

Aprendizagem e deficiência mental (**)

VÍTOR DA FONSECA (*)

1 — APRENDIZAGEM: CONDIÇÕES E MODELOS

A aprendizagem é efectivamente o comportamento mais importante dos animais superiores; em si, compreende a mudança de comportamento resultante da experiência. A aprendizagem, «grosso modo», constitui uma resposta modificada, estável, durável, interiorizada e consolidada no cérebro do indivíduo.

A aprendizagem põe em jogo, portanto, uma relação integrada entre o indivíduo e o seu meio, isto é, coloca uma relação inteligível entre condições externas e condições internas, ou melhor, desencadeia um processo sensorio-neuro-psicológico entre a situação (externa) e a acção (interna).

(*) Mestrado — pós-graduado — em Ciências de Educação, em Educação Especial e Dificuldades de Aprendizagem.

(**) Conferência apresentada na 3.ª semana dedicada à Criança Diminuída Mental (Outubro de 1979), organizada pela A. P. P. A. C. D. M. e adaptada para ser apresentada no «International Congress on Developmental Disabilities», organizado pela «The International Health Society», em cooperação com a Faculdade de Medicina de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental (Lisboa, Estoril, em Março de 1980).

De momento, e na base de investigações em vários campos, a aprendizagem envolve complexos processos neurológicos, nomeadamente: reacções químicas, actividades bioeléctricas, arranjos moleculares nas células nervosas e gliais, eficiência sináptica, redes interneuronais, metabolismo proteico, mielinização, ramificações dendríticas, etc. Noutra dimensão, aprendizagem compreende funções de descodificação, transdução, armazenamento, combinação, codificação, reforço, etc., que colocam a imediatividade da experiência social.

Vários autores, desde Pavlov, Thorndike, Tolman, Guthrie a Skinner, Hebb, Anokhine e muitos outros, foram introduzindo novos esclarecimentos sobre a aprendizagem humana, a que não escapa a dialéctica entre a Nature e a Nurture e entre a Filogénese e a Ontogénese.

Obviamente que aqueles autores nos ajudaram a ver os pontos comuns e não comuns da aprendizagem nos animais e no ser humano. No animal, a aprendizagem é arbitrária, circunstancial com um repertório restrito de comportamentos, quase sempre dependentes do instinto de sobrevivência. No ser humano, a aprendizagem é planificada, motivada, elaborada e avaliada, quase sempre dependente dos aspectos socio-históricos.

De facto, o ser humano não se limita a explorar ou a utilizar os recursos da Natureza como o primata. O ser humano, vai mais longe, inventa, recria e acrescenta algo à Natureza. Para além de compreender a Natureza, o ser humano transforma-a de acordo com a consciencialização das suas necessidades. Para isso, o ser humano evoluiu da acção com as mãos (*Homo Habilis*) à acção com as palavras (*Homo Sapiens*). Passou-se aqui um processo de transformação muito significativo. Transformou-se a informação sensorial num processo cognitivo, criou-se a linguagem interior e inventou-se o símbolo, produto mental, pelo qual o pensamento se exprime e organiza. Com o símbolo, o ser humano transmitiu a sua experiência e garantiu, assim, às novas gerações, a apropriação da experiência e da cultura.

Desta forma, verificamos que a aprendizagem é a base da evolução das gerações e do ser humano. Exige a observância de determinadas condições, quer socioculturais, quer neurobiológicas ou seja, a relação dialéctica entre o meio e a hereditariedade.

Ellis provou que a inteligência resulta da interacção entre genotipo (características inerentes ao indivíduo) e o fenotipo (grau de favorecimento do meio). As interacções diferenciadas com o meio, dependem objectivamente de características genéticas. Um potencial genético favorecido, evidencia uma maior activação enzimática que se sabe estar envolvida nas transmissões corticais (Rozenweig, 1961). A hereditariedade influencia a capacidade de aprendizagem, na medida em que está relacionada com o funcionamento bioquímico do cérebro.

O enriquecimento do envolvimento promove uma estimulação muito mais significativa do que a que ocorre nos envoltimentos pobres. Tal enriquecimento não é apenas em estímulos, mas igualmente em activação bioquímica através de uma maior variedade de enzimas neurológicos.

Com estes dados, tentámos caracterizar a aprendizagem nos seus invariantes funda-

mentais. A aprendizagem visa a utilização óptima de todos os recursos do indivíduo, quer interiores, quer exteriores, no sentido de maximizar o seu potencial adaptativo.

É evidente que a adaptação favorável requer uma «homeostasia» de variáveis neurobiológicas, socioculturais e psicoemocionais (Fonseca, V. da; 1979), onde ressaltam sinais de risco que podem afectar a aprendizagem. Em estudos epidemiológicos e etiológicos, várias condições têm sido apontadas como interferindo com o potencial de aprendizagem.

A aprendizagem normal e satisfatória dá-se quando determinadas condições de integridade estão presentes. Tais condições incluem funções do sistema nervoso (periférico e central) e também funções psicodinâmicas e sociodinâmicas. Numa situação ideal, a aprendizagem envolve um conjunto de sistemas psiconeurológicos subdivididos em três componentes de processamento (Fonseca, V. da; 1979): 1 — processamento sensorial; 2 — processamento cognitivo e 3 — processamento de conteúdo.

Os *sistemas de processamento sensorial* evocam as relações entre os sistemas neurosensoriais visuais, auditivos e táctilo-quinestésicos, que se relacionam e se integram em áreas específicas no cérebro, por níveis diferenciados; uns intrassensoriais, outros intersensoriais e integrativos.

Os *sistemas de processamento cognitivo*, põem em destaque a hierarquia da experiência diferenciada em quatro níveis:

- 1 — *Percepção* — Processo de conversão, selecção e interpretação das sensações;
- 2 — *Imagem* — Processo que diferencia a percepção da retenção, permitindo a relação com a sensação depois desta ter sido interrompida;
- 3 — *Simbolização* — Processo de reexperimentação de equivalência significativa e de representação interior da experiência;

4 — *Conceptualização* — Processo de classificação e de categorização da informação através de sistemas de agrupamento de atributos, que permitem a formação de conceitos e o acesso à abstracção e ao pensamento formal.

Por último, os *sistemas de processamento de conteúdo*, colocam em jogo a especialização hemisférica, condição antropológica básica da evolução, diferenciando as funções do hemisfério direito das do hemisfério esquerdo.

O hemisfério direito, responsável pelos *conteúdos não verbais*, realiza preferencialmente as seguintes funções:

— *Funções visuais*:

- localização de pontos em duas dimensões;
- enumeração de pontos e formas;
- reconhecimento de faces e de figuras sem significado.

— *Funções manuais* (táctilo-quinestésicas):

- reconhecimento de revelo (tipo Braille);
- reconhecimento de estruturas.

— *Funções auditivas*:

- sons da vida quotidiana;
- padrões melódicos.

Em compensação o hemisfério esquerdo tem sido considerado responsável pelos *conteúdos verbais*. Realiza, segundo Kimura (1973) preferencialmente, as seguintes funções:

— *Funções visuais*:

- reconhecimento de letras e palavras;

— *Funções manuais* (táctilo-quinestésicas):

- movimentos complexos;
- fala.

— *Funções auditivas*:

- reconhecimento de palavras;
- reconhecimento de sílabas.

É evidente que as funções são, por um lado intra-hemisféricas, mas por outro, inter-hemisféricas e integrativas. Em todos os produtos do comportamento humano, fala, movimento, etc. se verifica o corolário das co-funções hemisféricas, que no fundo caracterizam todas as realizações práticas e simbólicas especificamente humanas como sejam as aquisições da leitura e da escrita.

Depois de termos referido as condições ideais de aprendizagem, estamos agora, talvez, em situação para compreender os factores atípicos e desviantes do mesmo processo no âmbito da *deficiência mental* (DM), mas para isso, teremos que equacionar o conceito e as suas múltiplas e controversas perspectivas.

2 — DEFICIÊNCIA MENTAL

A Deficiência Mental (DM) é definida pela Associação Americana de Desenvolvimento Mental (ex-Associação Americana da Deficiência Mental — encontramos aqui uma expectativa mais positiva...) como: «a condição na qual o cérebro (órgão essencial da aprendizagem, o parêntesis é meu) está impedido de atingir um desenvolvimento adequado, dificultando a aprendizagem no indivíduo, privando-o, de ajustamento social».

Nesta «definição» surgem conceitos fundamentais: «desenvolvimento», «aprendizagem» e «ajustamento social», iniciando de certa forma, uma nova era quanto às expect-

tativas o que consequentemente acentua o enfoque educacional das definições de deficiência mental.

Não concordando com definições, pois normalmente são inúteis em termos de direitos humanos, não restam dúvidas que elas são necessárias para facilitar a comunicação, a investigação e a intervenção. A maioria

das definições são desnecessárias e potencialmente negativistas face às expectativas que criam.

