.

Se um só factor não tem em si mesmo suficiente poder explicativo ou preditivo, a base empírica sugere que alguns factores são menos importantes do que outros (psicógenos, dificuldade temperamental, situação escolar), sem que, no entanto, seja lícito supor-se que os restantes, até porque não exaustivos, estão operativos em todas as crianças que apresentam simultaneamente deficiência mental e problemas de comportamento. É, antes, mais provável que múltiplas vias ou diferentes combinações de factores confluem num mesmo tipo de problema ou distúrbio de comportamento.

O desafio reside na elaboração de modelos explicativos que tenham em conta a heterogeneidade dos domínios, a diversidade dos factores causais e que procedam à delineação dos mecanismos envolvidos nas continuidades e descontinuidades comportamentais ao longo do tempo. Um tal empreendimento requer uma perspectiva longitudinal e poderia ser eventualmente facilitado, se em lugar da abordagem globalizante deficiência mental ligeira-problemas ou distúrbios de comportamento, se tomassem como ponto de partida, dimensões ou categorias comportamentais particulares, como a emocional ou a anti-social. A investigação psicopatológica realizada com crianças não deficientes, tem mostrado a indispensabilidade destas diferenciações em termos etiológicos, e a priori não há razões para que se duvide da sua utilidade com deficientes mentais. Um outro ponto de vista que permitiria o enriquecimento da compreensão dos factores que predisõem os deficientes mentais em relação aos problemas de comportamento, reside no estudo dos indivíduos, que não obstante as condições de vulnerabilidade individual e as situações de adversidade a que estão sujeitos, não evidenciam alterações comportamentais dignas de nota. A investigação em deficiência mental tem, muitas vezes, denotado uma orientação excessivamente defectológica, centrada nos aspectos déficeários ou problemáticos, que ignora as diferenças individuais na qualidade da adaptação, os factores ou as circunstâncias de protecção ou de promoção do desenvolvimento.

CAPÍTULO III

O Impacto Familiar De Uma Criança Com Deficiência Mental

Até há pouco tempo atrás, o estudo das famílias de crianças com deficiência mental revelava-se subordinado à hipótese de que a deficiência teria consequências profundas, generalizadas, duradouras e, predominante ou exclusivamente, negativas nos seus membros, ou seja, que estes estariam sujeitos a níveis elevados de *stress*, disfunções e inaptações intra e interpessoais. Contudo, os trabalhos realizados viriam a defrontar-se com a constatação inopinada e aparentemente paradoxal, de que as manifestações de *stress* ou as adaptações patológicas parentais e familiares não eram nem inevitáveis, nem uniformes. Nos anos 80, a consciencialização de que o esforço de investigação não tinha ido além de um conjunto de resultados díspares conduziria, por seu turno, a um profundo questionamento das abordagens familiares reinantes (Byrne e Cunningham, 1985; Crnic, Friedrich e Greenberg, 1983). É este percurso evolutivo que procuraremos reconstituir de seguida, nas suas linhas gerais.

1-A ABORDAGEM PATOLÓGICA

1.1-Investigações empíricas

Como produto paradigmático desta abordagem, começamos por recordar as recorrentes análises das reacções emocionais parentais ao diagnóstico de deficiência mental em termos de **estádios** de

um processo de luto pela perda da criança idealizada. Esses estádios, que ainda hoje usufruem de ampla divulgação na literatura da especialidade, seriam entendidos por alguns autores como universais (Dalton e Epstein, 1963) e independentes da gravidade e etiologia da deficiência, da idade em que ocorre o diagnóstico ou dos recursos parentais e familiares (Dalton e Epstein, 1963; Willner e Crane, 1979; Molsa e Ikonen-Molsa, 1985). Willner e Crane (1979) reconheceriam, apenas, a existência de pequenas diferenças qualitativas no processo de adaptação parental à deficiência mental ligeira, isto é, de reacções menos intensas, mas temporalmente mais estáveis. Não obstante o interesse heurístico e pragmático destas análises, Blacher (1984) viria a advertir que elas derivavam, fundamentalmente, de entrevistas não estruturadas e de observações profissionais altamente inferenciais efectuadas junto de um pequeno número de mães de crianças insuficientemente caracterizadas quanto à sua deficiência mental. Idêntico procedimento seria, aliás, adoptado por aqueles que transpuseram esse tipo de análises para a deficiência mental ligeira, a partir da sua própria prática clínica (Dalton e Epstein, 1963; Willner e Crane, 1979) ou de relatos de grupos muito restritos (Molsa e Ikonen-Molsa, 1985) ou atípicos de pais. Em consequência, Blacher (1984) e Hodapp (1988) adiantariam que face à metodologia empregue na derivação dos estádios de adaptação à deficiência, tudo o que se poderia afirmar era que se desconhecia se se tratava efectivamente de estádios, temporalmente limitados, sequenciais ou experimentados por todas as famílias.

Prosseguindo a mesma preocupação básica de documentação do impacto da criança com deficiência mental no **funcionamento emocional parental**, outros autores recorreriam à aplicação de questionários de depressão e de inventários de personalidade. Apesar desta via de estudo se ter centrado prioritariamente nas mães (Burden, 1980; Bradshaw e Lawton, 1978; Gowen et al., 1989; Harris e McHale, 1989) e nos pais (Cummings, 1976) de deficientes mentais moderados e severos, Miller e Keirn (1978) teriam ocasião de a estender à deficiência mental ligeira. Segundo eles, um grupo de cinquenta mães de crianças com deficiência mental educável apresentava resultados mais elevados nalgumas subescalas do M.M.P.I. do que um grupo de mães de crianças normais, espelhando de forma inequívoca a influência da deficiência mental. O carácter infundado de tal interpretação, derivada de um único confronto de grupos sumariamente descritos e não equivalentes do ponto de vista sociodemográfico, tornar-se-ia tanto mais notório quanto se viria a demonstrar que as alterações da personalidade e do estado emocional materno não se constituíam como expressões invariáveis (Gowen et al., 1989; Harris e McHale, 1989; McKinney e Peterson, 1987) ou inalteráveis à deficiência da criança⁹⁸ (Burden, 1980; Gowen et al., 1989).

Conjecturou-se, também, que as emoções dolorosas e os conflitos vivenciados pelas mães se repercutiriam nas suas **atitudes** em relação aos filhos com deficiência mental, que traduziriam mais frequentemente rejeição, desaprovação, hostilidade ou superprotecção do que aceitação (cf. Ferguson e Watt, 1980; Waisbren, 1980). Contudo, este padrão de atitudes nunca usufruiria de

⁹⁸ Alguns estudos longitudinais demonstraram que os estados afectivos maternos se alteram ao longo do tempo, e que diferentes mães podem, por exemplo, assinalar sintomas depressivos em ocasiões diferenciadas (Burden, 1980; Gowen et al., 1989). Assim, Burden (1980) notou que num grupo de 20 mães de crianças com deficiências severas, que beneficiavam do apoio de um projecto de intervenção precoce, se registava, no decurso de dois anos, um decréscimo importante na frequência de depressão, enquanto que o contrário acontecia num grupo de mães que não usufruíam de qualquer auxílio sistemático.

uma ampla e concludente comprovação. Assim, e no que respeita às atitudes das mães de crianças com “handicaps” ligeiros, Cook (1963) e Wetter (1972) caracterizá-las-iam como de rejeição, Slouth, Kogan e Tyler (1978) descrevê-las-iam como menos rejeitantes do que as das mães de crianças normais, ao passo que Wishart, Bidder e Gray (1980) considerariam que não apresentavam nenhuma característica distintiva. Por outro lado, alguns autores (Carr, 1988; Ferguson e Watt, 1980; Wishart, Bidder e Gray, 1980) assinalariam, com assombro, terem detectado, em casos de maior gravidade, atitudes mais positivas do que as habitualmente referenciadas na bibliografia. Carr (1988), por exemplo, num estudo longitudinal de sujeitos com trissomia 21 referiria que apesar da deficiência ter introduzido numerosas alterações na vida familiar, muitas mães exprimiam satisfação pelas realizações dos seus filhos e apreço por várias das suas características.

A este panorama incongruente não serão estranhos, entre outros factores, a utilização de escalas de atitudes, como o “Parental Attitude Research Instrument”, fortemente influenciadas pela desejabilidade social (Cook, 1963; Wetter, 1972), a ausência de grupos de controlo criteriosamente seleccionados, a negligência das diferenças individuais e das variáveis independentes envolvidas na formação de atitudes ou, acima de tudo, a polissemia dos termos aceitação/rejeição parentais no domínio da deficiência mental.

De facto, nas publicações referentes a deficientes mentais, rejeição e aceitação têm abrangido quer significados equivalentes aos que dominam o estudo das práticas educativas parentais na população infanto-juvenil não deficiente⁹⁹, quer outras conotações. Deste modo, a rejeição tem sido também equacionada a expectativas irrealistas em relação à criança ou à ausência de auto-confiança parental (McConachie, 1986; Seligman e Darling, 1989). Paralelamente, tomaram-se como expressões de aceitação, a apreciação realista das capacidades e dos défices infantis, a confiança dos pais em si mesmos e no seu filho, o equilíbrio entre o encorajamento da independência e as demonstrações de afecto, a colaboração com os profissionais ou a prossecução de interesses pessoais estranhos à criança (McConachie, 1986; Seligman e Darling, 1989; Zuk et al., 1961).

Em complemento, os poucos estudos que observaram e confrontaram as **interacções mães-crianças**, consoante as crianças evidenciavam ou não atrasos de desenvolvimento ou deficiência mental, confirmariam a existência de diferenças significativas, desfavoráveis ao primeiro tipo de díades. Assim, o comportamento das mães de crianças com um desenvolvimento atípico seria categorizado como directivo, dominador e controlador, dado envolver uma utilização mais frequente de ordens, instruções (Breiner e Forehand, 1982; Kogan, 1980), questões e respostas (Kogan, Wimberger e Bobbitt, 1969), bem como um número mais elevado de iniciações interactivas e de tentativas para alterar o comportamento infantil (Eheart, 1982). Stoneman, Brody e Abbott (1983) detectariam inclusivamente uma clara assimetria de papéis, em que prevaleceriam os de professora e auxiliar, em detrimento dos de participante ou companheira de jogos.

⁹⁹ A dimensão aceitação-rejeição das práticas educativas parentais tem sido, também, designada como de amor/hostilidade (cf. Maccoby e Martin, 1983), apoio (Barber e Thomas, 1986) ou “nurturance”. Comporta aspectos ou subdimensões distintas, tais como as que dizem respeito ao afecto físico e verbal, à centração na criança, à sensibilidade em relação às suas necessidades, à protecção (Maccoby e Martin, 1983; Russell e Russell, 1989) ou ao apoio dos interesses e actividades infantis. Podendo manifestar-se através de múltiplos comportamentos, Martin (1975, 466) ofereceu de um pai ou de uma mãe rejeitantes, a descrição sumária de alguém insatisfeito com o seu filho, depreciativo das suas capacidades e características, que não revela prazer pela sua companhia ou realizações, e insensível para com os seus pontos de vista. Comportamentos exactamente opostos a estes indiciariam afecto ou aceitação.

As acções maternas denotariam igualmente uma assincronia ou reduzida reciprocidade em relação à criança, por tenderem a ignorar e/ou a não responderem contingentemente aos seus comportamentos cooperativos (Cunningham et al., 1981) ou às suas vocalizações (Vietze et al., 1978), por propiciarem consequências pouco diferenciadas em função da adequação dos comportamentos infantis, ou por denotarem um reduzido envolvimento no tocante à realização de actividades conjuntas. Refira-se a este propósito, que Kogan, Wimberger e Bobbitt (1969) notariam que um grupo de crianças com deficiência mental ligeira e moderada e as suas mães agiam de forma paralela e neutra, em lugar de adoptarem um processo de alternância comportamental (“turn-taking”). A este quadro, já de si tão sombrio, Kogan (1980) acrescentaria a negatividade das expressões afectivas maternas, manifesta no tom de voz, nos conteúdos verbais ou em acções intrusivas.

Contudo, é necessário destacar, antes de mais, que nem todos os autores detectariam uma maior directividade ou uma menor reciprocidade por parte das mães de crianças com deficiência mental do que por parte das mães de crianças “normais”. Daí que tenham sido também descritas como pouco directivas (Davis e Oliver, 1980), e como muito afectuosas e solícitas em relação às iniciativas e pedidos dos seus filhos (Stoneman, Brody e Abbott, 1983).

Em segundo lugar, há que ter presente que mesmo quando tal foi observado, o foi em grupos muito restritos e altamente heterogéneos de crianças em termos de categorização nosológica (atrasos de desenvolvimento, deficiência mental ligeira e moderada), etiológica e nível etário. Além disso, as observações foram usualmente efectuadas em situações análogas, tomando como referência crianças de igual idade cronológica (Breiner e Forehand, 1982; Kogan, 1980; Stoneman, Brody e Abbott, 1983), de igual idade mental (Cunningham et al., 1981), ou com idênticos comportamentos em situações de jogo (Eheart, 1982), sem que tal se apoiasse numa justificação teórica sólida, e sem que se assegurasse a comparabilidade das situações interactivas nos vários grupos.

Em terceiro lugar, não é possível interpretar as diferenças registadas em termos exclusivamente infantis ou maternas, omitindo o princípio elementar da bidireccionalidade, ou de que os comportamentos das mães não podem ser divorciados dos das crianças. Neste sentido, Breiner e Forehand (1982), Kogan (1980) e Cunningham et al. (1981) descreveriam as crianças envolvidas nos seus estudos como mais desobedientes ou menos participativas e activas do que as dos grupos de controlo, o que sugere que as diferenças qualitativas dos comportamentos interactivos maternos podem espelhar a sua adaptação às características infantis ou, por outras palavras, que as avaliações efectuadas se reportam simultaneamente às mães e às crianças. Numa óptica mais abrangente, estes dados indiciam que a tendência para, no domínio da deficiência mental, se entender a directividade materna como um fenómeno eminentemente negativo, ignora as qualidades adaptativas dos comportamentos parentais em relação a crianças com um desenvolvimento atípico. Na realidade, se as mães das crianças com atrasos de desenvolvimento ou deficiência mental se afiguram como directivas tal pode dever-se, tão somente, ao facto das próprias crianças se revelarem pouco activas ou dispostas a assumirem a iniciativa em contextos de interacção. Donde que os estilos de interacção maternos, em lugar de negativos ou indesejáveis, devem, nalguns casos, ser entendidos como adaptativos ou susceptíveis de assumirem funções de restabelecimento ou de facilitação da interacção.

Por último, enfatizou-se a identificação de estilos de interacção grupais, em prejuízo da exploração da variabilidade intragrupal, não obstante o reconhecimento de que a variância interactiva era particularmente pronunciada nas díades dos grupos experimentais (Eheart, 1982; Vietze et al., 1978).

Para além dos resultados inconsistentes, contraditórios e pouco elucidativos que temos vindo a referir, outros estudos, mormente os mais recentes, poriam em causa a ubiquidade do *stress* ou da influência negativa da criança com deficiência na vida familiar. Dunlap e Hollinsworth (1977) inaugurariam esta via, ao assinalarem que a grande maioria dos 404 pais de crianças com deficiência mental, paralisia cerebral ou epilepsia, residentes em áreas rurais, não percebia o seu filho como tendo afectado significativamente as relações ou as actividades familiares. Posteriormente, a aplicação de questionários especificamente construídos para a detecção e avaliação da intensidade do *stress* parental, como o “Questionnaire on Resources and Stress” e o

“Parenting Stress Index”, resultaria na verificação de que os resultados obtidos eram extremamente amplos e variáveis (Beckman, 1991; Frey, Greenberg e Fewell, 1989; McKinney e Peterson, 1987), ou de que os pais diferiam dramaticamente nas suas reacções a um filho portador de uma deficiência. Num ou noutro trabalho, nem sequer se notariam diferenças nos níveis de *stress* dos pais e das mães de crianças com e sem diversos tipos de deficiências, incluindo a deficiência mental (Cameron e Orr, 1989; Salisbury 1987), o que levaria Salisbury (1987, 158) a considerar imperativo o “reconhecimento dos aspectos típicos, normativos e adaptativos das famílias de crianças com deficiência”. Que alguns pais e famílias são aparentemente capazes de enfrentarem circunstâncias devastadoras é, aliás, uma constatação cada vez mais difundida no que se reporta às necessidades educativas especiais (Bristol, 1987; Kazak e Clark, 1986).

1.2-Análise crítica

Byrne e Cunningham (1985) e Crnic, Friedrich e Greenberg (1983) ao analisarem criticamente a pesquisa até então produzida, considerariam que o principal óbice à obtenção de conhecimentos mais vastos e frutuosos sobre as famílias de crianças com deficiência mental tinha residido na adopção de uma ênfase estritamente patológica e unidireccional. Como Turnbull e Turnbull (1986) referiram, a literatura revelou-se repleta de hipóteses enviesadas e de afirmações e generalizações negativamente coloridas. Tais hipóteses e afirmações reflectiram uma empobrecedora conceptualização da deficiência mental, não esclareceram os processos através dos quais a deficiência mental exerce impacto nas famílias, obscureceram a compreensão do funcionamento familiar e das suas modificações temporais, ignoraram a individualidade das respostas familiares, e eliminaram qualquer possibilidade de que a criança com deficiência mental pudesse, eventualmente, exercer qualquer influência positiva na sua família¹⁰⁰. Realce-se, a este respeito, que as tentativas para descobrir os factores que tornam as famílias menos vulneráveis à presença da deficiência (cf. Minnes, 1988), o estudo da adaptação familiar à deficiência (Bristol, 1987; Frey, Greenberg e Fewell, 1989), a pesquisa de contributos infantis (Turnbull e Turnbull, 1986), a atenção às necessidades quanto aos recursos familiares por parte dos profissionais (Bailey, 1988), ou ainda, a avaliação e a intervenção familiares individualizadas representam concepções alternativas relativamente actuais.

Uma outra séria limitação da abordagem patológica situou-se na homogeneização das famílias com deficientes, em geral, e com deficientes mentais, em particular. Foram, e infelizmente, são ainda muito comuns, os estudos que incluem no grupo experimental, condições tão dissemelhantes quanto a deficiência mental, as doenças crónicas, a paralisia cerebral, os atrasos de desenvolvimento, as multideficiências, etc. (Cummings, 1976; Cook, 1963; Friedrich e Friedrich, 1981; Waisbren, 1980; Salisbury, 1987), sem atenderem a parâmetros básicos como o tipo, a gravidade da deficiência, o sexo, a saúde, a aparência física da criança, a exigência de cuidados excepcionais, a existência de défices associados, o nível socio-económico ou as dimensões da família.

Quando o grupo experimental foi constituído exclusivamente por deficientes mentais actuou-se como se estes fossem mais semelhantes do que diferentes entre si, ou como se os seus défices intelectuais eclipsassem quaisquer outras fontes de variância. Esporadicamente abordaram-se grupos circunscritos em função do grau de deficiência (Blacher, Nihira e Meyers, 1987; Burden, 1980; Cameron e Orr, 1989; Cunningham et al., 1981) ou da etiologia (Carr, 1988; Goldberg et al., 1986), mas não se atendeu aos efeitos diferenciais e interactivos de características específicas de ordem cognitiva, adaptativa ou motivacional no funcionamento familiar. Assim, ignoram-se quais as limitações cognitivas, as componentes do comportamento adaptativo, os aspectos motivacionais

¹⁰⁰ Os pais de crianças com deficiência assumiriam, nos Estados Unidos, um papel chave na denúncia desta perspectiva clínica geradora de obstáculos e de barreiras na comunicação e colaboração com os técnicos (Turnbull e Turnbull, 1990).

ou os défices secundários que são vitais ou irrelevantes para o funcionamento do sistema familiar. Parafrazeando Stoneman (1989, 208), laborou-se no erro injustificável de atribuir poder explanatório à deficiência mental quando as crianças estudadas diferiam entre si num tão grande número de dimensões.

Por outro lado, o relativo desinteresse dos investigadores para com as famílias de deficientes mentais ligeiros coloca sérias dúvidas quanto à representatividade e alcance dos poucos estudos conduzidos nesse grupo populacional. Além do mais, como teremos oportunidade de observar e como Farber (1968) sugeriu há algumas décadas atrás, a visão patológica suscita ainda maiores reservas quando adoptada em relação a essas famílias.

Um outro aspecto controverso da abordagem patológica reside no facto de se ter centrado na comparação de famílias de crianças com e sem necessidades educativas especiais e de ter assimilado estas últimas a referências normativas ou a modelos que permitiriam ajuizar do carácter funcional ou disfuncional das primeiras. Ao proceder-se assim, abordou-se o “inabitual” através de um filtro valorativo e inferiu-se a existência de alterações ou défices a partir da constatação de diferenças. Como Kazak e Marvin (1984, 75) lucidamente destacam, as diferenças, em vez de disfuncionais, podem, antes, revelar-se “acomodações adequadas e bem sucedidas à realidade da educação de uma criança com incapacidades”.

Convém também precisar que apesar de termos vindo a empregar a expressão famílias de crianças com deficiência mental em associação com a abordagem patológica, esta se debruçou essencialmente sobre a díade mãe-criança. Em paralelismo com a centralidade da figura materna na investigação psicológica, negligenciaram-se ou remeteram-se para um plano muito secundário os outros membros da família. Por exemplo, raramente se abordaram as reacções emocionais (Cummings, 1976; Price-Bonham e Addison, 1978), o processo de adaptação (Gumz e Gubrium, 1972) ou as interacções paternas em casos de deficiência mental (Stoneman, Brody e Abbott, 1983). Se bem que esses estudos isolados sugerissem ou apontassem a especificidade dos papéis, das interacções ou dos factores que influenciavam as reacções paternas por comparação com as maternas¹⁰¹, a invisibilidade paterna permaneceria relativamente constante.

Idêntico desinteresse seria dispensado à acção combinada ou conjunta das mães e dos pais, ou à influência indirecta da relação conjugal nos comportamentos parentais. Na verdade, esta abordagem só ocasionalmente incorporaria a indicação veemente de Belsky de que a inclusão do pai não representa uma relação pai-criança adicional, mas “transforma a díade mãe-criança num sistema familiar compreendido pela relação conjugal e pelas relações pai-criança”¹⁰² (Belsky,

¹⁰¹ Salvo o estudo de Cummings (1976), as mães parecem ressentir de uma forma emocionalmente mais intensa a presença de um filho com deficiência do que os pais (Beckman, 1991; Goldberg et al., 1986). Por seu lado, estes últimos eram mais afectados pelos estigmas físicos da deficiência e manifestavam uma maior preocupação com o futuro da criança e com o modo como esta poderia influir na imagem social da família (Gumz e Gubrium, 1972; Price-Bonham e Addison, 1978). Segundo Gallagher, Cross e Scharfman (1981) e Gumz e Gubrium (1972) a presença da criança com deficiência mental tendia, também, a acentuar as divisões tradicionais dos papéis parentais ou a agudizar a insatisfação materna em relação a esse tipo de partilha de responsabilidades.

¹⁰² A relação conjugal conheceria, sobretudo, o estatuto de variável dependente por referência à influência directa e unívoca da deficiência (Friedrich e Friedrich, 1981; Waisbren, 1980). Stoneman, Brody e Abbott (1983) ilustrariam a possibilidade de ruptura desse esquema restritivo, ao explorarem a influência da presença de um pai na interacção que o outro estabeleceria com uma criança com síndrome de Down. Comparando contextos diádicos e

1981, 5).

Pode-se mesmo afirmar que não se contemplou o estudo das famílias de deficientes mentais, enquanto unidades ou sistemas complexos compostos por pessoas interdependentes e mutuamente influenciáveis, cujas relações dinâmicas transcenderiam os papéis individuais. A unidade integral do sistema familiar, como objecto de análise por excelência, representa, de resto, uma conquista recente na área da deficiência mental, patenteada na adopção de perspectivas de funcionamento familiar derivadas da sociologia (Nihira, Meyers e Mink, 1980; Meyers, Nihira e Mink, 1984), da teoria sistémica (Beavers et al., 1986; Turnbull e Turnbull, 1986) e das teorias de *stress* familiar (Bristol, 1987; Minnes, 1988; Wikler, 1986a). De acordo com Crnic (1988), este recente e notável esforço de ampliação da investigação para além do exame microscópico das díades deriva da aderência aos princípios sistémicos fulcrais da não aditividade e da causalidade circular, ou seja, de que as pessoas que partilham um mesmo contexto criam e são estruturadas por um todo organizado, e de que ambos se reformulam, remodelam, e reconstroem reciprocamente ao longo do tempo.

Duas outras importantes considerações descuradas pela visão patológica dizem respeito à ecologia e ao ciclo de vida familiares. A primeira, formulada por Bronfenbrenner (1977, 1979) no âmbito do modelo socio-ecológico do desenvolvimento humano, ao adiantar uma conceptualização diferenciada do meio ambiente, salientou que a família é um sistema compreendido em sistemas sociais mais amplos, que influenciam as experiências quotidianas dos seus membros, mesmo quando estes não têm aí uma participação activa ou um envolvimento directo. Em consequência, o habitat da criança com deficiência inclui não somente a família, mas também os amigos da família, os vizinhos, a escola, os profissionais de saúde e educação, ou as forças menos imediatas de natureza ideológica (valores, regras, elementos políticos, etc.). Daí que seja indispensável que para além da família se examinem as interconexões, as influências conjuntas, a complementaridade ou a dissonância da família com outro(s) sistema(s).

Porém, durante muito tempo, os estudos das famílias de crianças com deficiência mental não confeririam mais do que uma atenção passageira a tópicos, como os efeitos dos valores culturais (Weller et al., 1974) ou das atitudes comunitárias em relação à deficiência (Watson e Midlarsky, 1979) nas respostas maternas. Só ultimamente se discutiriam as implicações do modelo socio-ecológico para as famílias de crianças com deficiência¹⁰³ (Bubolz e Whiren, 1984), ou viriam a lume estudos ao nível mesossistémico (Nihira, Mink e Meyers, 1981), ou ao nível exossistémico, com especial relevo para as redes sociais familiares (Dunst, Trivette e Cross, 1986a, 1986b; Kazak e Marvin, 1984).

A outra consideração fundamental, é a de que as famílias, tal como as pessoas, têm um ciclo de vida, razoavelmente previsível, que traduz o seu desenvolvimento e a sua mutabilidade ao longo do tempo. À medida que os indivíduos incorporam e abandonam o sistema familiar, crescem e se modificam, assim se redefinem os papéis, e se alteram os padrões de interacção e comunicação. O ciclo de vida, operacionalizado sob a forma de estádios de desenvolvimento familiar e de períodos de transição interestádios (Olson et al., 1989), implica que a família “está perpetuamente envolvida num ciclo repetitivo de formação enquanto unidade, e de separação enquanto constituída por indivíduos” (Simeonsson, 1988b, 38).

triádicos, verificariam que nos últimos os pais se confinavam ao papel de observadores, reduzindo o período de interacção com o filho, enquanto que o envolvimento materno se mantinha inalterável. Estes efeitos indirectos, ou de segunda ordem, são uma réplica dos que têm sido encontrados em famílias de crianças sem deficiência e documentam a importância e a necessidade de análises que se estendam para além das díades.

¹⁰³ Uma das mais pertinentes implicações destacada por Bubolz e Whiren (1984) foi a de que a planificação e implementação de serviços educativos, sociais, ou quaisquer outros, deveria visar uma estreita e individualizada correspondência com as necessidades das famílias.

Crnic, Friedrich e Greenberg (1983), McConachie (1986), Gallagher, Beckman e Cross (1983), e tantos outros autores, assinalariam com insistência que os subsistemas diádicos e as famílias com deficientes mentais eram encarados de uma forma estática, sem se captar ou acompanhar o seu funcionamento através do tempo. Por sua vez, Turnbull e Turnbull (1986) adiantariam que uma referência “desenvolvimental” e uma abordagem longitudinal eram tão prementes quanto uma deficiência era susceptível de introduzir diversas transformações no ciclo de vida familiar, tais como acontecimentos críticos específicos, tarefas particulares e/ou adicionais, modificações de papéis mais frequentes, transições mais lentas, difíceis de negociar, ou até inexistentes.

De facto, Beckman e Pokorni (1988) confirmariam que as famílias de bebés prematuros e baixo peso à nascença referiam níveis de *stress* variáveis entre os 3 e os 24 meses de idade, relacionados com constelações distintas de factores em cada uma dessas idades. Assim, aos 3 meses, um maior número de filhos e um baixo estatuto socio-económico constituíam “stressors” mais importantes do que o tempo de gestação ou o peso à nascença da criança. Já aos 6 e 12 meses, era um ambiente familiar desorganizado, tal como avaliado pelo “Inventory of Home Stimulation”, que estava associado a níveis mais elevados de *stress*. Por seu lado, Bernheimer, Young e Winton (1983), ao entrevistarem famílias de crianças com síndrome de Down e atraso de desenvolvimento de etiologia desconhecida, cuja idade cronológica se situava entre um e três anos, teriam oportunidade de isolar não um, mas três períodos de *stress* parental, designadamente o do diagnóstico inicial, o da procura e obtenção dos primeiros serviços e o da transição dos programas de intervenção precoce para os pré-escolares. Em níveis etários mais avançados, Wikler (1986b) documentaria que a adaptação parental à deficiência mental não representava um processo temporalmente confinado aos primeiros anos de vida da criança, visto que períodos de transição posteriores, como os correspondentes ao início da adolescência ou da idade adulta, se constituíam como ocasiões particularmente problemáticas.

Os limites de que enferma a abordagem patológica, e que acabámos de descrever, não significam que não se registem diferenças entre famílias de crianças com ou sem necessidades educativas especiais. Significam, antes, que se trata de uma abordagem simplista, centrada numa relação de causa e efeito, que encara a família como um sistema descontextualizado no espaço social e fixo no tempo, e que obstinadamente se empenhou em considerar a diferença como sinónimo de desajustamento, disfunção ou défice.

2- STRESS FAMILIAR E DEFICIÊNCIA MENTAL

Tendo como pano de fundo a caracterização da abordagem patológica que acabámos de realizar, examinaremos mais detalhadamente um dos pressupostos chave que a nortearam, isto é, de que a deficiência mental estaria inevitavelmente associada ao *stress* parental e familiar. Dado que as definições e conceptualizações teóricas se repercutem nos objectivos e estratégias de investigação, começemos por clarificar e precisar o que se entende por *stress*. Para tal, e porque ambas contêm contributos relevantes, recorreremos a perspectivas eminentemente individuais e familiares.

2.1- *Stress* e modelos de *stress* familiar

Apesar do apelo intuitivo e da utilização generalizada do termo *stress*, o conceito que lhe está subjacente tem-se revelado multifacetado, ambíguo, demasiado global, inapreensível por uma definição minimamente específica e consensual e, por isso, passível de leituras diversificadas e contraditórias (Mason, 1975; Rutter, 1981c).

Se no domínio psicológico foi empregue para referir a causa e a consequência, o estímulo e a resposta (Mason, 1975), estabelecer-se-ia e afirmar-se-ia a diferenciação entre “stressors” e *stress*, ou seja, entre a fonte, o acontecimento, ou conjunto de acontecimentos que suscitam ou têm a potencialidade de suscitarem modificações individuais (Holmes e Rahe, 1967; Rabkin e Streuning, 1976) e a resposta do organismo a condições que são vividas como prejudiciais (Pearlin et al., 1981; Rabkin e Streuning, 1976).

No entanto, sendo ambas expressões genéricas e conceptualmente ambíguas referentes a uma grande diversidade de acontecimentos e manifestações, a respectiva delimitação e avaliação nem sempre se têm mostrado isentas de obstáculos e contaminações. Esta dificuldade é especialmente pronunciada no que se refere aos “reais” indicadores do *stress* a nível psicológico, que têm recoberto uma gama vastíssima, e aparentemente ilimitada ou irrestringível, de sinais e sintomas. Um outro facto importante, é o de que se registariam nítidas diferenças individuais nas respostas a “stressors” relativamente comuns, ao mesmo tempo que estes últimos se revelariam fracos preditores de perturbações futuras (Rabkin e Streuning, 1976; cf. Rutter, 1981c). Um exame mais aprofundado aos parâmetros qualitativos dos acontecimentos passíveis de os tornarem desencadeadores de *stress*, sugeriria que em lugar da magnitude das alterações individuais envolvidas (Holmes e Rahe, 1967), eram mais relevantes o seu carácter indesejável (Johnson e Sarason, 1980), imprevisibilidade (Rabkin e Streuning, 1976), o grau de controlo em relação à sua ocorrência ou os seus efeitos debilitantes na auto-estima (Pearlin et al., 1981; Rutter, 1981c). Em complemento, Coyne e Lazarus (1980) sublinhariam que a forma como uma experiência ou acontecimento eram percebidos e o significado pessoal que lhes era atribuído constituiriam o factor decisivo na determinação das reacções de *stress*.

Esta chamada de atenção para as avaliações individuais dos acontecimentos associada à pesquisa das modalidades diferenciais de resposta a uma dada circunstância ou situação, tornariam óbvio que o *stress* não era uma mera consequência de condições antecedentes. Daí que Coyne e Lazarus (1980) e Coyne e Holroyd (1982) tenham argumentado que o *stress* psicológico deveria ser concebido como uma relação recíproca ou uma transacção pessoa-ambiente, em que as exigências dos acontecimentos eram percebidas como excedendo os recursos pessoais. Na mesma linha de pensamento, Pearlin et al. (1981) considerariam o *stress* como um processo de interligações entre “stressors”, variáveis mediadoras e consequências.

No que respeita directamente ao *stress* familiar, a pedra basilar é, sem dúvida, o modelo ABCX de Hill (1958). Como sociologista, Hill ficaria intrigado com a constatação de que, enquanto algumas famílias reagiam a catástrofes naturais ou a acontecimentos traumáticos desintegrando-se, outras resistiam e sobreviviam. Esta questão constituiria o principal ímpeto para a elaboração do seu modelo, segundo o qual a capacidade de adaptação a uma crise (X) dependia da interacção do “stressor” (A)¹⁰⁴, e em especial da definição e percepção do “stressor” pela família (C), com os recursos existentes (B). Em lugar de uma relação directa entre o “stressor” e a crise familiar, Hill (1958) propôs, pois, que quer os recursos, quer o significado subjectivo conferido pela família ao “stressor” poderiam aumentar a sua vulnerabilidade ou resistência em relação ao “stressor”. Este modelo, apesar da sua ilusória simplicidade, não só permaneceria virtualmente inalterado durante mais de 20 anos, como ao enfatizar o papel mediador da definição subjectiva dos “stressors” e dos recursos constituiria um precursor das abordagens mais actuais neste domínio.

Ao concluírem, a partir da revisão da literatura (McCubbin et al., 1980), que o *stress* familiar representava o subproduto de factores múltiplos e interrelacionados, McCubbin e Patterson (1983) decidiram ampliar o modelo ABCX, de modo a incorporarem os esforços de reorganização familiar ao longo do tempo, introduzindo uma série de especificações e de variáveis de natureza psicológica, intrafamiliar e social. Assim, no novo modelo, designado de modelo duplo ABCX, o “stressor” passa a englobar não apenas os acontecimentos normativos e não normativos¹⁰⁵ que

¹⁰⁴ Para Hill (1958) um “stressor” é uma situação normativa ou não normativa, de origem interna ou externa, para a qual a família tem uma reduzida ou nula preparação e que, por isso, é susceptível de introduzir transformações sistémicas.

¹⁰⁵ Para McCubbin et al. (1980) os acontecimentos normativos correspondem às transições entre os estádios do ciclo de vida familiar, sendo relativamente frequentes, previsíveis e de curta duração. São, por exemplo, o nascimento de uma criança, as mudanças de escola, a saída do domicílio de um dos membros da família, a viuvez, a reforma, etc.. Presume-se que ocasionam

alteram ou têm o potencial para alterarem o sistema familiar, mas também as exigências associadas a esses acontecimentos e as tensões pré-existentes de ordem intrafamiliar, conjugal, financeira, etc.. O que significa que presumindo-se que a acção destes factores seria aditiva, quanto mais elevado fosse o seu número, maior seria a probabilidade da família experimentar um desequilíbrio entre o que lhe era exigido e a sua capacidade de resposta. Por seu turno, os recursos familiares foram encarados como situando-se quer nos membros da família individualmente considerados, quer no sistema familiar, quer na comunidade, donde a família obtém, ou poderia obter, apoios essenciais. Em todo o caso, o papel do “stressor” e dos recursos na eclosão de um estado de *stress* ou de crise estaria intimamente relacionado com a “construção familiar da realidade” ou “paradigma familiar”¹⁰⁶ (Reiss e Oliveri, 1980), ou seja, com a percepção familiar do “stressor” e do que poderia ser feito para diminuir o seu impacto. Da conjugação dos recursos com as percepções emergiria o processo de “coping”¹⁰⁷ familiar, isto é, um conjunto de interações intrafamiliares e de transacções entre a família e a comunidade, com vista ao restabelecimento do reequilíbrio da unidade familiar.

McCubbin e Patterson (1983, 10) estabeleceriam, ainda, a diferenciação entre *stress* e crise, concebendo o primeiro como um estado resultante de um desfasamento, real ou percebido, entre as exigências e as capacidades familiares, e o segundo como a perturbação e desorganização provocadas pela incapacidade momentânea de restaurar o equilíbrio familiar. De acordo com as suas próprias palavras, o *stress* poderia nunca alcançar as proporções de uma crise, caso a família fosse capaz de utilizar os recursos existentes e de definir a situação de modo a resistir à mudança e a manter a sua estabilidade¹⁰⁸.

stress porque envolvem alterações de comportamentos, realinhamentos de tarefas, mudanças de papéis ou a perda de algo ou alguém. Os acontecimentos não normativos podem ocorrer em qualquer momento, e são habitualmente exemplificados como a presença de uma criança com deficiência, o desemprego, os problemas financeiros, o divórcio, as doenças graves... Porque inantecipáveis ou incontroláveis no seu aparecimento, o seu impacto seria substancialmente acrescido por comparação ao dos acontecimentos normativos.

¹⁰⁶ Para Reiss e Oliveri (1980), esse paradigma incorpora um conjunto de ideias, opiniões, hipóteses, crenças e pressupostos referentes à realidade social, que constituiriam o guia ou a perspectiva orientadora da interpretação e resolução dos problemas familiares na vida quotidiana.

¹⁰⁷ Ao nível individual, “coping” tem sido definido, de forma muito ampla, como qualquer resposta que serve para impedir, evitar ou controlar as manifestações emocionais do *stress*, ou como o processo orientado para o domínio das condições internas e externas que ultrapassam os recursos pessoais (Pearlin e Schooler, 1978). A passagem do nível individual para o familiar tem tornado a delineação do conceito de “coping” ainda mais complexa, dada a necessidade de atender ao sistema e não aos seus membros individualmente considerados. Porém, McCubbin et al. (1980, 865) entendê-lo-iam como o processo de reequilíbrio do sistema familiar, visando promover a sua unidade e facilitar o desenvolvimento individual.

A introdução deste conceito consubstanciaria uma viragem teórica decisiva, em que a ênfase se desloca da vulnerabilidade para a recuperabilidade ou invulnerabilidade.

¹⁰⁸ Esta distinção seria retomada por outros autores (Boss, 1986; Hansen e Johnson, 1979; Wikler, 1986a), tendo sempre por base a variável gravidade. Deste modo, ao passo que o termo

Os modelos de Hill e McCubbin e Patterson, se bem que desenvolvidos para as famílias de crianças sem deficiência, integram dimensões cruciais (percepções, recursos e "coping"), cuja ausência era desde há muito sentida em relação às famílias de crianças com deficiência mental. Na realidade, quando estas foram abordadas optou-se, quase sempre, por correlacionar o "stressor" deficiência mental com uma qualquer operacionalização de *stress*, sem se atender, isolada ou conjuntamente, à variabilidade inerente à deficiência, ao significado que lhe era outorgado ou às dimensões internas e externas do sistema familiar. Donde as referências cada vez mais frequentes ao seu interesse heurístico, à sua utilidade e à riqueza das suas implicações para a compreensão do funcionamento destas famílias (Minnes, 1988; Wikler, 1986a; Vietze e Coates, 1986).

O que não implica, contudo, que os referidos modelos estejam isentos de limitações, de entre as quais ressalta a inexistência de ideias claras e precisas sobre o que é, pode ou deve ser entendido como expressão de *stress*, de crise ou de um nível aceitável de acomodação ou adaptação parental. A esta imprecisão não têm sido, aliás, imunes os investigadores da deficiência mental, proliferos na adopção de indícios diversificados e não sobreponíveis de *stress*¹⁰⁹ (Crnic, Friedrich e Greenberg, 1983; Gallagher, Beckman e Cross, 1983; McConachie, 1986).

Ainda assim, nas secções subsequentes, procuraremos integrar os dados disponíveis nos vários componentes do modelo ABCX duplo, direccionando a nossa atenção para a análise e interligação dos factores susceptíveis de explicitarem a natureza das respostas familiares. Dada a relutância da investigação em aproximar as famílias de deficientes mentais ligeiros, sempre que tal se nos afigurar pertinente ou elucidativo, mencionaremos estudos conduzidos com crianças em risco, com atrasos de desenvolvimento ou com outros graus de deficiência mental.

2.1.1- Características das crianças com deficiência

Sem embargo das reservas inerentes à categorização da deficiência mental em função da sua **gravidade**, em especial no que respeita aos sujeitos que se situam na confluência de duas categorias, poder-se-ia conjecturar que entre ela e o impacto familiar existiria uma relação directamente proporcional. Blacher, Nihira e Meyers (1987) ao compararem famílias de crianças com deficiência mental educável, treinável e severa, verificariam que era efectivamente no último caso que a influência da criança na atmosfera do lar, nas relações interpessoais e na vida quotidiana era mais marcada. Nihira, Meyers e Mink (1980) e Minnes (1986, cit. por Minnes, 1988) também indicariam que as crianças com deficiência mental ligeira provocavam um menor número de alterações na rotina familiar ou de restrições de oportunidades do que as moderadas. Por seu turno, e segundo Wishart, Bidder e Gray (1981), as consequências de uma criança com deficiência no funcionamento emocional parental eram visíveis quando a criança apresentava um quociente de desenvolvimento inferior a 65 ou síndrome de Down, mas não quando o seu quociente de desenvolvimento era superior a 65. Num grupo muito mais heterogéneo de crianças em termos diagnósticos (deficiência mental, paralisia cerebral, deficiência visual, etc.), originário de estratos socio-económicos desfavorecidos, Eheart e Ciccone (1982) notariam igualmente que as necessidades maternas criadas ou intensificadas pela deficiência eram mais evidentes nos casos severos e profundos do que nos ligeiros ou moderados.

Em contraste com os resultados que acabámos de referir, Weller et al. (1974) e Willner e Crane

stress alude a um estado de alteração de um equilíbrio prévio, o de crise engloba os desequilíbrios agudos e severos conducentes ao bloqueio e imobilização do sistema.

¹⁰⁹ Cita-se, a título exemplificativo, a discórdia conjugal, as perturbações emocionais ou psiquiátricas parentais, as atitudes de rejeição em relação à criança, as alterações dos padrões de interacção de dois ou mais membros, a ruptura da estrutura e da organização familiar, os problemas psicossociais familiares, etc.

(1979) sugeririam que, nalgumas circunstâncias, se poderia registar uma relação inversamente proporcional entre o grau de deficiência mental e o *stress* parental, dado que a realidade de uma deficiência mental ligeira seria mais fácil de negar, mas mais difícil de aceitar. Contudo, esta sugestão paradoxal e pouco elaborada nunca usufruiria de qualquer corroboração.

Por último, há que mencionar que nem todos os autores detectariam efeitos diferenciais do nível de deficiência mental nas reacções maternas. Por exemplo, Ferguson e Watt (1980) realizaram a estreita comparabilidade dos resultados de mães de crianças com deficiência mental moderada e severa num questionário de ansiedade e numa entrevista de avaliação da influência da deficiência na vida familiar. Se bem que em relação a entidades nosológicas que não a deficiência mental, como o autismo ou as deficiências motoras, e com todas as restrições que isso implica¹¹⁰, Bristol (1987) e Kazak e Clark (1986) alegariam que era enganoso atribuir à gravidade de uma deficiência um papel relevante, uma vez que nos seus trabalhos, e mesmo quando considerada em toda a sua extensão, se tinha revelado, por si só, um fraco preditor da adaptação familiar.

Mais recentemente, diversos autores têm vindo a enfatizar a eventualidade de reacções familiares idiossincráticas a uma deficiência ligeira, bem como que a variável gravidade da deficiência poderá ser fonte de diferenças qualitativas, mais do que de diferenças quantitativas (Fewell e Gelb, 1983; Seligman e Darling, 1989; Turnbull e Turnbull, 1990). Relembrem que, de uma forma geral, o desenvolvimento de um deficiente mental ligeiro até à idade escolar não comporta senão pequenos atrasos facilmente racionalizáveis, não se registam estigmas físicos, o processo de reconhecimento da existência de um problema é muito gradual, o diagnóstico ocorre tardiamente, e as dificuldades mais notórias reportam-se às aprendizagens escolares. Daí que, quando os pais fossem confrontados com a identificação de uma deficiência mental ligeira ou, mais provavelmente, de dificuldades de aprendizagem (cf. capítulo II), por vezes de etiologia indeterminada, se defrontassem com uma condição de natureza vaga e amorfa, e de estatuto marginal, desencadeadora de incertezas e, conseqüentemente, de *stress*¹¹¹.

¹¹⁰ Há algumas indicações de que o *stress* ou a adaptação familiar variam em função da categoria diagnóstica da criança. Por exemplo, o autismo parece ter conseqüências mais intensas do que a síndrome de Down (Holroyd e McArthur, 1976), enquanto que a deficiência mental seria mais desfavorável do que uma doença crónica (Cummings, Bayley e Rie, 1966).

¹¹¹ Na mesma linha, Martin e Beezley (1974) colocariam a hipótese de que as crianças com deficiência mental ligeira, pela ambigüidade do seu diagnóstico, constituiriam o grosso da sobre-representação da deficiência mental na população infantil sujeita a maltratos. Segundo o seu ponto de vista, quando a deficiência é óbvia os pais podem entender os insucessos da criança como fruto das incapacidades associadas à deficiência, ao passo que quando a deficiência é imperceptível os insucessos ou os comportamentos indesejados da criança são encarados como resultando de causas internas, sob o controlo da vontade infantil.

Acrescente-se, em abono da verdade, que as percentagens de deficientes mentais entre as crianças maltratadas são efectivamente elevadas, com valores da ordem dos 55%, 43% ou 33% (cf. Friedrich e Boriskin, 1976; Frodi, 1981). Além disso, esta associação respeita a vários tipos de maltratos, visto que segundo Sandgrund, Gaines e Green (1974) tanto abrange o abuso físico quanto a negligência e o abandono.

Se este tipo de raciocínio assenta nalguma evidência dispersa de que a ambiguidade é uma qualidade fundamental das situações passíveis de implicarem modificações individuais e/ou sistémicas (Boss, 1986; Hansen e Johnson, 1979), é já puramente especulativo quando avança que a deficiência mental ligeira será percebida como tal. Além do mais, os únicos trabalhos que indiciam, no domínio das necessidades educativas especiais, que a ambiguidade de uma entidade diagnóstica, pela multiplicidade e imprecisão das interpretações que suscita, poderá, de facto, constituir uma dimensão relevante, são os de Bernheimer, Young e Winton (1983) e Goldberg et al. (1986). Ambos revelariam que os pais e/ou as mães de crianças com atrasos de desenvolvimento de causa desconhecida assinalavam um maior número de vivências negativas do que os de crianças com distúrbios neurológicos ou síndrome de Down.

Em lugar do grau de deficiência mental, outros investigadores optariam pela exploração de características infantis como a **natureza e/ou a frequência de cuidados básicos requeridos pela criança ou a presença de problemas de comportamento**. No que concerne aos primeiros, Dunlap e Hollinsworth (1977) e Bradshaw e Lawton (1978) figuram entre os pioneiros que chamaram a atenção, em grupos heterogéneos do ponto de vista diagnóstico, para a importância de que se revestiam o estado de saúde da criança, o número de hospitalizações, o tempo ou a exigência de cuidados diurnos e nocturnos a dispensar. Partindo destas referências, Beckman (1983) viria a notar que as respostas a um questionário de *stress* de um grupo de mães de crianças com deficiência mental ou motora, de gravidade variável (de ligeira a severa), se correlacionavam positiva e significativamente com o número ou carácter inabitual dos cuidados diários indispensáveis. Idênticos resultados seriam, posteriormente, confirmados pela autora quer em relação a mães de bebés prematuros (Beckman e Pokorni, 1988), quer em relação a mães e pais de crianças com atrasos de desenvolvimento, paralisia cerebral, autismo ou multideficiência (Beckman, 1991). Por sua vez este, já de si, consistente padrão de resultados, viria a ser corroborado por Gowen et al. (1989) e Harris e McHale (1989).

Como o tipo de características infantis evidenciado por Beckman se afigura, em rigor, excepcional, entre a população com deficiência mental ligeira, obtém-se, assim, evidência indirecta de que este grau de deficiência poderá não ser tão influente ao nível do sistema familiar quanto outros.

Já o mesmo, como mostrámos atrás, não é inteiramente verdadeiro no que se refere à presença de problemas de comportamento. Nihira, Meyers e Mink (1980) teriam ocasião de verificar que a avaliação parental do impacto familiar de crianças com deficiência mental educável estava directamente relacionada com comportamentos inadequados e com a reduzida competência adaptativa das crianças. Em contrapartida, os pais afirmavam enfrentar sem dificuldades a deficiência do seu filho(a), sempre que o seu comportamento era considerado como não problemático.

Que a existência de problemas de comportamento é um importante determinante do nível de *stress* maternal seria também reiterado, noutros graus de deficiência mental, por Cameron e Orr (1989), Friedrich, Wiltturner e Cohen (1985) e Quine e Pahl (1985). Cameron e Orr (1989), por exemplo, constatariam que de entre várias variáveis individuais, os problemas de comportamento eram a variável que explicava uma parte mais significativa da variância dos resultados obtidos no "Parenting Stress Index", por um grupo de mães de crianças e jovens com deficiência mental moderada.

Por fim, e salvo uma ou outra excepção (Friedrich, 1979; Farber, 1959, cit. por Minnes, 1988), nem o **sexo**, nem a **idade** do deficiente mental têm revelado exercer uma influência significativa no funcionamento materno (Beckman, 1983; Beckman, 1991; Bradshaw e Lawton, 1978; Cameron e Orr, 1989; Cummings, Bayley e Rie, 1966; Dunlap e Hollinsworth, 1977) e paterno

Não obstante, até ao presente, pouco se sabe sobre a distribuição dos maltratos em termos de graus de deficiência mental, assim como se ignora se as características atípicas dos deficientes mentais constituem os precipitadores ou os resultantes dos maltratos.

(Beckman, 1991). Ressalve-se, contudo, que a inclusão de mais do que uma categoria nosológica na grande maioria das amostras, a consideração de faixas etárias muito restritas (Beckman, 1983, 1991) e a natureza transversal da totalidade dos estudos restringem seriamente o poder informativo dos resultados obtidos.

2.1.2- Recursos parentais individuais

Para além das características da criança com deficiência, as dos membros da família, individualmente considerados, podem também estar associadas ao nível de *stress* experimentado. Na sua revisão da literatura sobre o *stress*, Rabkin e Streuning (1976), concluiriam pela existência de múltiplos factores pessoais, tais como, a idade, o nível educacional, a actividade profissional, a inteligência, as aptidões verbais, o locus de controlo, o tipo de personalidade, as experiências anteriores, etc., susceptíveis de mediar a percepção das situações e as subsequentes acções individuais. Outros autores acrescentariam a esta listagem, a auto-estima (Pearlin et al., 1981), a “força do ego” (“ego strength”; Farran, Metzger e Sparling, 1986) ou as crenças religiosas (Friedrich, 1979; Minnes, 1988). No dizer de Rabkin e Streuning (1976, 1018), o modo de actuação da grande maioria destes recursos primária pelo óbvio, quer dizer, seriam os indivíduos mais aptos, com defesas mais versáteis e experiências mais amplas que tenderiam a enfrentar os acontecimentos de vida passíveis de se constituírem como fontes de *stress* com êxito.

No domínio da deficiência mental, só três dos recursos supracitados parecem ter captado o interesse, ainda que esporádico, dos investigadores. Falamos designadamente do locus de controlo, das crenças religiosas e da inteligência parental, com particular destaque, neste último caso, para os pais que apresentam, eles próprios, uma deficiência mental.

Os poucos estudos que envolveram a análise do papel da variável **locus de controlo** no *stress* parental confirmariam que este era, de facto, um mediador crucial. Em amostras parcialmente constituídas por deficientes mentais, sem deficiências associadas, as mães que se percebiam como capazes de influenciarem ou de alterarem o curso e os acontecimentos das suas vidas, eram as que apontavam um menor número de problemas parentais e familiares (Friedrich, Wilturner e Cohen, 1985) ou que obtinham resultados totais mais baixos no “Parenting Stress Index” (McKinney e Peterson, 1987). Por seu lado, Frey, Greenberg e Fewell (1989) indicariam que estas observações eram também extensíveis aos pais, visto que um locus de controlo interno contribuía significativamente para a redução dos sintomas de sofrimento psicológico.

Apesar de conduzidos numa óptica distinta da do *stress* parental, isto é, na da intervenção precoce, os trabalhos de Maisto e German (1981) e de Simeonsson et al. (1986) são dignos de uma breve menção, por ilustrarem, com clareza, o quanto o locus de controlo materno afecta o seu envolvimento ou a sua participação activa no processo de desenvolvimento do seu filho(a). Assim, e no âmbito da implementação de um programa de intervenção precoce para bebés em alto risco, no decurso de um ano, Maisto e German (1981) verificariam que o locus de controlo materno explicava uma parte substancial da variância dos progressos linguísticos e cognitivos exibidos pelos seus filhos num período de três a quatro anos após o término do programa. Em complemento, Simeonsson et al. (1986) notariam que num grupo de 200 mães de crianças com deficiência e em risco servidas por programas de intervenção precoce, o locus de controlo representava o mais potente e significativo preditor do envolvimento materno com a criança, ou seja, da quantidade, qualidade e adequação dos seus comportamentos em situações interactivas.

Bem menos conhecido é o papel das **crenças religiosas** parentais. Se nos anos sessenta, Zuk et al. (1961) já registavam a possibilidade de uma associação entre a intensidade das crenças religiosas e a aceitação de uma criança com deficiência mental, os resultados das raras abordagens deste tópico, realizadas desde então, são manifestamente contraditórios e não elucidativos (Fewell, 1986; Friedrich, 1979; Friedrich e Friedrich, 1981; Minnes, 1984, 1986, cit. por Minnes, 1988). O recurso a diferentes instrumentos de avaliação das crenças religiosas, a sua eventual contaminação com o apoio derivado de organizações religiosas e, sobretudo, a diversificada composição das

amostragens e fraca representatividade da deficiência mental ligeira, sublinham, a nosso ver, a precariedade dos dados obtidos.

No tocante ao **nível de funcionamento intelectual** parental, a literatura referente à deficiência mental tem denotado, ao longo do tempo, uma forte preocupação com as práticas educativas dos pais que apresentam, eles próprios, uma deficiência mental ligeira. Documentou-se que muitos destes pais assinalavam problemas de vária índole nos seus filhos, ressentiam os papéis parentais e de garantes do sustento do lar como plenos de dificuldades (Whitman, Graves e Accardo, 1987), e manifestavam alguma inadequação nas áreas da disciplina, dos cuidados infantis básicos ou da organização física do lar (Budd e Greenspan, 1985). Mais importante ainda, apontou-se que como as exigências de educação de uma criança excediam facilmente as suas capacidades e recursos pessoais (Lynch e Bakley, 1989), os seus filhos seriam mais frequentemente alvo de negligência (Budd e Greenspan, 1985) ou abuso (Sally, 1973; Schilling et al., 1982). Relacionando estas observações com a origem hereditária da deficiência mental, e com o risco de maltratos a que as crianças com deficiência mental estão sujeitas, Schilling et al. (1982, 205) adiantariam que um filho portador de uma deficiência seria, provavelmente, uma das fontes de *stress* mais influentes para estes pais. Não obstante, a base puramente conjectural desta afirmação, bem como o facto de assentar nalgumas permissas menos fundamentadas¹¹², parece-nos que ela é, sem dúvida,

¹¹² Referimo-nos basicamente a três permissas. A primeira é a de que os pais com deficiência mental são efectivamente pouco capazes de assumirem funções parentais, negligentes ou maltratantes. Com efeito, não só a investigação sobre este tema comporta diversas limitações metodológicas, como está longe de reflectir unanimidade. Assim, por um lado, destaca-se o tamanho reduzido e a natureza pouco representativa das amostras, a ausência de grupos de controlo, o recurso a indicadores de competência parental de validade desconhecida e a inexistência de controlo de variáveis como a classe social (cf. Budd e Greenspan, 1984; Schilling et al., 1982). Por outro lado, alguns estudos apontam mesmo para percentagens elevadas de adultos com deficiência mental ligeira razoavelmente competentes como pais. Por exemplo, Feldman et al. (1985) verificaram que os resultados no “Home Observation for the Measurement of the Environment” de doze mães com um Q.I. médio de 69 se sobrepunham aos resultados médios da amostra de aferição. Por sua vez, Berg e Nyland (1975) notariam que os pais com deficiência mental, cujos filhos tinham permanecido sob a sua guarda, asseguravam de forma satisfatória as suas funções educativas.

Em segundo lugar, afigura-se-nos indispensável que, de futuro, nos casos em que se verifique uma associação entre as situações de violência em relação à criança e a deficiência mental parental, se atenda à acção de toda uma constelação de determinantes etiológicos (nível socio-económico, isolamento, apoio social restrito, quantidade e qualidade das experiências anteriores com crianças...).

Em terceiro lugar, e em confronto com a sugestão de Schilling et al. (1982), Landesman-Dwyer (1981, cit. por Budd e Greenspan, 1984) afirmaria que alguns adultos com deficiência mental se sentem ameaçados não quando os seus filhos evidenciam dificuldades semelhantes às suas, mas antes quando aprendem aquilo que eles próprios não conseguiram

merecedora de um exame minucioso.

2.1.3- Recursos intrafamiliares

De entre as variáveis abordadas pelos estudiosos das famílias de deficientes mentais, poucas podem ser classificadas como recursos intrafamiliares. Em todo o caso, começaremos por fazer referência ao **nível socio-económico**, que McConachie (1990), baseando-se nas distinções operadas por Folkman, Schaefer e Lazarus, categorizou como um recurso utilitário.

À primeira vista, poderá parecer evidente que quanto mais elevado for o estatuto socio-económico de uma família mais fácil lhe será lidar com uma criança que apresentava deficiência. Na realidade, as famílias mais favorecidas defrontam-se, nos seus ciclos de vida, com acontecimentos menos severos (Rabkin e Streuning, 1976) e, simultaneamente, têm à sua disposição um maior número de meios educativos e financeiros. Sabe-se, por exemplo, que são as famílias de crianças com deficiência mental, das classes média e superior, que mais frequentemente se empenham na criação de serviços adicionais para os seus filhos ou para si próprias, que acedem mais facilmente ou retiram maior proveito dos existentes (Wikler, 1986a). Em contrapartida, têm-se interligado as condições socio-económicas desfavorecidas com o *stress* familiar, ao mesmo tempo que uma perspectiva sociológica mais radical tem advogado que o carácter desfavorável de um tal binómio tenderia a culminar no disfuncionamento das práticas parentais (Garbarino e Crouter, 1978; Steinberg, Catalano e Dooley, 1981).

Os resultados de dois estudos realizados com deficientes mentais conferiram algum suporte a esta formulação do papel do estatuto socio-económico. Designadamente, a já citada investigação de Ferguson e Watt (1980) verificou que a ansiedade materna e a percepção de problemas familiares estavam mais relacionadas com a classe social do que com a presença de uma criança com deficiência mental moderada ou severa. Quine e Pahl (1985) acrescentariam que as circunstâncias socio-económicas das famílias de crianças com deficiência mental severa, aglomeradas sob a forma de um índice de adversidade, eram, a par dos problemas de comportamento infantis, o factor que influía mais significativamente nas respostas emocionais maternas.

Contudo, Cameron e Orr (1989) obteriam resultados de significado contrário aos expostos, dado não terem detectado qualquer relação entre o *stress* e o nível socio-económico ou as dificuldades financeiras das famílias de deficientes mentais treináveis. Bradshaw e Lawton (1978) obteriam resultados em tudo idênticos aos de Cameron e Orr (1989) num grupo de mães de crianças cujas deficiências tinham resultado da administração de talidomida, a que acrescentariam uma indicação particularmente interessante: a de que a magnitude do *stress* não era previsível a partir das condições de vida familiar, por mais desfavoráveis que estas fossem, mas sim da percepção da sua inadequação.

Parece, pois, que a acção do estatuto socio-económico é bem mais complexa do que a traçada no início desta rubrica e que a sua compreensão exige que se apele para aspectos fundamentais, como as expectativas de realização escolar e profissional, o carácter normativo ou não normativo da deficiência mental em função do contexto social, ou a coexistência numa mesma família de outras situações problemáticas que não a deficiência mental.

É bem conhecido que os níveis de expectativa parentais variam em função da classe social, de tal forma que os das classes superiores suplantam os das classes médias, enquanto que estes últimos se situam, por sua vez, acima dos das classes inferiores (Hess, 1970). Em acréscimo, os pais dos meios menos favorecidos realçam a obediência, a submissão aos adultos, o respeito, o asseio, a capacidade de evitar sarilhos, ao passo que os dos meios mais favorecidos valorizam a iniciativa, a criatividade, a curiosidade, a ambição, a independência, a interiorização do controlo do comportamento, a felicidade (Hess, 1970; Maccoby, 1980).

Farber (1968) seria um dos primeiros autores a tomar em linha de conta este tipo de considerandos

aprender ou quando os seus desempenhos escolares são nitidamente superiores àqueles que eles próprios alcançaram.

na delineação das reacções parentais a uma criança com deficiência mental. Para ele, as famílias das classes média e superior quando confrontadas com uma deficiência mental experimentaríamos uma “crise trágica” (“tragic crisis”), correspondente ao desmoronar de todas as esperanças e sonhos centrados na criança, enquanto que as famílias da classe baixa encarariam a deficiência como um mero problema adicional, enfrentando uma “crise de reorganização de papéis” (“role reorganization crisis”) em que o principal dilema residiria na reordenação dos poucos recursos existentes, de modo a satisfazer as exigências da situação.

Mais recentemente, Wikler (1986a) enriqueceria a caracterização de Farber, adiantando que o nível socio-económico constituía um importante mediador da diferenciação entre acontecimentos normativos e não normativos. Assim, para as famílias dos estratos mais elevados uma criança com deficiência mental, independente-mente do grau da deficiência, representaria sempre um acontecimento imprevisto e não normativo, enquanto que o mesmo só seria aplicável às famílias dos estratos mais baixos quando se tratasse de uma deficiência moderada ou profunda. Uma deficiência ligeira tenderia a ser encarada como normativa, e mesmo que eventualmente o não fosse, seria percebida como revestindo um menor impacto do que outros acontecimentos indutores de *stress*. Conferindo plausibilidade à concepção de Wikler, Canonne, Tomkiewicz e Duché (1968) afirmariam não terem encontrado qualquer diferença nas relações que famílias algerianas, residentes numa zona degradada da região parisiense, estabeleciam com os filhos de Q.I. médio, inferior à média ou equivalente a uma debilidade mental. Dunlap e Hollinsworth (1977) também reiterariam que em comunidades norte-americanas pobres, rurais e com uma forte representação de sujeitos de raça negra, uma deficiência mental só era entendida como uma desvantagem, quando era severa. Além disso, nesta última circunstância, a influência da criança na família era perspectivada em termos financeiros e de cuidados físicos, mais do que em termos emocionais. No que se refere à possibilidade de uma deficiência não constituir a prioridade de uma família que vive em condições frustes e que se depara com muitas outras vicissitudes, já Ramey et al. (1975) tinham assinalado o quanto a simples manutenção do lar constituía uma tarefa hercúlea para as mães de crianças em risco ambiental. Por outro lado, todos sabemos o quanto os técnicos de intervenção precoce se têm empenhado em orientar os seus programas para as famílias mais pobres e carenciadas e o quanto um tal empreendimento se tem revelado pleno de escolhos. Rosenberg, Repucci e Linney (1983), ao reflectirem sobre as possíveis razões desse “statu quo”, apontariam para a disparidade das necessidades percebidas pelos profissionais e pelas próprias famílias, ou seja, indicariam que os profissionais nem sempre se tinham apercebido que os destinatários dos programas se encontravam submersos por exigências imediatas, como as financeiras ou as de obtenção de emprego¹¹³.

Inserindo este tipo de verificações no contexto da teoria de auto-actualização de Maslow, Dunst e

¹¹³ Esta reflexão crítica não é extensível à generalidade dos programas de intervenção. Alguns deles, tais como o “Milwaukee Project” ou o “Parent Child Development Center” (Andrews et al., 1982; Garber e Heber, 1982), comportaram acções que visavam a alteração das condições de vida familiares e o fortalecimento das capacidades parentais, através de cursos de formação profissional, sessões de educação de adultos, suplementos financeiros, etc.. Contudo, só a partir de meados dos anos 80, o foco dos serviços de intervenção precoce se passaria a centrar nas necessidades identificadas pelas famílias. O exemplo mais óbvio deste facto é, no contexto da sociedade norte-americana, a aprovação, em 1986, da Public-Law 99-457 (“The Education for All Handicapped Children Act Amendments”). De acordo com o respectivo texto, toda a criança ou família envolvida num programa de intervenção precoce deve beneficiar de um Plano Individualizado de Serviços Familiares que explicita, se a família assim o desejar, as respectivas necessidades, recursos, objectivos e prioridades.

colaboradores sugeririam que necessidades familiares não satisfeitas em áreas básicas, como a nutrição, a habitação, a segurança, os cuidados de saúde, etc., afectariam negativamente o bem-estar parental e ganhariam precedência sobre as necessidades educativas da criança. Daí que a incapacidade de alguns pais em aderirem a actividades e programas recomendados pelos profissionais em lugar de reflectir défices parentais, devesse ser entendida como a sequela de determinantes ecológicos interiores e exteriores à unidade familiar. A fim de verificarem o fundamento das suas ideias, Dunst e Leet (1987) e Dunst, Leet e Trivette (1988) testariam a hipótese de que a adequação dos recursos físicos e humanos existentes no lar estaria relacionada com o estado de saúde materno e com o seu grau de envolvimento num programa de intervenção. Para o efeito, recorreram a um grupo de 45 mães de crianças com deficiência mental e em risco, a quem aplicaram três questionários que avaliavam, respectivamente, o bem-estar físico e psicológico, a possibilidade de empenho em relação a intervenções centradas na criança e os recursos familiares. Neste último caso, o questionário em questão foi o “Family Resource Scale”, cujos 30 itens abrangem aspectos tão diferenciados quanto a habitação, alimentação, transporte, acesso a serviços de saúde, emprego, tempo para si próprio e para a família ou assistência nos cuidados à criança. A análise estatística dos resultados alcançados revelou que eram, de facto, as mães com os recursos mais lacunares que registavam mais problemas de saúde, que consideravam as necessidades educativas e terapêuticas dos seus filhos como menos prementes ou importantes e que, por isso, estavam menos dispostas a investirem o tempo e a energia requeridos pelo programa¹¹⁴.

Um outro tipo de recursos relacionado com o *stress* familiar, é o que envolve as **dimensões interactivas da família** ao nível sistémico, tais como os elos emocionais entre os seus membros, o grau de individuação vivenciado, a positividade ou negatividade da comunicação, ou a capacidade de modificação em resposta a factores situacionais ou “desenvolvimentais”. De entre estes, a unidade ou a coesão a par com a adaptabilidade do sistema seriam consideradas por Hill (1958), McCubbin e Patterson (1983) e Olson et al. (1989) como bens ou energias que permitiriam ou facilitariam a transposição das crises mais severas.

Por seu turno, a base empírica relativa à deficiência mental, corroboraria a centralidade da unidade ou coesão familiar, sem deixar de chamar a atenção para a abertura e não conflituosidade das interacções comunicativas. Deste modo, Nihira, Meyers e Mink (1980), Friedrich, Wiltturner e Cohen (1985) e Minnes (1984, 1986, cit. por Minnes, 1988) indicariam que as famílias que melhor enfrentavam a deficiência mental, ainda que ligeira, de um membro se caracterizavam pela sua coesão, bem como pela possibilidade de expressão de sentimentos, problemas e pontos de vista de uma forma pacífica. Beavers et al. (1986) reforçariam esta descrição, notando que de acordo com as cotações obtidas no “Beavers-Timberlawn Family Evaluation Scale”, as famílias bem adaptadas à deficiência mental se distinguiam das famílias com uma adaptação “problemática” ou disfuncional, por denotarem uma forte aliança parental, divisão de responsabilidades, um esforço visível no sentido do equilíbrio entre a unidade do sistema e as necessidades individuais, e comunicação de valores e sentimentos pessoais.

A relevância de relações interpessoais coesas e harmoniosas reafirmou-se quando em lugar da família, se examinou um dos seus subsistemas específicos, isto é, o das interacções entre os cônjuges. Neste caso, não só o impacto familiar de uma criança com deficiência mental educável ou treinável se acentua quando reina a discórdia conjugal (Nihira, Meyers e Mink, 1980), como a satisfação com a relação conjugal emerge como um dos mais significativos preditores da adequação dos comportamentos de “coping” materno a curto (Friedrich, 1979) e a longo prazo (Friedrich, Wiltturner e Cohen, 1985; Gowen et al., 1989). Que uma relação de apoio mútuo

¹¹⁴ Numa perspectiva pragmática, estes dados implicam uma avaliação detalhada e individualizada das necessidades familiares, a centralização nas necessidades que a família identifica como prioritárias, e a provisão de uma grande amplitude de serviços capazes de acomodar toda uma série de dimensões hierárquicas de envolvimento familiar.

constitui um recurso poderoso para qualquer um dos cônjuges é, de resto, uma verificação tão comum às famílias de deficientes mentais, quanto às de crianças com outras necessidades especiais (Kazak e Clark, 1986).

2.1.4- O apoio social

2.1.4.1- Definições e componentes

O interesse pelos factores que medeiam a capacidade de adaptação familiar a acontecimentos de vida ou a situações de crise confinou-se, durante muito tempo, aos atributos do próprio sistema ou dos seus membros. Contudo, e sem desprimor para a sua acção, quando encarados como determinantes exclusivos ou primários das respostas familiares, acarretam a visão de um sistema fechado sobre si mesmo, em lugar de aberto, inserido num contexto externo, e interdependente de outros sistemas sociais.

Um factor exterior à família nuclear, que desde os anos 70, tem vindo a assumir um papel decisivo, é o que respeita ao apoio derivado das redes sociais familiares, ou seja, ao apoio dispensado por pessoas, serviços e instituições em contacto com a família.

Esta recente chamada de atenção para o apoio social tem a sua origem em três publicações marcantes no âmbito da psicologia comunitária, referentes aos benefícios das relações interpessoais na saúde física e psicológica individual. Dois epidemiologistas, Cassel (1974) e Cobb (1976), ao reverem a literatura disponível sobre os moderadores ambientais dos acontecimentos geradores de *stress*, constatariam que eram os indivíduos isolados que revelavam uma maior susceptibilidade a consequências fisiológicas e psicológicas deletérias, e que reciprocamente o suporte dos outros parecia funcionar como um escudo protector em relação a essas mesmas consequências. Paralelamente, Caplan e Caplan (1974), baseando-se nessas verificações, dedicar-se-iam ao desenvolvimento e elaboração do conceito de sistema de apoio, e à explicitação do seu “modus operandi”. Nos anos subsequentes, a proeminência do apoio social ao nível familiar tornar-se-ia também devedora de todos aqueles que, na linha da arquitectura da ecologia do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner (1977, 1979), consideraram essencial uma abordagem exossistémica, isto é, o estudo das interrelações do microsistema familiar com contextos sociais em que a criança não tinha uma participação activa.

A este respeito, e com particular interesse para o tópico que nos interessa, um conjunto, cada vez mais rico e abundante de dados, tem vindo a documentar que o apoio social influencia, de forma directa e indirecta, vários aspectos do funcionamento parental e familiar, incluindo a sua adaptação ao *stress*. Há, por exemplo, evidência de uma relação positiva entre a quantidade e adequação do apoio recebido e o bem-estar emocional materno (Belle, 1982) ou o grau de satisfação obtido no exercício do papel maternal (Crnic et al., 1983). Ainda mais relevantes são os estudos que demonstram que a influência do apoio social se estende para além das características pessoais maternas, registando-se, igualmente, em aspectos qualitativos das práticas educativas, como a maior frequência das respostas aos sinais de desprazer de bebés (Crockenberg, 1981), o menor número e rigor das regras familiares, a restrição no emprego de técnicas disciplinares autoritárias e punitivas (Colletta, 1979), e a promoção das expressões de afecto dirigidas às crianças (Colletta, 1981). Em corroboração deste padrão de resultados, as famílias negligentes ou maltratantes seriam, sistematicamente, caracterizadas como isoladas e afastadas do seu meio social (Garbarino e Crouter, 1978; Trickett e Susman, 1988), ou como relutantes em relação ao estabelecimento de contactos extrafamiliares (Crittenden, 1985).

No que se refere especificamente à acção do apoio social na mediação do *stress* familiar, a grande maioria dos estudos acima citados, a que poderíamos acrescentar vários outros (cf. McCubbin et al., 1980; Olson et al., 1989), sugerem a existência de uma interacção entre os “stressors” e o apoio social, de tal modo que a acção deste último se reveste de um poder mitigante, protector ou regenerativo em relação à influência potencialmente perturbadora dos primeiros.

Mas o que é efectivamente o apoio social? Questão ilusoriamente simples, não tivessem as

conceptualizações pioneiras de Cassel, Caplan e Caplan, e Cobb um carácter vago e implícito, que a popularidade e difusão crescentes do conceito se encarregariam de transformar numa miríade de significados generalistas. Veja-se, a título exemplificativo, que o apoio social foi definido como toda a informação que leva um indivíduo a crer que é estimado, valorizado e membro de uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976, 300), ou como recursos dispensados a indivíduos ou unidades sociais em resposta às suas necessidades de auxílio e assistência (Dunst e Trivette, 1990). Esta insuficiente especificidade conceptual tem, aliás, sido encarada como uma das mais sérias limitações deste domínio (Barrera e Ainlay, 1983), levando, inclusivamente, Barrera (1986) a advogar o abandono da referência globalizante de apoio social em favor de uma terminologia mais diferenciada.

Que o conceito de apoio social comporta diversos **componentes**, ou até mesmo, várias dimensões no interior desses componentes, é, de resto, um tópico que, hoje em dia, usufrui de um consenso cada vez mais alargado. Contudo, quando se examina a identidade desses componentes deparamos com uma quase total ausência de uniformidade ou convergência. Enquanto que, por exemplo, alguns autores optariam por dicotomizar o apoio social em estrutural e funcional (Cohen e Wills, 1985), outros prefeririam subdividi-lo em três (Barrera, 1986; House e Kahn, 1985), quatro (Barrera e Ainlay, 1983) ou cinco categorias distintas (Dunst e Trivette, 1990), originando uma apreciável proliferação de designações heterogéneas.

