

RAQUEL PATRÍCIA FERREIRA GUIMARÃES

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL:

PROMOÇÃO COGNITIVA, SOCIAL E SEXUAL

PORTO, 2009

RAQUEL PATRÍCIA FERREIRA GUIMARÃES

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL:

PROMOÇÃO COGNITIVA, SOCIAL E SEXUAL

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Prof. Doutor Joaquim Ramalho.

Raquel Patrícia Ferreira Guimarães

PORTO, 2009

Dedicatória

Aos meus Pais e ao meu Avô
Manuel Pinto Ferreira

AGRADECIMENTOS

Primeiramente o meu maior agradecimento vai para os meus pais que foram incansáveis no incentivo, no apoio ao longo do meu percurso. Eles são, sem dúvida, os meus melhores amigos e uma das maiores fontes de alegria e motivação.

Em especial, ao meu avô, que onde quer que esteja ilumina a minha mente, com as palavras e os actos que me ensinaram a seguir sempre em frente com garra e força mesmo quando aparecem entraves no caminho.

Obrigada à minha família, avó, tias, primos e afilhado, pelo carinho e compreensão em todos os momentos difíceis e por se envolverem sempre em tudo o que faço como parte integrante das vossas vitórias.

À APADIMP, em especial, à minha orientadora de estágio a Dr.^a Arlinda Santos, a directora Dr.^a Cristina Malheiro, a assistente social Dr.^a Célia que me receberam de braços abertos e me deram um pouco da sua sabedoria com o dom da palavra, e mais do que tudo o saber-ser. Em geral, a todos os colaboradores que me fizeram sentir em “casa”, e aos utentes que são simplesmente adoráveis e fascinantes nas suas diferenças. Sem me esquecer do participante deste estudo que me deu mais do que eu poderia esperar, e que fez deste estudo um sucesso pessoal.

Ao meu orientador Professor Doutor Joaquim Ramalho que foi excepcional, pela aprendizagem em tudo o que esta representa.

À Associação Industrial de Lousada, agradeço a todos pelo incentivo neste trabalho com o vosso companheirismo e preocupação.

À Mónica Mota pelo seu trabalho e empenho nos desenhos que elaborou para este estudo.

Às minhas colegas e amigas da faculdade, Diana Aguiar, que fez com todo o sentimento os desenhos que também compõem parte do programa, e ainda, pela amizade

de “coração cheio”. À minha amiga Bárbara Ribeiro, por ser uma grande companheira de viagem. Não podia deixar de agradecer à Joana Pinto pela sua simplicidade, amizade e partilha. E por fim, a duas especiais colegas e amigas Marlene Costa e Charlotte Coelho.

Ao meu amigo Artur Queirós que me dá sempre a certeza de que a vida pode ser muito mais do que aquilo vemos, pode ser muito melhor.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------|---|
| INTRODUÇÃO GERAL..... | 1 |
|-----------------------|---|

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – DEFICIÊNCIA MENTAL

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 4 |
| 1.1 Definição de Deficiência Mental..... | 4 |
| 1.2 Terminologias..... | 6 |
| 1.3 Classificações..... | 7 |
| 1.4 Etiologia..... | 12 |
| 1.4.1 Factores Genéticos..... | 12 |
| 1.4.2 Factores Hereditários..... | 13 |
| 1.4.3 Factores Adquiridos..... | 13 |
| 1.4.3.1 Congénitos..... | 13 |
| 1.4.3.2 Desenvolvimentais..... | 13 |
| 1.4.3.3 Ambientais e Socioculturais..... | 14 |
| 1.5 Características Evolutivas da Deficiência Mental e Implicações Educativas..... | 15 |
| Conclusões..... | 18 |

CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 20 |
| 2.1 Princípios Gerais..... | 20 |
| 2.2 Diagnóstico de Transtornos Mentais Comórbidos na Deficiência Mental..... | 22 |
| 2.3 Objectivos Gerais de Tratamento..... | 24 |
| 2.4 Terapias e Formas de Intervenção..... | 25 |
| 2.4.1 Promoção Cognitiva..... | 26 |
| 2.4.2 Treino das Competências Psicossociais..... | 32 |
| 2.4.3 Educação Sexual..... | 34 |
| Conclusões..... | 43 |