Conscientes destes parâmetros, vejamos algumas classificações que evidenciam a variabilidade das significações do quociente intelectual (Q. I.) e as diferenciações pragmáticas dos próprios testes.

QUADRO I

«Níveis de deficiência mental segundo vários autores»

Kirk, 1972; Hewett e For- ness, 1974	Heber, 1961; Grossman, 1973	Dunn, 1973	NARC	APA	OMS
Slow learner ou borderline Q. I. (80-90)	Borderline (68-83)	Ligeiros (55-65 a 70-80)	Marginal- mente dependentes (50-75)	Ligeiramente DM (70-85)	Subnormali- dade ligeira (50-69)
Educáveis (50-55 a 75-79)	Ligeiros	Moderados (30-40 a 55-65)	Semi- dependentes (25-50)	Moderada- mente DM (50-70)	Subnormali- dade moderada (20-49)
Treináveis (30-35 a 50-55)	Moderados (36-51)	Severos (15-25 a 30-40)	Dependentes (< 25)	Severamente DM (0-50)	Subnormali- dade severa (0-19)
Dependentes ou profundos ($< 25-30$)	Severos (20-35) Profundos (< 20)	Profundos ($< 15-25$)			

NARC — National Association for Retarded Citizens.

APA — American Psychiatric Association.

OMS — Organização Mundial de Saúde.

Noutro exemplo de Sloan e Birch, 1955, a preocupação centra-se no nivelamento do comportamento adaptativo, revelando aspectos de maturação, desenvolvimento, educação e ajustamento social (Quadro II).

Desde Esquirol, Ireland, Pinel e outros até Zazzo, Ienhleder, Luria, Zigler, Doll e tantos outros, os termos descritivos da D.M. procuraram compreender a natureza do problema. É interessante notar que os termos e as classificações iniciais encerravam certos estigmas e certos critérios sociais que

encontramos em designações como «idiota», «imbecil», «cretino», «anormal». Mais tarde, superaram-se as estigmatizações e as descrições subjacentes a critérios de superioridade e entrou-se numa nova dimensão, começando por aceitar o problema, tentando explicá-lo o mais objectivamente possível. Chegou-se à conclusão que a D.M. apresenta um ritmo e uma atipicidade de desenvolvimento e de maturação, onde se verificam evoluções conceptuais mal controladas, para além de problemas de atenção selectiva e de auto-

QUADRO II

«Níveis de comportamento adaptativo» (Sloan e Birch, 1955)

	Idade pré-primária (0-5) Maturação e desenvolvimento	Idade escolar (6-21) Educação e treino	Adulto (21) Ajustamento social
LIGEIRO (mild)	<ul style="list-style-type: none"> • Pode desenvolver aquisições de comunicação e de sociabilidade; • Atraso mínimo nas áreas sensorio-motoras; • Não se distingue da criança normal, senão numa idade mais avançada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode aprender aquisições académicas até ao 6.º ano (6th grade); • Não pode aprender assuntos de nível secundário; • Precisa de E. E. aos níveis de ensino secundário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de ajustamento social e vocacional; • Precisa frequentemente de supervisão perante situações económicas e sociais sofisticadas.
MODERADO (moderate)	<ul style="list-style-type: none"> • Pode aprender a falar e a comunicar; • Reduzida consciência social; • Desenvolvimento motor satisfatório; • Pode beneficiar de treino nas áreas de auto-suficiência; • Pode ser orientado com uma supervisão moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode aprender aquisições académicas funcionais até ao 4.º ano de escolaridade, se integrado em E. E. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apto para ocupações qualificadas; • Precisa de orientação em situações que exijam o mínimo de aquisições.
SEVERO (severe)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento motor pobre; • A fala é mínima; • Não beneficia do treino nas áreas da auto-suficiência; • Poucas aquisições na área da comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode falar ou aprender a comunicar; • Pode ser treinado nos hábitos de higiene; • Não aprende as aquisições académicas funcionais; • Beneficia de hábitos de treino sistemático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode contribuir parcialmente em tarefas completamente supervisionadas; • Pode desenvolver comportamentos de auto-protecção em envoltórios controlados.
PROFUNDO (profound)	<ul style="list-style-type: none"> • Grande atraso; • Capacidades mínimas para funcionar nas áreas sensorio-motoras; • Necessita de cuidados maternos (nursing care). 	<ul style="list-style-type: none"> • Regista-se algum desenvolvimento sensorio-motor; • Raramente beneficia de treino na área da auto-suficiência; • Necessita de cuidados permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algum desenvolvimento motor e da fala; • Incapaz de automanutenção; • Precisa de cuidados e de supervisão permanentes.

-regulação de condutas, onde o meio joga um papel fundamental, aceitando ou rejeitando comportamentos adaptativos, que são ou não «normalizados» ou «padronizados». Nos nossos dias o *direito de ser diferente*, é também visto como um direito humano, que passa naturalmente pela análise crítica dos critérios sociais que impõem a reprodução e a perseveração de uma sociedade (e de uma escola) baseada na lógica da homogeneidade e em normas de rentabilidade e eficácia, que tendem facilmente a marginalizar e a segregar quem não acompanha as exigências e os ritmos sofisticados.

No futuro, o desafio está em garantir a *todos* a igualdade de oportunidades sociais e educacionais. As apostas e as expectativas deverão ser positivas, pois devem acentuar a originalidade, a variedade e a heterogeneidade da pessoa humana, elevando ao máximo possível o seu potencial intraindividual e promovendo, conseqüentemente, a integração social de *todos* os cidadãos sem exceção.

As perspectivas sobre a D. M. têm sido várias, todas elas com aspectos ricos de análise e estudo. A *perspectiva psicanalítica* proposta por Freud, confere ao inconsciente um papel determinante. A *perspectiva médica*, proposta por Kraepelin, Szasz, Ausubel e outros, acentua os factores causais, como por exemplo, genéticos, orgânicos, metabólicos, cromossômicos, perinatais, etc. A *perspectiva moral*, proposta por Mowrer é baseada na culpabilidade resultante das transgressões morais. A *perspectiva humanista*, proposta por Rogers, Maslow e May, baseia-se no autoconceito (self-concept), na incongruência, no comportamento defensivo e desorganizado do indivíduo, que no fundo, advém da insatisfação de necessidades da pessoa humana. A *perspectiva social* não pode deixar de equacionar problemas políticos e valores sociais impostos, valores esses diferentes de sociedade para sociedade. Algumas sociedades, como em África, exigem aptidões para caçar. Outras, como as so-

iedades capitalistas, exigem capacidades cognitivas, tendo em atenção a tecnologia avançada, baseada no individualismo e na competição, que mais não são do que conteúdos moralistas e racionalistas camufladores de privilégios e obrigações de umas classes para com outras.

Embora o termo de D.M. seja de origem médica e explicado em termos de sintomas, síndromas e desordens, o que está por trás, são critérios sociais.

Utiliza-se um critério social, mas assumem-se acções médicas curativas e correctivas. Em resumo, a D.M. sendo um termo de origem médica é definido por critérios não médicos, isto é, por critérios éticos, morais, legais, psicossociais, etc.

Estamos em presença de problemas ideológicos, económicos e políticos. A classificação da D.M., em muitos casos, tem sido um modelo disciplinar contra as pessoas das classes mais desfavorecidas, muitas vezes a favor da quietude e da autoridade da sociedade burguesa. Frequentemente, o hospital finaliza a tarefa social, quando o comportamento da pessoa não é conforme com os valores sociais instituídos e dominantes.

Os D.M. têm sido *esquecidos*, são em certa medida *exilados da própria família*, onde podem confluir valores e aspirações sociais ambíguas.

Numa *perspectiva educacional*, que na sua essência constitui a intenção deste meu trabalho, a exclusão social tem de ser combatida em todas as frentes com perseverança. Como evoca M. Foucault, nenhum avanço médico, nenhuma dimensão humanitária foi responsável pelo progressivo afastamento e isolamento dos D.M. Os D.M. não podem continuar a ser «aprisionados» e «oprimidos»; como cidadãos que são, têm os mesmos direitos e devem ter acesso às mesmas oportunidades.

A escola e a sociedade, não podem continuar a «manufacturar a loucura» e a inadaptação social. A D. M. é um mito, cuja

função fundamental é encobrir o conflito moral e social das relações entre as pessoas.

Mais profundamente, como defendem Ullmann e Krasner, teremos de diferenciar as etiologias da D.M. em: orgânicas e psicodinâmicas. Uma relacionada com problemas bioquímicos (Kety, 1959), outras com problemas genéticos (Kallman, 1953). Outras ainda, e essencialmente, com problemas sociais e culturais.

O «stress» contínuo da vida competitiva actual e a luta desenfreada e inconsequente pelo poder e pelas «colocações», constituem pressões que estão na base dos padrões de realização e afirmação social. Padrões que são reproduzidos e transmitidos ao abrigo de códigos de adaptação discrepantes, pre-determinantes, e mesmo até, desumanizados.