Não obstante, deparamos em quase todas as tipologias conceptuais ou empíricas propostas com uma distinção básica, respeitante à **existência de relações sociais, à estrutura ou às funções do apoio**. A primeira refere-se à quantidade, existência ou ausência de conexões sociais, e é avaliada por meio de indicadores globais, como o estado civil, o número de amigos, a frequência de contactos com os familiares, a pertença ou participação em organizações sociais (Barrera, 1986; Dunst e Trivette, 1990; House e Kahn, 1985). Reconhece-se, no entanto, que estes indicadores representam aproximações grosseiras e indirectas do grau de apoio disponível, tanto mais que, na óptica da promoção do bem-estar pessoal, os aspectos quantitativos das relações sociais se afiguram menos influentes que os qualitativos (House e Kahn, 1985). A manutenção da sua utilização parece ficar a dever-se, essencialmente, à facilidade da sua obtenção e ao pressuposto de que captam recursos potencialmente acessíveis em tempos de crise (Barrera, 1986).

O apoio social estrutural engloba os aspectos quantitativos e estruturais das redes sociais pessoais ou familiares¹¹⁵, e visa quer as relações que uma determinada pessoa estabelece com outras, quer as relações que estas últimas estabelecem entre si (Barrera, 1986; Cohen e Wills, 1985; Dunst e Trivette, 1990). É avaliado através da análise e caracterização das propriedades estruturais e interactivas das redes, como o tamanho, a densidade, a reciprocidade, a intensidade, etc..

Por seu lado, o apoio funcional abarca essencialmente o conteúdo, a natureza e a qualidade do auxílio ou assistência proporcionados pelos membros das redes sociais. Assim, a este nível é habitual falar-se das funções instrumental, emocional e informativa do apoio¹¹⁶ (Barrera e Ainlay, 1983; Cohen e Wills, 1985; Unger e Powell, 1980), descrevendo-as do seguinte modo: a instrumental, também conhecida como material, prática ou tangível, envolve o fornecimento de bens materiais ou serviços; a emocional, expressiva ou de “auto-estima” implica interacções não directivas baseadas na aceitação, compreensão e empatia; a informativa, de orientação cognitiva

¹¹⁵ Uma rede social é constituída pelas relações estabelecidas com os familiares, amigos, vizinhos, profissionais, etc.. Cada membro de uma família, incluindo as crianças, integra uma rede social, de fronteiras idiossincráticas, que colectivamente compreendem a rede social familiar (Unger e Powell, 1980).

¹¹⁶ Barrera e Ainlay (1983) e Cohen e Wills (1985) acrescentariam a esta lista de funções a das interacções sociais positivas ou companhia social. Todavia, não é unânime que represente uma dimensão funcional do apoio social, e não usufrui de uma comprovação empírica inequívoca (Barrera e Ainlay, 1983).

ou aconselhamento engloba todo o auxílio que visa a definição e resolução de situações problemáticas. Uma vez que estas diferentes funções são conceptualmente, mas não lógica ou empiricamente independentes, a sua avaliação tende a repousar em indicadores globais da sua disponibilidade ou da percepção da sua disponibilidade ao nível das relações sociais¹¹⁷.

Uma categorização secundária, mas particularmente comum na investigação de famílias de crianças com necessidades educativas especiais, é a que opõe as **fontes informais e formais** de apoio social. Entende-se que constituem fontes informais ou naturais de apoio os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho...) e os grupos sociais (congregações religiosas, colectividades recreativas...) que dispensam assistência na vida diária, de uma forma espontânea, e em relação a acontecimentos normativos e não normativos. Em contrapartida, considera-se que as fontes formais ou organizadas de apoio integram os profissionais (psicólogos, médicos, assistentes sociais...), as instituições (hospitais, escolas...), os serviços (serviços de segurança social, de intervenção precoce...) e os grupos (grupos de pais...), criados e formados, explicitamente, para auxiliarem os outros.

Tecidas estas considerações, permanece em aberto a questão fundamental do papel e da importância do apoio social em famílias de crianças em risco ou com deficiência mental e do grau em que estas se afastam ou aproximam dos que tivemos oportunidade de descrever em relação a famílias com crianças não deficientes.

Atendendo a que os estudos que procuraram responder a estas questões privilegiaram a abordagem das fontes informais de apoio, debruçando-se esporadicamente sobre as formais, ou contrastando muito ocasionalmente, umas e outras, manter-nos-emos fiéis a este percurso, começando por expôr aquilo que se conhece sobre o apoio informal.

2.1.4.2- O apoio social informal

A este respeito, o primeiro aspecto a captar o interesse, ainda que passageiro, dos investigadores, foi o de eventuais dificuldades no acesso a relações sociais por parte de famílias de crianças com deficiência mental, que se traduziria na precariedade das fontes de apoio, no isolamento ou numa fraca integração comunitária. Contudo, esta possibilidade, ventilada desde o final dos anos sessenta até ao presente (Farber, 1968; Wikler, 1986a), seria examinada por um diminuto número de autores (Friedrich e Friedrich, 1981; Gowen et al., 1989; McAllister, Butler e Lei, 1973) recolhendo resultados díspares e não conciliáveis. E mesmo quando se constatou o isolamento social das famílias de crianças com deficiência mental (Friedrich e Friedrich, 1981; McAllister, Butler e Lei, 1973), nunca se esclareceu se era atribuível, na parte ou no todo, à presença da deficiência mental, ou a variáveis demográficas e individuais, como o nível socio-económico, as aptidões sociais ou a extroversão, com que se sabe ou pressupõe que a mobilização do apoio social se correlaciona ou poderá correlacionar (Cohen e Wills, 1985; Minnes, 1988).

Após estes ensaios iniciais e pouco profícuos, a atenção deslocar-se-ia para a exploração da influência moderadora do apoio social ao nível dos pais, da família, e inclusive, da própria criança. Apesar da variedade de áreas abordadas e da especificidade do contributo de cada um dos estudos, registam-se algumas constantes ou denominadores comuns, como, por exemplo, a retenção, salvo raras excepções (Friedrich, Wilturner e Cohen, 1985; Stoneman e Crapps, 1988), da já muito citada e lamentável tendência de constituição de amostragens diversificadas do ponto de vista nosológico. Além disso, na avaliação do apoio social realçar-se-iam as suas funções, mais do que a sua estrutura, os seus aspectos qualitativos, mais do que os quantitativos, com particular destaque para a satisfação pessoal derivada do apoio usufruído. Ou seja, avaliou-se, essencialmente, o grau em que diferentes tipos e/ou fontes de auxílio eram percebidos pelos receptores como proveitosos. Subjacente a esta opção avaliativa, parece estar alguma evidência esparsa, de acordo com a qual os efeitos protectores do apoio são tão mais notórios quanto se

¹¹⁷ O que não significa que a análise dos efeitos específicos das diferentes funções de apoio possa ou deva ser descurada.

tomam como ponto de partida as avaliações subjectivas da sua disponibilidade e adequação (Barrera, 1986; Cohen e Wills, 1985).

À semelhança do que se verificou em relação aos pais de crianças sem deficiência, a percepção da qualidade do apoio social informal tem surgido associada a um menor número de problemas de saúde física e mental por parte dos pais de crianças e jovens com deficiência (Gowen et al., 1989), assim como a sentimentos mais positivos de competência materna (Gowen et al., 1989; Stoneman e Crapps, 1988). A este propósito, não podemos deixar de mencionar o estudo de Stoneman e Crapps (1988), pelo facto curioso de ter sido levado a cabo junto de famílias de acolhimento de deficientes mentais ligeiros e moderados, e em que a satisfação com o apoio revelou ser o mais forte preditor das avaliações de auto-eficácia materna.

Demonstrando possuir um raio de acção mais amplo, os efeitos do apoio social manifestar-se-iam, igualmente, ao nível das atitudes parentais em relação à criança e das interacções com ela estabelecidas. Segundo Dunst, Trivette e Cross (1986a, 1986b)¹¹⁸ os pais que identificavam as respectivas relações sociais como vantajosas eram os que menos protegiam os seus filhos, independentemente da categoria diagnóstica ou da gravidade das suas necessidades especiais, e que com eles realizavam actividades lúdicas mais diversificadas e numerosas.

No que concerne à relação entre o apoio informal e a vivência de uma criança em risco ou com deficiência como uma situação desencadeadora de *stress* parental, os trabalhos realizados convergem na detecção de uma correlação negativa e significativa entre ambos (Beckman, 1991; Beckman e Pokorni, 1988; McKinney e Peterson, 1987) e na indicação de que o apoio parece corresponder, efectivamente, a um recurso facilitador do processo de “coping”¹¹⁹ (Friedrich,

¹¹⁸ Nestes estudos, Dunst, Trivette e Cross avaliaram o apoio social através da “Family Support Scale”, um instrumento de auto-resposta que procura determinar o grau em que dezoito fontes de apoio são consideradas como úteis pelos pais. Como essas dezoito fontes se repartem em percentagens idênticas pelas categorias informal e formal, sem que se tenha procedido à análise diferencial dos seus efeitos, optando-se, antes, por abordar a variável apoio social na sua globalidade, a referência aos resultados obtidos no âmbito da presente rubrica não é de todo correcta. Persuadidos da relevância da diferenciação entre apoio informal e formal, sem que tal possa equivaler à alienação de informação, e face à convergência dos dados avançados por Dunst e colaboradores com os apontados por outros autores em relação ao apoio informal, decidimos, com toda a reserva, mencioná-los aqui.

¹¹⁹ Como em famílias monoparentais, as mães de crianças com deficiência mental tendem a assinalar um grau mais elevado de *stress* do que as de famílias biparentais (Beckman, 1983; Salisbury, 1987), regista-se alguma tendência para assimilar este facto à pobreza dos contactos e do auxílio social (Beckman, 1984). Dedução frágil, a nosso ver, quer porque à condição de mãe sozinha estão inerentes múltiplas exigências, tensões e dificuldades, quer porque raramente se apurou se essa condição se acompanha de uma perda ou redução assinalável de fontes de apoio. Em resposta ao apelo de Gallagher, Beckman e Cross (1983), no sentido de uma clarificação da contextualização social das famílias monoparentais de crianças com deficiência, Dunst, Trivette e Cross (1986a) constatariam que num grupo de mães sozinhas de crianças com deficiência mental, deficiência motora e em risco, a ausência de fontes tradicionais de apoio era substituída ou compensada por fontes alternativas, tais como serviços de segurança social e de saúde.

1979; Friedrich, Wilturner e Cohen, 1985).

Mas longe de se circunscreverem aos pais ou às interações dos pais com as crianças, as repercussões do apoio informal afiguram-se mais abrangentes, fazendo-se também sentir no desenvolvimento, comportamento e funcionamento infantis. No âmbito do estudo de um grupo de bebés de alto-risco ao longo do seu primeiro ano de vida, Crnic et al. (1983) e Crnic, Greenberg e Slough (1986) teriam oportunidade de notar que os resultados obtidos pelas mães num questionário de apoio social, quando os bebés tinham um mês de idade, prediziam de forma significativa comportamentos posteriores dos bebés em situações de interacção com as mães. Mais especificamente, o apoio derivado de fontes proximais, como o marido, os amigos ou os vizinhos, predizia aos 4 meses a reciprocidade e o tom afectivo dos comportamentos infantis, e aos 12 meses a segurança da vinculação às mães¹²⁰ e a contingência das respostas dos bebés às solicitações maternas. Dunst, Trivette e Cross (1986a, 1986b) também notariam que as crianças com deficiência e em risco, em idade pré-escolar, que no decurso de um ano, manifestavam os ganhos mais significativos nos seus quocientes de desenvolvimento eram aquelas cujos pais estimavam a qualidade do apoio recebido como muito proveitosa. Neste último caso, e por oposição a pais menos satisfeitos ou descontentes, os filhos eram percebidos como sendo socialmente aceites pelos outros e como pouco sujeitos a comportamentos difíceis ou problemáticos.

Estes dados revestem-se de um interesse teórico muito particular, visto que consubstanciam sugestões anteriormente adiantadas por Unger e Powell (1980), segundo as quais as redes sociais parentais afectariam as próprias crianças quer directamente através da estimulação do seu desenvolvimento cognitivo e social, quer indirectamente através da mediação das atitudes e comportamentos dos pais. Se bem que só o estudo de Crnic et al. (1983) tenha procurado elucidar se a relação entre o apoio social materno e o funcionamento infantil era de natureza directa ou indirecta, pronunciando-se a favor da segunda possibilidade¹²¹, os resultados acima referidos são importantes por si sós, pelo fornecimento de evidência complementar respeitante à pertinência e aplicabilidade dos modelos ecológicos e transaccionais do desenvolvimento infantil em populações atípicas e em risco.

Uma outra verificação importante assinalada por Crnic e respectivos colaboradores, e subsequentemente reiterada por Gowen et al. (1989) e McKinney e Peterson (1987), é a de que as diversas fontes de apoio informal produzem efeitos diferenciais. Assim, sempre que se confrontou o apoio de familiares com o de pessoas não pertencentes à família notar-se-ia que era o primeiro que exercia uma influência mais significativa no funcionamento parental e infantil. Em complemento, as diferentes fontes de apoio informal correlacionavam-se modestamente entre si (Crnic, Greenberg e Slough, 1986), sublinhando a necessidade da sua diferenciação. Seria, contudo, imprudente concluir, a partir de tudo o que tivemos ocasião de apontar sobre o apoio informal, que os seus efeitos não são senão benéficos. De facto, as redes sociais caracterizam-se por uma reciprocidade e um intercâmbio que podem adquirir contornos aversivos

¹²⁰ Crockenberg (1981) seria a primeira autora a documentar a existência de uma clara e consistente associação entre o apoio social materno e a segurança da vinculação aos 12 meses, em bebés normais. No entanto, e como nem todos os autores conseguiriam replicar o mesmo tipo de relação (Crittenden, 1985), permanecem por elucidar os parâmetros específicos que a condicionam.

¹²¹ Para Dunst e Trivette (1990), a base empírica existente é consonante com um modelo de acção do apoio social segundo o qual este influencia directamente a saúde parental que, por sua vez, e de forma progressivamente mais indirecta, afecta positivamente o funcionamento familiar e os estilos de interacção pais-criança que, por seu turno, culminam na facilitação do desenvolvimento infantil.

(Unger e Powell, 1980) ou serem impossíveis de satisfazer¹²² (Belle, 1982), fomentam um sentido comunitário e uma proximidade que se demasiado intensos, podem equacionar-se a restrição (Kazak e Marvin, 1984), e são tão passíveis de serem mananciais de apoio quanto de crítica (Frey, Greenberg e Fewell, 1989). A confirmá-lo, Frey, Greenberg e Fewell (1989) refeririam que enquanto as mães de crianças com deficiência mental ou deficiência física valorizavam a quantidade de assistência concedida por fontes informais, independentemente do grau de desaprovação que a acompanhasse, já os pais se revelavam particularmente sensíveis e vulneráveis a este último. Por seu turno, Waisbren (1980) notaria que se o apoio dos progenitores e dos amigos permitia aos pais um envolvimento e um relacionamento mais positivos com o filho portador de uma deficiência, se registava, em simultâneo, uma elevada frequência de sintomas psicossomáticos parentais.

2.1.4.3- O apoio social formal

Quando em lugar do impacto do apoio social informal, se procura examinar o do formal é-se, de imediato, surpreendido pelo esquecimento a que tem sido votado. De facto, e como todos os técnicos ou organizações profissionais vocacionados para o atendimento de famílias de crianças com necessidades educativas especiais visam, entre outros objectivos, constituir-se como fontes de apoio, poder-se-ia esperar encontrar informação detalhada e elucidativa sobre as consequências da realização ou não realização desse objectivo. Porém, rapidamente se verifica que, salvo raras e louváveis excepções, não se perspectivou ou avaliou a influência do apoio fornecido. Entre o pouco que se conhece, contam-se alguns elementos fragmentários e contraditórios, em que os contactos pais-técnicos de saúde e/ou de educação foram abordados sem que se particularizassem as modalidades que esses contactos tinham revestido e/ou os contextos em que tinham ocorrido. Deste modo, sabemos que alguns pais de deficientes apontaram o pessoal educativo como a sua mais frequente fonte de apoio (Suelzle e Keenan, 1981), e que para um grupo de mães de bebés em risco o apoio dos técnicos de saúde e de serviço social se associou positivamente à qualidade do ambiente familiar, à satisfação e às expressões de afecto maternas (Crnic, Greenberg e Slough, 1986). Todavia, nem todos os investigadores conseguiram obter resultados similares, tendo Waisbren (1980), Beckman (1991) e Beckman e Pokorni (1988) assinalado que a acção do apoio formal não correspondia a um qualquer efeito redutor das tensões experimentadas pelos pais de crianças com deficiência ou em risco. Em acréscimo, encontram-se na literatura alguns dados empíricos (Bernheimer, Young e Winton, 1983; Harris e McHale, 1989), relatos parentais (Turnbull e Turnbull, 1985), e análises críticas retrospectivas (McConachie, 1990; Turnbull e Turnbull, 1990) que confluem na indicação de que o contacto com os profissionais nem sempre tem sido sinónimo de apoio ou de que o relacionamento pais-profissionais não se tem revelado isento de problemas, conflitos e obstáculos. Quando se especificou que a comunicação e colaboração entre os pais e os técnicos tinham sido estabelecidas no âmbito de intervenções específicas, como visitas domiciliárias, programas de intervenção precoce ou de educação parental, a determinação dos efeitos produzidos centrou-se nas crianças, em detrimento dos pais, da interacção pais-criança ou da família. Ainda assim, as perspectivas de avaliação mais abrangentes e relevantes do ponto de vista ecológico informam-nos que essas intervenções se podem traduzir em múltiplos benefícios, de entre os quais destacamos a

¹²² Segundo Belle (1982), as famílias mais desfavorecidas do ponto de vista socio-económico tendem a exaurir os escassos apoios disponíveis, sem os compensarem, originando mais tensões do que proveitos. Por sua vez, Garbarino e Sherman (1980) indicariam que a penúria dos recursos das famílias em risco ambiental, as conduzia a dispensarem o menor apoio possível, tentando, concomitantemente, obterem o máximo apoio possível. Tal situação originava relações interpessoais insatisfatórias, e até acrimoniosas, acompanhadas de substituições frequentes das fontes de apoio.

melhoria do estado emocional materno (Burden, 1980), as alterações qualitativas das interacções mães-crianças (McConachie, 1986; Olds et al., 1986), a facilitação dos contactos com os familiares e amigos (Gutelius e Kirsch, 1975; Olds et al., 1986), a ampliação do uso dos recursos comunitários (Olds et al., 1986), as percepções mais favoráveis e as expectativas mais elevadas em relação à criança (Lazar e Darlington, 1982), ou a atenuação do *stress* familiar (Baker, Landen e Kashima, 1991).

Sendo o apoio formal uma componente intrínseca deste tipo de intervenções, não deixa de ser curioso que não se tenham documentado convenientemente as características, a intensidade ou o significado da assistência fornecida pelos profissionais e, acima de tudo, que o seu papel não tenha sido abordado e avaliado de forma explícita e sistematizada. Apesar de Gutelius e Kirsch (1975), se terem pronunciado pela inquestionabilidade da eficácia das acções interpessoais, na realidade, ignora-se se a partilha de informação, a assistência prática ou o apoio emocional dos técnicos estão subjacentes às modificações supracitadas, ou se, pelo contrário, estas se devem a outras componentes programáticas.

Os únicos autores que parecem ter empreendido um teste mais rigoroso desta hipótese foram Davis e Rushton (1991), no âmbito de um programa de aconselhamento familiar, que se absteve de qualquer acção directa e estruturada com a criança, enfatizando exclusivamente o apoio emocional, a informação, a exploração e clarificação de problemas e acontecimentos com as mães. O programa foi aplicado, durante 15 meses, a dois grupos de mães, de distinta nacionalidade e origem cultural, comportando um, sobretudo, crianças e adolescentes com deficiência mental moderada e severa, e o outro crianças com atrasos de desenvolvimento. No pós-teste, e por comparação com grupos de controlo de idêntica composição, as mães de ambos os grupos experimentais percepcionavam os filhos e os maridos de uma forma mais positiva e sentiam-se mais apoiadas, ao passo que as crianças evidenciavam ganhos significativamente mais elevados nas "Griffiths Mental Development Scales". Além disso, do pré para o pós-teste, as mães das crianças com deficiência mental assinalaram uma redução do *stress* familiar e passaram a considerar-se como capazes de desempenharem um papel mais activo na facilitação do desenvolvimento dos filhos.

Estes resultados sugerem que uma relação de apoio é, por si mesma, um elemento fundamental do trabalho desenvolvido junto das famílias. Não obstante, o seu pleno alcance é obscurecido por problemas metodológicos, como a ausência de uma total equivalência das crianças dos grupos experimentais e de controlo, a forte dependência das avaliações maternas, ou a influência de variáveis não controladas (aptidões sociais, apoios pré-existent, recursos intrafamiliares...). A esta reduzida informação, há que acrescentar duas importantes e actuais considerações relativas à optimização do impacto familiar do apoio formal. A primeira, derivada essencialmente dos trabalhos e reflexões de Dunst (Dunst e Leet, 1987; Dunst e Trivette, 1990; Trivette, Deal e Dunst, 1990), mas professada por outros autores (Wright, Granger e Sameroff, 1984), é a de que o apoio dispensado deve ser congruente com as necessidades identificadas e expressas pela família. Isto é, segundo Dunst e colaboradores, o apoio formal tem efeitos mínimos ou nulos quando insensível às solicitações familiares, e máximos quando canalizado para a satisfação dessas mesmas necessidades. Este princípio, ainda que sustentado por uma base empírica muito restrita, vai de encontro às afirmações dos que entenderam que alguns processos de intervenção correspondiam a fontes suplementares de *stress*, por exigirem da família ou dos pais responsabilidades, energias e investimentos que estes não poderiam ou quereriam cumprir (McConachie, 1990; Wright, Granger e Sameroff, 1984).

A segunda consideração ressalta da proeminência que têm vindo a adquirir diversas intervenções e/ou estratégias que procuram mobilizar ou modificar o apoio informal disponível e/ou alterar a natureza e estrutura das redes sociais familiares (Tracy e Whittaker, 1987). Essas intervenções corporificam uma abordagem inovadora das famílias de crianças com deficiência, em que se interpenetram os sistemas formais e informais, agindo os primeiros nos segundos, e em que o apoio dos técnicos se altera e se esbate, em proveito do fortalecimento das redes sociais informais ou da promoção de competências que assegurem aos membros da família a obtenção da assistência dos outros em situações de *stress*. Para tal, tem-se recorrido ao recrutamento de apoios potenciais, à intensificação dos de amigos ou familiares (Berger e Fowlkes, 1980), ou ao treino de competências interpessoais parentais (Intagliata e Doyle, 1984). Estes novos desenvolvimentos,

que conferem a prioridade ao apoio informal na mediação do *stress*, têm sido recebidos com interesse (Tracy e Whittaker, 1987) ou defendidos tenazmente (Trivette, Deal e Dunst, 1990). Contudo, comportam, ainda, muitas incógnitas ou aspectos pouco claros, de entre os quais sobressai o da respectiva eficácia preventiva ou correctiva de experiências adversas vivenciadas pelas crianças e suas famílias.

2.1.5- As percepções parentais das crianças com deficiência

Como vimos, para o modelo ABCX de Hill (1958), a percepção de uma situação ou a significação subjectiva que lhe é conferida pelos membros da família, constitui um importante preditor do curso dos acontecimentos nessa família. Desde os remotos anos 50 até ao presente, diversos outros autores sublinhariam que, quer no plano individual (Coyne e Lazarus, 1980), quer no plano familiar (Boss, 1986; McCubbin et al., 1980; Reiss e Oliveri, 1980), a avaliação e interpretação de uma situação e das suas presumíveis consequências representavam um poderoso determinante, senão mesmo o mais poderoso determinante (Boss, 1986), das acções e reacções subsequentes. Porém, o factor C de Hill, correspondente a esta dimensão cognitiva, não despertaria idêntico interesse nos investigadores do *stress* familiar, permanecendo, ainda hoje, virtualmente inexplorado¹²³.

Esta visível negligência das variáveis cognitivas não é exclusiva da literatura sobre o *stress* familiar, tendo-se também manifestado ao nível das perspectivas psicológicas das interacções pais-crianças. Até há pouco tempo atrás, eram sobrevalorizados os comportamentos manifestos de uns e de outros, sem que se atendesse às suas percepções recíprocas, numa inequívoca simplificação de relações eminentemente complexas. Em 1968, aquando da formulação inicial da concepção interactiva do desenvolvimento humano, Bell chamaria a atenção para a necessidade de quebrar um esquema tão limitativo, para mais tarde (Bell, 1979) falar explicitamente da necessidade de estudar os pais como seres pensantes (“the thinking parent”). Só nessa ocasião, se começaria a discutir a noção de intersubjectividade, ou se apelaria à adopção de um paradigma de mediação cognitiva dos processos interactivos, que outorgasse às percepções e significações parentais o papel fundamental que lhes cabia (Parke, 1978). Defendendo que os comportamentos dos pais eram controlados, pelo menos em certa medida, por concepções subjectivas das crianças, Parke (1978) vaticinaria que as diferenças das práticas educativas parentais em função da classe social ou do contexto cultural, tantas vezes observadas, poderiam encontrar aí a sua raiz.

As propostas de Parke (1978) viriam a ser incorporadas e/ou testadas quando, sob o primado da corrente “revolução” cognitiva da psicologia, alguns investigadores da psicologia do desenvolvimento empreenderam o estudo das ideias parentais sobre o desenvolvimento e comportamento dos filhos (McGillicuddy-DeLisi, 1982; Sameroff e Feil, 1985; Rubin, Mills e Rose-Krasnor, 1989). Deste labor, emergiria a delineação de níveis diferenciados e sequenciais de conceptualizações parentais do processo de desenvolvimento (Sameroff e Feil, 1985), assim como a comprovação de que as significações parentais variam de acordo com o contexto socio-económico (McGillicuddy-DeLisi, 1982), e influenciam ou guiam as estratégias de ensino ou as respostas dos pais aos comportamentos infantis (Rubin, Mills e Rose-Krasnor, 1989). Recorde-se que no domínio da psicopatologia infantil, a mesma ênfase cognitiva poria em relevo que a percepção materna do comportamento da criança como difícil ou problemático era susceptível de conduzir à procura de assistência especializada para a criança, e a alterações qualitativas das interacções com ela estabelecidas, sem que tal encontrasse fundamento nas acções infantis directamente observáveis (cf. ponto 1.2, capítulo II).

As primeiras aproximações das percepções parentais de deficientes mentais ligeiros parecem ter girado em torno dos seus aspectos positivos ou negativos, do reconhecimento ou não reconhecimento das dificuldades exibidas pelos filhos. Olshansky e Schonfield (1965)

¹²³ Boss (1986) e Wikler (1986a) justificariam esta indiferença com a inacessibilidade ou dificuldade de avaliação dos aspectos subjectivos.

inaugurariam esta via, ao notarem que os pais de adolescentes e jovens adultos, que tinham frequentado classes especiais, se bem que cientes das dificuldades de aprendizagem dos descendentes, inferiam dos seus melhores desempenhos em situações extra-escolares a existência de um funcionamento intelectual normal. Por seu lado, Meyerowitz (1967) indicaria que esta aparente percepção favorável da criança, não obstante o diagnóstico de uma deficiência ligeira, estava presente desde o início da escolaridade básica. Numa análise mais recente, Davis, Stroud e Green (1989) verificaram que crianças que evidenciavam um atraso no ritmo de desenvolvimento cognitivo, eram caracterizadas pelas mães como crianças, e não como seres menos capazes ou em situação de desvantagem. Em complemento, e por comparação com um grupo de controlo de mães de crianças normais, não se registaram quaisquer diferenças na quantidade, qualidade ou amplitude da informação evocada por intermédio de uma grelha de exploração de constructos, directamente inspirada na teoria da personalidade de Kelly.

Nesta mesma óptica, há que mencionar o trabalho realizado entre nós por Felgueiras e Machado (1983), junto de 22 mães de deficientes mentais ligeiros em idade escolar. Visando aprofundar os conceitos de “normal” e “anormal” em mães de crianças normais e com deficiência mental, e conhecer as suas avaliações da “normalidade” ou “anormalidade” dos filhos, as autoras notariam que nem todas as crianças com um Q.I. inferior a 70 e um atraso escolar assinalável eram consideradas como “anormais” pelas mães, afigurando-se os seus critérios mais tolerantes ou flexíveis do que os dos profissionais.

Uma questão secundária, estritamente relacionada com a maleabilidade ou reduzida negatividade das apreciações maternas, e que parece ter suscitado algum interesse, foi a do grau em que elas denotavam precisão e conhecimento da realidade objectiva, ou traduziam, pelo contrário, a revisão de percepções originais, pessoalmente mais ameaçadoras ou ansiógenas. Os critérios de precisão ou realismo adoptados revelar-se-iam, no entanto, extremamente enviesados, precários e polémicos, dado assentarem no conhecimento da criança como problemática (Weller et al., 1974), ou no grau de convergência das avaliações das mães e dos profissionais (Mealor e Richmond, 1980), entendendo-se estas últimas como padrões inquestionáveis de objectividade e rigor. Daí que, desta abordagem, apenas se inferisse que as mães tendiam a sobreestimar as capacidades dos filhos, negando, ignorando ou redefinindo a deficiência.

Na sua globalidade, estes elementos parecem indiciar que uma deficiência mental ligeira não é necessariamente um factor de *stress* parental, ou que o uso de estratégias de “coping” permite que não seja percebida e interpretada como tal. Todavia, qualquer conclusão que se possa extrair deve, a nosso ver, ser moderada pelas inexactidões das questões que têm vindo a ser colocadas. Em primeiro lugar, estas têm enfermado de uma visão excessivamente superficial, rudimentar e dicotómica das percepções parentais, como positivas ou negativas, realistas ou irrealistas. É óbvio que uma criança com deficiência mental ligeira pode ser subjectivamente percebida de formas bem mais diversificadas, e que para tal concorre uma multiplicidade de factores. Procurando evitar correr o risco de nos repetirmos, é imprescindível que acrescentemos aos factores individuais, intra e extrafamiliares, atrás referidos, alguns outros, que não tivemos oportunidade de mencionar, mas potencialmente pertinentes. É o caso, por exemplo, dos factores abaixo apontados, que se afiguram passíveis de actuarem no sentido da acentuação da percepção dos défices e das dificuldades infantis¹²⁴: a visibilidade da deficiência ou a presença de estigmas físicos (Jensen e Kogan, 1962); a utilização pelos profissionais da designação deficiência mental em relação à criança (cf. Yunker, 1988); a frequência de um estabelecimento de ensino especial (Meyerowitz, 1967); a divergência entre o nível de desempenho infantil esperado e o constatado (Wikler, 1986a); e a atribuição da deficiência a causas internas parentais (Bristol, 1987).

Em segundo lugar, têm-se registado apreciações subtis ou explícitas, de acordo com as quais uma percepção é entendida como adequada desde que desvalorizante ou em conformidade com as dos técnicos ou do meio circundante. Este posicionamento não só é indefensável, como poderia até ser

¹²⁴ Ryckman e Henderson (1965) avançariam um outro factor, o das significações da paternidade ou da existência de um filho, cuja influência não seria, no entanto, e até ao momento, objecto de uma análise aprofundada.

proveitosamente substituído por outro de sentido inverso. Ou seja, uma percepção marcada pelo negativismo, rigidez ou conformismo afigura-se bem mais perturbante do que uma dominada pela coexistência de aspectos positivos e negativos, flexibilidade ou abertura à dúvida e à contradição.

A fim de expandirem e reelaborarem o estudo das percepções e significações parentais de uma criança com deficiência mental, alguns investigadores ingleses (Davis e Cunningham, 1985; McConachie, 1986) salientariam os méritos da teoria dos construtos pessoais de George Kelly, advogando a sua adopção ao nível da pesquisa e do aconselhamento parental. Contudo, estes apelos não ultrapassariam o plano das intenções, cabendo ao modelo de crenças parentais sobre o processo de desenvolvimento de Sameroff e Feil (1985), e a um estudo dele derivado (Granger, 1983, cit. por Wright, Granger e Sameroff, 1984), a consubstanciação da mudança preconizada. Segundo Sameroff e Feil (1985), os pais constroem e organizam “teorias” mais ou menos complexas do desenvolvimento infantil e seus determinantes, que se repercutiriam nas interpretações dos comportamentos, nas atitudes e acções educativas. Essas “teorias”, elaboradas em função das capacidades intelectuais, das vivências e dos contextos socioculturais parentais, agrupar-se-iam em quatro níveis diferenciados e sequenciais de compreensão do desenvolvimento, a saber: nível simbiótico, categorial, compensatório e perspectivístico.

O primeiro nível, simbiótico ou não reflexivo, seria dominado por uma profunda indiferenciação entre os pais e a criança, que os levaria a interpretar o comportamento desta como resultado directo das suas próprias acções, e os impediria de reflectirem sobre os antecedentes causais do processo de desenvolvimento. Neste caso, qualquer dificuldade ou incapacidade infantil seria inevitavelmente vivida como incapacidade parental.

No segundo nível, categorial, os pais ver-se-iam a si mesmos e aos seus filhos como seres distintos e, em consequência, tanto atribuiriam uma dada acção a características intrínsecas infantis quanto ao que eles próprios tinham realizado ou deixado de realizar. No entanto, uma vez conferido um determinado traço ou característica (“má”, “pouco inteligente”...) à criança, este tenderia a impregnar todas as percepções e reacções parentais subsequentes. No que respeita à compreensão dos determinantes do desenvolvimento, estabeleceriam relações unívocas entre um comportamento e uma única causa, sendo incapazes de ligar diferentes causas a um mesmo problema ou diferentes problemas a uma mesma causa.

No terceiro nível, compensatório, os pais já possuiriam um conhecimento mais completo e diferenciado da criança, a tal ponto que uma dificuldade num domínio particular seria percebida como transitória ou facilmente contrabalançada por atributos ou desempenhos favoráveis. Passariam também a coordenar dois ou mais factores, passados ou presentes, com um dado aspecto do desenvolvimento, e a reconhecer que um mesmo factor poderia ter um impacto diferencial de criança para criança.

Por fim, no quarto nível, perspectivístico, surgiria uma visão mais dinâmica e multideterminada do crescimento infantil, marcada por transacções ou relações recíprocas entre a criança e o seu meio circundante. Qualquer problema ou perturbação infantil poderia ser, agora, inserido num contexto relacional amplo, analisado criticamente ou entendido como modificável pela alteração das condições desencadeantes.

Em relação aos pais de crianças com deficiência, Sameroff e Feil (1985) e Wright, Granger e Sameroff (1984) considerariam que os que possuíam uma compreensão mais simples do desenvolvimento seriam menos capazes de lidarem eficazmente com situações problemáticas, acontecendo exactamente o oposto aos que evidenciavam uma compreensão mais sofisticada. O que significaria que os últimos tomariam em conta um maior número de alternativas, se empenhariam na mobilização de recursos mais eficientes e estariam dispostos a reorganizarem os papéis familiares, apresentando, em consequência, um nível de *stress* mais elevado do que os primeiros.

Um estudo de Granger (1983, cit. por Wright, Granger e Sameroff, 1984), realizado com mães de crianças com deficiência, incluindo deficientes mentais, que participavam em programas de intervenção precoce, confere alguma plausibilidade às asserções de Wright e colaboradores, apontando, contudo, para a possibilidade das concepções do processo de desenvolvimento afectarem o *stress* materno em função do apoio social disponível. Assim, notou-se que as mães com um nível perspectivístico e um apoio restrito que tomavam parte em programas pouco

exigentes, em termos de envolvimento pessoal, eram as mais ansiosas. Em contrapartida, as menos ansiosas também exibiam um nível perspectivístico, mas sentiam-se apoiadas e envolvidas no processo de intervenção. Ou seja, o bem-estar emocional das mães que encaravam o desenvolvimento dos seus filhos como influenciado por uma vasta amplitude de factores, dependia do apoio dos familiares e amigos e da orientação e assistência dos profissionais. Por outro lado, a ansiedade das mães que compreendiam o desenvolvimento de uma forma mais concreta ou categorial aumentava na razão directa do apoio recebido. O que parece implicar que a exposição ou o confronto destas mães a ideias ou informações diferentes das suas, constituía uma forma de pressão que se reflectiria no seu nível de *stress*.

Por outras palavras, embora muitos autores realçem a importância das percepções, avaliações e interpretações dos pais de crianças com deficiência mental, poucos se dedicariam a estudá-las de modo mais elaborado ou aprofundado. Resta esperar que as recentes orientações da psicologia do desenvolvimento e trabalhos como os de Granger constituam, de facto, os propulsores de um desejado movimento de renovação.

Em síntese, a investigação sobre as famílias de crianças com deficiência mental tem vindo a assumir novos rumos no decurso dos últimos anos. Assim, tem vindo a abandonar uma orientação deficitária empenhada na identificação de vivências parentais desviantes que, em termos práticos, se traduziu, muitas vezes, na tentativa de normalizar comportamentos ou estilos de interacção. Por conseguinte, a atenção direcciona-se, hoje em dia, para a compreensão das adaptações recíprocas entre os membros de díades ou famílias de crianças com um desenvolvimento atípico, bem como para a delineação das estratégias de intervenção que melhor se ajustam a necessidades e recursos particulares. Em paralelo, tem vindo a reconhecer que as reacções parentais ou familiares à deficiência mental são tão variáveis que é impreciso e inexacto falar-se em “famílias de crianças com deficiência mental”. Daí que a questão dominante “Quais as consequências familiares da deficiência mental?” tenha vindo a ser substituída por muitas outras, mais específicas, que atendem ao grau, à etiologia ou às manifestações comportamentais da deficiência mental, a características parentais, a dimensões do ambiente familiar, ao apoio social, a crenças e valores culturais ou a a emoções, percepções e expectativas.

Neste âmbito, urge que se prossiga um labor, ainda nos seus primórdios, o de inquirir sobre o impacto familiar de uma deficiência mental ligeira. E isto, quer porque esta tem sido uma tarefa largamente negligenciada, quer porque a deficiência mental ligeira assim o requer. Atente-se, por exemplo, para a sua representatividade no domínio da deficiência mental ou para a sua singularidade em termos do período em que é usualmente identificada, da etiologia, do enquadramento socio-económico ou da sua ligação ao contexto escolar. A este nível, modelos como o duplo ABCX de McCubbin e Patterson (1983), analisado ao longo do presente capítulo, poderão constituir um meio de acesso a uma realidade praticamente inexplorada.

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO IV

Estudo Sobre o Desenvolvimento e Funcionamento Cognitivo de Crianças com Deficiência Mental Ligeira

1-OBJECTIVOS GERAIS

Constituindo a deficiência mental ligeira uma das situações de inadaptação infantil mais comuns, largamente representada no nosso país, de acordo com os poucos dados disponíveis (Bairrão et al., 1980; C.O.O.M.P., 1981), a presente investigação pretendeu, ainda que modestamente, contribuir para o conhecimento das crianças assim identificadas. Conhecimento que se nos afigura tanto mais necessário, quanto é certo que determinantes e condicionalismos de vária ordem se têm traduzido na relativa ausência das pesquisas nacionais neste domínio. Procurámos, pois, participar no colmatar de uma lacuna, por nós fortemente ressentida, a de saber quem e como são as crianças portuguesas, cujo ritmo de desenvolvimento é significativamente inferior ao dos seus pares. Assim, em primeiro lugar, pretendemos, através da reconstituição das histórias de desenvolvimento e escolaridade, traçar um perfil das crianças com deficiência mental ligeira, susceptível de informar futuros esforços de identificação precoce e intervenção educativa. Em segundo lugar, visámos caracterizar qualitativamente o funcionamento cognitivo das crianças com deficiência mental ligeira, recorrendo para o efeito à análise das respostas e à detecção de padrões de resultados específicos em testes de inteligência. Em terceiro lugar, diligenciámos no sentido de verificar se a deficiência mental ligeira tende a surgir associada, segundo pais e/ou professores, a problemas de comportamento. Em paralelo, tentámos averiguar da influência de variáveis individuais, escolares e sociofamiliares ao nível da manifestação de comportamentos percebidos como problemáticos. Em quarto lugar, procurámos atender ao microssistema escolar, procedendo à comparação de crianças com deficiência mental ligeira que frequentavam diferentes estruturas de ensino. Em quinto lugar, intentámos contemplar o microssistema familiar, documentando o impacto de um certo nível de atipicidade ou ineficiência, de cariz predominantemente escolar. Em sexto lugar, confrontados com a enorme carência de dados nacionais referentes a instrumentos de avaliação psicológica aplicáveis a deficientes mentais ou aos seus educadores, não quisemos deixar de examinar o poder informativo, a utilidade diagnóstica, a aceitabilidade e/ou a validade concorrente e empírica de alguns dos instrumentos que viríamos a seleccionar. Estas finalidades gerais foram alvo de dois estudos diferenciados, mas interrelacionados e complementares, que descreveremos de “per si”. Em complemento, e porque o primeiro desses estudos diz respeito a vários objectivos e abarca áreas diferenciadas, optámos por subdividi-lo em função das dimensões da deficiência mental ligeira abordadas. Deste modo, o presente capítulo foca essencialmente a identificação, o desenvolvimento e o funcionamento cognitivo da criança com deficiência mental ligeira, enquanto que o capítulo seguinte se refere aos aspectos socio-emocionais e, mais especificamente, aos problemas de comportamento. Por sua vez, o último capítulo representa exclusivamente o segundo estudo relativo às consequências familiares da deficiência mental ligeira.

2-ESPECIFICAÇÃO DAS QUESTÕES E HIPÓTESES

Como já se afirmou, a questão central que norteou todo o trabalho empírico residiu em saber o que é a deficiência mental ligeira, o que, por sua vez, nos remeteu para muitas outras questões como, por exemplo, a da sua especificidade enquanto categoria diagnóstica distinta dos outros graus de deficiência mental e dos distúrbios de aprendizagem. As tentativas que fomos empreendendo no sentido da elaboração de respostas defrontaram-se com os obstáculos inerentes à carência de investigação nacional e a alguma indefinição, com que este domínio se tem vindo a confrontar nos últimos vinte anos. Com efeito, factores diversos como as alterações na definição e classificação da deficiência mental, a implementação de programas de intervenção precoce, a ênfase numa prática escolar inclusiva, a preferência dos profissionais por designações não estigmatizantes, têm culminado, noutros países, quer em modificações na população identificada como evidenciando uma deficiência mental ligeira, quer numa certa falta de clareza no que concerne à natureza contextualizada, à etiologia e à estabilidade desta condição.

Um dos exemplos mais notórios desta situação é o que se reporta à flutuação inerente à simples enumeração de características do desenvolvimento, da escolaridade e do envolvimento familiar de crianças e jovens com deficiência mental ligeira. Assim, se tomarmos como referência um único país, os Estados Unidos, verificamos que, em 1973, Dunn (cit. por Polloway e Smith, 1983, 154) descrevia esses alunos do seguinte modo: (1) defrontaram-se com o insucesso e a frustração no ensino regular para onde foram inicialmente encaminhados; (2) apresentaram problemas de comportamento no ensino regular; (3) provêm de minorias étnicas e raciais; (4) os seus pais valorizam pouco a formação escolar; (5) não têm acesso a uma alimentação ou a serviços de saúde adequados (...); (6) vivem em condições de pobreza; (7) são predominantemente do sexo masculino; (8) são oriundos de lares desfeitos ou desorganizados; (9) têm dificuldades na aprendizagem escolar; (10) a sua linguagem oral é pobre. Dez anos volvidos, Polloway e Smith (1983) expressaram o seu desacordo em relação a algumas destas características, no que seriam seguidos por outros autores (Gresham, MacMillan e Bocian, 1996; MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996; Reschly, 1990). Mais especificamente, no que se refere a uma determinação puramente ambiental, veiculada nos pontos (3), (4), (5), (6) e (8) de Dunn, Polloway e Smith (1983) contrapuseram uma determinação genética, ambiental e/ou biomédica que é, aliás, congruente com as pesquisas disponíveis (cf. ponto 3, capítulo I). Por sua vez, no que respeita ao insucesso escolar e às dificuldades de aprendizagem, enunciadas nos pontos (1) e (9) de Dunn, Polloway e Smith (1983) e Reschly (1990) consideraram que o panorama era menos optimista do que essas afirmações deixavam pressupor. Na realidade, nos anos 80, os alunos americanos com deficiência mental ligeira eram encaminhados para os serviços de educação especial após fracassos persistentes, a discrepância entre a idade cronológica e o desempenho escolar era ampla e os seus problemas de aprendizagem afiguravam-se graves, generalizados e prolongados, manifestando-se, inclusivamente, na idade adulta.

Tendo por base este enquadramento, pretendemos, no nosso estudo, elaborar um perfil da criança portuguesa com deficiência mental ligeira e verificar até que ponto se distancia ou aproxima dos que acabámos de apontar. Para o efeito, centrámo-nos nos planos etiológico e escolar, e atendemos a vários tipos de factores de risco, à orientação para estruturas ou serviços de ensino especial, aos níveis de desempenho escolar, ao desfásamento entre a idade cronológica e o ano escolar frequentado, ao atraso e retenção escolares.

Por outro lado, considerámos que, mesmo numa óptica estritamente informativa, dos testes de inteligência não derivam somente os resultados quantitativos manifestos ou, como pretendem alguns dos proponentes da avaliação dinâmica (Feuerstein, Rand e Hoffman, 1979), que os produtos de experiências e aprendizagens anteriores. Convictos de que o contributo destes testes não se esgota nos resultados totais, ou de que fornecem indicadores alternativos do funcionamento cognitivo dos deficientes mentais, empenhámo-nos na análise qualitativa das respostas emitidas. Por exemplo, no caso do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.), com o

qual foi possível realizar uma exploração mais detalhada, não se visou, apenas, a confirmação de dificuldades ao nível do raciocínio concreto e abstracto por analogia. Em complemento, empreendeu-se o estudo do tipo e da distribuição dos erros cometidos, com base no pressuposto de que estes não são meras respostas irrelevantes ou o simples reflexo de influências aleatórias (Jacobs e Vandeventer, 1970). Antes pelo contrário, e como realçaram Raven, Court e Raven (1990), constituem vias de acesso às operações cognitivas envolvidas na apreensão e resolução de cada item, imprescindíveis à captação da identidade dos défices cognitivos individuais.

Remontando à caracterização cognitiva da deficiência mental ligeira pelo modelo deficitário, poder-se-ia esperar que os erros efectuados denotassem algumas constantes ou obedecessem a certos parâmetros, em detrimento de outros. E isto, porque se conhecem as dificuldades que estes sujeitos evidenciam ao nível da compreensão, definição e resolução de situações que implicam acções cognitivas tendentes ao alcance de um objectivo. No que respeita, por exemplo, à exploração, pesquisa e selecção das informações pertinentes, têm sido descritos: ou como passivos, não examinando o material apresentado e manifestando relutância em relação ao estabelecimento de comparações (Paour, 1991); ou como impulsivos, demasiado rápidos (Spitz, 1987), maximizando os aspectos figurativos, restringindo o espaço explorado e omitindo dimensões importantes. Por outro lado, ou não possuem os processos cognitivos que lhes permitiriam resolver determinados problemas, ou possuindo-os não os mobilizam, ou mobilizando-os fazem-no de uma forma excessivamente rígida (Scharnhorst e Buchel, 1990; Sternberg e Spear, 1985), não conducente à adaptação ou transformação das representações idiossincráticas iniciais. A estes aspectos, aliam-se os comportamentos espontaneamente pouco estratégicos ou não planificados, e a ausência de correcções retroactivas das acções em função das consequências que vão sendo obtidas (Brown e Campione, 1981, 1986).

Daqui resultam, frequentemente, modalidades inoperantes e assistemáticas de acção, que previamos poder ver traduzidas em erros estereotipados e repetitivos, pouco sensíveis aos elementos do próprio problema ou mais facilmente contaminados por simplificações, distorções, irrelevâncias e inconsistências.

Uma questão adicional, que abordaremos pontualmente, é a dos factores subjacentes aos erros ou modos de resolução supracitados. Assim, a confirmar-se, por exemplo, a tendência para a perseveração por parte das crianças com deficiência mental, propusemo-nos averiguar se se tratava de uma característica específica de alguns deficientes mentais, isto é, daqueles que poderiam ser categorizados como patológicos (Strauss e Werner, 1942; Chiva, 1973), ou se representava um mero reflexo do nível de desenvolvimento cognitivo, tal como expresso na idade mental (Jenkinson e Smith, 1989; García e Pérez, 1993). E isto, porque a referência pioneira de Lewin (1936, cit. por García e Pérez, 1993) à estereotipia das respostas dos deficientes mentais foi, desde então, retomada, de forma mais ou menos matizada, por muitos outros investigadores, e alvo de interpretações díspares, de natureza etiológica (Strauss e Werner, 1942; Chiva, 1973), cognitiva (Jenkinson e Smith, 1989; García e Pérez, 1993) e motivacional (Zigler, 1969). Porque nenhuma dessas leituras ou explanações se afigura como mais sólida ou robusta do que as restantes, e porque não reunimos dados que nos permitissem explorar a de ordem motivacional, não nos foi possível prever a direcção dos resultados que viríamos a encontrar.

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1-Critérios de amostragem

Como as páginas anteriores deixam entrever, a amostra compreendeu um grupo experimental composto por crianças com deficiência mental ligeira, cujas idades cronológicas oscilavam entre os 8 anos e 0 meses e os 11 anos e 11 meses, e um grupo de controlo formado por crianças normais, comparáveis às deficientes em termos de idade cronológica, sexo, nível socio-económico e carácter rural ou urbano da área de residência.

Passando a explicitar e a justificar os parâmetros seleccionados, começamos por salientar que, em

conformidade com as directrizes psicométricas veiculadas pela Organização Mundial de Saúde e pela “American Association on Mental Retardation”, se considerou que um atraso mental ligeiro correspondia à obtenção de um Q.I. superior a 50 e inferior a aproximadamente 70-75, aquando da passagem individual de um teste estandardizado de inteligência. No caso presente, o teste de inteligência empregue foi a Nova Escala Métrica de Inteligência.

Visto que este processo de identificação é indutor de falsos diagnósticos, e a fim de reduzir ao mínimo a margem de erro e mitigar a ambiguidade da diferenciação entre uma deficiência mental ligeira e um nível intelectual limítrofe, recorreu-se em todas as circunstâncias, sem excepção, a uma série de informações complementares. Referimo-nos, designadamente: aos resultados obtidos num teste de raciocínio não verbal (as M.P.C.R.); à verificação “in loco” da existência ou ausência de graves dificuldades na aprendizagem das disciplinas escolares, através da análise da história da escolaridade, das avaliações efectuadas pelos professores e do exame dos trabalhos escolares dos alunos; à persistência ou transitoriedade dessas dificuldades de acordo com o processo escolar do aluno e com a recensão do percurso escolar realizada pelos professores e pelos pais; à consulta de eventuais exames médicos e relatórios de observação e avaliação psicológica; à análise minuciosa dos dados recolhidos através da anamnese.

Procurou-se, deste modo, que só fossem incluídos no grupo experimental os casos individuais em que se registasse a confluência do Q.I. com, pelo menos, um outro indicador. Assim, e segundo as recomendações estipuladas pela A.A.M.R. (Grossman, 1983; Luckasson et al., 1992), e professadas por Zigler, Balla e Hodapp (1984), pretendeu-se, prioritariamente, obter dados evidentes de um desempenho subnormal em mais do que um teste de inteligência. Em seguida, procurou-se constatar se estava presente uma característica relevante deste quadro, ou seja, a de graves e persistentes dificuldades de aprendizagem (Gresham, MacMillan e Bocian, 1986; Pollock e Smith, 1988; Reschly, 1990). Por último, os outros indicadores só viriam a ser usados de forma pontual ou complementar, visto que: nem sempre existiam ou estavam acessíveis, como no caso dos exames médicos e dos relatórios psicológicos; ou nem sempre continham elementos elucidativos ou relevantes numa perspectiva diagnóstica, como no caso da anamnese.

Ressalta, do exposto, que decidimos não incluir a dimensão comportamento adaptativo na delimitação operacional da deficiência mental ligeira. Destaque-se, no entanto, que esta não é uma atitude peculiar ou invulgar, uma vez que as investigações existentes se têm revelado prolíferas na sua adopção (Baumeister, 1984; Harrison, 1987; Smith e Knoff, 1981).

A nossa escolha não radica, contudo, no facto indubitável de que o Q.I. e os testes de inteligência continuam a desempenhar um papel primordial no processo de identificação e diagnóstico da deficiência mental ou na convicção de que um baixo Q.I. constitui evidência necessária e suficiente da deficiência mental. Ela deriva, antes, das limitações conceptuais e avaliativas dessa dimensão (cf. ponto 1.2, capítulo II), reforçadas por uma importante insuficiência nacional. Quer isto dizer, que apesar de várias escalas de comportamento adaptativo, de proveniência norte-americana, terem sido traduzidas para português e estarem em uso entre nós, nenhuma delas foi objecto de um trabalho subsequente que determinasse se satisfazem os requisitos que viabilizariam o seu emprego para fins de despistagem e identificação. Mais especificamente, não se adaptaram os conteúdos à nossa realidade, não se realizaram estudos normativos com sujeitos deficientes e não deficientes, nem se efectuaram análises de precisão e validade. Como é óbvio, só um tal açervo de dados asseguraria que os resultados totais ou parciais alcançados fossem interpretados, ainda que sob reserva, como défices de comportamento adaptativo resultantes e/ou associados a um subfuncionamento intelectual.

No que concerne à faixa etária abrangida, foi sempre nossa intenção debruçarmo-nos sobre a infância ou sobre o período de desenvolvimento correspondente à frequência do ensino básico, visto que é aí que a deficiência mental ligeira conhece a sua expressão mais visível. Foi também a sua associação a dificuldades de aprendizagem generalizadas e ao fenómeno do insucesso escolar, e o relevo que atribuímos aos aspectos escolares, que nos levou a não tomar como ponto de partida, o limiar inferior correspondente à idade dos 6 anos. Um intervalo temporal de dois anos entre o começo da escolaridade e o processo de despistagem, não só garantia o acesso a informações escolares mais amplas, como reduzia substancialmente a possibilidade de nos defrontarmos com dificuldades de carácter meramente esporádico ou inicial como, por exemplo, as derivadas da ausência de frequência do ensino pré-escolar.

Estabelecidas estas restrições, impunha-se prosseguir a delimitação da população especificando os estabelecimentos de ensino e a área geográfica em que se seleccionariam os sujeitos. Tarefa árdua no que se refere às crianças com deficiência mental ligeira, porquanto não dispomos de elementos epidemiológicos recentes e sabemos que os casos definidos administrativamente, isto é, que frequentam as escolas especiais ou usufruem do apoio das equipas de ensino especial, constituem, apenas, uma pequena percentagem do todo real (Correia, 1990). Ignora-se, igualmente, se alguma das estruturas de atendimento comporta uma representação superior de deficientes mentais ligeiros, que factores suscitam o encaminhamento de uma criança para uma ou para outra, ou ainda, se abarcam grupos semelhantes ou altamente diferenciados de crianças deficientes. Em suma, face à escassez de dados, um dos poucos factos solidamente estabelecidos no que respeita à educação dos deficientes mentais, no nosso país, é o de que ela se tem organizado em torno de dois pólos educativos distintos. Assim sendo, a possibilidade de constituir uma amostra em função da proporção de sujeitos que os frequentavam era, de todo, inviável. Por outro lado, partilhamos a perspectiva de outros autores (Forness, Guthrie e MacMillan, 1981; Kaufman, Agard e Semmel, 1985), de que a descrição, caracterização, ou mesmo, confronto de alunos em situações escolares distintas é instrutiva e elucidativa das respectivas particularidades, desde que não se percam de vista algumas considerações. Ou seja, desde que não se omita a variabilidade das situações e a heterogeneidade dos alunos assim agrupados, e se reconheça a impossibilidade de realizar interpretações causais ou de assimilar eventuais diferenças individuais ou grupais à superioridade ou inferioridade de uma das modalidades educativas. Por tudo isto, resolvemos seleccionar um número idêntico de crianças com deficiência mental nas escolas especiais e nas escolas regulares do distrito, em que estávamos inserida e que nos era mais acessível, isto é, do distrito de Coimbra.

Seria também nos estabelecimentos oficiais do 1º ciclo do ensino básico deste distrito que se procederia à identificação de crianças sem deficiências ou dificuldades de aprendizagem, com um Q.I. médio ou superior à média e não mais do que uma repetência escolar¹²⁵, com vista à formação do grupo de controlo.

Este grupo foi utilizado com vários objectivos, de que se destacam os do teste de hipóteses relativas ao funcionamento cognitivo e à prevalência e tipologia dos problemas de comportamento dos deficientes mentais que serão abrangidos, respectivamente, neste capítulo e no seguinte. A nosso ver, o recurso a grupos equiparáveis ao nível da idade cronológica, do sexo e do estatuto socio-económico é o que de um ponto de vista conceptual melhor se adequa ao teste das referidas hipóteses.

Concedemos, no entanto, que num outro plano, o da compreensão dos mecanismos etiológicos subjacentes aos défices cognitivos ou às alterações comportamentais, a realização de comparações baseadas simultaneamente na idade cronológica e na idade mental, pode corresponder a um valor interpretativo acrescido, dado contribuir para isolar a influência da idade cronológica da do nível de desenvolvimento intelectual. Como a relevância conceptual deste procedimento se restringiria a um aspecto particular, acarretando, em paralelo, a duplicação dos esforços direccionados para a composição de grupos de controlo, decidimos prosseguir uma outra via. Quer isto dizer, que partindo da afirmação de Baumeister (1967, 1984) de que só se compreende a deficiência mental, estudando os deficientes mentais, privilegiámos a abordagem de factores etiológicos susceptíveis de operarem no interior do próprio grupo deficiente mental.

¹²⁵ Face às taxas de insucesso escolar que se registam no nosso país, e como este nem sempre equivale a dificuldades de aprendizagem, a admissão de uma repetência associada aos outros requisitos, em nada compromete o carácter “normal” do grupo.

3.2- Recolha da amostra

Na selecção dos sujeitos que participaram no estudo, empregámos uma variante da técnica de aleatorização simples, conhecida como amostragem aleatória estratificada (Drew e Hardman, 1985). Este procedimento implica a divisão da população em subgrupos ou estratos, em função de uma variável independente importante para os fins da investigação, seguida da escolha aleatória dos sujeitos que constituem os subgrupos. Quando aplicável, permite a abordagem das diferenças entre os estratos, garante a presença de subgrupos específicos e pode, inclusivamente, dar origem a uma amostra mais representativa do que a resultante de uma aleatorização simples.

A variável idade cronológica, parte integrante do nosso plano de investigação, é, seguramente, uma variável ambígua, detentora de múltiplos significados e facetas. Não obstante, ocupa um lugar preponderante na análise psicopatológica, afectando a prevalência, o aparecimento e a remissão de determinados comportamentos, a influência de alguns factores de risco, ou as avaliações de adequação e inadequação comportamental (Rutter e Garmezy, 1983). Urgia, pois, que a tomássemos em linha de conta, sondando a existência de tendências ou diferenças etárias entre os deficientes mentais.

Identificados quatro estratos, correspondentes aos 8, 9, 10 e 11 anos de idade, estipulou-se que cada um deles deveria comportar vinte crianças, sendo dez oriundas de escolas especiais e dez de escolas regulares. Este número afigurava-se, por um lado, suficientemente amplo para permitir a caracterização dos comportamentos das várias faixas etárias (Drew e Hardman, 1985) e, por outro lado, suficientemente restrito para dar conta das taxas de prevalência da deficiência mental ligeira.

No início do ano lectivo de 1900/91, envidámos os esforços conducentes à constituição da amostra, à aplicação dos instrumentos de avaliação e à recolha de dados. Assim, estabelecemos contacto com os treze estabelecimentos de ensino especial, vocacionados para o atendimento de crianças com deficiência mental, que se encontravam sediados no distrito de Coimbra. Expostos os nossos objectivos e solicitada a sua colaboração, todos acederam, pronta e amavelmente, em concedê-la. Porém, teríamos oportunidade de verificar “in loco” que quatro deles não eram, no momento, frequentados por nenhuma criança com deficiência mental ligeira. Excluídas essas escolas (A.P.P.A.C.D.M. de Penacova e Soure, A.R.C.I.L. da Lousã e C.E.R.C.I.Foz da Figueira da Foz), a lista das participantes seria a seguinte: A.P.P.A.C.D.M. de Arganil, Coimbra, Condeixa-A-Nova, Montemor-O-Velho, Tocha e Vila Nova de Poiares; C.E.R.C.I. Mira; C.E.R.C.I. Penela e A.R.C.I.A.L. (Oliveira do Hospital). Ai se identificaram 36 das 40 crianças pretendidas¹²⁶, distribuídas de modo relativamente uniforme por todas as instituições, à excepção da C.E.R.C.I. Mira que concentraria um número mais elevado de sujeitos (8).

Atendendo a que o número que nos separava do quantitativo visado era relativamente pequeno, e que o seu não preenchimento alterava, ainda que minimamente, o plano da investigação, entendemos que seria útil perspectivar o recurso a uma ou mais escolas especiais, localizadas num distrito fronteiro e similar ao de Coimbra. De entre estes, nenhum se prefigurava como escolha nitidamente preferencial, uma vez que o distrito de Coimbra é um espaço compósito, marcado por assimetrias e contrastes. Quando, por exemplo, se adopta a dicotomia litoral/interior ao nível da Região Centro, como sinónimo de uma maior ou menor concentração de pessoas e actividades económicas, é habitual englobar Coimbra, a par de Aveiro e Leiria na zona litoral (Gaspar et al., 1987). Não é, menos verdade, no entanto, que o distrito de Coimbra abarca parcelas de unidades geomorfológicas distintas, a Orla Litoral e o Maciço Antigo, e compreende duas áreas heterogéneas do ponto de vista demográfico, social e económico, o Baixo Mondego e o Pinhal Interior Norte¹²⁷. Enquanto que o Baixo Mondego tem vindo a registar uma paragem no seu ritmo

¹²⁶ A observação e avaliação das crianças foi sempre da nossa inteira responsabilidade, processando-se de acordo com os critérios anteriormente especificados.

¹²⁷ Estas áreas ou N.U.T.S. III (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos) foram delimitadas pelo Instituto Nacional de Estatística, no âmbito do Censos 91

de crescimento demográfico, mas agrupa actividades produtivas e transformadoras diversificadas, já o Pinhal Interior Norte tem revelado uma notável regressão populacional e um fraco ritmo de dinamização da actividade económica (C.C.R.C., 1994). Pode-se, por isso, afirmar que coexistem, no mesmo espaço administrativo, um litoral densamente povoado, polarizador de emprego e de riqueza, e um interior desertificado e empobrecido.

Em consequência, e como as crianças com deficiência já identificadas provinham de ambas as N.U.T.S., em lugar de se optar por um distrito tradicionalmente categorizado como litoral ou interior, decidiu-se seleccioná-lo aleatoriamente. A escolha viria a recair sobre Viseu, que curiosamente, em virtude do crescimento do sector industrial e da implementação de infra-estruturas de transporte (C.C.R.C., 1994), está longe de possuir um carácter exclusivamente interior.

Nesse distrito, um único estabelecimento de ensino especial, o Instituto Dr. Victor Fontes, da cidade de Viseu, seria suficiente para prover ao recrutamento das quatro crianças em falta. Desde o começo até à consecução da constituição deste subgrupo de crianças com deficiência, transcorreram quatro meses (de Outubro de 1990 a Janeiro de 1991).

Uma vez que as escolas especiais participantes se localizavam em vários concelhos e abrangiam uma extensão geográfica considerável, a despistagem das crianças com deficiência que frequentavam escolas oficiais do 1º ciclo do ensino básico, procurou reproduzir idêntica diversidade. Para tal, seleccionaram-se aleatoriamente seis concelhos do distrito de Coimbra: Cantanhede, Condeixa-A-Nova, Coimbra, Figueira da Foz, Lousã e Penela. Seguidamente, conhecedores do número de alunos por escola e por concelho, sorteou-se, em cada um deles, um quantitativo de estabelecimentos, cujos efectivos fossem proporcionais à distribuição da população escolar pelos concelhos. Donde resultaria um total de 24 escolas, abarcando cerca de 1570 alunos com as idades alvo, e obedecendo à seguinte repartição: 8 em Coimbra, 5 na Figueira-da-Foz, 3 em Cantanhede, 3 em Condeixa, 2 na Lousã e 3 em Penela. Embora, aparentemente, possa parecer tratar-se de um número demasiado elevado de escolas e de crianças em função do objectivo a alcançar, na prática revelar-se-ia de uma notável justeza, porquanto foi, de facto, imprescindível que nos deslocássemos a todas as escolas, até que se pudesse dar por concluída a formação deste grupo de deficientes¹²⁸.

O processo de despistagem e identificação da deficiência mental ligeira desenrolar-se-ia em três etapas, numa aproximação gradual e progressivamente mais circunscrita da entidade a abordar. Na primeira, e no caso específico das escolas do ensino regular, inquiriu-se directamente junto dos professores, da existência nas turmas que leccionavam, de crianças de 8 a 11 anos com acentuadas e persistentes dificuldades de aprendizagem, reduzido aproveitamento escolar e/ou uma ou mais repetições escolares. Excluíram-se deliberadamente as expressões “deficiência mental”, “debilidade” ou “atraso intelectual”, por se desconhecerem as representações que elas seriam passíveis de evocar e o respectivo grau de precisão. Temeu-se, sobretudo, que à semelhança do que tem sido apontado noutros contextos culturais (MacMillan, Jones e Alloia, 1974), tais termos desencadeassem expectativas negativas, ou fossem associados a uma imagem irrealisticamente depreciativa ou ao estereótipo de um indivíduo severamente afectado, com estigmas físicos e reduzidas possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem.

(I.N.E., 1990). O Baixo Mondego abarca oito concelhos do distrito de Coimbra, e o Pinhal Interior Norte os restante nove.

¹²⁸ Nalgumas escolas (12.5%) não se detectou nenhuma criança que preenchesse os requisitos de identificação estabelecidos, na grande maioria (70.8%) somente uma ou duas, e num núcleo muito restrito (16.6%) não mais de três. Estas últimas não comportavam nenhuma característica distintiva aparente: tanto se situavam em localidades rurais como em urbanas, e tanto atendiam uma população escolar numerosa como diminuta.

No caso das escolas especiais, e uma vez que todas dispunham de psicólogo(a), solicitou-se-lhe que indicasse todas as crianças que poderiam apresentar deficiência mental ligeira ou graves dificuldades de aprendizagem. A menção a ambas as condições ficou a dever-se à possibilidade dos psicólogos não possuírem resultados de testes de inteligência suficientemente actualizados que lhes permitissem concluir com precisão e segurança da existência de uma deficiência mental ligeira.

Num segundo momento, aplicou-se individualmente o teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven a todas as crianças que, segundo os professores, se ajustavam aos parâmetros propostos. Como mais adiante se explicitarão os motivos que justificaram o emprego deste teste, por ora referimos que na interpretação dos resultados totais obtidos, se utilizou o método preconizado por Raven, Court e Raven (1990), ou seja, o método dos percentis. Para estes autores, a consideração dos resultados totais em termos das percentagens de ocorrência de resultados idênticos em sujeitos da mesma idade, permite conferir-lhes significados específicos, que poderão funcionar como elementos classificativos. Deste modo, um resultado igual ou inferior ao percentil 25 pode ser entendido como traduzindo capacidades intelectuais nitidamente inferiores à média e um igual ou inferior ao percentil 5 como expressão de um défice intelectual (“intellectually impaired”). Como a aplicação das M.P.C.R. representava apenas uma das fases de um processo mais vasto, e não era susceptível de se constituir como meio único ou definitivo de detecção da deficiência mental¹²⁹ (Malpass, Brown e Hake, 1960; Orme, 1970; Raven, 1948), retiveram-se para exame posterior todas as crianças que tinham alcançado resultados iguais ou inferiores ao percentil 25. Os valores tomados como referência foram, na ocasião, os apurados numa investigação de carácter exploratório realizada com 807 crianças, dos 5 aos 12 anos de idade¹³⁰ (Simões, 1989). O terceiro e último momento envolveu a passagem individual da Nova Escala Métrica de Inteligência (Zazzo, Gilly e Verba-Rad, 1980). No entanto, sempre que se registou um Q.I. compatível com a delimitação psicométrica da deficiência mental ligeira, esta etapa só seria dada por concluída quando coadjuvada por informações adicionais dos pais e professores. Facilmente se compreenderá que, quer os quantitativos implicados, quer a natureza do procedimento utilizado, exigiram um importante dispêndio de tempo que, por seu turno, viria a comprometer o cumprimento do prazo previsto, de Março a Junho de 1991. Impôs-se, por isso, que prolongássemos este modo de actuação pelo mês de Novembro¹³¹.

O grupo de controlo foi recolhido nos mesmos estabelecimentos de ensino regular, em que decorreu o processo de rastreio das crianças com deficiência mental integradas, que acabámos de descrever. De posse da caracterização dos deficientes oriundos das escolas especiais, que se foi, lentamente, enriquecendo com a dos examinados nas escolas regulares, averiguou-se turma a turma da presença de crianças sem dificuldades de aprendizagem comparáveis às primeiras na idade cronológica, no sexo, no nível socio-económico e na ruralidade ou urbanidade da zona de residência. Se assim fosse, a inclusão definitiva dessas crianças no grupo de controlo ficava apenas dependente da obtenção de um Q.I. médio ou superior à média, aquando da aplicação individual da N.E.M.I.. Deste modo, o término da formação do grupo de controlo ocorreria imediatamente após a identificação da última criança com deficiência mental.

¹²⁹ É essencialmente um instrumento de despistagem (Malpass, Brown e Hake, 1960), que não possibilita a derivação de um Q.I. e cujo resultado deve ser, segundo o próprio Raven (1948), complementado com o de um teste de vocabulário.

¹³⁰ Sobrepõem-se, substancialmente, aos resultantes da aplicação individual do teste a uma amostra de 2006 crianças (Simões, 1994).

¹³¹ A escolha do mês de Novembro, em lugar do de Outubro, prendeu-se com a permanência do pessoal docente e com a relevância que o próprio processo de despistagem outorgou ao conhecimento das crianças por parte dos professores.

Como regra suplementar desta estratégia de emparelhamento caso-a-caso, todas as vezes que numa dada escola se verificou existir mais de uma criança normal comparável a uma criança com deficiência, confrontaram-se as respectivas datas de nascimento, e seleccionou-se aquela que menos se distanciava da criança com deficiência. Por outro lado, diligenciámos no sentido de não se extraírem mais de duas crianças de uma mesma turma, visto que posteriormente os professores tomariam parte activa no preenchimento de um questionário de comportamento. Restringindo-se o número de crianças, aumentava-se automaticamente o de professores envolvidos na avaliação, por forma a reduzir o peso dos factores subjectivos e a minorar eventuais distorções e enviesamentos.

3.3- Caracterização da amostra

Nesta rubrica, apresenta-se a estrutura da amostra e evidencia-se a estreita equivalência dos grupos experimental e de controlo, e dos subgrupos de deficientes, em relação a diversas variáveis. No quadro 4.1, indica-se a repartição em função do sexo, a média e a amplitude da idade cronológica.

Quadro 4.1

Repartição por sexo e idade cronológica média dos sujeitos da amostra

Grupos	Rapazes Raparigas		Idade Cronológica ^a	
	N	N	Médias	Desvio-Padrão
D.M.L. Escolas Especiais	27	13	119.77	13.32
D.M.L. Escolas Regulares	26	14	119.02	13.22
Total Deficientes	53	27	119.04	13.19
Normais	53	27	118.77	12.99
^a Em meses				

Este quadro reitera a verificação corrente de que a deficiência mental ligeira é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas. A proporção encontrada de 1.9/1 é quase coincidente com a de um estudo epidemiológico nacional (Bairrão et al., 1980), e se bem que um pouco mais elevada, está muito próxima da detectada noutros países (Baird e Sadovnik, 1985; Herbst e Baird, 1983; Hagberg et al., 1981a; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981). Tal como se pretendia, os grupos experimental e de controlo são rigorosamente equivalentes em relação à variável sexo e não diferem significativa-mente no que respeita à idade cronológica ($t=.302$, $p=.7632$).

Antes de passarmos à análise da distribuição do nível socio-económico, impõe-se que façamos algumas considerações preliminares sobre os princípios que nortearam a sua avaliação. Começamos por realçar que o estatuto socio-económico, enquanto índice da estratificação social e conceito explicativo do maior interesse nas ciências sociais e humanas, não é uma entidade unitária, homogénea, estável ou específica. De facto, o seu emprego reporta-se, habitualmente, a agrupamentos extremamente amplos e fluidos de pessoas, que diferem entre si em termos de prestígio, recursos económicos e educativos, poder (Mueller e Parcel, 1981), estilos de vida, sistemas de valores... (Deutsch, 1973). Daí que deva ser entendido como uma colecção de variáveis, uma descrição sumária de um conjunto de atributos, e que quaisquer subdivisões nele

operadas comportem necessariamente fronteiras pouco nítidas e uma significativa variabilidade interna.

O reconhecimento desta heterogeneidade ou multidimensionalidade parece, aliás, estar na origem da rejeição das articulações estritas e das correspondências pontuais entre o conceito e um qualquer indicador isolado. Em sua substituição, procura-se, desde há já algum tempo, captar e fazer convergir aspectos distintos, mas relacionados, do domínio socioprofissional e económico, por forma a melhor traduzir uma realidade sintética e polivalente. São disso sinais inequívocos, a difusão e a popularidade das escalas multifactoriais de avaliação, que conjugam, de forma variável, a profissão, o nível educativo, as fontes de rendimento familiar, o conforto do alojamento, as características do bairro habitado, a posse de determinados bens, como a habitação, o automóvel ou o telefone... (Lima, Dores e Costa, 1991; Mueller e Parcel, 1981; Osborn, 1987). Menos pacíficas são as questões que dizem respeito ao número e à natureza das dimensões a seleccionar ou das demarcações a estabelecer. Todavia, e apesar de não existir evidência empírica que ateste conclusivamente da primazia de uma ou mais dimensões em relação a outras, a profissão continua a ser encarada como a mais válida e fidedigna de todas (Mueller e Parcel, 1981; Osborn, 1987). Esta posição central da profissão nas sociedades industrializadas não deve, contudo, fazer-nos esquecer que a pertença a um estrato social não depende somente da actividade profissional momentaneamente desempenhada ou que as tentativas de assimilação de ambos têm deparado com inúmeros obstáculos (Queirós, 1991).

Por tudo isto, na nossa pesquisa atendemos, em simultâneo, aos indicadores profissão e formação escolar¹³². Esta última, para além de fornecer dados suplementares importantes que maximizam a possibilidade de apreensão das clivagens sociais, poderia, ainda, funcionar como atenuadora de erros e ambiguidades classificativas. Qualquer um dos indicadores seria considerado de acordo com a sua manifestação máxima numa família, ou seja, cotou-se sempre a actividade profissional ou o grau de escolaridade mais elevado do pai ou da mãe da criança, ou dos seus substitutos. Por seu turno, o número de níveis socio-económicos que viríamos a considerar está directamente relacionado com a forte concentração de deficientes mentais ligeiros nas camadas mais desfavorecidas. Nesta área, têm-se utilizado sistemas de classificação diversificados, mas que comportam, regra geral, divisões ou fragmentações no interior da classe baixa, sob pena de, doutra forma, se perder rigor e poder discriminante e informativo, ao ver-se reunida numa única categoria a grande maioria ou a quase totalidade dos sujeitos (Bairrão et al., 1979, Cooper e Lackus, 1984; Lamont, 1988; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970). A desaglutinação estabelecida diz respeito a uma classe inferior-alta, que constitui uma espécie de faixa social intercalar entre os níveis médio e baixo, e a uma classe inferior-baixa que abrange os elementos mais desprovidos de poder, rendimentos e prestígio social.