CAPÍTULO III – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 44 |
| 3.1 Destinatários..... | 45 |
| 3.2 Finalidades e Objectivos..... | 46 |
| 3.3 Fundamentação Teórica..... | 48 |
| 3.4 Procedimentos de Aplicação..... | 59 |
| Parte 1 – Promoção Cognitiva..... | 59 |
| Parte 2 – Competências Psicossociais..... | 65 |
| Parte 3 – Educação Sexual..... | 66 |
| Conclusões..... | 77 |

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

| | |
|-------------------------------|----|
| Introdução..... | 78 |
| 4.1 Objectivos de Estudo..... | 78 |
| 4.2 Hipóteses | 79 |
| 4.3 Variáveis... .. | 79 |
| 4.4 Método | 79 |
| 4.4.1 Amostra..... | 79 |
| 4.4.2 Instrumentos..... | 80 |
| 4.4.3 Procedimentos..... | 83 |
| Conclusões..... | 83 |

CAPÍTULO V – APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 85 |
| 5.1 Identificação do Participante..... | 85 |
| 5.2 Problema Apresentado..... | 86 |
| 5.3 História do Problema..... | 86 |
| 5.4 História Clínica..... | 86 |
| 5.5 História do Desenvolvimento Psicossocial..... | 87 |
| 5.5.1 História Familiar..... | 87 |
| 5.5.2 História Social..... | 87 |
| 5.6 Estado Mental..... | 88 |
| 5.7 Diagnóstico..... | 88 |
| 5.8 Formulação do Problema..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| 5.9 Plano de Intervenção..... | 90 |
| 5.10 Resultados..... | 91 |
| 5.11 Discussão..... | 108 |
| 5.12 Limitações do Estudo..... | 113 |
| 5.13 Sugestões na Investigação Futura..... | 113 |
| Conclusões..... | 114 |
| Conclusão..... | 115 |
| Referências Bibliográficas | 116 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1. Terminologias da Deficiência Mental..... | 7 |
| Quadro 2. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven..... | 106 |
| Quadro 3. Matrizes Progressivas de Raven..... | 106 |
| Quadro 4. Teste de Percepção de Diferenças..... | 106 |

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de Autorização

1A. Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação.

Anexo 2 – Instrumentos de Avaliação

Anexo 3 – PIDM - Parte 1

Anexo 4 – PIDM – Parte 2

Anexo 5 – PIDM – Parte 3

Resumo

Esta tese teve como objectivo verificar se o Programa de Intervenção na Deficiência Mental é capaz de provocar alterações na capacidade cognitiva e psicossocial na deficiência mental ligeira e moderada. Neste estudo utilizou-se o método quase experimental. O participante é um dos utentes que foi acompanhado, avaliado e fez parte da intervenção realizada no contexto de estágio curricular na Associação de Pais e Amigos dos Diminuídos Mentais de Penafiel (APADIMP). Os instrumentos utilizados foram a *Matrizes Progressivas de Raven (Raven, 1983)*, *Teste de Percepção e Diferenças CARAS (Thurstone & Yela, 1995)* para avaliar as competências cognitivas, e a escala *Adaptive Behavior Scale-School (ABS-S:2)(Lambert, Nihira & Leland, 1993)* que avalia o comportamento adaptativo. Os resultados demonstraram que aplicação do Programa de Intervenção na Deficiência Mental (PIDM) permitiu a modificação cognitiva, não se verificando alterações no comportamento adaptativo.

Abstract

This dissertation aimed at verifying whether the intervention program in the intellectual disability is able to set changes in the social and cognitive skills in the mild and moderate intellectual disability. In this study it was used a nearly experimental methodology. The participant is one of the patients that was followed closely appraised and part of the intervention that was carried out in the curricular internship at the Associação de Pais e Amigos dos Diminuídos Mentais de Penafiel (APADIMP). The instruments used were the *Matrizes Progressivas de Raven* (Raven, 1983), *Teste de Percepção de Diferenças (CARAS)* (Thurstone & Yela, 1995) to appraise the cognitive skills and the *Adaptative Behavior Scale-School (ABS-S:2)* (Lambert, Nihira & Leland, 1993), that appraises the adaptative conduct. The results proved that the application of the intervention program in the intellectual disability allowed changes in the cognitive skills not showing significative changes in the adaptative conduct.