A D.M. ocorre mais vezes nas classes sociais desfavorecidas do que nas classes favorecidas, como provaram lapidarmente os estudos de Masland. Por outro lado, a D.M. está igualmente associada a complicações de gestação (Mac Maun e Sowa, 1961) e a acidentes neonatais e perinatais mais frequentes nas classes pobres (Baird, 1960).

A D.M. depende, segundo o estudo epidemiológico e etiológico de Illsey e Fairweather, 1965 de: condições de desenvolvimento, condições socio-económicas, condições de higiene, condições patológicas familiares, condição socio-cultural da mãe, etc. Como acabamos de ver, a incidência dos factores sociais é marcante.

Educacionalmente e socialmente, cabe ao adulto a criação de um envolvimento estimulador adequado, que permita a edificação do desenvolvimento psicobiológico harmonioso caracterizado por: suporte afectivo, condições de desenvolvimento emocional, lúdico e motor, facilidades de exploração do meio físico e social, relação e interacção consistente entre o adulto e a criança para a maturação da linguagem e para a apropriação das aquisições de socialização.

Os factores biológicos e sociológicos assumem uma importância dialéctica, no entanto

segundo Masland, 1958, Penrose, 1954, Knobloch e Pasamanick, 1962, as aberrações cromossómicas e genéticas contribuem apenas com uma pequena percentagem para os casos da D.M., comparadas com outros factores biológicos, sociais e envolvimentoais, antes e depois do nascimento. Segundo Apgar, existem cerca de 200 causas diferentes da D.M., e dentro delas, a percentagem pesa para o lado dos factores exógenos.

As condições socioculturais e a qualidade de vida influenciam profundamente as funções psicobiológicas, que na ausência de uma lesão cerebral, de deficiências hereditárias ou de lesões perinatais, participam significativamente nos níveis de adaptação social.

Num estudo de James Spence que abrangeu 1000 famílias, chegou-se à conclusão que muitas das desordens são expressão do envolvimento familiar. Dentro delas destacou as seguintes: 1 — encontram-se mais D.M. em famílias numerosas; 2 — verifica-se que a fecundidade é mais elevada nos grupos sociais desfavorecidos; 3 — constata-se a tendência para os filhos de mães idosas serem mais desfavorecidos intelectualmente; 4 — observa-se que os filhos mais novos de uma família numerosa tem tendência mais acentuada de D.M., etc.

O reflexo dos factores envolvimentoais, como a miséria, a pobreza e o analfabetismo, são extremamente relevantes, nomeadamente no que concerne às atitudes da maioria das pessoas. Em vários estudos de atitudes face à D.M. constatou-se que os comportamentos dos deficientes irritam, incomodam, perturbam a normalidade social.

É sintomático que a observância da relatividade cultural que envolve o problema esconde factores éticos difíceis de objectivar mas que não deixam de se ver em inúmeras disposições legais.

O estudo da D.M. exige a análise da constelação de imensos factores, nomeadamente: ecológicos, sociopolíticos, socioprofissionais, sociofamiliares, médico-sociais (assistência

ao parto), nutricionais, higiênicos, migracionais (desqualificação socioprofissional dos meios rurais), industriais (intolerância aos D.M. nos meios urbanos), laborais, vocacionais e escolares.

A desigualdade de oportunidades deve ser inicialmente combatida, como medida de prevenção. Sabe-se que o desenvolvimento intelectual de crianças de origem social desfavorável em comparação com crianças de origem social favorável é muito mais pequena no início do que no fim da escolaridade primária. Aqui a escola e as estruturas materno-infantis, deverão equipar-se para compensar as diferenças sociais, como meio de consolidação da democratização social, cultural e económica. A prevenção e o aligeiramento das diferenças sociais não podem ser negligenciadas, pois não se pode esquecer que desde o nascimento até à entrada para a escola, se dão as mais significativas transformações psicobiológicas. Nos primeiros anos, o desenvolvimento requer condições adequadas de estimulação e segurança, que, uma vez não satisfeita, vão interferir no desenvolvimento cognitivo da criança.

Ambientes sociofamiliares que não satisfaçam funções de imitação, de interacção linguística (ou melhor, interacção pergunta-resposta que origina a discriminação, a compreensão auditiva e a expressão verbal, base segundo Hess, 1965, da experiência colaborativa entre a mãe e o filho), podem pôr em risco o desenvolvimento intelectual. Martin Deutsch, 1963, Bernstein, 1965 e 1979, provaram que a aquisição da linguagem impõe um investimento afectivo e um investimento de tempo específicos, que permitam a ocorrência de sistemas de encorajamento, facilitação, correcção, etc. A linguagem que as crianças de origem social baixa utilizam, é caracterizada por padrões de linguagem pouco complexos e normalmente agramaticais, cujo reflexo se faz sentir em todo o desenvolvimento cognitivo.

O problema da D.M. não se resolve nem com piedade e paternalismos provincianos, nem com medos e autopunições irracionais. A D.M. não é uma doença mas sim uma condição, que em termos humanos deve ser respeitada a todos os níveis. Medidas políticas são urgentes para lançar mão a atitudes de prevenção e a processos de planificação, sociocultural e médico-social, para, efectivamente, desencadear condições do desenvolvimento social integrado.

A percentagem de mortalidade infantil; de prematuridade; de doenças epidémicas e infecciosas; de bronquite, pneumonia e tuberculose; de *doenças reumáticas*; de *úlceras e cancro no estômago*, etc., são mais frequentes nas classes sociais desfavorecidas, como constataram Susser e Watson, 1962, e é evidente que aquelas condições, que originam a maior incidência daqueles doenças, também se reflectem no potencial intelectual das populações.

Outras variáveis são importantes. A raça e os grupos étnicos acusam outros índices susceptíveis de reflexão. Os negros dos Estados Unidos da América do Norte e da África do Sul, comparados com os brancos, têm medidas de saúde mais baixas. Grupos minoritários (porto-riquenhos, mexicanos, índios, etc.) têm taxas mais elevadas de mortalidade infantil. Haverá alguma correlação destes aspectos com a problemática da D.M.?

Richardson avança com outras variáveis importantes relacionadas com a D.M.:

- 1 — elevada paridade;
- 2 — superpopulação;
- 3 — concepção prenupcial;
- 4 — ilegitimidade;
- 5 — higiene deficitária;
- 6 — lares desintegrados;
- 7 — empregos desumanos;
- 8 — abandono afectivo;
- 9 — privação de estimulação;

- 10 — patologia familiar (quer orgânica, quer social);
- 11 — rubéola, diabetes, toxémia, radiação, incompatibilidade de Rh;
- 12 — «tabus», «mitos», «preconceitos», etc.

Bridges e Coler, 1971, colocam, dentro desta linha de simples enumeração, outros factores familiares que afectam o nível de saúde e de inteligência das crianças, e obviamente se reflectem ao nível da D.M.:

- 1 — ausência de cuidados maternais;
- 2 — más condições estruturais de habitação (espaço rudimentar, ausência de espaços de exploração, de higiene, etc.);
- 3 — fraco e deficiente envolvimento humano;
- 4 — relações interfamiliares frustradas;
- 5 — pouco tempo de interacção pessoal mãe-filho, adulto-criança;
- 6 — fraco índice nutricional;
- 7 — arranjos arbitrários dos quartos de dormir («sleeping arrangements»).

Dogmas sociais e religiosos, sistemas de castas, níveis de aspiração (Oscar Lewis — «Children of Sanchez»), efeitos da post-industrialização ou da pobreza da região (Candill, 1961), isolamentos geográficos, meios suburbanos superpovoados, grandes taxas de desemprego, insegurança económica crónica, ostracismo social, baixo nível de alfabetização, ausência de oportunidades culturais, inexistência ou crise de modelos, etc., são outros factores que se repercutem na D.M.

A variável *classe social* está, como não podia deixar de ser, altamente relacionada com problemas de D.M., e também com problemas de dificuldades de aprendizagem, abandono da escola, desordens psiquiátricas

e com a delinquência juvenil. Negar estes aspectos é assegurar um simplismo e um obscurantismo que urge desmistificar. Não esquecendo, claro, a ocupação do pai, o salário familiar e o nível de instrução dos pais.

Zazzo constatou que o nível médio de inteligência se eleva com o estatuto socioeconómico, o que explica o maior «recrutamento» de D.M. nos meios sociais mais desfavorecidos. Gilly e Vigier mostraram que em todos os estatutos socioeconómicos se encontram todos os níveis de inteligência, só que a proporção varia: encontram-se QIs mais elevados nos altos estatutos e encontram-se QIs mais baixos nos baixos estatutos sociais. Apgar e Beck, por outro lado, noutra investigação, encontraram a D.M. moderada em maior número em famílias pobres e com baixo nível de instrução, enquanto encontraram distribuídas mais equilibradamente por todos os grupos sociais, as formas mais severas de D.M.