Da interligação destas linhas-mestras com a análise de classificações elaboradas no contexto nacional, tais como a de Sedas Nunes e Miranda (1968) ou a dos Grupos Socio-Económicos (Lima, Dores e Costa, 1991), resultaria um sistema classificativo quadripartido com a seguinte composição interna: nível socio-económico elevado (grandes patrões da indústria, do comércio e da agricultura; quadros dirigentes da função pública e das empresas; profissões intelectuais e científicas; oficiais superiores das Forças Armadas/ do 4º ano de escolaridade¹³³ à licenciatura ou grau académico superior); nível socio-económico médio (pequenos e médios proprietários; profissões liberais, técnicas e equiparadas de competência média; empregados administrativos; pessoal dos serviços de protecção e segurança/grau de instrução igual ou superior ao 9º ano); nível socio-económico inferior-alto (rendeiros; trabalhadores qualificados da produção industrial e dos serviços; artesões e trabalhadores de artes gráficas; operadores de instalações industriais e

¹³² Não se contemplaram outros critérios, quer porque a sua pertinência não está claramente documentada (por exemplo, certos bens materiais), quer porque vagos e de difícil mensuração (a localização da residência) ou, ainda, porque vulneráveis a adulterações (rendimento).

¹³³ Por forma, a englobar os grandes patrões da indústria, do comércio e da agricultura.

máquinas fixas; condutores e montadores; encarregados, capatazes e profissões similares da produção industrial; empregados de comércio/escolaridade igual ou inferior ao 8º ano); nível socio-económico inferior-baixo (camponeses e pescadores; trabalhadores não qualificados da indústria extractiva e transformadora, da construção civil e dos transportes; vendedores ambulantes; empregados domésticos, pessoal de limpeza e outros trabalhadores não especializados dos serviços; porteiros, distribuidores e trabalhadores de recolha do lixo/escolaridade até ao 6º ano).

A constituição do grupo de crianças com deficiência poria em evidência a superfluidade do nível elevado, visto que, como o atesta o quadro 4.2, nenhum sujeito seria passível de ser assim categorizado.

Quadro 4.2
Repartição por nível socio-económico dos sujeitos da amostra

Grupos	Nível Socio-Económico				G.L.	P
	% Médio	% Inferior	Alt%	Inferior Baixo χ^2		
D.M.L. Escolas Especiais	15	47.5	37.5	.06	2	.9708
D.M.L. Escolas Regulares	15	45	40			
Total Deficientes	15	46.25	38.75		2	.874
Normal	15	50	35	.27		

Os valores encontrados documentam a conhecida repartição socio-económica da deficiência mental ligeira sendo, inclusive, sensivelmente mais acentuados nos estratos inferiores do que os detectados noutras investigações (Broman et al., 1987; Cooper e Lackus, 1984; Lamont, 1988; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970).

Refira-se, a título elucidativo, que as profissões mais representadas no grupo deficiente mental são as de operário especializado da construção civil e da indústria (37.5%; pedreiros, pintores, electricistas, serralheiros...) e de trabalhador agrícola assalariado (12%)¹³⁴. Por sua vez, o nível de escolaridade mais elevado corresponde ao 4º ano em 61.25% dos casos, e à frequência do 2º ou 3º ano em 22.5%. Cerca de quatro por cento (3.75%) dos pais eram ambos analfabetos, e apenas em 12.5% dos casos, um deles tinha prosseguido os seus estudos para além do 1º ciclo do ensino básico.

À semelhança do que ocorre em relação à classe social, a circunscrição e categorização da variável estatuto socio-económico, também a delimitação do que constitui uma comunidade rural ou

¹³⁴ As restantes categorias profissionais são muito diversificadas e abarcam um pequeno número de sujeitos. De entre aquelas que agrupam dois ou mais indivíduos, contam-se: operário não qualificado da indústria e da construção civil (10%), pescadores e trabalhadores do sector pesqueiro (3.75%), empregados administrativos (3.75%), pessoal de limpeza (2.5%), rendeiros (2.5%), pequenos comerciantes (2.5%), vendedores (2.5%) e pequenos empresários (2.5%).

urbana está longe de ser uma tarefa fácil ou linear. Com efeito, as fronteiras entre o rural e o urbano têm vindo a esbater-se de forma progressiva, por obra das novas tendências económicas e sociais, como a modernização da agricultura ou a implementação de novos meios de comunicação, e de uma crescente separação entre a densidade populacional, a industrialização e o crescimento económico (Peixoto, 1987).

Em consequência, a respectiva operacionalização ou o estabelecimento de um limiar populacional, a partir do qual um aglomerado ou um lugar deixam de poder ser entendidos como rurais para passarem a assumir o carácter de urbanos, são empreendimentos igualmente complexos.

Ainda assim, o critério estatístico de urbano mais comum em Portugal tem sido o dos 10000 habitantes ou de capital de distrito (Carrilho et al., 1993). Contudo, esta definição, cuja aplicação sistemática se iniciou no recenseamento de 1960, comporta múltiplas desvantagens. Acarreta, por exemplo, uma nítida subavaliação do fenómeno da urbanização portuguesa, que segundo este critério se concentra na região de Lisboa e Vale do Tejo e é de cerca de metade do da média dos países europeus (Carrilho et al., 1993). Paralelamente, não detecta outros tipos de dinâmica regional, como certas formas de urbanização menos clássicas, ou de urbanização de pequeno nível ou difusa, características das regiões industrializadas do norte e do centro do país, que assentam em pequenos e médios centros urbanos e semi-urbanos e numa industrialização em meio rural. É, por isso, compreensível que o Instituto Nacional de Estatística tenha vindo a empreender a redefinição dos conceitos de urbano e de rural, e que vários investigadores tenham resolvido alargar a definição tradicional de urbano até aos núcleos com mais de 2000 habitantes (Carrilho et al., 1993; Gaspar et al., 1987; Simões, 1994). O emprego deste novo limiar é tão mais plausível, quanto se comprovou que resulta numa redução substancial dos inconvenientes do seu antecessor (Carrilho et al., 1993).

Foi ele que esteve subjacente à elaboração do Quadro 4.3, relativo à origem rural ou urbana da amostra.

Quadro 4.3

Repartição por tipo de comunidade dos sujeitos da amostra

Grupos	Tipo de Comunidade		χ^2	G.L.	P
	% Urbano	% Rural			
D.M.L. Escolas Especiais	17.5	82.5	.299	1	.5846
D.M.L. Escolas Regulares	25	75			
Total Deficientes	21.25	78.75			
Normal	21.25	78.75			

A concentração de deficientes mentais ligeiros nas zonas rurais, patenteada neste quadro, é concordante com o que tem sido apontado pelos estudos de natureza epidemiológica (Bairrão et al., 1980; Imre, 1967). Para explicar esta distribuição inequitativa tem-se invocado, sobretudo, a existência de uma maior proporção de famílias desfavorecidas do ponto de vista socio-económico nas localidades rurais do que nas urbanas (Gilly e Merlet-Vigier, 1969).

No quadro 4.4, apresenta-se uma síntese geral das características da amostra, retomando-se para o efeito alguns dos elementos previamente expostos.

Quadro 4.4
Caracterização global da amostra

	D.M.L. E. Especiais		D.M.L. E. Regulares		Normais	
	N	%	N	%	N	%
Idade Cronológica						
8A,0m-8A,11m	10	25	10	25	10	25
9A,0m-9A,11m	10	25	10	25	10	25
10A,0m-10A,11m	10	25	10	25	10	25
11A,0m-11A,11m	10	25	10	25	10	25
Sexo						
Rapazes	27	67.5	13	32.5	53	66.25
Raparigas	26	65	14	35	27	33.75
Nível Socio-Económico						
Médio	6	15	6	15	12	15
Inferior-Alto	19	47.5	18	45	40	50
Inferior-Baixo	15	37.5	16	40	28	35
Tipo de Comunidade						
Urbano	7	17.5	10	25	17	21.25
Rural	33	82.5	30	75	63	78.75

3.4- Instrumentos

Na selecção dos instrumentos de avaliação, privilegiámos os que melhor se adequavam aos objectivos visados e às características dos sujeitos a estudar. Um outro critério residiu em conferir a primazia aos aferidos, ou em vias de aferição, na população portuguesa, e/ou cuja fidedignidade, validade e sensibilidade estivessem amplamente documentadas. Como veremos, só num ou noutro aspecto particular, como a avaliação dos conhecimentos escolares ou a recensão da história de desenvolvimento, foi, de todo, impossível permanecermos fiéis às directrizes traçadas.

3.4.1- Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Este teste representa um prolongamento das Matrizes Progressivas Estandarizadas, tendo sido especialmente criado para uso com crianças ou adultos que evidenciam reduzida compreensão ou

expressão oral, atraso ou deterioração do funcionamento intelectual.

É constituído por 36 itens, agrupados em três séries de doze itens, que contêm uma figura geométrica incompleta e seis modelos de encaixe, dos quais apenas um é susceptível de preencher devidamente a figura. Requer que o sujeito apreenda os elementos que lhe são apresentados, descubra as relações ou regras subjacentes, e identifique a alternativa correspondente.

Elaborado por forma a ser independente das competências linguísticas ou de informações previamente adquiridas, avalia, segundo o próprio Raven (1948, 12), a capacidade de estabelecer comparações, o desenvolvimento de um método lógico de pensamento, os processos cognitivos que antecedem a consolidação da capacidade de raciocinar por analogia. Descrito originalmente como um teste de observação e de determinação do nível de desenvolvimento intelectual (Raven, 1948; Raven, Court e Raven, 1990), pode ser considerado, num ponto de vista mais abrangente, “como uma medida de aptidão cognitiva”, ou mais especificamente, “como uma medida dos processos de raciocínio abstracto não verbal” (Simões, 1994, 88).

Recentemente estandardizado e aferido numa amostra nacional, e detentor de sólidas e inequívocas qualidades psicométricas (Simões, 1994), usufrui, igualmente, de indicações de vária ordem sobre a sua validade e utilidade junto de deficientes mentais. Na realidade, é, desde há muito, um instrumento de uso corrente nesse grupo populacional, que tem sido entendido como eficaz na despistagem de atrasos do ritmo de desenvolvimento intelectual (Malpass, Brown e Hake, 1960; Orme, 1961, 1970). Para tal concorre, antes de mais, o seu conhecido poder discriminante, bem atestado em diversas circunstâncias. Senão vejamos: permite diferenciar crianças normais e com deficiência mental (Malpass, Brown e Hake, 1960), crianças com deficiência mental ligeira e com distúrbios de aprendizagem (Becker, 1978), e crianças com deficiência mental ligeira e com um nível intelectual limítrofe (Monedero e Sanz, 1974). Além disso, estabelece distinções no interior dos níveis de funcionamento nitidamente déficéários (Phillips e Bannon, 1968), ou seja, possibilita a discriminação dos diferentes graus de deficiência mental (Raven, Court e Raven, 1990).

Por outro lado, a evidência respeitante à validade concorrente é também satisfatória. Os resultados alcançados nas M.P.C.R. por crianças, jovens ou adultos com deficiência mental correlacionam-se moderada, ou até substancialmente, com os derivados de outros testes de avaliação intelectual, como a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (.51, Malpass, Brown e Hake, 1960; .55, Stacey e Carleton, 1955) ou para Adultos (.93, Orme, 1961), e a Escala de Inteligência de Stanford-Binet (.43, Monedero e Sanz, 1974; .96, Soriano e Plaza, 1962; .69, Stacey e Carleton, 1955)¹³⁵.

Igualmente abonatório é o facto de os seus resultados se correlacionarem de forma estatisticamente significativa com os desempenhos em tarefas de aprendizagem (Williams e Wilcock, 1966), ou de, numa perspectiva menos imediatista, serem capazes de prever a adaptação ou a competência socioprofissional de indivíduos com deficiência mental (Ionescu, Jourdan-Ionescu e Fortin, 1990).

No que respeita à validade de construto, alguns estudos têm vindo a salientar a notável semelhança ou comparabilidade das estruturas factoriais encontradas em amostras independentes de sujeitos com deficiência mental e normais (Corman e Budoff, 1974; Jenkinson e Smith, 1989). Esta estabilidade ou invariância da composição factorial das M.P.C.R. em grupos muito heterogéneos de crianças em termos de desenvolvimento intelectual, reveste-se de uma particular importância, dado assinalar, como o fazem notar Jenkinson e Smith (1989), a viabilidade das comparações entre sujeitos deficientes e não deficientes.

Alguns autores (Orme, 1961; Williams e Wilcock, 1966) têm, ainda, invocado outro tipo de justificativas para o emprego deste teste com deficientes mentais. Citam, por exemplo, a sua composição homogénea ou natureza unimodal (Orme, 1961), a sua rápida e fácil administração ou a sua quase total independência das aptidões psicomotoras e verbais.

¹³⁵ Os coeficientes de correlação são substancialmente mais baixos quando dizem respeito à pontuação alcançada na prova de vocabulário da Stanford-Binet (.15, Kilburn, Sanderson e Melton, 1966; .38, Williams e Wilcock, 1966).

Salientadas as vantagens e potencialidades deste instrumento, cremos ser, agora, oportuno traçar um breve perfil dos resultados nele obtidos por deficientes mentais ligeiros. Em primeiro lugar, tem-se verificado que os seus resultados totais não só são previsivelmente inferiores aos das crianças com distúrbios de aprendizagem ou um nível intelectual limítrofe (Becker, 1978; Monedero e Sanz, 1974), como o são, também, em relação aos das crianças normais de idêntica idade mental (Hurtig, 1954). Ou seja, depara-se, mais uma vez, com uma elucidativa exemplificação do fenómeno do “défice da idade mental” ou do “subfuncionamento cognitivo crónico” dos deficientes mentais.

Em segundo lugar, Raven, Court e Raven (1990) caracterizaram o desempenho de um deficiente mental ligeiro como denotando uma persistente, e até incontornável, incapacidade de resolução dos itens mais difíceis da série B, referentes ao raciocínio analógico. Em compensação, responderiam correctamente aos itens da série A, que envolvem, sobretudo, o completamento de padrões simples e contínuos, e solucionariam muitos dos da série AB, que abrangem a continuidade e a reconstrução de estruturas simples e complexas.

Apesar desta descrição ser intencionalmente esquemática e genérica, e como tal sujeita a imprecisões e excepções, alguns estudos efectuados no âmbito da avaliação dinâmica, não têm deixado de relativizar a asserção de Raven e colaboradores concernente à imutabilidade das dificuldades dos deficientes mentais ao nível do raciocínio concreto e abstracto por analogia. No final dos anos sessenta, Hurtig (1969), num trabalho marcante pelo seu pioneirismo, testaria a eficácia de diferentes técnicas de explicação verbal na resolução de matrizes analógicas, muito semelhantes às do teste de Raven, por parte de crianças débeis e normais com idades mentais compreendidas entre os 7 anos e 4 meses e os 8 anos e 3 meses. Notaria que, no decurso da sessão experimental, as crianças débeis eram capazes de aproveitar as explicações que lhes eram fornecidas para resolverem itens fracassados no pré-teste, concluindo que a sua capacidade de compreensão e aprendizagem desse tipo de problemas em pouco ou nada diferia da das crianças normais.

Pouco tempo depois, Feuerstein (1972), no âmbito da avaliação do potencial de aprendizagem, procurou ensinar a um grupo de trinta e seis jovens israelitas dos 11 aos 14 anos de idade e Q.I.s situados entre 55 e 70, alguns dos princípios envolvidos na resolução de problemas analógicos. Empregando variações dos itens B8 a B12 das Matrizes, registou resultados tão favoráveis que comentaria que os deficientes mentais podiam atingir níveis de funcionamento cognitivo, até aí, considerados como inacessíveis.

Budoff e Corman (1976) professando, tal como Feuerstein, o paradigma do potencial de aprendizagem, empregaram um processo de teste-ensino/treino-reteste com 114 deficientes mentais ligeiros dos 5 aos 14 anos de idade. Ao pré-teste com as M.P.C.R., seguiu-se o treino, individual ou em grupo, realizado com um material figurativo idêntico ao das Matrizes. No pós-teste, novamente com as Matrizes, os deficientes mentais apresentaram ganhos significativos num determinado tipo de itens, isto é, nos que requeriam o raciocínio analógico¹³⁶.

Carlson e Wiedl (1978) recorreram a um processo de avaliação dinâmica, completamente distinto dos que temos vindo a mencionar. Conhecido como “testing-the-limits”, incorpora diversas modificações na administração de um teste, a fim de estudar as alterações dos desempenhos daí decorrentes. Deste modo, cento e oito crianças com deficiência mental ligeira dos 8 aos 12 anos de idade foram distribuídas aleatoriamente por seis condições de aplicação das M.P.C.R. na forma caderno ou na forma tabuleiro. Três dessas condições desencadearam resultados nitidamente superiores aos das três restantes, com a particularidade dos seus efeitos benéficos se restringirem,

¹³⁶ Não se detectaram quaisquer diferenças nos itens de completamento de padrões, pelo simples facto de que estes já eram respondidos correctamente no pré-teste pela grande maioria dos sujeitos.

à imagem do assinalado por Budoff e Corman (1976), aos problemas de raciocínio analógico¹³⁷. As referidas condições envolviam: a descrição verbal da tarefa pela criança antes da escolha de uma dada alternativa e justificação desta última (verbalização durante e após a solução); a informação do examinador sobre a correcção ou a incorrecção da resposta, complementada pela respectiva explicação ("feedback" elaborado); e, por fim, a conjugação das duas condições anteriores, quer dizer, das descrições e justificações da criança e das explicitações do experimentador ("feedback" elaborado associado a verbalização durante e após a solução)¹³⁸. Os resultados deste estudo foram posteriormente replicados numa amostra de 134 deficientes mentais ligeiros (Wiedl e Carlson, 1981, cit. por Carlson e Wiedl, 1992). A única diferença notória residiu no facto da condição verbalização durante e após a solução não ter suscitado progressos equivalentes aos anteriormente verificados. Qualquer um destes estudos daria origem a observações entusiásticas e/ou esperançosas sobre as ignoradas possibilidades de funcionamento cognitivo dos deficientes mentais ligeiros. Contudo, outras análises têm avançado elementos que aconselham alguma prudência ou contenção. Assim, nem todos os investigadores conseguiram reproduzir os ganhos supracitados, tendo-se até constatado a ausência de melhorias de crianças e jovens com deficiência mental em experiências de aprendizagem mediatizada de problemas analógicos (Tzuriel e Klein, 1985). Por outro lado, Hurtig (1969) e Corman e Budoff (1973, cit. por Budoff, 1987) têm sucessiva e unanimemente destacado as dificuldades de transferência das aprendizagens assim efectuadas¹³⁹.

3.4.2.- Nova Escala Métrica de Inteligência (N.E.M.I.)

A N.E.M.I., versão portuguesa da "Nouvelle Échelle Métrique de l' Intelligence" de Zazzo, Gilly e Verba-Rad (1978, 1980), representa o termo de um longo trabalho de rejuvenescimento e aperfeiçoamento do primeiro teste de inteligência conhecido, o Binet-Simon. De facto, se este

¹³⁷ Há que ressaltar que a forma tabuleiro produziu resultados mais elevados nos itens de completamento de padrões do que nos analógicos. Aparentemente, a informação visual que esta forma facultava, constitui um auxiliar precioso na resolução de itens de índole perceptiva, mas é obviamente irrelevante nos mais abstractos.

¹³⁸ As condições que não acarretaram qualquer mudança digna de registo foram as seguintes: aplicação conforme às instruções do manual; a criança enuncia os motivos da sua escolha, depois desta ter ocorrido (verbalização depois da solução); e o experimentador comunica à criança se a sua resposta está certa ou errada ("feedback" simples).

¹³⁹ Não obstante, a diversidade dos componentes do ensino ou do treino dispensados, e quer este tenha incidido directamente sobre os itens das Matrizes (Corman e Budoff, 1973, cit. in Budoff, 1987) ou sobre as suas variantes (Hurtig, 1969), todos assinalam que, enquanto a transferência para tarefas de estrutura idêntica ou paralela se desenrola sem obstáculos de maior, sucede exactamente o contrário em tarefas mais distantes do ponto de vista da estrutura, formulação ou contextualização. No dizer de Campione, Brown e Ferrara (1983), as diferenças entre as crianças com deficiência mental e as normais da mesma idade mental acentuam-se na razão directa em que a necessidade de empregar as regras aprendidas de um modo flexível se torna mais premente.

último se revelou espectacularmente operante no que se refere ao cumprimento da finalidade a que se destinava, a de despistagem de crianças atrasadas, tal não impediu que alguns psicólogos mais atentos notassem (Montenegro, 1976) ou procurassem obstar aos seus defeitos de construção. Como é sobejamente conhecido, tais diligências culminaram no aparecimento da Stanford-Binet nos E.U.A. e da N.E.M.I. em França.

Por seu turno, a N.E.M.I., uma escala ordinal de inteligência que comporta 73 itens de natureza heterogénea repartidos por 12 níveis etários, seria adaptada e aferida para a população portuguesa por Bairrão Ruivo e equipa do Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógica de Lisboa. Mas, porquê privilegiar, ainda hoje, a aplicação de uma escala reformulada ou reconstruída como a N.E.M.I., cujos primórdios remontam ao início do século? Por várias razões, talvez umas mais válidas ou decisivas do que as outras. Primeiro que tudo, porque se trata de uma escala de uma sensibilidade e de um poder discriminante verdadeiramente excepcionais, no que concerne à captação de uma realidade, nem sempre precisa, como é a deficiência mental ligeira (Zazzo, 1979a). Qualificada de extremamente útil para a determinação dos níveis de superioridade e atraso do desenvolvimento em crianças dos 3 aos 14 anos (C.O.O.M.P., 1981), foi e é, sem dúvida, um instrumento diagnóstico de eleição. O seu homólogo norte-americano conheceria, aliás, um idêntico estatuto, sendo citado como um dos mais difundidos ou recomendados na identificação da deficiência mental (Grossman, 1987; Luckasson et al., 1992).

Depois, porque tem apresentado uma óptima sensibilidade genética, e porque tendo como referência aquilo que a escola exige prediz o êxito e os desempenhos escolares (Zazzo, Gilly e Verba-Rad, 1978). Este facto era para nós tanto mais relevante quanto nos propunhamos abordar uma forma particular de insuficiência ou de inadaptação aos critérios sociais de rendimento ou progressão escolar.

Por outro lado, porque dirigindo-se essencialmente à inteligência concreta até aos 8, 9 anos de idade e à inteligência abstracta a partir dos 10, ou dito de outro modo, porque abarcando uma vasta amplitude de níveis de desenvolvimento, possibilita a avaliação de indivíduos com um funcionamento gravemente comprometido e permite a introdução de provas gradualmente mais difíceis ou complexas para os restantes. Por comparação com outros testes de inteligência, estas são, na nossa opinião, vantagens reais que nem sempre é fácil encontrar reunidas num mesmo instrumento.

Por fim, a menos decisiva de todas as razões proveio de uma verificação da nossa prática junto de sujeitos com deficiência mental, já expressa por Bairrão et al. (1979). Na realidade, quando se contempla a utilização de uma escala de inteligência, de justo renome nacional e internacional, como a W.I.S.C., constata-se que os resultados provenientes da aferição para a população portuguesa são neste grupo especial altamente discordantes dos da N.E.M.I.. Regista-se, designadamente, uma sobreestimação das capacidades individuais pela W.I.S.C., que não conflui nem com os valores obtidos noutras provas psicológicas, nem com critérios escolares e de adaptação social¹⁴⁰ (Bairrão et al., 1979).

Este conjunto de razões não nos fez esquecer uma ou outra limitação, como a obtenção de apenas dois indicadores globais (Q.I. e idade mental), alguma escassez na detecção e dissecação das superioridades e inferioridades cognitivas dos débeis ou, acima de tudo, a sobrerepresentação das

¹⁴⁰ Este facto pode estar relacionado com os aumentos importantes dos Q.I.s que se têm vindo a verificar em vários países, e que por década têm atingido a magnitude de 10 pontos na Alemanha, de 6 a 8 pontos no Japão, Áustria, França, Holanda e Bélgica e de 3 pontos nos Estados Unidos (Kaufman, 1994). Pressupondo-se que idêntico fenómeno também tem ocorrido em Portugal, na prática isto significa que quanto menos actuais forem as normas de um teste mais provável é que o Q.I. alcançado represente uma sobreestimação das capacidades infantis. Ora, enquanto que a aferição da WISC se efectuou nos anos 60 (cf. Marques, 1970), a da NEMI teve lugar nos anos 70 (Zazzo, Gilly e VerbaRad, 1978, 1980).

capacidades verbais e simbólicas e dos conhecimentos de índole escolar. Esta última é, certamente, a objecção mais enérgica e comum de que têm sido alvo as escalas que se filiam na Binet-Simon. Ainda assim, e no que concerne exclusivamente à N.E.M.I., trata-se de uma observação algo imerecida, visto que não aplicável à faixa etária dos 3 aos 7 anos. Zazzo (1979a) preferiu, aliás, descrever a N.E.M.I. como uma escala de composição heteróclita, cuja solidez e resistência à passagem do tempo se situava, precisamente, na diversidade das funções cognitivas avaliadas.

3.4.3- Inventário de Desempenho Escolar

Este inventário foi elaborado por Sloper et al. (1990), no âmbito de um trabalho sobre o rendimento escolar de crianças inglesas com deficiência mental. Abarca três grandes áreas: a leitura, a escrita e a matemática que, por seu turno, abrangem uma amplitude considerável de competências ou aquisições, desde as mais elementares até às mais complexas. Por exemplo, a área da leitura compreende 17 itens que se estendem do pré-requisito “Faz corresponder figuras de objectos comuns” à aptidão de “Lê com compreensão para obter informação”. As áreas da escrita e da matemática englobam, respectivamente, 19 e 22 itens.

Cada um destes itens foi cotado com zero ou um ponto, consoante a criança evidenciava (1) ou não (0) as referidas competências. Calculou-se um resultado para cada uma das áreas ou domínios que adicionados redundaram num Índice de Desempenho Escolar, teoricamente compreendido entre zero e cinquenta e oito pontos.

De acordo com Sloper et al. (1990), este inventário denota uma adequada consistência interna (de .97 a .89) e os seus resultados correlacionam-se significativamente com a idade mental (de .73 a .79).

Apesar da evidência sobre a precisão e validade deste instrumento ser obviamente parca, gostaríamos de notar que foi extremamente difícil localizar qualquer meio de avaliação do desempenho escolar das crianças com deficiência mental ligeira. Por um lado, porque, como é por demais conhecido, não dispomos no nosso país de testes estandardizados de leitura, escrita ou matemática. Por outro lado, porque mesmo optando por provas, em lugar de testes, foi impossível detectar uma que incluísse os níveis diversificados de aquisições com que prevíamos poder vir a confrontar-nos.

3.4.4- Anamnese

A anamnese integra as rubricas usuais neste tipo de instrumentos, e corresponde a uma síntese pessoal das empregues noutros trabalhos sobre deficiência mental (Chiva, 1973; C.O.O.M.P., 1981).

Não obstante as vicissitudes a que uma anamnese ou uma reconstituição retrospectiva de acontecimentos estão sujeitas, tais como objectividade reduzida, precisão aleatória, escamoteação de factos pertinentes ou deseabilidade social, considerámos que só ela poderia assegurar a recolha de informações básicas das trajectórias de vida individuais. Deste modo, constituiu a via de acesso possível a uma série de aspectos díspares, como o processo de desenvolvimento, factores de risco, contexto sociofamiliar ou história da escolaridade.

3.4.5- Aplicação dos instrumentos

Os testes de avaliação intelectual (N.E.M.I. e M.P.C.R.) foram aplicados individualmente, fora da sala de aula, num local tranquilo e livre de influências exteriores.

A anamnese foi respondida no contexto de uma entrevista que, por sua vez, teve lugar na grande maioria das situações no domicílio familiar, visto que o horário de trabalho dos pais os impedia de

se deslocarem à escola no período do seu normal funcionamento. O dia e a hora exactos da entrevista foram sempre objecto de um acordo prévio, que levou em linha de conta as preferências pessoais parentais, a não interferência com as actividades domésticas e a possibilidade de alguma privacidade. Nos restantes casos, quer porque os pais possuíam a disponibilidade necessária ou o entenderam como mais conveniente, quer porque o director do estabelecimento de ensino se dignou conceder-nos a sua permissão, a entrevista desenrolou-se numa dependência do edifício escolar ou nas suas imediações.

No entanto, a aplicação da anamnese restringiu-se aos pais das crianças com deficiência mental ligeira, dado que no caso dos pais das crianças do grupo de controlo se revelou necessário excluí-la. E isto, porque a colaboração desses pais era também imprescindível ao nível do completamento de um questionário de comportamento. Ora, após alguns ensaios verificou-se que a resposta a ambos os instrumentos acarretava um prolongamento considerável da duração da entrevista, a que os pais de crianças normais e sem qualquer problemática identificada nem sempre demonstravam receptividade. Neste contexto, e não sem pena nossa, optámos por dispensar a anamnese.

No grupo experimental, colaboraram na resposta à anamnese 71 mães (88.75%), 1 pai (1.25%), 2 mães adoptivas (2.5%), 1 pai adoptivo (1.25%) e 5 substitutos parentais (6.25%).

O Inventário de Desempenho Escolar foi respondido pelos professores das crianças com deficiência. Acaso surgissem dúvidas sobre o domínio de determinadas competências, criou-se a oportunidade de as verificar directamente, solicitando-se à criança que realizasse actividades correspondentes.

Os professores das crianças com deficiência colaboraram, ainda, na caracterização da situação escolar presente e passada dos seus alunos.

Participaram na aplicação dos instrumentos de avaliação ao grupo de controlo duas psicólogas, devidamente preparadas.

4- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Factores de risco: A definição e categorização dos factores de risco obedeceu ao constante na literatura da especialidade (Einfield, 1984; Hagberg et al., 1981b; Kopp, 1983; Sameroff, 1990; Werner, 1985). Em consequência, contemplámos dois grandes grupos de factores de risco, os de natureza biológica e ambiental. Por sua vez, no âmbito dos factores de risco biológico, isto é, dos antecedentes pessoais e familiares que assinalam a eventualidade de futuros défices (Bairrão, 1994), considerámos, de acordo com a respectiva cronologia, os de índole pré-natal, perinatal e pós-natal.

Particularizando, entendeu-se como factores pré-natais os que actuam no período compreendido entre a concepção e o 7º mês de gravidez (Kopp, 1983), como, por exemplo, familiares com deficiência mental, alterações genéticas, doenças infecciosas (rubéola, sífilis, toxoplasmose, etc.), dependência ou abuso de substâncias, doenças maternas crónicas (diabetes, epilepsia, asma, etc.) ou relacionadas com a gravidez. No entanto, e dada a importância que tem sido conferida aos determinantes genéticos na deficiência mental ligeira (cf. ponto 3.1, capítulo I), decidimos operar uma divisão no seio da categoria pré-natal, atendendo, por um lado, à presença de familiares com deficiência mental e, por outro, aos restantes exemplos acima mencionados. A fim de melhor os diferenciarmos, atribuímos aos primeiros a designação de factores hereditários e mantivemos para os segundos a designação de factores pré-natais.

Já os factores perinatais foram equacionados como ocorrendo entre o 7º mês de gravidez e o 28º dia de vida do bebé (Kopp, 1983), e como englobando, entre outros, anóxia, hipóxia, gestação igual ou inferior a 37 semanas, peso à nascença igual ou inferior a 2500 gramas, infecções do sistema nervoso central e hemorragia cerebral.

Por seu turno, considerou-se como factores pós-natais os que sobrevêm no período subsequente ao 28º dia de vida, tais como traumatismos craneanos, meningite, encefalite, ingestão de substâncias tóxicas, acidentes de viação e défices de nutrição.

Por último, no contexto dos factores de risco ambiental, ou seja, de características familiares e

sociais que podem estruturar défices essencialmente de natureza psicológica (Bairrão, 1994), contemplámos diversos indicadores como, por exemplo, o baixo nível socioprofissional e escolar dos pais, as fratrias numerosas, as perturbações da saúde mental parental, a ausência da figura paterna, mães adolescentes ou possível negligência.

Atraso e retenção escolares: A variável atraso escolar reporta-se unicamente às crianças com deficiência mental ligeira que frequentam escolas especiais, e corresponde ao desfasamento entre o nível escolar actual e aquele que seria previsível que acompanhasse em função da sua idade cronológica.

Por seu turno, a variável retenção escolar respeita exclusivamente às crianças com deficiência mental ligeira que frequentam escolas do ensino regular, e equivale, tal como a própria designação indicia, ao número de repetências ou repetições de anos.

Perturbações da saúde mental parental: Tomaram-se como referência os casos de alcoolismo ou com qualquer tipo de alteração, devidamente especificada na anamnese.

Em conformidade com os parâmetros de diagnóstico estipulados pela D.S.M.-III-R e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), e com critérios de classificação nacionais (Pinto Gouveia et al., 1993), as situações de alcoolismo deveriam traduzir-se em padrões actuais de bebida excessivos (mais de 0.5 litro de vinho ou equivalente por dia), diários ou circunscritos a períodos temporais específicos, recorrentes, passíveis de afectarem o desempenho laboral e os cuidados com as crianças e/ou de originarem problemas legais, interpessoais ou sociais.

Modalidades inoperantes de acção: Foram equacionadas em termos de erros por perseveração, de erros evitáveis e de escolha de alternativas de resposta pouco sensíveis aos elementos dos problemas que integram o teste das M.P.C.R..

Por seu turno, um erro por perseveração foi operacionalizado como a escolha de uma alternativa incorrecta que se situa exactamente na mesma posição (ou tem o mesmo número) que a alternativa seleccionada no item precedente. Por exemplo, quando a criança opta, bem ou mal, pela primeira alternativa num item, e no seguinte volta a optar, agora incorrectamente, pela primeira alternativa. Já os erros evitáveis foram definidos, de acordo com o enunciado por Fracchia et al. (1969, 97), como o insucesso para resolver itens, cujo nível de dificuldade não excede as capacidades individuais dos sujeitos. Por conseguinte, considerou-se que se estaria na presença de um erro evitável sempre que as crianças fracassassem itens fáceis e solucionassem itens difíceis, ou sempre que respondessem incorrectamente a mais itens do que o que seria previsível em cada série. Por último, a selecção de alternativas de resposta pouco sensíveis aos elementos dos problemas das Matrizes foi operacionalizada, em consonância com o sistema de categorização proposto por Raven, Court e Raven (1990, 4-8), como correspondendo às alternativas que contêm figuras irrelevantes ou arbitrarias.

Etiologia normal e patológica: Esta classificação etiológica assenta nos dados constantes da anamnese e está, por isso, sujeita a todas as reservas que um tal procedimento, legitimamente, suscita.

Numa primeira tentativa de classificação, seguiram-se as indicações e ponderações estipuladas por Chiva (1973, 59-61), isto é, considerou-se que: um débil normal é aquele em que apenas existe evidência da presença de factores hereditários; um débil patológico é aquele que apresenta factores pré, peri ou pós-natais passíveis de terem alterado o funcionamento do sistema nervoso central.

A coexistência de diversos factores de risco num mesmo sujeito a que

faremos menção mais adiante, e a eliminação de todos os casos que suscitaram dúvidas e/ou hesitações, só permitiram que 9 sujeitos fossem identificados como normais e 17 como patológicos.

Porque o quantitativo de débeis normais encontrado se revelou demasiado restrito, e visto existirem outras modalidades de categorização etiológica, eventualmente não menos meritórias do que as de Chiva (1973), recorreremos, em alternativa, à avançada por Burack (1990). Os dois autores coincidem na definição de um deficiente mental patológico, mas divergem na de um deficiente mental normal ou familiar. De facto, para Burack (1990), um deficiente mental familiar é todo o sujeito que não apresenta evidência de um comprometimento do sistema nervoso central, independentemente de ter ou não familiares com deficiência mental. Esta perspectiva mais abrangente viabilizou a identificação de 29 deficientes mentais familiares e de 17 deficientes mentais patológicos.

5- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita em função das áreas abordadas e/ou dos instrumentos utilizados.

O tratamento estatístico dos resultados foi realizado com os programas informáticos: Statview 512+ (1986), S.P.S.S. (1988) e IteMan, Rascal e Ascal (1986).

5.1- Factores de risco e história da escolaridade

A análise dos dados da anamnese, coadjuvada pela recolha de informações junto dos professores, pôs em evidência facetas ou aspectos da deficiência mental ligeira que não quisemos descurar. E isto, porque vão de encontro a uma finalidade geral, enunciada páginas atrás, a de poderem contribuir para o conhecimento das crianças portuguesas com deficiência mental.

Os elementos que a seguir se apresentam devem, no entanto, ser entendidos em função do seu valor real, quer dizer, enquanto meros esclarecimentos que os pais puderam e/ou quiseram comunicar-nos. Além disso, nem sempre dizem respeito à globalidade das crianças com deficiência, uma vez que os pais adoptivos e os substitutos parentais ignoravam partes mais ou menos significativas do passado dos seus filhos ou educandos. Refira-se, a este propósito, que as três situações de adopção e igual número das de substituição parental tinham surgido em consequência de condições de extrema privação psicossocial ou de franca negligência parental na primeira infância.

Em relação aos factores de risco, começamos por referir que o número de casos com familiares deficientes mentais¹⁴¹ se revelou particularmente elevado, resultando numa percentagem total de 48.1% de crianças com um ou mais membros da família com deficiência mental. Quando à

¹⁴¹ Foi possível incluir neste cômputo setenta e sete crianças, correspondendo as excluídas às adoptadas.

semelhança de outros autores (Hagberg et al., 1981b; Son Blomquist, Gustavson e Holmgren, 1981) nos restringimos aos parentes em primeiro grau, omitindo os de segundo grau, a percentagem total desce para 21%, valor que está já mais próximo dos 29% avançados por Hagberg et al. (1981b) e dos 15% de Son Blomquist, Gustavson e Holmgren (1981).

Estes valores necessariamente aproximativos e sujeitos a inúmeras fontes de erro, não podem, obviamente, ser interpretados à luz de uma forte e quase que exclusiva componente genética da deficiência mental ligeira.

Atesta-o, por exemplo, o quadro 4.5, onde se procedeu à recensão dos casos que apresentavam isolada ou conjuntamente factores de risco de natureza hereditária, pré, peri ou pós-natal¹⁴².

Quadro 4.5
Factores de risco

Factores de Risco	Nº	%
Hereditários	16	21.6
Pré-Natais	6	8.1
PeriNatais	9	12.2
Pós-Natais	5	6.7
Hereditários e Pré-Natais	3	4.1
Hereditários e PeriNatais	5	6.7
Hereditários e Pós-Natais	3	4.1
Hereditários, Pré, Peri e/ou Pós-Natais	10	13.5
Pré e PeriNatais	2	2.7
Peri e Pós-Natais	2	2.7
Desconhecidos	13	17.6

Constata-se, pois, que os factores de risco pré, peri e pós-natais estão sobremaneira representados no grupo deficiente mental (60.8%), e, mais importante ainda, que numa proporção assinalável de casos eles coexistem com os hereditários (20.4%).

Um outro dado curioso, reside no facto da percentagem de crianças com deficiência e sem um qualquer factor biomédico ou hereditário digno de nota ser consideravelmente mais reduzida do que a indicada noutros estudos (cf. ponto 3.3, capítulo I).

O panorama torna-se mais complexo quando, para além da presença simultânea de mais do que um dos factores de risco supracitados, se atenta em indicadores socio-económicos e familiares que

¹⁴² Excluíram-se, por falta de informação, as crianças adoptadas (n=3) e algumas das que estavam a cargo de substitutos parentais (n=3).

pela possibilidade de influírem negativamente no processo de desenvolvimento têm sido categorizados como factores ambientais ou psicossociais de risco (Sameroff, 1990; Werner, 1985). Recorde-se o baixo nível socioprofissional e educacional de muitos dos pais das crianças com deficiência, a que se pode acrescentar, por ordem decrescente de frequência, o das fratrias com quatro ou mais elementos (38.75%), as situações de alcoolismo parental (25%), a ausência de uma presença paternal regular (16.25%) ou as perturbações da saúde mental parental (6.25%). Com todas as limitações inerentes a uma recolha de dados fundada, exclusivamente, nos testemunhos parentais, vemos desenhar-se um quadro que é reminescente do processo de acúmulo ou da interacção de factores de risco evocados na parte teórica.

No que respeita à história da escolaridade, um dos factos salientes é o da alta percentagem de crianças (55%) que não frequentou um estabelecimento de ensino pré-escolar, e em reflexo o escasso número (n=4) das que aí usufruíram de assistência pedagógica especializada.

Quanto à questão de como se processa ou de qual o momento em que se efectua o ingresso numa escola especial, o quadro 4.6 demonstra que, no que concerne à deficiência mental ligeira, este ocorre, usualmente, após a frequência do ensino regular.

Quadro 4.6
Ingresso numa escola especial

Ingresso Escola Especial	N	%
Sem frequência E. Regular	8	20
1 ano E. Regular	4	10
2 anos E. Regular	17	42.5
3 anos E. Regular	8	20
4 anos E. Regular	1	2.5
5 anos E. Regular	2	5

De facto, os casos de ingresso directo numa escola especial, sem passagem pelos estabelecimentos de ensino oficial, foram diminutos e corresponderam, sobretudo, a perturbações do sistema nervoso central e a atrasos de desenvolvimento detectados na primeira infância e, desde então, objecto de um acompanhamento pediátrico continuado.

Todavia, na grande maioria das situações as crianças inseriram-se no sistema regular de ensino, e

só posteriormente, as suas dificuldades de aprendizagem acrescidas da inexistência de apoio pedagógico complementar e da vivência de insucesso¹⁴³, parecem ter desencadeado o processo de encaminhamento para uma estrutura especial¹⁴⁴.

Pelo contrário, as crianças com deficiência mental ligeira que permaneceram nas escolas regulares foram, de uma forma geral, as que tinham manifestado uma menor incidência de atrasos na aquisição dos referenciais do processo de desenvolvimento¹⁴⁵ e que beneficiavam da acção dos membros das Equipas de Ensino Especial.

Essa permanência no ensino regular surge, no entanto, intimamente associada ao fenómeno do insucesso escolar, consubstanciado no facto de 65% das crianças com deficiência terem sido retidas duas ou mais vezes¹⁴⁶.

A progressão escolar das crianças com deficiência mental em escolas especiais é também consideravelmente lenta, como o atesta o número de anos de atraso escolar¹⁴⁷. Ressalve-se que o quadro 4.7 agrupa, por mera conveniência de apresentação, variáveis que não possuem significados equivalentes e que, por isso, não são susceptíveis de comparação directa.

¹⁴³ Apenas cinco crianças (15.6%) receberam apoio das Equipas de Ensino Especial no período de frequência do ensino regular. Por seu turno, nenhuma das crianças que esteve no ensino regular por dois ou mais anos lectivos, transitou para a 2ª fase.

¹⁴⁴ De acordo com os pais, os professores do ensino regular desempenharam um papel proeminente nessa orientação, ao passo que os psicólogos, os médicos ou outros técnicos só assumiram idêntico destaque numa porção restrita de casos.

¹⁴⁵ Mais de metade das crianças em escolas especiais (52.5%) tinha aprendido tardiamente a andar, a falar e/ou a controlar os esfínteres, ao passo que ocorrências análogas só foram relatadas em 25% das crianças das escolas regulares.

¹⁴⁶ Trata-se de uma simples verificação que não autoriza que se infira da existência de uma relação unívoca entre a deficiência mental ligeira e o insucesso escolar.

¹⁴⁷ Excluíram-se do cômputo dos anos de atraso escolar, três crianças cuja escolarização se tinha iniciado tardiamente, isto é, aos 8-9 anos, por aparente incapacidade de resposta de uma qualquer instituição educativa local. Inclui-las, daria lugar, na nossa opinião, a uma imagem particularmente falseada.

Quadro 4.7
Atrasos e retenções escolares das crianças com deficiência mental

Número de anos	D.M.L. E. Especiais Atraso escolar		D.M.L. E. Regulares Retenção	
	N	%	N	%
Nenhum ano	-	-	1	2.5
1 ano	-	-	13	32.5
2 anos	6	16.2	15	37.5
3 anos	16	43.2	10	25
4 anos	10	27	1	2.5
5 anos	5	13.5	-	-

Quando em alternativa, nos debruçamos sobre o nível escolar das crianças com deficiência em escolas especiais e regulares, verifica-se, de imediato, que os dois grupos quase não se sobrepõem, evidenciando níveis muito díspares.

Como tivemos oportunidade de, em relação à história da escolaridade, recolher informações quer junto dos pais, quer junto dos professores, notámos que, no subgrupo das crianças com deficiência que frequentavam as escolas regulares, o nível de escolaridade nem sempre coincidia com o seu efectivo desempenho escolar. Ou seja, apesar de estarem inseridas em turmas do 2º, 3º ou 4º ano de escolaridade, as crianças acompanhavam habitualmente programas de anos escolares precedentes. De acordo com os professores, a distribuição corrigida seria a seguinte: ao nível do 1º ano, 25 crianças (62.5%); ao nível do 2º ano, 14 (35%); e, ao nível do 3º ano, apenas uma (2.5%).

Daí que os resultados provenientes da aplicação do Inventário de Desempenho Escolar forneçam uma caracterização menos falaciosa das realizações escolares dessas crianças do que a exposta no quadro 4.8. São essas competências que figuram nos quadros 4.9 e 4.10.

Quadro 4.8
Níveis escolares das crianças com deficiência mental

Nível escolar	D.M.L. E. Especiais	D.M.L. E. Regulares
	N	N
Preparação escolarização	11	-
1º ano	23	-
2º ano	6	36
3º ano	-	3
4º ano	-	1

Quadro 4.9
Resultados escolares das crianças com deficiência mental

Resultados Escolares	D. M. L. Escolas Especiais			D.M.L. Escolas Regulares		
	Md	Min	Máx	Md	Min	Máx
Leitura	5	0	17	11	3	15
Escrita	7.5	2	16	10	6	17
Matemática	9	1	22	12	1	21
Desempenho Escolar	21	4	35	33	10	52

Quadro 4.10
Comparação dos resultados escolares

Resultados Escolares	D.M.L Escolas Especiais		D.M.L. Escolas Regulares				
	Média	D P	Média	D P	GL	T	P
Leitura	5.52	3.89	9.97	4.21	78	-4,90	.0001
Escrita	7.82	3.10	10.47	2.73	78	-4,05	.0001
Matemática	9.92	5.42	11.9	5.05	78	-2,28	.0252
Desempenho Escolar	22.57	11.95	32.35	11.41	78	-5,32	.0001

Estes quadros documentam que as crianças com deficiência inseridas em escolas especiais têm,

com efeito, desempenhos inferiores aos daquelas que com um idêntico grau de deficiência mental, idade cronológica e sexo estão integradas no ensino regular.

Um outro comentário, é o de que as crianças com deficiência mental ligeira, independentemente da modalidade educativa frequentada, evidenciam sérias dificuldades académicas. Para uma idade cronológica média de 9 anos e 9 meses, as suas aquisições escolares evocam, na grande maioria dos casos, as de uma criança do 1º ano de escolaridade.

5.2- Funcionamento intelectual

5.2.1- Resultados da N.E.M.I.

No quadro 4.11, encontram-se os Q.I.s e as idades mentais médias dos subgrupos de deficientes mentais, bem como dos grupos deficiente mental e normal.

Quadro 4.11
Q.I.s e Idades Mentais dos grupos deficiente e normal

Q.I./Idade Mental	Grupos	Médias	DP	T	G.L.	P
Q.I.	D.M.L. Escolas Especiais	58	6.49	-4.35	78	.0001
	D.M.L. Escolas Regulares	64	6.20			
	Total de Deficientes Mentais Ligeiros	61	7.03			
	Normais	100	8.40			
Idade Mental ^a	D.M.L. Escolas Especiais	68.82	8.02	-3.63	78	.0005
	D.M.L. Escolas Regulares	76.17	9.94			
	Total de Deficientes Mentais Ligeiros	72.5	9.71			
	Normais	118.4	12.96			
^a Em meses						

Em conformidade com o mais baixo desempenho escolar das crianças com deficiência em escolas especiais, a que acabámos de aludir, verifica-se que os seus Q.I.s e idades mentais são significativamente inferiores aos das crianças que se mantêm nas escolas regulares.

De facto, quando se confrontam, por intermédio do quadro 4.12, as distribuições dos Q.I.s e das idades mentais dos dois subgrupos de crianças, nota-se que são consideravelmente distintas, concentrando-se em pólos opostos. Veja-se, por exemplo, que os Q.I.s das crianças das escolas especiais se situam, sobretudo, entre os 50 e os 59 pontos (60%), enquanto que os da maior parte das crianças integradas oscilam entre os 65 e os 70 pontos.

Quadro 4.12
Distribuição dos Q.I.s e Idades Mentais das crianças com deficiência por
modalidade educativa

Q.I. / Idade Mental	Escolas Especiais		Escolas Regulares	
	N	%	N	%
Q.I.				
50-54	15	37.5	4	10
55-59	9	22.5	6	15
60-64	8	20	8	20
65-70	8	20	22	55
Idade Mental				
4A,0M-4A,11M	5	12.5	1	2.5
5A,0M-5A,11M	19	47.5	9	22.5
6A,0M-6A,11M	15	37.5	19	47.5
7A,0M-7A,11M	1	2.5	9	22.5
8A,0M-8A,11M	0	0	2	5

No que respeita ao desempenho do grupo deficiente mental neste teste, constata-se que a globalidade dos itens dos níveis etários dos 3, 4 e 5 anos e dois dos itens dos 6 anos (item 20 (figuras lacunares) e item 24 (descrever uma gravura)) se revelam muito fáceis, ao passo que todos os que se situam para além da faixa etária dos 7 anos se revelam muito difíceis. Torna-se, deste modo, evidente que os êxitos das crianças com deficiência mental se circunscrevem aos itens que apelam à inteligência concreta, aos processos perceptivomotores, à simples compreensão ou reprodução linguística ou a conhecimentos de natureza socio-escolar¹⁴⁸. Por outro lado, os fracassos em itens como os de comparação de objectos, lógica verbal, vocabulário e contagem decrescente assinalam a presença de dificuldades ao nível do estabelecimento de relações, da atenção aos detalhes, da compreensão de situações sociais, da fluência verbal e da capacidade de representação mental.

¹⁴⁸ Este aspecto ressurgue quando se analisam a extensão e a progressão dos índices de dispersão dos dois grupos. Enquanto que no grupo normal os referidos índices conservam sempre alguma amplitude (Med=15.5) e aumentam rapidamente dos 9 para os 10 anos de idade mental, os do grupo deficiente mantêm-se fracos (Med=4) e não manifestam nenhuma tendência ascendente regular dos 5 aos 7 anos de idade mental. Por outras palavras, enquanto que as crianças normais, ao crescerem, aproveitam, cada vez mais, da extensão e da natureza heterogénea da escala, as deficientes revelam-se incapazes de ultrapassar os itens que não põem em jogo o pensamento abstracto.

5.2.2- Resultados das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Em relação a este teste, começamos por apresentar no quadro 4.13 a distribuição em termos de percentis dos resultados totais alcançados pelas crianças com deficiência e normais.

Quadro 4.13

Percentis dos resultados totais no grupo deficiente e normal

Percentis <u>Grupo Deficiente Mental</u>		Percentis <u>Grupo Normal</u>	
	N		N
20	5	90	2
10	42	80	6
5	14	75	5
4	6	70	17
3	3	60	14
2	8	50	21
1	2	40	15

Este quadro comprova a exactidão das indicações de Raven, Court e Raven (1990), no tocante aos percentis que podem, com segurança, ser considerados como delimitações de um funcionamento intelectual subnormal. O percentil 10, em particular, ao representar 93.75% das pontuações das crianças com deficiência mental, emerge como um marco bastante preciso de identificação de capacidades intelectuais déficéárias. Contudo, e visto que uma pequena percentagem de crianças com deficiência mental obtém valores superiores a esse percentil, a adopção de um limiar ligeiramente mais elevado, equivalente ao percentil 20 ou 25, surge como inteiramente aconselhável para fins de despistagem da deficiência mental.

No quadro 4.14 são visíveis os resultados totais dos subgrupos de crianças com deficiência.

Quadro 4.14

Resultados totais das crianças com deficiência nas M.P.C.R.

Grupos	Média	Desvio-Padrão	G.L.	T	Significância
D.M.L. E. Especiais	15.47	3.13	78	-1.49	.138
D.M.L. E. Regulares	16.42	2.51			

Deste quadro convém reter que a imagem de alguma superioridade intelectual das crianças com deficiência em escolas regulares em relação às das escolas especiais se dilui neste teste de raciocínio. O que sugere que a fonte das diferenças detectadas na N.E.M.I. radica noutras aptidões que não as perceptivas e lógicas abrangidas pelas Matrizes.

Que os dois instrumentos de avaliação intelectual utilizados, se bem que relacionados, não produzem resultados inteiramente convergentes ou são passíveis de, como pretendem Soriano e Plaza (1962) serem empregues indistintamente com crianças com deficiência, ressalta do exposto no quadro 4.15.

Na realidade, os coeficientes de correlação entre os Q.I.s da N.E.M.I. e os resultados totais das M.P.C.R. são modestos, e até inferiores aos indicados por outros autores em relação a crianças com atrasos de desenvolvimento intelectual (Monedero e Sanz, 1974; Soriano e Plaza, 1962; Stacey e Carleton, 1955). Ocorre exactamente o oposto quando em lugar do Q.I. se atende à idade mental derivada da N.E.M.I., que revela correlações elevadas e significativas ($p < .01$) com as Matrizes. O que evidencia que a confluência entre os dois instrumentos se verifica não em relação a uma ratio de idades ou ritmo de desenvolvimento, mas sim em relação a um suposto nível global de desenvolvimento intelectual, indiciado pela idade mental¹⁴⁹.

Quadro 4.15

Correlações dos resultados das Matrizes e da N.E.M.I.

N.E.M.I.	Grupo Deficiente Resultado M.P.C.R.	Grupo Normal Resultado M.P.C.R.
Idade Mental	.63	.78
Q.I.	.27	.26

Vejamos, agora, no quadro 4.16, como se situam os resultados totais e por série do grupo deficiente mental por comparação com os do grupo normal.

Há que notar, antes de mais, que o resultado total médio do grupo deficiente mental está muito próximo do apontado noutros trabalhos que empregaram amostras semelhantes à nossa do ponto de vista diagnóstico e etário (Becker, 1978; Malpass, Brown e Hake, 1960; Mueller, 1969; Tzurriel e Klein, 1985).

¹⁴⁹ Uma outra divergência interessante entre a N.E.M.I. e as M.P.C.R. é a que diz respeito à grandeza das relações entre os seus resultados e os do Inventário de Desempenho Escolar no grupo deficiente mental. De facto, as correlações das Matrizes com a leitura (.37), a leitura e escrita ou linguagem escrita (.41), a matemática (.38) e o desempenho escolar (.41), apesar de satisfatórias, significativas ($p < .01$) e muito mais favoráveis do que as registadas por Mueller (1969) num grupo de deficientes mentais educáveis, são inferiores às detectadas com a idade mental da N.E.M.I., que oscilam entre .68 (matemática), .72 (leitura) e .74 (linguagem escrita e desempenho escolar). Por referência às Matrizes, os resultados da N.E.M.I. constituem, ao que tudo indica, preditores mais importantes do rendimento e adaptação escolar deste grupo especial.

Um outro comentário é o de que a caracterização sumária do desempenho de um deficiente mental ligeiro neste teste, efectuada por Raven, Court e Raven (1990), deve ser entendida por referência a uma etapa de vida ou a um estágio de desenvolvimento posteriores aos focados neste estudo. Para as crianças com deficiência mental ligeira a série Ab surge, efectivamente, como mais difícil do que a A, mas parece comportar, ainda, tantos obstáculos quanto a B.

Quadro 4.16
Resultados totais e por séries dos grupos normal e deficiente

Resultados	Grupo Deficiente Mental		Grupo Normal		T	Significância
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Série A	7.32	1.40	10.02	1.00	-13.98	.0001
Série Ab	4.77	1.39	9.16	1.53	-18.89	.0001
Série B	3.85	1.20	7.06	1.64	-14.08	.0001
Total	15.95	2.85	26.25	3.60	-20.00	.0001

A determinação do índice de dificuldade dos itens, com base na fórmula recomendada por Muñiz (1992) para itens de escolha múltipla¹⁵⁰, patente no quadro 4.17, constitui uma prova concludente do que acabámos de referir.

¹⁵⁰ A fórmula, que procura atenuar a influência do acaso na escolha de alternativas correctas, é a seguinte: $ID = \frac{A-E}{(K-1)}$.

N

“A” representa o número de sujeitos que acertaram o item, “E” o número dos que o erraram, “K” o número de alternativas do item e “N” o número de sujeitos que o tentaram resolver.

Quadro 4.17

Índices de dificuldade e de discriminação dos itens das Matrizes

Item	<u>Grupo Deficiente Mental</u> Ind. Dificuldade	<u>Grupo Normal</u> Ind. Dificuldade	<u>Grupos Deficiente e Normal</u> Ind. Discriminação
A1	1.00	1.00	.00
A2	1.00	1.00	.00
A3	.95	1.00	.18
A4	.91	1.00	.25
A5	.88	1.00	.30
A6	.73	.98	.41
A7	.32	.82	.52
A8	.52	.89	.46
A9	.17	.86	.64
A10	.16	.83	.63
A11	.14	.19	.51
A12	.12	.04	.31
Ab1	.98	1.00	.11
Ab2	.89	1.00	.27
Ab3	.80	1.00	.36
Ab4	.37	.94	.60
Ab5	.32	.85	.58
Ab6	.07	.80	.70
Ab7	.08	.83	.64
Ab8	.09	.71	.73
Ab9	.09	.52	.62
Ab10	.07	.58	.49
Ab11	.05	.47	.49
Ab12	.08	.12	.07
B1	.98	1.00	.07
B2	.83	1.00	.35
B3	.44	.97	.59
B4	.49	.89	.50
B5	.10	.83	.72
B6	.05	.53	.55
B7	.08	.59	.48
B8	.15	.03	.20
B9	.08	.08	.30
B10	.03	.29	.46
B11	.00	.02	.37
B12	.00	.08	.33

De acordo com as coordenadas classificativas de Garrett (1962), enquanto que a série A engloba cinco itens fáceis ($p < .75$) e três de dificuldade intermédia para os deficientes mentais ($.25 > p < .75$), já as séries Ab e B contêm, respectivamente, sete e oito itens difíceis ($p < .25$) para os deficientes

mentais¹⁵¹. Registe-se que, para as crianças normais da mesma idade cronológica, as três séries comportam um número restrito de itens difíceis.

A fim de darmos continuidade aos esforços de circunscrição das dificuldades específicas dos deficientes mentais, calculámos para os dois grupos considerados conjuntamente, o índice de discriminação dos itens. Este índice traduz o grau em que cada um dos itens distingue ou discrimina entre os sujeitos que obtiveram pontuações altas e baixas no teste, o que, no caso em apreço, correspondia às crianças normais e com deficiência mental.

Para a determinação deste índice, socorremo-nos da correlação bisserial pontual corrigida, disponível no programa informático Iteman, Rascal e Ascal (1986), que é apontada como particularmente indicada quando os itens são dicotómicos (ou se acertam ou se erram) e os resultados totais constituem uma variável quantitativa contínua ou discreta¹⁵² (Muñiz, 1992). Uma vez que o aumento no valor da correlação, exprime um maior poder discriminante dos itens, verifica-se, através da leitura do quadro 4.17, que os itens que apresentam coeficientes de correlação superiores a .20 ou .30 são ligeiramente mais comuns nas séries Ab e B do que na A. Além disso, a média das correlações dos itens de cada uma das séries, é também mais elevada nas séries Ab (.35) e B (.34).

Mas, que dimensões ou características partilham os itens que as crianças com deficiência não conseguem resolver? Para respondermos a esta questão, seguimos duas vias distintas, se bem que complementares. A primeira consistiu em apelar para esquemas classificativos dos processos representados ou envolvidos nos 36 itens das Matrizes, como os delineados por Hurtig (1954) e Raven (1965, cit. por Corman e Budoff, 1974). Adoptando o sistema de Raven, constata-se que: os itens que exigem o completamento de padrões simples e contínuos (A1 a A8) ou discretos (Ab1 a Ab3, B1 e B2) são os mais bem sucedidos; seguem-se-lhes os itens de apreensão de figuras como um todo (Ab4 a Ab12, B3 a B5), onde já se registam algumas dificuldades; os itens que implicam o completamento de padrões com mudança de uma (A9 e A10) ou de duas direcções (A11 e A12) e o raciocínio concreto ou abstracto por analogia (B10 e B12) são muito frequentemente mal sucedidos.

A segunda via apoiou-se nas indicações de Corman e Budoff (1974) e Jenkinson e Smith (1989) sobre a comparabilidade ou invariância das estruturas factoriais das M.P.C.R. em crianças com deficiência mental e normais. À luz dessas indicações, recorreremos à solução factorial obtida na amostra nacional de 2006 crianças que responderam ao teste numa situação de aplicação individual (Simões, 1994, 329). A referida solução comporta três factores: um de natureza eminentemente perceptiva, designado de completamento de um padrão simples e descontínuo (itens A2, A3, A4, A5, A6, Ab1, Ab2, Ab3, B1 e B2); outro de raciocínio, denominado de raciocínio concreto e abstracto por analogia (itens Ab 12, B8, B9, B10, B11 e B12); e um terceiro que reúne a percepção e o raciocínio concreto por analogia, intitulado de completamento de padrões através de estruturação e raciocínio concreto por analogia (itens A7, A9, A10, Ab4, Ab5, Ab6, Ab7, Ab8, Ab9, Ab11, B3, B4, B5, B6 e B7). Os resultados da aplicação desta solução factorial encontram-se no quadro 4.18.

Como se pode observar, o grupo deficiente mental revela, em relação ao normal, diferenças

¹⁵¹ A ordenação dos índices de dificuldade dos itens por série indica que, no que respeita ao grupo deficiente, os itens se encontram muito bem colocados: cada série começa com os mais fáceis e termina com os mais difíceis. O único item que nesse grupo surge nitidamente mal colocado é o A7.

¹⁵² Outros métodos de cálculo do índice de discriminação ou não se adequavam às características das variáveis a correlacionar e à forma da distribuição geral dos resultados (correlação bisserial, coeficiente phi...), ou requeriam uma amostra de maior dimensão (índice baseado na proporção de acertos).

estatisticamente significativas nos resultados médios de todos os factores. Não obstante, verifica-se que as crianças com deficiência mental são capazes de resolver a quase totalidade dos dez itens de completamento de padrões simples e descontínuos, que erram os seis de raciocínio por analogia, e que só acertam um número diminuto dos quinze que envolvem a continuidade e reconstrução de estruturas simples e complexas e o raciocínio concreto.

Quadro 4.18
Resultados por factor dos grupos deficiente e normal

Factores	Grupo Deficiente Mental		Grupo Normal		Significância	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Raciocínio concreto e abstrato por analogia	1.1	.62	1.15	1.1	-4.94	.0001
Completamento de um padrão simples e descontínuo	9.98	1.14	10.05	1.1	-6.49	.0001
Completamento de padrões através de estruturação e raciocínio concreto por analogia	12.07	4.48	12.30	2.31	-20.79	.0001

Integrando os elementos captados pelas duas vias, é possível afirmar-se que as dificuldades das crianças com deficiência mental ligeira não radicam, unicamente, nos itens que apelam para processos operacionais ou requerem soluções lógicas. De facto, estendem-se a itens, como os da série Ab, cuja resolução está essencialmente dependente de processos gráficos, perceptivos e espaciais ou que implicam a construção perceptiva de um todo.

5.2.3- Erros das crianças com deficiência mental ligeira nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Num outro plano, o do estudo dos erros cometidos pelos deficientes mentais, analisámos diversos tipos ou categorias de respostas incorrectas. Um deles foi o dos erros por perseveração, tendo-se observado, que as crianças com deficiência mental ligeira cometem, efectivamente, um maior número de erros por perseveração (n=340) do que as normais (n=128), sendo a diferença entre as respectivas percentagens (20.24% e 9.15%) estatisticamente significativa: $t(70) = -3.15$, $p = .0024$. A percentagem de erros por perseveração do grupo deficiente mental (20.24%) é, aliás, idêntica, à assinalada por Jenkinson e Smith (21.8%, 1989), com o mesmo instrumento, numa amostra de 72 crianças com deficiência mental ligeira com idades cronológicas compreendidas entre os 10 e os 12 anos de idade.

Tanto num grupo como no outro, este tipo de erros surge fortemente associado ao índice de dificuldade dos itens, como o documentam as correlações de -0.76 no grupo deficiente e de -0.80 no grupo normal.

Um exame mais detalhado do número e da proporção destes erros realizado por cada um dos deficientes mentais, revela que esta é uma modalidade de resposta peculiar a alguns, mas não a todos os deficientes mentais. Na verdade, 23.75% das crianças não efectuou nenhum ou tão

sómente um ou dois destes erros, 62.5% não foi além dos três a seis erros e, apenas, 13.75% cometeu entre sete a treze.

Na tentativa de clarificação desta heterogeneidade interindividual, procurámos averiguar da influência de variáveis potencialmente relevantes, como a idade mental e a etiologia. Não se detectaram quaisquer diferenças significativas em função da etiologia familiar ou patológica¹⁵³, codificada de acordo com as recomendações de Burack (1990; $t(44) = 1.78$, $p = .0813$).

Pelo contrário, encontrou-se um desvio significativo na proporção média de erros por perseveração nos níveis dos 5 e 6 anos de idade mental¹⁵⁴ ($t(60) = 2.465$, $p = .0166$), a favor da idade mental mais elevada. Em complemento, uma regressão linear simples da idade mental revelou-se muito significativa ($F(1,79) = 11.87$, $p = .0009$, R^2 ajustado = .132), comprovando que o nível de desenvolvimento cognitivo actua como preditor da rigidez ou reduzida flexibilidade de alguns deficientes mentais.

Estes resultados vão de encontro aos detectados por Jenkinson e Smith (1989) e García e Pérez (1993), que ao verificarem que os deficientes mentais não se distinguiram, ao nível da perseveração no erro, dos normais da mesma idade mental, a entenderam como a simples expressão do nível de desenvolvimento cognitivo. Por outro lado, contradizem a asserção de Chiva (1973), de que os débeis patológicos se caracterizariam pela estereotipia e resistência à mudança e os débeis normais pela maleabilidade.

Seria, contudo, imprudente encarar os resultados encontrados como a plena confirmação das considerações explanatórias de Jenkinson e Smith (1989) e de García e Pérez (1993), ou como a total refutação da perspectiva professada por Chiva (1973). A este respeito, chama-se a atenção para o facto da abordagem do fenómeno da perseveração, por nós empreendida, se ter processado em relação a um único tipo de respostas, e da dicotomização etiológica empregue ser distinta da de Chiva (1973), ser inegavelmente imprecisa e abarcar um número relativamente reduzido de sujeitos.

Por último, convém ter presente que a rigidez ou a perseveração dos deficientes mentais poderá não ser o produto exclusivo de um disfuncionamento cerebral ou do nível de desenvolvimento cognitivo. Com efeito, Zigler (1969) alertado para a adversidade dos ambientes familiares ou institucionais em que viviam muitos deficientes mentais e, em particular, para a carência ou distorção das suas relações interpessoais, empenhar-se-ia em demonstrar que eram esses aspectos que ao desencadearem uma excessiva dependência ou passividade eram responsáveis pela perseveração. Apesar da evidência¹⁵⁵, a favor desta origem motivacional da perseveração ser diminuta e pouco robusta, o posicionamento de Zigler não pode, obviamente, ser descurado.

Um outro tipo ou categoria de erros analisado foi o dos evitáveis. Segundo Fracchia et al. (1969) e Sheppard et al. (1969) traduzem irregularidades na consistência e na precisão dos desempenhos individuais, são sensíveis a influências emocionais, põem em evidência a adopção de estratégias por ensaio e erro e fornecem uma estimativa do desempenho potencial de um sujeito. No caso

¹⁵³ Estes dois subgrupos de sujeitos não diferiam ao nível do Q.I. ($t(44) = 1.17$, $p = .2468$), da idade mental ($t(44) = 1.02$, $p = .3138$) e da idade cronológica ($t(44) = .56$, $p = .5772$).

¹⁵⁴ Não recorremos aos 4, 7 e 8 anos de idade mental, por respeitarem a apenas 6, 10 e 2 crianças, sendo, por isso, pouco representativos. O mesmo não se pode dizer dos níveis dos 5 e 6 anos de idade mental, constituídos por, respectivamente, 28 e 34 crianças.

¹⁵⁵ As experiências realizadas com deficientes mentais institucionalizados mostraram que: o grau de perseveração era directamente proporcional à privação social pré-institucional (Zigler, 1961, cit. por Zigler, 1969); as crianças normais e com deficiência mental ligeira que viviam nos seus lares não demonstravam qualquer propensão nesse sentido (Green e Zigler, 1962, cit. por Zigler, 1969).

particular da deficiência mental ligeira, a exploração destes erros revestia-se de um interesse adicional, na medida em que representava uma via de acesso ao fenómeno do “subfuncionamento cognitivo crónico”, ou ao facto de que as capacidades cognitivas, ainda que limitadas ou déficéárias, nem sempre são plenamente utilizadas pelos deficientes mentais em situações de avaliação ou de aprendizagem.

Um método de verificação dos erros evitáveis consiste em, tendo por base os índices de dificuldade dos itens, examinar os protocolos de cada sujeito, determinar qual o item mais difícil que ele conseguiu resolver e cotar todos os itens mais fáceis, mas incorrectamente respondidos, como erros evitáveis (Fracchia et al., 1969). Pressupõe-se, deste modo, que um sujeito que erra um item e, em seguida, acerta itens com um grau de dificuldade superior possui as capacidades necessárias para solucionar o primeiro. Foi este procedimento que esteve na origem dos resultados apresentados no quadro 4.19.

Os valores encontrados atestam que os erros evitáveis são muito mais frequentes nas crianças com deficiência mental do que nas normais. No entanto, uma limitação do procedimento empregue, que restringe consideravelmente o alcance que pode ser atribuído à diferença constatada, é o de que as crianças podem ter acertado o item mais difícil ou errado o mais fácil por mero acaso ou simples acidente (Simões, 1994, 204).

Quadro 4.19

Erros evitáveis dos grupos normal e deficiente

Grupos	Média	Desvio-Padrão	G.L.	T	Significância
Grupo Deficiente	12.06	5.80	158	-10.04	.0001
Grupo Normal	4.77	2.89			

Em consequência, decidimos recorrer a um método alternativo de quantificação dos erros evitáveis. Referimo-nos às discrepâncias na composição dos resultados individuais, ou à distância que separa o resultado obtido em cada uma das séries do que seria previsível em função do resultado total individual (Raven, 1960, cit. por Fracchia et al., 1969). Tomando como referência, a composição normal da distribuição dos resultados para as três séries, derivada da amostra nacional de aferição (Simões, 1994, 371), pudemos verificar se as crianças com deficiência e normais tinham errado mais itens do que o previsto em cada série, bem como se tinham solucionado itens mais fáceis e fracassado itens mais difíceis.

Quadro 4.20

Erros evitáveis por série

Grupos	Série A	Série Ab	Série B	Total
Grupo Deficiente	15	33	40	88
Grupo Normal	9	16	35	60

O número de erros evitáveis por série consta do quadro 4.20, enquanto que o quadro 4.21 diz respeito à comparação dos valores médios dos dois grupos.

Quadro 4.21
Comparação do número médio de erros evitáveis

Grupos	Média	Desvio-Padrão	G.L.	T	Significância
Grupo Deficiente	1.1	.62	158	-3.36	.0009
Grupo Normal	.75	.68			

Estes quadros confirmam, uma vez mais, que as crianças com deficiência mental cometem mais erros do que se poderia esperar ou de que o seu desempenho fica aquém do que seria possível. Numa palavra, os dados recolhidos apontam para uma discrepância ou um desfasamento entre aquilo que os deficientes mentais seriam capazes de realizar e aquilo que eles efectivamente realizam.

A última análise efectuada, foi a dos “distractores”, isto é, das cinco alternativas de resposta incorrectas e das respectivas percentagens de escolha. Uma primeira abordagem comparativa revelou que enquanto as respostas erradas das crianças normais tendiam a polarizar-se em torno de uma única alternativa, e raramente atingiam percentagens superiores às das alternativas correctas, já as respostas erradas das crianças com deficiência denotavam uma forte atracção em relação a várias alternativas, que nalguns casos atingiam uma expressão quantitativa superior à da opção certa.

A fim de apurarmos quais os parâmetros das alternativas incorrectas que os deficientes mentais e os normais consideravam como mais aceitáveis ou razoáveis e que eram responsáveis pelos desequilíbrios assinalados, decidimos recorrer ao esquema de categorização elaborado por Raven, Court e Raven (1990, 4-8). Partindo da identificação dos principais processos cognitivos subjacentes à selecção de cada uma das alternativas de resposta, os referidos autores consideraram que os erros efectuados podiam ser agrupados nas seguintes categorias:

I-Diferença

- a. a alternativa seleccionada não contem nenhuma figura semelhante ao padrão a completar.
- b. a alternativa seleccionada é irrelevante em relação ao padrão a completar.

II-Indivuação inadequada da alternativa escolhida que:

- c. está contaminada por irrelevâncias e distorções.
- d. combina figuras irrelevantes.
- e. contém metade ou a totalidade do padrão a completar.

III-Repetição do padrão

- f. a alternativa seleccionada reproduz o padrão situado acima e à esquerda do espaço a completar.
- g. a alternativa seleccionada reproduz o padrão situado exactamente acima do espaço a completar.
- h. a alternativa seleccionada reproduz o padrão situado exactamente à esquerda do espaço a completar.

IV-A alternativa escolhida apresenta uma correlação incompleta com o padrão a completar, porque:

- i. está mal orientada.
- j. é incompleta.

No quadro 4.22 figuram os erros dos dois grupos de crianças em cada uma das categorias que acabámos de descrever.

Pode-se observar que os erros das crianças normais se concentram predominantemente na categoria f+g+h, assumindo valores bastante baixos nas restantes categorias. Em contraponto, a percentagem mais baixa de erros do tipo f+g+h no grupo deficiente mental, faz-se em proveito de uma mais forte distribuição de erros pelas categorias a+b, c+d+e, i+j. A diferença entre os dois grupos não possui, no entanto, significância estatística ($X^2(3) = 6.9699$, n.s.).

Quadro 4.22

Erros dos grupos deficiente e normal segundo a classificação de Raven, Court e Raven (1990)

Erros	Grupo Deficiente Mental		Grupo Normal	
	Frequência	% Todos os erros	Frequência	% Todos os erros
a+b	139	8.8	36	4.7
c+d+e	298	18.9	81	10.6
f+g+h	941	59.7	592	77.2
i+j	199	12.6	58	7.6

Este padrão de erros do grupo deficiente mental está em consonância com o constatado por Jain (1964) num grupo de 20 deficientes mentais¹⁵⁶ de 12 a 15 anos de idade. Porém, e atendendo à idade mental média de 6 anos das crianças participantes no nosso estudo, afasta-se um pouco do indicado por Raven, Court e Raven (1990, 18) em crianças normais com seis anos de idade cronológica. De facto, estas últimas apresentavam uma repartição de erros pautada por taxas mais elevadas de erros f+g+h e i+j, na ordem dos 63% e 16%.