INTRODUÇÃO GERAL

Os sujeitos com Deficiência Mental (DM) existiram desde de sempre, em todas as sociedades e culturas, do passado e do presente, no entanto, o conhecimento científico sobre a sua natureza e as propostas resultantes da atenção profissional e social pelas pessoas afectadas pertencem essencialmente ao século XX (Alonso & Bermejo, 2001).

Ao longo da história das civilizações ocidentais houve mudanças na atitude das sociedades complexas face aos indivíduos deficientes. Anteriormente, eram destinados à segregação explícita através do extermínio ou do confinamento, o que se tem, na actualidade, são posturas que alternam e se dispõem simultaneamente entre o assistencialismo de carácter paternalista e o investimento nas potencialidades dessas pessoas através da educação e da reabilitação. É neste sentido que se orientam as demandas mais actuais onde se inscrevem os direitos dos deficientes (Barros, 2007).

Este estudo pretende o investimento nas potencialidades através da sua educação e da reabilitação que se categorizam neste projecto de intervenção em promoção cognitiva, treino de competências cognitivas e educação sexual.

Para que a sua integração não seja apenas física no meio de uma sociedade, mas possa ser uma integração funcional e social. A integração funcional significa a possibilidade das pessoas com DM desfrutem daquilo que a comunidade pode oferecer que nela vivem. Quanto à integração social, é permitir que a pessoa com DM se torne um membro aceite e válido na sociedade (Vieira & Pereira, 2003).

Assim, o tema escolhido para esta Dissertação de Mestrado focou-se no estudo da intervenção cognitiva, psicossocial e na educação sexual na DM. Por conseguinte, o objectivo central do estudo é determinar se o programa de intervenção, elaborado neste

estudo, provoca mudanças nas competências cognitivas e psicossociais.

No que concerne à estrutura da dissertação, esta está constituída por cinco capítulos. O primeiro denomina-se Deficiência Mental e tem como objectivo caracterizar a população desta dissertação. Neste primeiro capítulo aborda-se a definição e delimitação da Deficiência Mental; as Terminologias; as Classificações; a Etiologia na qual se salientam os Factores Genéticos, os Factores Hereditários e os Factores Adquiridos; este capítulo finaliza com as Características Evolutivas da Deficiência Mental e Implicações Educativas.

O segundo capítulo intitula-se Intervenção na Deficiência Mental e pretende caracterizar, de maneira geral, as linhas orientadoras da intervenção, e também, as formas de intervenção. Assim, neste capítulo começa-se por descrever os Princípios Gerais; de seguida salienta-se o Diagnóstico de Transtornos Mentais Comórbidos na Deficiência Mental; após esta abordagem reporta-se para os Objectivos Gerais de Tratamento; em conclusão do capítulo temos as Terapias e Formas de Intervenção onde se destaca a Promoção Cognitiva, o Treino das Competências Psicossociais e a Educação Sexual.

O terceiro capítulo é referente ao Programa de Intervenção na Deficiência Mental, este inclui os Destinatários; as Finalidades e Objectivos; a Fundamentação Teórica; os Procedimentos de Aplicação sendo subdivididos em Parte1-Promoção Cognitiva, Parte 2-Competências Psicossociais, e a Parte 3-Educação Sexual.

O quarto capítulo é a Metodologia que se inicia com os Objectivos de Estudo. Seguidamente, apresentam-se as Hipóteses; as Variáveis; o Método que implica os seguintes pontos a Amostra, os Instrumentos e Procedimentos.

O quinto capítulo é a Aplicação do Programa de Intervenção na Deficiência Mental. Deste modo, o primeiro ponto de abordagem são os Dados de Identificação do

Participante; de seguida o Problema Apresentado; a História Clínica; a História do Desenvolvimento Psicossocial que desenvolve os seguintes aspectos, a História Familiar e a História Social; após este item temos o Estado Mental; o Diagnóstico; a Formulação do Problema; o Plano de Intervenção; os Resultados; e a Discussão de Resultados.