Esta panorâmica inconclusa da D.M. mostra claramente a relatividade cultural do problema e a dialéctica entre os factores biológicos e hereditários e os factores sociais e envolvimento. O esforço em termos educacionais, deve centrar-se numa *integração dos D.M. nos envoltimentos menos restritivos* em paralelo com uma luta contra a pobreza e contra a desigualdade de oportunidades, que deverão ser da responsabilidade dos serviços públicos.

Como iniciar a intervenção? Como vamos combater a lógica da homogeneidade e como vamos facilitar a adaptação a uma sociedade heterogénea, que cada vez mais tem de aceitar a variedade e a atipicidade humanas? Que fazer para que os D.M. possam crescer ao lado dos outros?

Em seguida e apenas dentro do âmbito da minha especialidade, tentarei equacionar algumas medidas de intervenção essencialmente de ordem educacional.

3 — INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL (D.M.)

3.1 — *Prevenção da D.M.*

Segundo Bartram (1974), é possível reduzir em 50 % a incidência da D.M. se for aplicado o conhecimento actualmente disponível.

Desde a educação sanitária que cobre os problemas relacionados com a saúde das populações, bem como com o risco de mães muito jovens ou com idade superior a quarenta anos, passando pelas medidas do aconselhamento genético, do diagnóstico pré-natal, e pelo planeamento familiar, como também pelo combate ao analfabetismo funcional, até às medidas de vacinação (rubéola) e identificação precoce (desordens genéticas e metabólicas como a fenicetonúria, para além da detecção de galactosémias, de anemias, etc.) incluindo ainda a prevenção de problemas resultantes de malnutrição, radiações, envenenamentos, factor RH, imunizações, acidentes, infecções intra-uterinas, «abusos de crianças», etc., tudo são medidas exequíveis num plano de cobertura médica integrada. Dentro desta linha, não escapa uma nova atitude face ao aborto e à amniocentese, enquadrados necessariamente por uma luta de direitos humanos, de bem-estar social e de defesa da qualidade de vida.

Um pouco de prevenção vale mais do que muita terapia. Com efeito, a aplicação e a implementação de medidas preventivas com ampla cobertura médico-social de toda a população sem quaisquer segregações ou discriminações, pode aligeirar e reduzir significativamente a incidência da D.M.

A luta contra a ignorância é obviamente essencial a todos os níveis. Ninguém se pode esconder subtilmente em manipulações que passam pela exploração e abuso da ignorância das comunidades. A prevenção da D.M. passa pela satisfação das necessidades básicas sociais e pela manutenção de acções

de informação e formação dos diferentes grupos sociais, atendendo essencialmente aos mais desfavorecidos onde a incidência da D.M. ocorre com mais frequência, dadas as suas condições de vida.

Toda a *comunidade* deve estar envolvida na prevenção da D.M., visto estar em causa a sua própria integridade e natureza. O potencial de uma nação não pode negligenciar medidas preventivas de rotina que se projectam num serviço de saúde integrado, coordenado e demograficamente proporcionado. Cabe aos centros de saúde grande parte da responsabilidade de dinamizar sistematicamente tais acções preventivas mínimas.

Outro sector da prevenção cabe à *informação* e aos seus órgãos. A mudança de atitudes e de valores que envolvem o conceito de deficiência compreende em muitos aspectos: resistências, objecções, superstições e escrúpulos, muitas vezes resultantes da falta de esclarecimento das populações. Os jornais, a rádio e a televisão têm grande responsabilidade neste processo. A elaboração de meios audiovisuais didácticos como diaporamas, videos, bandas desenhadas, panfletos lexicovisuais ou filmes esclarecedores e comentados por agentes de saúde pública coadjuvados com professores ou animadores, poderiam ser outras das medidas a criar. Equipas e brigadas, poderiam cobrir, em itinerância, centros culturais, casas do povo, sindicatos, clubes desportivos, centros paroquiais, escolas, centros de alfabetização, locais de trabalho, municípios, etc.

A mudança de atitudes e de condutas face à D.M. implica uma reconceptualização e um reexame dos preconceitos sociais, que devem ser investigados e conhecidos. Tais medidas de prevenção, também necessárias e urgentes, devem ser coordenadas a nível de serviços e de técnicos, adoptando, no concreto, processos de anti-segregação que combatam atitudes sociais estereotipadas, obstrucionistas e cada vez mais obsoletas numa sociedade justa e humanizada.

A prevenção combate-se com a investigação e com a aplicação de medidas médico-sociais e socioculturais elementarmente planificadas, controladas e avaliadas nas próximas gerações. As actuais gerações de deficientes requerem outras intervenções que se deverão guiar pelo princípio da *exclusão-zero*, quer na educação, quer no trabalho e na ocupação dos tempos de lazer.

3.2 — *Identificação precoce da D.M.*

A identificação precoce sistemática é uma condição imprescindível da intervenção, não só porque evita problemas futuros como tende a eliminar condições que agravam o desenvolvimento.

A identificação precoce necessita de ser implementada nos centros de saúde, o que pressupõe uma sensibilização aos problemas de desenvolvimento global da criança. A detecção precoce não pode ser banalizada ou negligenciada. De acordo com investigações conduzidas, conhecem-se hoje *sinais de risco e de advertência* em vários aspectos do comportamento da criança, quer no domínio das funções receptivas, quer integrativas e expressivas.

A identificação nos primeiros tempos da maturação pode permitir a prescrição de programas de estimulação, de reabilitação, de desenvolvimento e de reforço, que devidamente e sistematicamente orientados poderão salvaguardar a integridade do potencial de aprendizagem. Desta forma a maximização do potencial é variável, na medida em que está em jogo uma maior plasticidade adaptativa das estruturas e funções do desenvolvimento humano.

Por outro lado a identificação precoce constitui, ao contrário do que muita gente advoga ou ignora, uma redução dos custos ao nível familiar e público. Trata-se de uma alternativa para os países de fracos recursos ou de recursos inadequadamente geridos,

caso contrário as despesas crescem em espiral.

A identificação precoce permite ainda o conhecimento, o controlo e a facilitação de factores de desenvolvimento, quer motores, quer linguísticos, perceptivos, cognitivos e socioemocionais.

A identificação precoce visa tirar proveito da fase de aceleração da mielinização que ocorre nos primeiros momentos do desenvolvimento humano, segundo uma hierarquia de operadores neuronais e de conexões intra e interneurosensoriais.

A não intervenção em períodos sensíveis, fundamentalmente em crianças em risco, pode acumular efeitos mais tarde irrecuperáveis — daí a sua premência.

A identificação precoce (*screening*) não é um diagnóstico, nem com ele deve ser confundido. Este exige um estudo aprofundado e rigoroso normalmente praticado com pessoal especializado e com recursos sofisticados e dispendiosos. Aquela exige uma observação cuidada e criteriosa, normalmente realizada com pessoal não especializado e com recursos económicos mais eficazes. A identificação deve ser praticada ao nível das massas e dos grandes grupos, o diagnóstico centra-se a um nível mais restrito.

A identificação precoce visa ou deve visar uma intervenção precoce. Não basta identificar e etiquetar, é necessário prescrever e intervir rápida e eficientemente, daí a urgência de *Programas Precoces de Facilitação do Desenvolvimento (P. P. F. D.)*.

A identificação precoce representa em certa medida uma reinterpretación dos instrumentos de avaliação e de categorização, que em muitas práticas resvalam para instrumentos de selecção e de segregação. A identificação precoce não pode ser mais uma forma de rotulação que implica com o problema das expectativas interindividuais e sociais, que significativamente interferem na dialéctica da facilitação-inibição do desenvolvimento.

Através da aplicação de medidas de identificação, despistagem e detecção chegamos a escalas de desenvolvimento globais que permitem obter perfis intraindividuais, perfis esses mais concomitantes com acções de intervenção educacional ou terapêutica. Inúmeras escalas são hoje adoptadas em centros de saúde, creches, jardins de infância e que no âmbito da D. M. são mais cruciais como é óbvio. Dentro dessas escolas conhecem-se e aplicam-se as seguintes: Índice de Apgar, Escalas de Desenvolvimento de Stycar (Sheridan), Escala Neonatal de Brazelton, Exame Neurológico de Preeht, Teste PKU (fenilcetonúria), Escalas Predictivas de Desenvolvimento de Griffiths, etc.

Cabe aos obstetras e aos pediatras o controlo dos factores pré, peri e neonatais, não exclusivamente orgânicos e vitais, mas também sensorio-motores, perceptivo-motores, linguísticos, psicomotores, cognitivos e socioemocionais, naturalmente coadjuvados mais tarde, com psicólogos do desenvolvimento (ou psicobiólogos) e outros técnicos particularmente envolvidos no processo do desenvolvimento humano precoce.