Raven, Court e Raven (1990) adiantaram, no entanto, que o grau de confiança que poderia ser atribuído à análise dos “distractores”, estava dependente do número total de erros registado. A seu ver, uma frequência demasiado elevada ou diminuta de erros compromete seriamente o alcance das inferências que podem ser estabelecidas e o significado psicológico dos dados examinados, recomendando, por isso, que as análises se confinassem aos sujeitos com resultados totais compreendidos entre 15 e 27 pontos. Foi em estrita obediência a essa recomendação, que calculamos, de novo, as frequências dos erros das diversas categorias, patentes no quadro 4.23.

¹⁵⁶ Não há qualquer indicação do grau de deficiência mental destes sujeitos. Os valores registados nas categorias a+b (10.8%), c+d+e (22.8%), i+j (16.5%) situam-se na proximidade dos por nós obtidos. O valor relativo à categoria f+g+h (47.9%) é, no entanto, bastante mais baixo.

Quadro 4.23

Erros das crianças dos grupos deficiente e normal com resultados totais >15 e <27

Erros	Grupo Deficiente Mental		Grupo Normal	
	Frequência	% Todos os erros	Frequência	% Todos os erros
a+b	64	6.5	23	3.9
c+d+e	162	16.5	67	11.5
f+g+h	631	64.2	443	76.0
i+j	126	12.8	50	8.6

Os valores encontrados, se bem que ligeiramente diferentes dos assinalados no quadro anterior, continuam a denotar a mesma tendência geral, ou seja, a de um excesso de erros, por parte do grupo deficiente mental, nas categorias a+b, c+d+e, i+j em detrimento dos da categoria f+g+h. A delimitação ao nível da amplitude dos resultados totais acarretou, contudo, uma redução apreciável do número de sujeitos pertencentes a cada um dos grupos e, acima de tudo, alterou a respectiva comparabilidade em relação à variável idade cronológica¹⁵⁷. Daí que tenha sido impossível tratar estatisticamente os resultados obtidos.

Ainda assim, que significado assume a configuração particular de erros das crianças com deficiência mental? Em primeiro lugar, convém recordar que as alternativas incorrectas que correspondem a erros a, b, c, d, e ou i contêm elementos figurativos irrelevantes, arbitrários ou completamente estranhos à natureza do problema a resolver. Por isso mesmo, Levinson (1962) designou-os de “sem sentido” (“senseless”), opondo-os aos do tipo f, g, h, ou j, que por implicarem a repetição de figuras contidas ou muito semelhantes às contidas na matriz, mereceram a denominação de erros “sensíveis” (“sensible”). Jacobs e Vandeventer (1970) perfilharam um ponto de vista idêntico, visto terem considerado que as escolhas g, h eram as “mais correctas” de todas as escolhas erradas, por tomarem em linha de conta a dimensão vertical ou horizontal do padrão a completar.

Em segundo lugar, a escolha dos “distractores” parece estar intimamente relacionada com o nível global de desenvolvimento intelectual, tal como expresso pela idade mental. Jensen (1974b), por exemplo, constatou que crianças norte-americanas de raça negra, dos 5º e 6º anos de escolaridade, optavam pelas mesmas alternativas que crianças de raça branca, dois anos mais novas, que frequentavam o 3º e o 4º anos de escolaridade. Mais recentemente, Kaniel e Fisherman (1991) comprovaram a relevância da indicação de Jensen (1974b), ao verificarem, nas Matrizes Progressivas Estandardizadas, que a distribuição dos erros de judeus de 14 e 15 anos de idade, nascidos e criados na Etiópia e desde há um ano emigrados para Israel, se assemelhava à das crianças judias israelitas de 9 e 10 anos de idade.

No nosso próprio estudo, tivemos ocasião de verificar que no interior do grupo deficiente mental,

¹⁵⁷ O grupo deficiente mental passou a ter 53 crianças com uma idade cronológica média de 9 anos e 6 meses (desvio-padrão =1.14) e o grupo normal 49 crianças com uma idade média de 9 anos e 2 meses (desvio-padrão=1.13), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t(100) = 2.12, p = .0368$).

considerado na sua globalidade, do nível dos 5 para os 6 anos de idade mental, os erros mais “elaborados” do tipo f, g, h passavam de uma percentagem de 49.6% para 66.1%¹⁵⁸. Em acréscimo, no grupo normal aos 8 anos de idade cronológica já registavam uma percentagem de 77.3%.

Por último, e se ao que tudo parece indicar, a selecção dos “distractores” é função da idade mental, ela é, também, na nossa opinião, portadora de alguma informação sobre o modo como as crianças com deficiência mental abordam a resolução de problemas de indução de estrutura, como é o caso das M.P.C.R.. O facto das crianças com deficiência mental emitirem um número considerável de erros marcados por irrelevâncias, distorções e simplificações, poderá indiciar que experimentam grandes dificuldades em compreenderem a natureza da tarefa ou em a representarem mentalmente, ou ainda, que não examinam ou comparam as alternativas de resposta, ignorando muita da informação contida no próprio teste.

Apesar destas indicações serem necessariamente aproximativas e não mutuamente exclusivas, confluem com a conhecida dificuldade dos deficientes mentais em compreenderem outros problemas de identificação de um padrão de relações, como os de completamento de séries de figuras geométricas (Spitz e Semchuk, 1979) ou os de localização de um item ou de uma configuração visual, através de um mínimo de perguntas ou acções (Spitz, 1987). Os obstáculos inerentes ao estabelecimento ou indução de relações arbitrárias entre objectos, factos e situações, são passíveis de afectar, de modo adverso, a estruturação deste tipo de problemas, conduzindo a modos de resolução profundamente ineficientes.

Sabe-se, além disso, que a pesquisa e selecção dos elementos pertinentes de um problema constitui uma das etapas mais decisivas da sua resolução, visto condicionar todos os tratamentos informativos subsequentes. Ora, as crianças com deficiência mental nem sempre exploram sistemática ou cuidadosamente o material posto à sua disposição, limitando-se a examinar uma pequena parte (Spitz e Semchuk, 1979) ou a percepcioná-lo de modo excessivamente global ou impulsivo (Spitz, 1987; Scharnhorst e Buchel, 1990). São disso testemunho indirecto, algumas das razões invocadas para explicar a aparente eficácia dos processos de avaliação dinâmica com as M.P.C.R. junto de deficientes mentais. Budoff e Hamilton (1976), por exemplo, comentaram que ela se devia, entre outros aspectos, ao facto de o examinador auxiliar os deficientes mentais a focarem as características fundamentais dos estímulos, a estruturarem os problemas e a formularem hipóteses de resolução. Por seu turno, Carlson e Wiedl (1992) assinalaram que as condições de verbalização durante e após a solução e de "feedback" elaborado (cf. ponto 3.4.1) reduzem a ansiedade inerente a uma situação de avaliação e resultavam no aumento do período de tempo consagrado à análise e ao confronto das diversas alternativas de resposta.

6- CONCLUSÕES

1- Gostaríamos de começar por realçar um elemento proveniente da reconstituição da história do desenvolvimento. Referimo-nos à presença de inúmeros factores de risco de natureza biológica e ambiental numa percentagem substancial das crianças participantes neste estudo. Ainda que aparentemente de menor importância, este elemento apoia, de modo explícito, as teses multidimensionais da deficiência mental ligeira e contraria as teses unidimensionais que a têm assimilado a um mero epifenómeno do património genético ou da classe social. No entanto, as implicações são mais abrangentes, visto que, na nossa opinião, este elemento aponta indirectamente para a pertinência dos modelos interaccionistas e transaccionais do desenvolvimento, bem como para a relevância das abordagens multifactoriais de despistagem precoce. A este respeito, e tendo em vista a identificação tão antecipada quanto possível das crianças em risco de virem a apresentar uma deficiência mental ligeira seria vantajoso que se interligassem as informações referentes ao desenvolvimento infantil e ao contexto sociofamiliar.

¹⁵⁸ Não se citam os valores correspondentes aos 4, 7 e 8 anos de idade mental, pelas razões invocadas numa nota anterior (cf. nota 152).

2- Em relação à história da escolaridade, não podemos deixar de constatar que a insuficiência ou precariedade das estruturas de apoio pedagógico complementar está na origem do encaminhamento das crianças com deficiência mental ligeira para instituições de ensino especial. Este facto sublinha a conhecida, mas nunca por demais reafirmada, fragilidade das estruturas de atendimento educativo a crianças com necessidades educativas especiais, no nosso país. Com efeito, senão deixa de ser surpreendente que, face à escassez dos serviços de observação, avaliação e orientação implicados no encaminhamento das crianças com deficiência para uma ou outra modalidade educativa, se registem diferenças de natureza intelectual e escolar entre as crianças das escolas especiais e regulares, não é menos injustificável que o acesso às escolas especiais se baseie na insuficiência das condições que viabilizariam a integração escolar ou em puras circunstancialidades como, por exemplo, as que relevam da presença numa escola especial numa dada comunidade.

Ainda que num registo distinto, um outro sinal desta mesma fragilidade das estruturas educativas está também patente no facto de cerca de 12.5% das crianças integradas nunca terem beneficiado ou só recentemente beneficiarem do apoio das equipas de ensino especial.

3- Ainda no âmbito da escolaridade, o percurso das crianças que permanecem no ensino regular é marcado pela retenção, enquanto que o da generalidade das crianças com deficiência mental ligeira denota uma discrepância acentuada entre a idade cronológica e o ano escolar frequentado. Essa discrepância, que na maioria dos casos é superior a dois anos, assume contornos particularmente nítidos quando em lugar do ano escolar se atende ao nível de desempenho académico. Na realidade, registam-se problemas de aprendizagem em todas as áreas avaliadas, isto é, na leitura, expressão escrita e matemática, tal como o evidencia a restrição das aquisições. Este perfil suscita-nos dois comentários. O primeiro é o de que as limitações cognitivas das crianças com deficiência mental ligeira se manifestam, de forma clara, no contexto da escolaridade, dando origem a múltiplos problemas ao nível do rendimento e da progressão escolares. O segundo é o de que na deficiência mental ligeira os défices académicos são globais, o que corrobora as indicações de vários autores (Gresham, MacMillan e Bocian, 1996; MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996) de que a deficiência mental ligeira pode ser entendida como problemas de aprendizagem generalizados consonantes com um nível subnormal de funcionamento intelectual. Assim sendo, e tal como o demonstraram Gresham, MacMillan e Bocian (1996), a deficiência mental ligeira não se afigura assimilável aos distúrbios de aprendizagem quer no que respeita ao nível intelectual, quer no que respeita à abrangência dos problemas de aprendizagem. Com efeito, enquanto que a deficiência mental ligeira se traduz em Q.I.s significativamente inferiores à média e em défices académicos globais, os distúrbios de aprendizagem tendem a revelar-se em Q.I.s, pelo menos, médios ou ligeiramente inferiores à média e em défices académicos restritos a uma ou mais áreas (mas não extensível a todas).

Porém, a distinção conceptual e operacional que prefiguramos, não invalida que na prática educativa não se possa registar alguma sobreposição entre a deficiência mental ligeira e os distúrbios de aprendizagem, ao nível, por exemplo, da etiologia, dos métodos de ensino ou dos serviços que poderão requerer na idade adulta.

4- No âmbito da recolha de dados relativos a instrumentos de avaliação psicológica passíveis de serem utilizados na deficiência mental, verificámos que o teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e, em particular os resultados iguais ou inferiores ao percentil 20, constituem meios efiazes de despistagem da deficiência mental ligeira. Em acréscimo, comprovou-se a validade concorrente deste instrumento por referência à idade mental da Nova Escala Métrica de Inteligência e ao desempenho escolar. Estes factos, coadjuvados pela facilidade e rapidez de administração, realçam as potencialidades do teste em apreço ao nível da identificação de quadros intelectuais deficitários.

5- O funcionamento cognitivo das crianças com deficiência mental ligeira, tal como indicado pelos resultados da Nova Escala Métrica de Inteligência e das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, caracteriza-se por alguma facilidade ao nível perceptivomotor, da compreensão linguística,

da retenção de conhecimentos sociais e escolares. Em oposição, revela uma notória fragilidade ao nível da percepção espacial, da fluência verbal, da compreensão de situações sociais, da capacidade de representação mental, da análise de um todo nas suas partes, do raciocínio analógico ou do estabelecimento de relações entre relações.

6- Ainda no contexto da caracterização do funcionamento cognitivo das crianças com deficiência mental ligeira, o estudo do tipo e da distribuição dos erros cometidos nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven pôs em evidência modalidades inoperantes e assistemáticas de resolução que se traduzem em erros estereotipados ou repetitivos, pouco sensíveis aos elementos do próprio problema ou mais facilmente contaminados por simplificações, distorções, irrelevâncias e inconsistências. Assim, fica demonstrado que as crianças com deficiência mental cometem um número elevado de erros por perseveração e que tendem a optar por alternativas de resposta que contêm elementos figurativos arbitrários ou completamente estranhos à natureza do problema a resolver. Além disso, respondem de modo incorrecto a uma quantidade apreciável de itens, cujo nível de dificuldade não excede as suas capacidades, o que constitui uma inequívoca manifestação do fenómeno do subfuncionamento crónico responsável pela manutenção dos atrasos e fixações inerentes ao desenvolvimento cognitivo dos deficientes mentais ligeiros.

Sendo esta configuração de erros compatível com dificuldades ao nível da identificação de um padrão de relações ou ao nível da pesquisa e selecção dos elementos pertinentes de uma tarefa, há que realçar que a análise dos erros só nos informa de algumas das razões subjacentes às respostas erradas (Raven, Court e Raven, 1990), ou apenas nos fornece indicações gerais dos processos cognitivos nelas envolvidos (Kaniel e Fisherman, 1991). Além disso, os desempenhos inconsistentes e inoperantes das crianças com deficiência mental têm sido atribuídos a aspectos estruturais e funcionais tão diversificados que é difícil proceder-se à sua identificação específica, através de um instrumento de avaliação não construído, propositadamente, para esse fim.

CAPÍTULO V

Estudo Sobre os Comportamentos de Crianças com Deficiência Mental Ligeira

Neste capítulo, aborda-se exclusivamente a dimensão socio-emocional da deficiência mental ligeira, através da análise de um aspecto particular, o dos problemas de comportamento. Dado que essa análise se baseou na amostra descrita no capítulo anterior, não faremos referência na secção dedicada à metodologia, aos procedimentos inerentes à sua selecção ou constituição. Por idênticos motivos, isto é, porque a anamnese e as variáveis atraso/retenção escolar e perturbações da saúde mental parental foram empregues no contexto da análise precedente e da actual, não se retomará a sua caracterização, uma vez que esta já foi empreendida. Não obstante, mantivemos a sequência de organização e exposição dos conteúdos que, deste modo, se inicia com a especificação das questões e hipóteses.

1-ESPECIFICAÇÃO DAS QUESTÕES E HIPÓTESES

As questões e objectivos específicos adoptados relevam, essencialmente, do exposto no contexto do capítulo dois. Assim, e antes de mais, o confronto insólito entre as indicações persistentes de que os problemas de comportamento constituem um “handicap” adicional dos sujeitos com deficiência mental ligeira e a inconsistência dos poucos elementos empíricos já acumulados nesta área, pareceu-nos merecedor de um exame atento. Propusemo-nos, então, determinar, em crianças com esse grau de deficiência, a extensão e a natureza da referida associação, atendendo ao tipo de estabelecimento de ensino frequentado (especial versus regular), e tomando como referência um grupo de crianças normais da mesma idade, sexo, nível socio-económico e zona rural ou urbana de residência.

Face à revisão bibliográfica empreendida, considerámos como inteiramente legítima uma visão mais “normalizante” da deficiência mental ligeira ao nível comportamental, pelo que adoptámos como hipótese que os problemas de comportamento, se bem que mais prevalentes nas crianças com deficiência do que nas normais, diriam respeito a uma pequena proporção das primeiras, e seriam essencialmente de natureza agressiva e hiperactiva.

Para o teste desta hipótese, recorremos à abordagem dimensional, empírica ou psicométrica. Cientes dos seus limites (cf. ponto 1.2, capítulo II), apoiámo-nos nas suas potencialidades, designadamente na sua orientação psicossocial, na sua adequação a um processo de despistagem, e no relevo que atribuí à natureza multifacetada e à variabilidade do comportamento infantil em função de diferentes situações e parceiros interactivos. Enfatizando a pertinência do recurso a diversas fontes de informação e, tendo nós, por razões que enunciaremos na rubrica consagrada à metodologia, privilegiado os pais e os professores, pretendemos averiguar a divergência ou a convergência das respectivas avaliações, a especificidade ou a consistência transsituacional dos comportamentos problemáticos das crianças com deficiência. Note-se que sendo esta uma questão

amplamente debatida no que se reporta à generalidade da população infanto-juvenil, raramente foi pesquisada em deficientes mentais.

Apesar das concordâncias interavaliadores serem tão elucidativas e significativas quanto as discordâncias, relembramos que os padrões que regem a detecção dos comportamentos, estão imbuídos de alguma subjectividade; e que, de um modo geral, os dos professores do ensino especial denotam uma maior tolerância do que os do ensino regular¹⁵⁹ (Fabre e Walker, 1987; Gersten, Walker e Darch, 1988; Ritter, 1989; Safran e Safran, 1985). Pressupondo que esta verificação, de origem norte-americana, revela alguma generalidade cultural, sendo verdadeira em relação aos docentes portugueses, é possível avançar a hipótese de que as avaliações comportamentais dos pais e dos professores do ensino regular serão menos congruentes do que as procedentes dos pais e dos professores do ensino especial.

Na mesma ordem de ideias, é legítimo considerar-se a possibilidade de que o acordo entre os pais e professores é influenciado pela tipologia dos comportamentos infantis. Efectivamente, Achenbach, McConaughy e Howell (1987) e Verhulst e Akkerhuis (1989) verificaram que, em relação às crianças da população geral, as duas fontes de informação confluem mais facilmente na identificação de comportamentos manifestos ou observáveis, como os de hostilidade, agressividade ou inquietude, do que na identificação de comportamentos menos óbvios ou perceptíveis, como os de ansiedade, apatia ou isolamento. Ainda que a este respeito, não existam dados relativos à população com necessidades educativas especiais, coloca-se a hipótese de que a mesma variável influencia o grau de concordância das avaliações dos pais e professores das crianças com deficiência mental ligeira que será mais pronunciado no caso de comportamentos mais visíveis ou acessíveis à observação directa.

Pretendeu-se também proceder à análise, no seio da população com deficiência mental ligeira, da relação dos problemas de comportamento, ou de configurações particulares de problemas de comportamento, com variáveis individuais (sexo, idade cronológica), escolares (atraso e retenção) e sociofamiliares (perturbações da saúde mental parental). Neste caso, a escassez e inconsistência da investigação produzida e anteriormente descrita, fez com que não dispuséssemos de elementos que nos permitissem fazer uma ideia adequada da influência dessas variáveis.

Em contrapartida, e baseando-nos na indicação de que a multiplicidade de factores potencialmente negativos é mais relevante do que a sua presença isolada (Rutter, 1979b; Sameroff, 1990; Werner 1985), esperávamos que o recurso a um índice de risco cumulativo, em relação a um tipo específico de variáveis, as sociofamiliares, manifestasse uma relação positiva e significativa com os problemas de comportamento das crianças com deficiência mental.

¹⁵⁹ Este facto poderá remontar à especificidade das respectivas formações, experiências ou expectativas (Safran e Safran, 1985), às técnicas de ensino ou de controlo comportamental empregues (Gersten, Walker e Darch, 1988), ou à percepção, por parte dos professores do ensino regular, de uma menor compatibilidade entre as necessidades das crianças com deficiência e as possibilidades de resposta das instituições escolares.

Registe-se, em acréscimo, que não parece tratar-se de um epifenómeno, isto é, da simples expressão de características mais disruptivas das crianças com deficiência a cargo dos professores do ensino regular, uma vez que, habitualmente, as crianças “difíceis” do ponto de vista dos comportamentos manifestos são encaminhadas para os professores do ensino especial. Além disso, a divergência das avaliações dos professores do ensino regular e do ensino especial foi também observada, em relação a um mesmo grupo de crianças que dividia o horário escolar por uma classe regular e por uma sala de apoio (Fabre e Walker, 1987), e em relação a um outro que após a frequência de uma classe regular tinha sido colocado numa classe especial (Ritter, 1989).

2-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1- Instrumentos

Os instrumentos empregues na avaliação da frequência e tipologia dos problemas de comportamento foram o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (Achenbach e Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991a) e o Inventário de Comportamento da Criança para Professores (Achenbach e Edelbrock, 1986; Achenbach, 1991b). A sua selecção fica a dever-se ao facto de se dispor de estudos nacionais de natureza normativa, à solidez das suas qualidades psicométricas, tal como evidenciada no nosso e em diversos outros países, e à sua proeminência a nível internacional, bem patente na verificação de que se encontram traduzidos em 33 línguas e de que, até 1993, tinham sido utilizados em mais de 1000 estudos.

Num outro registo, o do exame da relação dos problemas de comportamento com variáveis escolares e sociofamiliares, recorreu-se também à anamnese.

2.1.1.- Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.)

O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (“Child Behavior Checklist”, Achenbach e Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991a), insere-se no contexto de uma abordagem psicométrica e multi-axial de avaliação psicopatológica, centrada na utilização de instrumentos standardizados, no estabelecimento de comparações entre o comportamento de uma dada criança e o dos seus pares e na integração de dados provenientes de diversos domínios e de várias fontes de informação. Este posicionamento consubstanciou-se, entre outros aspectos, na criação de versões paralelas do I.C.C.P. dirigidas aos professores (“Teacher’s Report Form”), a observadores (“Direct Observation Form”) e às próprias crianças ou adolescentes (“Youth Self Report Form”). Por seu turno, de um ponto de vista classificativo, enquadra-se numa perspectiva dimensional, quantitativa e empírica, orientada para a identificação de grupos de comportamentos que tendem a ocorrer em conjunto, de dimensões comportamentais explícitas e operacionais.

Não obstante a sua ainda curta existência, este questionário tem sido considerado como um dos mais bem construídos (Barkley, 1988), úteis e promissores (Boyle e Jones, 1985) de entre os correntemente disponíveis. Talvez por isso, tenha conhecido uma divulgação verdadeiramente apreciável que o tornaram uma peça-chave ou um elemento fulcral das investigações comparativas transculturais e dos estudos epidemiológicos levados a cabo nos últimos quinze anos.

De origem norte-americana, pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes, dos 4 aos 18 anos de idade, referidos pelos seus pais ou substitutos parentais. Compõe-se, por conseguinte, de duas partes distintas. A primeira engloba vinte itens que fornecem informações sobre a quantidade e a qualidade do envolvimento de cada sujeito em várias actividades e situações de interacção social, desde os desportos e passatempos, até ao número de amigos e participação em clubes ou equipas. Devido à sua diversidade, estes itens foram agrupados em três escalas, sendo uma relativa às actividades da vida quotidiana, outra às interacções sociais e a última à escolaridade.

A segunda parte é constituída por 120 itens relativos a problemas de comportamento. Desses 120 itens, 118 reportam-se a uma ampla variedade de perturbações da saúde mental infantil e juvenil, tendo sido cuidadosamente seleccionados, a partir de revisões bibliográficas, dos contributos dos pais e de diversos profissionais, e da observação e avaliação de crianças em serviços de psicologia clínica e de pedopsiquiatria. Os 2 itens restantes, apresentados sob a forma de questões abertas, destinam-se a obter informações sobre problemas que não estão designados no texto do questionário (itens 56h e 113).

Tomando como referência os últimos seis meses, cada um dos 120 itens é cotado numa escala de zero a dois pontos, consoante a característica ou o comportamento em questão forem não verdadeiros (0), um pouco ou por vezes verdadeiros (1), muito ou quase sempre verdadeiros (2). Esta segunda parte do questionário é indubitavelmente a mais empregue, facto a que não será

estranho um certo grau de imperfeição das categorias de avaliação da competência social (Achenbach e Edelbrock, 1981), reforçado por incertezas relativas à sua adequação transcultural. Na verdade, autores como Montenegro et al. (1983) e Verhulst (1995) têm notado que a forte influência dos padrões culturais norte-americanos nesta secção do questionário, poderá justificar a introdução de alterações que a tornem mais ajustada à especificidade de uma determinada realidade nacional.

O I.C.C.P. oferece numerosas possibilidades de codificação e interpretação dos itens que o compõem: resultados totais de competência social e de problemas de comportamento; resultados parciais das escalas de actividades, social e escolar; resultados parciais obtidos em cada um dos factores identificados através da análise factorial e designados de escalas ou síndromas; e análise das respostas fornecidas a cada um dos itens, para citarmos apenas os mais pertinentes...

Em relação às escalas ou síndromas, há que salientar que a procura de um esquema organizativo e classificativo susceptível de permitir a interpretação da variedade de comportamentos abrangida pela segunda parte do inventário, através de um mínimo de construtos, conheceu, nos Estados Unidos, dois momentos específicos. O primeiro momento, mais próximo da criação do inventário, teve lugar quando Achenbach e Edelbrock (1983) procederam à identificação, numa amostra de crianças e jovens em contacto com serviços clínicos, dos factores específicos de cada um dos sexos e de três grandes níveis etários (4-5 anos, 6-11 anos e acima dos 12 anos).

O segundo momento resulta das implicações decorrentes da derivação de factores em grupos circunscritos do ponto de vista da idade e do sexo. E isto, porque este procedimento redundou em factores não inteiramente convergentes entre si, o que, por sua vez, tornou extremamente difícil comparar rapazes e raparigas ou acompanhar a trajectória de uma mesma criança na transição de uma faixa etária para a seguinte. Em acréscimo, a adopção de um procedimento idêntico ao nível das versões do I.C.C.P. dirigidas aos professores e à própria criança ou adolescente deu origem a uma profusão de factores que comprometia a integração dos dados provenientes das diferentes fontes de informação. Daí que Achenbach (1991a, 1991b) se tenha empenhado em desenvolver factores ou escalas comuns quer a rapazes e raparigas dos 4 aos 18 anos de idade, quer às formas paralelas do inventário. Esses factores ou escalas baseiam-se nos 89 itens que o inventário para pais partilha com o dos professores e o da criança ou adolescente, e são fruto da combinação dos resultados obtidos nas análises factoriais realizadas em cada um dos inventários. Constituindo o que Achenbach (1991a, 1991b) viria a denominar de “cross-informant syndromes”, foram designadas de escalas ou síndromas de Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Comportamento Delinvente, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão, Problemas do Pensamento e Isolamento.

Como o I.C.C.P. foi alvo de uma muito recente aferição junto de 1324 crianças e jovens dos 7 aos 16 anos que frequentavam estabelecimentos de ensino oficial no concelho de Coimbra (Fonseca et al., 1994), dispomos de informações psicométricas, normativas e transculturais particularmente actualizadas¹⁶⁰. Sabemos, por exemplo, que a composição factorial da segunda parte da versão portuguesa do questionário compreende nove factores, síndromas ou agrupamentos de comportamentos problemáticos, e que cinco deles se assemelham consideravelmente aos propostos por Achenbach (1991a, 1991b). Trata-se designadamente das escalas de Hiperactividade/Inatenção, Agressividade, Oposição/Imaturidade, Problemas Sociais e Queixas Somáticas, que apresentam correlações elevadas com as respectivas correspondentes americanas, isto é, com as escalas de Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente, Comportamento Agressivo, Problemas Sociais e Queixas Somáticas, e que, assim, dão provas de validade de construto e de uma notável robustez transcultural. Por seu turno, as escalas de Ansiedade, Depressão e Comportamentos Obsessivos/Esquizóides da versão portuguesa não possuem uma contrapartida nítida na versão americana; e uma outra, a de Isolamento, só possui um equivalente parcial.

Este padrão de semelhanças e de diferenças¹⁶¹, ou melhor dizendo, esta replicação substancial,

¹⁶⁰ Constituía parte integrante do nosso projecto de investigação inicial, a realização de um trabalho similar ao nível do distrito de Coimbra, que, aliás, encetámos e prosseguimos nos concelhos de Coimbra, Penacova e Vila Nova de Poiares. Como uma equipa de investigação se empenhou, entretanto, na aferição do I.C.C.P. num espaço geográfico parcialmente coincidente, resolvemos abandonar o nosso propósito. Em primeiro lugar, porque doutra forma estaríamos perante uma eventual duplicação de esforços. Em segundo lugar, porque não beneficiando de um qualquer apoio oficial à investigação, e tendo conferido prioridade ao contacto directo com os pais ou figuras parentais para o preenchimento do questionário, vínhamos experienciando sérias dificuldades em congregar um número suficientemente vasto de sujeitos.

¹⁶¹ Uma das explicações possíveis destas diferenças é a de que se poderão ter ficado a dever a aspectos de natureza metodológica. E isto, porque no estudo realizado se incluíram 118 itens e participaram crianças oriundas da população geral, enquanto que o estudo americano (Achenbach, 1991a, 1991b) utilizou apenas 89 itens e recorreu a crianças em contacto com serviços clínicos.

Uma outra explicação é a de que a dificuldade de replicação das escalas ou síndromas americanas poderá radicar no processo empregue por Achenbach (1991a, 1991b) na sua identificação. Assim, há que explicitar que Achenbach (1991a, 1991b) começou por efectuar várias análises de componentes principais dos resultados obtidos por grupos clínicos nos 89 itens de cada um dos inventários. De seguida, procedeu à detecção dos itens que tendiam a surgir

mas não global, é conforme ao verificado noutros trabalhos de adaptação e aferição do questionário, tais como os realizados no Chile (Montenegro et al, 1983) ou na Holanda (Achenbach et al., 1987). A convergência de alguns factores em países que diferem entre si em termos geográficos, linguísticos e culturais representa já uma expressão inequívoca de que as crianças podem apresentar perturbações idênticas em contextos distintos.

Os resultados obtidos em cada uma destas escalas fornecem informações respeitantes à natureza e intensidade dos problemas de comportamento da criança, mas não podem ser assimilados a um qualquer diagnóstico clínico. O que não invalida, contudo, que se registre uma ou outra sobreposição no conteúdo das escalas e de entidades nosológicas, ou que autores como Edelbrock e Costello (1988) tenham registado algumas relações significativas e associações lineares entre ambas. De qualquer modo, nada legitima ou autoriza que se efectuem transposições entre abordagens, aparentemente, tão distintas.

Por isso, e porque os resultados totais e parciais deste tipo de questionários representam quantificações dos comportamentos infantis segundo a óptica de um adulto, as tentativas de estabelecimento de linhas de demarcação entre resultados totais e parciais com e sem significado clínico não podem deixar de ser aproximativas e, para os mais cépticos, até algo arbitrarias (Reid e Maag, 1994). No caso concreto do I.C.C.P., a delimitação dos limiares ou pontos discriminantes ou dos valores passíveis de identificarem crianças cujas perturbações de comportamento requerem o auxílio de profissionais e/ou o contacto com serviços clínicos tem-se baseado, com frequência, em percentis específicos da distribuição geral dos resultados na amostra de aferição. Porém, e independentemente da disparidade dos percentis adoptados, quando a eficácia desses procedimentos é avaliada por referência ao real encaminhamento das crianças para serviços clínicos ou a diagnósticos pedopsiquiátricos, registam-se sempre identificações incorrectas, em percentagens que podem oscilar entre os 11% (Achenbach, 1991a) e os 30% (Bird et al., 1987). O que reitera, de novo, que este é um eficiente instrumento de despistagem, mas não de diagnóstico.

Nessa condição, possui uma evidência tão vasta das suas excelentes propriedades psicométricas, que seria moroso expô-la na íntegra. Limitamo-nos, pois, a destacar: a aceitabilidade dos seus coeficientes de consistência interna (de .62 a .96, Achenbach, 1991a; de .83 a .61, Fonseca et al., 1994); a sua boa estabilidade temporal em intervalos de um e dois anos (de .56 a .75, Achenbach, 1991a; Achenbach e Edelbrock, 1983); as correlações elevadas entre os seus resultados totais e os de vários outros instrumentos de avaliação psicopatológica, tais como o Questionário para Pais de Rutter (.79, Fombonne, 1989) ou o "Revised Behavior Problem Checklist" (.92, Achenbach e Edelbrock, 1983); a discriminação de crianças de diferentes níveis socio-económicos e etários e dos dois sexos (Achenbach, 1991a; Fonseca et al., 1994); e, por fim, o facto dos seus resultados diferirem de forma significativa em grupos clínicos e não clínicos de crianças (Achenbach, 1991a; Achenbach e Edelbrock, 1983).

As características que acabámos de referir constituíram outros tantos motivos para o emprego deste questionário no presente trabalho. A eles juntar-se-ia, ainda, um motivo adicional, o da informação requerida provir dos pais ou dos seus substitutos. Na verdade, não só os pais estão numa posição privilegiada para darem conta de um amplo leque de comportamentos dos filhos em períodos de tempo relativamente longos, como assumem uma importância suplementar em casos de deficiência mental, face à dificuldade em auscultar as próprias crianças. Recorde-se, por

associados e à subsequente construção ou criação das síndromas. Desta forma, as síndromas americanas resultam de técnicas multivariadas e de procedimentos intencionais de combinação de itens, ao passo que as escalas portuguesas derivam exclusivamente de uma análise factorial exploratória.

Outras alternativas explicativas foram, ainda, enunciadas por Fonseca et al. (1995): efeitos de tradução; diferenças efectivas das crianças em função dos contextos culturais em que se inserem e/ou diferenças na forma de perspectivar e avaliar o comportamento infantil.

exemplo, que a aplicação de instrumentos que fazem apelo à capacidade de auto-descrição e/ou de comunicação oral deste grupo populacional tem sido encarada com enorme reserva.

Por outro lado, as técnicas de observação directa em meio familiar e/ou escolar exigem uma tal concentração de meios humanos e congregação de vontades que a sua implementação se torna absolutamente proibitiva para quem lida com um grupo ligeiramente mais numeroso de crianças e com responsáveis educativos pouco habituados a cooperarem com projectos dessa índole. Além do mais, e como vimos atrás, a observação directa não está isenta de limitações no que respeita à avaliação de comportamentos problemáticos.

2.1.2- Inventário de Comportamento da Criança para Professores (I.C.C.P..R.)

Desenvolvido a partir do I.C.C.P., o Inventário de Comportamento da Criança para Professores (Achenbach, 1991b; Achenbach e Edelbrock, 1986), também conhecido pela sua designação original de “Teacher’s Report Form”, tem como objectivo descrever e avaliar os problemas de comportamento e o funcionamento adaptativo de crianças e adolescentes, dos 4 aos 18 anos, referidos pelos seus professores.

Em estreito paralelismo com a aceitação e divulgação que rodearam a versão para pais, este inventário tem sido apontado como altamente satisfatório (Boyle e Jones, 1985), ou mesmo, como sem rival entre os seus iguais (Barkley, 1988). Não é, pois, surpreendente que o encontremos em numerosos estudos, de que se salientam os de natureza epidemiológica realizados em países como a Holanda (Verhulst e Akkerhuis, 1986), a Alemanha (Doepfner et al., 1995) ou a Tailândia (Weisz et al., 1989).

Compõe-se, tal como o I.C.C.P., de duas partes distintas. Na primeira, solicitam-se informações diversas sobre o percurso escolar e funcionamento geral na sala de aula, que incluem o contexto em que o professor conheceu o aluno, recurso a serviços especiais, repetições, avaliações do rendimento escolar e de quatro características adaptativas.

A segunda parte compreende 118 itens de problemas de comportamento, e dois itens de resposta aberta (56h e 113) relativos a quaisquer outros problemas que os professores desejem mencionar. Noventa e seis desses itens foram extraídos directamente do I.C.C.P., por forma a assegurar-se a possibilidade de se estabelecerem comparações entre comportamentos idênticos expressos em situações diferenciadas ou de se confrontarem as percepções dos pais e dos professores. Vinte e cinco itens tiveram, no entanto, de ser excluídos por não serem passíveis de observação pelos professores e substituídos por itens relativos a comportamentos mais fáceis de assinalar. Outros nove foram, ainda, reescritos por forma a tornarem-se mais adequados ao meio escolar.

A similitude entre os dois questionários não se circunscreve aos aspectos já apontados, estendendo-se a muitos outros, como o sistema de cotação dos 120 itens de problemas de comportamento ou às possibilidades de apresentação e interpretação dos resultados. A este nível, o único ponto discordante, digno de referência, reside no facto do resultado total de competência social ter dado lugar a um resultado total de funcionamento adaptativo, correspondente à soma das pontuações dos itens respeitantes ao rendimento escolar actual (VII) e às quatro características adaptativas (VIII).

Em acréscimo, o inventário para professores foi aferido para a população portuguesa na mesma amostra em que se processou a do questionário para pais (Fonseca et al., 1995). A estrutura factorial identificada engloba sete factores ou escalas, denominados de Agressividade/Comportamentos Anti-Sociais, Problemas de Atenção/Dificuldades de Aprendizagem, Ansiedade, Isolamento Social, Comportamentos Obsessivos, Problemas Sociais e Comportamentos Estranhos. Esta composição denota várias convergências com as obtidas por Achenbach e Edelbrock (1986) aquando da elaboração do inventário, mas afasta-se consideravelmente das oito escalas ou síndromas propostas há alguns anos atrás (Achenbach, 1991a, 1991b). De facto, só quatro das escalas portuguesas dispõem de uma réplica na estrutura americana mais recente, designadamente as de Agressividade/Comportamentos Anti-Sociais, Problemas de Atenção, Ansiedade e Isolamento Social.

Como tivemos oportunidade de comentar em relação ao I.C.C.P., estas diferenças ou variações transculturais não são nem raras, nem inusitadas ou inexplicáveis. Comparações da estrutura factorial deste inventário (Doepfner et al., 1995), da versão homóloga para pais ou de outros questionários idênticos, como o “Conners Teacher Rating Scale” (Taylor, 1987), em diversos pontos do mundo, atestam que a identidade absoluta dos factores é, lamentavelmente, a excepção, mais do que a regra.

Em contrapartida, a excelência das qualidades psicométricas do inventário tem sido unanimemente reconhecida. Demonstra valores muito satisfatórios de consistência interna (de .63 a .97, Achenbach, 1991; de .74 a .95, Fonseca et al., 1995) e de precisão interavaliadores (.57, Achenbach e Edelbrock, 1986), bem como uma adequada estabilidade em intervalos temporais de dois e quatro meses (.77 e .66, Achenbach, 1991b). No que concerne à validade, os seus resultados correlacionam-se positiva e significativamente com os do Questionário Revisto de Conners para Professores (.83, Achenbach, 1991b; .89, Fonseca et al., 1995), e diferenciam, de forma aceitável, entre crianças orientadas e não orientadas para serviços de saúde mental (Achenbach, 1991b; Verhulst e Akkerhuis, 1986), ou com e sem um diagnóstico clínico (Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra, 1985)¹⁶².

Face aos elementos reunidos, o Inventário de Comportamento da Criança para os Professores afigurou-se-nos como um instrumento útil e relevante, ou como o complemento indispensável do I.C.C.P.. Além disso, dar a palavra aos professores ou distingui-los enquanto fontes de informação obedecia aos objectivos visados, e estava em consonância com o papel fundamental que eles desempenham na vida de todas as crianças, com as suas extensas oportunidades de observação e de comparação do funcionamento de uma dada criança com o de muitas outras da mesma idade cronológica ou, ainda, com a acção decisiva que são chamados a exercer no encaminhamento dos alunos para serviços especializados dentro e fora da escola.

2.1.3.- Aplicação dos instrumentos

No que respeita ao I.C.C.P., o manual assinala que este pode ser respondido directamente pelos pais ou substitutos parentais, tendo como referência o comportamento da criança no decurso dos últimos seis meses. Caso os pais possuam um nível insuficiente de leitura ou não saibam ler, pode recorrer-se a um entrevistador que entrega aos pais uma cópia do questionário, conservando outra consigo, lê os itens em voz alta, esclarece possíveis dúvidas e questões e anota as respostas. Como se esperava de antemão que os pais da nossa amostra evidenciassem um baixo nível de escolarização, e a fim de homogeneizarmos as condições de aplicação, recorreremos, em todas as circunstâncias, à técnica da entrevista.

Tratando-se de pais de crianças com deficiência, a entrevista iniciou-se pela anamnese, seguindo-se a administração do questionário de comportamento.

Procurou-se que as dúvidas ou interrogações parentais fossem esclarecidas de modo factual e preciso, elaborando-se para tal uma listagem de directrizes e informações a facultar face a cada item ou questão específicas.

¹⁶² Quando nos Estados Unidos ou na Holanda se aplicaram os pontos discriminantes aos resultados totais de problemas de comportamento, ou seja, quando se consideraram como clinicamente significativos todos os que se situavam acima do percentil 90 e, de seguida, se averiguou da exactidão dessa forma de actuação por referência aos critérios acima assinalados, verificou-se que entre 23.7% e 28% das crianças eram incorrectamente identificadas.

Segundo Achenbach (1991b), a percentagem de classificações erróneas é substancialmente mais baixa (15%) quando se utilizam em conjunto os pontos discriminantes dos resultados totais de problemas de comportamento e de funcionamento adaptativo.

Com os pais das crianças do grupo de controlo, a entrevista limitou-se ao completamento do questionário de comportamento, de acordo com as linhas gerais que acabámos de referir.

No grupo das crianças com deficiência, os instrumentos foram respondidos por 71 mães (88.75%), 1 pai (1.25%), 2 mães adoptivas (2.5%), 1 pai adoptivo (1.25%) e 5 substitutos parentais (6.25%). No grupo das crianças normais, o questionário foi preenchido por 76 mães (95%), 1 pai (1.25%) e 3 substitutos parentais (3.75%).

O Inventário de Comportamento da Criança para Professores foi respondido tendo como enquadramento temporal os últimos dois meses. Aquando da sua recolha no estabelecimento de ensino, proporcionou-se sempre o ensejo de elucidação de eventuais quesitos.

Responderam aos questionários 69 professores de crianças com deficiência mental e 73 professores de crianças normais.

3- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Problemas de comportamento: A variável dependente problemas de comportamento foi definida, de uma forma global e inespecífica, como correspondendo aos **resultados totais** alcançados nos inventários de comportamento para pais (I.C.C.P.) ou professores (I.C.C.P.R.). Esses resultados totais, cuja amplitude se pode situar entre 0 e 240 pontos, constituem indicadores da intensidade dos problemas de comportamento, tal como percebidos ou vivenciados pelos pais e professores, mas não nos informam sobre a identidade desses mesmos problemas.

Por conseguinte, a variável dependente problemas de comportamento foi também equacionada, de uma forma específica, como correspondendo aos **resultados parciais** obtidos nas escalas dos inventários de comportamento para pais e professores. Esses resultados parciais, cuja amplitude varia em função do número de itens que integram cada uma das nove escalas do inventário para pais ou das sete escalas do inventário para professores, constituem indicadores quer da intensidade, quer da identidade dos problemas de comportamento da criança. Assim, um qualquer resultado total pode traduzir-se em resultados parciais muito diferenciados relativos a núcleos ou constelações particulares de comportamentos.

Não só se trata de resultados distintos como a magnitude de uns não se expressa necessariamente na magnitude dos outros. Deste modo, resultados totais baixos podem exprimir-se em resultados parciais elevados numa ou mais escalas e vice-versa. Por exemplo, um resultado total de 16 pontos no questionário para pais, no caso de uma criança do sexo masculino, situa-se um desvio-padrão abaixo da média nacional, mas pode traduzir-se em resultados parciais de 10 pontos na escala de Isolamento e de 6 pontos na escala de Queixas Somáticas que se localizam dois desvios-padrões acima das médias nacionais.

No entanto, a questão que, de imediato, se nos colocou foi a de determinar qual a relevância ou o significado clínico que poderia ser atribuído à magnitude dos resultados constatados. Como foi salientado em diversas ocasiões, o modelo quantitativo, empírico ou dimensional dos distúrbios de comportamento infantil, tem respondido a esta questão através do estabelecimento de limiares ou **pontos discriminantes** que permitiriam diferenciar resultados com e sem implicações clínicas. Apesar deste procedimento ser rotineiramente empregue em investigações de natureza epidemiológica ou no estudo de dimensões ou agrupamentos específicos de comportamentos, como a hiperactividade ou os comportamentos anti-sociais (McGee et al., 1985; Taylor et al., 1991), a selecção da linha de demarcação denota uma enorme variabilidade de autor para autor ou de trabalho para trabalho. Assim, e no que respeita aos resultados totais do I.C.C.P. e/ou do I.C.C.P.R., enquanto que Achenbach e Edelbrock (1983, 1986) e Verhulst, Akkerhuis e Althaus (1985) optaram pelo percentil 90 da distribuição dos resultados na amostra de aferição, Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985) consideraram que o 85 era mais adequado para fins de despistagem, visto poder corresponder a um aumento da sensibilidade dos inventários. Idêntico ponto de vista, viria também a ser defendido por Achenbach (1991a, 1991b), para quem a inclusão de uma faixa limítrofe, correspondente ao intervalo entre os percentis 82 e 90, representa um aumento na percentagem de casos clínicos correctamente identificados.

Quando dos pontos discriminantes referentes aos resultados totais dos inventários utilizados se passa aos respeitantes aos resultados parciais ou das escalas, verifica-se, de imediato, que a variabilidade ou inconstância são, ainda, mais pronunciadas. Por exemplo, Biederman et al. (1993) adoptaram o percentil 85, Verhulst e Van der Ende (1993) preferiram o 90, ao passo que Achenbach e Edelbrock (1983, 1986) recomendaram o uso do 98 e, mais recentemente, do 94 (Achenbach, 1991a, 1991b)¹⁶³. Verifica-se, no entanto, que o percentil 98 parece constituir um critério excessivamente restritivo, e que critérios menos exigentes, como os consubstanciados pelos percentis 85 ou 90, assinalam, segundo investigações norte-americanas, um grau de desvio frequentemente corroborado por sistemas diagnósticos como a D.M.S.-III ou a D.M.S.-III-R. (Biederman et al., 1993; Edelbrock e Costello, 1988), evitando, ao mesmo tempo, a omissão de situações de potencial relevância clínica.

Saliente-se que a mutabilidade supramencionada não é específica dos estudos que empregaram o I.C.C.P. e/ou o I.C.C.P.R., sendo evidente na generalidade dos estudos que recorreram a instrumentos similares.

Este panorama incongruente realça a dificuldade e a precariedade dos esforços tendentes à delimitação do clínico e do não clínico ou do normal e do patológico, e chama a atenção para o facto de que nenhum resultado é passível de fornecer indicações inequívocas sobre o comportamento de uma criança. Na realidade, quer porque a criança é um ser em desenvolvimento e transformação, quer porque qualquer método de avaliação está sujeito a erros de medida e a outras limitações, os resultados obtidos em questionários constituem uma mera via de acesso ao comportamento infantil, tal como percebido por uma dada fonte de informação.

Ainda assim, é possível atenuar o grau de arbitrariedade inerente à delimitação dos pontos discriminantes, validando-os por referência a critérios externos como o encaminhamento para serviços de saúde mental infantil ou o diagnóstico clínico (cf. ponto 1.2, capítulo II). Não obstante, uma ou outra objecção dirigida aos próprios critérios de validação, só assim se pode conhecer a precisão diagnóstica do instrumento, a sensibilidade e especificidade dos limiares utilizados¹⁶⁴. Infelizmente, semelhante procedimento não foi, ainda, levado a cabo na população infantil portuguesa, pelo que a adopção de um qualquer limiar possui uma margem de incerteza acrescida e deve ser encarada com reservas suplementares. Cientes de que nesta conjectura, seria inviável conferir a primazia a um único ponto discriminante, ou de que um limiar constituía, apenas, uma aproximação ou um meio imperfeito de estimação de comportamentos com um potencial significado clínico, decidimos recorrer não a um, mas a dois percentis da distribuição cumulativa dos resultados totais e parciais na amostra nacional de aferição.

Deste modo, seleccionámos o percentil 90 para os resultados totais, quer porque tem sido o mais frequentemente adoptado a nível internacional, quer porque tem sido associado a valores satisfatórios de sensibilidade e especificidade¹⁶⁵. Em complemento, e atendendo às indicações de

¹⁶³ Os percentis relativos aos resultados das escalas são usualmente mais elevados do que os que dizem respeito aos resultados totais, por forma a ter-se em conta o número reduzido de itens ou a pequena amplitude dos comportamentos abrangidos pelas escalas.

¹⁶⁴ Entende-se por sensibilidade a percentagem de casos clínicos, ou de verdadeiros positivos, cujos resultados são desviantes segundo os pontos discriminantes. Por seu turno, a especificidade representa o valor oposto, isto é, a percentagem de casos não clínicos, ou de verdadeiros negativos, cujos resultados não são desviantes de acordo com os pontos discriminantes. Subtraindo-se estas percentagens de 100 encontram-se, respectivamente, as de falsos positivos e falsos negativos.

¹⁶⁵ Para a faixa etária dos 6 a 11 anos de idade, as percentagens de sensibilidade e especificidade encontradas foram as seguintes: 76% e 90% nos Estados- Unidos (Achenbach e

Achenbach (1991a, 1991b) e de Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985) de que um valor ligeiramente inferior assegura que não se omitam crianças com um provável distúrbio de comportamento, escolhemos também o percentil 85.

No que se refere aos resultados parciais, optou-se pelo percentil 98, uma das referências mais habituais neste contexto, independentemente do questionário empregue (Achenbach, 1991a, 1991b; Achenbach e Edelbrock, 1983, 1986; McGee et al., 1985). Pela razão já invocada para os resultados totais, ou seja, porque um limiar um pouco mais baixo ou exigente do que o equivalente ao percentil 98, tem vindo a ser apontado como uma medida mais eficaz de despistagem de características comportamentais inadequadas (Biederman et al., 1993; Edelbrock e Costello, 1988; Verhulst e Van der Ende, 1993), seleccionámos também o percentil 90.

Por outras palavras, ao optarmos pelo percentil 90 para os resultados totais e pelo percentil 98 para os resultados parciais, pretendemos aumentar a probabilidade de se identificarem casos detentores de significado clínico, admitindo-se o custo da omissão de alguns verdadeiros positivos. Pelo contrário, ao optarmos pelo percentil 85 para os resultados totais e pelo percentil 90 para os resultados parciais, pretendemos aumentar a probabilidade de se identificarem casos de potencial significado clínico, incluindo os que são passíveis de se revestirem de menor importância, e admitindo-se o custo do aumento de alguns falsos positivos.

Uma vez que a prevalência de comportamentos particulares é fortemente influenciada pela idade cronológica e pelo sexo, os critérios estatísticos supramencionados foram os relativos às crianças com menos de doze anos e de cada um dos sexos que tomaram parte no estudo nacional de aferição. Esperava-se, deste modo, poder satisfazer uma exigência psicopatológica fundamental, segundo a qual só é legítimo falar-se em desvios comportamentais por referência ao que é habitual ou comum numa amostra representativa de uma dada faixa etária e de um determinado sexo.

Enunciados os critérios que nos permitiriam despistar as crianças que, na perspectiva dos pais ou dos professores, evidenciam problemas clinicamente significativos, revelou-se necessário seleccionar o **procedimento a adoptar quando a identificação de uma criança por uma destas vias não fosse corroborada pela outra**. Uma forma de resolver este dilema consistia em privilegiar uma fonte de informação em detrimento de outra. Esta abordagem foi advogada, por exemplo, pela DSM-III, que conferiu a prioridade aos professores, e relegou para um plano secundário os pais e as observações dos clínicos. Contudo, não só não existe evidência da excelência da informação fornecida pelos professores como ao proceder-se, assim, ignorar-se-iam as flutuações situacionais dos comportamentos infantis.

Alternativamente, poder-se-ia conferir um peso específico a cada um dos instrumentos de avaliação, calcular a média das respectivas cotações (Achenbach, 1995), ou ainda, delegar nos profissionais ou investigadores a atribuição da primazia a um ou a outro¹⁶⁶ (Routh e Daugherty, 1992).

Dada a fragilidade do apoio empírico a favor de qualquer uma destas formas de actuação, a pesquisa clínica e epidemiológica, ao procurar identificar as crianças com maior probabilidade de apresentarem reais perturbações comportamentais, tem vindo a consagrar o recurso a resultados que transcendem os pontos discriminantes em dois questionários ou inventários de auto-resposta,

Edelbrock, 1983); 87% e 63% em Porto Rico (Bird et al., 1987); 60% e 90% na Holanda (Verhulst, Akkerhuis e Althaus, 1985).

¹⁶⁶ No âmbito desta última alternativa, Loeber, Green e Lahey (1990) tiveram oportunidade de constatar, por meio de um inquérito dirigido a 128 clínicos e investigadores norte-americanos, que as percepções da utilidade das diferentes fontes de informação variavam segundo os comportamentos a avaliar. Assim, as preferências recaiam nos professores para os comportamentos hiperactivos ou de oposição, deslocando-se para as mães ou as próprias crianças no caso de problemas de índole emocional ou anti-social.

dirigidos aos pais, aos professores ou às próprias crianças. De entre os trabalhos que seguiram esta via, contam-se, por exemplo, os de Bird et al. (1988), Schachar, Rutter e Smith (1981), Taylor et al. (1991), Vikan (1985, cit. por Brandenburg, Friedman e Silver, 1990) e Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985)

Longe de constituir uma versão renovada de um processo arbitrário, este método reúne a seu favor dois importantes conjuntos de dados. O primeiro atesta que contribui para o aumento da sensibilidade dos instrumentos de despistagem, fornecendo, em consequência, a melhor estimativa possível da prevalência dos distúrbios de comportamento. Rutter, Tizard e Whitmore (1970) notaram este facto, há muitos anos atrás, quando constataram que das crianças com resultados superiores aos pontos discriminantes nos questionários para pais ou professores, somente metade recebia, ulteriormente, confirmação pedopsiquiátrica. Em contraponto, três quartos das identificadas conjuntamente pelos pais e professores beneficiavam, a posteriori, de comprovação diagnóstica especializada. Desde então, tem-se enriquecido a evidência em torno do acréscimo de sensibilidade inerente à consulta simultânea aos pais e professores (Bird et al., 1988; cf. Brandenburg, Friedman e Silver, 1990) que, no caso dos inventários por nós utilizados, atinge segundo Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985) valores da ordem dos 90%¹⁶⁷.

Mais especificamente, Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985) analisaram a sensibilidade do ICCP e do ICCPR por referência ao diagnóstico de uma distúrbio de comportamento de grau moderado a severo, tal como determinado por pedopsiquiatras a partir de entrevistas com os pais e a própria criança. Assim, verificaram, no seio de um grupo de 116 crianças, que das 46 que tinham obtido um resultado total superior ao percentil 85 no inventário para pais ou para professores, 22 foram subsequentemente consideradas como evidenciando um distúrbio de comportamento de grau moderado ou severo. Por sua vez, das 11 crianças que alcançaram resultados totais superiores ao percentil 85 nos dois inventários só uma revelou ser um caso falsamente positivo. Por último, das 59 crianças que não foram seleccionadas por nenhum dos inventários, 9 viriam a afigurar-se casos falsamente positivos. Face a estes dados, Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra (1985) concluem que a utilização conjunta do ICCP e do ICCPR constitui um meio mais eficaz de detecção de distúrbios de comportamento do que o representado pelo seu emprego isolado.

O segundo conjunto de dados reporta-se à verificação de que os comportamentos problemáticos que se manifestam ou ocorrem em mais do que uma situação são, usualmente, os mais persistentes e severos. São disso exemplos elucidativos, os resultados das investigações longitudinais de Schachar, Rutter e Smith (1981), Anderson et al. (1987) e de Verhulst, Koot e Van der Ende (1994). Na sequência do estudo da ilha de Wight, Schachar, Rutter e Smith (1981) notaram que as crianças que obtinham resultados elevados no factor hiperactividade dos questionários de Rutter para pais e professores tinham maior probabilidade, de quatro anos depois, evidenciarem sinais de desajustamento do que aquelas cujos resultados desviantes no mesmo factor se confinavam a um dos questionários. Por seu lado, Anderson et al. (1987) observaram que as crianças que, aos 11 anos de idade, apresentavam comportamentos mais perturbadores, susceptíveis de determinarem o seu encaminhamento para serviços clínicos, eram aquelas que, anos antes, tinham sido identificadas por, pelo menos, dois de três instrumentos de avaliação, entre os quais se contavam versões modificadas dos questionários de Rutter para pais e professores. Por último, numa pesquisa mais recente, Verhulst, Koot e Van der Ende (1994) tiveram oportunidade de verificar que 41% das crianças que alcançavam resultados totais superiores ao percentil 85 nas versões holandesas dos questionários de Achenbach denotavam, passados seis anos, vários indícios específicos de perturbações comportamentais. Em complemento, o forte poder preditivo inerente à combinação das informações, era também visível ao nível dos resultados das escalas, já que a probabilidade de se vir a registar uma evolução desfavorável aumentava quando se tinham registado resultados superiores ao percentil 95 em duas ou mais das escalas comuns aos inventários para pais e professores.

Por estas razões, foi este o procedimento escolhido para estimar a percentagem de crianças com e sem deficiência mental que apresentam distúrbios de comportamento, isto é, cujas alterações se

¹⁶⁷ A percentagem global de classificações incorrectas é de 14.3%.

manifestam em contextos ecológicos distintos, são usualmente graves e persistentes e pouco sujeitas a erros na sua detecção. Não obstante, convém ter presente que ao proceder-se assim apenas se dá cumprimento a um trabalho de despistagem. Como é óbvio, só uma avaliação clínica pormenorizada, efectuada subsequentemente, permitiria ajuizar do estatuto efectivo das crianças rastreadas.

Por seu turno, entendeu-se que as crianças com e sem deficiência mental identificadas unicamente pelos pais ou professores apresentam problemas de comportamento de potencial relevância clínica, ou seja, problemas circunscritos a um contexto ecológico específico e mais sujeitos a erros na sua detecção. Com efeito, estes casos tanto podem traduzir a efectiva variabilidade situacional dos comportamentos infantis, como as características peculiares dos avaliadores ou das interacções que eles estabelecem com a criança. Por esse motivo, a intervenção, que estas circunstâncias inevitavelmente requerem, não tem necessariamente de centrar-se na criança. Pelo contrário, pode, por vezes, revelar-se mais benéfico que ela se direcione para as percepções da fonte de informação ou para a interacção que esta mantém com a criança.

Índice de risco cumulativo: Este índice foi construído à imagem dos índices de adversidade psicossocial ou familiar utilizados por McGee et al. (1985, 1986), Sandberg, Wieselberg e Shaffer (1980), Sameroff (1990) e Rutter (1979b). Tal como nessas circunstâncias, integram o índice, factores de risco de importância reconhecida e comprovada. Referimo-nos designadamente: a uma situação de nítida desvantagem social, correspondente na nossa amostra a um nível socio-económico inferior baixo; a uma família numerosa, constituída por quatro ou mais crianças residentes no domicílio familiar; a separação/divórcio dos pais; a uma situação de instabilidade familiar, conducente a uma ou mais separações da criança em relação à sua família nuclear; a criminalidade parental; a perturbações da saúde mental parental.

Para além de se tratar de factores de risco, convém explicitar que os eventuais efeitos adversos não advêm necessariamente desses factores, mas antes das dificuldades e dos obstáculos que lhes poderão estar associados. Por exemplo, o papel das condições de vida frustes ou das famílias numerosas na génese dos problemas de comportamento, parece ser essencialmente indirecto ou mediado por dimensões familiares e/ou características parentais. No mesmo sentido, é possível que o afastamento temporário ou prolongado da criança e dos seus progenitores tenha repercussões desfavoráveis não pela experiência de separação em si mesma, mas pelas circunstâncias desagradáveis que a desencadearam ou que se lhe seguiram (Rutter e Garmez, 1983).

Por comparação com os índices em que se filia e, em especial, com os de McGee et al. (1985, 1986) e Rutter (1979b), pode-se afirmar que este índice de risco difere dos seus antecessores, pelo facto de não englobar nenhum item relativo a relações conjugais discordantes ou conflituosas. Cada um dos seis itens que constituem o índice de risco foi cotado com um ou zero pontos, consoante foi considerado presente ou ausente.

4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- A avaliação dos pais

No que se refere às avaliações parentais de problemas de comportamento, começamos por apresentar, no quadro 5.1, os resultados totais médios obtidos na segunda parte do Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.).

Este quadro mostra que os pais das crianças com deficiência mental encaram o comportamento dos seus filhos como mais problemático do que os pais de crianças normais, registando, em paralelo, uma notável semelhança das apreciações dos pais das crianças com deficiência mental que frequentam estabelecimentos de ensino regular ou especial.

De momento, gostaríamos de chamar a atenção para o facto do resultado total médio do grupo deficiente mental, se bem que significativamente mais elevado do que o do grupo normal, se situar

na proximidade do detectado no estudo normativo nacional (Fonseca et al., 1994) e se distanciar substancialmente do apontado por McConaughy (1986) em crianças com distúrbios de aprendizagem.

Quadro 5.1

Resultados totais médios dos grupos deficiente e normal no I.C.C..P.

Grupos	I.C.S.P.C.		T	G.L.	P
	Média	Desvio-Padrão			
D.M.L. Escolas Especiais	36.35	16.72	-12	78	.9072
D.M.L. Escolas Regulares	36.80	17.68			
Deficiente	36.58	17.10	-5.61	158	.0001
Normal	23.20	12.74			

Examinemos, agora, a fonte e a natureza das diferenças entre as crianças com e sem deficiência, remontando aos itens individualmente considerados. Antes, porém, é indispensável que prestemos alguns esclarecimentos sobre os itens que integram a primeira parte do inventário e que são relativos à competência social. Recordamos que esses itens solicitam informações sobre a quantidade e a qualidade da participação de cada criança em diversas actividades e relações sociais, sendo atribuída uma cotação específica à quantidade e outra à qualidade da participação. Esta última assenta no tempo que a criança dedica à actividade em causa e no modo mais ou menos satisfatório como a realiza, tomando como termo de comparação as crianças da mesma idade. Para o efeito, os pais dispõem das seguintes categorias gerais de avaliação: “não sei”, “abaixo da média”, “média” e “acima da média”.

Tornou-se evidente aquando da aplicação do questionário, que os pais revelavam alguma dificuldade em enquadrarem o envolvimento dos seus filhos em actividades desportivas (item I.B), recreativas e/ou formativas (itens II.B e III.B) nas categorias citadas, apontando, sobretudo, desconhecimento das realizações das outras crianças. Recorreram, por isso, frequentemente à categoria “não sei”, que acabaria por registar nesses itens, percentagens elevadas, na casa dos 20 a 25%. Por outro lado, no item III.A, referente ao número de organizações a que a criança pertencia, 75% dos pais das crianças normais e 78% dos pais das crianças com deficiência assinalaram “nenhum”. Este conjunto de factos, revelador do enviesamento sociocultural de algumas componentes desta secção do questionário, levou-nos a omitir das análises comparativas os quatro itens atrás referidos.

Quadro 5.2
Comparação dos resultados dos itens de competência social

Itens	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T	G.L.	P
	M	DP	M	DP			
IV.A - Número de pequenos trabalhos	2.22	.92	2.53	.74	-2.34	158	.0201
IV.B - Execução de pequenos trabalhos	1.77	.46	1.08	.49	4.02	158	.0001
V.2 - Número de contactos com amigos	1.24	.75	1.62	.64	-3.71	158	.0003
VI.A - Relação com os pais, irmãos	0.84	.31	1.06	.22	5.02	158	.0001
VI.B - Brinca e trabalha sozinho	.48	.52	1.20	.46	9.07	157	.0001

A estes itens, juntar-se-iam, ainda, os respeitantes à escolaridade por abordarem elementos já debatidos (frequência de uma escola especial, repetência de ano...) ou por resultarem em diferenças óbvias, intrínsecas aos critérios de amostragem (rendimento escolar actual). Deste modo, as comparações efectuadas abrangeram, somente, oito dos itens de competência social (I.A, II.A, IV.A, IV.B, V.1, V.2, VI.A, VI.B). O quadro 5.2 mostra os itens em que ocorreram diferenças estatisticamente significativas.

Estes dados revelam que nalguns aspectos da vida quotidiana, de natureza eminentemente extra-escolar, as crianças com deficiência mental são percebidas pelos seus progenitores como menos capazes ou competentes. O que, com todas as limitações inerentes à exiguidade dos aspectos pesquisados, não se coaduna com a perspectiva de uma deficiência situacional (Mercer, 1970, 1973) ou exclusivamente circunscrita à área académica.

Quadro 5.3

Comparação dos resultados dos itens de problemas de comportamento

Itens	Escolas Especiais			Escolas Regulares			χ^2	P
	%0	%1	%2	%0	%1	%2		
1. Infantil	30	33.7	36.2	80	18.7	1.2	47.74	.0001
8. Não se concentra	43.7	23.7	32.5	53.7	36.2	10	12.43	.0020
10. Irrequieto(a)	21.2	20	58.7	36.2	31.2	32.5	11.15	.0038
11. Dependente	38.7	28.7	32.5	62.5	25	12.5	11.78	.0028
16. Cruel para os outros	72.5	15	12.5	92.5	6.2	1.2	12.19	.0023
19. Exige muita atenção	58.7	12.5	28.7	55	30	15	9.32	.0095
20. Destrói as suas coisas	71.2	13.7	15	86.2	11.2	2.5	8.49	.0144
21. Destrói o que é dos outros	77.5	8.7	13.7	96.2	2.5	1.2	12.73	.0017
22. Desobediente em casa	41.2	37.5	21.2	62.5	33.7	3.7	13.44	.0012
23. Desobediente na escola	82.5	10	7.5	98.7	1.2	0	12.61	.0018
29. Tem medos	53.7	28.7	17.5	73.7	23.7	2.5	11.89	.0026
31. Tem medo de fazer algo mal	88.7	8.7	2.5	72.5	12.5	15	8.98*	.0112
32. Sente que tem de ser perfeito(a)	96.2	2.5	1.2	50	31.2	18.7	43.54*	.0001
34. Sente que os outros andam atrás dele	33.7	28.7	7.5	95	5	0	24.29	.0001
37. Mete-se em bulhas	62.5	23.7	13.7	83.7	13.7	2.5	10.83	.0044
38. Fazem pouco dele(a)	73.7	21.2	5	92.5	7.5	0	10.95	.0042
44. Rói as unhas	77.5	3.7	18.7	75	16.2	8.7	9.19*	.0101
45. Nervoso(a)	26.2	52.5	21.2	21.2	30	48.7	13.97	.0009
46. Tem movimentos nervosos	91.2	7.5	1.2	76.2	18.7	5	6.73	.0345
48. Os outros miúdos não gostam dele	15	5		97.5	1.2	1.2	12.49	.0019
54. Cansa-se demais	61.2	23.7	15	85	12.5	2.5	13.02	.0015
57. Agride os outros	73.7	16.2	10	93.7	5	1.2	12.12	.0023
61. Trabalho escolar fraco	1.2	23.7	75	88.7	10	1.2	129.60	.0001
62. Má coordenação motora	81.2	5	13.7	97.5	2.5	0	12.85	.0016
63. Prefere crianças mais velhas	97.5	0	2.5	85	10	5	9.35*	.0093
65. Recusa-se a falar	66.2	27.5	6.2	85	12.5	2.5	7.65	.0219
67. Foge de casa	86.2	7.5	6.2	98.7	1.2	0	9.25	.0098
69. Reservado(a)	85	3.7	11.2	70	23.7	6.2	13.94*	.0009
74. Gosta de se exhibir	71.2	17.5	11.2	48.7	36.2	15	9.04*	.0109
79. Problemas de fala	30	41.2	28.7	90	6.2	3.7	60.02	.0001
86. Teimoso(a), irritável	7.5	31.2	61.2	18.7	61.2	20	28.40	.0001
90. Diz palavões	51.2	38.7	10	83.7	16.2	0	21.62	.0001
95. Tem birras	37.5	21.2	41.2	68.7	21.2	10	22.60	.0001
97. Ameaça outras pessoas	70	23.7	6.2	96.2	3.7	0	19.95	.0001
102. Pouco desembaraçado(a)	81.2	11.2	7.5	91.2	8.7	0	6.71	.0348
103. Infeliz, triste	78.7	16.2	5	91.2	8.7	0	6.54	.0381
108. Faz xi-xi na cama	78.7	8.7	12.5	93.7	5	1.2	9.23	.0099
111. Isola-se	76.2	11.2	12.5	88.7	8.7	2.5	6.34	.0420
112. Preocupa-se muito	62.5	33.7	3.7	81.2	13.7	5	8.83*	.0121

G.L.=2 * Diferença a favor do grupo normal

Dos 120 itens de problemas de comportamento que constituem a segunda parte do questionário, detectaram-se diferenças significativas em 39 (32.5%), sendo a grande maioria (26.6%) desfavorável ao grupo deficiente mental. Do quadro 5.3, sobressai, sobretudo, a heterogeneidade dos comportamentos abarcados, que ora focam peculiaridades da própria deficiência mental (itens 61, 62 e 79), ora se reportam a dificuldades no relacionamento interpessoal (itens 38, 48, 65 e 111) ou a estados emocionais (itens 29, 34, 45 e 103).

Uma leitura mais atenta permite, no entanto, detectar um ligeiro predomínio de comportamentos com impacto no meio circundante, como os de inquietude, destruição, desobediência, agressividade física e verbal ou irritabilidade.

Quando se confrontaram item a item os subgrupos de crianças com deficiência mental, deparou-se, como o evidencia o quadro 5.4, com um número reduzido de diferenças, distribuídas de forma muito equilibrada por um e outro subgrupos.

Quadro 5.4

Comparação dos itens de problemas de comportamento dos subgrupos de crianças com deficiência mental

Itens	Escolas Especiais			Escolas Regulares			X ²	G.L.	P
	%0	%1	%2	%0	%1	%2			
23. Desobediente na escola	92.5	2.5	5	72.5	17.5	10	6.14	2	.047
34. Sente que os outros andam atrás dele	72.5	17.5	5	50	40	10	6.56	2	.038
42. Gosta de estar sozinho(a)	55	27.5	17.5	80	15	5	6.1	2	.047
61. Trabalho escolar fraco	0	12.5	87.5	2.5	35	62.5	6.93	2	.031
79. Tem problemas de fala	20	35	45	40	47.5	12.5	10.77	2	.0046
99. Preocupa-se demasiado com a limpeza	95	2.5	2.5	80	20	0	6.96	2	.031
101. Falta à escola sem razão	100	0	0	82.5	12.5	5	7.67	2	.025
111. Isola-se	62.5	17.5	20	90	5	5	8.36	2	.015
112. Preocupa-se muito	92.5	5	2.5	70	22.5	7.5	6.70	2	.035

Esta sobreposição apreciável das percepções parentais dos comportamentos dos dois subgrupos de crianças não deixa de ser algo paradoxal. E isto, porque fazendo fê do que tem sido relatado noutros países (Kirk, 1964; Madden e Slavin, 1983), poder-se-ia esperar que a presença de problemas de comportamento desempenhasse um papel de relevo no encaminhamento de uma criança com deficiência mental ligeira para um estabelecimento de ensino especial, reflectindo-se nas avaliações dos pais. Além disso, não podemos esquecer que a frequência exclusiva do ensino especial foi, também, apontada como susceptível de contribuir para uma imagem desvalorizante ou depreciativa da criança e das suas acções (Meyerowitz, 1967). Como vimos, não encontramos

nenhuma evidência nesse sentido¹⁶⁸, o que, aliás, se viria a confirmar ao nível dos resultados parciais, referentes aos factores ou escalas¹⁶⁹, onde não se detectou qualquer discrepância em função da modalidade educativa frequentada.

Quadro 5.5

Comparação dos resultados das escalas dos grupos normal e deficiente

Escalas	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T	P
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Oposição	9.91	6.04	7.66	5.23	-2.52	.0128
Agressividade	4.78	4.69	2.15	2.52	-4.41	.0001
Hiperactividade	7.8	3.21	3.49	2.41	-9.83	.0001
Depressão	2.23	2.03	1.35	1.43	-3.15	.002
Problemas Sociais	1.75	1.86	2.04	1.79	.99	.3205
Queixas Somáticas	.45	.86	.50	1.15	.31	.7594
Isolamento	3.16	2.29	2.53	1.78	-1.96	.0511
Ansiedade	2.39	1.62	1.81	1.58	-2.27	.0245
Comp. Obsessivo	1.69	1.64	1.40	1.49	-1.16	.2467

Já o mesmo não se pode afirmar do confronto dos grupos deficiente e normal, em que cinco das nove escalas acusaram diferenças estatisticamente significativas, indicadas no quadro 5.5.

Deste quadro, convém reter que a diversidade dos comportamentos problemáticos dos deficientes mentais, salientada por ocasião do exame dos itens, assume, agora, contornos ligeiramente mais definidos. Na realidade, aos problemas exteriorizados, representados pelas escalas de oposição, agressividade e hiperactividade, associam-se os de natureza interiorizada consubstanciados nas escalas de depressão e ansiedade.

¹⁶⁸ O facto dos pais das crianças com deficiência mental ligeira em escolas especiais assinalarem uma frequência mais elevada de problemas da fala e um pior rendimento escolar dos seus filhos é congruente com a caracterização dos desempenhos escolares exposta na rubrica consagrada à anamnese, e não se afigura assimilável a uma qualquer tendência depreciativa.

¹⁶⁹ A composição de cada uma destas escalas pode ser verificada em Fonseca et al. (1994; 1995).

Na tentativa de determinar qual a relevância que poderiam assumir as divergências ou os desvios detectados, calculámos as percentagens de resultados totais dos grupos deficiente e normal que transpõem os limiares escolhidos.

Quadro 5.6

Número e percentagem de resultados totais superiores aos pontos discriminantes

	Grupo Deficiente		Grupo Normal		P
	N	%	N	%	
Resultados totais	85	11.25	3	3.75	T.P.E.F. ^{a)} .049
Resultados totais	90	7.5	0	0	T.P.E.F. .014

a) Teste de Probabilidades Exactas de Fisher

Como facilmente se verifica, pela observação do quadro 5.6, os dois percentis produzem diferenças análogas, materializadas num ligeiro excesso de crianças com deficiência mental com resultados “cl clinicamente significativos”. A grandeza da diferença referente ao percentil 85 é, de resto, equivalente à notada por Rutter e Graham (1970), isto é, reporta-se a uma percentagem de crianças com deficiência três vezes superior à encontrada no grupo normal ou de controlo. O quantitativo de crianças com deficiência mental identificadas está, também, repartido de modo muito equitativo pelas escolas regulares e especiais, tal como o faziam prever observações anteriores. Assim, o percentil 85 rastreia 5 crianças nas escolas especiais e 4 nas escolas regulares, enquanto que o percentil 90 rastreia 3 em cada um dos tipos de estabelecimento de ensino.

Não se notou, igualmente, que os índices discriminantes acarretassem uma representação desproporcional de um grupo etário em relação a outro¹⁷⁰. Pelo contrário, e atendendo a que a amostra contém sensivelmente duas vezes mais rapazes do que raparigas, observou-se uma tendência isolada no sentido da sobrerrepresentação do sexo masculino. De facto, se tal não acontece com o percentil 85 que identifica 6 rapazes e 3 raparigas, já o mesmo não se pode afirmar em relação ao percentil 90 que identifica 5 rapazes e 1 rapariga.