Por fim, culmina com a conclusão que expõe as resultantes deste estudo. Assim, verificou-se mudança das competências cognitivas no participante após a aplicação do Programa de Intervenção na Deficiência Mental. No entanto, não se identificaram alterações no comportamento adaptativo.

Parte I

Enquadramento teórico

CAPÍTULO I – DEFICIÊNCIA MENTAL

INTRODUÇÃO

Neste primeiro capítulo começa-se por definir deficiência mental segundo alguns autores. De seguida, descreve-se as várias terminologias que o conceito de deficiência mental foi adquirindo ao longo do tempo por diversos autores. Posteriormente, são descritas as classificações referentes à deficiência mental que lhe confere uma estratificação quanto ao grau de gravidade e de limitação. Após as classificações, é explorada a etiologia da deficiência mental, onde foi dado destaque aos factores genéticos, hereditários e adquiridos. Em última análise deste capítulo, revela-se as características evolutivas da deficiência mental e as implicações educativas.

Por fim, termina-se com uma conclusão deste primeiro capítulo, na qual se apresenta um breve resumo.

1.1- Definição de Deficiência Mental (DM)

A definição de DM é um conceito de difícil delimitação, pois constitui um campo onde a opinião dos autores e organismos, que se debruçam a estudar este conceito e problemática, encontram-se e desencontram-se. Não obstante, existe pontos de concordância e estes são essenciais à definição basilar de DM (Albuquerque, 1990; Leonard & Wen, 2002; Vieira & Pereira, 2003). Para se diagnosticar DM deve existir um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, um défice no comportamento adaptativo que ocorre durante o período de desenvolvimento (Heber, 1961 citado por Leonard & Wen, 2002; Vieira & Pereira, 2003; Grossman, 1977 citado por Albuquerque, 1990). Assim, a DM é uma anormalidade que causa efeitos sociais enormes,

pois não afecta só a pessoa que sofre de DM, afecta também a família e a sociedade (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Martins, 1999).

Luria (1960), Pevzner (1973) e Rubinstein (1970) afirmaram que a DM era descrita pela Ex-União Soviética como oligofrenia nos seus compêndios mais arcaicos, ou seja, significando DM que se caracterizava por um dano neurológico (Holowinsky, 1982). Em específico para Luria (1960), a oligofrenia constituía um sub desenvolvimento mental profundo que resultava de uma lesão cerebral massiva experimentada no período intrauterino ou precocemente na infância (Holowinsky, 1982).

Actualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde a DM é uma desordem definida pela presença de um desenvolvimento incompleto, principalmente caracterizado pela deterioração de funções concretas em cada estado de desenvolvimento e que contribuem para o desenvolvimento da inteligência, como por exemplo, as funções cognitivas, da linguagem, motoras e de socialização. Nesta anormalidade, a adaptação ao ambiente é sempre afectada. Na DM os valores para os níveis de desenvolvimento da inteligência devem ser determinados a partir da informação existente, incluindo sintomas clínicos, o comportamento adaptativo na cultura do indivíduo e as avaliações psicométricas (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

Perante a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, para o estudo da DM é preciso ter em linha de conta 5 dimensões: competências intelectuais; nível de adaptação (conceptual, prático e social); participação, interacção e situações sociais; saúde (saúde física, saúde mental, etiologia); e contexto social (ambiente, cultura, oportunidades) (Luckasson, 2002 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Esta associação refere ainda que existem, de maneira generalizada, limitações que se associam à DM e que lhe confere a definição, as limitações são: na comunicação; nos cuidados

personais, na vida diária (tarefas de casa), nas competências sociais; na utilização da comunidade; na auto-orientação; na saúde e segurança; nas competências académicas funcionais, no tempo de lazer, no trabalho (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). As cinco dimensões de estudo, assim como as limitações dão a conhecer o que realmente compõe a DM.