Os estudos de desenvolvimento humano, são unânimes em considerar certos períodos óptimos de maturação, preferencialmente situados nos primeiros anos de vida. As privações e as restrições nos primeiros momentos podem estar associadas a défices evolutivos irreversíveis e a distorções funcionais e estruturais. Aqui mais uma vez se evidencia a importância da identificação precoce, que claramente permite situar o perfil apropriado e harmonioso dos comportamentos que caracterizam as primeiras fases de desenvolvimento.

As observações logo após o nascimento, na primeira semana, no primeiro mês e no primeiro ano são de uma importância vital para a detecção de sinais de risco.

A sequência do desenvolvimento humano é essencial para a compreensão da metamorfose do ser humano normal ou atípico.

De facto, se a sequência do desenvolvimento é indispensável para o conhecimento da evolução do ser humano, ela é porém imprescindível e fundamental para quem trabalha com deficientes mentais dependentes e multideficientes.

A precisão da avaliação neonatal e a detecção de atrasos de desenvolvimento, constituem hoje instrumentos essenciais de prevenção da D. M. Não se devem alimentar atitudes negligentes como por exemplo: «passa com o tempo»; «não é nada, cada um desenvolve-se à sua maneira»; «Não se preocupe»; «deixe lá que a criança logo aprenderá» ou «é preciso dar tempo ao tempo».

Quanto mais precisa e eficaz for a identificação, tanto mais perfeita pode ser a intervenção. As imperfeições numa, tendem a prejudicar a outra, daí a relação dialéctica e o cuidado de investigar os dois parâmetros reciprocamente dependentes, pois só assim podemos maximizar as oportunidades de desenvolvimento.

A educação de uma criança D. M. começa após o nascimento. Não se pode aguardar 5 a 6 anos para se encaminhar e orientar uma criança deficiente. Não podemos perder tempo. É preciso ver, identificar e intervir. Neste aspecto sou dos que acreditam que é melhor fazer alguma coisa do que não fazer nada. No campo da Educação Especial não há tempo a perder desde o nascimento.

A rotina rigorosa dos processos de observação e avaliação é urgente para adoptar uma prevenção da D. M. Por outro lado, a continuidade da avaliação e os estudos longitudinais (*follow-ups*) dos casos em risco, que são 5 % a 10 % dos nascimentos, exigem um aprofundamento dos instrumentos de identificação, transformando-os então em observações mais subtis, especializadas e permanentes, ao contrário de observações ou avaliações meramente episódicas, com todos os perigos que tais condições evocam.

A identificação precoce é uma face da «moeda», enquanto a outra face se consubs-

tância na intervenção precoce compensatória, pois desta forma mais facilmente se podem promover oportunidades e situações de crescimento e desenvolvimento harmonioso.

No âmbito da intervenção precoce os instrumentos não são férteis e as práticas pouco frequentes. Neste domínio continuamos à procura de respostas, que naturalmente só poderão ser materializadas na base da investigação multidisciplinar.

3.3. — *Papel dos pais*

Em inúmeros estudos se tem evocado o papel dos pais como um dos aspectos cruciais da integração de crianças deficientes. Os estudos têm sido ricos em sugestões, mas a implementação concreta e objectiva de medidas preventivas indispensáveis está muito longe de ser abordada.

Há que envolver os pais no processo de integração, visto que são os primeiros agentes da intervenção educacional. É recomendável que os pais sejam vistos como co-terapeutas, como primeiros educadores por excelência. A sua acção, obviamente coadjuvada por educadores e por especialistas, em equipas multidisciplinares, deve constituir um dos primeiros objectivos de um programa de integração. O esclarecimento, as informações, as atitudes e inclusivamente a demonstração prática de meios de reabilitação, podem constituir um primeiro alvo a atingir neste capítulo. A falta de «preparação» ou de «cultura» (?) não podem ser desculpas para não integrar os pais num programa precoce de integração.

Evitar as tradicionais atitudes de Censura, Compaixão, Conformismos, de Culpaabilização (os «cs») e outras mais complexas, como a indignação, a imobilização ou o conformismo determinista e destrutivo, através da promoção e animação de medidas de consciencialização realista, são meios de combate a atitudes de resignação e de inér-

cia que urgem implementar nos centros de saúde e em campanhas de informação e de prevenção nas unidades de saúde e de desenvolvimento.

Sabe-se que a aceitação deste problema é lenta e demorada, implicando por isso mesmo medidas perseverantes de esclarecimento e não apenas medidas intermitentes ou episódicas.

Em muitos e variadíssimos casos, os pais conhecem profundamente as necessidades dos seus filhos, mesmo sem terem formação técnico-pedagógica. É preciso ouvi-los e compreendê-los. A sua consulta e contacto constantes terão de ser características indispensáveis das prioridades programáticas de integração.

Raramente os deficientes mentais recebem o que necessitam. *Até surgir o milagre da cura, a educação continua e continuará a ser a primeira terapia.* Por aqui podemos reconhecer a relevância da intervenção dos pais, o que por si só justificaria a criação de uma Escola de Pais de Crianças Deficientes, para além de espaços e tempos nos *mass-média*. Em nenhuma circunstância se pode desencorajar a participação dos pais.

Aqui parece-me conveniente eliminar as concepções erradas sobre a vida familiar que se vêem exploradas em demasia, em muitos relatórios médico-psicopedagógicos, com explicações conclusivas e acriticamente envolventistas, sobre os problemas familiares das crianças.

Recomenda-se que cada vez mais os professores saibam lidar com os problemas familiares e com problemas de puericultura e de desenvolvimento infantil. A formação neste âmbito parece-nos inevitável. Neste campo da educação os professores têm que lidar mais frequentemente com crianças que não se controlam higienicamente, não se vestem, não comem independentemente, etc.

Disseminar aos pais a informação disponível é outro dos aspectos a encarar, para

além de estimular a investigação em programas familiares piloto rigorosamente avaliados quer em aspectos afectivos quer criativos e multissensoriais.

A hostilidade entre pais e técnicos é prejudicial para as crianças. Os adultos deverão dialogar, cabendo aos técnicos a compreensão pelos problemas dos pais. Os pais querem ser ouvidos pelos técnicos no que diz respeito às prioridades da criança e quanto à planificação do seu futuro. Não basta equacionar a educação de crianças deficientes, é necessário planificar a idade adulta e até mesmo a terceira idade. Enquanto os pais vivem, esse problema, com mais ou menos sacrifício, é assumido pelos pais, mas depois como será? Quem tranquiliza os pais face a este problema? É lícito portanto, que os pais em conjunto com técnicos planifiquem o futuro dos seus filhos, claro está, com a cobertura das responsabilidades que aqui cabem infalivelmente às autoridades, nomeadamente no que toca a uma política de segurança social específica (subsídios, pensões, cuidados médico-sociais, etc.).

Os pais estão prontos a aceitar extra-responsabilidades. É preciso aproveitá-las convenientemente e lucidamente. Não podemos esquecer que quer em Portugal, quer noutros países, tem cabido à Associação de Pais, os primeiros esforços na criação de serviços e de legislação adequada. Mesmo até no plano pedagógico, verificamos que muitos pais estão mais conscientes das necessidades específicas dos seus filhos do que muitos técnicos formados à pressa .

É vasto e diferenciado o papel dos pais. O seu apoio e estimulação para além da sua função, exigem da parte do Estado, a facilitação de programas de informação, formação e intervenção, na medida em que os resultados de investigações levados a efeito, provam a importância e a relevância das condições familiares no processo do desenvolvimento integral da criança deficiente mental.

3.4 — *Curriculos e programas de intervenção pedagógica*

Em muitos manuais e dicionários se encontram afirmações desencorajadoras sobre a educação das crianças D. M. Por exemplo, num dicionário de medicina francês de 1940 encontramos a seguinte frase: «é inútil combater a idiotia». Noutros estudos vamos encontrar igualmente associações abusivas como a seguinte: «Os D. M. são parasitas e predatórios. Eles constituem uma ameaça. Os do sexo masculino tendem para a criminalidade. Os do sexo feminino tendem para a imoralidade.»

Educacional e socialmente é preciso acreditar nas possibilidades dos D. M. Não os devemos excluir das acções sociais triviais. A lei não pode perpetuar a sua situação humilhante. Os D. M. podem adquirir aquisições muito complexas. Muito há a fazer no âmbito da ciência do ensino.

Toda a criança D. M. pode aprender.

A aprendizagem ao contrário do que pensam muitos responsáveis, não depende só das *condições internas* inerentes ao indivíduo que aprende, ela constitui o corolário do equilíbrio de tais condições internas (de aprendizagem) com as *condições externas* (de ensino), inerentes ao indivíduo que ensina. Como Piaget nos ajuda a compreender, a adaptação a situações exige um equilíbrio e uma organização entre os processos de assimilação (do exterior para o interior) e de acomodação (do interior para o exterior).