O quadro 5.6 não deixa, no entanto, de conter informações curiosas ou surpreendentes. Referimo-nos ao número e à percentagem de crianças despistadas, através de um e outro percentil, no interior do grupo deficiente mental. Na realidade, 11.25% e 7.5% distanciam-se consideravelmente dos 30.4% avançados por Rutter e Graham (1970), tendo por base um procedimento comparável ao nosso. Numa perspectiva mais abrangente, e necessariamente mais imprecisa, ou seja, apelando para os estudos em que os pais desempenharam o papel de principais informantes, como os de Gillberg et al. (1986) ou Koller et al. (1982, 1983), as disparidades são, ainda, mais marcantes.

Uma explicação possível para esta baixa percentagem, seria a de que os pais da nossa amostra, porque pouco familiarizados com o preenchimento de questionários, teriam omitido, menosprezado ou sido particularmente brandos na cotação dos 120 itens de problemas de comportamento. Embora não dispunhamos de elementos que autorizem a exclusão desta possibilidade, um ou outro indício atenuam a sua plausibilidade. Veja-se, por exemplo, que só

¹⁷⁰ Cada um dos quatro níveis etários contribui com 2 a 3 crianças no caso do percentil 85, ou com uma ou duas no caso do percentil 90.

quatro protocolos registaram resultados tão baixos que espelhassem uma tendência consistente de negação¹⁷¹ (Achenbach e Edelbrock, 1983, 175), e que o fenómeno ocorreu nos dois grupos de crianças, sendo menos previsível ou compreensível por parte dos pais de crianças normais.

Observemos, agora, nos quadros 5.7 e 5.8, as percentagens dos resultados obtidos nas escalas que se situam acima dos percentis 90 e 98.

Quadro 5.7

Número e percentagem de resultados das escalas superiores ao percentil 90

Escala	Grupo Deficiente		Grupo Normal		χ^2 /T.P.E.F.	P
	N	%	N	%		
Oposição	16	20	8	10	3.14	n.s.
Agressividade	20	25	3	3.75	T.P.E.F.	.000
Hiperactividade	17	21.25	0	0	T.P.E.F.	.000
Depressão	7	8.75	1	1.25	T.P.E.F.	.875
Problemas Sociais	1	1.25	0	0		
Queixas Somáticas	3	3.75	2	2.5	T.P.E.F.	.316
Isolamento	5	6.25	3	3.75	T.P.E.F.	.221
Ansiedade	10	12.5	4	5	T.P.E.F.	.163
Comp. Obsessivo	2	2.5	1	1.25	T.P.E.F.	.377

Um critério mais tolerante dá origem a diferenças significativas nas escalas de agressividade e hiperactividade, ao passo que um critério mais severo resulta numa única diferença circunscrita à escala de agressividade. Note-se que, tanto num caso como no outro, o número de crianças com deficiência mental ultrapassa largamente o das normais.

Atente-se, também, para o facto desta perspectiva de análise dos resultados conduzir ao desaparecimento de quaisquer diferenças relativas às escalas de depressão e ansiedade.

¹⁷¹ De acordo com Achenbach e Edelbrock (1983, 175), essa tendência espelha-se, na faixa etária dos 6 aos 11 anos, em resultados situados entre 5 e 11 pontos, o que na presente amostra só sucedeu em três crianças “normais” e numa criança com deficiência mental.

Quadro 5.8

Número e percentagem de resultados das escalas superiores ao percentil 98

Escalas	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T.P.E.F.	P
	N	%	N	%		
Oposição	5	6.25	2	2.5	T.P.E.F.	.163
Agressividade	8	10	1	1.25	T.P.E.F.	.015
Hiperactividade	1	1.25	0	0		
Depressão	0	0	0	0		
Problemas Sociais	0	0	0	0		
Queixas Somáticas	0	0	1	1.25		
Isolamento	0	0	0	0		
Ansiedade	1	1.25	1	1.25		
Comp. Obsessivo	0	0	0	0		

Procurando ir um pouco mais além do que a simples detecção da proporção de crianças que obtinham resultados superiores a limiares pré-estabelecidos, detivemo-nos na análise da composição dos perfis individuais.

Tornou-se rapidamente evidente que uma das características distintivas dos perfis das crianças com deficiência mental residia no número apreciável¹⁷² (24 ou 30%) dos que comportavam dois ou mais de dois resultados parciais superiores ao ponto discriminante, correspondente ao percentil 90¹⁷³. Quando averiguámos da identidade desses resultados, deparámos com uma variedade assinalável ou, dito de outro modo, com a inexistência de um perfil típico.

A fim de darmos conta dessa heterogeneidade, dificilmente resumível, socorremo-nos da distinção relativa a uma dimensão de problemas de comportamento emocionais ou interiorizados por oposição a uma dimensão de problemas de comportamento anti-sociais ou exteriorizados.

Como se referiu noutra ocasião (cf. ponto 1.2, capítulo II), esta distinção tem emergido, de forma consistente, em numerosos estudos que aplicaram técnicas multivariadas aos dados recolhidos, através de diversos métodos de avaliação, junto de pais, professores e profissionais de saúde mental infantil (Achenbach e Edelbrock, 1978). As duas dimensões afiguram-se fidedignas, visto evidenciarem valores satisfatórios de teste-reteste, de estabilidade temporal em períodos de duração superior a 15 meses e de acordo interavaliadores (Achenbach e Edelbrock, 1978). Além disso, denotam validade transcultural, uma vez que têm sido replicadas em países como a Inglaterra, a Finlândia, a Grécia, o Japão, o Irão ou a Jamaica (Lambert, Weisz e Thesiger, 1989). Manifestam, igualmente, validade relativa a critérios externos, patente em associações específicas a variáveis como o sexo, a dinâmica familiar ou o desempenho escolar (Hinshaw, 1987; Quay, 1979; Rutter e Gould, 1985). Por exemplo, os problemas exteriorizados são predominantes nos

¹⁷² Versus 6 ou 7.5% no grupo normal.

¹⁷³ Dado o número reduzido de resultados parciais superiores ao percentil 98, esta situação era quase que exclusiva do percentil 90.

rapazes e os interiorizados nas raparigas, um ambiente familiar discordante surge mais frequentemente associado aos problemas exteriorizados do que aos interiorizados e a presença de dificuldades de aprendizagem é mais notória no caso dos primeiros do que dos segundos. Por último, as duas dimensões predizem o estatuto socio-emocional na idade adulta que é, em geral, mais favorável nos problemas interiorizados.

Esta distinção permitiu-nos enquadrar as escalas de depressão, queixas somáticas, isolamento, ansiedade e comportamento obsessivo na dimensão de problemas interiorizados, e as de oposição, agressividade e hiperactividade na dimensão de problemas exteriorizados. No âmbito desta última, atendeu-se também à presença isolada ou conjunta das três constelações comportamentais, por forma a atendermos a uma eventual sobreposição dos comportamentos de agressividade e/ou oposição com os de hiperactividade.

Em complemento, e como a literatura da especialidade e a prática clínica demonstram, de modo inequívoco, que muitas crianças evidenciam comportamentos pertencentes a ambas as dimensões, englobámos, ainda, uma categoria mista. Com efeito, desde 1970, ocasião em que Rutter, Tizard e Whitmore puseram em destaque que um grupo considerável de crianças da ilha de Wight manifestava simultaneamente problemas emocionais e anti-sociais, diversos outros estudos viriam a reiterar a existência do mesmo fenómeno. Esses estudos tanto abordaram amostras da população geral (Anderson et al., 1987; Bird et al., 1988; Taylor et al., 1991; Verhulst e Van der Ende, 1993) como amostras clínicas (cf. Garber et al., 1991), e ao nível da avaliação e classificação dos distúrbios de comportamento tanto empregaram a abordagem dimensional (Verhulst e Van der Ende, 1993) quanto esta última complementada com a categorial (Anderson et al., 1987; Bird et al., 1988; Taylor et al., 1991). Todos concluíram invariavelmente por algum grau de sobreposição entre as dimensões de problemas exteriorizados e interiorizados, susceptível de se exprimir de múltiplas formas como, por exemplo, a da associação entre a agressividade/oposição e a depressão (Garber et al., 1991) ou a ansiedade (Anderson et al., 1987; Bird et al., 1988), ou a da sobreposição entre os défices de atenção e a depressão (Anderson et al., 1987) ou os distúrbios psicossomáticos (Barkley, 1990). A este propósito, Verhulst e Van der Ende (1993) sublinham, aliás, a necessidade de se estar ciente das muitas combinações de comportamentos problemáticos que as crianças podem evidenciar ou da real complexidade da psicopatologia infantil.

O facto da ocorrência de diferentes tipos de comportamentos problemáticos ter sido replicado em vários estudos atesta que não se trata de um simples artefacto dos critérios de amostragem ou dos procedimentos de avaliação. Não obstante, isto não significa que não tenham surgido advertências relativas a enviesamentos na sua detecção¹⁷⁴. No mesmo sentido, o significado dos casos ou perfis mistos tem dado azo a várias interrogações que se encontram, ainda, por elucidar. Assim, desconhece-se os mecanismos etiológicos que lhes estão subjacentes e ignora-se se se trata de entidades nosológicas bem diferenciadas, detentoras de características específicas. Contudo, a base empírica disponível (Anderson et al., 1987; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970; Verhulst e Van

¹⁷⁴ Caron e Rutter (1991), por exemplo, alertaram para a possibilidade da covariação entre dimensões ou problemas de comportamento ser exacerbada por qualquer um dos seguintes factores: natureza exclusivamente clínica das amostras; justaposição de alguns itens ao nível das escalas dos questionários ou das categorias de sistemas de diagnóstico como a ICD-10 ou a DSM-IV; insuficiente validação de escalas, síndromas ou categorias nosológicas. Um outro factor susceptível de exercer uma influência similar é o efeito de halo, isto é, a tendência sistemática de alguns avaliadores para considerarem que determinados comportamentos estão presentes desde que outros também o estejam (Garber et al., 1991). No presente estudo, foi possível eliminar ou atenuar a influência de algumas destas fontes de enviesamento quer porque a justaposição dos itens das escalas é reduzida, quer porque o efeito de halo é mais intenso quando se recorre a um único avaliador.

der Ende, 1993) é unânime na indicação de que as crianças que apresentam simultaneamente problemas interiorizados e exteriorizados são mais gravemente afectadas no seu funcionamento e têm um prognóstico mais reservado do que os “casos puros”, isto é, que o das crianças que evidenciam problemas de um único tipo.

A única escala excluída desta classificação tricotómica, foi a de problemas sociais, que abrange comportamentos como “não se dá com as outras crianças” ou “os outros miúdos não gostam dele(a)”. Na realidade, não só não existe evidência de que esta é uma escala de natureza eminentemente emocional ou anti-social (Achenbach e Edelbrock, 1983; Quay, 1979), como tende a surgir associada a uma grande diversidade de padrões comportamentais, desde os dominados pela ansiedade e/ou isolamento, até àqueles em que prevalece a agressividade ou a hiperactividade (American Psychiatric Association, 1986; Barkley, 1990).

Anote-se que este esquema, que se filia no elaborado por outros autores (McGee et al., 1985; Taylor et al., 1991), constitui um instrumento classificativo rudimentar, e é aqui utilizado com vista à mera clarificação e interpretação dos resultados obtidos.

Através da sua aplicação, foi possível verificar que a configuração dos perfis das crianças com deficiência mental e normais com resultados superiores aos percentis 90 ou 98, num ou mais factores, ficava ordenada de acordo com o constante no quadro 5.9.

Quadro 5.9

Perfis das crianças com deficiência mental e normais

Categorias	Percentil 90				Percentil 98			
	G. Deficiente		G. Normal		G. Deficiente		G. Normal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
P. Interiorizados	9	11.25	6	7.5	1	1.25	2	2.5
Hiperactividade	4	5	0	0	0	0	0	0
P. Exteriorizados	10	12.5	6	7.5	10	12.5	2	2.5
Oposição/ Agressividade	5	6.25	0	0	1	1.25	0	0
Hiper.+Opos./Agres.	5	6.25	0	0	1	1.25	0	0
Mista	13	16.25	2	2.5	0	0	0	0

Um dos aspectos mais relevantes deste quadro, diz respeito ao predomínio da categoria de problemas exteriorizados no interior do grupo deficiente mental, por oposição a uma distribuição mais homogénea no grupo normal. De facto, no caso do percentil 90 registam-se diferenças significativas nas categorias de problemas exteriorizados ($X^2(1) = 6.14$, $p < 0.02$) e mista (T.P.E.F., $p = .00245$), mas não na de problemas interiorizados ($X^2(1) = 1.14$, n.s.). Por seu turno, o percentil 98 dá origem a uma única diferença significativa relativa à categoria de problemas exteriorizados (T.P.E.F., $p = .0151$).

Um outro aspecto, reside no facto de o percentil 90 revelar que em 6.25% das crianças com deficiência mental a hiperactividade surge associada à agressividade, ou ainda, que em cerca de 16.25% dos casos, a hiperactividade e/ou a agressividade coexistem com comportamentos de índole manifestamente emocional. A sobreposição da hiperactividade com a agressividade é, aliás, mais notória do que o quadro 5.9 enuncia, atendendo a que a sua simultaneidade constitui o núcleo central de quatro dos perfis mistos. Em consequência, é possível afirmar-se que, de acordo com este critério estatístico, das 13 crianças que apresentam resultados elevados no factor hiperactividade, 9 também evidenciam comportamentos agressivos; e que, reciprocamente, das 17 crianças que evidenciam resultados elevados no factor agressividade, 9 também denotam sintomas de hiperactividade.

Resta saber se, como tudo parece indiciar, esta justaposição é o simples reflexo de um dos

parâmetros de diferenciação adoptados; ou se, pelo contrário, recolhe um apoio mais alargado na escola e nas avaliações dos professores.

Um outro aspecto, a que não pudemos deixar de fazer alusão, é o de entre 15% a 48.75% das crianças com deficiência mental evidenciarem problemas de alguma magnitude numa ou mais áreas específicas, enquanto que tal só sucede em 5% a 17.5% das crianças normais¹⁷⁵.

Congregando a informação proveniente da utilização dos diferentes limiares, e uma vez que se verifica que as percentagens relativas aos resultados parciais ou das escalas incluem as crianças com resultados totais “desviantes”, pode afirmar-se que, segundo os pais, 12 (15%) das crianças com deficiência mental e 4 (5%) das crianças normais manifestam um distanciamento muito pronunciado dos comportamentos habituais na sua idade. Numa perspectiva de despistagem menos estrita, os valores supracitados ampliam-se consideravelmente, abarcando 39 (48.75%) crianças do grupo deficiente e 14 (17.5%) do grupo normal.

Por último, nota-se que quando se comparam os perfis das crianças com deficiência mental em função do tipo de estabelecimento de ensino frequentado, não se depara com quaisquer dissemelhanças dignas de registo nesse nível de análise.

4.2- A avaliação dos professores

Permanecendo fiéis à sequência que presidiu a apresentação dos resultados do questionário de comportamento para pais, mostram-se, no quadro 5.10, os resultados totais médios alcançados com o instrumento homólogo para professores.

Quadro 5.10

Resultados totais médios dos grupos deficiente e normal no I.C.C.P.R.

Grupos	I.C.C.P.R.		T	G.L.	P
	Média	Desvio-Padrão			
D.M.L. Escolas Especiais	41.87	19.42	-2.33	78	.022
D.M.L. Escolas Regulares	53.97	26.37			
Deficiente	47.92	23.80	-5.42	158	.0001
Normal	28.38	21.72			

O primeiro elemento a reter, é o de que os professores, tal como os pais, atribuem um maior número de problemas de comportamento às crianças com deficiência mental do que às normais.

¹⁷⁵ Este aspecto não contradiz os valores ou as considerações tecidas a propósito dos resultados totais potencialmente relevantes de um ponto de vista clínico. Um resultado total mediano ou até inferior à média não elimina a possibilidade de uma ou mais áreas problemáticas, do mesmo modo que um resultado total acima da média não implica necessariamente a existência dessas áreas.

Não obstante, as semelhanças das avaliações dos pais e dos professores detêm-se aí. Na verdade, as crianças com deficiência mental obtêm resultados superiores aos registados com o I.C.C.P.R., que se bem que acompanhados de uma maior variabilidade, visível no valor do desvio-padrão, sugerem que os comportamentos inadequados são mais frequentes na escola do que no domicílio familiar e/ou que os professores os detectam mais facilmente que os pais¹⁷⁶.

Uma outra divergência interessante entre as duas fontes de informação, é a que se reporta à percepção mais desfavorável, por parte dos professores, do comportamento das crianças com deficiência mental que frequentam estabelecimentos de ensino regular.

A análise da cotação dos itens, com vista à captação das origens dos desvios grupais e subgrupais, centrou-se, exclusivamente, nos 120 itens de problemas de comportamento. E isto, porque a quase totalidade dos itens, que constituem a primeira parte deste questionário, focam aspectos referentes à história da escolaridade caracterizados numa rubrica específica deste trabalho.

De entre os 120 itens analisados, constatou-se que 48 ou 40% apresentavam cotações diferenciadas nos grupos deficiente e normal. Em 42 (35%) desses itens, o grupo deficiente mental suplantava o normal, acontecendo, exactamente o oposto, nos 6 itens (5%) restantes. Por razões de espaço, no quadro 5.11, figuram somente os valores respeitantes à primeira situação. Explicita-se, contudo, que as crianças normais obtiveram pontuações mais elevadas nos itens 2, 29, 32, 35, 44 e 49. Em metade desses itens, a diferença foi significativa para $p < .05$ (2, 35 e 44), e na outra metade para $p < .01$ (29, 32 e 99).

Apesar do ligeiro incremento, neste questionário, de diferenças de sentido adverso às crianças com deficiência, verifica-se que, à imagem do que sucedia com o I.C.C.P., preponderam os comportamentos relativos a problemas de atenção (itens 8, 22, 60, 78, 80), a um excesso de actividade motora (itens 10 e 15), à agressividade (itens 6, 16, 20, 23, 57, 67, 90, 95, 97) e à irritabilidade (itens 86, 88 e 95).

¹⁷⁶ A título de referência adicional e secundária, assinala-se, ainda, que o resultado total médio do grupo deficiente mental se desvia do do estudo normativo nacional (Fonseca et al., 1995), e está bastante próximo do encontrado por Harris et al. (1984) em crianças com distúrbios de aprendizagem.

Quadro 5.11

Comparação dos itens de problemas de comportamento

Itens	Grupo Deficiente			Grupo Normal			χ^2 X	P
	%0	%1	%2	%0	%1	%2		
1. Infantil	18.75	31.25	50.00	67.50	27.50	5.00	51.69	.0001
4. Não acaba as coisas que começa	46.25	27.50	26.25	72.50	21.25	6.25	15.13	.0005
6. Desafiador, refila com os professores	72.50	18.75	8.75	87.50	11.25	1.25	7.13	.0284
8. Não consegue concentrar-se	13.75	27.50	58.75	32.50	53.75	13.75	35.21	.0001
10. Irrequieto(a) ou hiperactivo(a)	51.25	18.75	30.00	61.25	33.75	5.00	18.43	.0001
11. Dependente	47.50	32.50	20.00	77.50	18.75	3.75	17.61	.0002
15. Tem gestos de irrequietude	55.00	21.25	23.75	73.75	21.25	5.00	11.97	.0025
16. Cruel para os outros	70.00	20.00	10.00	91.25	6.25	2.50	11.60	.003
19. Exige muita atenção	27.50	18.75	53.75	50.00	36.25	13.75	28.64	.0001
20. Destroí as suas coisas	75.00	16.25	8.75	91.25	6.25	2.50	7.60	.0223
22. Tem dificuldade em seguir instruções	85.00	33.75	31.25	73.75	21.25	5.00	28.53	.0001
23. Desobediente na escola	52.50	35.00	12.50	73.75	23.75	2.50	9.92	.007
45. Nervoso(a)	36.25	33.75	30.00	46.25	45.00	8.75	11.58	.0031
46. Tem movimentos nervosos	78.75	7.50	13.75	96.25	3.75	0	13.40	.0012
49. Tem dificuldade em aprender	2.50	12.50	85.00	55.00	40.00	5.00	106.76	.0001
53. Fala sem ser a sua vez	41.25	27.50	31.25	50.00	38.75	11.25	9.73	.0077
54. Cansa-se demais	73.75	13.75	12.50	36.25	12.50	1.25	8.19	.0166
57. Agride fisicamente as pessoas	67.50	26.25	6.25	91.25	6.25	2.50	13.97	.0009
60. Apático(a) ou desmotivado(a)	46.25	31.25	22.50	75.00	21.25	3.75	17.69	.0001
61. Trabalho escolar fraco	2.50	17.50	80.00	56.25	38.75	5.00	98.70	.0001
62. Má coordenação motora	56.25	22.50	21.25	92.50	7.50	0	30.06	.0001
64. Prefere andar com crianças mais novas	66.25	13.75	20.00	78.75	20.00	1.25	15.02	.0005
65. Recusa-se a falar	71.25	18.75	10.00	88.75	11.25	0	11.03	.004
67. Perturba a disciplina da aula	57.50	20.00	22.50	68.75	25.00	6.25	8.59	.0136
71. Pouco à vontade ou embaraçado(a)	51.25	35.00	13.75	60.00	37.50	2.50	6.85	.0325
72. Trabalho sujo e/ou confuso	46.25	32.50	21.25	67.50	27.50	5.00	11.56	.0031
77. Fica facilmente frustrado	65.00	22.50	12.50	87.50	11.25	1.25	13.02	.0015
78. Desatento(a), distrai-se facilmente	16.25	31.25	52.50	28.75	51.25	20.00	18.31	.0001
79. Problemas de fala	48.75	12.50	38.75	90.00	8.75	1.25	38.47	.0001
80. Olhar fixo sem expressão	67.50	20.00	12.50	88.75	8.75	2.50	11.17	.0038
82. Rouba	85.00	15.00	0	98.75	0	1.25	13.82	.001
86. Teimoso(a), irritável	45.00	30.00	25.00	71.25	22.50	6.25	14.60	.0007
87. Mudanças repentinas de sentimentos	72.50	18.75	1.75	88.75	8.75	2.50	6.99	.0302
88. Amua muito	55.00	31.25	13.75	80.00	18.75	1.25	14.54	.0007
90. Palavrões e linguagem obscena	71.25	20.00	8.75	87.50	10.00	2.50	6.78	.0338
92. Fraco aproveitamento	47.50	28.75	23.75	56.25	35.00	8.75	6.62	.0365
95. Tem birras	72.50	16.25	11.25	87.50	10.00	2.50	6.77	.0339
97. Ameaça as pessoas	77.50	18.75	3.75	93.75	2.50	3.75	11.18	.0037
101. Falta à escola sem razão	83.75	7.50	8.75	95.00	3.75	1.25	6.06	.0482
102. Pouco desembaraçado(a)	66.25	16.25	17.50	90.00	6.25	3.75	13.56	.0011
110. Aspecto pouco asseado	63.75	20.00	16.25	83.75	10.00	6.25	8.39	.0151
112. Preocupa-se muito	80.00	17.50	2.50	55.00	40.00	5.00	11.41	.0033

GL=2

Recorde-se que esta tipologia comportamental é a mais frequentemente apontada em situações de ineficiência académica, acompanhadas ou não de disfunções ou défices cognitivos (Hinshaw, 1992; McGee et al., 1986; Russell, 1985).

Quadro 5.12

Comparação dos itens de problemas de comportamento dos subgrupos de crianças com deficiência mental no I.C.C.P.R.

Itens	Escolas Especiais			Escolas Regulares			X ²	P
	%0	%1	%2	%0	%1	%2		
2.Faz barulhos esquisitos na aula	57.5	25	17.5	32.5	25	42.5	6.94	.031
4.Não acaba as coisas que começa	65	22.5	12.5	27.5	32.5	40	12.57	.0019
13.Confuso(a) ou desorientado(a)	90	5	5	32.5	40	27.5	27.92	.0001
22.Tem dificuldade em seguir instruções	65	30	12.5	12.5	37.5	50	20.91	.0001
32.Sente que tem de ser perfeito(a)	92.5	2.5	5	65	30	5	11.23	.0036
35.Acha-se sem valor ou inferior	100	0	0	80	12.5	7.5	8.89	.0117
38.Fazem pouco dele(a)	97.5	2.5	0	52.5	40	7.5	21.64	.0001
42.Gosta de estar sozinho(a)	92.5	7.5	0	67.5	27.5	5	8.13	.0171
48.Os colegas não gostam dele(a)	85	12.5	2.5	60	32.5	7.5	6.28	.0433
49.Tem dificuldade em aprender	2.5	2.5	95	2.5	22.5	75	7.34	.0255
54.Cansa-se demais	85	12.5	2.5	62.5	15	22.5	7.84	.0196
64.Prefere crianças mais novas	87.5	5	7.5	45	22.5	32.5	16.16	.0003
72.Trabalho sujo e/ou confuso	60	17.5	22.5	32.5	47.5	20	8.87	.0119
75.Envergonhado(a) ou tímido(a)	55	40	5	45	30	25	6.31	.0428
80.Olhar fixo e sem expressão	85	12.5	2.5	50	27.5	22.5	12.28	.0022
89.Desconfiado(a)	100	0	0	70	20	10	14.12	.0009
101.Falta à escola sem razão	95	2.5	2.5	72.5	12.5	15	7.48	.0241
102.Pouco desembaraçado(a)	80	5	15	52.5	27.5	20	8.8	.0123
103.Infeliz, triste, deprimido(a)	80	20	0	50	37.5	12.5	9.9	.0071
107.Não gosta da escola	97.5	0	2.5	77.5	12.5	10	7.71	.0211
110.Aspecto pouco asseado	82.5	10	7.5	45	30	25	12.81	.0023
G.L.=2								

Sendo este quadro verdadeiro em relação à generalidade do grupo deficiente mental, verifica-se, em acréscimo, que segundo os professores, alguns comportamentos são mais habituais nas crianças com deficiência mental integradas do que naquelas cuja escolarização se processa num relativo afastamento do sistema regular de ensino. Note-se que das 21 diferenças encontradas e expostas no quadro 5.12, 20 são desfavoráveis ao subgrupo deficiente mental integrado. Mas, mais interessante do que a quantidade das diferenças são, na nossa opinião, os comportamentos particulares que elas versam. De entre estes, destacam-se, sobretudo, os que retratam algumas crianças com deficiência mental como sem confiança em si mesmas (item 35), com dificuldades no relacionamento com os colegas (itens 38 e 48), preferindo manter-se à

margem das actividades colectivas (item 42), tristes (item 103) e com fraca apetência em relação à escolarização (itens 103 e 107). Repare-se, por exemplo, que as cotações atribuídas aos itens 101 e 107, indiciam que para algumas das crianças identificadas como deficientes mentais, as escolas do ensino regular parecem estar longe de corresponder a um local aprazível de interacção e aprendizagem.

Não podemos, também, deixar de fazer menção à notória dificuldade de algumas crianças integradas no cumprimento de determinados quesitos escolares (itens 4, 22 e 72), não obstante evidenciarem conhecimentos escolares francamente superiores aos das suas congéneres do ensino especial.

Estas divergências entre os subgrupos de crianças com deficiência ampliam-se quando em lugar do exame dos itens, nos debruçamos sobre os resultados parciais referentes aos factores ou escalas. Com efeito, às diferenças referentes às escalas de isolamento ($t(78)=-3.59$, $p=.0006$) e problemas sociais ($t(78)=-2.71$, $p=.0083$), previsíveis a partir das comparações dos itens, juntam-se as concernentes às escalas de problemas de atenção ($t(78)=-2.87$, $p=.0053$) e comportamentos estranhos ($t(78)=-2.21$, $p=.0301$)¹⁷⁷.

Convém explicitar, desde já, que a interpretação da escala de comportamentos estranhos não é nem óbvia, nem linear, dado englobar itens díspares, sem uma linha de continuidade ou uma constante nítidas. Ainda assim, factores com um conteúdo similar foram, também, identificados em análises factoriais deste (Achenbach e Edelbrock, 1986) e doutros questionários (Quay, 1979), conferindo-se-lhes as designações de “auto-destruição” (Achenbach e Edelbrock, 1986), “comportamentos esquizóides” ou “imaturidade” (Quay, 1979). O facto de incluir comportamentos como “magoa-se muito”, “tem má coordenação motora” ou “tem problemas de fala” e de, como veremos, as crianças com deficiência mental nele obterem resultados particularmente elevados, leva-nos a pensar, tal como Quay (1979), que a dimensão apreendida é de natureza maturacional, mais do que psicótica.

Em qualquer um dos casos, não deixa de ser algo imprevisível que, nessa escala, os resultados das crianças com deficiência mental das escolas regulares sejam superiores aos das que frequentam as escolas especiais. Os respectivos Q.I.s, idades mentais ou desempenhos escolares, poder-nos-iam levar a supor exactamente o contrário.

Em relação a esta, como a qualquer uma das escalas onde se registaram diferenças significativas entre os dois subgrupos de crianças, há que ter em mente que se desconhece o que é atribuível aos comportamentos efectivos das crianças, à tolerância e expectativas dos professores, ao contexto pedagógico ou às idiossincrasias da organização do ensino para crianças com deficiência no nosso país.

O quadro 5.13 atesta que o grupo deficiente mental obtém resultados significativamente mais elevados do que o normal em seis das sete escalas do I.C.C.P.R..

¹⁷⁷ A identidade dos dois subgrupos confinase aos comportamentos agressivos ($t(78)=.007$, $p=.9946$), obsessivos ($t(78)=-1.77$, $p=.0814$) e ansiosos ($t(78)=-1.77$, $p=.0805$).

Quadro 5.13
Comparação dos resultados das escalas dos grupos normal e deficiente no
I.C.C.P.R.

Escalas	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T	P
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Agressividade	18.09	16.30	11.14	12.57	-3.02	.0029
Problemas de Atenção	5.49	6.15	6.63	6.05	-9.19	.0001
Isolamento Social	6.40	5.41	4.30	3.99	-2.80	.0061
Comp. Obsessivo	2.78	2.18	2.95	2.22	.503	.6158
Problemas Sociais	2.73	2.75	1.66	2.89	-2.38	.0183
Comp. Estranhos	3.89	2.54	1.83	1.76	-5.97	.0001
Ansiedade	3.60	3.07	2.53	2.09	-2.59	.0105

O aspecto mais marcante dos elementos apresentados neste quadro é, sem dúvida, o do carácter massivo e profundamente heterogéneo dos desvios encontrados. A tendência agressiva e hiperactiva detectada aquando da análise dos itens é aqui substituída por um notável polimorfismo dos comportamentos problemáticos dos deficientes mentais.

Resta saber se a utilização dos pontos discriminantes confirma ou infirma esta imagem de acentuada diversidade comportamental.

Quadro 5.14
Número e percentagem de resultados totais superiores aos pontos discriminantes

	Grupo Deficiente		Grupo Normal		X ²	G.L.	P
	N	%	N	%			
Resultados totais	PR.842	52.5	13	16.25	23.30	1	.001
Resultados totais	PR.909	36.25	9	11.25	13.81	1	.001

No quadro 5.14, pode-se observar que o grupo deficiente mental evidencia taxas de resultados totais iguais ou superiores aos percentis 85 e 90 que são, aproximadamente, três vezes mais elevadas do que as do grupo normal.

Em complemento, quando se toma como referência o percentil 85, as crianças com deficiência mental assim despistadas repartem-se, de forma quase simétrica, pelos dois tipos de estabelecimentos de ensino, sendo 19 provenientes das escolas especiais e 23 das escolas regulares. Pelo contrário, o percentil 90 resulta numa distribuição claramente desequilibrada, despistando 9 crianças nas escolas especiais e 20 nas escolas regulares, devido essencialmente aos resultados particularmente elevados destas últimas.

À semelhança do ocorrido no questionário para pais, todas as faixas etárias contribuem com quantitativos equivalentes¹⁷⁸, ao passo que o sexo masculino excede o feminino. Assim, e num reflexo da composição marcadamente masculina do grupo deficiente mental, o percentil 85 identifica 28 rapazes e 14 raparigas; e o percentil 90, 19 rapazes e 10 raparigas.

No que respeita ao número e à percentagem de crianças com deficiência, cujos resultados totais se desviam substancialmente do que se poderia esperar em função da sua idade e sexo, o que sobressai são, antes de mais, as respectivas grandezas. Verifica-se, no entanto, que não estão muito longe dos 41.6% indicados por Rutter e Graham (1970) e que, em lugar de serem, como na ilha de Wight, quatro vezes superiores às do grupo de controlo, são-no apenas três. Todavia, não podemos deixar de salientar que, segundo os professores, ao quadro de inadaptação escolar, característico da deficiência mental ligeira, acresce numa porção considerável de casos, o de uma clara inadaptação comportamental.

O que é igualmente inquestionável, é a distância que separa os valores obtidos neste instrumento dos derivados da versão correspondente para pais. Repare-se que os professores identificam cerca de quatro vezes mais crianças do que os pais, e que esta desproporção se mantém relativamente inalterável, independentemente do percentil adoptado ou do grupo de pertença das crianças. Este facto é tanto mais curioso, quanto estudos realizados noutros países têm, habitualmente, posto em evidência uma tendência de sentido inverso, ou seja, têm concluído que as avaliações dos pais resultam na despistagem de um maior número de crianças (Bird et al., 1987; Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra, 1985; Vermeersch e Fombonne, 1995).

Este desfasamento, associado à magnitude da generalidade dos resultados obtidos neste questionário, pode suscitar a questão de um eventual enviezamento das respostas dos professores participantes neste estudo. No entanto, quando se apela para a indicação de Achenbach e Edelbrock (1986), segundo a qual resultados totais iguais ou superiores a 155 ou 156 pontos podem indiciar distorções, exageros ou incompreensões verifica-se que essas pontuações não tiveram lugar.

De acordo com o quadro 5.15, verifica-se que, quando se consideram as percentagens de resultados parciais superiores ao percentil 90, ocorrem diferenças significativas em quatro das sete escalas do inventário: agressividade, problemas de atenção, isolamento social e comportamentos estranhos.

Da mesma forma, que em ocasiões anteriores, confrontámos os dados procedentes dos pais e dos professores, chamando a atenção para as respectivas divergências, é de toda a justiça que nesta situação destaques as suas similitudes. Na realidade, duas das escalas visadas, isto é, as de agressividade e problemas de atenção, representam a contrapartida directa das que resultaram da aplicação de igual procedimento aos resultados do questionário para pais.

¹⁷⁸ De 9 a 12 crianças no caso do percentil 85 e de 6 a 9 no caso do percentil 90.

Quadro 5.15

Número e percentagem de resultados das escalas superiores ao percentil 90

Escala	Grupo Deficiente		Grupo Normal		χ^2 /T.P.E.F.	P
	N	%	N	%		
Agressividade	29	36.25	10	12.5	12.24	.001
Problemas de Atenção	19	23.75	3	3.75	T.P.E.F.	.00016
Isolamento Social	21	26.25	10	12.5	4.84	.05
Comp. Obsessivo	10	12.50	7	8.75	7.02	.0627
Problemas Sociais	16	20	8	10	3.14	n.s.
Comp. Estranhos	52	65	15	18.75	35.15	.001
Ansiedade	21	26.25	15	18.75	1.20	n.s.

Quadro 5.16

Número e percentagem de resultados das escalas superiores ao percentil 98

Escala	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T.P.E.F.	P
	N	%	N	%		
Agressividade	7	8.75	3	3.75	T.P.E.F.	.1148
Problemas de Atenção	1	1.25	0	0		
Isolamento Social	6	7.5	1	1.25	T.P.E.F.	.052
Comp. Obsessivo	0	0	1	1.25		
Problemas Sociais	5	6.25	3	3.75	T.P.E.F.	.221
Comp. Estranhos	9	11.25	2	2.5	T.P.E.F.	.069
Ansiedade	6	7.5	1	1.25	T.P.E.F.	.052

Por seu turno, quando se recorre a um parâmetro discriminante muito restritivo, como é o caso do percentil 98, as diferenças entre os grupos normal e deficiente esbatem-se completamente. Repare-se que este é um critério estatístico de extremo rigor, que assegura que só sejam identificadas as crianças cujos resultados se situam dois desvios-padrões acima da média do seu grupo etário e sexo. Reminiscente das orientações que regem o diagnóstico de outras entidades nosológicas, como a própria deficiência mental ou os distúrbios de aprendizagem, conduz, por regra, à despistagem das crianças com as perturbações comportamentais mais severas (Barkley, 1990). Daí que a ausência de diferenças significativas a este nível, indicie que as proporções de núcleos de comportamentos de acentuada gravidade não são, na escola, substancialmente distintas

em crianças com deficiência mental e normais.

Para o exame da composição dos perfis individuais, servimo-nos das categorizações previamente enunciadas. Nesta circunstância, a categoria de problemas exteriorizados englobou as escalas de agressividade e problemas de atenção, e a de problemas interiorizados as de comportamento obsessivo, isolamento e ansiedade. Omitiram-se as escalas de problemas sociais e comportamentos estranhos que, pela sua natureza intrínseca, não eram assimiláveis ou enquadráveis em qualquer uma das categorias adoptadas.

No quadro 5.17, pode observar-se a configuração e distribuição dos perfis individuais que comportavam um ou mais resultados parciais superiores aos percentis 90 ou 98.

Por contraponto com os perfis do questionário para pais, verifica-se que as três categorias adquirem, no interior do grupo deficiente mental, uma representação muito mais equitativa do que a registada nessa ocasião. Ou seja, verifica-se que as crianças com deficiência mental, cujos comportamentos problemáticos atingem uma intensidade considerável ou se desviam nitidamente das referências normativas, apresentam, segundo os professores, padrões comportamentais mais diversificados do que os assinalados pelos pais. Deste modo, algumas crianças parecem destacar-se, aos olhos dos docentes, pelas dificuldades no relacionamento interpessoal, ansiedade ou excitabilidade, outras pelos seus défices de atenção e/ou pela manifesta hostilidade das suas acções e, outras ainda, pela combinação dos comportamentos supramencionados.

Quadro 5.17

Perfis das crianças com deficiência mental e normais

Categorias	Percentil 90				Percentil 98			
	G. Deficiente		G. Normal		G. Deficiente		G. Normal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
P. Interiorizados	16	20	16	20	7	8.75	2	2.5
P. Atenção	2	2.5	0	0	0	0	0	0
P. Exteriorizados	13	16.25	5	6.25	6	7.5	2	2.5
Agressividade								
P. Atenção+/Agres	3	3.75	0	0	0	0	0	0
Mista	22	27.5	7	8.75	2	2.5	1	1.25

As comparações estatísticas efectuadas revelam, aliás, que não existe uma preponderância clara ou invariável de uma categoria em relação às restantes. Assim, no caso do percentil 90 a superioridade cabe à de problemas exteriorizados ($X^2(1) = 8.58$, $p < .01$) e à mista ($X^2(1) = 9.48$, $p < .01$), ao passo que no caso do percentil 98 nenhuma das diferenças assume qualquer significância estatística (problemas interiorizados: T.P.E.F., $p = .0667$; problemas exteriorizados: T.P.E.F., $p = .1065$).

Um aspecto que se mantém relativamente constante nos dois questionários, é o que diz respeito à interligação da agressividade com a hiperactividade ou os défices de atenção, quando se recorre à linha de diferenciação correspondente ao percentil 90. Por conseguinte, e uma vez que resultados elevados em ambas as escalas estão presentes em seis dos perfis mistos, pode afirmar-se que 9 ou 11.25% das crianças com deficiência as manifestam em simultâneo, enquanto que o mesmo só

ocorre numa ou em 1.25% das crianças normais¹⁷⁹.

Um outro aspecto pertinente é o que diz respeito às percentagens de crianças com deficiência mental que, de acordo com esta categorização, evidenciam problemas de potencial relevância clínica. Em conformidade com os dados contidos no quadro 5.17, essas percentagens são de respectivamente 18.75% e 70%, contra 6.25% e 35% no grupo normal. Note-se que, apesar da grandeza alarmante de alguns destes números, os valores referentes ao grupo deficiente mental são, tal como no questionário para pais, duas a três vezes superiores aos do grupo de controlo. Sintetizando os dados procedentes da utilização dos índices ou pontos discriminantes, é possível adiantar-se que os professores identificam 56 (70%) crianças com deficiência mental e 28 (35%) crianças normais com resultados parciais superiores ao percentil 90, e que desses números verdadeiramente preocupantes fazem parte todas aquelas que obtiveram resultados totais superiores ao percentil 85. Optando por critérios de despistagem mais rigorosos, detectam-se 29 (36.25%) crianças com deficiência mental e 9 (11.25%) crianças normais, todas com resultados totais superiores ao percentil 90 e várias delas (15 e 5) com resultados parciais superiores ao percentil 98.

Face às disparidades entre os subgrupos de crianças com deficiência mental que temos vindo a assinalar ao longo desta rubrica, poder-se-ia esperar que as vissemos reafirmadas ao nível do confronto dos respectivos perfis. Efectivamente, enquanto que nas crianças das escolas especiais a proeminência pertence sempre à categoria de problemas exteriorizados, já nas crianças das escolas regulares são as categorias de problemas interiorizados ou mista que assumem as posições de destaque.

Esta inversão fica a dever-se, em larga medida, à proporção substancial de crianças integradas com resultados elevados na escala de isolamento. Cerca de 40% (n=16) a 15% (n=6) dessas crianças, obtêm aí pontuações superiores, respectivamente, aos percentis 90 e 98, enquanto que as percentagens equivalentes das crianças das escolas especiais se fixam nos 12.5% (n=5) ou 0%. Assinala-se, ainda, a título de curiosidade, que entre as crianças integradas, um resultado superior ao percentil 90 ou 98 na escala de isolamento surge associado, na grande maioria dos casos, a um resultado de idêntica importância na escala de problemas sociais.

Uma vez que este padrão de resultados é passível de ser interpretado à luz da não realização dos pressupostos essenciais da integração escolar, chama-se, de novo, a atenção para o facto de se tratar, tão somente, da visão ou perspectiva de uma fracção dos agentes intervenientes nesse processo. Se bem que a interligação dos dados facultados pelos pais e professores constitua o objecto específico da rubrica seguinte, adianta-se, desde já, que apenas uma das crianças integradas obtém pontuações elevadas nas escalas de isolamento dos questionários para pais e professores. O mesmo acontece, aliás, em relação à escala de problemas sociais.

Tratando-se de um fenómeno situacional e/ou de um ponto de vista particular, há, também, que levar em linha de conta que os professores do ensino especial ajuizaram, com toda a probabilidade, do relacionamento das crianças com outras crianças portadoras de deficiência mental, a cargo da mesma instituição. Por seu turno, os professores do ensino regular tê-lo-ão feito em relação a crianças sem nenhum tipo de deficiência ou incapacidade.

Não obstante, há que destacar que, com todas as imprecisões inerentes a uma única fonte de informação, se mantém a imagem de uma mais pronunciada inadequação comportamental do subgrupo deficiente mental das escolas regulares.

¹⁷⁹ O valor do grupo deficiente mental é não só substancialmente superior ao do grupo de controlo, como se afasta, também, dos avançados por outros autores, em grupos numerosos de crianças. Citam-se, a título exemplificativo, os 4.4% a 5.75% assinalados por Sandberg, Wieselberg e Shaffer (1980) e os 2.4% de McGee et al. (1985).

4.3 - A avaliação dos pais e dos professores

Tendo, até ao momento, procedido ao confronto esporádico das apreciações dos pais e dos professores, procuraremos, a partir de agora, realizar essa tarefa de modo mais sistemático. Visar-se-á não tanto revelar divergências, mas sobretudo sintetizar ou fazer confluir as informações obtidas por cada uma das vias.

Neste âmbito, começamos por mostrar no quadro 5.18 as correlações entre os resultados dos dois questionários, quer quando estas foram determinadas a partir da globalidade dos itens, quer quando apenas se basearam nos 95 itens comuns.

O primeiro elemento a reter, é o de que as avaliações de pessoas, que interagem com as crianças em contextos ou situações diferenciadas, se correlacionam modestamente. Constituindo prova inequívoca de que um tipo de informante não fornece elementos equivalentes aos de um outro, os valores registados são consonantes com os adiantados por Achenbach, McConaughy e Howell (1987). De acordo com a revisão empreendida por estes autores, as correlações entre as cotações atribuídas pelos pais e professores oscilam entre um mínimo de $-.12$ e um máximo de $.63$, sendo o valor médio de $.27$.

Quadro 5.18

Correlações dos resultados totais do I.C.C.P. e I.C.C.P.R.

Grupos	Resultados Totais	Itens Comuns
	I.C.C.P./I.C.C.P.R.	I.C.C.P./I.C.C.P.R.
D.M.L. Escolas Especiais	.34	.37
D.M.L. Escolas Regulares	.17	.18
Deficiente	.24	.24
Normal	.17	.17

A segunda consideração, é a de que o nível de consistência interavaliadores é substancialmente mais elevado no caso das crianças oriundas das escolas especiais do que no caso das procedentes das escolas regulares, independentemente de, neste último caso, se tratar de crianças com ou sem deficiência.

Passando dos resultados totais aos parciais, analisemos, agora, como se interrelacionam as escalas dos dois questionários no seio do grupo deficiente mental.

Como se pode verificar, no quadro 5.19, algumas escalas do questionário para pais apresentam correlações positivas e significativas com as escalas homólogas do questionário para professores. Referimo-nos, designadamente, às escalas de oposição, agressividade, hiperactividade e isolamento versus agressividade, problemas de atenção e isolamento. Já o mesmo não acontece com as escalas de problemas sociais, ansiedade e comportamento obsessivo que não evidenciam qualquer relação significativa com as suas homónimas¹⁸⁰.

¹⁸⁰ Idêntico padrão de correlações foi também detectado no grupo normal.

Quadro 5.19
Correlações dos resultados das escalas do I.C.C.P. e do I.C.C.P.R.

Pais	Professores						
	Agressiv.	Atenção	Isolamento	C ^o Obsess.P.	Sociais	Ansiedade	C. Estran.
Oposição	.42**	.12	-.20	-.25	.16	.02	.40**
Agressividade	.54**	.17	-.13	-.16	.29**	.11	.24*
Hiperactividade	.28*	.24*	.08	-.22	.19	.20	.31**
Depressão	-.13	-.10	.09	-.02	.02	-.09	.10
P. Sociais	-.07	-.13	.03	-.05	.02	-.03	-.01
Q. Somáticas	-.11	-.29	-.13	.03	-.13	-.11	-.26
Isolamento	-.15	-.03	.24*	-.06	-.00	-.09	.01
Ansiedade	.13	.00	-.14	-.17	-.07	.17	.39**
C ^o Obsessivo	-.11	-.00	.34**	.14	.16	.16	-.11

* p<.05 ** p<.01

Atendendo ao conteúdo de umas e de outras escalas, pode-se afirmar que os pais e os professores convergem mais facilmente na avaliação de comportamentos observáveis, com impacto directo no meio ambiente ou detentores de um cariz aversivo do que na avaliação de comportamentos de índole emocional mais dificilmente acessíveis ou identificáveis.

Mas, quais são as escalas ou os factores de cada um dos questionários que melhor descrevem, capturam ou caracterizam as diferenças de comportamento do grupo deficiente mental e normal? A fim de respondermos a esta questão, recorreremos a uma análise discriminante, uma técnica multivariada que tem sido considerada como particularmente apropriada na identificação do contributo de um conjunto de variáveis e na compreensão da natureza e extensão das diferenças grupais (Betz, 1987).

Seleccionaram-se como variáveis discriminantes, todas as escalas em que se tinham, anteriormente, registado diferenças significativas nos valores médios de ambos os grupos.

Quadro 5.20

Teste de igualdade das médias dos grupos deficiente mental e normal

	Variáveis	Lambda de Wilks	F	Significância
I.C.C.P.	Oposição	.96319	6.04	.05
	Agressividade	.89695	18.15	.0001
	Hiperactividade	.62046	96.65	.0001
	Depressão	.94097	9.91	.001
	Ansiedade	.96839	5.16	.05
I.C.C.P.R.	Agressividade	.94541	9.12	.01
	Problemas de Atenção	.65171	84.44	.0001
	Isolamento Social	.95333	7.74	.01
	Problemas Sociais	.96529	5.68	.05
	Comportamentos Estranhos	.81619	35.58	.0001
	Ansiedade	.95929	6.71	.05

O quadro 5.20 mostra, precisamente, que em função dos valores de F e de Lambda de Wilks encontrados, é possível rejeitar a hipótese nula de igualdade das médias. Além disso, para a função discriminante calculada, obteve-se um valor de Lambda de Wilks de .46 e um $X^2(8) = 119.67$, $p < .0001$.

Por seu turno, o quadro 5.20 apresenta a matriz das correlações de cada uma das variáveis com a função obtida. Atendendo a que esses coeficientes de correlação são conceptualmente similares a saturações factoriais e podem, por conseguinte, ser utilizados na interpretação da natureza das diferenças grupais (Afifi e Azen, 1979; Betz, 1987), verifica-se que as escalas que mais contribuem para a diferenciação das crianças com deficiência e normais são as de hiperactividade e problemas de atenção, seguidas, de muito perto, pelas de agressividade.

Quadro 5.21
Matriz das correlações "pooled within -groups"

Variáveis	Função
Hiperactividade	.72148
Problemas de Atenção	.67437
Comportamentos Estranhos	.36601
Agressividade (I.C.C.P.)	.31268
Agressividade (I.C.C.P.R.)	.29057
Depressão	.23106
Ansiedade (I.C.C.P.R.)	.19004
Oposição	.18034
Problemas Sociais	.17492
Isolamento	.16904
Ansiedade (I.C.C.P.)	.16666

Quadro 5.22
Classificação das crianças

Grupos	Deficiente	Normal
Deficiente	71 88.8%	9 11.3%
Normal	13 16.3%	67 83.8%

No quadro 5.22 figuram as percentagens de sujeitos que a análise realizada permite classificar num ou noutro grupo. Apesar da função discriminante predizer, de modo mais preciso, a pertença ao grupo deficiente mental do que ao normal, a percentagem global de crianças correctamente classificadas é de 86.25%, valor muito superior ao que se poderia antecipar com base na simples

acção do acaso¹⁸¹ (50%).

Confirmado o satisfatório poder discriminante dos questionários, impunhasse que analisássemos com mais pormenor as suas convergências e divergências. Como se explicitou no âmbito da operacionalização das variáveis, ao nível da despistagem dos distúrbios de comportamento conferiu-se particular relevância às convergências dos resultados de ambos os questionários. E isto, porque estas últimas se constituem, por referência às divergências, como critérios de rastreio mais sensíveis e indicadores particularmente importantes da gravidade e da persistência temporal das perturbações comportamentais.

No Quadro 5.23, figuram os números de crianças que obtiveram resultados totais superiores aos pontos discriminantes num ou nos dois questionários.

Quadro 5.23

Número e percentagem de resultados totais superiores aos pontos discriminantes nos questionários para pais e/ou professores

		Grupo Deficiente				Grupo Normal			
		Pais		Prof.		Pais / Prof.		Pais / Prof.	
		N	N	N	%	N	N	N	%
Resultados totais	PR.85	9	42	9	11.25	3	13	1	1.25
Resultados totais	PR.90	6	29	6	7.5	0	9	0	0

Verifica-se que todas as crianças com deficiência mental identificadas pelos pais o foram também pelos professores e que, pelo contrário, a vasta maioria (73.8% e 79.3%) das assinaladas pelos professores não o foram pelos pais. Assim sendo, as crianças que reuniram o consenso dos informantes possuem as características descritas aquando da apresentação das avaliações parentais, isto é, provêm dos dois tipos de estabelecimentos de ensino, distribuem-se por todas as faixas etárias e são, essencialmente, do sexo masculino.

Note-se que nesta perspectiva de integração da informação, as percentagens de 11.25% (T.P.E.F., $p = .00816$) e 7.5% (T.P.E.F., $p = .0142$) do grupo deficiente mental se mantêm significativamente superiores aos correspondentes 1.25% e 0% do grupo normal.

¹⁸¹ Segundo Betz (1987, 395), em grupos de dimensões iguais, a percentagem de predições correctas, fruto do acaso, é de $1/k$, em que k representa o número de grupos.

Quadro 5.24

Número e percentagem de resultados das escalas superiores ao percentil 90 nos questionários para pais e/ou professores

Escalas	Grupo Deficiente				Grupo Normal			
	Pais	Prof.	Pais / Prof.		Pais	Prof.	Pais / Prof.	
	N	N	N	%	N	N	N	%
Oposição / Agressividade	16	29	9	11.25	8	10	3	3.75
Agressividade / Agressividade	20	29	11	13.75	3	10	1	1.25
Hiperactividade / P. Atenção	17	19	6	7.5	0	0	0	0
P. Sociais / P. Sociais	1	16	1	1.25	0	8	0	0
Isolamento / Isolamento	5	21	1	1.25	3	10	1	1.25
Ansiedade / Ansiedade	10	21	3	3.75	4	15	1	1.25
C ^o Obsessivo/ C ^o Obsessivo	2	10	2	2.5	1	7	0	0

Dado que um resultado total constitui um mero indicador global da intensidade de eventuais alterações no processo de desenvolvimento socio-emocional, é de toda a utilidade que examinemos a confluência das apreciações dos pais e dos professores no que respeita a núcleos comportamentais delimitados. Apelando, tão somente, para as escalas equivalentes num e noutra questionário, do Quadro 5.24, constam os quantitativos e as percentagens de crianças com resultados superiores ao percentil 90, segundo as duas fontes de informação. Por forma a facilitar-se a análise comparativa dos dados, repõem-se os números respeitantes a cada um dos informantes.

Deste quadro emerge, de modo particularmente ilustrativo, a reduzidíssima sobreposição dos elementos facultados pelos pais e professores. Apesar do conteúdo e do número de itens que compõem as escalas não ser rigorosamente equivalente, poucas são as crianças seleccionadas, em simultâneo, pelos pais e professores. Repare-se, por exemplo, na notória divergência das avaliações referentes ao isolamento, problemas sociais ou ansiedade das crianças com deficiência mental. Por outro lado, a concordância, ainda que modesta, dos agentes implicados na avaliação versa, sobretudo, as escalas de agressividade e hiperactividade ou défices de atenção¹⁸². São, de

¹⁸² Quando se toma como referência o percentil 98, a justaposição é ainda mais diminuta, abarcando, apenas, 4 crianças do grupo deficiente mental com resultados desviantes nas escalas de agressividade e nenhuma criança do grupo normal. No entanto, e como já destacámos anteriormente, o percentil 98 tem vindo a ser apontado como um critério de despistagem demasiado severo, dado ser susceptível de negligenciar muitas situações clinicamente significativas (Biederman et al., 1993; Edelbrock e Costello, 1988). Mas mais importante ainda,

resto, estas mesmas escalas que continuam a ser responsáveis por diferenças estatisticamente significativas entre os grupos deficiente mental e normal, como o comprova o Quadro 5.25.

Quadro 5.25

Comparação do número de resultados das escalas superiores ao percentil 90 nos questionários para pais e/ou professores

Escalas	Grupo Deficiente		Grupo Normal		P
	Pais / Professores		Pais / Professores		
	N	%	N	%	
Oposição / Agressividade	9	11.25	3	3.75	T.P.E.F. .0495
Agressividade / Agressividade	11	13.75	1	1.25	T.P.E.F. .00177
Hiperactividade / P. Atenção	6	7.5	0	0	T.P.E.F. .0142
P. Sociais / P. Sociais	1	1.25	0	0	
Isolamento / Isolamento	1	1.25	1	1.25	
Ansiedade / Ansiedade	3	3.75	1	1.25	T.P.E.F. .249
Cº Obsessivo / Cº Obsessivo	2	2.5	0	0	T.P.E.F. .248

Ainda duas breves notas. Uma para destacar que a percentagem de crianças com deficiência mental e comportamentos sintomáticos de hiperactividade e/ou défices de atenção em casa e na escola, é ligeiramente mais baixa do que a apontada por Schachar, Rutter e Smith (1981). De facto, de entre as crianças com deficiência mental, participantes no estudo longitudinal da ilha de Wight, 12.5% apresentavam uma hiperactividade persistente ou generalizada, tal como determinado a partir de resultados superiores aos limiares desse factor nos questionários de Rutter para pais e professores.

A outra nota destina-se a salientar que os pais e os professores identificam mais crianças distintas do que comuns, independentemente de se tratar de crianças com ou sem deficiência mental. O padrão de resultados do grupo normal, associado a idênticas observações de outros autores junto de populações sem défices intelectuais (Mitchell e Sheperd, 1966; Sandberg, Wieselberg e Shaffer, 1980; Verhulst, Koot e Van der Ende, 1994), atestam que este é um fenómeno relativamente generalizado ou difundido.

Continuando a ter em conta as escalas de conteúdo similar, examinou-se, de seguida, a identidade total ou parcial dos perfis detectados em cada um dos instrumentos de avaliação.

Os quadros 5.26 e 5.27 mostram, precisamente, quantas crianças com e sem deficiência mental obtiveram, nos dois questionários, perfis enquadráveis no mesmo tipo de categoria, quando se consideraram os resultados superiores ao percentil 90.

afigura-se demasiado estrito para um processo de despigamentação centrado na interligação de duas fontes de avaliação ou na simultaneidade de comportamentos específicos em casa e na escola.

Quadro 5.26

Perfis das crianças com deficiência mental nos questionários para pais e/ou professores

Categorias	Grupo Deficiente						
	Pais		Professores		Pais/ Professores		
	N	%	N	%	N	%	
P.Interiorizados	9	11.25	16	20	4	5	
P.Exteriorizados	Hiper./P.Atenção.	4	5	2	2.5	0	0
	Oposição/ Agressividade	8	10	13	16.25	1	1.25
	Hiper./P.At.+Opos./Agres.	5	6.25	3	3.75	1	1.25
Mista	13	16.25	22	27.5	6	6.75	

Quadro 5.27

Perfis das crianças normais nos questionários para pais e/ou professores

Categorias	Grupo Normal						
	Pais		Professores		Pais/ Professores		
	N	%	N	%	N	%	
P.Interiorizados	6	7.5	16	20	0	0	
P.Exteriorizados	Hiper./P. Atenção	0	0	0	0	0	0
	Oposição/ Agressividade	6	7.5	5	6.25	2	2.5
	Hiper./P.At.+Opos./Agres.	0	0	0	0	0	0
Mista	2	2.5	7	8.75	0	0	

Como se pode observar, são as crianças com deficiência mental e uma sintomatologia mais complexa e diversificada que são alvo de um maior grau de consenso. Por outro lado, 10 ou 12.5% das crianças com deficiência mental e 2 ou 2.5% das crianças normais obtiveram, num e noutro questionário, perfis que não sendo inteiramente sobreponíveis ou classificáveis na mesma categoria, denotavam áreas de confluência. Mais especificamente, esses perfis parcialmente coincidentes eram dominados, sobretudo, pela evidência de uma agressividade comum a mais do que uma situação.

Atendendo às indicações de Anderson et al. (1987), Schachar, Rutter e Smith (1981) e de Verhulst, Koot e Van der Ende (1994), são estes núcleos de 4 (5%) e 22 crianças com deficiência mental (27.5%), com perfis total ou parcialmente correspondentes, que poderá evidenciar um ajustamento socio-emocional mais comprometido. E isto, porque: a visibilidade de vários ou de

alguns comportamentos idênticos em mais do que uma situação aponta para qualidades persistentes das acções infantis; regista-se uma acumulação de indícios de perturbações comportamentais, a tal ponto que das 22 crianças com deficiência mental, vinte alcançaram um (n=12) ou dois (n=9) resultados totais superiores ao percentil 85 enquanto que das 4 crianças sem deficiência, todas obtiveram um (n=3) ou dois (n=1) resultados totais superiores ao percentil 85. Quando se procede à caracterização do núcleo de 22 crianças com deficiência mental, verifica-se que se trata de 15 rapazes e 7 raparigas, de todas as faixas etárias¹⁸³, originários, na sua maioria, das escolas do ensino regular (n=17).

Para além destas 22 crianças, 6 (7.5%) apresentam perfis radicalmente distintos num e noutro questionário, 11 (13.75%) apenas revelam resultados desviantes no questionário para pais e 25 (31.25%) no questionário para professores. Estes casos, se bem que merecedores de uma análise pormenorizada ou de um olhar atento, diferem dos anteriores, quer porque sugerem uma notória variabilidade dos comportamentos infantis em função dos contextos interactivos, quer porque são mais vulneráveis à influência das percepções idiossincráticas dos informantes. Como refere Achenbach (1995), estas circunstâncias são tão passíveis de reflectirem as acções das crianças, quanto as perspectivas dos adultos ou a natureza das interacções estabelecidas com as crianças. Por último, há que referir que somente 16 crianças com deficiência mental (20%) não revelam qualquer sinal de perturbações comportamentais num e noutro questionário.

O quadro 5.28 resume os elementos que acabámos de citar, contrapondo-os aos do grupo normal.

Quadro 5.28

Correspondência dos resultados das escalas nos questionários para pais e professores

Resultados	Grupo Deficiente		Grupo Normal	
	N	%	N	%
Escalas Idênticas Pais/Professores	12	15	2	2.5
Escalas Parcialmente Idênticas Pais/Professores	12.5	15.6	2	2.5
Escalas Distintas Pais/Professores	6	7.5	2	2.5
Só Escalas Pais	11	13.75	7	8.75
Só Escalas Professores	25	31.25	22	27.5
Nenhuma Escala Pais/Professores	16	20	45	56.25

As diferenças entre os dois grupos situam-se, essencialmente, nos extremos do sistema categorizador empregue. Ou seja, há uma menor percentagem de crianças com deficiência sem nenhum resultado digno de nota ($X^2(1)=22.28$, $p<.001$), e uma maior percentagem com resultados global e parcialmente coincidentes (T.P.E.F., $p=.000$). Em contrapartida, não se registam diferenças significativas na incidência de resultados divergentes (T.P.E.F., $p=.1065$) ou restritos ao questionário para pais ($X^2(1)=1.002$, n.s.) ou para professores ($X^2(1)=.2711$, n.s.) É claro que esta configuração está estritamente dependente do limiar adoptado. Assim, o percentil 98 reduz consideravelmente os casos de sobreposição total (5%) e de alterações detectadas

¹⁸³ Sete crianças têm oito anos, cinco nove anos, quatro dez anos e seis onze anos.

exclusivamente pelos pais (10%) ou pelos professores (13.75%), elimina a existência de perfis distintos ou com semelhanças parcelares, aumentando, em paralelo, a percentagem de situações irrelevantes (71.25%). Por seu turno, no grupo normal proliferam os resultados inferiores a esse percentil (86.25%), sendo que os superiores provêm unicamente das avaliações dos pais (5%) ou dos professores (8.75%).

4.4- A influência de variáveis individuais, escolares e sociofamiliares

Na secção consagrada aos objectivos, afirmámos ser nossa intenção proceder à análise, no domínio da deficiência mental ligeira, da relação dos problemas de comportamento com variáveis diversificadas de natureza individual, escolar e sociofamiliar. É essa análise que nos ocupará a partir deste momento.

Quadro 5.29

Comparação dos resultados totais das crianças com deficiência mental segundo o sexo

	I.C.S.P.C.				I.C.C.P.			
	Resultados Totais				Resultados Totais			
	Média	Desvio-Padrão	T	G.L. P	Média	Desvio-Padrão	T	G.L. P
Rapazes	37.61	18.55	.78	78 .4384	50.19	22.44	1.23	78 .2233
Raparigas	34.42	13.7			43.23	26.59		

No que concerne à variável **sexo**, o quadro 5.29 atesta que os resultados totais dos rapazes são ligeiramente superiores aos das raparigas, sendo, no entanto, a diferença demasiado diminuta para que possa revestir significância estatística.

Como fomos indicando, sempre que tal se nos afigurou oportuno, a utilização dos pontos discriminantes deixa transparecer uma mais forte representação do sexo masculino.

O quadro 5.30 retoma e compara esses mesmos elementos, demonstrando que, face à constituição predominantemente masculina do grupo deficiente mental, a variável sexo não assume qualquer poder discriminante.

Quadro 5.30

Número e percentagem de crianças com deficiência mental e resultados totais superiores aos pontos discriminantes por sexo

	Pais			P	Professores			\bar{X}	G.L.	P
	Rapazes	Raparigas			Rapazes	Raparigas				
Percentil 85	6	3	T.P.E.F..2896	28	14	.00897	1	n.s.		
Percentil 90	5	1	T.P.E.F..2578	19	10	.0096	1	n.s.		

Idêntica tendência manifesta-se, igualmente, a outros níveis de análise. Por exemplo, no tocante aos valores médios de cada uma das escalas, regista-se apenas uma diferença significativa no factor depressão do questionário para pais ($t(78)=2.02$, $p=.047$), consubstanciada num resultado mais elevado nos rapazes. Não obstante, é visível, ainda que de forma ténue, uma observação frequentemente reiterada em crianças com e sem deficiência mental (Koller et al., 1982; Polloway, Epstein e Cullinan, 1985), isto é, que os rapazes obtêm resultados sensivelmente mais elevados nas escalas que implicam um auto-controlo insuficiente como, por exemplo, as de agressividade e oposição.

A segunda variável individual seleccionada foi a **idade cronológica**. Pouco se conhecendo da sua influência ao nível dos problemas de comportamento das crianças com deficiência mental (cf. ponto 3.1.1, capítulo II), é de grande relevo na compreensão de condições psicopatológicas. E isto, porque engloba diversas facetas do processo de desenvolvimento, como a biológica, a social ou a experiencial, de importância reconhecida na eclosão e evolução de comportamentos inadequados. No que concerne à avaliação da sua acção no interior do grupo deficiente mental, os quantitativos envolvidos impeliram-nos a considerar unicamente dois níveis etários, isto é, o dos 8-9 anos e o dos 10-11 anos. Os resultados totais médios dessas faixas etárias não denotam, no entanto, qualquer diferença estatisticamente significativa nos questionários para pais ($t(78)=-.16$, $p=.8675$) ou professores ($t(78)=-.66$, $p=.5143$).

A proximidade dos valores encontrados, manifesta-se, também, nos resultados das escalas, marcados por oscilações mínimas, de 1 a 3 pontos, entre um e outro nível etário.

Em complemento, relembra-se, por intermédio do quadro 5.31, que os pontos discriminantes não põem em evidência a preponderância de um qualquer grupo etário.

Quadro 5.31
Número e percentagem de crianças com deficiência mental e resultados totais superiores aos pontos discriminantes por faixas etárias

	Resultados Totais PR.85			Resultados Totais PR.90		
	Pais	Prof.	Pais / Prof.	Pais	Prof.	Pais / Prof.
	N	N	N	N	N	N
8A,0M - 9A,11M	5	22	5	3	15	3
10A,0M - 11A,11M	4	20	4	3	14	3

Se bem que de modo indirecto, a inexistência de efeitos nítidos da idade cronológica coloca em dúvida que a acumulação de experiências de insucesso, eventualmente associada à passagem dos anos, resulte num padrão de progressiva inadaptação comportamental.

A fim de testarmos directamente esta hipótese, calcularam-se as correlações entre as variáveis independentes **atraso** e **retenção escolar** e a variável dependente problemas de comportamento, representada pelos resultados totais e parciais dos questionários utilizados.

Dada a especificidade do significado das variáveis atraso e retenção escolar, os valores constantes do quadro 5.32 referem-se, separadamente, às crianças com deficiência mental ligeira das escolas especiais e regulares.

As correlações exíguas e frequentemente negativas expressam, de modo eloquente, que não são as crianças que frequentam os níveis escolares mais distanciados da sua idade cronológica ou que repetem mais anos de escolaridade que são, para os seus pais ou professores, as menos bem ajustadas ou as mais problemáticas.

Quadro 5.32

Correlações do atraso e retenção escolar com os resultados dos questionários para pais e professores

Resultados I.C.C.P.	Atraso	Retenção	Resultados I.C.C.P.	Atraso	Retençã
Oposição	.02	-.16	Agressividade	.09	-.01
Agressividade	.12	-.29	P. Atenção	-.15	-.12
Hiperactividade	-.01	.11	Isolamento	-.12	.11
Depressão	-.07	.03	Comp.Obsessivo	-.01	.32*
P. Sociais	-.13	.15	P. Sociais	-.02	.09
Q. Somáticas	-.04	.08	C. Estranhos	-.19	.17
Isolamento	-.16	-.33*	Ansiedade	-.06	.09
Ansiedade	.22	-.05	Total	-.05	.03
Comp.Obsessivo	-.03	.24			
Total	.07	-.08			

* p<.05

Ao nível sociofamiliar, a anamnese facultou-nos o acesso a vários indicadores habitualmente associados aos distúrbios de comportamento infantis, tais como: os relativos ao estatuto socio-económico; à dimensão da família; à presença de perturbações da saúde mental parental ou de situações de criminalidade; ao grau de estabilidade ou de alteração na composição familiar, como exemplificado por separação, divórcio, abandono do domicílio conjugal ou morte de um dos pais.

De entre este acervo de indicadores, o da criminalidade parental abrangia somente duas crianças, enquanto que o relativo a um estatuto socio-económico desfavorecido dizia respeito à quase generalidade do grupo deficiente mental. Por seu turno, o indicador referente à estrutura familiar compreendia situações heterogéneas ou dificilmente sobreponíveis. Assim, havia separações e divórcios com contactos frequentes, esporádicos ou inexistentes com a figura paterna, falecimentos do pai na primeira infância ou havia pouco tempo atrás, ou ainda, circunstâncias em que a separação ou a perda do pai tinham implicado que a criança tivesse sido confiada, temporária ou definitivamente, a outros familiares. Além disso, não possuíamos elementos pormenorizados sobre uma importante dimensão de um lar desfeito (Emery, 1982), isto é, sobre o grau em que tinha produzido o desaparecimento ou a manutenção de eventuais conflitos interparentais¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Os trabalhos de Hetherington, Cox e Cox (1982) sobre o divórcio demonstraram claramente que um lar intacto dominado pela discórdia tem um impacto mais negativo no comportamento infantil do que um lar harmonioso constituído por uma única figura parental.

Deste modo, indagámos isoladamente da relação das **perturbações da saúde mental parental** com os problemas de comportamento das crianças com deficiência mental. Lembramos que esta situação ocorria em 31.25% dos casos, sendo 25% relativos a alcoolismo e 6.25% a outras perturbações¹⁸⁵. Dos vinte casos de alcoolismo parental, excluíram-se dois, relativos a crianças a cargo de substitutos parentais desde a primeira infância, e cujo convívio ocasional com os pais não deixava pressupor uma qualquer exposição às consequências deletérias dessa situação¹⁸⁶.

Ficámos, por conseguinte, reduzidos a dezoito casos de alcoolismo¹⁸⁷, o que adicionado aos cinco com outro tipo de perturbações, perfêz um total de vinte e três.

Verifica-se que os resultados totais médios dessas 23 crianças ($M=36.13$, $dp=12.51$) são, no questionário para pais, quase que coincidentes com os das restantes 57 ($M=36.75$, $dp=18.74$), não se constatando, por isso, qualquer diferença significativa ($t(78)=.147$, $p=.8837$). No questionário para professores, os resultados totais médios das 23 crianças ($M=52.22$, $dp=27.44$) afastam-se um pouco dos das outras 57 ($M=46.19$, $dp=22.21$), sem que, no entanto, se registre uma diferença significativa ($t(78)=-1.03$, $p=.3087$).

Esta tendência uniformizadora dos resultados dos dois subgrupos evidencia-se, também, ao nível dos resultados das escalas dum e doutro questionário, onde preponderam as discrepâncias iguais ou inferiores a um ponto. Além disso, quando se examina quantas dessas crianças alcançam resultados totais superiores aos pontos discriminantes nota-se que foi apenas uma no questionário para pais, e entre 10 (percentil 85) e 13 (percentil 90) no questionário para professores.

Assinala-se que sendo estes últimos números aparentemente elevados, não se diferenciam significativamente dos restantes 19 ($X^2(1)=.3303$, n.s.) ou 29 casos ($X^2(1)=.0628$), que obtêm resultados similares e em que não nos foi comunicada qualquer perturbação parental.

Em consonância com o enunciado na secção consagrada às questões e hipóteses, propusemo-nos examinar a influência de múltiplos factores socio-familiares potencialmente negativos.

Recorremos, para o efeito, a um **índice de risco cumulativo**, constituído por seis itens, cotados com zero ou um pontos. Uma vez calculado, a sua distribuição ficou assim repartida: 20% de crianças com zero pontos; 35% com um ponto; 26.25% com dois pontos; 16.25% com três pontos e 2.5% com quatro pontos.

Da leitura do quadro 5.33, pode comprovar-se que este índice apresenta correlações positivas e significativas com vários resultados, mormente com os do questionário para professores. Apesar do valor da correlação respeitante aos resultados totais do questionário para pais ser modesto, uma regressão linear simples, realizada subsequentemente, mostrou-se significativa ($F(1,79)=4.418$, $p=.0388$, R^2 ajustado=.041). A mesma prova estatística foi também aplicada aos resultados totais do questionário para professores ($F(1,79)=6.949$, $p=.0101$, R^2 ajustado=.082), indicando que o

¹⁸⁵ De acordo com a informação fornecida, trata-se, em aparência, de quadros psicóticos ($n=3$) e depressivos ($n=2$).

¹⁸⁶ Quinton e Rutter (1985) ao acompanharem, durante um período de quatro anos, os filhos de pais alcóolicos ou com outros tipos de perturbações (esquizofrenia, depressão, fobias), notaram que, na maior parte das situações, o aspecto decisivo não radicava na mera presença da doença parental. Derivava, antes, do grau em que as crianças estavam expostas a situações de discórdia familiar ou eram envolvidas em interações hostis e agressivas ou, pelo contrário, eram negligenciadas ou ignoradas.

¹⁸⁷ Catorze eram bebedores excessivos, com consumos diários de 0.5 a 1 litro de uma bebida alcóolica, que nunca tinham recebido tratamento. Os outros quatro eram bebedores excessivos, que tinham necessitado de um ou mais tratamentos em meio hospitalar.

número de factores familiares adversos actua como preditor dos comportamentos inadequados na escola.

Quadro 5.33

Correlações do índice de risco com os resultados dos questionários para pais e professores

Resultados I.C.C.P.	Índice de Risco	Resultados I.C.C.P.R.	Índice de Risco
Oposição	.25*	Agressividade	.40**
Agressividade	.24*	P. Atenção	-.20
Hiperactividade	.07	Isolamento	-.15
Depressão	.16	Comp. Obsessivo	.01
P. Sociais	-.08	P. Sociais	.25*
Q. Somáticos	-.05	C. Estranhos	.23*
Isolamento	-.05	Ansiedade	.03
Ansiedade	-.00	Total	.29**
Comp. Obsessivo	.06		
Total	.20		

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

5- CONCLUSÕES

1-No início deste capítulo, afirmámos ser nossa intenção, proceder ao exame da controversa associação da deficiência mental ligeira com os problemas de comportamento. Avançámos, então, a hipótese de que os problemas de comportamento, se bem que mais prevalentes em crianças com deficiência mental ligeira do que em crianças normais, diriam respeito a uma pequena proporção das primeiras. Para o teste desta hipótese, apelou-se a fontes de informação distintas, privilegiando-se, no entanto, a respectiva interligação ou complementaridade. Em acréscimo, operacionalizou-se a variável dependente, problemas de comportamento, de um ponto de vista global ou inespecífico, representado pelos resultados totais dos questionários, e de um ponto de vista particular ou específico, consubstanciado pelos resultados parciais ou das escalas. Face à ausência de orientações explícitas ou de regras uniformes de identificação de resultados de potencial relevância clínica, recorreu-se a critérios de delimitação estatística que, pela sensibilidade de que têm dado mostra, usufruem de reconhecida aceitação a nível internacional. Os elementos obtidos demonstram que a confirmação ou infirmação da hipótese adoptada está estritamente dependente, do número e da identidade dos informantes consultados. Assim, diversos pais convergem numa caracterização largamente anódina do comportamento das crianças com deficiência mental, se bem que uma proporção assinalável (48.75%) reconheça a existência de um ou mais núcleos de comportamentos problemáticos. De entre essa proporção, destacam-se 12

crianças (15%), cujos resultados parciais, e nalguns casos também totais (n=6), expressam um afastamento muito pronunciado do que é habitual na sua idade e sexo.