É de salientar que as limitações nas competências sociais são a característica central na definição da DM, assim como nas conhecidas perturbações desenvolvimentais (Bildt, Serra, Luteijn, Kraijer, Sytema & Minderaa, 2005).

1.2. Terminologias

A terminologia da DM foi influenciada por atitudes sociais imbuindo de conotações negativas a DM. Assim sendo, a pessoa com DM era retratada como idiota, imbecil, anormal. Ao longo do tempo as atitudes perante a DM foram mudando e dando ênfase à normalização. Neste seguimento, na Ex-União Soviética a terminologia geralmente aceite era “oligofrenia” onde a sua tradução resumia-se a “retardo mental”. Esta tradução não é precisa, pois “oligofrenicos” são aqueles em que existe evidência de um défice fisiológico ou neurológico no sistema nervoso central. Se a tradução fosse precisa seria “DM” ou “retardo mental orgânico”. O problema dos conceitos genéricos é que revelam falhas na significação clara e específica da DM (Holowinsky, 1986).

Quadro 1: Terminologias da Deficiência Mental

| Grave | Moderada | Ligeira |
|--|---|--|
| <p><u>Idiota</u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971) Pevzner (1973) Takahashi(1973)</p> <p><u>Oligofrenia</u> Savchenko (1980) Pevzner (1973) Luria (1963)</p> <p><u>Subnormalidade Profunda a grave deficiência</u> Ewalt (1972) Grossman (1985)</p> | <p><u>Imbecil</u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971) Takahashi (1973) Luria (1963)</p> <p><u>Retardo Mental</u> Clausen (1966) Doll (1947) Zigler, Balla, Hodapp (1984) 0-70 I.Q.</p> <p><u>Deficiência Mental</u> Masland, Sarson, Gladwin (1958) Tredgold Soddy (1956) < 50 I.Q.</p> <p><u>Retardo Moderado</u> Grossman (1983)</p> | <p><u>Débil</u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971)</p> <p><u>Mente Fraca</u> Lipkowski (1971) Dole (1947)</p> <p><u>Mentalidade Fraca</u> Roszkiewicz (1976) <u>Pseudo-oligofrenia</u> Dziedzic (1969)</p> <p><u>Subnormalidade Intelectual</u> Ewalt (1972)</p> <p>Masland, Sarason, Gladwin (1958)</p> <p><u>Retardo Familiar</u> Zigler, Balla, Hodapp (1984)</p> <p><u>Retardo Moderado</u> Grossman (1983) 50-70 I.Q.</p> |

(Holowinsky, 1986)

1.3. Classificações

Segundo a American Association on Mental Retardation a classificação clássica da DM estratifica-se de acordo com o valor do Q.I. e comportamento adaptativo. A DM ligeira encontra-se entre um Q.I. de 55 e 70, a DM moderada remete-se aos valores de Q.I. entre 40 e 54, a DM grave está compreendida entre os valores de Q.I. de 25 e 39 e a DM profunda tem os seus valores de Q.I. inferiores a 25 (Vieira & Pereira, 2003).

De acordo com o DSM-IV (2004), os valores de classificação aproximação dos valores da classificação clássica da A.A.M.R., no entanto, os valores do DSM-IV dão alguns pontos de margem nos valores que compreende cada classificação (DSM-IV, 2004).

Assim, apresentam-se as seguintes classificações de DM:

Deficiência Mental Ligeira

A Deficiência Mental Ligeira (DML) é equivalente à categoria pedagógica “educável”. Esta classificação representa a maioria dos sujeitos com esta perturbação, ou seja, compõe 85% da prevalência neste tipo de população. Em geral, as pessoas com DML desenvolvem competências sociais e de comunicação ao longo dos anos pré-escolares (dos 0 aos 5 anos de idade). Estas apresentam também deficiências mínimas nas áreas sensoriomotoras, e ainda, muitas vezes, não se diferenciam das crianças normais até idades subsequentes.

A pessoa com DML durante os últimos anos da sua adolescência pode obter conhecimentos académicos ao nível do 9.º ano de escolaridade. Na sua vida adulta podem vir a atingir competências sociais e vocacionais que lhe conferem uma autonomia mínima, no entanto, podem necessitar de apoio, orientação e assistência face a situações de stress social ou económico fora da normalidade. Se tiverem apoios adequados a pessoa com DML pode viver de forma adaptada à comunidade de forma independente ou em lares protegidos (DSM-IV, 2004).