A *aprendizagem sequencializada*, baseada em avaliações específicas individualizadas e em programações curriculares na base dos princípios científicos do desenvolvimento, pode fazer autênticos milagres. A implementação sistemática de processos de modificação de comportamento encadeados por aproximações sucessivas de dificuldade e a aplicação de teorias de aprendizagem humana. (Hull, Guthrie, Hebb, Anokhine, Skinner, etc.), bem como a adopção da *análise de tarefas*, e de *objectivos baseados de*

acordo com o potencial de aprendizagem do educando, podem produzir efeitos imprevisíveis em termos de aprendizagem. A aprendizagem é o reflexo do ensino. A qualidade de uma é o produto do outro. A otimização da aprendizagem subentende a otimização dos recursos humanos e didáticos do ensino.

Os currículos a criar terão de assentar em teorias do desenvolvimento (Sheridan, Piaget, Wallon, Myklebust, Khepart, Beuton, Ausubel, etc.) e não em especulações filosóficas. O currículo, não podendo ser um livro de «receitas», deve conter as bases científicas do desenvolvimento, não esquecendo, como Itard, a importância dos períodos críticos.

O conhecimento detalhado e pormenorizado das sequências de desenvolvimento em várias áreas é imprescindível. Vejamos a título informativo as áreas de desenvolvimento mais importantes, segundo vários autores:

1 — Sheridan

- Aquisições motoras globais
- Aquisições visuo-motoras
- Aquisições auditivo-verbais
- Aquisições sociais

2 — Gunzburg

- Autosuficiência
- Comunicação
- Ocupação
- Socialização

3 — Myklebust

- Comportamento pessoal-social
- Coordenação
- Orientação
- Compreensão auditiva
- Linguagem falada

A intervenção precoce nestas áreas do desenvolvimento é uma forma de prevenção. As situações a criar e os materiais a desenvolver podem constituir uma ajuda importante, facilitando aos D. M. a aquisição de comportamentos funcionais e adaptativos.

Na intervenção várias fases poderão ser respeitadas:

- 1 — Identificação
- 2 — Implementação do currículo
- 3 — Avaliação do progresso
- 4 — Adopção do sistema de reforços
- 5 — Planificação das tarefas
- 6 — Sequencialização dos objectivos
- 7 — Avaliação do programa total

Tradicionalmente em pedagogia e muito principalmente em educação especial, quando o educando não aprende é considerado incapaz, indiferente ou desmotivado. A minha perspectiva é pensar *se o educando não aprendeu é porque algo de errado se passou ou faltou à situação de ensino, conceito este onde se fundamenta a dispedagogia.*

A orientação pedagógica actualizada inclina-se para a adopção da *análise de tarefas (task analysis)*, baseada nos seguintes princípios:

- 1 — inventário dos comportamentos adaptativos e intraindividuais;
- 2 — subdivisão das situações de aprendizagem nas suas componentes;
- 3 — organização sequencial das tarefas;
- 4 — aproximação sucessiva dos objectivos;
- 5 — especificação de comportamentos;
- 6 — arranjo por ordem de complexidade;
- 7 — estruturação de subtarefas até atingir o comportamento final, evitando o insucesso. As situações terão de ser construídas de degrau em degrau até atingir o comportamento desejado, isto é, o acesso à aprendizagem.

COMPLEXIDADE DAS TAREFAS
(Estruturação das tarefas. Tomo em consideração as condições externas inerentes ao educador.)

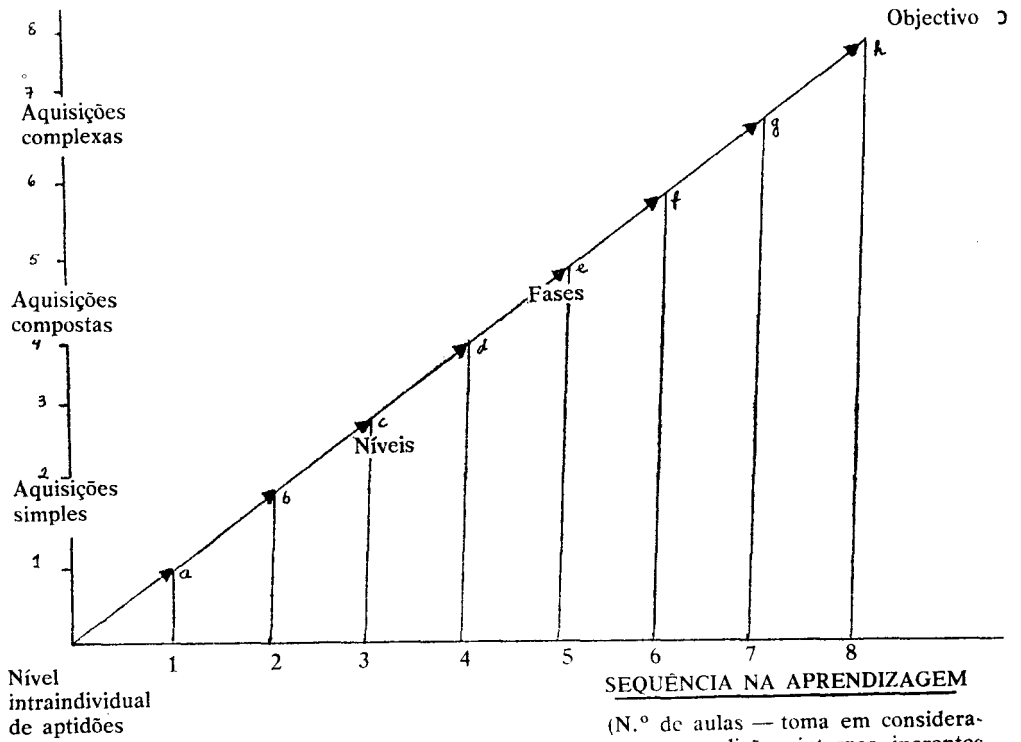


Fig. — ANÁLISE DE TAREFAS
Numa situação ideal em que o educando segue com sucesso o currículo.

(N.º de aulas — toma em consideração as condições internas inerentes ao educando.)

COMPLEXIDADE DAS TAREFAS

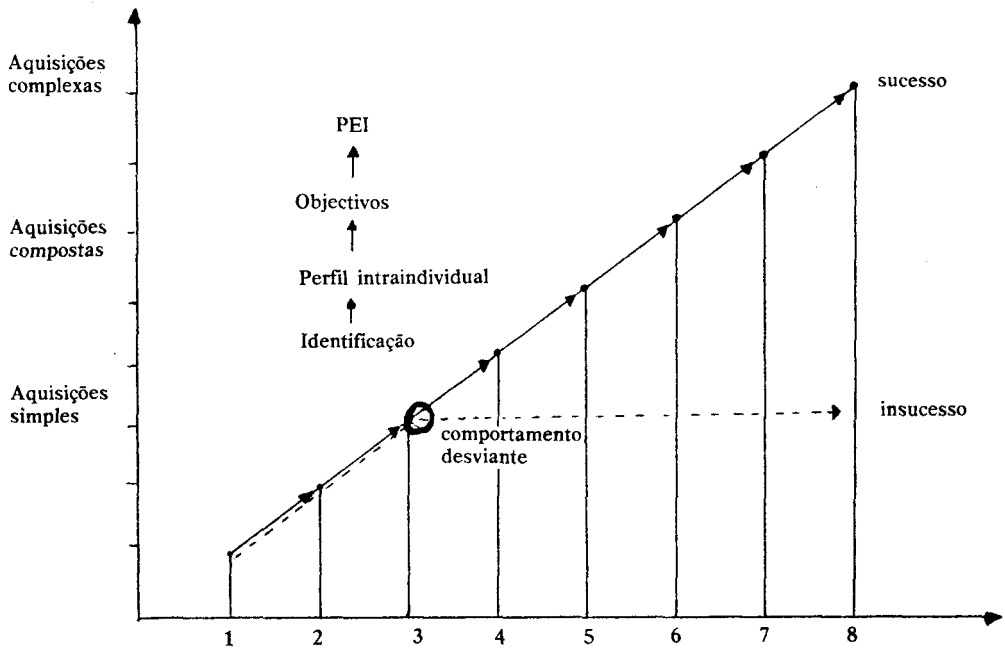


Fig. — ANÁLISE DE TAREFAS
Numa situação em que o educando segue com insucesso o currículo.

A análise de tarefas surge como uma metodologia de intervenção válida para as situações ideais de aprendizagem e para as situações de insucesso, só que aqui se torna necessário identificar o mais depressa possível onde se operou o comportamento desviante da curva de aprendizagem normal. A identificação dos comportamentos adaptativos (as tais condições interiores) subentende um processo de *observação pedagógica (diagnostic teaching)* que nos leva facilmente a um *perfil intraindividual com áreas fortes e fracas*. A partir deste perfil, rapidamente se podem adoptar os *princípios da análise de tarefas*, isto é: faseamento de objectivos, sequencialização das tarefas; estruturação das subtarefas até atingir a mudança de comportamento, etc., com base nestes princípios, poder-se-á criar um *programa educacional individualizado (PEI)* através de situações que possam permanentemente levar o educando ao *sucesso*, condição motivacional imprescindível ao êxito e à eficácia do programa.