Por seu turno, os professores traçam um quadro profundamente desfavorável do comportamento dos seus alunos com deficiência, que se mantem relativamente invariável em todos os níveis de análise, e que culmina em percentagens de uma grandeza preocupante. Recorda-se, por exemplo, que 70% das crianças com deficiência obtêm numa ou mais das escalas, que serviram de base à constituição dos perfis, resultados superiores ao percentil 90, e que desse amplo grupo de 56 crianças fazem parte as 42 que alcançaram resultados totais superiores ao percentil 85. Mesmo quando nos restringimos aos resultados totais e/ou parciais que mais se distanciam das referências normativas, nota-se que os professores identificam, em lugar das 12 crianças apontadas pelos pais, 29. Estas 29 crianças têm, sem excepção, resultados totais que se situam acima do percentil 90, englobando, em paralelo, as 15 cujos resultados nas escalas dos perfis transcendem o percentil 98.

Quando se apela, em simultâneo, aos pais e aos professores, ou seja, àquele que tem vindo a ser entendido como o processo mais confiável de despistagem dos distúrbios de comportamento, através de instrumentos de auto-resposta, deparamos com valores bem mais consonantes com a nossa hipótese. Deste modo, encontra-se um pequeno agrupamento de 22 crianças que, pela inexistência de flutuações comportamentais e acumulação de indicadores relevantes, poderá prefigurar, a nosso ver, a estimativa mais correcta da incidência de perturbações comportamentais neste grupo populacional.

Chama-se a atenção para o facto de ser também nesta óptica de persistência dos comportamentos inadequados ou de confluência das avaliações dos pais e dos professores, que se regista a discrepância mais acentuada entre os grupos normal e deficiente. Na realidade, enquanto que em muitas das comparações efectuadas as percentagens referentes às crianças com deficiência são, por regra, duas a três vezes mais elevadas do que as relativas às crianças normais, aqui são-no quase seis vezes mais (27.5% versus 5%).

Com todas as restrições impostas pela adopção de diferentes procedimentos metodológicos, não pudemos deixar de realçar o quanto o valor percentual (27.5%), emergente desta abordagem integrativa, se afasta dos 54 a 60% adiantados por outros autores (Chess e Hassibi, 1970; Gillberg et al., 1986; Koller et al., 1982, 1983), ou contradiz as asserções relativas a uma forte, ou mesmo, inevitável sobreposição entre a deficiência mental ligeira e os problemas de comportamento. Em suma, a hipótese formulada é parcialmente corroborada pelos pais, é infirmada pelos professores e é claramente confirmada por uma perspectiva mais abrangente que integra os contributos de ambos.

2-A formulação da hipótese anterior incluiu uma referência ao tipo de problemas de comportamento que esperávamos poder vir a encontrar. Baseando-nos na revisão bibliográfica sobre esta temática e em elementos de natureza desenvolvimental, considerou-se, na ocasião, que os comportamentos de hiperactividade, oposição e agressividade seriam, provavelmente, os mais comuns.

Quer os resultados obtidos junto dos pais e dos professores das escolas especiais, quer os da análise discriminante, confirmam que são, de facto, a irrequietude, os défices de atenção, a desobediência, os gestos ou actos hostis que melhor diferenciam as crianças com e sem deficiência mental.

No entanto, segundo os professores, os comportamentos problemáticos das crianças com deficiência mental integradas não se enquadram plenamente neste quadro geral. Assim, nestas últimas são, sobretudo, o isolamento, a inibição, as dificuldades no relacionamento com os pares que, por si mesmas ou associadas a comportamentos aversivos, se revestem de maior proeminência.

Convém notar, no entanto, que estas dificuldades de relacionamento interpessoal correspondem ao ponto de vista de um pequeno conjunto de professores do ensino regular em relação a uma parcela das crianças integradas. Além disso, esta perspectiva ou ponto de vista não só não é corroborada pelos pais, como não foi alvo de contraprova junto de outros intervenientes no processo integrativo (professores das equipas do ensino especial, a própria criança com deficiência ou os seus colegas).

3-Tendo-se procurado averiguar da convergência ou divergência das avaliações dos pais e dos professores das crianças com deficiência mental, é-se forçado a concluir pela segunda possibilidade. Não obstante, há que reiterar que não se trata de um fenómeno exclusivo do grupo deficiente mental, e que a sua intensidade se afigura sensível à influência de determinados parâmetros.

Assim, observa-se que o acordo entre as duas fontes de informação é tanto maior quanto estão em causa comportamentos óbvios, direccionados para os outros ou diversificados. Lembra-se, por exemplo, que ao nível dos resultados das escalas, as correlações mais elevadas se registam nas de agressividade (.54), oposição/agressividade (.42) e hiperactividade/problemas de atenção (.24), ao passo que as correlações mais baixas se verificam nas de comportamento obsessivo (.14) e problemas sociais (.02). O mesmo fenómeno manifesta-se também no facto de pais e professores convergirem mais facilmente na despistagem de problemas de índole agressiva e hiperactiva do que de problemas de índole ansiógena ou obsessiva. Por seu turno, são as crianças que apresentam um perfil heterogéneo ou misto num questionário que tendem a evidenciar um perfil similar no outro.

No seu conjunto, estes dados confirmam uma das hipóteses adoptadas, segundo a qual o acordo entre pais e professores é influenciado pela tipologia dos comportamentos infantis, sendo tanto mais pronunciado quanto se reporta a comportamentos manifestos ou acessíveis à observação directa. Corrobora-se, assim, no domínio específico da deficiência mental ligeira, uma verificação já efectuada junto de crianças sem necessidades educativas especiais (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987; Verhulst e Akkerhuis, 1989).

4- Em conformidade com o enunciado numa das hipóteses, verifica-se que as apreciações dos pais e dos professores do ensino regular são menos congruentes do que as procedentes dos pais e dos professores do ensino especial. Com efeito, nota-se que as avaliações dos professores são bem mais desfavoráveis do que as dos pais, e que essa tendência geral se agudiza em relação às crianças inseridas em estabelecimentos do ensino regular.

Esta discrepância das avaliações, em função da modalidade educativa que a criança frequenta, é passível de ser interpretada sob diferentes ângulos. Pode, por exemplo, invocar-se que: os comportamentos das crianças com deficiência mental das escolas especiais são, efectivamente, menos problemáticos ou menos variáveis de situação para situação; os padrões de avaliação dos pais e dos professores do ensino especial são mais uniformes; os professores dos dois tipos de estabelecimentos de ensino partilham regras, expectativas, percepções ou experiências profissionais diferenciadas que os levam a serem mais ou menos tolerantes em relação aos comportamentos inadequados ou perturbadores dos seus alunos.

O facto dos professores do ensino regular atribuírem às crianças com deficiência um maior número de comportamentos imaturos e de dificuldades no cumprimento de quesitos escolares, apesar dessas crianças evidenciarem Q.I.s, idades mentais e desempenhos escolares significativamente superiores aos das crianças das escolas especiais, coaduna-se com a última das interpretações avançadas. Além disso, não pudemos deixar de mencionar, a título puramente indicativo, que vários dos professores do ensino regular fizeram questão de nos dar conta dos diversos obstáculos que se colocavam à sua acção educativa junto das crianças em causa (precariedade dos apoios complementares de ordem psicológica, pedagógica ou social, lacunas na formação...), e que nesses relatos, julgamos ter descortinado sentimentos de manifesta insatisfação ou de profundo desconforto pessoal. Em todo o caso, há que conceder que só uma pesquisa semelhante às levadas a cabo por Fabre e Walker (1987) e Ritter (1989), em que o mesmo grupo de crianças foi avaliado por ambos os docentes, permitiria ajuizar do real fundamento duma possibilidade explicativa baseada na tolerância ou na receptividade à diferença.

Num âmbito mais amplo, o desacordo entre as apreciações dos pais e dos professores, independentemente da modalidade de ensino em que os professores exercem a sua actividade profissional, não se afigura, como vimos, redutível a omissões, exageros, distorções ou incompreensões de qualquer uma das partes envolvidas. Outros factores, eventualmente mais pertinentes, são os que respeitam: à dificuldade em decidir se, de entre as constantes e mutáveis acções das crianças, ocorreram as visadas nos itens; da diversidade dos comportamentos infantis

em função das exigências e interações inerentes a cada uma das situações; da experiência, conhecimento e características pessoais das fontes de informação.

No que concerne ao segundo factor, destaca-se que a distância que separa os resultados totais obtidos num e noutra questionário é muito menor nas crianças do grupo normal do que nas crianças do grupo deficiente. O que atesta, caso necessário fosse, que é na escola, ou por referência a um desequilíbrio entre as exigências da escola e as capacidades individuais, que as dificuldades das crianças com deficiência mental ligeira se revelam em toda a sua plenitude. Em relação ao terceiro factor, tivemos oportunidade de salientar anteriormente as múltiplas influências a que estão sujeitas as descrições dos comportamentos infantis realizadas por outrem. Assim sendo, não podemos, por exemplo, excluir a possibilidade de as pontuações, de uma maneira geral elevadas, conferidas pelos professores terem sido afectadas pelo baixo nível socio-económico das crianças participantes no estudo (Touliatos e Lindholm, 1980), por efeitos de halo (Abikoff et al., 1993), por definições estritas de adequação comportamental (Gersten, Walker e Darch, 1988), ou até, pelas condições de exercício da actividade profissional (Safran e Safran, 1987).

5-Não se detectou qualquer impacto significativo da idade cronológica, do sexo, do atraso ou retenção escolar e das alterações da saúde mental parental nos problemas de comportamento das crianças com deficiência mental.

Não sendo estes resultados totalmente inesperados, realça-se o quanto a ausência de efeitos discerníveis da variável sexo, já registada por Chazan (1964) e Koller et al. (1983) no domínio da deficiência mental, contradiz os dados de um sem número de trabalhos efectuados junto de populações normais (Achenbach e Edelbrock, 1981; Richman, Stevenson e Graham, 1982; Rutter, Tizard e Whitmore, 1970), que viriam a conferir à variável sexo masculino o estatuto de factor de risco ou de vulnerabilidade psicossocial (Maziade, 1986; Rutter, 1979b). Ao que tudo indica, e à imagem do assinalado por Seidel, Chadwick e Rutter (1975) em relação à paralisia cerebral, o impacto dessa variável individual esbate-se consideravelmente em quadros marcados por muitas outras vulnerabilidades.

A inexistência de uma relação nítida entre as variáveis escolares e os problemas de comportamento contrasta, igualmente, com os posicionamentos mais simplistas referentes à total interdependência das duas áreas ou ao papel decisivo da vivência do insucesso escolar (Balla e Zigler, 1979; Zigler e Harter, 1969). Não surpreenderá, no entanto, todos aqueles que têm verificado que os níveis de desempenho escolar das crianças com deficiência mental não estão directamente associados à intensidade ou à frequência dos seus comportamentos problemáticos (Forness, Silverstein e Guthrie, 1979; Kaufman, Agard e Semmel, 1985), e/ou que têm pugnado pela consideração de características individuais ou experienciais susceptíveis de mediar as respostas infantis ao insucesso (Kistner e Torgersen, 1987; Hoffman e Weiner, 1978; Perron, 1969). Neste âmbito, é plausível, por exemplo, que a vivência subjectiva do insucesso, o estabelecimento de uma relação causal entre um desempenho inferior e as limitações das capacidades individuais, e/ou as informações veiculadas pelos pais e professores a propósito da qualidade das realizações infantis sejam mais pertinentes do que qualquer indicador quantitativo ou objectivo do insucesso.

Em relação ao facto de não se terem encontrado diferenças significativas segundo a idade cronológica, não podemos deixar de reconhecer que os resultados obtidos poderiam ter sido outros, caso o leque de idades fosse mais amplo, abrangesse um número mais vasto de crianças ou dissesse respeito a diferentes períodos de desenvolvimento, como a idade pré-escolar e a infância ou a infância e a adolescência. Ainda assim, recorda-se que dos poucos trabalhos que adoptaram qualquer um desses procedimentos metodológicos (Chazan, 1964; Polloway, Epstein e Cullinan, 1985), só o de Epstein, Cullinan e Polloway (1986) notou diferenças a favor da infância por comparação com a adolescência.

Por seu turno, o facto das crianças com deficiência, cujos pais evidenciavam problemas do foro psiquiátrico, não estarem sobrerrepresentadas entre aquelas que obtinham resultados clinicamente significativos, vai de encontro aos dados avançados por outros autores. Quinton e Rutter (1985) e Pound et al. (1985), por exemplo, contestaram vivamente a ideia de uma associação inevitável entre as duas variáveis, ao salientarem que menos de um terço dos filhos de pais sujeitos a

tratamento psiquiátrico denotavam sintomas emocionais ou comportamentais dignos de registo. Além disso, e como descrito no segundo capítulo, Koller, Richardson e Katz (1992), ao relatarem os resultados do único estudo que se debruçou sobre a referida associação em crianças e jovens com deficiência mental, assinalaram que ela tinha lugar, sobretudo, quando ambos os pais apresentavam qualquer tipo de perturbação. Ora, dos vinte e três casos considerados no presente estudo, nenhum abrangia simultaneamente a mãe e o pai.

Por outro lado, não só não tivemos acesso a variáveis mediadoras da máxima relevância nestas situações (hostilidade familiar, grau de exposição ou de envolvimento da criança na sintomatologia parental, alterações das práticas educativas, natureza da relação estabelecida com o pai ou a mãe saudáveis)¹⁸⁸, como urge que se sublinhem as limitações inerentes à detecção das perturbações parentais a partir de uma única entrevista.

6-Ainda que sujeitos a limitações análogas, demonstrou-se, tal como previsto pela terceira hipótese, que um índice de risco cumulativo, formado exclusivamente por factores sociofamiliares, constituía um preditor dos problemas de comportamento das crianças com deficiência. Reafirma-se, assim, de forma modesta, aquilo que Rutter (1979b) e Sameroff (1990) tinham já demonstrado em crianças sem défices intelectuais, ou seja, que o número de factores de risco presentes pode exercer um impacto significativo no processo de desenvolvimento socio-emocional.

Esta verificação é, a nosso ver, tanto mais interessante quanto ocorre na ausência da inclusão no índice de risco de qualquer item relativo a relações conjugais conflituosas, isto é, a um dos factores familiares de maior proeminência, em termos da robustez da sua relação com os distúrbios de comportamento infantis.

As conclusões extraídas devem ser entendidas à luz das limitações inerentes a este trabalho, mencionadas no decurso do presente capítulo, e que esperamos poder ver ultrapassadas em pesquisas futuras. De entre as mais relevantes, destaca-se:

1- Que a não validação dos limiares ou dos índices discriminantes dos questionários, em território nacional, conferiu incerteza e imperfeição às tentativas de determinação dos resultados clinicamente significativos. O confronto desses mesmos limiares com um critério externo, como o diagnóstico clínico, é, pois, merecedor de toda a atenção.

2- No que respeita à análise dos resultados dos questionários de Achenbach, fez-se apelo à composição factorial detectada na população portuguesa. A escassez dos recursos de investigação, mas sobretudo a baixa prevalência da deficiência mental ligeira e o elevado número de itens dos questionários assim o determinaram. Este é, de resto, o procedimento largamente dominante, e quase que exclusivo, em pesquisas congéneres, como, por exemplo, as de Epstein, Cullinan e Gadow (1988), Fee et al. (1993), Handen et al. (1994), Rutter e Graham (1970), Schachar, Rutter e Smith (1981)... Não obstante, há que reconhecer que este “modus operandi” assenta num pressuposto e não numa verificação: o de que a estrutura factorial empregue diz efectivamente respeito ou é aplicável a deficientes mentais ligeiros.

Um procedimento alternativo ao por nós adoptado, reside em averiguar se a composição factorial derivada num grupo de sujeitos com deficiência mental ligeira é idêntica ou corrobora a obtida num grupo de crianças normais. Todavia, este procedimento raramente foi levado a cabo no domínio da deficiência mental ligeira, facto a que cremos não será estranha a dificuldade inerente

¹⁸⁸ Com efeito, para além do impacto directo dessas circunstâncias na criança, e dos seus efeitos indirectos ou mediados por aspectos qualitativos das interacções pais-criança, seria necessário atender à possibilidade, já comprovada empiricamente (Rutter, 1979b), de uma relação de afecto com a figura parental saudável representar um potente factor de protecção individual.

à reunião de um número aceitável de sujeitos por variável ou item¹⁸⁹. Em todo o caso, as poucas ocasiões em que foi efectuado¹⁹⁰ (Epstein, Cullinan e Pollloway, 1986; Matson, Epstein e Cullinan, 1984), produziram resultados claramente reassegurantes, dado atestarem da quase completa identidade das componentes extraídas em crianças e jovens com e sem deficiência mental ligeira.

3- O recurso a várias fontes de informação ou o alargamento da amplitude das situações de avaliação deveria, se possível, incorporar o preenchimento de instrumentos de auto-resposta, a entrevista estruturada ou semi-estruturada com a criança, os seus pais ou os professores, e/ou a observação directa do comportamento infantil no meio escolar ou familiar.

Destas duas últimas técnicas de avaliação, a entrevista é, sem dúvida, aquela que a investigação clínica e epidemiológica têm consagrado, conferindo-lhe o importante papel de corroboração dos casos previamente despistados através dos questionários. Este procedimento comporta inegáveis vantagens como, por exemplo, a obtenção de informações precisas e detalhadas sobre os comportamentos infantis, a redução das interpretações subjectivas do conteúdo dos itens, ou ainda, o aumento da margem de confiança atribuível aos resultados encontrados. Espera-se, por isso, que uma versão adaptada de uma das entrevistas utilizadas noutros países, esteja, em breve, disponível entre nós.

4- A abordagem da relação de variáveis individuais, escolares e familiares com os problemas de comportamento das crianças com deficiência mental foi necessariamente globalizante. Sendo o constructo de problemas de comportamento reconhecidamente multidimensional, e estando cada uma dessas dimensões associada a variáveis particulares em populações normais, seria esta, plausivelmente, a via a explorar com deficientes mentais.

Para o fazermos, necessitaríamos, no entanto, de um número maior de crianças com perfis bem delineados e convergentes nos dois questionários e de medidas válidas de variáveis alternativas (lesão do sistema nervoso central, discórdia familiar, interacções coercivas em casa e na escola...).

¹⁸⁹ Segundo Stevens (1986) e Tinsley e Tinsley (1987), a ratio recomendável numa análise de componentes principais é de 5 a 10 sujeitos por variável. O que na prática significa que, em questionários como os de Achenbach, seria necessário congregiar um mínimo de 600 crianças com deficiência.

¹⁹⁰ O questionário utilizado foi o "Behavior Problem Checklist".

CAPÍTULO VI

Estudo Sobre as Percepções Maternas de Crianças com Deficiência Mental Ligeira

Nas páginas que se seguem, dar-se-á conta de uma outra investigação empírica, que funciona, na nossa intenção, como um complemento aos estudos já descritos. Fundamenta-se essencialmente em elementos reunidos e debatidos no terceiro capítulo, isto é, debruça-se sobre as consequências ou o impacto familiar de uma criança com deficiência mental ligeira, tal como percebido ou avaliado pelas suas mães. Em complemento, e porque se dispensará uma particular atenção ao papel desempenhado pelos comportamentos das crianças com deficiência mental nas apreciações maternas, é também devedor dos conteúdos apresentados no segundo e quinto capítulos.

1-ESPECIFICAÇÃO DAS QUESTÕES E HIPÓTESES

Como vimos, pouco se sabe, ainda hoje, do que representa para uma família uma situação de inadaptação, correspondente a uma deficiência mental ligeira. E isto, não apenas porque o tema é complexo ou requer a consideração de diversos parâmetros ou factores, mas, sobretudo, porque têm rareado os esforços de clarificação, e os empreendidos nem sempre se têm revelado elucidativos ou conclusivos.

Uma vez que o interesse crescente dos investigadores em relação às vivências e experiências das famílias de crianças com necessidades educativas especiais, só esporadicamente se estendeu ao domínio da deficiência mental ligeira, pretendeu-se verificar se, num instrumento concebido especificamente para a detecção de tensões no subsistema mãe-filho, as respostas das mães de crianças com esse grau de deficiência se diferenciavam das das mães de crianças normais. A fragilidade da base empírica existente e a refutação dos esquemas explanatórios baseados na inevitabilidade das influências negativas de uma criança com deficiência, impediram-nos, no entanto, de prever qualquer tipo de tendência óbvia dos resultados que viríamos a encontrar. Paralelamente, procurou-se explorar a influência de outras variáveis que não a deficiência mental, como as relativas às características das próprias crianças, aos seus percursos escolares e aos recursos parentais. Ao nível das características infantis, abordou-se o papel da presença de problemas de comportamento, ao passo que ao nível da história da escolaridade se atendeu à vivência do insucesso, consubstanciada em indicadores como o número de anos de atraso ou de retenção. Por sua vez, na área dos recursos parentais seleccionou-se unicamente o estatuto socio-económico.

Em relação às duas primeiras variáveis, colocou-se a hipótese de que quanto mais difícil e lenta fosse a progressão escolar da criança ou mais problemático fosse o seu comportamento, maior seria a probabilidade de que as mães apontassem dificuldades no cumprimento do seu papel maternal. No mesmo sentido, considerou-se que existiria uma relação positiva entre o estatuto socio-económico e o ajustamento materno, de tal forma que o impacto da deficiência ou do atraso

seria tanto maior quanto mais elevado fosse o estrato familiar.

Uma vez que o estudo simultâneo de diversas variáveis independentes, no âmbito de um mesmo projecto de investigação tende a colocar problemas insolúveis, as por nós seleccionadas constituem somente uma pequena parcela das passíveis de influírem nas reacções maternas. Por outro lado, estamos cientes de que ao auscultarmos apenas as mães, recolhemos uma visão fragmentária de um sistema bem mais amplo.

2-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1- A amostra. Critérios de amostragem

A amostra foi constituída por um grupo de mães¹⁹¹ de crianças com deficiência mental ligeira e um grupo de mães de crianças normais, sendo ambos os grupos estritamente equivalentes em termos da idade cronológica, do sexo, do estatuto socio-económico e do carácter rural ou urbano da zona de residência das crianças. Em complemento, procurou-se que as mães de um e de outro grupo não se distinguíssem significativamente no grau de escolaridade e no estado civil. Os critérios de identificação de uma criança com ou sem atraso mental ligeiro foram os enunciados no contexto da descrição das investigações anteriores. Quer isto dizer, que se considerou que uma deficiência mental ligeira correspondia: a um Q.I. superior a 50 e igual ou inferior a 70-75, aquando da passagem individual da Nova Escala Métrica da Inteligência (N.E.M.I.); a um escore total nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven igual ou inferior ao percentil 20 da distribuição dos resultados de 807 crianças dos 5 aos 12 anos de idade (Simões, 1989); a graves e persistentes dificuldades nas aprendizagens escolares de base (leitura, escrita e matemática), tal como determinado por intermédio da história da escolaridade, das avaliações dos professores e da análise dos trabalhos escolares dos alunos. Subsidiariamente, estes elementos deveriam ser corroborados com os derivados da anamnese e/ou com os disponíveis em relatórios médicos ou psicopedagógicos.

Por seu turno, entendeu-se como criança “normal”, aquela que não apresentava qualquer deficiência, dificuldade ou problemática psicológica e/ou escolar identificada, e cujo Q.I. poderia ser categorizado de médio ou superior à média.

O leque de idades abrangido foi estritamente condicionado pelas directrizes de um dos questionários utilizados (Índice de Stress Parental), que recomendam que a aplicação se restrinja às mães de crianças com idades não superiores a 10 anos e 11 meses. Dado o nosso empenho pessoal, no conhecimento do período relativo à frequência do 1º ciclo do ensino básico, e uma vez que a identificação de um atraso mental ligeiro nos primeiros anos da escolaridade constitui um empreendimento semeado de obstáculos (cf. ponto 3.1, capítulo IV), a faixa etária considerada foi, à partida, a dos 8 a 10 anos de idade. No entanto, a reduzida prevalência deste quadro, levou-nos a atender igualmente, ao nível dos 7 anos de idade, desde que nessa circunstância os indicadores intelectuais e escolares supramencionados beneficiassem de ampla confirmação anamnésica, médica e psicopedagógica.

No que respeita ao tipo de estabelecimentos de ensino onde se procedeu à selecção das crianças com deficiência cingimo-nos, uma vez mais, à bipolarização inerente à organização do atendimento educativo a deficientes mentais no nosso país, isto é, às escolas especiais e regulares sediadas no distrito de Coimbra. Não obstante, e porque a comparação das respostas das mães das crianças que frequentavam cada uma das modalidades educativas não se enquadrava nos objectivos deste trabalho, não se estipulou “a priori” qualquer quantitativo específico de crianças oriundas de uma ou de outra.

¹⁹¹ Não se atendeu às situações de adopção e de substituição materna.

2.2- Recolha da amostra

A formação do grupo de mães de crianças com deficiência mental assentou, em grande parte, no processo de despistagem realizado no âmbito do estudo anterior. Conhecendo-se, de antemão, a lentidão e o labor que rodeiam a localização e a identificação da deficiência mental ligeira, considerou-se que seria improficuo omitir os elementos já obtidos, empreendendo um processo de rastreio completamente novo. É necessário acrescentar, contudo, que o presente trabalho se desenrolou a partir de Março de 1992, ou seja, foi encetado 18 meses depois do início da execução do seu antecessor. Em consequência, uma parte substancial das crianças que tinham participado no primeiro estudo, e em especial as que tinham integrado os níveis dos 9 e 10 anos de idade, não puderam ser incluídas no actual, visto ultrapassarem o limiar etário adoptado.

Ainda assim, 15 das crianças com deficiência identificadas entre Outubro de 1990 e Janeiro de 1991, em estabelecimentos de ensino especial, não tinham, segundo as respectivas datas de nascimento, completado os 11 anos na primavera de 1992. Restabelecido o contacto com essas instituições (A.P.P.A.C.D.M. de Arganil, Coimbra, Montemor-O-Velho, Tocha e Vila Nova de Poiares; C.E.R.C.I. de Penela e A.R.C.I.A.L. de Oliveira do Hospital), ao indagar-se da permanência das crianças, verificou-se que duas já não as frequentavam por entretanto ter ocorrido uma mudança na sua residência¹⁹².

Tendo ficado reduzidos a 13 crianças, que após reavaliação se constatou continuarem a satisfazer os critérios necessários à inclusão no grupo deficiente, o pedido de colaboração às escolas especiais passou a abranger a observação de crianças recentemente admitidas. Prontamente satisfeito o nosso pedido, foi possível congregarmos um total de 19 crianças, repartidas de modo muito equilibrado pelas sete instituições.

No que respeita às crianças com deficiência mental ligeira inseridas em estabelecimentos do ensino regular, actuou-se de forma comparável, procurando-se, antes demais, prover ao reexame das previamente identificadas, cuja idade cronológica não excedia os 10 anos e 11 meses. O quantitativo em questão compreendia 21 crianças, localizadas na íntegra, que frequentavam 12 escolas do primeiro ciclo do ensino básico, repartidas pelos concelhos de Coimbra (n=7), Lousã (n=2) e Penela (n=3). Em paralelo, diligenciou-se no sentido de se averiguar da existência nessas mesmas escolas de novos casos de deficiência mental ligeira. Esta tentativa revelar-se-ia, porém, claramente infrutífera, dela resultando, tão somente, duas crianças.

Uma vez que o número total alcançado (n=42), ainda que da mesma ordem do que serviu de base a investigações congêneras (Beckman, 1983; Beckman e Pokorni, 1988; Salisbury, 1987), se afigurava algo restrito, tentou-se ampliá-lo. De molde a fazê-lo, sem multiplicar as deslocações a localidades muito afastadas, sorteou-se, em cada um dos três concelhos acima citados, novos estabelecimentos de ensino público, de tal modo que os respectivos efectivos, quando adicionados aos das escolas já contactadas, fossem proporcionais à distribuição da população escolar ao nível concelhio. Às doze escolas participantes, acrescentar-se-iam, assim, outras nove (seis do concelho de Coimbra, duas do da Lousã e uma do de Penela), donde proviriam mais sete crianças¹⁹³.

Após a entrevista com as mães e aplicação dos questionários, seríamos, no entanto, levada a excluir três casos, dois de escolas especiais e um de uma escola regular, em que se verificou a ausência de resposta a um número apreciável de itens, não obstante os esclarecimentos

¹⁹² Não se esboçou qualquer tentativa de contacto, por habitarem noutros distritos que não o de Coimbra, não se inserindo, por conseguinte, na área geográfica seleccionada.

¹⁹³ Tendo-se repetido, em todos os seus pormenores, o processo de despistagem relatado no quarto capítulo, registar-se-iam, uma vez mais, discrepâncias notórias no número de crianças detectado em cada uma das escolas. Todavia, nesta circunstância, foram nitidamente as escolas de zonas urbanas que atendiam uma população escolar numerosa e congregavam diversas estruturas de apoio psicopedagógico que contribuíram com mais crianças.

dispensados com vista à elucidação do seu conteúdo, e/ou a reafirmação dos objectivos da investigação e da confidencialidade dos dados comunicados. Ao contrário do que se poderia supor, a explicação para este facto não radica, contudo, no nível socio-económico inferior-baixo destas mães, ou mesmo, no seu grau de instrução (escolaridade primária incompleta), uma vez que não se observou em mães com características análogas. Explicações alternativas, eventualmente mais relevantes, mas impossíveis de testar, são as que apontam para eventuais limitações cognitivas dessas mesmas mães e/ou para a desvalorização dos objectivos por nós perseguidos¹⁹⁴. Na constituição do grupo de crianças normais adoptou-se um procedimento rigorosamente equivalente ao enunciado no quarto capítulo, ou seja, recorreu-se a uma estratégia de emparelhamento caso-a-caso, tendo por base os estabelecimentos de ensino regular, onde se tinha desenrolado o recrutamento das crianças com deficiência. Nesse emparelhamento conferiu-se a primazia à idade cronológica, sexo, estatuto socio-económico e ruralidade ou urbanidade da zona de residência das crianças, procurando-se, em acréscimo, não descuidar variáveis maternas relevantes, como o estado civil ou o grau de escolaridade.

2.3- Caracterização da amostra

Pela leitura dos quadros 6.1. e 6.2 pode comprovar-se que a comparabilidade dos dois grupos de crianças e de mães foi, de facto, plenamente conseguida.

¹⁹⁴ Parece-nos plausível que a ausência de benefícios visíveis ou imediatos, para si próprias ou para os seus filhos, associada ao desconhecimento da essência de um projecto de investigação, tenha desencadeado nestas mães uma atitude de manifesto desinteresse.

Quadro 6.1
Caracterização das mães da amostra

Variáveis	Grupo Deficiente		Grupo Normal		χ^2	G.L.	P
	N	%	N	%			
Grau de Escolaridade							
Analfabeta	3	6.5	0	0			
Ensino Primário Incompleto	11	23.9	3	6.5			
Ensino Primário Completo	18	39.1	26	56.5			
Ciclo Preparatório	9	19.6	11	23.9			
Ensino Secundário	3	6.5	5	10.9			
Curso Médio	2	4.4	1	2.2			
					10.1	5	.0736
Estado Civil							
Casada	40	87	44	95.7			
Separada/Divorciada	6	13	2	4.3			
					1.23	1	.267

Ainda assim, nota-se que no que respeita às mães, as das crianças com deficiência apresentam uma idade cronológica média ($M= 459.07$, $dp= 90.78$) significativamente superior às das mães das crianças “normais” ($M= 413.89$, $dp= 72.92$; $t(90)=-2.63$, $p=.01$), e têm, regra geral, um número mais elevado de filhos ($X^2(2)=20.89$, $p=.0001$).

Quadro 6.2
Caracterização das crianças da amostra

Variáveis	Grupo Deficiente		Grupo Normal	
	N	%	N	%
Idade Cronológica				
7A,0m-7A,11m	5	10.9	5	10.9
8A,0m-8A,11m	7	15.2	7	15.2
9A,0m-9A,11m	9	19.6	9	19.6
10A,0m-10A,11m	25	54.3	25	54.3
Sexo				
Rapazes	31	67.4	31	67.4
Raparigas	15	32.6	15	32.6
Nível Socio-Económico				
Médio	10	21.7	10	21.7
Inferior Alto	22	47.8	22	47.8
Inferior Baixo	14	30.4	14	30.4
Tipo de Comunidade				
Urbano	19	41.3	21	45.7
Rural	27	58.7	25	54.3

No que se refere às características infantis, verifica-se que apesar dos valores da idade cronológica das crianças com deficiência ($M=116.46$, $dp=14.67$) e “normais” ($M=115.37$, $dp=12.99$) serem muito próximos ($t(90)=-.376$, $p=.7076$), as crianças com deficiência tendem a ocupar na fratria a posição de irmão mais novo (54.35%), enquanto que às crianças normais cabe, sobretudo, a de irmão mais velho (41.3%).

2.4 -Instrumentos

Os instrumentos utilizados compreenderam: as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, a Nova Escala Métrica de Inteligência, o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.), a anamnese e o Índice de Stress Parental (I.S.P.). Dado que a grande maioria destes instrumentos foi já caracterizada noutro momento, limitar-nos-emos, por agora, à análise do Índice de Stress Parental.

Este questionário, de origem norte-americana, representa, no dizer do seu autor (Abidin, 1990, 3), um instrumento de despistagem e de diagnóstico da magnitude do *stress* vivenciado no sistema pais-filhos. Tem sido, por isso, empregue com vista à identificação de díades em risco e como meio de avaliação de intervenções específicas, direccionadas para a atenuação ou eliminação de aspectos disfuncionais (Bailey, 1988; Lloyd e Abidin, 1985).

Compõe-se de 101 itens, seleccionados em função: da pesquisa produzida nas áreas do desenvolvimento infantil, das interacções pais-criança e do *stress*; das apreciações de um painel de profissionais e de diversos estudos piloto. Esses 101 itens agrupam-se em duas grandes dimensões ou domínios, o domínio da criança e o domínio dos pais.

O domínio da criança realça, tal como a própria designação deixa antever, as perspectivas ou percepções parentais das características infantis, em 47 itens, repartidos por seis subescalas.

Destas últimas, quatro traduzem influências nítidas dos trabalhos de Thomas e Chess (1984), Buss e Plomin (1984) e de diversos outros autores, sobre o temperamento, patentes na abordagem: da plasticidade das reacções da criança a diversas modificações e transições (maleabilidade de adaptação); da exigência ou do grau de pressão que coloca aos seus pais (exigência); da qualidade do humor (humor) e da distraibilidade e/ou hiperactividade das suas acções

(distracção/hiperactividade). As outras duas subescalas debruçam-se sobre aspectos interactivos, e não exclusivamente infantis, como, por exemplo, o grau em que a criança corresponde ao modelo idealizado pelos pais (aceitação) ou suscita neles respostas afectivas positivas (reforço dos pais). Por seu lado, o domínio dos pais compreende 54 itens, distribuídos por sete subescalas, que avaliam características pessoais e variáveis relacionais susceptíveis de interferirem no efectivo desempenho dos papéis parentais. Ao nível das características pessoais, atende-se às alterações da disponibilidade emocional (depressão), ao investimento das funções parentais (vinculação) e ao sentimento de eficácia derivado do exercício dessas mesmas funções (sentido de competência). Ao nível das variáveis relacionais e situacionais, examina-se a quantidade e qualidade do apoio dispensado pelo cônjuge (relação marido/mulher) e pela rede social (isolamento social), o estado

de saúde (saúde parental) e o grau em que o papel parental é percebido como limitativo ou inibitório de outros papéis e funções (restrição de papel).

Em complemento, este questionário inclui, ainda, uma subescala de *stress* de vida, constituída por 19 itens de resposta facultativa, especialmente vocacionados para a detecção de acontecimentos familiares potencialmente disruptivos.

A adaptação nacional deste questionário, efectuada recentemente (Santos, 1992), respeita integralmente a estrutura original norte-americana que acabámos de descrever. Não obstante, foi alvo de ligeiras reformulações, que visaram torná-lo particularmente adequado a crianças em idade escolar (5/6-9/10 anos) e especialmente sensível às peculiaridades da realidade cultural e sociofamiliar portuguesa. Estas reformulações culminaram num total de 132 itens, sendo 54 relativos ao domínio da criança, 54 ao domínio dos pais e 24 à subescala optativa de *stress* de vida. Os critérios de cotação e valoração dos itens mantiveram-se, no entanto, sem alterações, conferindo-se de 1 a 5 pontos, aos 108 itens que integram os domínios, e de 1 a 8 pontos, aos itens que constituem a escala de *stress* de vida.

No que respeita às qualidades psicométricas deste questionário, tem-se constatado que os seus resultados demonstram uma estabilidade considerável em intervalos temporais de três semanas (.817 para o domínio da criança, e .706 para o domínio dos pais), três meses (.88 para o resultado total) ou mesmo um ano (.65 para o resultado total; Abidin, 1990; Lloyd e Abidin, 1985).

Por seu lado, os valores do coeficiente alfa de Cronbach, relativos aos resultados totais e subtotais, revelaram-se uniformemente elevados na amostra de aferição norte-americana (n=2.633; Abidin, 1990), num grupo de mães das Bermudas (n=435; Hauenstein, Scarr e Abidin, 1986, cit. por Abidin, 1990), em mães de origem hispânica radicadas nos Estados Unidos (n=233; Solis e Abidin, 1991), e na amostra da adaptação portuguesa (n=116; Santos, 1992). Por exemplo, os valores obtidos para o domínio da criança oscilam entre .85 (Santos, 1992) e .90 (Abidin, 1990); os do domínio dos pais estão compreendidos entre .87 (Santos, 1992) e .93 (Abidin, 1990); e os relativos aos resultados totais vão de .91 (Santos, 1992) a .95 (Abidin, 1990). No tocante aos coeficientes das subescalas, verifica-se que os apurados no contexto nacional, se bem que ligeiramente inferiores aos apontados por outros investigadores, são, de modo geral, aceitáveis (de .51 a .77). Registam-se, no entanto, alguns valores reduzidos (.48 na subescala de Humor, .42 na de Vinculação, e .38 na de Saúde), de entre os quais sobressai, de forma particularmente notória, o referente à subescala de Autonomia (.11).

Neste momento, há que explicitar que esta última subescala foi criada especificamente no âmbito do trabalho de adaptação nacional, e que para além da sua evidente falta de precisão, cerca de metade dos itens que a compõem não apresentaram correlações significativas nem com o resultado nela obtido, nem com o do domínio em que se insere (domínio da criança). Assim sendo, fomos levada a concluir que não estavam preenchidos os requisitos mínimos que viabilizariam a sua aplicação, optando-se, por conseguinte, pela sua não utilização. O número total de itens aplicados foi, por isso, de 124.

Tivemos, também, em atenção que o processo de adaptação deste questionário se tinha processado na área metropolitana de Lisboa junto de uma percentagem substancial de respondentes com formação secundária ou superior, embora tudo indicasse que o viríamos a aplicar a mães de zonas rurais e urbanas, maioritariamente detentoras de uma formação básica completa ou incompleta. Em consequência, providenciou-se no sentido de se averiguar preliminarmente¹⁹⁵ da consistência ou homogeneidade do I.S.P. num grupo de mães com essas características.

Para o efeito recrutaram-se em seis escolas do primeiro ciclo do ensino básico, seleccionadas aleatoriamente no concelho de Coimbra, todas as mães de crianças dos 6 aos 10 anos de idade que não possuíam mais do que o 6º ano de escolaridade. Porque se tratava de escolas de pequenas dimensões, congregar-se-iam apenas 82 mães, com uma idade cronológica média de 34 anos (M= 34.82, dp= 6.22), representando, sobretudo, o nível socio-económico inferior-alto (51.2%) e

¹⁹⁵ Esta etapa decorreu entre Janeiro e Março de 1992.

inferior-baixo (43.9%), o 4º (65.8%) e 6º anos de escolaridade¹⁹⁶ (24.4%). Por seu turno, as crianças a que se refere o I.S.P. (52 rapazes e 30 raparigas) tinham uma idade cronológica média de 8 anos ($M= 8.97$; $dp= 1.49$), e habitavam, essencialmente, em aglomerados populacionais de natureza rural (79.2%).

Quadro 6.3
Valores de consistência interna

Subescalas e Domínio da Criança	Coefficiente Alpha	Subescalas, Domínio dos Pais e Total	Coefficiente Alpha
Distracção/Hiperactividade	.65	Sentido de Competência	.70
Reforço dos Pais	.55	Vinculação	.52
Humor	.70	Restrição de Papel	.78
Aceitação	.60	Depressão	.73
Maleabilidade de Adaptação	.68	Relação Marido/Mulher	.82
Exigência	.49	Isolamento	.70
Domínio da Criança	.88	Saúde	.74
		Domínio dos Pais	.92
		Total	.94

Pela leitura do quadro 6.3, pode comprovar-se que os valores encontrados ao nível dos domínios e do total são satisfatórios, ou mesmo, muito satisfatórios. Os relativos às subescalas, ainda que de uma grandeza moderada, são, na sua quase generalidade, superiores aos apontados por Santos (1992) e equivalentes aos detectados por Solis e Abidin (1992). Neste registo, os valores mais modestos são, como é óbvio, os relativos às subescalas de Exigência, Vinculação, Reforço dos Pais e Aceitação¹⁹⁷.

Para além da aceitabilidade das informações referentes à fidedignidade deste instrumento, a sua validade discriminante, concorrente, de constructo e preditiva, encontram-se também amplamente documentadas. Assim, tem-se notado que: diferencia os pais de crianças com e sem diversos tipos de perturbações como, por exemplo, deficiência motora (Kazak e Clark, 1986; Kazak e Marvin, 1984), atrasos de desenvolvimento (McKinney e Peterson, 1987) ou hiperactividade (Mash e Johnston, 1983); os resultados de algumas das suas subescalas evidenciam correlações positivas e significativas com os de uma grande variedade de instrumentos que abordam conteúdos similares,

¹⁹⁶ Quatro mães (4.9%) provinham dum estrato médio, e oito (9.8%) só possuíam a frequência do 2º ou 3º ano do ensino básico.

¹⁹⁷ Ainda que alguns dos coeficientes das subescalas se situem aquém do que é habitualmente recomendado, há que ter presente que eles são, em regra, tanto mais elevados quanto maior é o número de itens. Ora, as subescalas em que se registam os valores mais baixos são constituídas por um número reduzido de itens que oscila entre os 6 a 8.

tais como o Inventário de Depressão de Beck (Breen e Barkley, 1988), o “Home Situation Questionnaire” (Breen e Barkley, 1988) ou o Questionário de Apoio Social de Wilcox (Perez, 1989, cit. por Abidin, 1990); identifica, de modo bastante preciso, crianças em risco ou que virão a ser encaminhadas para serviços clínicos (Abidin, 1990).

No nosso país, começa a verificar-se o seu excelente poder discriminante, como o demonstra o facto de ter conseguido distinguir as respostas dos pais de crianças com doença celíaca, das de dois outros grupos de pais: o primeiro, de crianças com fibrose quística, e o segundo, de crianças sem problemas físicos ou psicológicos conhecidos. Em acréscimo, mostrou diferenciar pais de crianças com problemas emocionais e pais de crianças saudáveis ou com fibrose quística (Santos, 1994).

2.5- Aplicação dos instrumentos

Os instrumentos de avaliação dirigidos às crianças (N.E.M.I. e M.P.C.R.) foram aplicados individualmente numa das dependências do edifício escolar, ao passo que os destinados às mães (anamnese¹⁹⁸, I.C.C.P. e I.S.P.) foram, por via de regra e em conformidade com a preferência expressa pelas respondentes, aplicados no domicílio familiar.

A aplicação foi realizada por nós própria, por uma psicóloga e por uma estudante do 4º ano da licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Ambas as colaboradoras foram cuidadosamente instruídas, no sentido do conhecimento e da aplicação criteriosa dos instrumentos em causa.

Na passagem do I.S.P., tal como na do I.C.C.P., entregou-se às mães uma cópia do questionário, explicitando-se que se procurava conhecer melhor as crianças e a sua família. Realçou-se que não existiam respostas certas ou erradas, melhores ou piores, formas preferenciais ou ideais de educar uma criança, e que o importante era que expressassem o que elas próprias pensavam ou sentiam. Por forma a contribuir-se para a criação de um clima de confiança e abertura sublinhou-se, ainda, que a sua identidade e a dos seus filhos não seria revelada em caso algum.

De seguida, apresentou-se a folha de resposta, chamando-se a atenção para os números inscritos no topo e para o facto de cada um deles corresponder a uma determinada resposta. Deste modo, em relação a cada uma das frases que lhes seria lida em voz alta, poderiam colocar uma cruz no quadradinho situado abaixo do número 1 se estivessem “muito de acordo”; no do número 2 se estivessem “bastante de acordo”; no do número 3 se não tivessem a certeza ou não soubessem responder; no do número 4 se estivessem “pouco de acordo”; e no do número 5 se não estivessem “nada de acordo”. No entanto, quando após estas explicações e um exercício de treino, se constatou que a tarefa de assinalar as respostas representava uma notória dificuldade para os sujeitos, os entrevistadores colaboraram activamente na sua realização.

Por forma a controlarem-se eventuais influências, devidas à ordem de preenchimento dos questionários, em metade das situações apresentou-se primeiro o de Achenbach e depois o de Abidin, procedendo-se de modo exactamente oposto na outra metade.

3- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

O presente estudo visa, como já foi enunciado, pesquisar a influência de diversas variáveis no modo como as mães percebem os filhos, e se perspectivam a si próprias, enquanto mães e educadoras. Em consequência, a variável dependente foi operacionalizada como correspondendo aos resultados parciais (por domínio) e totais obtidos no Índice de Stress Parental, ou seja, como

¹⁹⁸ A anamnese só foi aplicada às mães das crianças com deficiência e, dentre estas, apenas às que não tinham participado no estudo precedente.

equivalente aos resultados alcançados num instrumento direccionado para a apreensão das percepções e interpretações parentais e para a detecção das tensões ou dos aspectos disfuncionais que elas possam veicular.

Por seu turno, as variáveis independentes, cujos efeitos se procura elucidar, são as que respeitam à presença ou ausência de um atraso intelectual, ao grau de adequação ou inadequação comportamental manifestado pelas crianças com deficiência mental ligeira, à sua progressão escolar e ao estatuto socio-económico das mães. Porque a definição de muitas destas variáveis foi realizada noutras ocasiões (cf. pontos 3.3 e 3.4, capítulo IV), limitamo-nos a apontar que o grau de adequação/inadequação comportamental correspondeu ao resultado global registado no Inventário de Comportamento da Criança para Pais.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o Statview 512⁺ (1986).

4-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- Alguns elementos caracterizadores

Antes de se abordarem as verificações directamente relacionadas com as questões que nortearam este trabalho, far-se-à alusão, de forma sucinta, a dados oriundos da anamnese e dos testes de inteligência, no sentido duma caracterização mais detalhada das crianças participantes. Assim, começa-se por apresentar, no quadro 6.4, os valores médios de Q.I. e de idade mental obtidos pelos dois grupos de crianças na N.E.M.I.. A este propósito, explicita-se que os Q.I.s das crianças com deficiência se concentram predominantemente entre os 60 e 70 pontos (69.6%) e que os níveis de idade mental mais representados são os dos 5 (47.8%) e 6 anos (32.6%)¹⁹⁹. Visto que trinta e uma das crianças com deficiência foram reavaliadas com a N.E.M.I., destaca-se que os respectivos resultados demonstram uma estabilidade verdadeiramente notável, para o período temporal considerado (18 meses), patente numa correlação de .91.

Quadro 6.4

Q.I.s e Idades Mentais dos grupos deficiente e normal

QI / Idade Mental	Grupo Deficiente		Grupo Normal	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Q.I.	63.13	8.06	105.02	5.27
Idade Mental ^a	84.4	3.02	122.13	14.37

^a Em meses

Por seu turno, a análise da anamnese põe em destaque a coexistência de duas ou mais categorias de factores de risco (hereditários, pré, peri, pós-natais) em cerca de um terço (37%) das crianças

¹⁹⁹ Os outros dois níveis de idade mental são os dos 4 anos (n=1) e 7 anos (n=8).

com deficiência mental examinadas. Secundariamente, e com proporções exactamente iguais, surgem os casos em que apenas se registam factores de natureza hereditária (17.4%) ou em que não se identifica qualquer factor relevante (17.4%). Por último, sobrevivem as crianças com factores de natureza exclusivamente pré (10.9%), peri (8.7%) ou pós-natal (8.7%).

A estes factores, acrescem ainda na grande maioria dos casos, os que relevam de um contexto familiar, socio-económico e cultural desfavorecido, tal como traduzido na actividade profissional e no grau de escolaridade dos progenitores²⁰⁰, em fratrias numerosas²⁰¹ (26.1%), na inexistência duma presença paterna regular (24%) ou em condições precárias de habitabilidade (casas sem água canalizada e/ou outras comodidades essenciais: 21.7%)²⁰².

Quando convidadas a reconstituírem os primeiros anos de vida dos seus filhos, as mães das crianças com deficiência assinalam, em mais de metade dos casos (54.3%), a existência de atrasos ténues ou acentuados na aquisição dos índices referenciais do desenvolvimento, com especial relevo para os de natureza linguística. Nalgumas situações (17.4%), esses atrasos inserem-se num quadro complexo, de aparente comprometimento do sistema nervoso central (epilepsia, microcefalia, encefalite...), e parecem ter estado implicados na adopção de uma ou mais medidas educativas e reeducativas particulares, como, por exemplo, o recurso esporádico ou continuado à terapia da fala (n=2), o apoio das equipas de ensino especial no período correspondente à frequência do jardim-escola (n=2), a decisão de adiar por um ou mais anos o ingresso no 1º ciclo do ensino básico (n=5) e/ou a orientação precoce (5/6 anos) para escolas especiais (n=5).

Já o mesmo não aconteceu nas situações em que os atrasos supracitados se revelaram menos nítidos ou não se acompanharam de uma componente biomédica claramente delimitada. Assim sendo, as dificuldades dessas crianças, e daquelas cujas mães salientam a tipicidade do desenvolvimento inicial, só se tornaram visíveis ou só eclodiram aquando da frequência dos primeiros anos da escolaridade obrigatória. Consequentemente, apenas nessa ocasião, se adoptaram medidas educativas de grande alcance, como as que respeitam à sua exclusão (n=12) ou manutenção nas estruturas regulares de ensino, e neste último caso, ao envolvimento (n=24) ou não envolvimento dos serviços de apoio pedagógico complementar (n=5).

No entanto, e independentemente da trajectória escolar das crianças com deficiência, todas as incluídas na amostra, fazem prova de uma progressão lenta, disseminada por intervalos temporais

²⁰⁰ A profissão mais comum entre os pais é a de operário especializado da construção civil e da indústria (40%) e a condição das mães é a de doméstica (30.4%). Por outro lado, muitos pais (43%) não prosseguiram os seus estudos para além do 4º ano do ensino básico.

²⁰¹ Isto é, com 4 ou mais elementos.

²⁰² Não obstante, a situação global do grupo deficiente mental é, de acordo com este ponto de vista, ligeiramente mais favorável do que a do grupo do estudo precedente. Com efeito, o presente grupo comporta uma percentagem mais elevada de crianças oriundas da classe média, facto que se expressa na superioridade das informações relativas aos indicadores (profissão e formação escolar) que integram a definição operacional da variável estatuto socio-económico. Veja-se, por exemplo, que 30% dos pais e das mães possuem um grau de instrução igual ou superior ao 6º ano de escolaridade, e que muitos deles desempenham actividades profissionais que espelham esse nível de conhecimentos (profissões técnicas de competência intermédia, empregados administrativos, membros das forças de segurança...). Ainda assim, a distribuição social das famílias das crianças com deficiência mental ligeira, aqui registada, é largamente consonante com a difundida pela literatura da especialidade (Broman et al., 1987; Cooper e Lackus, 1988; Lamont, 1988).

mais longos do que o habitual e/ou de aprendizagens laboriosas. Documenta-o o quadro 6.5, referente aos níveis escolares, bem como o facto das crianças das escolas especiais evidenciarem de 1 a 5 anos de atraso escolar e as das escolas regulares de 0 a 4 retenções.

Por outras palavras, a reconstituição das histórias do desenvolvimento e da escolaridade esboçam um retrato da deficiência mental ligeira que é, salvo uma ou outra particularidade, coincidente com o descrito, a partir de um grupo mais numeroso de crianças, no contexto dos estudos anteriores (cf. capítulo IV).

Quadro 6.5
Níveis escolares dos grupos deficiente e normal

Nível Escolar	Grupo Deficiente		Grupo Normal	
	N	%	N	%
Preparação escolarização	3	6.5	0	0
1º ano	16	34.8	1	2.2
2º ano	12	26.1	7	15.2
3º ano	15	32.6	9	19.6
4º ano	0	0	29	63

4.2- Resultados do Índice de *Stress* Parental

4.2.1-Comparação dos resultados das mães de crianças com e sem deficiência mental ligeira no Índice de *Stress* Parental

O quadro 6.6 transcreve e contrasta os resultados médios obtidos pelos dois grupos de mães no I.S.P..

Procedendo à sua leitura, pode constatar-se que as mães das crianças com deficiência obtêm resultados totais e por domínio significativamente superiores aos das mães de crianças normais. Quando se indaga da proveniência destas diferenças, reportando-nos aos resultados registados ao nível das subescalas, nota-se que elas se localizam em cinco das que integram o domínio da criança e em quatro das que constituem o domínio dos pais. Particularizando, as crianças com deficiência são mais frequentemente percebidas pelas suas mães: como evidenciando défices de atenção e comportamentos de irrequietude ou hiperactividade; como nem sempre representando uma fonte de satisfação pessoal; como apresentando reacções emocionais negativas e/ou comportamentos de oposição e desobediência; como distanciando-se, pelas suas capacidades, acções e desempenhos, da imagem do filho(a) esperado ou idealizado; como colocando problemas, dificuldades e exigências inusitadas e/ou inesperadas. Paralelamente, as mães tendem a encarar-se a si próprias como menos capazes de desempenharem eficazmente o papel maternal ou

de derivarem do seu exercício sentimentos de competência ou de eficácia pessoal; como experimentando dificuldades na interpretação e compreensão das necessidades dos seus filhos; como beneficiando de um menor grau de apoio do cônjuge e possuindo uma saúde mais debilitada.

Contudo, e porque as semelhanças podem ser tão elucidativas quanto as diferenças, destaca-se que os dois grupos de mães perspectivam, de forma muito idêntica, a capacidade de adaptação dos seus filhos a situações novas, as restrições inerentes ao exercício das funções maternas, a vivência de sentimentos depressivos e o apoio dispensado pela rede social. Além disso, os resultados alcançados na escala optativa de *stress* de vida testemunham que os dois grupos vivenciaram, no decurso dos últimos 12 meses, um número similar de acontecimentos, intra e extrafamiliares, potencialmente negativos.

Quadro 6.6
Comparação dos resultados do I.S.P.

Subescalas, Domínio e Total	Grupo Deficiente		Grupo Normal		T	P
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Distracção/Hiperactividade	23.13	8.18	20.07	6.31	-2.012	.0472
Reforço Pais	11.39	5.17	8.7	2.88	-3.091	.0027
Humor	10.65	3.91	8.65	3.83	-2.481	.0149
Aceitação	24.67	4.68	14.28	4.68	-10.659	.0001
Maleabilidade de Adaptação	24.85	6.22	24.3	7.12	-.39	.6975
Exigência	23.04	7.32	16.72	5.19	-4.78	.0001
Domínio da Criança	117.74	26.73	92.83	21.73	-4.905	.0001
Sentido de Competência	33.37	6.59	27.09	6.49	-4.608	.0001
Vinculação	12.35	4.33	10.46	2.96	-2.448	.0163
Restrição do Papel	16.85	5.91	15.54	5.91	-1.058	.2928
Depressão	18.33	5.2	20.52	5.88	1.896	.0611
Relação Marido/Mulher	16.89	6.45	13.28	5.66	-2.852	.0054
Isolamento	11.09	5.33	10.96	4.38	-.128	.8982
Saúde	13.39	6.17	10.94	5.01	-2.097	.0388
Domínio dos Pais	122.26	24.91	108.78	23.69	-2.659	.0093
Total	240	45	201.61	40.18	-4.316	.0001
Stress de Vida	10.37	9.49	9.33	11.57	-.473	.6374

G.L.=90

Não obstante estas semelhanças, o padrão global de resultados obtidos permite pressupor, mas não asseverar, a existência de um maior número de dificuldades ou de pólos de tensão nas diades mãe-criança com deficiência. E isto, porque é indispensável que, para além de diversos aspectos que abordaremos mais adiante, se tenham, desde já em conta os que a seguir se explicitam.

Assim, sublinha-se a variabilidade assinalável dos resultados encontrados, bem como que esta

é, por regra, consideravelmente mais pronunciada nas mães das crianças com deficiência do que nas mães das crianças normais. Quer isto dizer, que nem todas as mães de uma criança com deficiência se descrevem a si mesmas e aos seus filhos segundo os parâmetros acima mencionados ou evidenciam percepções distintas das mães de uma criança normal. Nesta óptica, salienta-se que podendo os resultados totais situar-se entre um mínimo de 100 pontos e um máximo de 500 pontos, e sendo óbvio que os resultados de cada um dos grupos se tendem a concentrar em extremidades opostas, se regista uma ampla área de confluência dos resultados de ambos os grupos. Essa vasta área, que abrange os resultados compreendidos entre 170 e 270 pontos, reúne no seu seio 80% das pontuações das mães de crianças com deficiência e 72% das mães de crianças normais.

Um segundo aspecto prende-se com as reservas que devem presidir à análise de dados recolhidos através de um questionário, e em especial com as que respeitam aos enviesamentos e distorções da informação fornecida, no sentido do que é socialmente correcto ou desejável. Neste âmbito, e socorrendo-nos da indicação de Abidin (1990), segundo a qual um resultado total inferior a 175 pontos²⁰³ pode traduzir modalidades defensivas de resposta²⁰⁴, verifica-se que tal só ocorreu numa das mães do grupo deficiente mental e em seis das do grupo normal. Por seu turno, recorrendo a uma escala de desejabilidade social, elaborada especificamente para o domínio dos pais por Castaldi (1988, cit. por Abidin, 1990), constata-se que apenas 5 das mães de crianças com deficiência, e 7 das de crianças não deficientes, fazem prova de uma possível tendência de emissão de respostas falsamente negativas²⁰⁵.

Em suma, a informação transmitida por estes poucos indicadores é tranquilizadora, dado atestar que os resultados obtidos não parecem ter sido grandemente afectados pelo fenómeno do conformismo ou da desejabilidade social. Realça-se, no entanto, que se trata de meros indicadores globais, que não autorizam, por si sós, que se exclua inteiramente a presença ou acção do referido fenómeno.

4.2.2- A influência dos problemas de comportamento, da progressão escolar e do nível socio-económico

Atendendo a que para um número substancial de mães de crianças com deficiência mental, a aplicação do Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.) correspondeu a uma situação de reteste, começa-se por salientar que se obteve uma correlação significativa de .75 ($p < .01$), entre os resultados totais alcançados no intervalo temporal de 18 meses. Este valor que se situa na proximidade ou é mesmo ligeiramente mais elevado do que os apontados pelos autores do questionário, em idênticos períodos temporais (.85, em dois anos, Achenbach, 1991a; .61, em 18 meses, Achenbach e Edelbrock, 1983), documenta uma constância deveras assinalável dos comportamentos das crianças com deficiência mental.

No que respeita à relevância dos **comportamentos inadequados** nas apreciações maternas do

²⁰³ O recurso a esta indicação afigurou-se-nos legítimo, uma vez que ela se reporta ao resultado obtido nos domínios da criança e dos pais e que, a esse nível, as versões portuguesa e americana do inventário contêm praticamente o mesmo número de itens, isto é, respectivamente 100 e 101.

²⁰⁴ Abidin (1990) admite outras possibilidades explicativas para um resultado desta magnitude, como, por exemplo, um reduzido investimento do papel parental ou um real reflexo de um subsistema diádico verdadeiramente harmonioso.

²⁰⁵ Equivalente a um resultado igual ou inferior a 24 pontos em quinze dos itens do domínio dos pais.

impacto de uma criança com deficiência, calcularam-se coeficientes de correlação de Pearson entre os resultados totais do Inventário de Comportamento da Criança e os diversos tipos de resultados (totais, por domínio e subescala), proporcionados pelo Índice de Stress Parental. São esses mesmos coeficientes que o quadro 6.7 reproduz.

Como facilmente se verifica, as correlações detectadas são, de uma forma geral, elevadas e significativas, indiciando a presença de uma relação positiva entre as avaliações maternas do comportamento infantil como problemático e o grau de *stress* assinalado pelas mães. Sem prejuízo desta verificação, a inspeção visual da magnitude dos coeficientes torna manifesto que a referida associação é mais importante no domínio da criança do que no domínio dos pais.

Quadro 6.7

Correlações dos resultados do I.S.P. com os do I.C.C..P.

Subescalas e Domínio da Criança	Total I.C.C.P.	Subescalas, Domínio dos Pais e Total	Total I.C.C.P.
Distracção/Hiperactividade	.69**	Sentido de Competência	.43**
Reforço Pais	.32*	Vinculação	.39**
Humor	.63**	Restrição do Papel	.35*
Aceitação	.63**	Depressão	-.001
Maleabilidade de Adaptação	.70**	Relação Marido/Mulher	.50**
Exigência	.67**	Isolamento	.33*
Domínio da Criança	.82**	Saúde	.16
		Domínio dos Pais	.50**
		Total	.77**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Na sequência destes dados, recorreu-se à utilização de análises de regressão simples, que atestam que a apreciação do impacto de uma criança com deficiência mental é significativamente influenciada pelo reconhecimento da existência de comportamentos perturbadores: domínio da criança, $F(1,45) = 91.29$, $p = .0001$; domínio dos pais, $F(1,45) = 14.86$, $p = .0004$; total, $F(1,45) = .62.48$, $p = .0001$. Por sua vez, os valores de r^2 ajustado demonstram que a variável em apreço explica uma percentagem substancial da variância dos resultados do domínio da criança (67%) e do resultado total (58%), e uma percentagem mais reduzida da variância dos resultados do domínio dos pais (24%). O que reitera que os efeitos dos comportamentos infantis se repercutem, de forma mais notória, nas percepções referentes às características das crianças do que nas relativas ao desempenho do papel maternal.

As percentagens de variância explicada vão de encontro às registadas noutros estudos, que empregaram instrumentos e/ou técnicas estatísticas similares às nossas. Por exemplo, Cameron e Orr (1989) notaram que os problemas de comportamento e a presença de “handicaps” associados (deficiência auditiva, visual, física...) explicavam cerca de 39% da variância dos resultados totais obtidos no I.S.P., por um grupo de mães de crianças e jovens com deficiência mental moderada. No mesmo sentido, Friedrich, Wilturner e Cohen (1985) apontaram que os comportamentos

problemáticos de um grupo de crianças com deficiência mental²⁰⁶ explicavam 44% da variância dos resultados alcançados pelas mães num questionário de conteúdo similar ao I.S.P., isto é, no “Questionnaire on Resources and Stress”.

No que concerne à terceira das variáveis independentes abordadas, isto é, ao **atraso e retenção escolar**, averiguou-se separadamente para as crianças das escolas especiais e das escolas regulares da sua associação com os resultados alcançados no I.S.P.. No entanto, e contrariamente à hipótese avançada, o atraso escolar, ou seja, a discrepância entre o nível escolar frequentado por uma criança de uma escola especial e o que seria previsível em função da sua idade cronológica, evidencia relações muito reduzidas, e até negativas, com os resultados do domínio da criança ($r_s = -.27$), do domínio dos pais ($r_s = -.01$) e totais ($r_s = -.27$). O mesmo se pode dizer, aliás, dos valores relativos ao número de retenções escolares das crianças integradas, que oscilam entre .04 (domínio da criança) e -.08 (domínio dos pais).

Quadro 6.8

Resultados médios segundo o nível socio-económico

	N.S.E. Médio		N.S.E. Inf. Alto		N.S.E. Inf. Baixo	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Domínio da Criança	115.3	17.02	117.32	29.89	120.14	28.61
Domínio dos Pais	115.2	14.04	124.36	27.98	124	26.41
Total	230.5	18.07	241.68	51.02	244.14	49.87

O exame da distribuição dos resultados médios em função da **pertença socio-económica e cultural** das mães, patente no quadro 6.8, denota uma tendência curiosa, segundo a qual se registam pequenos aumentos na grandeza dos resultados à medida que se desce na categorização social.

Não obstante, esses incrementos são tão reduzidos, que não assumem significância estatística nem ao nível dos resultados dos domínios (criança: $F(2,45) = .097$, $p = .9078$; pais: $F(2,45) = .503$, $p = .6083$), nem ao nível dos resultados globais ($F(2,45) = .288$, $p = .7511$).

5- CONCLUSÕES

1-Chamámos a atenção, em diversas ocasiões, para a insuficiência dos conhecimentos relativos às famílias de crianças com deficiência mental ligeira, incluindo os que concernem à percepção ou à imagem que os vários membros da família constroem em relação à criança.

Ainda que de forma modesta, as comparações efectuadas no I.S.P., fornecem algumas indicações a esse respeito. Assim, foi possível constatar-se que as crianças com o referido grau de deficiência mental são, por referência a uma criança normal, mais facilmente percebidas pelas suas mães como sendo exigentes, difíceis ou pouco conformes às expectativas maternas. Em complemento, a

²⁰⁶ O grau de deficiência não é especificado, referindo-se, apenas, que corresponde, no mínimo, ao ligeiro (Friedrich, Wiltner e Cohen, 1985, 131).

percepção que essas mães têm de si próprias revela-se também afectada no sentido de uma menor competência para cuidar da criança, de uma redução da capacidade de investimento do papel maternal, de uma relação conjugal marcada pela falta de apoio e de uma saúde mais frágil.

De uma forma geral, estes resultados contradizem alguns pontos de vista e verificações expostas no decurso do terceiro capítulo, que se pronunciavam contra a assimilação de uma deficiência mental ligeira, quer pela sua natureza intrínseca (Wishart, Bidder e Gray, 1981), quer pela sua origem socio-económica (Dunlap e Hollingsworth, 1977; Farber, 1968; Wikler, 1986a), a um qualquer factor de perturbação familiar. Por esse motivo, os mais incautos poderão sentir-se inclinados a interpretar o padrão de resultados encontrado, à luz da reafirmação da validade da abordagem patológica e da refutação de modelos e esquemas explanatórios menos centrados na ubiquidade das representações e dos efeitos negativos de uma criança com deficiência. Contudo, diversas ordens de razões levam-nos a desaconselhar vivamente um tal empreendimento.

Em primeiro lugar, recorda-se que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos de mães em quatro das treze subescalas que constituem o I.S.P. e, acima de tudo, que os resultados obtidos pelas mães das crianças com deficiência mental ligeira denotam uma variabilidade apreciável. No seu conjunto, estes factos realçam, na nossa opinião, um aspecto não raras vezes negligenciado no estudo das famílias de crianças com necessidades educativas especiais, isto é, destacam a importância do reconhecimento da existência de diferenças individuais nas percepções e reacções parentais.

Em segundo lugar, convém ter presente que os resultados obtidos derivam de meras declarações ou afirmações, e que cada uma das subescalas abrange um número relativamente diminuto de itens, com vista à captação de dimensões tão multifacetadas quanto a aceitação, a vinculação ou o sentido de competência, para citarmos apenas algumas das afloradas pelo I.S.P.. Com efeito, as designações conferidas a cada uma das subescalas devem ser entendidas como expressões sumárias da temática versada, e o seu conteúdo como uma simples aproximação de realidades bem mais vastas e complexas. Pensar de outro modo, seria, por exemplo, atribuir aos oito itens que compreendem a subescala de aceitação, e que estão especialmente direccionados para a apreensão da compatibilidade entre a criança real e a criança idealizada, a possibilidade de avaliarem diversos outros aspectos, como os que se reportam ao afecto físico e verbal, à sensibilidade em relação às necessidades da criança, à sua protecção ou ao apoio das suas actividades e realizações (Barber e Thomas, 1986; Russell e Russell, 1989). No mesmo sentido, perspectivar os sete itens que constituem a subescala de vinculação, e que estão especificamente vocacionados para a detecção do grau de investimento do papel maternal, como uma exploração, ainda que imperfeita, do sistema de vinculação mãe-criança, tal como definido por Ainsworth, Bell e Stayton (1974)²⁰⁷, ou como uma exploração dos modelos internos de vinculação, tal como encarados por Crittenden (1985)²⁰⁸, seria obviamente laborar num erro indefensável.

Em terceiro lugar, e na sequência directa das considerações precedentes, destaca-se que os resultados obtidos derivam de um único método de avaliação. Ora, no domínio da avaliação das relações ou interacções pais-crianças, desde há muito que se apela para a utilização conjunta ou complementar de mais do que uma modalidade avaliativa (Lytton, 1973; Maccoby e Martin,

²⁰⁷ Segundo Ainsworth, Bell e Stayton (1974, 100), a vinculação representa uma organização psicológica, reguladora dos comportamentos de obtenção ou manutenção de proximidade ou contacto com uma dada figura, com vista à derivação de um sentimento de segurança pessoal.

²⁰⁸ Crittenden (1985), na linha do postulado por outros teorizadores da vinculação, considera que todos os indivíduos elaboram modelos cognitivos de si próprios e das suas figuras de vinculação. Esses modelos, construídos através das interacções com os outros, e continuamente sujeitos a reformulações, estariam profundamente implicados no estabelecimento e interpretação das relações interpessoais actuais, incluindo as mãe-filho.

1983). E isto, porque as comumente empregues (questionários, entrevistas, observação directa) se correlacionam modestamente entre si, e nenhuma se revela isenta de limitações ou reúne evidência de uma inequívoca superioridade. Como Lytton (1973) sintetiza, o problema com que se defrontam os investigadores consiste em determinar que modalidades se adequam aos objectivos visados, quais as que se revelam exequíveis e cujas desvantagens poderão ser minimizadas. Neste âmbito, o método por nós escolhido não só vai de encontro aos quesitos enunciados por Lytton (1973), como corresponde à opção preferencial, e muitas vezes exclusiva, na avaliação do *stress* em famílias de crianças com necessidades educativas especiais (Bailey, 1988). Além disso, comporta as inegáveis vantagens: de fazer referência a uma gama consideravelmente diversificada de comportamentos e situações de interacção; de facultar o acesso a processos cognitivos parentais, dificilmente apreensíveis pela observação directa; de ser relativamente fácil de aplicar. Por outro lado, possui os nítidos inconvenientes: de dificilmente assegurar a obtenção de informações respeitantes a sequências comportamentais dominadas pela bidireccionalidade e reciprocidade; de implicar a compreensão das situações ou das características em apreço e a assimilação do sistema de cotação; de conter itens, cujo conteúdo pode ser entendido como demasiado pessoal; de não se prefigurar como a via mais relevante de captação de emoções ou sentimentos, como os que respeitam à qualidade afectiva das interacções pais-criança²⁰⁹; de estar sujeito a diversos tipos de distorções ou deformações, eventualmente ampliados pela transparência ou visibilidade da conotação positiva e negativa de vários itens e pelo facto dos que constituem cada uma das subescalas, raramente, se apresentarem repartidos ou dispersos ao longo do texto. Na medida do possível, procurou-se obviar a alguns destes inconvenientes, estabelecendo um clima de confiança e tolerância, proporcionando ocasiões de explicitação do significado dos itens ou recorrendo a uma linguagem simples. Estamos ciente, no entanto, de ter exercido uma acção pontual, susceptível de atenuar uma outra limitação, mas não de as abarcar ou eliminar na totalidade.

Em consequência, seria da máxima relevância que os dados produzidos pudessem ser, na parte ou no todo, complementados com os procedentes de outras metodologias de avaliação.

Por este conjunto de razões, é de toda a conveniência que as diferenças registadas nas respostas das mães de crianças com e sem deficiência no I.S.P., sejam entendidas como um simples alerta, para todos os profissionais envolvidos nesta área, das possíveis dificuldades sentidas pelo primeiro grupo de subsistemas diádicos.

2-Nas últimas décadas, os investigadores empenhados no estudo das interacções pais-crianças tiveram oportunidade de pôr em relevo a profunda influência que as características infantis podem exercer nas acções parentais (Bell, 1968, 1977; Thomas e Chess, 1984). Pode afirmar-se que idêntico tipo de observação emergiu de forma muito mais gradual em relação às crianças com deficiência mental ligeira, e que o presente estudo contribui para reiterar a sua pertinência. Com efeito, em conformidade com uma das hipóteses formuladas, constatou-se que as avaliações maternas do impacto da criança estavam directamente relacionadas com a natureza problemática do comportamento infantil. Deste modo, não só se corroboram dados avançados por outros autores (Beckman, 1983; Cameron e Orr, 1989; Nihira, Meyers e Mink, 1980), como a própria existência de problemas de comportamento se reveste de uma importância e de um valor renovados. Lembra-se, no entanto, que este é um estudo de natureza correlacional e, por isso, inconclusivo em termos da elucidação de mecanismos causais. Por outras palavras, é impossível determinar se os comportamentos da criança precederam as perspectivas maternas, tal como avaliadas pelo I.S.P., ou se, pelo contrário, foram estas últimas que ao influírem nas interacções mãe-criança,

²⁰⁹ A avaliação destas variáveis em famílias de crianças com e sem necessidades educativas especiais repousa, cada vez menos, em respostas a questões fechadas ou no grau de concordância que suscitam determinadas afirmações. Pelo contrário, regista-se uma proeminência crescente das técnicas de observação directa (cf. McConachie, 1986; Russell e Russell, 1989) e/ou de entrevistas alicerçadas em questões abertas (Estrada et al., 1987; Quinton e Rutter, 1988).

desencadearam ou agravaram os comportamentos inadequados da criança.

Uma outra ressalva, é a que se prende com o facto das avaliações de uma e de outra variável provirem exclusivamente das mães, estando, por conseguinte, sujeitas a contaminações mútuas, de difícil circunscrição, mas passíveis de aumentarem artificialmente as respectivas correlações.

3-A inexistência de quaisquer efeitos discerníveis das variáveis atraso/retenção escolar e nível socio-económico infirmam claramente as hipóteses adoptadas.

A primeira circunstância, ainda que paradoxal, poderá ficar a dever-se, na linha das considerações tecidas por Fewell e Gelb (1983) e Seligman e Darling (1989), a uma eventual primazia para as mães, do momento em que as dificuldades escolares das crianças foram identificadas ou se tornaram manifestas, por oposição à sua vivência continuada. Outras possibilidades explicativas, virtualmente inexploradas no domínio da deficiência mental ligeira, são as que radicam nas atribuições causais do insucesso e nas expectativas de realização escolar que as próprias mães perfilham.