Deficiência Mental Moderada

A Deficiência Mental Moderada (DMM) é semelhante à categoria pedagógica “treinável”, não significando que estes não possam beneficiar de programas educativos. O grupo de DMM tem uma prevalência de 10% na população com deficiência mental. No que se refere às suas características, a pessoa com DMM pode adquirir competências de

comunicação durante os anos pré-escolares, beneficiar de treino laboral, e, com uma relativa supervisão pode vir a obter uma certa autonomia. Esta pode também beneficiar de um treino de competências sociais e ocupacionais, mas existe pouca probabilidade de ultrapassar o 2.º ano de escolaridade.

E ainda, podem aprender a viajar de maneira independente em locais que lhe sejam familiares. Uma das problemáticas na fase da adolescência é que as suas dificuldades em reconhecer as convenções sociais podem influenciar de forma negativa as relações com os colegas. Quanto à fase adulta, a maioria, sob supervisão, pode realizar trabalhos não especializados ou semiespecializados, em oficinas protegidas ou até no mercado geral de trabalho. De maneira geral, em contextos supervisionados têm uma boa adaptação à vida em comunidade (DSM-IV, 2004).

Deficiência Mental Grave

Relativamente à Deficiência Mental Grave (DMG), a sua prevalência é de 3% a 4% na deficiência mental. Nos primeiros anos da infância adquirem pouca ou nenhuma linguagem comunicativa. Seguidamente, na idade pré-escolar podem aprender a falar e serem treinados em tarefas elementares de higiene (DSM-IV, 2004).

As crianças com DMG foram em tempos passados classificadas, em várias partes do mundo, como “ não educáveis” (Clarke & Clarke, 1985 citado por Chadwick, Cuddy, Kusel & Taylor, 2005). Esta classificação não faz sentido, os que podem provar que estas podem ser capazes de evoluir nas suas competências do dia-a-dia durante a sua infância são os que cuidam e lidam de perto com esta população (Chadwick, Cuddy, Kusel & Taylor, 2005).

A pessoa com DMG pode beneficiar de forma limitada de instrução em temas pré-acadêmicos, familiarizar-se com o alfabeto, aprender a contar e adquirir competências para

“ler” algumas palavras através de imagens. Na sua fase adulta, pode conseguir realizar tarefas simples, mas com supervisão apertada. Verifica-se que muitas destas pessoas adaptam-se bem à vida na comunidade em lares protegidos ou com as suas famílias (DSM-IV, 2004).

Deficiência Mental Profunda

O grupo de pessoas com DMP representa aproximadamente 1% a 2% da população com DM. Em grande parte destes sujeitos, foi identificadas situações neurológicas que levaram à sua DM. Na primeira infância, manifestaram um défice no funcionamento sensoriomotor. Através de uma relação individualizada e uma pessoa que cuide delas, estas crianças podem alcançar um óptimo desenvolvimento. Se tiverem um treino adequado podem expandir no seu desenvolvimento motor, nas competências de comunicação e de autocuidados. Para alguns existe a possibilidade de frequentar programas diários e sob estreita supervisão podem executar tarefas simples em contextos superprotegidos (DSM-IV, 2004).

De acordo com Katz e Lazcano-Ponce (2008), as classificações de DM podem ser estratificadas de acordo com três faixas etárias. Assim sendo:

0 aos 5 anos_ Maturação e Desenvolvimento

Deficiência Mental Ligeira- Desenvolvimento geral de competências sociais e de comunicação. Não se distinguem da população normativa até ao período escolar.

Deficiência Mental Moderada- Pode falar ou aprender a comunicar. Revela algumas dificuldades nas competências motoras.

Deficiência Mental Grave- Limitações marcantes nas competências motoras e capacidade mínima na linguagem.

Deficiência Mental Profunda- Atraso significativo nas capacidades funcionais mínimas em áreas sensoriomotoras. Necessidade de cuidados básicos.