Evitar tanto quanto possível o insucesso ao educando. Embora seja inevitável, o problema pode ser superado com um currículo mais lento, mais simples e mais estruturado. Pode-se com base na análise de tarefas: 1) «olhar para trás»; 2) perceber o problema; 3) construir novas sequências; 4) subdividir a tarefa subtraindo-lhe complexidade, etc.

O *currículo total* em D. M. em todas as suas áreas: autossuficiência e independência, comunicação, motricidade global, linguagem falada, discriminação perceptiva visual e auditiva, psicomotricidade, jogo, aquisições cognitivas, leitura, escrita, cálculo, artes e ofícios, aquisições sociais (relações humanas ou responsabilidade cívica), etc., ter-se-á que orientar na linha da análise de tarefas, pela simples razão do insucesso gerar frustração, confusão, desinteresse, desvalorização, etc.

A análise de tarefas é um sistema de observação e de avaliação de acordo com o desenvolvimento do educando, evitando co-

locá-lo em tarefas demasiado difíceis (frustração) ou demasiado fáceis (desinteresse).

Qualquer currículo terá que respeitar o nível de aptidão individual de cada educando, ou melhor, terá que se adequar ao seu perfil intraindividual, pois dessa forma os objectivos a atingir partirão de uma base concreta e não abstracta ou arbitraria.

O *perfil evolutivo global* que resulta deste sistema procura atingir: 1) uma visão global e evolutiva do educando e do currículo; 2) uma base do progresso; 3) uma ajuda para a planificação de actividades; 4) uma intervenção pedagógica que respeite o perfil psicológico do educando, impedindo assim a dispedagogia; 5) uma mais adequada consciencialização das necessidades das crianças, etc. Dos perfis evolutivos globais podemos chegar aos perfis evolutivos específicos das várias áreas do currículo e assim conhecer, controlar, e transformar a aprendizagem da criança D. M.

De uma forma pragmática, podemos reduzir os objectivos da intervenção pedagógica na D. M. aos seguintes parâmetros:

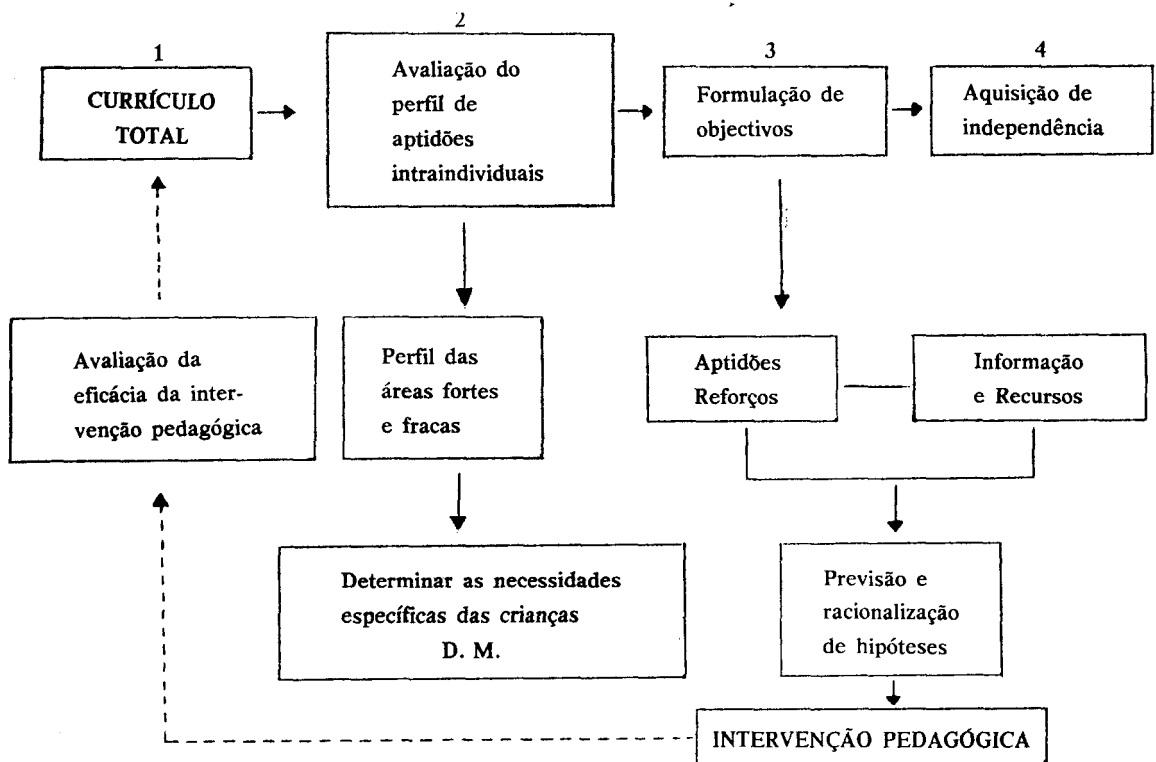
- 1) Facilitar as aquisições cooperativas e interactivas, daí a importância da dinâmica sociopedagógica (relações entre a instrução grupal e a programação individual);
- 2) Facilitar a habituação com mais tempo investido nas actividades e com menos transições entre elas;
- 3) Introduzir mais tarefas funcionais do que artificiais (currículo natural, isto é, do concreto);
- 4) Variar as actividades de uma forma sistemática;
- 5) Proporcionar aprendizagem extra-curricular e extra-escolar (garantir amplos contactos com o meio);
- 6) Seleccionar actividades favorecidas, não esquecendo o grande e significativo papel do jogo;

- 7) Clarificar os objectivos imediatos e mediatos;
- 8) Proporcionar o acesso constante ao sucesso;
- 9) Adotar a intervenção precoce, dado saber-se que as crianças aprendem mais fácil e rapidamente nos primeiros momentos de desenvolvimento (importância da identificação precoce e da educação pré-primária);
- 10) Criar formas de programação educacional individualizada com registos e revisões diárias das actividades desenvolvidas;
- 11) Implementar programas de coordenação entre a família e a escola, entre os pais e os professores;
- 12) Minimizar o comportamento de dependência e aumentar o poder de iniciativa e sentimento de integridade.

Por esta listagem vemos bem quão longe nos encontramos de proporcionar aos D. M. condições de aprendizagem. *Os D. M. podem aprender mais do que se pensava e pensa, desde que recebam uma intervenção apropriada e sistemática num envolvimento o menos restrito possível.*

Um bom programa educacional faz no concreto a grande prevenção dos efeitos secundários da D. M. Pode combater a institucionalização, o caos familiar, a desintegração e a marginalização do trabalho e do tempo livre.

Em esquema:



Para se atingir resultados mínimos, não podemos esquecer que a variável mais significativa da intervenção pedagógica é o *pro-*

fessor. O professor no campo da D. M. tem que exercer funções de coordenador interdisciplinar; gestor de recursos humanos e

materiais; organizador científico de estações de aprendizagem; criador, produtor e disseminador de currículos, de programas, de equipamento, de material, de dispositivos tecnológicos, etc.

De facto, o professor neste campo, e no da Educação Especial em geral, terá que assumir a função de um *sintetizador de informação*, para incorporar a informação de médicos, psicólogos, terapeutas e especialistas, etc., em estratégias educacionais efectivas. A interacção produtiva com especialistas é fundamental. O respeito e a acessibilidade mútua entre especialistas e professores é urgente, as perguntas e as simplificações léxicas terão que circular para bem das crianças D. M.

A formação dos professores, ponto quente entre nós, não pode continuar na mão de curiosos que nunca tiveram prática com D. M. As especulações histórico-filosóficas deverão dar lugar a experiências e a demonstrações práticas com casos. As unidades de conteúdo terão de ser menos generalistas e envolvimentistas. Face às correntes mais actualizadas de formação de professores, recomenda-se a experiência de casos com recurso a análises críticas resultantes de observações e de reflexões nos seguintes domínios: *Teorias do Comportamento* (Epi-génese da identidade — Erikson; Mudança de comportamento — Bandura; etc.); *Modelos de Desenvolvimento* (Piaget, Guilford, Kephart, Sheridan, Wallon, Frostig, Luria, etc.); *Análise de Tarefas, Desenvolvimento de Currículos* (percepção Auditiva e Visual, Pré-aptidões da leitura, da escrita e da matemática, etc.); *Observação e Caracterização Psicopedagógica*; *Sistemas de registo*; *Análise, Programação e Controlo do Ensino*, etc.