Na realidade, poderá acontecer que, à semelhança do que tem sido apontado na área das dificuldades de aprendizagem (Kistner e Torgerson, 1987), alguns pais de uma criança com deficiência mental ligeira atribuam o insucesso do seu filho a factores estáveis e/ou incontrolláveis, de natureza externa (atitudes ou formação dos docentes, insuficiência de recursos educativos...), e que essas atribuições conduzam a uma redefinição, potencialmente menos ameaçadora, da própria situação de insucesso. Por outro lado, e atendendo a que as crianças com deficiência mental ligeira são, sobretudo, originárias das camadas socio-económicas menos privilegiadas, poder-se-á admitir que a situação de inadaptação escolar não é susceptível de alterar, de forma substancial, as expectativas de realização académica, já de si reduzidas (Hess, 1970; Maccoby, 1980), adoptadas pelos pais.

A segunda circunstância é menos surpreendente, se atendermos aos elementos contraditórios oriundos dos esforços tendentes à elucidação da acção da variável estatuto socio-económico nas percepções e reacções parentais. Na verdade, se por um lado, os dados por nós obtidos vão de encontro aos detectados por Beckman (1983), Cameron e Orr (1989) e Bradshaw e Lawton (1978), por outro lado, contradizem quer os que apontam para o papel protector do estatuto socio-económico em relação ao ajustamento materno (Ferguson e Watt, 1980; Quine e Pahl, 1985), quer os que se pronunciam no sentido exactamente oposto (Farber, 1968; Wikler, 1986a). É plausível que ao fraco e inconsistente poder explicativo da estratificação social não sejam estranhos os obstáculos inerentes à constituição de amostras suficientemente numerosas de crianças que apresentem condições excepcionais e origens socio-económicas diversificadas. Não é menos razoável, no entanto, que as limitações provenham da natureza heterogénea, fluída e inespecífica do próprio conceito de nível ou estrato social. A ser assim, poderá haver toda a vantagem em que a ênfase se desloque para variáveis ou componentes mais específicas como, por exemplo, as relativas à adequação dos recursos materiais e humanos existentes no lar, às expectativas parentais ou às dimensões interactivas familiares.

Para além destes aspectos, que futuras abordagens da mesma temática poderiam, com proveito, vir a contemplar, existem muitos outros de relevância reconhecida, que foi impossível incorporar no presente estudo. Referimo-nos, por exemplo, ao nível intelectual e ao locus de controlo parental, ao apoio social e a tantos outros factores, capazes de contribuir para a compreensão do funcionamento das famílias portuguesas com uma criança deficiente mental.

Uma permissão essencial à consecução deste esforço, que seria indispensável ver satisfeita, radica na área da avaliação familiar, insuficientemente servida, no nosso país, de instrumentos alicerçados em dados normativos e detentores de qualidades metrológicas amplamente documentadas. Nesta advertência, não pode deixar de incluir-se o Índice de Stress Parental, de cujo estudo de aferição nacional, já em realização, se espera a plena confirmação das respectivas propriedades psicométricas.

Conclusões Finais

Afirmámos, no decurso desta dissertação, que era nossa intenção contribuir para o conhecimento das crianças portuguesas identificadas como deficientes mentais ligeiras. Sendo este objectivo, reconhecidamente vasto, o contacto directo com as crianças e com o seu envolvimento escolar e familiar representou, para nós, uma fonte adicional, e sempre renovada, de interrogações que conferiu ao referido objectivo um carácter ainda mais ambicioso.

Cientes, portanto, do pouco que foi possível conhecer, nota-se que esta investigação permitiu a recolha de informações referentes à etiologia, ao enquadramento socio-económico e familiar, a diversos aspectos da escolaridade (trajetória, situação actual, níveis e aquisições), e ao funcionamento intelectual das crianças identificadas como apresentando uma deficiência mental ligeira. Assim, recorda-se, por exemplo, a coalescência dos factores de risco biológico e ambiental, o pronunciado desfasamento entre a idade cronológica e o nível de desempenho escolar ou o carácter generalizado dos problemas de aprendizagem. Estas indicações, longe de assumirem o estatuto de informações acessórias ou suplementares, poderão constituir, segundo o nosso ponto de vista, algumas das peças essenciais à caracterização da entidade em análise, num contexto nacional, fortemente dominado pela insuficiência de todo o tipo de elementos, incluindo os mais básicos. Além disso, chamam a atenção para a especificidade de um grupo de crianças no universo de todas aquelas que se deparam com obstáculos na sua aprendizagem. Na realidade, o empenhamento em relação à implementação de uma política educativa inclusiva tem-se acompanhado da tendência, inteiramente compreensível, para restringir o emprego de qualificativos de índole diagnóstica. Porém, tal tendência não pode ser assimilada, de modo algum, ao pressuposto de que todas as crianças com problemas académicos possuem características similares ou de que a deficiência mental ligeira não constitui uma entidade e uma realidade distintas das dos restantes graus de deficiência mental e dos distúrbios de aprendizagem. Tendo-se posto em relevo a existência de modalidades inoperantes de resposta em tarefas de índole cognitiva, por parte das crianças com deficiência mental ligeira, a ênfase recairia nos seus comportamentos manifestos, tal como avaliados pelos pais e professores. Correspondendo este realce à necessidade de alargar as conceptualizações excessivamente restritivas da deficiência mental enquanto mero défice cognitivo, e de reconciliar o estudo do cidadão deficiente mental com a dualidade cognitivo-emocional da condição humana, teríamos oportunidade de verificar que as imagens de marcada inadequação comportamental das crianças com deficiência mental ligeira, veiculadas por alguma literatura da especialidade, não recolhiam um apoio empírico alargado. O que não invalida, contudo, a detecção de um pequeno núcleo de crianças com deficiência mental (27.5%), que pela ausência de variações comportamentais significativas em casa e na escola, e pela reunião de diversos outros indicadores relevantes, denota um ajustamento socio-emocional francamente comprometido. A esta verificação, acresce ainda, a da visão claramente desfavorável que os professores, e em particular os do ensino regular, transmitem dos comportamentos e das competências de relacionamento interpessoal dos seus alunos com deficiência, bem como a constatação de que os comportamentos problemáticos se constituem como um importante preditor das perspectivas que as mães dessas crianças elaboram a respeito de si próprias e dos seus filhos.

Estas são, na nossa opinião, razões suficientes, para que se considere a possibilidade de um reequacionamento das características comportamentais dos sujeitos com deficiência mental ligeira. Com efeito, os resultados obtidos questionam, em certa medida, uma orientação excessivamente centrada numa vertente inadaptable, ou uma tendência investigadora, aparentemente empenhada

em demonstrar que uma condição de menor eficiência intelectual e escolar é inevitavelmente acompanhada de uma multiplicidade de outras alterações. Se bem que muitas das características emocionais sistematicamente associadas à deficiência mental (reduzida auto-estima, expectativas de insucesso, “desânimo aprendido”...) não tenham sido objecto de tratamento empírico, e se reconheça a necessidade de uma avaliação mais abrangente do que a que foi possível empreender, os instrumentos empregues revelam que quando se apela, em simultâneo, às apreciações dos pais e dos professores, só um pequeno número de crianças com deficiência mental ligeira apresenta padrões comportamentais nitidamente distintos do que é habitual nas crianças da mesma idade e sexo. E isto, não obstante as experiências de insucesso, e até de segregação, com que são regularmente confrontadas, as frustrações e as dificuldades de toda a espécie a que estão habitualmente expostas, os contextos familiares e educativos, nem sempre optimais, em que estão inseridas, ou as condições de vulnerabilidade orgânica de que, por vezes, fazem prova. Estes elementos que assinalam a probabilidade de, numa área particular, se registar um desenvolvimento mais bem sucedido do que o comumente previsto, não devem fazer-nos esquecer o núcleo de crianças em que se constata a existência de uma situação de significado exactamente oposto, bem como o quadro profundamente adverso traçado pelos professores do ensino regular. Tanto um caso, como o outro, assumem uma importância que claramente os transcende, pelas repercursões deletérias que podem revestir. Senão, atente-se, por exemplo, para as consequências diádicas que o primeiro tipo de situações parece produzir, ou num contexto mais alargado, para a eventualidade de corresponderem ao exacerbar das dificuldades cognitivas e de aprendizagem. Por seu turno, a segunda situação, porque passível de traduzir alguma dificuldade na receptividade de crianças com necessidades educativas especiais, por parte do sistema regular de ensino, poderá constituir-se como um obstáculo ao desenrolar do processo de integração escolar.

Tendo-se procurado ir um pouco mais além do que a simples avaliação dos comportamentos das crianças com deficiência mental, em casa e na escola, providenciou-se no sentido de se aceder às peculiaridades do sistema de ensino a crianças com deficiência no nosso país, contrastando crianças que frequentavam diferentes modalidades educativas, da mesma forma que se procedeu à análise da influência de diversas variáveis nas apreciações dos pais e dos professores, ou se averiguou da persistência temporal dos comportamentos de algumas das crianças participantes. Através dessas diligências, foi possível, por exemplo, delinear um perfil comportamental das crianças que frequentavam escolas regulares e especiais, confirmar a importância da presença de diversos factores de risco de natureza sociofamiliar ou refutar a existência de qualquer relação nítida entre os comportamentos problemáticos das crianças com deficiência mental e indicadores objectivos de insucesso escolar.

Não obstante termos pretendido ser abrangentes, muito ficou, como reconhecíamos atrás, por abordar e elucidar. Tanto mais, que os resultados alcançados encerram em si mesmos novas questões ou reenviam para outras problemáticas. A título exemplificativo, cita-se a necessidade de se empreender uma análise cuidada das condições em que se processa a integração escolar das crianças com deficiência mental ligeira, de se explicitarem os factores subjacentes a uma adaptação social mais ou menos bem sucedida, de se delinarem projectos de investigação longitudinal, susceptíveis de colocarem em evidência os problemas experimentados em diferentes períodos de desenvolvimento e em distintas etapas de vida. A lista poderia obviamente prolongar-se, tão extensa é a distância que nos separa de uma compreensão, ainda que cientificamente rudimentar, das características comportamentais e familiares das crianças portuguesas com deficiência mental ligeira. Espera-se que a presente investigação possa, de alguma forma, ter constituído um primeiro passo nesse sentido.

BIBLIOGRAFIA

A

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index-Manual* (3rd ed). Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W. E. & Koplewicz, H. S. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **21**, 519-533.
- Achenbach, T. M. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, **35**, 227-256.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newsbury Park: Sage.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **23**, 45-65.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, **85**, 1275-1301.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **46** (Serial N° 188).
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, **101**, 213-232.

- Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D. & Althaus, M. (1987). A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for american and dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **28**, 437-453.
- Afifi, A. & Azen, S. P. (1979). *Statistical analysis: A computer oriented approach*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world*. London: Cambridge University Press.
- Albee, G. W., Lane, E. A., Corcoran, C. & Werneke, A. (1963). Childhood and intercurrent intellectual performance of adult schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, **27**, 364-366.
- Alpern, G. D. (1967). Measurement of "untestable" autistic children. *Journal of Abnormal Psychology*, **72**, 478-486.
- American Psychiatric Association (1986). *D.S.M.-III. Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*. Tradução de Manuela Reis. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. S. (1982). The search for school climate: A review of the research. *Review of Educational Research*, **52**, 368-420.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DMS-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 69--76.
- Andrews, S. R., Blumenthal, J. B., Johnson, D. E., Kahn, A. J., Ferguson, C. J., Lasater, T. M., Malone, P. E. & Wallace, D. B. (1982). The skills of mothering: A study of parent child development centers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **47** (6, Serial N° 198).
- Arbitman-Smith, R., Haywood, H. C. & Bransford, J. D. (1984). Assessing cognitive change. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Asher, S. R. & Dodge, K. A. (1986). Identifying children who are rejected by their peers. *Developmental Psychology*, **22**, 444-449.
- B**
- Bailey, D. B. (1988). Assessing family stress and needs. In D. B. Bailey & R. J. Simeonsson (Eds.), *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Baird, P. A. & Sadovnik, A. D. (1985). Mental retardation in over half-a-million consecutive livebirths: An epidemiological study. *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, 323-330.

- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso da intervenção precoce. *Inovação*, **7**, 37-48.
- Bairrão, J., Castanheira, J. L., Felgueiras, I. & Portela, H. (1980). Primeiros resultados de um estudo epidemiológico da deficiência mental. *Cadernos do C.O.O.M.P.*, **5**, 11-20.
- Bairrão, J., Feijóo, M. J., Ferreira, M., Felgueiras, M. I., Machado, M. & Menezes Pinto, R. (1979). Contribuição ao estudo da etiologia da debilidade mental. *Cadernos do C.O.O.M.P.*, **4**, 23-87.
- Baker, B. L., Landen, S. J. & Kashima, K. J. (1991). Effects of parent training on families of children with mental retardation: Increased burden or generalized benefit? *American Journal on Mental Retardation*, **96**, 127-136.
- Balla, D. & Zigler, E. (1979). Personality development in retarded persons. In N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental retardation: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barber, B. K. & Thomas, D. I. (1986). Dimensions of fathers' and mothers' supportive behavior: The case for physical affection. *Journal of Marriage and the Family*, **48**, 783-794.
- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales and checklists. In M. Rutter, A. H. Tuma & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barnett, W. S. (1986). Definition and classification of mental retardation: A reply to Zigler, Balla and Hodapp. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 111-116.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, **14**, 413-445.
- Barrera, M. & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, **11**, 133-143.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, **26**, 299-319.
- Bates, J. E., Freeland, C. A. B. & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, **50**, 794-803.
- Baumeister, A. A. (1967). Problems in comparative studies of mental retardates and normals. *American Journal of Mental Deficiency*, **71**, 869-875.
- Baumeister, A. A. (1968). Behavioral inadequacy and variability of performance. *American Journal of Mental Deficiency*, **33**, 477-483.
- Baumeister, A. A. (1984). Some methodological and conceptual issues in the study of cognitive processes with retarded people. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baumeister, A. A. (1987). Mental retardation: Some conceptions and dilemmas. *American Psychologist*, **42**, 796-800.

- Baumeister, A. A. & MacLean, W. E. (1979). Brain damage and mental retardation. In N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beavers, J., Hampson, R. B., Hulgus, Y. F. & Beavers, W. R. (1986). Coping in families with a retarded child. *Family Process*, **25**, 365-378.
- Becker, L. D. (1978). Learning characteristics of educationally handicapped and retarded children. *Exceptional Children*, **44**, 502-511.
- Beckman, P. J. (1983). Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. *American Journal of Mental Deficiency*, **88**, 150-156.
- Beckman, P. J. (1984). A transactional view of stress in families of handicapped children. In M. Lewis (Ed.), *Beyond the dyad*. New York: Plenum Press.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, **95**, 585-595.
- Beckman, P. J. & Pokorni, J. L. (1988). A longitudinal study of families of preterm infants: Changes in stress and support over the first two years. *The Journal of Special Education*, **22**, 55-65.
- Bee, H. L., Barnard, K. E., Eyres, S. J., Gray, C. A., Hammond, M. A., Spietz, A. L., Snyder, C. & Clark, B. (1982). Prediction of I.Q. and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction. *Child Development*, **53**, 1134-1156.
- Bee, H. L., Van Egeren, L. F., Streissguth, A. P., Nyman, B. A. & Leckie, M. S. (1969). Social class differences in maternal teaching strategies and speech patterns. *Developmental Psychology*, **1**, 726-734.
- Begab, M. J. (1981). Issues in the prevention of psychosocial retardation. In M. J. Begab, H. C. Haywood & H. Garber (Eds.), *Psychosocial influences in retarded performance* (vol. 1). Baltimore: University Park. Press.
- Beier, D. C. (1964). Behavioral disturbances in the mentally retarded. In H. A. Stevens & R. Heber (Eds.), *Mental retardation: A review of research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, **75**, 81-95.
- Bell, R. Q. (1977). Socialization findings reexamined. In R. Q. Bell & L. V. Harper (Eds.), *Child effects on adults*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Belle, D. (1982). Social ties and social support. In D. Belle (Ed.), *Lives in stress. Women and depression*. Beverly Hills: Sage.
- Belmont, J. M. & Butterfield, E. C. (1971). Learning strategies as determinants of memory deficiencies. *Cognitive Psychology*, **2**, 411-420.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*, **17**, 3-23.

- Benson, B. A. (1985). Behavior disorders and mental retardation: Associations with age, sex, and level of functioning in an outpatient clinic sample. *Applied Research in Mental Retardation*, **6**, 79-85.
- Benton, A. L. (1962). The concept of pseudofeeblemindedness. In E. P. Trapp & P. Himmelstein (Eds.), *Readings on the exceptional child: Research and theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Berg, E. & Nyland, D. (1975). Marriage and mental retardation in Denmark. In D. A. A. Primrose (Ed.), *Proceedings of the Third Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency* (vol. 1). Warsaw: Polish Medical Publishers.
- Berger, M. & Fowlkes, M. A. (1980). Family intervention project. A family network model for serving young handicapped children. *Young Children*, **May**, 22-32.
- Bregman, J. D., Leckman, J. F. & Ort, S. I. (1988). Fragile X syndrome: Genetic predisposition to psychopathology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **18**, 343-354.
- Bernheimer, L.P., Young, M. S. & Winton, P. (1983). Stress over time: Parents with young handicapped children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, **4**, 117-181.
- Bernstein, B. (1970). A sociolinguistic approach to socialization: With some reference to educability. In F. Williams (Ed.), *Language and poverty: Perspectives on a theme*. Chicago: Markham Publishing.
- Berrueta-Clement, J. R., Schweinhart, L. J., Barnett, W. S., Epstein, A. S. & Weikart, D. P. (1984). *Changed lives. The effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19*. Ypsilanti: High Scope Press.
- Betz, N. E. (1987). Use of discriminant analysis in counseling psychology research. *Journal of Consulting Psychology*, **34**, 393-403.
- Bialer, I. (1961). Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. *Journal of Personality*, **29**, 301-333.
- Bialer, I. (1970a). Emotional disturbance and mental retardation: Etiologic and conceptual relationships. In F. Menolascino (Ed.), *Psychiatric approaches to mental retardation*. New York: Basic Books.
- Bialer, I. (1970b). Relationship of mental retardation to emotional disturbance and physical disability. In C. Haywood (Ed.), *Social-cultural aspects of mental retardation*. New York: Meredith.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Doyle, A., Lehman, B. K., Kraus, I., Perrin, J. & Tsuang, M. T. (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**, 1241-1251.
- Bird, H. R., Canino, G., Gould, M. S., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S. & Sesman, M. (1987). Use of the Child Behavior Checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **26**, 207-213.

- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S. & Sesman, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 1120-1126.
- Blacher, J. (1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact? *Mental Retardation*, **22**, 55-68.
- Blacher, J., Nihira, K. & Meyers, C. E. (1987). Characteristics of home environment of families with mentally retarded children: Comparison across levels of retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 313-320.
- Blackman, L. S. & Lin, A. (1984). Generalization training in the educable mentally retarded: Intelligence and its educability revisited. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bond, C. R. & McMahon, R. J. (1984). Relationships between marital distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, **3**, 348-351.
- Borkowski, J. G. & Day, J. D. (1987). Research with special children: Issues, definitions and methodologies. In J. G. Borkowski & J. D. Day (Eds.), *Intelligence and cognition in special children: Comparative approaches to retardation, learning disabilities and giftedness*. Norwood: Ablex.
- Borkowski, J. G. & Turner, L. A. (1988). Cognitive development. In J. F. Kavanagh (Ed.), *Understanding mental retardation. Research accomplishments and new frontiers*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Borthwick-Duffy, J. (1994). Book review. *American Journal on Mental Retardation*, **98**, 541-544.
- Boss, P. (1986). Family stress: Perception and context. In M. B. Sussman & S. Steinmetz (Eds.), *Handbook on marriage and the family*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Bouchard, T. J. & McGue, M. (1981). Familial studies of intelligence: A review. *Science*, **212**, 1055-1059.
- Boyle, M. H. & Jones, S. C. (1985). Selecting measures of emotional and behavioral disorders of childhood for use in general populations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 137-159.
- Bradfield, R. H., Brown, J., Kaplan, P., Rickert, E. & Stannard, R. (1973). The special child in the regular classroom. *Exceptional Children*, **39**, 384-390.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M. & Elardo, R. (1977). Home environment, social status and mental test performance. *Journal of Educational Psychology*, **69**, 697-701.
- Bradley, T. B. (1983). Remediation of cognitive deficits: A critical appraisal of the Feuerstein model. *Journal of Mental Deficiency Research*, **27**, 79-92.
- Bradshaw, J. & Lawton, D. (1978). Tracing the causes of stress in families with handicapped children. *British Journal of Social Work*, **8**, 181-192.

- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. & Silver, S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 76-83.
- Breen, M. J. & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having Attention Défice Disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, **13**, 265-280.
- Breiner, J. & Forehand, R. (1982). Mother-child interactions: A comparison of a clinic-referred developmentally delayed group and two non-delayed groups. *Applied Research in Mental Retardation*, **3**, 175-183.
- Bristol, M. M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **17**, 469-486.
- Broman, S., Nichols, P. L., Shaughnessy, P. & Kennedy, W. (1987). *Retardation in young children. A developmental study of cognitive défice*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, **32**, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P. M. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 1). New York: John Wiley & Sons.
- Brooks, P. H. & Baumeister, A. A. (1977a). A plea for consideration of ecological validity in the experimental psychology of mental retardation: A guest editorial. *American Journal of Mental Deficiency*, **81**, 407-416.
- Brooks, P. H. & Baumeister, A. A. (1977b). Are we making a science of missing the point? *American Journal of Mental Deficiency*, **81**, 543-546.
- Brown, A. L. & Campione, J. C. (1977). Training strategic study time apportionment in educable retarded children. *Intelligence*, **1**, 94-107.
- Brown, A. L. & Campione, J. C. (1981). Inducing flexible thinking: The problem of access. In M. P. Friedman, J. P. Das & N. O' Connor (Eds.), *Intelligence and learning*. New York: Plenum Press.
- Brown, A. L. & Campione, J. C. (1986). Psychological theory and the study of learning disabilities. *American Psychologist*, **10**, 1059-1068.
- Brown-Glover, P. & Wehman, P. (1996). Applications for youth with mild mental retardation. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruininks, R. H., Thurlow, M. & Gilman, C. J. (1987). Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, **21**, 69-88.

- Bubolz, M. M. & Whiren, A. P. (1984). The family of the handicapped: An ecological model for policy and practice. *Family Relations*, **33**, 5-12.
- Budd, K. S. & Greenspan, S. (1984). Mentally retarded mothers. In E. A. Blechman (Ed.), *Behavior modification with women*. New York: Guilford Press.
- Budd, K. S. & Greenspan, S. (1985). Parameters of successful and unsuccessful interventions with parents who are mentally retarded. *Mental Retardation*, **23**, 269-273.
- Budoff, M. (1987). Measures for assessing learning potential. In C. S. Lidz (Ed.), *Dynamic assessment: An interactional approach to evaluating learning potential*. New York: Guilford Press.
- Budoff, M. & Corman, L. (1976). Effectiveness of a learning potential procedure in improving problem-solving skills of retarded and nonretarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **81**, 260-264.
- Budoff, M. & Gottlieb, J. (1976). Special-class E.M.R. children mainstreamed: A study of an aptitude (learning potential) x treatment interaction. *American Journal of Mental Deficiency*, **81**, 1-11.
- Budoff, M. & Hamilton, J. L. (1976). Optimizing test performance of moderately and severely mentally retarded adolescents and adults. *American Journal of Mental Deficiency*, **81**, 49-57.
- Burack, J. A. (1990). Differentiating mental retardation: The two-group approach and beyond. In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation*. New York: Cambridge University Press.
- Burack, J. A., Hodapp, R. M. & Zigler, E. (1988). Issues in the classification of mental retardation: Differentiating among organic etiologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **29**, 765-779.
- Burden, R. L. (1980). Measuring the effects of stress on the mothers of handicapped infants: Must depression always follow? *Child: Care, Health and Development*, **6**, 111-125.
- Buss, A. H. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Butterfield, E. C. & Ferretti, R. P. (1987). Toward a theoretical integration of cognitive hypotheses about intellectual differences among children. In J. G. Borkowski & J. D. Day (Eds.), *Intelligence and cognition in special children: Comparative approaches to retardation, learning disabilities and giftedness*. Norwood: Ablex.
- Butterfield, E. C., Wambold, C. & Belmont, J. M. (1973). On the theory and practice of improving short-term memory. *American Journal of Mental Deficiency*, **77**, 654-669.
- Byrne, E. A. & Cunningham, C.C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families-A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 847-864.

C

- Cameron, S. J. & Orr, R. R. (1989). Stress in families of school-aged children with delayed mental development. *Canadian Journal of Rehabilitation*, **2**, 137-144.

- Campbell, F. A. & Ramey, C. T. (1986). High risk infants: Environmental risk factors. In J. Berg (Ed.), *Science and service in mental retardation*. London: Methuen.
- Campione, J., Brown, A. & Ferrara, R. (1983). Mental retardation and intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canonne, F., Tomkiewicz, S. & Duché, D. J. (1968). Étude des facteurs médicaux, psychologiques et pédagogiques d'une population d'enfants algériens d'âge scolaire habitant dans un bidonville. *Bulletin de l' I.N.S.E.R.M.*, **23**, 587-622.
- Caplan, G. & Caplan, G. (1974). Support systems. In G. Caplan (Ed.), *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Carew, J. V. (1980). Experience and the development of intelligence in young children at home and in day care. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **45** (6-7, Serial n° 187).
- Carlberg, C. & Kavale, K. (1980). The efficacy of special versus regular class placement for exceptional children: A meta-analysis. *Journal of Special Education*, **14**, 295-309.
- Carlson, J. S. & Wiedl, K. H. (1978). Use of testing-the-limits procedures in the assessment of intellectual capabilities in children with learning difficulties. *American Journal of Mental Deficiency*, **82**, 559-564.
- Carlson, J. S. & Wiedl, K. H. (1992). The dynamic assessment of intelligence. In H. C. Haywood & D. Tzuril (Eds.), *Interactive assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **32**, 1063-1080.
- Carr, J. (1988). Six weeks to twenty-one years old: A longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **29**, 407-431.
- Carr, T. H. (1984). Attention, skill and intelligence: Some speculations on extreme individual differences in human performance. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carrilho, M. J., Peixoto, J., Portela, R., Patrício, L. & Gonçalves, C. (1993). *Alterações demográficas nas regiões portuguesas entre 1981-1991*. Lisboa: I.N.E.
- Carroll, A. W. (1967). The effects of segregated and partially integrated school programs on self concept and academic achievement of educable mental retardates. *Exceptional Children*, **34**, 93-99.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, **4**, 471-482.
- Casto, G. (1987). Plasticity and the handicapped child: A review of efficacy research. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- C. C. R. C. (1994). *Análise, diagnóstico e perspectivas de desenvolvimento para a Região Centro. Contributos para o PDR 1994-99*. Coimbra: C.C.R.C..

- Chazan, M. (1964). The incidence and nature of maladjustment among children in schools for the educationally subnormal. *British Journal of Educational Psychology*, **34**, 292-304.
- Chazan, M. (1965). Factors associated with maladjustment in educationally subnormal children. *British Journal of Educational Psychology*, **35**, 277-285.
- Chess, S. (1977). Evolution of behavior disorder in a group of mentally retarded children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **16**, 4-18.
- Chess, S. & Hassibi, M. (1970). Behavior deviations in mentally retarded children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **9**, 282-297.
- Chess, S. & Korn, S. (1970). Temperament and behavior disorders in mentally retarded children. *Archives of General Psychiatry*, **23**, 122-130.
- Chess, S. & Thomas, A. (1992). Interactions between offspring and parents in development. In B. Tizard & V. Varma (Eds.), *Vulnerability and resilience in human development*. London: Jessica Kingsley.
- Chiva, M. (1969). Tableaux psychologiques différentiels de la débilite mentale selon l' étiologie. In R. Zazzo (Ed.), *Les Débiliteés mentales*. Paris: Armand Colin.
- Chiva, M. (1973). *Débiles normaux, débiles pathologiques*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Christensen, A., Phillips, S., Glasgow, R. E. & Johnson, S. M. (1983). Parental characteristics and interactional dysfunction in families with child behavior problems: A preliminary investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **11**, 153-166.
- Christoplos, F. & Renz, P. (1969). A critical evaluation of special education programs. *Journal of Special Education*, **3**, 371-379.
- Clark, P. & Rutter, M. (1979). Task difficulty and task performance in autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **20**, 271-285.
- Clarke, A. D. B. & Clarke, A. M. (1987). Research on mental handicap, 1957-1987: A selective review. *Journal of Mental Deficiency Research*, **31**, 317-328.
- Clarke, A. M. (1982). Developmental discontinuities: An approach to assessing their nature. In L. A. Bond & J. M. Joffe (Eds.), *Facilitating infant and early child development*. Hanover: University Press of New England.
- Clarke, A. M. (1985). Polygenic and environmental interactions. In A. Clarke, A. D. B. Clarke & J. Berg (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and C° Ltd.
- Clarke, A. M. & Clarke, A. D. B. (1974). Genetic-environmental interactions in cognitive development. In A. Clarke & A. D. B. Clarke (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and C° Ltd.
- Clarke, A. M. & Clarke, A. D. B. (1984). Social influences in the aetiology and prevention of mild retardation. In J. Dobbing, A. D. B. Clarke, J. Hogg & R. G. Robinson (Eds.), *Scientific studies in mental retardation*. London: The Royal Society of Medicine.

- Clarke, A. M. & Clarke, A. D. B. (1985a). Criteria and classification. In A. Clarke, A. D. B. Clarke & J. Berg (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and C^o Ltd.
- Clarke, A. M. & Clarke, A. D. B. (1985b). Lifespan development and psychosocial intervention. In A. Clarke, A. D. B. Clarke & J. Berg (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and C^o Ltd.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, **38**, 300-313.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.
- Coleman, J. M. (1983). Self-concept and the mildly handicapped: The role of social comparisons. *The Journal of Special Education*, **17**, 37-45.
- Colletta, N. D. (1979). Support systems after divorce: Incidence and impact. *Journal of Marriage and the Family*, **41**, 837-846.
- Colletta, N. D. (1981). Social support and the risk of maternal rejection by adolescent mothers. *The Journal of Psychology*, **109**, 191-197.
- Collins, H. A., Burger, G. K. & Doherty, D. (1970). Self-concept of E.M.R. and nonretarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency*, **75**, 285-289.
- Cook, J. J. (1963). Dimensional analysis of child-rearing attitudes of parents of handicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, **68**, 354-361.
- C. O. O. M. P. (1981). *Estudo epidemiológico da deficiência mental. Objectivos. Metodologia de investigação e descrição da população em estudo* (vol. 1). Lisboa: C. O. O. M. P..
- Cooper, B. & Lackus, B. (1984). The social-class background of mentally retarded children. A study in Mannheim. *Social Psychiatry*, **19**, 3-12.
- Corbett, J. A. (1979). Psychiatric morbidity and mental retardation. In F. E. James & R. P. Snaith (Eds.), *Psychiatric illness and mental handicap*. London: Gaskell.
- Corbett, J. A., Harris, R. & Robinson, R. (1975). Epilepsy. In J. Wortis (Ed.), *Mental retardation: An annual review* (vol. 7). New York: Grune & Stratton.
- Corman, L. & Budoff, M. (1974). Factor structures of retarded and nonretarded children on Raven's Progressive Matrices. *Educational and Psychological Measurement*, **34**, 407-412.
- Corman, L. & Gottlieb, J. (1978). Mainstreaming mentally retarded children: A review of research. In N. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (vol. 9). New York: Academic Press.
- Correia, L. M. (1990). Educação especial em Portugal. *Educação Especial e Reabilitação*, **4**, 60-66.
- Costeff, H., Cohen, B. E. & Weller, L. E. (1983). Biological factors in mild mental retardation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **25**, 580-587.

- Coyne, J. C. & Holroyd, K. (1982). Stress, coping and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press.
- Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1980). Cognitive style, stress perception, and coping. In I. L. Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.), *Handbook of stress and anxiety. Contemporary knowledge, theory and treatment*. London: Jossey-Bas.
- Craft, M. (1984). Low intelligence, mental handicap and criminality. In M. Craft & A. Craft (Eds), *Mentally abnormal offenders*. London: Ballière Tindal.
- Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, **56**, 1299-1313.
- Crnic, K. A. (1988). Mental retardation. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Crnic, K. A., Friedrich, W. N. & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, **88**, 125-138.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M. & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers of premature and full-term infants. *Child Development*, **54**, 209-217.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T. & Slough, N. M. (1986). Early stress and social support influences on mothers' and high-risk infants' functioning in late infancy. *Infant Mental Health Journal*, **7**, 19-33.
- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, **52**, 857-865.
- Cromwell, R. L. (1963). A social learning approach to mental retardation. In N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency*. New York: McGraw-Hill.
- Crosby, K. G. (1972). Attention and distractibility in mentally retarded and intellectually average children. *American Journal of Mental Deficiency*, **77**, 46-53.
- Cullinan, D., Epstein, M. H. & Dembinski, R. J. (1979). Behavior problems of educationally handicapped and normal pupils. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **7**, 495-502.
- Cummings, S. T. (1976). The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46**, 246-255.
- Cummings, S. T., Bayley, H. C. & Rie, H. E. (1966). Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **36**, 595-609.

Cunningham, C. E., Reuler, E., Blackwell, J. & Deck, J. (1981). Behavioral and linguistic developments in the interactions of normal and retarded children with their mothers. *Child Development*, **52**, 62-70.

Curry, J. F. & Thompson, R. J. (1979). The utility of behavior checklist ratings in differentiating developmentally disabled from psychiatrically referred children. *Journal of Pediatric Psychology*, **4**, 345-352.

Curry, J. F. & Thompson, R. J. (1982). Patterns of behavioral disturbance in developmentally disabled children: A replicated cluster analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, **1**, 61-73.

D

Dalton, J. & Epstein, H. (1963). Counseling parents of mildly retarded children. *Social Casework*, **44**, 523-530.

Danby, J. & Cullen, C. (1988). Integration and mainstreaming: A review of the efficacy of mainstreaming and integration for mentally handicapped pupils. *Educational Psychology*, **8**, 177-195.

Das, J. P. (1970). Vigilance and verbal conditioning in the mildly and severely retarded. *American Journal of Mental Deficiency*, **75**, 253-259.

Davis, H. & Cunningham, C. (1985). Mental handicap: People in context. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. Cambridge: Brookline Books.

Davis, H. & Oliver, B. (1980). A comparison of aspects of the maternal speech environment of retarded and non-retarded children. *Child: Care, Health and Development*, **6**, 135-145.

Davis, H. & Rushton, R. (1991). Counselling and supporting parents of children with developmental delay: A research evaluation. *Journal of Mental Deficiency Research*, **35**, 89-112.

Davis, H., Stroud, A. & Green, L. (1989). Child characterization sketch. *International Journal of Personal Construct Psychology*, **2**, 323-337.

DeMyer, M. K., Barton, S., Alpern, G. D., Kimberlin, C., Allen, J., Yang, E. & Steele, R. (1974). The measured intelligence of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, **4**, 42-60.

Deno, E. (1970). Special education as developmental capital. *Exceptional Children*, **37**, 229-237.

Deno, S. L., Foegen, A., Robinson, S. & Espin, C. (1996). Commentary: Facing the realities of inclusion for students with mild disabilities. *The Journal of Special Education*, **3**, 345--357.

Denscombe, M., Szulc, H., Patrick, C. & Wood, A. (1986). Ethnicity and friendship: The contrast between sociometric research and fieldwork observation in primary school classrooms. *British Educational Research Journal*, **12**, 221-235.

Detterman, D. K. (1987). Theoretical notions of intelligence and mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **92**, 2-11.

- Deutsch, C. P. (1973). Social class and child development. In B. Caldwell & H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (vol. 3). Chicago: University of Chicago Press.
- Doepfner, M., Berner, W., Schmeck, K., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1995). Internal consistency and validity of the C.B.C.L. and T.R.F. in a German sample: A cross-cultural comparison. In J. Sergeant (Ed.), *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder*. Zurich: Egg.
- Doll, E. (1946). L' enfant arriéré. In L. Carmichael (Ed.), *Manuel de psychologie de l' enfant*. Paris: P.U.F..
- Drew, C. J. & Hardman, M. L. (1985). *Designing and conducting behavioral research*. New York: Pergamon Press.
- Drillien, C. M., Jameson, S. & Wilkinson, E. M. (1966). Studies in mental handicap. Part I: Prevalence and distribution by clinical type and severity of defect. *Archives of Disease in Childhood*, **41**, 528-538.
- Dunn, L. (1968). Special education for the mildly retarded: Is much of it justifiable? *Exceptional Children*, **35**, 5-22.
- Dunst, C. J. & Leet, H. E. (1987). Measuring the adequacy of resources in households with young children. *Child: Care, Health and Development*, **13**, 11-125.
- Dunst, C. J., Leet, H. E. & Trivette, C. M. (1987). Family resources, personal well-being, and early intervention. *The Journal of Special Education*, **22**, 108-116.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Cross, A. H. (1986a). Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 403-417.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Cross, A. H. (1986b). Roles and support networks of mothers of handicapped children. In R. R. Fewell & P. V. Vadasy (Eds.), *Families of handicapped children. Needs and supports across the life span*. Austin: Pro-ed.
- Dunlap, W. R. & Hollinsworth, J. S. (1977). How does a handicapped child affect the family? Implications for practitioners. *The Family Coordinator*, **26**, 286-293.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., Walsh, K. & Nash, L. J. (1992). Adaptive and maladaptive behavior in Prader-Willi syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **133**, 1130-1136.

E

- Edelbrock, C. & Costello, A. J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **16**, 219-231.

- Edgerton, R. B. (1988). Community adaptation of persons with mental retardation. In J. F. Kavanagh (Ed.), *Understanding mental retardation. Research accomplishments and new frontiers*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing C°.
- Eggers, C. (1978). Course and prognosis of childhood schizophrenia. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, **8**, 21-36.
- Eheart, B. K. (1982). Mother-child interactions with nonretarded and mentally retarded preschoolers. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 20-25.
- Eheart, B. K. & Ciccone, J. (1982). Special needs of low-income mothers of developmentally delayed children. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 26-33.
- Einfeld, S. L. (1984). Clinical assessment of 4500 developmental delayed individuals. *Journal of Mental Deficiency Research*, **28**, 129- 142.
- Elardo, R., Bradley, R. & Caldwell, B. M. (1975). The relation of infants home environments to mental test performance from six to thirty-six months: A longitudinal analysis. *Child Development*, **46**, 71-76.
- Elliot, R. (1992). Larry P., P.A.S.E., and social science in the courtroom: The science and politics of identifying and educating very slow learners. In H. C. Haywood & D. Tzuriel (Eds.), *Interactive assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Ellis, N. R. (1969). A behavioral research strategy in mental retardation: Defense and critique. *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 557-566.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, **92**, 310-330.
- Epstein, M. H., Cullinan, D. & Gadow, K. (1986). Teacher ratings of hyperactivity in learning-disabled, emotionally disturbed and mentally retarded children. *Journal of Special Education*, **20**, 219-229.
- Epstein, M. H., Cullinan, D. & Polloway, E. A. (1986). Patterns of maladjustment among mentally retarded children and youth. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 127-134.
- Erlenmeyer-Kimling, L. & Jarvick, L. F. (1963). Genetics and intelligence: A review. *Science*, **142**, 1477-1479.
- Estrada, P., Arsenio, W. F., Hess, R. D. & Holloway, S. D. (1987). Affective quality of the mother-child relationship: Longitudinal consequences for children's school-relevant cognitive functioning. *Developmental Psychology*, **23**, 210-215.
- Fabre, T. R. & Walker, H. M. (1987). Teacher perceptions of the behavioral adjustment of primary grade level handicapped pupils within regular and special education settings. *RASE*, **8**, 34-39.
- Farber, B. (1968). *Mental retardation: Its social context and social consequences*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Farran, D.C., Metzger, J. & Sparling, J. (1986). Immediate and continuing adaptations in parents of handicapped children. A model and an illustration. In J. J. Gallagher & P. M. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons: Research, programs, and policy issues*. Baltimore: P. H. Brookes.
- Fee, V. E., Matson, J. L., Moore, L. A. & Benavidez, D. A. (1993). The differential validity of hyperactivity/attention défices and conduct problems among mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **21**, 1-11.
- Feldman, M. A., Case, L., Towns, F. & Betel, J. (1985). Parent education project I: Development and nurturance of children of mentally retarded parents. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 253-258.
- Felgueiras, M. I. & Machado, M. M. (1983). Estudo exploratório da representação social da deficiência mental. *Cadernos do C.O.O.M.P.*, **7/8**, 121-147.
- Ferguson, N. & Watt, J. (1980). The mothers of children with special needs. *Scottish Educational Review*, **12**, 21-31.
- Feuerstein, R. (1972). Cognitive assessment of the socioculturally deprived child and adolescent. In L. J. Cronbach & P. J. D. Drenth (Eds.), *Mental tests and cultural adaptation*. Baltimore: The Hague Mouton.
- Feuerstein, R., Rand, Y. & Hoffman, M. B. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: The Learning Potencial Assessment Device: Theory, instruments and techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R., Rand, Y., Hoffman, M., Hoffman, M. & Miller, R. (1979). Cognitive modifiability in retarded adolescents: Effects of instrumental enrichment. *American Journal of Mental Deficiency*, **83**, 539-550.
- Fewell, R. R. (1986). Supports from religious organizations and personal beliefs. In R. R. Fewell & P. V. Vadasy (Eds.), *Families of handicapped children. Needs and supports across the life span*. Austin: Pro-ed.
- Fewell, R. R. & Gelb, S. A. (1983). Parenting moderately handicapped persons. In M. Seligman (Ed.), *The family with a handicapped child*. New York: Grune & Stratton.
- Floor, L. & Rosen, M. (1975). Investigating the phenomenon of helplessness in mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, **79**, 565-572.
- Fombonne, E. (1989). The Child Behaviour Checklist and the Rutter parental questionnaire: A comparison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, **19**, 777-785.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (C.B.C.L.). *Psychologica*, **12**, 55-78.

- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1995). O inventário de comportamentos da criança para professores: Teacher's Report Form. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, **29**, 81-102.
- Forehand, R., Calhoun, K., Peed, S. & Yoder, P. (1973). The effects of intelligence quotient and extraneous stimulation on incidental learning. *Journal of Mental Deficiency Research*, **17**, 24-27.
- Forness, S. R., Guthrie, D. & MacMillan, D. L. (1981). Classroom behavior of mentally retarded children across different classroom settings. *The Journal of Special Education*, **15**, 497-509.
- Forness, S. R., Guthrie, D. & MacMillan, D. L. (1982). Classroom environments as they relate to mentally retarded children observable behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 259-265.
- Forness, S. R., Silverstein, A. B. & Guthrie, D. (1979). Relationship between classroom behavior and achievement of mildly mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **84**, 260-265.
- Fracchia, J. F., Fiorentino, D., Sheppard, C. & Merlis, S. (1969). A comparison of techniques for the scoring of avoidable errors on the Raven Progressive Matrices. *The Journal of Psychology*, **72**, 93-98.
- Frey, K. S., Greenberg, M. T. & Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, **94**, 240-249.
- Friedrich, W. N. (1979). Predictors of the coping behavior of mothers of handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **6**, 1140-1141.
- Friedrich, W. N. & Boriskin, J. A. (1976). The role of the child in abuse: A review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46**, 580-590.
- Friedrich, W. N. & Friedrich, W. L. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, **85**, 551-553.
- Friedrich, W. N., Wilturner, L. T. & Cohen, D. S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 130-139.
- Frodi, A. M. (1981). Contribution of infant characteristics to child abuse. *American Journal of Mental Deficiency*, **85**, 341-349.
- Frost, J. B. (1977). Prevalence of mental handicap in the west of Ireland. *Irish Medical Journal*, **70**, 263-265.

G

- Gallagher, J. J. (1994). The pull of societal forces on special education. *The Journal of Special Education*, **4**, 521-530.
- Gallagher, J. J., Beckman, P. & Cross, A. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*, **50**, 10-19.

- Gallagher, J. J., Cross, A. & Scharfman, W. (1981). Parental adaptation to a young handicapped child: The father's role. *Journal of the Division for Early Childhood*, **3**, 3-14.
- Gampel, D., Gottlieb, J. & Harrison, R. (1974). Comparison of classroom behavior of special-class E.M.R., integrated E.M.R., low I.Q., and nonretarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **79**, 16-21.
- Garbarino, J. & Crouter, A. (1978). Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child Development*, **49**, 604-616.
- Garbarino, J. & Sherman, D. (1980). High-risk neighbourhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development*, **51**, 188-198.
- Garber, H. & Heber, R. (1982). Modification of predicted cognitive development in high-risk children through early intervention. In M. K. Detterman & R. J. Sternberg (Eds.), *How and how much can intelligence be increased?* New Jersey: Ablex Publishing C°.
- Garber, H. L., Hodge, J. D., Rynders, J., Dever, R. & Velu, R. (1991). The Milwaukee Project: Setting the record straight. *American Journal on Mental Retardation*, **95**, 493- 525.
- Garber, J., Quiggle, N. L., Panak, W. & Dodge, K. A. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. Cicchetti & L. Roth (Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of disfunction. Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. II.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- García, S. M. & Pérez, A. A. (1993). *Procesos y estrategias cognitivas en niños deficientes mentales.* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gardner, F. E. M. (1989). Inconsistent parenting: Is there evidence for a link with children's conduct problems? *Journal of Abnormal Child Psychology*, **17**, 223-233.
- Gardner, W. I. (1966). Social and emotional adjustment of mildly retarded children and adolescents: Critical review. *Exceptional Children*, **33**, 97-105.
- Gargiulo, R. M. & O'Sullivan, P. S. (1986). Mildly mentally retarded and nonretarded children's learned helplessness. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 203-206.
- Gargiulo, R. M., O'Sullivan, P. S. & Barr, N. J. (1987). Learned helplessness in reflective and impulsive mentally retarded and nonretarded children. *Bulletin of the Psychonomic Society*, **25**, 269-272.
- Garrett, H. E. (1962). *A estatística na psicologia e na educação.* Rio de Janeiro: Fundo da Cultura.
- Garrison, W. T. & Earls, F. J. (1987). *Temperament and child psychopathology.* Newbury Park: Sage.
- Gaspar, J., Marin, A., Abreu, D., Correia, F., Ferrão, J. & Jensen-Butler, C. (1987). *Portugal: Os próximos 20 anos. (vol. 1). Ocupação e organização do espaço. Retrospectiva e tendências.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gersten, R., Walker, H. & Darch, C. (1988). Relationship between teachers' effectiveness and their tolerance for handicapped students. *Exceptional Children*, **54**, 433-438.

- Gibbs, M. V., Reeves, D. & Cunningham, C. C. (1987). The application of temperament questionnaires to a british sample: Issues of reliability and validity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **28**, 61-77.
- Gibello, B. (1984). *L' enfant à l' intelligence troublée*. Paris: Le Centurion.
- Gillberg, C., Persson, E., Grufman, M. & Themner, U. (1986). Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: Epidemiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, **149**, 68-74.
- Gillerot, Y. & Koulischer, L. (1983). Le retard mental léger: Étude de 500 cas. *Louvain Medical*, **102**, 461-471.
- Gilly, M. & Merlet-Vigier, L. (1969). Milieu et débilité mental. In R. Zazzo (Ed.), *Les Débilités mentales*. Paris: Armand Colin.
- Goldberg, S., Marcovitch, S., MacGregor, D. & Lojkasek, M. (1986). Family responses to developmentally delayed preschoolers: Etiology and the fathers' role. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 610-617.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R. A. & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, **58**, 505-529.
- Goodman, H., Gottlieb, J. & Harrison, R. H. (1972). Social acceptance of E.M.R.s integrated into a nongraded elementary school. *American Journal of Mental Deficiency*, **76**, 412-417.
- Gordon, B., Saklofske, D. H. & Hildebrand, D. K. (1998). Assessing children with mental retardation. In H. B. Vance (Ed.), *Psychological assessment of children*. New York: John Wiley & Sons.
- Gottfried, A. (1984). Home environment and early cognitive development. Integration, meta-analyses and conclusions. In A. Gottfried (Ed.), *Home environment and early cognitive development: Longitudinal research*. New York: Academic Press.
- Gottlieb, J. (1981). Mainstreaming: Fulfilling the promise? *American Journal of Mental Deficiency*, **86**, 115-126.
- Gottlieb, J., Alter, M. & Gottlieb, B. (1983). Mainstreaming mentally retarded children. In J. Matson & J. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Gottlieb, J., Alter, M., Gottlieb, B. W. & Wishner, J. (1994). Special education in urban America: It's not justifiable for many. *The Journal of Special Education*, **27**, 453-465.
- Gottlieb, J., Gampel, D. & Budoff, M. (1975). Classroom behavior of retarded children before and after integration into regular classes. *The Journal of Special Education*, **9**, 307-315.
- Gottlieb, J., Semmel, M. & Veldman, D. (1978). Correlates of social status among mainstreamed mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, **70**, 396-405.

- Gowen, J. W., Johnson-Martin, N., Goldman, B. D. & Appelbaum, M. (1989). Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. *American Journal on Mental Retardation*, **94**, 259-271.
- Graham, P. J. (1977). Epidemiological studies. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (2nd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Graham, P. J. & Rutter, M. (1970). Selection of children with psychiatric disorder. In M. Rutter, J. Tizard & K. Whitmore (Eds.), *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Graham, P. J., Rutter, M. & George, S. (1973). Temperamental characteristics as predictors of behavior disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **43**, 328-339.
- Granat, K. & Granat, S. (1973). Below-average intelligence and mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **78**, 27-32.
- Greenspan, S. (1979). Book review. *American Journal on Mental Retardation*, **98**, 544-549.
- Greenspan, S. (1979). Social intelligence in the retarded. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental retardation: Psychological theory and research* (2nd ed). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gresham, F. M. (1982). Misguided mainstreaming: The case for social skills training with handicapped children. *Exceptional Children*, **48**, 422-433.
- Gresham, F. M. (1986). Strategies for enhancing the social outcomes of mainstreaming: A necessary ingredient for success. In J. Meisel (Ed.), *Mainstreaming handicapped children: Outcomes, controversies and new directions*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L. & Bocian, K. M. (1996). Learning disabilities, low achievement, and mild mental retardation: More alike than different? *Journal of Learning Disabilities*, **29**, 570-581.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C. & McMahon, R. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, **89**, 497-500.
- Griest, D. L., Wells, K. C. & Forehand, R. (1979). An examination of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic-referred children. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 277-281.
- Grodin, G., Domingue, D., Pueschel, S. M. & Deignan, L. (1982). Behavioral/emotional problems in mentally retarded children. *Psychological Reports*, **51**, 143-146.
- Grossman, H. J. (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency.
- Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency.
- Gumz, E. J. & Gubrium, J. F. (1972). Comparative parental perceptions of a mentally retarded child. *American Journal of Mental Deficiency*, **77**, 175-180.

Gunn, P. & Berry, P. (1985). Down's syndrome temperament and maternal response to descriptions of child behavior. *Developmental Psychology*, **21**, 842-847.

Gutelius, M. F. & Kirsch, A. D. (1975). Factors promoting success in infant education. *American Journal of Public Health*, **65**, 384-387.

H

Hagberg, B. & Hagberg, G. (1985). Neuropaediatric aspects of prevalence, aetiology, prevention and diagnosis. In A. Clarke, A. D. B. Clarke & J. Berg (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and Co Ltd.

Hagberg, B., Hagberg, G., Lewerth, A. & Lindberg, U. (1981a). Mild mental retardation in Swedish school children. I-Prevalence. *Acta Paediatrica Scandinavica*, **70**, 441-444.

Hagberg, B., Hagberg, G., Lewerth, A. & Lindberg, U. (1981b). Mild mental retardation in Swedish school children. II-Etiologic and pathogenetic aspects. *Acta Paediatrica Scandinavica*, **70**, 445-452.

Hagen, J. W. & Huntsman, N. (1971). Selective attention in mental retardates. *Developmental Psychology*, **5**, 151-160.

Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1977). Labels, categories, behaviors : E.D., L.D., and E.M.R. reconsidered. *The Journal of Special Education*, **11**, 139-149.

Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1994). Toward a culture of disability in the aftermath of Deno and Dunn. *The Journal of Special Education*, **27**, 496-508.

Halpern, A. S. (1970). Some issues concerning the differential diagnosis of mental retardation and emotional disturbance. *American Journal of Mental Deficiency*, **6**, 796-800.

Hammill, D. D. (1990). On defining learning disabilities: An emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities*, **23**, 74-84.

Handen, B. L., McAuliffe, S., Janosky, J., Feldman, H. & Breaux, A. M. (1994). Classroom behavior and children with mental retardation: Comparison of children with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **22**, 267-280.

Hansen, D. A. & Johnson, V. A. (1979). Rethinking family stress theory: Definitional aspects. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye & I. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (vol. 1.). New York: Free Press.

Harris, J. C., King, S. L., Reifler, J. P. & Rosenberg, L.A. (1984). Emotional and learning disorders in 6-12-year-old boys attending special schools. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **23**, 431-437.

Harris, V. S. & McHale, S. M. (1989). Family life problems, daily caregiving activities, and the psychological well-being of mothers of mentally retarded children. *American Journal on Mental Retardation*, **94**, 231-239.

- Harrison, P. L. (1987). Research with adaptive behavior scales. *The Journal of Special Education*, **21**, 37-67.
- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Eds.), *Handbook of child psychology* (vol 4). New York: John Wiley & Sons.
- Haskins, R. (1986). Social and cultural factors in risk assessment and mild mental retardation. In D. C. Farran & J. D. McKinney (Eds.), *Risk in intellectual and psychosocial development*. Orlando: Academic Press.
- Hatton, F., Tiret, L., Maguin, P. & Nasse, N. P. (1978). La fausse insuffisance mentale. Ses caractéristiques, son évolution. *La Revue de Pédiatrie*, **7**, 415-422.
- Haywood, H. C. (1987). The mental age défice: Explanation and treatment. *Upsala Journal of Medical Science*, **44**, 191-203.
- Haywood, H. C., Tzuriel, D. & Vaught, S. (1992). Psychoeducational assessment from a transactional perspective. In H. C. Haywood & D. Tzuriel (Eds.), *Interactive assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Haywood, H. C. & Wachs, T. D. (1981). Intelligence, cognition and individual differences. In M. Begab, H. C. Haywood & H. Garber (Eds.), *Psychosocial influences in retarded performance* (vol. 1). Baltimore: University Park Press.
- Heal, L. W. (1970). Research strategies and research goals in the scientific study of the mentally subnormal. *American Journal of Mental Deficiency*, **75**, 10-15.
- Heber, R. (1962). Mental retardation: Concept and classification. In E. P. Trapp & P. Himmelstein (Eds.), *Readings on the exceptional child: Research and theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Heber, R. & Garber, H. (1975a). Progress report II: An experiment in the prevention of cultural-familial retardation. In D. A. A. Primrose (Ed.), *Proceedings of the second congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency*. Warsaw: Polish Medical Publishers.
- Heber, R. & Garber, H. (1975b). The Milwaukee Project: A study of the use of family intervention to prevent cultural-familial mental retardation. In B. J. Friedlander, G. M. Sterrit & G. E. Kirk (Eds.), *The exceptional infant* (vol 3). New York: Brunner/Mazel.
- Heffernan, L., Black, F. W. & Poche, P. (1982). Temperament patterns in young neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Psychology*, **7**, 415-423.
- Heiman, T. & Margalit, M. (1998). Loneliness, depression and social skills among students with mild mental retardation in different educational settings. *The Journal of Special Education*, **3**, 154-163.
- Herbst, D. S. & Baird, P. A. (1983). Nonspecific mental retardation in British Columbia as ascertained through a registry. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 506-513.

- Hertzig, M. E., Birch, H. G., Thomas, A. & Mendez, G. A. (1968). Class and ethnic differences in the responsiveness of preschool children to cognitive demands. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **33** (1, Serial N° 117).
- Hess, R. D. (1970). Social class and ethnic influences upon socialization. In P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual for child psychology* (vol. 2). New York: John Wiley & Sons.
- Hess, R. D. & Shipman, V. C. (1965). Early experience and the socialization of cognitive modes in children. *Child Development*, **34**, 869-886.
- Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1982). Effects of divorce on parents and children. In M. Lamb (Ed.), *Nontraditional families*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heuyer, G. (1963). Les fausses arriérations mentales. In G. Stur (Ed.), *Proceedings of the second International Congress on Mental Retardation, Vienna, 1961* (vol. 2). Basel: S. Krager.
- Hill, R. (1958). Social stresses on the family. 1. Generic features of families under stress. *Social Casework*, **49**, 139-150.
- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attentional défices/hiperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, **101**, 443-463.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, **111**, 127-155.
- Hirschi, T. & Hindelang, M. J. (1977). Intelligence and delinquency: A revisionist review. *American Sociological Review*, **42**, 571-587.
- Hodapp, R. M. (1988). The role of maternal emotions and perceptions in interactions with young handicapped children. In K. Marfo (Ed.), *Parent-child interaction and developmental disabilities: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Hodapp, R. M. & Zigler, E. (1995). Past, present and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 2. Risk, disorder and adaptation*. New York: John Wiley & Sons.
- Hodges, J. & Tizard, B. (1989). I.Q. and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **30**, 53-75.
- Hoffman, J. & Weiner, B. (1978). Effects of attributions for success and failure on the performance of retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, **82**, 449-452.
- Holland, T. & Murphy, G. (1990). Behavioural and psychiatric disorder in adults with mild learning difficulties. *International Review of Psychiatry*, **2**, 117-136.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.

- Holroyd, J. & McArthur, D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, **80**, 431-436.
- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Huberty, T., Koller, J. & Brink, T. (1980). Adaptive behavior in the definition of mental retardation. *Exceptional Children*, **46**, 256-261.
- Hurtig, M. (1954). Recherche sur la perfectibilité. Les effets de l'explication au test "Progressive Matrices 47" de Raven chez l'enfant normal et l'enfant débile. *Enfance*, **14**, 317-324.
- Hurtig, M. (1962). Intellectual performances in relation to former learning among "real" and "pseudo" mentally deficient children. In B. W. Richards (Ed.), *Proceedings of the London Conference on the Scientific Study of Mental Deficiency, 1960* (vol. 2). Dagenham: May & Baker.
- Hurtig, M. (1969). Une expérience d'apprentissage chez le débile. In R. Zazzo (Ed.), *Les Déficiences mentales*. Paris: Armand Colin.

I

- Imre, P. D. (1967). The epidemiology of mental retardation in a S.E. rural U.S.A. community. In B. W. Richards (Ed.), *Proceedings of the first congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency*. London: Michael Jackson.
- I. N. E. (1990). *N.U.T.S. Nomenclaturas das Unidades Territoriais para fins estatísticos*. Lisboa: I.N.E., Serviço de Coordenação.
- Inhelder, B. (1963). *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux* (2ème ed.). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Intagliata, J. & Doyle, N. (1984). Enhancing social support for parents of developmentally disabled children: Training in interpersonal problem solving skills. *Mental Retardation*, **22**, 4-11.
- Ionescu, S. (1987). Introduction. In S. Ionescu (Ed.), *L'intervention en déficience mentale* (vol. 1). Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Ionescu, S., Jourdan-Ionescu, C. & Fortin, P. (1990). Potentiel d'apprentissage et adaptation professionnelle des déficients mentaux. *European Journal of Psychology of Education*, **2**, 159-166.
- ITEMAN, RASCAL, ASCAL (1986). *User's Manual*. Assessment Systems Corporation.

J

- Jacobs, P. I. & Vandeventer, M. (1970). Information in wrong responses. *Psychological Reports*, **26**, 311-315.
- Jacobson, J. W. (1994). Book review. *American Journal on Mental Retardation*, **98**, 539-541.
- Jain, K. S. P. (1964). An organismic study of cognitive errors. *MANAS*, **11**, 105-113.

- Jenkins, R. L. & Stable, G. (1971). Special characteristics of retarded children rated as severely hyperactive. *Child Psychiatry and Human Development*, **2**, 26-31.
- Jenkinson, J. & Smith, G. (1989). A comparison of the performance of retarded and non-retarded children on the Coloured Progressive Matrices Test. *Psychological Test Bulletin*, **2**, 50-57.
- Jensen, A. R. (1969). How much can we boost I.Q. and scholastic achievement? *Harvard Educational Review*, **39**, 1-123.
- Jensen, A. R. (1974a). Cumulative défice: A testable hypothesis? *Developmental Psychology*, **10**, 996-1019.
- Jensen, A. R. (1974b). How biased are culture-loaded tests? *Genetic Psychology Monographs*, **90**, 185-244.
- Jensen, A. R. (1977). Cumulative défice in I.Q. of blacks in the rural south. *Developmental Psychology*, **13**, 184-191.
- Jensen, G. D. & Kogan, K. L. (1962). Parental estimates of the future achievement of the children with cerebral palsy. *Journal of Mental Deficiency Research*, **6**, 56-64.
- Johnson, C. A., Ahern, F. M. & Johnson, R. C. (1976). Level of functioning of siblings and parents of probands of varying degrees of retardation. *Behavior Genetics*, **6**, 473-477.
- Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (1986). Impact of classroom organization and instructional methods on the effectiveness of mainstreaming. In J. Meisel (Ed.), *Mainstreaming handicapped children: Outcomes, controversies and new directions*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Johnson, J. H. & Sarason, I. G. (1980). Recent developments in research on life stress. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress & cognition. An information processing approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- K**
- Kahn, J. V. (1985). Evidence of the similar-structure hypothesis controlling for organicity. *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, 372-378.
- Kamin, L. J. (1974). *The science and politics of I.Q.*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kamphaus, R. W. (1987). Conceptual and psychometric issues in the assessment of adaptive behavior. *The Journal of Special Education*, **21**, 27-35.
- Kaniel, S. & Fisherman, S. (1991). Level of performance and distribution of errors in the Progressive Matrices Test: A comparison of ethiopian immigrant and native israeli adolescents. *International Journal of Psychology*, **26**, 25-33.
- Kaufman, A. S. (1994). *Intelligent testing with the WISC-III*. New York: Wiley
- Kaufman, M., Agard, J. A. & Semmel, M. I. (1985). *Mainstreaming: Learners and their environments*. Cambridge: Brookline.
- Kazak, A. E. & Clark, M. W. (1986). Stress in families of children with myelomeningocele. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **28**, 220-228.

- Kazak, A. E. & Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relations*, **33**, 67-77.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K. & Loar, L. L. (1983). Correspondence of teacher ratings and direct observations of classroom behavior of psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **11**, 549-564.
- Kelly, T. J., Bullock, L. M. & Dykes, M. K. (1977). Behavioral disorders: Teachers' perceptions. *Exceptional Children*, **43**, 316-318.
- Kephart, N. C. & Strauss, A. A. (1940). A clinical factor influencing variations in I.Q.. *American Journal of Orthopsychiatry*, **10**, 343-350.
- Kilburn, K. L., Sanderson, R. E. & Melton, K. (1966). Relation of the Raven Coloured Progressive Matrices to two measures of verbal ability in a sample of mildly retarded hospital patients. *Psychological Reports*, **19**, 731-734.
- Kirby, N. H., Nettelbeck, T. & Thomas, P. (1979). Vigilance performance of mildly mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **84**, 184-187.
- Kirk, S. A. (1964). Research in education. In H. A. Stevens & R. Heber (Eds.), *Mental retardation: A review of research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kistner, J. A. & Torgesen, J. K. (1987). Motivational and cognitive aspects of learning disabilities. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol 10). New York: Plenum Press.
- Klaus, R. A. & Gray, S. W. (1968). The early training project for disadvantaged children: A report after five years. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **33** (4, Serial N° 120).
- Knopf, I. J. (1984). *Childhood psychopathology. A developmental approach* (2nd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Koegel, P. & Edgerton, R. (1982). Labeling and the perception of handicap among black mildly mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 266-276.
- Kogan, K. L. (1980). Interaction systems between preschool handicapped or developmentally delayed children and their parents. In T. M. Field, S. Golberg, D. Stern & A. M. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children*. New York: Academic Press.
- Kogan, K. L., Wimberger, H. C. & Bobbitt, R. A. (1969). Analysis of mother-child interaction in young mental retardates. *Child Development*, **40**, 799-812.
- Koller, H., Richardson, S. A. & Katz, M. (1992). Families of children with mental retardation: Comprehensive view from an epidemiologic perspective. *American Journal on Mental Retardation*, **97**, 315-332.
- Koller, H., Richardson, S. A., Katz, M. & McLaren, J. (1982). Behavior disturbance in childhood and the early adult years in populations who were and were not mentally retarded. *Journal of Preventive Psychiatry*, **1**, 453-468.

- Koller, H., Richardson, S. A., Katz, M. & McLaren, J. (1983). Behavior disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 386-395.
- Kolvin, I., Berney, T. P. & Yoeli, J. (1990). Schizophrenia in childhood. In M. Hersen & C. G. Last (Eds.), *Handbook of child and adult psychopathology. A longitudinal perspective*. New York: Pergamon Press.
- Kolvin, I., Humphrey, M. & McNay, A. (1971). VI. Cognitive factors in childhood psychoses. *British Journal of Psychiatry*, **118**, 415-419.
- Kopp, C. K. (1983). Risk factors in development. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 2). New York: John Wiley & Sons.
- Koupernik, C. (1984). Déficience mentale: Accord imparfait. *Actualités Psychiatriques*, **10**, 24-28.
- Kushlick, A. & Blunden, R. (1974). The epidemiology of mental subnormality. In A. Clarke & A. D. B. Clarke (Eds.), *Mental deficiency: The changing outlook*. London: Methuen and C° Ltd.
- Kuvekes, S. (1983). School behaviors of educable mentally retarded children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, **2**, 134-137.

L

- Lambert, J. L. (1986). *Handicap mental et société: Un défi pour l' éducation*. Fribourg: Delval.
- Lambert, M.C., Weisz, J.R. & Thesiger, C. (1989). Principal component analyses of behavior problems in Jamaican clinic-referred children: Teacher reports for ages 6-17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **5**, 553-562.
- Lamont, M. A. (1988). The socio-familial background and prevalence of medical aetiological factors in children attending E.S.N./M. schools. *Journal of Mental Deficiency Research*, **32**, 221-232.
- Landesman, S. & Ramey, C. (1989). Developmental psychology and mental retardation. Integrating scientific principles with treatment practices. *American Psychologist*, **44**, 409-415.
- Laosa, L. M. (1981). Maternal behavior: Sociocultural diversity in modes of family interaction. In R. W. Henderson (Ed.), *Parent-child interaction: Theory, research and prospects*. New York: Academic Press.
- Larson, C. P. & Lapointe, Y. (1986). The health status of mild to moderate intellectually handicapped adolescents. *Journal of Mental Deficiency Research*, **30**, 121-128.
- Laurent, J. M. (1969). Pseudo-débilité mentale et perturbations affectives. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, **17**, 635-646.
- Lazar, I. & Darlington, R. (1982). Lasting effects of early education. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **47** (2-3, Serial N° 195).
- Leahy, R., Balla, D. & Zigler, E. (1982). Role-taking, self-image, and imitation in retarded and nonretarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*, **86**, 372-379.
- Lebovici, S. & Soulé, M. (1970). *La connaissance de l' enfant par la psychanalyse*. Paris: P.U.F..

- Lee, C. L. & Bates, J. E. (1985). Mother-child interaction at age two years and perceived difficult temperament. *Child Development*, **56**, 1314-1325.
- Leinhardt, G. & Pally, A. (1982). Restrictive educational settings: Exile or haven? *Review of Educational Research*, **52**, 557-578.
- Leland, H. (1969). The relationship between "intelligence" and mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 533-535.
- Levinson, B. M. (1962). Positional and figural errors made by the aged on Raven Coloured Progressive Matrices. *The Journal of Genetic Psychology*, **100**, 183-192.
- Lewis, E. (1933). Types of mental deficiency and their social significance. *Journal of Mental Science*, **75**, 298-304.
- Lilienfeld, A. M. & Pasamanick, B. (1956). The association of maternal and fetal factors with the development of mental deficiency. II-Relationship to maternal age, birth order, previous reproductive loss, and degree of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, **60**, 557-569.
- Lima, P., Does, A. P. & Costa, A. F. (1991). Classificações de profissões nos Censos 91. *Sociologia: Problemas e Práticas*, **10**, 43-66.
- Lloyd, B. H. & Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, **10**, 169-177.
- Lockyer, L. & Rutter, M. (1969). A five-to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis. *British Journal of Psychiatry*, **115**, 865-882.
- Loeber, R., Green, S. M. & Lahey, B. B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on childhood psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, **19**, 136-143.
- Longstreth, L. E. (1981). Revisiting Skeel's final study: A critique. *Developmental Psychology*, **17**, 620-625.
- Loutre-Du Pasquier, N. (1981). *Le devenir d'enfants abandonnés. Le tissage et le lien*. Paris: P.U.F..
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. & Stark, J. A. (1992). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Lynch, E. W. & Bakley, S. (1989). Serving young children whose parents are mentally retarded. *Infants and Young Children*, **1**, 26-38.
- Lytton, H. (1973). Three approaches to the study of parent-child interaction: Ethological, interview and experimental. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **14**, 1-17.

M

- Maccoby, E. E. (1980). Child rearing practices and their effects. In E. E. Maccoby (Ed.), *Social development*. New York: Academic Press.

- Maccoby, E. E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Eds.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). New York: John Wiley & Sons.
- MacMillan, D. L. (1969). Motivacional differences: Cultural-familial retardates vs. normal subjects on expectancy for failure. *American Journal of Mental Deficiency*, **74**, 254-258.
- MacMillan, D. L. & Keogh, B. K. (1971). Normal and retarded children's expectancy for failure. *Developmental Psychology*, **4**, 343-348.
- MacMillan, D. & Semmel, M. (1977). Evaluation of mainstreaming programs. In E. Meyen, G. A. Vergason & R. Whelan (Eds.), *Instructional planning for exceptional children*. Denver: Love.
- MacMillan, D., Jones, R. & Aloia, G. (1974). The mentally retarded label. A theoretical analysis and review of research. *American Journal of Mental Deficiency*, **79**, 241-261.
- MacMillan, D., Gresham, F. M. & Siperstein, G. N. (1993). Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, **98**, 325-335.
- MacMillan, D., Gresham, F. M. & Siperstein, G. N. (1995). Heightened concerns over the 1992 AAMR definition: Advocacy versus precision. *American Journal on Mental Retardation*, **100**, 87-97.
- MacMillan, D., Siperstein, G. N. & Gresham, F. M. (1996). A challenge to the viability of mild mental retardation as a diagnostic category. *Exceptional Children*, **62**, 356-371.
- MacPhee, D., Ramey, C. T. & Yeates, K. G. (1984). Home environment and early cognitive development: Implications for intervention. In A. Gottfried (Ed.), *Home environment and early cognitive development: Longitudinal research*. New York: Academic Press.
- Madden, N. A. & Slavin, R. E. (1983). Mainstreaming students with mild handicaps: Academic and social outcomes. *Review of Educational Research*, **53**, 519-569.
- Magerotte, G. (1974). Aspects importants dans l' évaluation du handicap mental. *Revue de Psychologie et des Sciences de l' Éducation*, **9**, 3-17.
- Magerotte, G. (1978). *Échelle de Comportement Adaptatif*. Bruxelles: Editest.
- Maisto, A. A. & German, M. L. (1981). Maternal locus of control and developmental gain demonstrated by high risk infants: A longitudinal analysis. *The Journal of Psychology*, **109**, 213-221.
- Malpass, L. F., Brown, R. & Hake, D. (1960). The utility of the Progressive Matrices (1956 edition) with normal and retarded children. *Journal of Clinical Psychology*, **16**, 350.
- Marchand, H. M. O. (1983). *Apprentissage opératoire dans un milieu socio-culturel sous-privilegié*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Lojkasek, M. & MacGregor, D. (1987). The concept of difficult temperament in the developmentally disabled preschool child. *Journal of Applied Developmental Psychology*, **8**, 151-164.

- Margalit, M. & Ronen, T. (1993). Loneliness and social competence among preadolescents with mild mental retardation. *Mental Handicap Research*, **6**, 97-111.
- Marques, J. H. F. (1970). *Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC). Adaptação e aferição para Portugal*. Lisboa: Instituto de Alta Cultura.
- Martin, B. (1975). Parent-child relations. In F. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (vol. 4). Chicago: University of Chicago Press.
- Martin, H. & Beezley, P. (1974). Prevention and the consequences of child abuse. *Journal of Operational Psychiatry*, **6**, 68-77.
- Martin, R. P. (1988). *Assessment of personality and behavior problems. Infancy through adolescence*. New York: Guilford Press.
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1**, 86-99.
- Mash, E. J. & Terdal, L. G. (1988). Behavioral assessment of child and family disturbance. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, **1**, 6-12.
- Mathias, J. (1990). Social intelligence, social competence and interpersonal competence. In N. R. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (vol. 6). Orlando: Academic Press.
- Matson, J. L., Epstein, M. H. & Cullinan, D. (1984). A factor analytic study of the Quay-Peterson scale with mentally retarded adolescents. *Education and Training of the Mentally Retarded*, **19**, 150-154.
- Matson, J. L. & Frame, C. L. (1985). *Psychopathology among mentally retarded children and adolescents*. Newbury Park: Sage.
- Mattison, R. E. & Hooper, S. R. (1992). The history of modern classification of child and adolescent psychiatric disorders: An overview. In S. R. Hooper, G. W. Hynd & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mayer, C. L. (1966). The relationship of early special class placement and the self-concepts of mentally handicapped children. *Exceptional Children*, **33**, 77-81.
- Mazet, P. & Houzel, D. (1978). *Psychiatrie de l' enfant et de l' adolescent* (vol. 2). Paris: Maloine.
- Maziade, M. (1986). Études sur le tempérament. Contribution à l' étude des facteurs de risques psychosociaux de l' enfant. *Neuropsychiatrie de l' Enfance*, **34**, 371-382.
- McAllister, R. J., Butler, E. W. & Lei, T.-J. (1973). Patterns of social interaction among families of behaviorally retarded children. *Journal of Marriage and the Family*, **35**, 93-100.

- McConachie, H. (1986). *Parents & young mentally handicapped children. A review of research issues.* Cambridge: Brookline Books.
- McConachie, H. (1990). Families and professionals: Prospects for partnership. In S. Segal & V. Varma (Eds.), *Prospects for people with learning difficulties.* London: David Fulton.
- McConaughy, S. H. (1986). Social competence and behavioral problems of learning disabled boys aged 12-16. *Journal of Learning Disabilities, 19*, 101-106.
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M. & Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family, 42*, 855-871.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research.* New York: Haworth.
- McGee, R., Williams, S., Bradshaw, J., Chapel, J. L., Robins, A. & Silva, P. A. (1986). The Rutter scale for completion by teachers: Factor structure and relationships with cognitive abilities and family adversity for a sample of New Zealand children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*, 727-739.
- McGee, R., Williams, S., Share, D. L., Anderson, J. & Silva, P. A. (1986). The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioural problems in a large sample of dunedin boys: A longitudinal study from five to eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27*, 597-610.
- McGillicuddy-DeLisi, A. V. (1982). The relationship between parents' beliefs about development and family constellation, socioeconomic status, and parents' teaching strategies. In L. M. Laosa & I. E. Sigel (Eds.), *Families as learning environments for children.* New York: Plenum Press.
- McKinney, B. & Peterson, R. A. (1987). Predictors of stress in parents of developmentally disabled children. *Journal of Pediatric Psychology, 12*, 133-150.
- McLaren, J. & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders and etiology. *American Journal on Mental Retardation, 92*, 243-254.
- Mealor, D. J. & Richmond, B. O. (1980). Adaptive behavior: Teachers and parents disagree. *Exceptional Children, 46*, 386-389.
- Melnyk, L. & Das, J. P. (1992). Measurement of attention deficit: Correspondence between rating scales and tests of sustained and selective attention. *American Journal on Mental Retardation, 96*, 599-606.
- Mercer, J. (1970). Sociological perspectives on mild mental retardation. In H. C. Haywood (Ed.), *Sociocultural aspects of mental retardation.* New Jersey: Prentice-Hall.
- Mercer, J. (1973). *Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspective on mental retardation.* California: University of California Press.