6 aos 20 anos Treino e Educação

Deficiência Mental Ligeira- Pode aprender as capacidades do 4 de escolaridade primária quando tiver 18 ou 19 anos. E ainda, ser capaz de se integrar na sociedade.

Deficiência Mental Moderada- Dificuldade em conseguir alcançar os objectivos do 2.º ano da escolaridade primária.

Deficiência Mental Grave- Pode falar ou aprender a comunicar e também aprender auto-cuidados e hábitos de saúde elementares.

21 anos até à velhice- Adequação Vocacional e Social

Deficiência Mental Ligeira- É capaz de adquirir competências sociais e de trabalho para se integrar no mundo do trabalho até ao mínimo salário.

Deficiência Mental Moderada- Pode ser capaz de se manter parcialmente de forma económica num trabalho manual em condições protegidas.

Deficiência Mental Grave- Pode contribuir de maneira parcial para a sua manutenção económica sobre total supervisão.

Deficiência Mental Profunda- Existe algum desenvolvimento motor e na linguagem. Pode obter competências muito limitadas nos cuidados pessoais.

Perante as novas definições da DM que se centram no comportamento adaptativo, na forma como a pessoa se adapta às demandas do meio social e condições de vida. O mais importante é classificar apoios de que a pessoa com DM necessite e funcionalidades no seu dia a dia do que classificar o grau da sua deficiência (Vieira & Pereira, 2003).

De acordo com Kay e Tasman (2002), o conceito de DM comporta conceitos básicos essenciais. Segundo estes autores, apesar de no DSM-IV se relacione com um transtorno mental, não constitui uma entidade nosológica única com aspectos patognomônicos específicos. Um dos conceitos básicos parte do princípio que o retardo mental não representa uma doença específica. O termo DM corresponde a uma síndrome

comportamental que descreve a capacidade de desempenho de uma pessoa em certos domínios. Por conseguinte, não possui uma causa, mecanismo, curso ou prognóstico únicos, e não tem necessariamente de durar toda a vida.

Outro pressuposto básico é que a DM não é um conceito unitário, isto é, as pessoas que receberam diagnóstico de DM não constituem um grupo homogêneo. Deste modo, as pessoas com DM representam um largo espectro de capacidades, apresentações clínicas e padrões de comportamento. A DM não é um transtorno específico, com um fenótipo comportamental característico associado a padrões de personalidade específicos e transtornos mentais comórbidos diferentes dos que são encontrados noutras pessoas.

Assim, um dos pressupostos básicos significa que as pessoas com DM não apresentam personalidade ou padrões de comportamento específicos. Os comportamentos mal-adaptados não devem ser interpretados como parte integrante da DM ou como uma expressão de “transtorno orgânico da personalidade”. Como na população em geral, esses comportamentos podem estar relacionados com a experiência de vida ou pode ser um sintoma de uma doença mental comórbida com a DM.

1.4. Etiologia

1.4.1. Factores Genéticos

O maior número de casos é indivíduos com síndrome de *Down* (Maatta, Tervo-Maatta, Taanila & Kaski, 2006 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valência, 1997). Este acontecimento representa uma anormalidade que ocorre no cromossoma 21. Outras anormalidades menos frequentes são: o síndrome do cromossoma X frágil (Reiss, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008); o síndrome de *Prader-Willi* (Jauregi et al., 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008); o síndrome de *Rett*, neurofibromatoses (Mouridsen & Sorensen, 1995 citado por Katz & Lazcano-Ponce,

2008); o síndrome *Lesch-Nyhan* (Nyhan, Wulfeck, Tallal & Marsden, 1989 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008); adrenolaicodistrofia (Feanny, Chuang, Becker & Clarke, 1987 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008) e outras que ocorrem raramente em certas condições (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

1.4.2.Factores Hereditários

A título de exemplo, os factores hereditários podem ser síndrome de *Mowat-Wilson* (Van de Putte, Francis, Nelles, Van Grunsven & Huylebroeck, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008), doença de *Tay-Sachs* e doença de depósito de glicogénio (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Estas doenças podem ser facilmente diagnosticadas quando as grávidas são acompanhadas (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