Tudo isto só é possível, como é óbvio, com uma formação universitária, dado que os D. M., por razões específicas, exigem maior competência científica ou pedagógica dos seus professores.

3.5 — *Desinstitucionalização*

A tendência internacional aponta para uma inclusão progressiva nas escolas públicas. Estas são o local lógico para começar a servir as crianças D. M.

A lei terá de ser clara quanto à criação da igualdade de oportunidade quer no âmbito familiar, quer escolar, laboral e social.

Os programas das escolas públicas terão de aceitar a heterogeneidade das crianças. Há que criar novos currículos, novas atitudes, novas facilidades, novos equipamentos, novos materiais didácticos, novas redes de transporte, etc.

Sabe-se através de estudos longitudinais estrangeiros, que a escola pública é mais benéfica para os D. M.

A escola pública é o local ideal para *todas* as crianças. A escola pública deve merecer mais apoio oficial, terá que ser mais atractiva e agradável, mais bem equipada e inovadora. Há que ver as alternativas adequadas. Desde o desenvolvimento e a planificação dos currículos até à criação de equipas pedagógicas locais e regionais, para além da assistência técnica às escolas regulares muito se terá de fazer no futuro para integrar todos os deficientes.

A remodelação administrativa, a criação de centros de recursos, a mudança de atitudes, a cooperação planificada de especialistas, o apoio da Universidade, a organização institucional da escola, a redefinição de funções e de responsabilidades, etc., são em si medidas de desinstitucionalização da deficiência que urgem criar no sistema educacional. É nos ambientes menos restritivos, e como tal, nas escolas públicas, que se encontram as condições favoráveis a um desenvolvimento harmonioso a que todas as crianças, deficientes ou não, têm direito.

Tanto quanto possível teremos de evitar as colocações institucionais, devendo aliás travar as admissões. *Há que devolver à so-*

cidade o maior número de cidadãos restituindo os indivíduos à comunidade normal. Trata-se de um direito humano. Nunca mais se desenvolvem programas de integração se os D. M. continuarem esquecidos, isolados e «protegidos».

Os deficientes deveriam ter aliás o *direito de prioridade*, daí a necessidade de aumentar os cuidados àqueles que mais necessitam, através de medidas de «integração máxima possível», a iniciar obviamente na escola pré-primária e primária. Está em causa a dignidade humana, daí a premência de acções de desinstitucionalização, aumentando a qualidade de vida, a saúde, a educação ao nível local, dando às comunidades um papel inovador e transformador no sentido cultural mais amplo. A falência das instituições é inevitável, é simplesmente uma questão de tempo...

Há que acabar com a exclusão dos D. M., porque no fundo, as práticas segregacionistas revelam uma atitude lamentável de ignorância sobre o verdadeiro potencial humano dos D. M.

Surge um novo desafio, é preciso *reexaminar o mental na deficiência mental*.

A palavra de ordem é a *optimização da normalização dos D. M.* Há que garantir ao D. M. a vivência e a convivência, bem como o trabalho e o tempo livre compatíveis com o seu potencial de aprendizagem.

O D. M. é um cidadão de todo o respeito, *é um cidadão de primeira*. Os D. M. fazem parte da infinita variedade da raça humana.

O deficiente é gente. A sua educação é *uma parte* do sistema educacional, e não uma acção *à parte* dele. Os D. M. têm o pleno direito de viver, jogar e aprender com os outros. A educação dos não deficientes e dos deficientes deve ser feita em conjunto e não *à parte*.

É preciso de uma vez para sempre acabar com a situação humilhante e desumana de impôr normas de rendimento através das quais uns são seleccionados e outros são re-

jeitados... Em termos de educação ninguém pode ser excluído ou marginalizado.

O D. M. tem um desenvolvimento cognitivo. O desenvolvimento mental e não o atraso mental é em si a finalidade própria de qualquer sistema educacional. Teremos que evoluir da semidependência à semi-independência.

O pensamento a adoptar face aos D. M. terá que ter um alicerce educacional. Já muito se evoluiu desde o interesse pelas causas até à descrição dos diferentes tipos de D. M. A questão de futuro é a educabilidade máxima do potencial intelectual de todo o cidadão, que por definição só o é quando integrado social e humanamente.

RESUMO

O autor parte de uma perspectiva interdisciplinar da aprendizagem, para posteriormente abordar a problemática desviante e atípica da aprendizagem no âmbito da Deficiência Mental. Em seguida, o autor expõe várias medidas de intervenção, nomeadamente as relacionadas com: a prevenção, a identificação precoce, papel dos pais, importância dos currículos e dos programas escolares e sugestões de desinstitucionalização.

ABSTRACTS OR SUMMARY

The autor follows an interdisciplinary perspective about learning, comparing, afterwards, the deviant view of learning in Mental Deficiency. The autor continues on facing several aspects of the intervention in the field, presenting some suggestions in: prevention, early identification, parents environment, curriculum design, school programs and desinstitutionalisation.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. — *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*. Ed. Masson & Cie, 1972.
- ATHAYDE, J. S. — «A prevenção da deficiência mental na criança». *Rev. Port. Def. Mental*, vol. I, n.º 1, Julho, 1969.
- BAIRRÃO, J. — «Introdução ao estudo das estruturas cognitivas na debilidade». *Rev. Port. Def. Mental*, vol. I, n.º 4, Janeiro, 1971.
- BAIRRÃO, J. e colaboradores — «Contributo para o Estudo da Etiologia da Debilidade Mental». In *Actas do I Congresso Nacional de Educação Especial*. Ed. da S.P.E.C.D.M., Março, 1979.
- BAIRRÃO, J. e colaboradores — Estudo Epidemiológico da Deficiência Mental (E.E.D.M.) Estudo Piloto, Ed. COOMP, 1979.
- BAIRRÃO, J. e FEIJÓO, M. J. — *Introdução ao Estudo da Debilidade Mental* (nova série). Janeiro, 1979.
- BOWER, T. G. — *Development in infancy*. Ed. Freeman, S. Francisco, 1974.
- CHIVA, M. — *Débiles normaux, débiles pathologiques*. Ed. Delachaux et Niestlé, Neuchatel, 1973.
- ELLIS, N. R. — *International Review of research in mental retardation*. Ed. Academic Press, New York, vol. 7, 1974.
- ELKIND, D. — *Theories of cognitive development: Implication for the mentally retarded*. Ed. Univ. Miami Press, 1973.
- FONSECA, V. da — «Aprendizagem e Deficiência Mental». Conferência apresentada na 3.ª semana de estudos da A.P.P.A.C. D.M.
- FONSECA, V. da — «Learning Modalities for the Mentality Retarded and Developmentally Disabled». Conferência apresentada no International Congress on Developmental Disabilities, sponsored by the International Health Society, Lisbon, 1980.
- KARRER, R. — *Develop. Phychophysiology of Mental Retardation*. Ed. C. Thomas, Springfield, 1976.
- KIRMAN, B. H. — *Mental Retardation*. Pergamon Press Institute for Research into Mental Retardation, London, 1968.
- HERMELIN, B. e O'CONNOR, N. — «Short-term memory in normal and subnormal children». In *American Journal of Mental Deficiency*, n.º 69, 1964.
- INHELDER, B. — *The diagnosis of reasoning in mentally retarded*. Ed. J. Day, New York, 1968.
- KEPHART, N. — *The slow learner in the classroom*. Ed. Charles E. Merrill, 1971.
- HELLMUTH, J. — *Cognitive studies*. Ed. Brunner e Mazel, New York, 1970.
- DUNN, L. M. — *Exceptional children in the schools*. Ed. Rinehart e Winston, New York, 1973.
- ROUTH, D. K. — *The experimental psychology of mental retardation*. Ed. Aldine, Chicago, 1973.
- TIZARD, J. — *Mental Retardation*. Ed. Butterworths Co., London, 1974.
- ZIGLER, E. — *The retarded child as a whole person*. Ed. Aldine, Chicago, 1973.
- ZAZZO, R. — «Les Débiles Mentaux». In *Reuchlin, M. — Traité de Psychologie Appliquée*, PUF, Paris, 1973.
- ZAZZO, R. — *Enfance*, n.º 4 e 5, 1960.
- CEC — *Actas do I Congresso Mundial sobre o Futuro da Educação Especial*. Stirling, 1978.
- Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental. *I Actas do Encontro Nacional de Educação Especial*. Lisboa, 1979.
- Report from the CEC invisible college on the severely profoundly, and multiply handicapped. (*Hey, don't forget about me*). Ed. Angele Thomas.

assine

ANALISE PSICOLOGICA

Envie-nos o seu pedido de assinatura, acompanhado de um cheque ou vale de correio (600\$00 — normal, 700\$00 — instituições) emitido em nome do INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA, Av. Marquês de Tomar, 33, 4.º-Esq. — Lisboa.

Envie-nos as suas sugestões e críticas. Participe na produção desta Revista.