- Merighi, J., Edison, M. & Zigler, E. (1990). The role of motivational factors in the functioning of mentally retarded individuals. In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation*. New York: Cambridge University Press.
- Meyerowitz, J. H. (1962). Self-derogations in young retardates and special class placement. *Child Development*, **33**, 443-451.
- Meyerowitz, J. H. (1967). Parental awareness of retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **71**, 637-643.
- Meyers, E., MacMillan, D. & Yoshida, R. (1980). Regular class education of E.M.R. students, from efficacy to mainstreaming: A review of issues and research. In J. Gottlieb (Ed.), *Educating mentally retarded persons in the mainstream*. Baltimore: University Park Press.
- Meyers, C. E., Mink, I. T. & Nihira, K. (1990). *Home Quality Rating Scale (H.Q.R.S.). User's manual. Revised version*. Los Angeles: Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences.
- Meyers, E. C., Nihira, K. & Mink, I. T. (1984). Predicting retarded students' short-term growth from home environment. *Applied Research in Mental Retardation*, **5**, 137-146.
- Meyers, E. C., Nihira, K. & Zetlin, A. (1979). The measurement of adaptive behavior. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental retardation: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, W. H. & Keirn, W. C. (1978). Personality measurement in parents of retarded and emotionally disturbed children: A replication. *Journal of Clinical Psychology*, **34**, 686-690.
- Milgram, N. A. (1969). The rationale and irrational in Zigler's motivational approach to mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 527-532.
- Mink, I. T., Meyers, C. E. & Nihira, K. (1984). Taxonomy of family life styles: II. Homes with slow-learning children. *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, 111-123.
- Mink, I. T. & Nihira, K. (1986). Family life-styles and child behaviors: A study of direction of effects. *Developmental Psychology*, **22**, 610-616.
- Minnes, P. M. (1988). Family stress associated with a developmentally handicapped child. In N. W. Bray (Ed.), *International review of research in mental retardation* (vol. 15). Orlando: Academic Press.
- Mirabail, M. (1979). *La débilité mentale de l' enfant*. Toulouse: Privat.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, **80**, 252-283.
- Misès, R. (1981). *Cinq études de psychopathologie de l' enfant*. Toulouse: Privat.
- Misès, R., Bréon, S. & Fuchs, F. (1974). Étude d' enfants de classes de perfectionnement. Mise en question de la débilité mentale. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, **22**, 457-502.

- Misès, R. & Perron, R. (1985). Étude psychopathologique des déficiences intellectuelles de l' enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds.), *Traité de psychiatrie de l' enfant et de l' adolescent* (vol. 2). Paris: P.U.F..
- Mitchell, S. & Sheperd, M. (1966). A comparative study of children's behaviour at home and at school. *British Journal of Educational Psychology*, **36**, 284-254.
- Molsa, P. K. & Ikonen-Molsa, S. A. (1985). The mentally handicapped child and family crisis. *Journal of Mental Deficiency Research*, **29**, 309-314.
- Monedero, C. & Sanz, M. J. (1974). Utilidad del Terman, del Raven y el Goodenough en psicopatología infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada*, **29**, 1087-1100.
- Montenegro, A. (1965). *O meio, factor interferente no desenvolvimento e caracterização mental. Notas de observação psicológica*. Separata do Vol. I das Actas do V Colóquio Internacional de Estudos Luso-Brasileiros.
- Montenegro, A. (1976). Testologia (ciência dos testes). Algumas linhas de interesse. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, **10**, 191-201.
- Montenegro, H. A., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T. & Maltes, S. (1983). *Salud mental del escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años*. Santiago: CIDE
- Mueller, C. W. & Parcel, T. L. (1981). Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations. *Child Development*, **52**, 13-30.
- Mueller, M. W. (1969). Prediction of achievement of educable mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 590-596.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Murphy, G. (1987). Direct observation as an assessment tool in functional analysis and treatment. In J. Hogg & N. Raynes (Eds), *Assessment in mental handicap: A guide to tests, batteries and checklists*. London: Croom Helm.

N

- Neeper, R. & Greenwood, R. S. (1987). On the psychiatric importance of neurological soft signs. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol 10). New York: Plenum Press.
- Nihira, K., Meyers, C. E. & Mink, I. T. (1980). Home environment, family adjustment and the development of mentally retarded children. *Applied Research in Mental Retardation*, **1**, 5-24.
- Nihira, K., Mink, I. T. & Meyers, C. E. (1981). Relationship between home environment and school adjustment of T.M.R. children. *American Journal of Mental Deficiency*, **86**, 8-15.
- Nihira, K., Mink, I. T. & Meyers, C. E. (1984). Salient dimensions of home environment relevant to child development. In N. R. Ellis & N. W. Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (vol. 12). Orlando: Academic Press.

Nihira, K., Mink, I. T. & Meyers, C. E. (1985). Home environment and development of slow-learning adolescents: Reciprocal relations. *Developmental Psychology*, **21**, 784-794.

Nihira, K., Webster, R., Tomiyasu, Y. & Oshio, C. (1988). Child-environment relationships: A cross-cultural study of educable mentally retarded children and their families. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **18**, 327-341.

Nugent, P. M. & Mosley, J. L. (1987). Mentally retarded and nonretarded individuals' attention allocation and capacity. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 598-605.

O

Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, **77**, 16-28.

Ollendick, T. H. & Ollendick, D. G. (1982). Anxiety disorders. In J. L. Matson & R. P. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the mentally retarded*. Orlando: Grune & Stratton Inc.

Olshansky, S. & Schonfield, J. (1965). Parental perceptions of the mental status of graduates of special classes. *Mental Retardation*, **3**, 16-20.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J. & Wilson, M. A. (1989). *Families: What makes them work*. Beverly Hills: Sage.

Orme, J. E. (1961). The Coloured Progressive Matrices as a measure of intellectual subnormality. *British Journal of Medical Psychology*, **34**, 291-292.

Orme, J. E. (1970). A practical guide to estimating intelligence, attainments and intellectual déficit. *Acta Psychologica*, **32**, 145-161.

Osborn, A. F. (1987). Assessing the socio-economic status of families. *Sociology*, **21**, 429-448.

P

Page, E. (1975). Miracle in Milwaukee: Raising the I.Q.. In B. J. Friedlander, G. M. Sterritt & G. E. Kirk (Eds.), *The exceptional infant* (vol. 3). New York: Brunner/Mazel.

Panaccione, V. F. & Wahler, R. G. (1986). Child behavior, maternal depression, and social coercion as factors in the quality of child care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **14**, 263-278.

Paour, J. L. (1986). Efficacité et limites de nouvelles technologies d' éducation de l' intelligence. *Schweizerische Heilpädagogische Rundschau*, **9**, 207-215.

Paour, J. L. (1991). Une conception intégrative du retard mental. *Revue du C. E. R. F. O. P.*, **6**, 45-70.

Paour, J. L. (1992). Induction of logic structures in the mentally retarded: An assessment and intervention instrument. In H. C. Haywood & D. Tzurriel (Eds.), *Interactive assessment*. New York: Springer-Verlag.

Parke, R. D. (1978). Parent-infant interaction: Progress, paradigms, and problems. In G. P. Sackett (Ed.), *Observing behavior* (vol. 1). Baltimore: University Park Press.

- Parmelee, A. H. & Haber, A. (1973). Who is the at risk infant? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **16**, 376-387.
- Pasamanick, B. & Lilienfeld, A. M. (1955). Association of maternal and fetal factors with development of mental deficiency. 1-Abnormalities in the prenatal and paranatal periods. *The Journal of the American Medical Association*, **159**, 155-160.
- Pavenstedt, E. (1975). A comparison of child-rearing environment of upper--lower and very low-lower class families. *American Journal of Orthopsychiatry*, **35**, 89-98.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, **22**, 337-356.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, **19**, 2-21.
- Peixoto, J. (1987). O crescimento da população urbana e a industrialização em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, **22**, 101-114.
- Penrose, L. S. (1972). *The biology of mental defect* (4th ed). London: Sidgwick & Jackson.
- Perron, R. (1969a). Attitudes et idées face aux déficiences mentales. In R. Zazzo (Ed.), *Les déficiences mentales*. Paris: Armand Colin.
- Perron, R. (1969b). Déficience mentale et représentations de soi. In R. Zazzo (Ed.), *Les déficiences mentales*. Paris: Armand Colin.
- Perron, R. & Misés, R. (1984). *Retards et perturbations psychologiques chez l' enfant*. Paris: C.T.E.R.N.H.I..
- Petit, G. S. & Bates, J. E. (1989). Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. *Developmental Psychology*, **25**, 413-420.
- Phillips, C. J. & Banon, W. J. (1968). The Stanford-Binet, form L-M, third revision: A local english study of norms, concurrent validity and social differences. *British Journal of Educational Psychology*, **38**, 148-161.
- Philips, I. & Williams, N. (1975). Psychopathology and mental retardation: A study of 100 mentally retarded children: I. Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, **132**, 1265-1271.
- Philips, I. & Williams, N. (1977). Psychopathology and mental retardation: A statistical study of 100 mentally retarded children treated at a psychiatric clinic: II. Hyperactivity. *American Journal of Psychiatry*, **134**, 418-419.
- Piers, E. V. & Harris, D. B. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, **55**, 91-95.
- Pinto Gouveia, J., Ramalheira, C., Robalo, M., Costa Borges, J. & Rocha Almeida, J. (1993). Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool (IECPA). *Psiquiatria Clínica*, **14**, 147-163.
- Plomin, R. (1987). Behavioral genetics and intervention. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children*. Baltimore: Paul H. Brookes.

- Plomin, R. (1989). Environment and genes. Determinants of behavior. *American Psychologist*, **44**, 105-111.
- Plomin, R. & DeFries, J. C. (1983). The Colorado Adoption study. *Child Development*, **54**, 276-289.
- Polloway, E. A., Epstein, M. H. & Cullinan, D. (1985). Prevalence of behavior problems among educable mentally retarded students. *Education and Training of the Mentally Retarded*, **20**, 3-13.
- Polloway, E. A., Epstein, M. H., Patton, J. R., Cullinan, D. & Luebke, J. (1986). Demographic, social and behavioral characteristics of students with educable mental retardation. *Education and Training of the Mentally Retarded*, **21**, 27-34.
- Polloway, E. A., Patton, J. R., Smith, J. D. & Roderique, T. W. (1991). Issues in program design for elementary students with mild retardation: Emphasis on curriculum development. *Education and Training in Mental Retardation*, **26**, 124-150.
- Polloway, E. A. & Smith, J. D. (1983). Changes in mild mental retardation: Population, programs, and perspectives. *Exceptional Children*, **50**, 149-159.
- Polloway, E. A. & Smith, J. D. (1988). Current status of the mild mental retardation construct: Identification, placement and programs. In M. C. Wang, M. C. Reynolds & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice* (vol. 2). Oxford: Pergamon Press.
- Pound, A., Cox, A., Puckering, C. & Mills, M. (1985). The impact of maternal depression on young children. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.
- Price-Bonham, S. & Addison, S. (1978). Families and mentally retarded children: Emphasis on the father. *The Family Coordinator*, **27**, 221-230.
- Q**
- Quay, H. C. (1979). Classification. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood*. New York: John Wiley & Sons.
- Queirós, M. C. (1991). O problema da medida em ciências sociais. Considerações sobre a construção de nomenclaturas socio-profissionais. *Cadernos de Ciências Sociais*, **10/11**, 65-100.
- Quine, L. & Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, **15**, 501-517.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1985). Family pathology and child psychiatric disorder: A four-year prospective study. In A. R. Nicol (Ed.), *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry. Practical lessons from research experience*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown*. London: Avebury.
- R**
- Rabkin, J. C. & Streuning, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, **194**, 1013-1020.
- Ramey, C. T. & Bryant, D. M. (1983). Early intervention. In J. Matson & J. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.

- Ramey, C. T. & Campbell, F. A. (1976). Parental attitudes and poverty. *The Journal of Genetic Psychology*, **128**, 3-6.
- Ramey, C. T. & Campbell, F. A. (1987). The Carolina Abecedarian Project: An educational experiment concerning human malleability. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing C°.
- Ramey, C. T., Campbell, F. A. & Finkelstein, N. W. (1984). Course and structure of intellectual development in children at high risk for developmental retardation. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ramey, C. T., Collier, A. M., Sparling, J. J., Loda, F. A., Campbell, F. A., Ingram, D. & Finkelstein, N. W. (1976). The Carolina Abecedarian project: A longitudinal and multidisciplinary approach to the prevention of developmental retardation. In T. Tjossem (Ed.), *Intervention strategies for high-risk infants and young children*. Baltimore: University Park Press.
- Ramey, C. T., Farran, D. C. & Campbell, F. A. (1979). Predicting I.Q. from mother--infant interactions. *Child Development*, **50**, 804-814.
- Ramey, C. T., MacPhee, D. & Yeates, K. G. (1982). Preventing developmental retardation: A general systems model. In L. Bond & J. Joffe (Eds.), *Facilitating infant and early childhood development*. Hanover: University Press of New England.
- Ramey, C. T. & MacPhee, D. (1986). Developmental retardation: A systems theory perspective on risk and preventive intervention. In D. C. Farran & J. D. McKinney (Eds.), *Risk in intellectual and psychosocial development*. Orlando: Academic Press.
- Ramey, C. T., Mills, P., Campbell, F. A. & O'Brien, C (1975). Infants' home environments: A comparison of high-risk families and families from the general population. *American Journal of Mental Deficiency*, **80**, 40-42.
- Ramey, C. T., Stedman, D. J., Borders-Patterson, A. & Mengel, W. (1978). Predicting school failure from information available at birth. *American Journal of Mental Deficiency*, **82**, 525-534.
- Rantakallio, P. & Wendt, L. V. (1986). Mental retardation and subnormality in a birth cohort of 12,000 children in northern Finland. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 380-387.
- Raven, J. C. (1948). The comparative assessment of intellectual ability. *British Journal of Psychology*, **39**, 12-19.
- Raven, J. C., Court, J. & Raven, J. (1990). *Coloured Progressive Matrices (1990 edition)*. Raven Manual: Section 2. Great Britain: Oxford Psychologists Press.
- Reid, A. H. (1980). Psychiatric disorders in mentally handicapped children: A clinical and follow-up study. *Journal of Mental Deficiency Research*, **24**, 287-298.
- Reid, R. & Maag, J. W. (1994). How many fidgets in a pretty much: A critique of behavior rating scales for identifying students with ADHD. *Journal of School Psychology*, **32**, 339-354.

- Reiss, D. & Oliveri, M. E. (1980). Family paradigm and family coping: A proposal for linking the family's intrinsic adaptive capacities to its responses to stress. *Family Relations*, **37**, 431-444.
- Reiss, S. (1994). Issues in defining mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, **99**, 1-7.
- Reiss, S., Levitan, G. W. & McNally, R. J. (1982). Emotionally disturbed mentally retarded people: An underserved population. *American Psychologist*, **4**, 361-367.
- Reschly, D. J. (1990). Mild mental retardation: Persistent themes, changing dynamics, and future prospects. In M.C. Wang & M. C. Reynolds, H. J. Walberg (Eds.), *Special Education: Research & practice: Synthesis of findings*. Oxford: Pergamon Press.
- Reynolds, W. M. & Miller, K. L. (1985). Depression and learned helplessness in mentally retarded and nonmentally retarded adolescents. *Applied Research in Mental Retardation*, **6**, 295-306.
- Richardson, S. A. (1981). Family characteristics associated with mild mental retardation. In M. J. Begab, H. C. Haywood & H. L. Garber (Eds.), *Psychological influences in retarded performance* (vol 2). Baltimore: University Park Press.
- Richardson, S. A., Katz, M. & Koller, H. (1986). Sex differences in number of children administratively classified as mildly mentally retarded: An epidemiological review. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 250-256.
- Richardson, S. A., Katz, M., Koller, H., McLaren, J. & Rubinstein, B. (1979). Some characteristics of a population of mentally retarded young adults in a british city. A basis for estimating service needs. *Journal of Mental Deficiency Research*, **23**, 275-285.
- Richardson, S. A., Koller, H. & Katz, M. (1985a). Continuities and change in behavior disturbance: A follow-up study of mildly retarded young people. *American Journal of Orthopsychiatry*, **55**, 220-229.
- Richardson, S. A., Koller, H. & Katz, M. (1985b). Relationship of upbringing to later behavior disturbance of mildly mentally retarded young people. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 1-8.
- Richardson, S. A., Koller, H., Katz, M. & McLaren, J. (1984). Career paths through mental retardation services: An epidemiological perspective. *Applied Research in Mental Retardation*, **5**, 53-67.
- Richardson, S. O. & Normanly, J. (1965). Incidence of pseudoretardation in a clinic population. *American Journal of Diseases of Childhood*, **109**, 432-435.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. J. (1982). *Preschool to school: A behavioural study*. London: Academic Press.
- Ritter, D. (1989). Teacher's perceptions of problem behavior in general and special education. *Exceptional Children*, **55**, 559-564.
- Roberts, J. F. (1952). The genetics of mental deficiency. *Eugenics Review*, **44**, 71-83.

- Robinson, N. M. & Robinson, H. B. (1976). *The mentally retarded child. A psychological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Romanczyk, R. G. & Kistner, J. A. (1982). Psychosis and mental retardation: Issues of coexistence. In J. L. Matson & R. P. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the mentally retarded*. Orlando: Grune & Stratton Inc.
- Rosenberg, M. S., Repucci, N. D. & Linney, J. A. (1983). Issues in the implementation of human service programs: Examples from a parent training project for high-risk families. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, **3**, 215-225.
- Rothbart, M. K. (1982). The concept of difficult temperament: A critical analysis of Thomas, Chess and Korn. *Merrill-Palmer Quarterly*, **28**, 35-40.
- Routh, D. K. & Daugherty, T. K. (1992). Conduct disorder. In S. R. Hooper, G. W. Hynd & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rowe, D. C. & Plomin, R. (1977). Temperament in early childhood. *Journal of Personality Assessment*, **41**, 150-156.
- Rubin, K. H., Mills, R. S. L. & Krasnor, L. R. (1989). Maternal beliefs and children's competence. In B. H. Schneider (Ed.), *Social competence in developmental perspective*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Russell, A. & Russel, G. (1989). Warmth in mother-child and father-child relationships in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, **7**, 219-235.
- Russell, A. T. (1985). The mentally retarded, emotionally disturbed child and adolescent. In M. Sigman (Ed.), *Children with emotional disorders and developmental disabilities*. London: Grune & Stratton.
- Russell, A. T. & Forness, S. R. (1985). Behavioral disturbance in mentally retarded children in T.M.R. and E.M.R. classrooms. *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, 338-344.
- Russell, A. T. & Tanguay, P. E. (1981). Mental illness and mental retardation: Cause or coincidence? *American Journal of Mental Deficiency*, **85**, 570-574.
- Rutter, M. (1971). Psychiatry. In J. Wortis (Ed.), *Mental retardation: An annual review* (vol. 3). New York: Grune & Stratton.
- Rutter, M. (1975). *Helping troubled children*. London: Penguin Books.
- Rutter, M. (1977). Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **18**, 1-21.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.
- Rutter, M. (1979a). Maternal deprivation, 1972-1978: New findings, new concepts, new approaches. *Child Development*, **50**, 283-305.

- Rutter, M. (1979b). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In J. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology* (vol. 3). New Hampshire: University Press of New England.
- Rutter, M. (1981a). *Maternal deprivation reassessed* (2nd ed.). London: Penguin Books.
- Rutter, M. (1981b). Psychological sequelae of brain damage in children. *American Journal of Psychiatry*, **138**, 1533-1544.
- Rutter, M. (1981c). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **138**, 323-356.
- Rutter, M. (1982). Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood. *American Journal of Psychiatry*, **139**, 21-33.
- Rutter, M. (1983). School effects on pupil progress: Research findings and policy implications. *Child Development*, **54**, 1-29.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 683-704.
- Rutter, M. & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Eds.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). New York: John Wiley & Sons.
- Rutter, M. & Gould, M. (1985). Classification. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Rutter, M. & Graham, P. (1970). Psychiatric aspects of intellectual and educational retardation. In M. Rutter, J. Tizard & K. Whitmore (Eds.), *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Rutter, M., Graham, P. & Yule, W. (1970). *A neuropsychiatric study in childhood*. (Clinics in Developmental Medicine n° 35/36). London: Heinemann Medical/S.I.M.P.
- Rutter, M., Greenfeld, D. & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *British Journal of Psychiatry*, **113**, 1183-1189.
- Rutter, M. & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. I. Description of sample. *British Journal of Psychiatry*, **113**, 1169-1182.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longmans.
- Rutter, M. & Tuma, A. H. (1988). Diagnosis and classification: Some outstanding issues. In M. Rutter, A. H. Tuma & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Ryckman, D. B. & Henderson, R. A. (1965). The meaning of a retarded child for his parents: A focus for counselors. *Mental Retardation*, **3**, 4-7.

S

- Safran, S. & Safran, J. S. (1985). Classroom context and teachers' perceptions of problem behaviors. *Journal of Educational Psychology*, **77**, 20-28.

- Salisbury, C. L. (1987). Stressors of parents with young handicapped and nonhandicapped children. *Journal of the Division for Early Childhood*, **11**, 154-160.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merrill-Palmer Quarterly*, **21**, 267-294.
- Sameroff, A. J. (1986). Environmental context of child development. *Journal of Pediatrics*, **109**, 192-200.
- Sameroff, A. J. (1990). Neo-environmental perspectives on developmental theory. In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (vol. 4). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J. & Feil, L. A. (1985). Parental concepts of development. In I. Siegel (Ed.), *Parental beliefs systems: The psychological consequences for children*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sameroff, A. J., Seifer, R. & Elias, P. K. (1982). Sociocultural variability in infant temperament ratings. *Child Development*, **53**, 164-173.
- Sandberg, S. T., Rutter, M. & Taylor, E. (1978). Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **20**, 279-299.
- Sandberg, S. T., Wieselberg, M. & Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **21**, 293-311.
- Santos, S. V. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (P.S.I.): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, **28**, 115-132.
- Santos, S. V. (1994). Características do *stress* em pais de crianças com doenças crónicas e em pais de crianças com problemática emocional. *Análise Psicológica*, **12**, 301-313.
- Scally, B. G. (1973). Marriage and mental handicap: Some observations in northern Ireland. In F. F. de la Cruz & G. D. LaVeck (Eds.), *Human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner/Mazel.
- Scarr, S. (1985). Constructing psychology. Making facts and fables for our times. *American Psychologist*, **40**, 499-512.
- Scarr, S. & Arnett, J. (1987). Malleability: Lessons from intervention and family studies. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing C°.
- Schachar, R., Rutter, M. & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22**, 375-392.

- Schamhorst, U. & Buchel, F. P. (1990). Cognitive and metacognitive components of learning: Search for the locus of retarded performance. *European Journal of Psychology of Education*, **5**, 207-230.
- Schere, R. A., Richardson, E. & Bialer, I. (1980). Toward operationalizing a psychoeducational definition of learning disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **8**, 5-20.
- Schilling, R. F., Schinke, S. P., Blythe, B. J. & Barth, R. P. (1982). Child maltreatment and mentally retarded parents: Is there a relationship? *Mental Retardation*, **20**, 201-209.
- Schurr, T., Towne, R. & Joiner, L. (1972). Trends in self-concept of ability over two years of special-class placement. *The Journal of Special Education*, **6**, 161-165.
- Scott, K. G. & Carran, D. T. (1987). The epidemiology and prevention of mental retardation. *American Psychologist*, **42**, 801-804.
- Sedas Nunes, A. & Miranda, J. D. (1969). A composição social da população portuguesa: Alguns aspectos e implicações. *Análise Social*, **7**, 333-381.
- Seidel, V. P., Chadwick, O. F. D. & Rutter, M. (1975). Psychological disorders in crippled children. A comparative study of children with and without brain damage. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **17**, 563-573.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (1989). *Ordinary families, special children. A systems approach to childhood disability*. New York: The Guilford Press.
- Semmel, M. I. (1965). Arousal theory and vigilance behavior of educable mentally retarded and average children. *American Journal of Mental Deficiency*, **70**, 38-47.
- Semmel, M., Lieber, J. & Peck, C. A. (1986). Effects of special education environments: Beyond mainstreaming. In J. Meisel (Ed.), *Mainstreaming handicapped children: Outcomes, controversies and new directions*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shaffer, D. (1985). Brain damage. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Sheppard, C., Fiorentino, D., Collins, L. & Merlis, S. (1969). Further study of performance errors on Ravens Progressive Matrices (1938). *The Journal of Psychology*, **71**, 127-132.
- Siegel, L. S. (1989). IQ is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, **22**, 469-478.
- Silon, E. L. & Harter, S. (1985). Assessment of perceived competence, motivational orientation, and anxiety in segregated and mainstreamed educable mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, **77**, 217-230.
- Simeonsson, R. (1978). Social competence. In J. Wortis (Ed.), *Mental retardation and developmental disabilities: An annual review* (vol. 10). New York: Brunner/Mazel.

- Simeonsson, R. J. (1988a). Assessing family roles and supports. In D. B. Bailey Jr. & R. J. Simeonsson (Eds.), *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill-Publishing Company.
- Simeonsson, R. J. (1988b). Unique characteristics of families with young handicapped children. In D. B. Bailey Jr. & R. J. Simeonsson (Eds.), *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill-Publishing Company.
- Simeonsson, R. J. & Bailey, D. B. (1991). Evaluating programme impact: Levels of certainty. In D. Mitchell & R. Y. Brown (Eds.), *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Chapman and Hall.
- Simeonsson, R. J., Bailey, D. B., Huntington, G. S. & Comfort, M. (1986). Testing the concept of goodness of fit in early intervention. *Infant Mental Health Journal*, **7**, 81-94.
- Simeonsson, R. J., Monson, L. B. & Blacher, J. (1984). Social understanding and mental retardation. In P. H. Brooks, R. Sperber & C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates..
- Simões, M. R. (1989). Um estudo exploratório com o teste das Matrizes Progressivas de Raven para crianças (CPM/PM47). *Poster apresentado na Conferência Internacional "A Psicologia e os Psicólogos Hoje"*. Lisboa, 25 de Novembro.
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Siperstein, G. N., Leffert, J. S. & Widamin, K. (1996). Social behavior and the social acceptance and rejection of children with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, **4**, 271-281.
- Skeels, H. (1966). Adult status of children with contrasting early life experiences: A follow-up study. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **31**(Serial N° 105).
- Skuse, D. (1984). Extreme deprivation in early childhood. II-Theoretical issues and a comparative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **25**, 543-572.
- Sloper, P., Cunningham, C., Turner, S. & C. Knussen (1990). Factors related to the academic attainments of children with Down's syndrome. *British Journal of Educational Psychology*, **60**, 284-298.
- Slough, N. M., Kogan, K. L. & Tyler, N. B. (1978). Derivation of parent norms for the Maryland Parent Attitude Survey: Application to parents of developmentally delayed children. *Psychological Reports*, **42**, 183-189.
- Smith, C. & Knoff, H. (1981). School psychology and special student's placement decisions: I.Q. still tips the scale. *The Journal of Special Education*, **15**, 55-64.
- Solis, M. L. & Abidin, R. R. (1991). The spanish version of the Parenting Stress Index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, **20**, 372-378.

- Son Blomquist, H. K., Gustavson, K. H. & Holmgren, G. (1981). Mild mental retardation in children in a northern swedish county. *Journal of Mental Deficiency Research*, **25**, 169-186.
- Soriano, M. & Plaza, D. (1962). Estudio comparativo de las escalas Terman-Merrill, Goodenough y Raven. *Revista de Psicología General y Aplicada*, **64**, 851-859.
- Spitz, H. H. (1987). Problem-solving processes in special populations. In J. G. Borkowski & J. D. Day (Eds.), *Cognition in special children: Comparative approaches to retardation, learning disabilities and giftedness*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Spitz, H. (1991). Book review. *American Journal on Mental Retardation*, **95**, 482-490.
- Spitz, H. H. & Semchuk, M. T. (1979). Measuring the use of a principle by retarded adolescents and nonretarded children on a redundancy series test. *American Journal of Mental Deficiency*, **83**, 556-560.
- Spruill, J. (1998). Assessment of mental retardation with the WISC-III. In A. Prifitera & D. H. Skalofske (Eds.), *WISC-III: Clinical use and interpretation..* San Diego: Academic Press.
- SPSSx (1988). *User's guide* (3rd ed.). Chicago: Il.
- Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, **55**, 17-29.
- Stacey, C. L. & Carleton, F. O. (1955). The relationship between Raven's Coloured Progressive Matrices and two tests of general intelligence. *Journal of Clinical Psychology*, **11**, 84-85.
- Stainback, S. & Stainback, W. (1990). Inclusive schooling. In W. Stainback, & S. Stainback (Eds.), *Support networks for inclusive schooling. Interdependent integrated education*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Stainback, W., Stainback, S. & Bunch, G. (1989). A rationale for the merger of regular and special education. In S. Stainback, W. Stainback & M. Forest (Eds.), *Educating all students in the mainstream of regular education*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- STATVIEW 512+ (1986). *Manual*. Calabasas, CA: BrainPower Inc.
- Stein, Z. & Susser, M. (1960). Families of dull children. Part II-Identifying family types and subcultures. Part III-Social selection by family type. Part IV- Increments in intelligence. *Journal of Mental Science*, **106**, 1296-1319.
- Stein, Z. & Susser, M. (1963). The social distribution of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **67**, 811-821.
- Steinberg, L. D., Catalano, R. & Dooley, D. (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Development*, **52**, 975-985.
- Sternberg, R. J. & Spear, L. C. (1985). A triarchic theory of mental retardation. In N. R. Ellis & N. W. Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (vol. 13). Orlando: Academic Press.

- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stoneman, Z. (1989). Comparison groups in research on families with mentally retarded members: A methodological and conceptual review. *American Journal on Mental Retardation*, **94**, 195-215.
- Stoneman, Z. (1990). Conceptual relationships between family research and mental retardation. In N. R. Ellis & N. W. Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (vol. 16). Orlando: Academic Press.
- Stoneman, Z., Brody, G. H. & Abbott, D. (1983). In-home observations of young Down syndrome children with their mothers and fathers. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 591-600.
- Stoneman, Z. & Crapps, J. M. (1988). Correlates of stress, perceived competence, and depression among family care providers. *American Journal on Mental Retardation*, **93**, 166-173.
- Strauss, A. A. & Kephart, N. C. (1940). Behavior differences in mentally retarded children measured by a new behavior rating scale. *American Journal of Psychiatry*, **96**, 1117-1123.
- Strauss, A. A. & Werner, H. (1942). Disorders of conceptual thinking in the brain injured child. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **96**, 153-172.
- Suelzle, M. & Keenan, V. (1981). Changes in family support networks over the life cycle of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, **86**, 267-274.
- Switzky, H. N. & Haywood, H. C. (1984). A biosocial ecological perspective on mental retardation. In N. S. Endler & J. M. Hunt (Eds.), *Personality and behavioral disorders*. New York: Wiley.

T

- Tarjan, G., Wright, S. W., Eyman, R. K. & Keeran, C. V. (1973). Natural history of mental retardation: Some aspects of epidemiology. *American Journal of Mental Deficiency*, **77**, 369-379.
- Taylor, A. (1982). Social competence and interpersonal relations between retarded and nonretarded children. In N. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (vol. 11). New York: Academic Press.
- Taylor, A. R., Asher, S. R. & Williams, G. A. (1987). The social adaptation of mainstreamed mildly retarded children. *Child Development*, **58**, 1321-1334.
- Taylor, A. R. & Turnure, J. E. (1979). Imagery and verbal elaboration with retarded children: Effects on learning and memory. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, E. A. (1986). Childhood hyperactivity. *British Journal of Psychiatry*, **149**, 562-573.
- Taylor, E. (1987). Cultural differences in hyperactivity. In M. Wolraich & D. Routh (Eds.), *Advances in developmental and behavioral pediatrics* (vol. 8). London: J.A.I. Press Inc.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. London: Oxford University Press.

- Thomas, A. & Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *American Journal of Psychiatry*, **141**, 1-9.
- Thomas, A., Chess, S. & Korn, S. J. (1982). The reality of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, **28**, 1-20.
- Thorley, G. (1984). Hyperkinetic syndrome of childhood: Clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry*, **144**, 16-24.
- Tinsley, H. E. A. & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, **34**, 414-424.
- Tizard, B. & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **19**, 99-118.
- Tizard, B. & Rees, J. (1974). A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children. *Child Development*, **45**, 92-99.
- Tomprowski, P. D. & Allison, P. (1988). Sustained attention of adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, **92**, 525-530.
- Touliatos, J. & Lindholm, B. W. (1980). Relationship of childrens' grade in school, sex, and social class to teachers' ratings on the Behavior Problem Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **3**, 115-126.
- Tracy, M. E. & Whittaker, J. K. (1987). The evidence base for social support interventions in child and family practice: Emerging issues for research and practice. *Children and Youth Services Review*, **9**, 249-270.
- Trickett, P. K. & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, **24**, 270-276.
- Trivette, C. M., Deal, A. & Dunst, C. J. (1986). Family needs, sources of support, and professional roles: Critical elements of family systems assessment and intervention. *Diagnostic*, **11**, 246-267.
- Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (1986). Stepping back from early intervention: An ethical perspective. *Journal of the Division for Early Childhood*, **10**, 106-117.
- Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (1990). *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Turnbull, H. R. & Turnbull, A. P. (1985). *Parents speak out: Then and now*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Tzuriel, D. & Klein, P. S. (1985). The assessment of analogical thinking modifiability among regular, special education, disadvantaged, and mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **13**, 539-552.

U

- UNESCO (1994). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

- Unger, D. G. & Powell, D. R. (1980). Supporting families under stress: The role of social networks. *Family Relations*, **29**, 566-574.
- Utley, C. A., Hoehn, T. P., Soraci, S. A. & Baumeister, A. A. (1993). Motivational orientation and span of apprehension in children with mental retardation. *The Journal of Genetic Psychology*, **154**, 289-295.
- V**
- Van Tassel, E. (1984). Temperament characteristics of mildly developmentally delayed infants. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, **5**, 11-14.
- Verhulst, F. C. (1995). The cross-cultural generalizability of the C.B.C.L. In J. Sergeant (Ed.), *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder*. Zurich: Egg.
- Verhulst, F. C. & Akkerhuis, G. W. (1986). Mental health in dutch children. III. Behavioral and emotional problems reported by teachers of children aged 4-12. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **330**, 1-73.
- Verhulst, F. C. & Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **1**, 123-136.
- Verhulst, F. C., Akkerhuis, G. W. & Althaus, M. (1985). Mental health in dutch children. I. A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **323**, 1-107.
- Verhulst, F. C., Berden, G. F. M. G. & Sanders-Woudstra, J. A. R. (1985). Mental health in dutch children: (II) The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **72**, Supplementum N° 324.
- Verhulst, F. C., Koot, H. M. & Van der Ende, J. (1994). Differential predictive value of parents' and teachers' reports of children's problem behaviors: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **22**, 531-546.
- Verhulst, F. C. & Van der Ende, J. (1993). "Comorbidity" in an epidemiological sample: A longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**, 767-783.
- Vermeersch, S. & Fombonne, E. (1995). Attention and aggressive problems among French school-aged children. In J. Sergeant (Ed.), *Eunethydis: European approaches to hyperkinetic disorders*. Zurich: Fotorotar.
- Vietze, P. M., Abernaty, S. R., Ashe, M. L. & Faulstich, G. (1978). Contingent interaction between mothers and their developmentally delayed infants. In G. P. Sackett (Ed.), *Observing behavior* (vol. 1). Baltimore: University Park Press.
- Vietze, P. M. & Coates, D. L. (1986). Research with families of handicapped persons. Lessons from the past, plans for the future. In J. J. Gallagher & P. M. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons: Research, programs, and policy issues*. Baltimore: P. H. Brookes.
- Volkmar, F. R. & Cohen, D. J. (1982). A hierarchical analysis of patterns of non-compliance in autistic and behavior-disturbed children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **12**, 35-42.

W

- Wachs, T. D. (1979). Proximal experience and early cognitive-intellectual development: The physical environment. *Merrill-Palmer Quarterly*, **25**, 3-41.
- Waisbren, S. E. (1980). Parents' reactions after the birth of a developmentally disabled child. *American Journal of Mental Deficiency*, **84**, 345-351.
- Wang, M. C. & Baker, E. T. (1985-86). Mainstreaming programs: Design features and effects. *The Journal of Special Education*, **19**, 503-521.
- Watson, R. L. & Midlarsky, E. (1979). Reactions of mothers with mentally retarded children: A social perspective. *Psychological Reports*, **45**, 309-310.
- Webster, T. G. (1963). Problems of emotional development in young retarded children. *American Journal of Psychiatry*, **120**, 37-43.
- Weinberg, R. A. (1989). Intelligence and I.Q.. Landmark issues and great debates. *American Psychologist*, **44**, 98-104.
- Weiss, B., Weisz, J. R. & Bromfield, R. (1986). Performance of retarded and nonretarded persons on information-processing tasks: Further tests of the similar structure hypothesis. *Psychological Bulletin*, **100**, 157-175.
- Weisz, J. R. (1981). Learned helplessness in black and white children identified by their schools as retarded and nonretarded: Performance deterioration in response to failure. *Developmental Psychology*, **17**, 499-508.
- Weisz, J. R. (1990). Cultural-familial mental retardation: A developmental perspective on cognitive performance and "helpless" behavior. In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation*. New York: Cambridge University Press.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. & Trevathan, D. (1989). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Teacher reports for ages 6-11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **3**, 471-484.
- Weisz, J. R. & Yeates, K. O. (1981). Cognitive development in retarded and nonretarded persons: Piagetian tests of the similar structure hypothesis. *Psychological Bulletin*, **90**, 153-178.
- Weller, L., Costeff, C., Cohen, B. & Rahman, D. (1974). Social variables in the perception and acceptance of retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **79**, 274-278.
- Werner, E. E. (1985). Stress and protective factors in children's lives. In A. R. Nicol (Ed.), *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry. Practical lessons from research experience*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1977). An epidemiologic perspective on some antecedents and consequences of childhood mental health problems and learning disabilities. A report from the Kauai Longitudinal Study. In S. Chess & A. Thomas (Eds.), *Annual progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel.

- Wetter, J. (1972). Parent attitudes toward learning disability. *Exceptional Children*, **38**, 490-491.
- Whitman, B. Y., Graves, B. & Accardo, P. (1987). Mentally retarded parents in the community: Identification method and needs assessment survey. *American Journal of Mental Deficiency*, **91**, 636-638.
- Widamin, K. F. (1991). Properly characterizing clusters of families who have children with mental retardation: A comment on Mink, Blacher, and Nihira. *American Journal on Mental Retardation*, **93**, 217-220.
- Wikler, L. M. (1986a). Family stress theory and research on families with mental retardation. In J. J. Gallagher & P. M. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons: Research, programs, and policy issues*. Baltimore: P. H. Brookes.
- Wikler, L. M. (1986b). Periodic stresses of families of older mentally retarded children: An exploratory study. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 703-706.
- Williams, G. A. & Asher, S. R. (1992). Assessment of loneliness at school among children with mild mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, **4**, 373-385.
- Williams, J. R. & Wilcock, J. C. (1966). An alternative to the Binet mental age score as a criterion in discrimination learning. *Journal of Mental Deficiency Research*, **10**, 27-32.
- Willner, S. K. & Crane, R. (1979). A parental dilemma: The child with a marginal handicap. *Social Casework*, **20**, 30-35.
- Wilson., H. (1974). Parenting in poverty. *British Journal of Social Work*, **4**, 241-254.
- Wilson, R. S. (1985). Risk and resilience in early mental development. *Developmental Psychology*, **21**, 795-805.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **9**, 11-29.
- Wishart, M. C., Bidder, R. T. & Gray, O. P. (1980). Parental responses to their developmentally delayed children and the South Glamorgan Home Advisory Service. *Child: Care, Health and Development*, **6**, 361-376.
- Wishart, M. C., Bidder, R. T. & Gray, O. P. (1981). Parents' report of family life with a developmentally delayed child. *Child: Care, Health and Development*, **7**, 267-279.
- Woodward, M. (1979). Piaget's theory and the study of mental retardation. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Wright, J. S., Granger, R. D. & Sameroff, A. J. (1984). Parental acceptance and developmental handicap. In J. Blacher (Ed.), *Severely handicapped young children and their families*. Orlando: Academic Press.

Y

Yuker, H. E. (1988). Mothers' perceptions of their disabled children: A review of the literature. *Journal of the Multihandicapped Person*, **1**, 217-231.

Yule, W. (1981). The epidemiology of child psychopathology. In B. B. Lahey A. & E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol 4). New York: Plenum Press.

Yule, W. & Rutter, M. (1970). Selection of children with intellectual or educational retardation. In M. Rutter, J. Tizard & K. Whitmore (Eds.), *Education, health and behaviour*. London: Longmans.

Z

Zazzo, R. (1979a). La débilité en question. In R. Zazzo (Ed.), *Les débilités mentales* (3^{ème} ed.). Paris: Armand Colin.

Zazzo, R. (1979b). Savoir ce que parler veut dire en matière de débilité mentale. In R. Zazzo (Ed.), *Les débilités mentales* (3^{ème} ed.). Paris: Armand Colin.

Zazzo, R., Gilly, M. & Verba-Rad, M. (1978). *Nova Escala Métrica de Inteligência* (vol. 1). Tradução de Joaquim Bairrão Ruivo. Lisboa: Livros Horizonte.

Zazzo, R., Gilly, M. & Verba-Rad, M. (1980). *Nova Escala Métrica de Inteligência* (vol. 2). Tradução de Joaquim Bairrão Ruivo. Lisboa: Livros Horizonte.

Zeaman, D. & House, B. J. (1979). A review of attention theory. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Zetlin, A. G. (1985). Mentally retarded teenagers: Adolescent behavior disturbance and its relation to family environment. *Child Psychiatry and Human Development*, **15**, 243-254.

Zetlin, A. G. (1988). Adult development of mentally retarded student: Implications for educational programs. In M. C. Wang, M. C. Reynolds & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice* (vol. 2). Oxford: Pergamon Press.

Zigler, E. (1969). Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation. *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 536-556.

Zigler, E. (1976). Familial mental retardation: A continuing dilemma. *Science*, **155**, 292-298.

Zigler, E., Balla, D. & Hodapp, R. (1984). On the definition and classification of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, 215-230.

Zigler, E. F. & Harter, S. (1969). The socialization of the mentally retarded. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally & Company.

Zigler, E. & Hodapp, R. (1986). *Understanding mental retardation*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Zigler, E., Hodapp, R. & Edison, M. R. (1990). From theory to practice in the care and education of mentally retarded individuals. *American Journal on Mental Retardation*, **95**, 1-12.
- Zigler, E. & Trickett, P. (1978). I.Q., social competence, and evaluation of early childhood intervention programs. *American Psychologist*, **3**, 789-798.
- Zuk, G. H., Miller, R. L., Bartram, J. B. & Kling, F. (1961). Maternal acceptance of retarded children: A questionnaire study of attitudes and religious background. *Child Development*, **32**, 525-540.

ANEXOS

ANAMNESE

(Albuquerque, C. P., 1990)

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DO ENTREVISTADO

Nome da criança:

Data de nascimento: __/__/__

Nome do entrevistado:

Relação de parentesco com a criança:..... Data da entrevista: __/__/__

2. AGREGADO FAMILIAR**Mãe**

Nome:

Idade: Profissão:

Habilitações escolares: Estado civil:

Pai

Nome:

Idade: Profissão:

Habilitações escolares: Estado civil:

Irmãos

Número: Sexo e idades:

Dimensão do agregado familiar

Quantas pessoas moram regularmente em casa?..... Qual o seu grau de parentesco com a criança?.....

3. HABITAÇÃO**Tipo de habitação:** 1. moradia 2. casa de bairro 3. casa rural 4. andar de prédio 5. parte de casa 6. barraca 7. outro (especificar).....**A habitação é:** própria / alugada**Número de divisões:****Conforto da habitação:** 1. água canalizada: Sim / Não 2. luz eléctrica: Sim / Não 3.

Cozinha independente: Sim / Não 4. casa de banho / W.C. interior / W.C. exterior / sem casa de banho ou W.C. 5. esgotos para a rede / esgotos para a fossa / sem esgotos

Quarto/Cama próprios: A criança tem o seu próprio quarto?.....
Senão tem, com quem partilha o quarto?.....
A criança tem a sua própria cama?..... Senão tem, com quem partilha a cama?.....

4. GRAVIDEZ, PARTO E ESTADO NEONATAL

Gravidez

A gravidez foi planeada?..... Em caso de gravidez não planeada, houve tentativa de aborto? Sim / Não / Sem Resposta

Problemas durante a gravidez: acidentes, rubéola ou outras doenças infecciosas, hipertensão, hemorragias, doenças crónicas, outras ocorrências.....

Consumos desaconselháveis: álcool / tabaco / drogas (especificar).....

A gravidez foi: única / múltipla

Acompanhamento médico durante a gravidez:

Como se sentiu a mãe durante a gravidez?.....

Parto

Local:

Altura do parto: termo / pré-termo / pós-termo (especificar o número de semanas).....

Rompeu-se a bolsa prematuramente?..... Quanto tempo decorreu desde o rompimento da bolsa até ao parto?.....

Quanto tempo decorreu desde a primeira contracção até ao parto?.....

Parto: eutócico / cesariana / pélvico sem forceps / pélvico com forceps / cefálico sem forceps ou ventosa

Estado Neonatal

Peso à nascença: Estatura à nascença:.....

Cor à nascença: rosada / roxa / amarelada Momento do 1º choro:

Reanimação: não / por flagelação / com oxigénio / por respiração artificial / na

incubadora

Nos 1ºs 15 dias , o bebé apresentou dificuldades de sucção, convulsões, icterícia ou qualquer outra complicação?.....
.....

5. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO

Motricidade

Segurou a cabeça com meses Sentou-se com meses
 Gatinhou com meses Ficou de pé com apoio meses
 Ficou de pé sem apoio meses Deu os 1^{as} passos com meses

Linguagem

Balbuciou com meses Pronunciou a 1^a palavra meses
 Pronunciou a 1^a frase meses

Controlo dos esfíncteres

Controlo diurno da urina meses Controlo nocturno da urina meses
 Controlo diurno das fezes meses Controlo nocturno das fezes meses

6. SAÚDE

Doenças que teve:
 Teve meningite / encefalite / traumatismo craneano / convulsões depois das duas semanas?
 Acidentes que teve:
 Tomou ou toma anti-convulsantes?
 Fez E.E.G. ou T.A.C.?
 Outros exames médicos:
 Intervenções cirúrgicas:
 Internamentos hospitalares:
 Deficiências sensoriais:

7. ANTECEDENTES FAMILIARES

Pais consaguíneos:
 Houve ou há familiares próximos com epilepsia / deficiência mental/deficiência sensorial / outras doenças?
 O pai teve dificuldades em aprender na escola?
 Se teve, por favor descreva-as:

 A mãe teve dificuldades em aprender na escola?
 Se teve, por favor descreva-as:

Os irmãos da criança repetiram um ou mais anos de escolaridade?.....
Alguns dos irmãos da criança receberam ou recebem apoio das equipes de ensino especial? Se respondeu afirmativamente, indique a razão:

Alguns dos irmãos da criança frequentaram ou frequentam uma escola de ensino especial? Se respondeu afirmativamente, indique a razão:

8. HISTÓRIA DA ESCOLARIDADE

Jardim de Infância

Frequentou o jardim de infância?..... Quando?.....
Recebeu apoio das equipes de ensino especial?
.....

Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico

Idade de ingresso na escola: Gostou de ir à escola?.....
Revelou ou revela dificuldades de aprendizagem?.....
.....
Houve retenções de ano? Quando?

Recebeu ou recebe apoio das equipes de ensino especial ou qualquer outra forma de apoio pedagógico? Quando?.....
.....
Quantas horas por semana? Dentro ou fora da sala de aula?

.....
Individualmente ou em grupo?

Houve mudanças de escola?.....

Escola Especial

Idade de ingresso na escola: Gostou de ir para esta escola?

.....
Quem o(a) encaminhou para esta escola?

Porque foi encaminhado(a)?.....
.....

9. ASPECTOS FAMILIARES

A criança viveu sempre com os pais? Se esteve afastada dos pais, quando é que isso aconteceu e porquê?

Com quem ficou a criança a viver?

Em caso de substituição parental: A partir de que idade passou a criança a viver consigo? Com quem vivia a criança antes?

..... Porque motivo passou a criança a viver consigo?.....

A criança tem contactos regulares com os pais?

Os pais já estiveram separados um do outro? ..

Por quanto tempo?..... O que motivou essa separação?.....

.....

A criança permaneceu em contacto com ambos os pais?.....

Existe alcoolismo do pai e/ou da mãe?

Se existe, bebe: todos os dias / só ao fim-de-semana / só em festas ou ocasiões especiais (não mais de 1 vez por mês) / outro (especificar)

..... menos de 0.5 litro de vinho ou equivalente / 0.5 a 1 litro de vinho ou equivalente / mais de 1 litro de vinho ou equivalente / não sabe

Procurou ou necessitou de tratamento médico?

Foi hospitalizado por essa razão?.....

O pai e/ou a mãe já tiveram problemas mentais ou doença psiquiátrica?

Por favor, descreva os sintomas:

.....

Procurou ou necessitou de tratamento médico e/ou psiquiátrico?.....

.....

Foi hospitalizado por essa razão?.....

O pai e/ou a mãe já tiveram problemas com a justiça?

De que tipo de problema se tratou?.....

Houve prisão?.....

III-A. Por favor, faça uma lista de organizações, clubes, equi-pas, ou grupos a que o seu filho (a) pertence.

Por exemplo: escutismo, associações desportivas, etc.

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
___ Nenhum				
a. _____	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___

III-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau de participação lhes dedica?

IV-A. Por favor, indique os pequenos trabalhos ou tarefas que o seu filho(a) faz. Por exemplo: ir às compras, arrumar o seu quarto, lavar a louça, tomar conta de crianças, etc.

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
___ Nenhum				
a. _____	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___

IV-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que executa essas tarefas?

V-1. Aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as) tem o seu filho(a)? (Não inclua os irmãos)

___ Nenhum ___ 1 ___ 2 ou 3 ___ 4 ou mais.

V-2. Aproximadamente quantas vezes por semana se encontra com eles fora do horário escolar?

___ Menos do que uma ___ 1 ou 2 ___ 3 ou mais.

VI-A. Em comparação com outras crianças da sua idade como é que o seu filho(a):

- Se dá com os irmãos?
- Se dá com as outras crianças?
- Se comporta com os seus pais?

Pior Mais ou menos a mesma coisa Melhor

___	___	___
___	___	___
___	___	___
___	___	___

VI-B. d. Brinca e trabalha sozinho?

VII-1. Rendimento escolar actual (para crianças com 6 A ou mais velhas):

___ Não anda na escola	Não satisfaz	Abaixo da média	Na média	Acima da média
a. Leitura ou Língua Portuguesa	___	___	___	___
b. Escrita, Redacção	___	___	___	___
c. Aritmética ou Matemática	___	___	___	___
d. História ou Estudos Sociais	___	___	___	___
Outras disciplinas (Línguas, Geografia)				
e. _____	___	___	___	___
f. _____	___	___	___	___
g. _____	___	___	___	___

VII-2. O seu filho(a) frequenta uma classe ou escola de ensino especial?

___ Não ___ Sim. De que tipo?

.....

VII-3. O seu filho(a) já repetiu algum ano?

___ Não ___ Sim. Indicar ano e razão

.....

VII-4. O seu filho(a) tem algum problema de aproveitamento ou de outro tipo na escola?

Não Sim. Por favor descreva.....

.....

Quando começaram esses problemas?

.....

Esses problemas já terminaram? Não Sim. Quando?

.....

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência física ou mental? Não Sim

Descreva.....

.....

O que é que mais o(a) preocupa no seu filho(a)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Descreva as melhores qualidades do seu filho(a):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 6 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só às **vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0 = Não Verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Às Vezes Verdadeira

2 = Muito Verdadeira

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade |
| 0 | 1 | 2 | 2. Tem alergias (descreva): |
| | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3. Discute por tudo e por nada |
| 0 | 1 | 2 | 4. Tem asma |
| 0 | 1 | 2 | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| 0 | 1 | 2 | 6. Não tem controlo intestinal |
| 0 | 1 | 2 | 7. É fanfarrão ou gabarola |
| 0 | 1 | 2 | 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo |
| 0 | 1 | 2 | 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva): |
| | | | |
| 0 | 1 | 2 | 10. Não é capaz de manter-se(a) quieto(a) ou inactivo(a) |
| 0 | 1 | 2 | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente |
| 0 | 1 | 2 | 12. Queixa-se de solidão |
| 0 | 1 | 2 | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 15. É cruel para com os animais |
| 0 | 1 | 2 | 16. É cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros |
| 0 | 1 | 2 | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos |
| 0 | 1 | 2 | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se |
| 0 | 1 | 2 | 19. Exige muita atenção |
| 0 | 1 | 2 | 20. Destrói as suas próprias coisas |
| 0 | 1 | 2 | 21. Destrói coisas da sua família ou das outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 22. É desobediente em casa |
| 0 | 1 | 2 | 23. É desobediente na escola |
| 0 | 1 | 2 | 24. Não come bem |
| 0 | 1 | 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal |
| 0 | 1 | 2 | 27. É ciumento(a), dado(a) a invejas |

-
-
- 0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais):
-
- 0 1 2 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola) (descreva-os):
-
- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 0 1 2 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal
- 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Sente que os outros são melhores do que ele(a) para fazer as coisas
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 0 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 0 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
-
- 0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 0 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):
-
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. Os outros miúdos não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos
- 0 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 0 1 2 53. Come demais
- 0 1 2 54. Cansa-se demais
- 0 1 2 55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 0 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):.....
-
- 0 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
- 0 1 2 g) Vômitos
-
-

-
-
- 0 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):
-
- 0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Arranca o nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva):
-
- 0 1 2 59. Brinca com os órgãos sexuais em público
- 0 1 2 60. Brinca demasiadamente com o seu próprio sexo
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
- 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
-
- 0 1 2 67. Foge de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
-
- 0 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
- 0 1 2 72. Pega fogo de propósito
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva):
-
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. Dorme menos do que a maior parte das crianças
- 0 1 2 77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou a noite (descreva):
-
- 0 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala (descreva):
- 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
- 0 1 2 81. Rouba em casa
- 0 1 2 82. Rouba fora de casa
- 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
-
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):
-
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):
-
- 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 0 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
-
-

-
-
- 0 1 2 88. Amua facilmente
- 0 1 2 89. É desconfiado(a)
- 0 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Fala ou anda durante o sono (descreva):
-
- 0 1 2 93. Fala demasiado
- 0 1 2 94. Arrelia muito os outros
- 0 1 2 95. Tem birras, exalta-se facilmente
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as outras pessoas
- 0 1 2 98. Chupa o dedo
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir (descreva):
-
- 0 1 2 101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão
- 0 1 2 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia
- 0 1 2 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a)
- 0 1 2 104. É invulgarmente barulhento(a)
- 0 1 2 105. Consumo de drogas sem recomendação médica (descreva)
-
- 0 1 2 106. Destroí coisas por simples maldade (vandalismo)
- 0 1 2 107. Faz xi-xi nas roupas durante o dia
- 0 1 2 108. Faz xi-xi na cama
- 0 1 2 109. Choraminga
- 0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. Isola-se, não se mistura com os outros
- 0 1 2 112. Preocupa-se muito
- 0 1 2 113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham
- 0 1 2
- 0 1 2
- 0 1 2

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
 SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.

COMPOSIÇÃO DAS ESCALAS OU FACTORES DO INVENTÁRIO
DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PAIS

(Fonseca et al., 1994)

OPOSIÇÃO

- 3. Discute
- 14. Chora muito
- 19. Exige muita atenção
- 22. Desobediente em casa
- 27. Ciumento(a)
- 68. Grita muito
- 74. Gosta de se exhibir
- 86. Teimoso(a), irritável
- 87. O seu humor muda bruscamente
- 88. Amua facilmente
- 93. Fala demasiado
- 94. Arrelia os outros
- 95. Tem birras
- 104. Barulhento(a)
- 109. Choraminga

AGRESSIVIDADE

- 7. Fanfarrão
 - 16. Cruel para os outros
 - 20. Destroí as suas coisas
 - 21. Destroí as coisas dos outros
 - 22. Desobediente em casa
 - 23. Desobediente na escola
 - 36. Magoa-se muito
 - 37. Mete-se em bulhas
 - 39. Mete-se em sarilhos
 - 43. Mentiroso(a)
 - 57. Agride os outros
 - 66. Tem compulsões
 - 90. Diz palavrões
-
-

HIPERACTIVIDADE

- 1. Infantil
- 8. Não se concentra
- 10. Hiperactivo(a)
- 11. Dependente
- 13. Confuso(a)
- 41. Impulsivo(a)
- 43. Mentiroso(a)
- 61. Trabalho escolar fraco
- 62. Desajeitado(a)
- 102. Pouco desembaraçado(a)

PROBLEMAS SOCIAIS

- 24. Não come bem
- 25. Não dá bem as suas coisas
- 32. Sente que tem que ser perfeito(a)
- 42. Gosta de estar só
- 48. Outros não gostam dele(a)
- 64. Prefere ficar sozinho
- 99. Preocupa-se com a limpeza

ISOLAMENTO

- 65. Recusa-se a falar
- 69. Reservado(a)
- 71. Embaraçado(a)
- 75. Tímido(a)
- 88. Amua facilmente
- 93. Fala demasiado

DEPRESSÃO

- 12. Queixa-se de solidão
- 13. Confuso(a)
- 33. Acha que ninguém gosta dele(a)
- 34. Sente-se perseguido
- 35. Acha-se sem valor
- 38. Fazem pouco dele(a)
- 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 66. Tem compulsões
- 80. Olhar fixo
- 103. Infeliz, triste
- 111. Isola-se
- 112. Preocupa-se muito

QUEIXAS SOMÁTICAS

- 51. Tem tonturas
- 56a. Dores
- 56b. Dores de cabeça
- 56c. Náuseas
- 56f. Dores de estômago
- 56g. Vômitos

ANSIEDADE

- 45. Nervoso(a)
- 46. Tem movimentos nervosos
- 47. Pesadelos
- 50. Medroso(a)
- 92. Fala durante o sono
- 100. Dificuldade em dormir

COMPORTAMENTO OBSESSIVO

- 6. Não tem controlo intestinal
 - 9. Obsessões
 - 17. Sonha acordado(a)
 - 29. Tem medos
 - 31. Tem medo de fazer algo mal
 - 49. Prisão de ventre
 - 50. Medroso(a) ou ansioso(a)
 - 56e. Irritações cutâneas
 - 58. Arranca coisas da pele
-

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PROFESSORES

(T. Achenbach, 1991)

Nome do aluno(a).....Sexo.....
Idade..... Data de nascimento ___/___/___ Ano de escolaridade.....
Tipo de trabalho do pai (Por favor, seja específico).....
Tipo de trabalho da mãe.....
Questionário preenchido por: Professor(a) _____ Conselheiro(a) _____ Outro
(especificar):.....
Data de preenchimento deste questionário ___/___/___

Por favor, responda a este questionário o melhor que puder, mesmo que não disponha de informação completa. Se assim o entender, pode escrever os comentários adicionais que entender ao lado de cada item ou no espaço indicado para o efeito na página 2

I. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)?.....

II. Até que ponto acha que o(a) conhece?

Não muito bem ___ Razoavelmente ___ Muito bem ___

III. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula?.....

IV. De que tipo de aula é que se trata? (Por favor, concretize ano, fase, disciplina).....

V. Já alguma vez o aluno(a) frequentou turmas, serviços ou aulas de ensino especial, ou precisou de aulas de apoio? Não sei ___ Não ___ Sim ___ De que tipo e quando?.....

VI. Já repetiu algum ano? Não sei ___ Não ___ Sim ___ Ano e motivo:

VII. Rendimento escolar actual - Indique as várias disciplinas e marque na coluna apropriada o nível de desempenho

DISCIPLINA	Muito abaixo do nível esperado para a sua idade	Um pouco abaixo do nível esperado para a sua idade	Dentro do nível esperado para a sua idade	Um pouco acima do nível esperado para a sua idade	Bastante acima do nível esperado para a sua idade
1. _____	—	—	—	—	—
2. _____	—	—	—	—	—
3. _____	—	—	—	—	—
4. _____	—	—	—	—	—
5. _____	—	—	—	—	—
6. _____	—	—	—	—	—
7. _____	—	—	—	—	—
8. _____	—	—	—	—	—
9. _____	—	—	—	—	—

VIII. Em comparação com a média dos alunos da mesma idade:

	Muito menos	Um bocado menos	Ligeiramente menos	Igual à média	Um bocado mais	Muito mais
1. É aplicado(a)?	—	—	—	—	—	—
2. Comporta-se de maneira adequada?	—	—	—	—	—	—
3. Qual o seu nível de aprendizagem?	—	—	—	—	—	—
4. É feliz?	—	—	—	—	—	—

IX. Resultados mais recentes de testes ou provas de rendimento escolar (se disponíveis):

Nome do teste/provas	Disciplina	Data	Resultado (percentil ou nível relativo ao ano em questão)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

X. Testes de Q.I., de destreza ou de aptidão (se disponíveis):

Nome do teste	Data	QI ou resultados equivalentes
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O aluno(a) tem alguma doença ou alguma deficiência física ou mental?

 Não Sim Descreva:

.....

.....

O que é que mais o(a) preocupa a respeito deste(a) aluno(a)?

.....

.....

Por favor descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a):.....

.....

.....

Por favor escreva os comentários que julgar convenientes acerca do trabalho, comportamento ou potencial deste aluno(a), usando, se necessário, folhas suplementares..

.....

.....

.....

Apresentase a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características dos alunos. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como este(a) aluno(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 2 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só **às vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam a este aluno(a).

0= Não Verdadeira (tanto quanto sabe)

1= Um Pouco ou Às Vezes Verdadeira

2= Muito Verdadeira

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade |
| 0 | 1 | 2 | 2. Faz zurrões como se fosse dos outros baulhos e quis mal a |
| 0 | 1 | 2 | 3. Discute por tudo e por nada |
| 0 | 1 | 2 | 4. Não consegue acabar as coisas que começa |
| 0 | 1 | 2 | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| 0 | 1 | 2 | 6. Desafiador, refila com os professores e funcionários |
| 0 | 1 | 2 | 7. É fanfarrão ou gabarola |
| 0 | 1 | 2 | 8. Não consegue manter-se capaz de estar atento durante muito tempo |
| 0 | 1 | 2 | 9. Não consegue controlar os seus pensamentos ou ações (descreva)..... |
| | | | |
| 0 | 1 | 2 | 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a) |
| 0 | 1 | 2 | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente |
| 0 | 1 | 2 | 12. Queixa-se de solidão |
| 0 | 1 | 2 | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 14. Chora muito |
| 0 | 1 | 2 | 15. Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego |
| 0 | 1 | 2 | 16. É cruel, violento(a) ou é mesquinho(a) para com os outros |
| 0 | 1 | 2 | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos |
| 0 | 1 | 2 | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se |
| 0 | 1 | 2 | 19. Exige muita atenção |
| 0 | 1 | 2 | 20. Destrói as suas próprias coisas |
| 0 | 1 | 2 | 21. Destrói coisas da sua família ou das outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 22. Tem dificuldade em seguir instruções |
| 0 | 1 | 2 | 23. É desobediente na escola |
| 0 | 1 | 2 | 24. Perturba os colegas |
| 0 | 1 | 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal |
| 0 | 1 | 2 | 27. É invejoso(a) por tudo e por nada |

-
-
- 0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais):
-
- 0 1 2 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)
(descreva-os):
-
- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 0 1 2 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal
- 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem
(sente-se perseguido)
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 0 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 0 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
-
- 0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 0 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):
-
- 0 1 2 47. É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas normas
- 0 1 2 48. Os colegas não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Tem dificuldade em aprender
- 0 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 0 1 2 53. Fala sem ser a sua vez
- 0 1 2 54. Cansa-se demais
- 0 1 2 55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 0 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):
- 0 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
- 0 1 2 g) Vômitos
-
-

-
-
- 0 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):
-
- 0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo
- 0 1 2 59. Dorme na aula
- 0 1 2 60. Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
- 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
-
- 0 1 2 67. Perturba a disciplina da aula
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
-
- 0 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
- 0 1 2 72. O seu trabalho é sujo e/ou confuso
- 0 1 2 73. Comporta-se de maneira irresponsável para a sua idade (descreva):
-
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. O seu comportamento é explosivo e imprevisível
- 0 1 2 77. Os seus sentimentos são muito facilmente feridos
- 0 1 2 78. É desatento, distrai-se facilmente
- 0 1 2 79. Tem problemas da fala (descreva):
-
- 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
- 0 1 2 81. Fica magoado(a) quando é criticado(a)
- 0 1 2 82. Rouba
- 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
-
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):
-
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):
-
- 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 0 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
- 0 1 2 88. Amua facilmente
-
-

-
-
- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 89. É desconfiado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena |
| 0 | 1 | 2 | 91. Fala em matar-se |
| 0 | 1 | 2 | 92. Tem fraco aproveitamento, trabalha abaixo das suas capacidades |
| 0 | 1 | 2 | 93. Fala demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 94. Arrelia muito os outros |
| 0 | 1 | 2 | 95. Tem birras, exalta-se facilmente |
| 0 | 1 | 2 | 96. Pensa demasiado em sexo |
| 0 | 1 | 2 | 97. Ameaça as outras pessoas |
| 0 | 1 | 2 | 98. Chega atrasado à escola ou à aula |
| 0 | 1 | 2 | 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio |
| 0 | 1 | 2 | 100. Não consegue fazer o que lhe mandam |
| 0 | 1 | 2 | 101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão |
| 0 | 1 | 2 | 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia |
| 0 | 1 | 2 | 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a) |
| 0 | 1 | 2 | 104. É invulgarmente barulhento(a) |
| 0 | 1 | 2 | 105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica
(descreva): |
| 0 | 1 | 2 | 106. Preocupa-se demasiado em agradar |
| 0 | 1 | 2 | 107. Não gosta da escola |
| 0 | 1 | 2 | 108. Tem receio de cometer erros |
| 0 | 1 | 2 | 109. Choraminga |
| 0 | 1 | 2 | 110. Tem um aspecto pouco asseado |
| 0 | 1 | 2 | 111. Isola-se, não se mistura com os outros |
| 0 | 1 | 2 | 112. Preocupa-se muito |
| 0 | 1 | 2 | 113. Por favor indique outros problemas deste aluno(a) que não tenham
ainda sido referidos: |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | |

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES
MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

**COMPOSIÇÃO DAS ESCALAS OU FACTORES DO INVENTÁRIO DE
COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PROFESSORES**

(Fonseca et al., 1995)

AGRESSIVIDADE

- 2. Faz barulhos esquisitos na aula
- 3. Discute
- 6. Desafiador
- 7. Fanfarrão
- 10. Hiperactivo(a)
- 15. Tem gestos de irrequietude
- 16. Cruel para os outros
- 19. Exige muita atenção
- 20. Destrói as suas coisas
- 23. Desobediente na escola
- 24. Perturba os colegas
- 25. Não se dá bem com outras crianças
- 26. Não parece sentir-se culpado
- 27. Invejoso(a)
- 37. Mete-se em bulhas
- 39. Mete-se em sarilhos
- 41. Impulsivo(a)
- 43. Mentiroso(a)
- 45. Nervoso(a)
- 53. Fala sem ser a sua vez
- 57. Agride os outros
- 68. Grita muito
- 73. Comporta-se de maneira irresponsável
- 74. Gosta de se exhibir
- 77. Fica facilmente frustrado
- 76. Comportamento explosivo
- 86. Teimoso(a)
- 87. O seu humor muda bruscamente
- 88. Amua facilmente
- 89. Desconfiado(a)
- 90. Diz palavrões
- 93. Fala demasiado
- 94. Arrelia os outros
- 95. Tem birras
- 97. Ameaça os outros

PROBLEMAS DE ATENÇÃO

- 1. Infantil
- 4. Não acaba as coisas que começa
- 8. Não se concentra
- 11. Dependente
- 13. Confuso(a)
- 15. Tem gestos de irrequietude
- 22. Tem dificuldade em seguir instruções
- 49. Tem dificuldade em aprender
- 60. Apático(a) ou desmotivado(a)
- 61. Trabalho escolar fraco
- 62. Desajeitado(a)
- 72. Trabalho sujo e/ou confuso
- 73. Comporta-se de uma maneira irresponsável
- 78. Desatento(a)
- 92. Tem fraco aproveitamento
- 100. Não consegue fazer o que lhe mandam
- 102. Pouco desembaraçado(a)

ISOLAMENTO SOCIAL

- 35. Acha-se sem valor
 - 42. Gosta de estar só
 - 50. Medroso(a)
 - 60. Apático(a) ou desmotivado(a)
 - 65. Recusa-se a falar
 - 69. Reservado(a)
 - 71. Embaraçado(a)
 - 75. Tímido(a)
 - 80. Olhar fixo
 - 88. Amua facilmente
 - 89. Desconfiado(a)
 - 102. Pouco desembaraçado(a)
 - 103. Infeliz, triste
-
-

104. Barulhento(a)

111. Isola-se

112 Preocupa-se muito

COMPORTEAMENTO OBSESSIVO

- 31. Tem medo de fazer algo mal
- 32. Sente que tem que ser perfeito(a)
- 47. É demasiado escrupuloso(a)
- 81. Fica magoado(a) quando é criticado(a)
- 99. Preocupa-se com a limpeza
- 106. Preocupa-se em agradar
- 108. Tem receio de cometer erros

PROBLEMAS SOCIAIS

- 25. Não se dá bem com outras crianças
- 33. Acha que ninguém gosta dele(a)
- 34. Sente-se perseguido(a)
- 35. Acha-se sem valor
- 38. Fazem pouco dele(a)
- 48. Os colegas não gostam dele(a)
- 57. Agride os outros
- 97. Ameaça os outros
- 103. Infeliz, triste
- 111. Isola-se

COMPORTEAMENTOS ESTRANHOS

- 2. Faz barulhos esquisitos na aula
- 20. Destrói as suas coisas
- 36. Magoa-se muito
- 44. Rói as unhas
- 46. Tem movimentos nervosos
- 62. Desajeitado(a)
- 70. Vê coisas que não se encontram presentes
- 79. Tem problemas da fala
- 84. Tem comportamentos estranhos
- 110. Aspecto pouco aseado

ANSIEDADE

- 9. Obsessões
 - 13. Confuso(a)
 - 15. Tem gestos de irrequietude
 - 17. Sonha acordado(a)
 - 45. Nervoso(a)
 - 46. Tem movimentos nervosos
 - 50. Medroso(a)
 - 52. Sente-se demasiado culpado(a)
 - 112. Preocupa-se muito
-

INVENTÁRIO DE DESEMPENHO ESCOLAR

(P. Sloper et al., 1990)

Segue-se uma lista de frases que descrevem as competências ou aquisições dos alunos nas áreas da leitura, escrita e matemática. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem o que este(a) aluno(a) é capaz de realizar, sem ajuda. Coloque um círculo à volta do **1** se, tanto quanto é do seu conhecimento, a descrição **for verdadeira**. Se a descrição **não for verdadeira**, ou só **em parte for verdadeira**, coloque um círculo à volta do 0.

LEITURA

1. Faz corresponder figuras de objectos comuns.....	0	1
2. Faz corresponder palavras com 5 ou menos letras	0	1
3. Reconhece o seu nome escrito	0	1
4. Lê 5 a 10 palavras	0	1
5. Reconhece e distingue rótulos ou nomes comerciais de produtos	0	1
6. Lê 25 palavras	0	1
7. Lê frases simples	0	1
8. Conhece a maior parte dos sons das letras	0	1
9. Lê livros simples	0	1
10. Lê palavras comuns como "Prigo", "Sada", "Entada", "Café", "Restaurante"	0	1
11. Lê palavras simples, através do conhecimento dos sons das letras.....	0	1
12. Lê sinais que contêm direcções como nomes de ruas	0	1
13. Lê e compreende uma linha de instruções.....	0	1
14. Lê elementos fonéticos complexos, como digrafos (ch, rr, lh, nh, ss)	0	1
15. Lê e compreende uma sequência de instruções como, por exemplo, receitas ou regras de um jogo	0	1
16. Lê livros e revistas por prazer.	0	1
17. Lê com compreensão para obter informação	0	1

ESCRITA

1. Segura o lápis e tenta fazer garatujas	0	1
2. Faz garatujas.....	0	1
3. Copia um círculo	0	1
4. Copia letras.....	0	1
5. Copia o nome próprio.....	0	1
6. Escreve o nome próprio.....	0	1
7. Escreve o nome próprio e o apelido	0	1
8. Copia uma frase simples com 4 ou mais palavras.....	0	1
9. Escreve uma frase simples com 4 ou mais palavras.....	0	1
10. Escreve o nome próprio e apelido, o endereço e o número de telefone	0	1
11. Escreve frases simples, ditadas	0	1
12. Escreve sem auxílio mais do que uma frase.....	0	1
13. Escreve pequenos bilhetes ou mensagens.	0	1
14. Escreve uma pequena carta	0	1
15. Preenche impressos	0	1
16. Escreve e endereça cartas	0	1
17. Escreve afirmações factuais breves, tais como descrições de acontecimentos	0	1

18. Escreve pequenos textos descritivos	0	1
19. Escreve textos imaginativos	0	1

MATEMÁTICA

1. Diferencia entre o maior e o menor conjunto de objectos.....	0	1
2. Identifica conjuntos com o mesmo número de objectos	0	1
3. Forma um conjunto com cinco objectos.....	0	1
4. Forma um conjunto com nove objectos	0	1
5. Acrescenta um objecto a um conjunto que lhe é apresentado	0	1
6. Retira um objecto a um conjunto que lhe é apresentado.....	0	1
7. Designa e faz corresponder os algarismos de 0 a 90.....	0	1
8. Escreve os algarismos de 0 a 9.....	0	1
9. Escreve os algarismos de 10 a 200.....	0	1
10. Adiciona números de 1 a 9, com o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos.....	0	1
11. Adiciona números de 1 a 9, sem o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos.....	0	1
12. Subtrai de números até 9, com o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos	0	1
13. Subtrai de números até 9, sem o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos	0	1
14. Adiciona números de 1 a 20, com o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos.....	0	1
15. Adiciona números de 1 a 20, sem o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos.....	0	1
16. Subtrai de números até 20, com o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos	0	1
17. Subtrai de números até 20, sem o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos	0	1
18. Adiciona números superiores a 20, sem o auxílio de materiais concretos ou de contagem pelos dedos.....	0	1
19. Subtrai de números até 50.....	0	1
20. Efectua multiplicações simples	0	1
21. Efectua divisões simples.....	0	1
22. Domina objectivos mais avançados do ensino da matemática		
Por favor especifique:		
.....		