1.4.3.Factores Adquiridos

1.4.3.1-Congénitos

-Metabólicos – neonatal hipotiroidismo (Katz & Lazcano-Ponce, 2008);

-Tóxicos – síndrome de alcoolismo fetal (Kodituwakku, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008), exposição a substâncias no período prenatal (Morrow, Culbertson, Accornero, Anthorry & Bandstra, 2006 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valencia, 1997);

-Infeciosos – rubéola (Desmond, Montgomery, Melnick, Cochran & Verniaud, 1969 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valencia, 1997), sífilis (Gilad, Lampl, Blumstein & Dan, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valencia, 1997), toxoplasmose (Sharif, Ziali, Daryani & Ajami, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valencia, 1997) e herpes simples (genital tipo II) (Seppanen et al., 2006 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Pacheco & Valencia, 1997).

1.4.3.2-Desenvolvimentais

-Período Pré-natal- complicações que podem ocorrer durante a gravidez, como por

exemplo, diabetes não controlados (Leonard, Klerk, Bourke & Bower, 2006 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008), má nutrição intrauterina (Calis, Olieman, Rieken & Pening, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008) e hemorragias vaginais (Scheller & Nelson, 1994 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

-Período Perinatal- complicações comuns no nascimento como pró exemplo asfixia durante o parto (Siitonen et al., 2003 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008)

-Período Pós-natal- podem ser complicações observadas após o nascimento como as encefalopatias (Falcão, Silva, Fernandes, Brito & Brites, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008), traumatismo encefálico (Anderson, Catroppa, Morse, Haritou & Rosenfeld, 2005 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008), e infecções (encefalites e meningites) (Noyola et al., 2001 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

1.4.3.3-Ambientais e Socioculturais

Estudos epidemiológicos têm constantemente apontado para uma associação entre a pobreza e a DM. As evidências sugerem que esta ligação reflecte dois processos distintos. O primeiro estabelece a relação que existe entre pobreza e exposição a uma série de factores ambientais e psicossociais (Leonard et al., 2005 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Quanto ao segundo, indica que as famílias com membros que sofrem de DM têm um maior risco de ter despesas catastróficas que afectam consideravelmente os níveis de pobreza (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Estes factores são causas directas da desproporcionalidade do aumento da incidência da DM em países desenvolvidos (Emerson & Hatton, 2007 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

As interacções têm sido remetidas para um fraco acompanhamento prenatal, perinatal e posnatal dos cuidados de saúde; a maternidade adolescente; instabilidade familiar; poucos cuidados de saúde após o nascimento associados a uma multiplicidade de

cuidados inadequados e baixos níveis de estimulação e educação em concomitância com uma infância negligente (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

1.5- Características Evolutivas da Deficiência Mental e Implicações Educativas

Estudos experimentais revelaram que existem certas características que diferenciam a pessoa com DM dos demais. Por conseguinte, qualquer programa educativo deve ter em atenção, pois colocam em causa o desenvolvimento da pessoa com DM (Pacheco & Valência, 1997). Quiroga (1989 citado por Pacheco & Valência, 1997) salienta como significativos, as seguintes:

- a) Físicas: (1) falta de equilíbrio; (2) dificuldades de locomoção; (3) dificuldades de coordenação; (4) dificuldades de manipulação.
- b) Pessoais: (1) ansiedade; (2) falta de autocontrolo; (3) tendência para evitar situações que possam levar ao fracasso mais do que para procurar as de êxito; (4) possível de desenvolverem perturbações da personalidade; (5) fraco controlo interior.
- c) Sociais: (1) atraso progressivo no jogo, lazer e actividade sexual.

De acordo com Sainz e Mayor (1989 citado por Pacheco & Valência, 1997), consideram como importantes os subsequentes défices cognitivos: problemas de memória: activa e semântica; problemas de categorização; dificuldade na resolução de problemas; défice linguístico; problemas nas relações sociais.

As dificuldades referentes à DM ao longo do desenvolvimento podem ser categorizadas em dificuldades psicomotoras, dificuldades sensoriais, dificuldades nas relações sociais, dificuldades de autonomia, e dificuldades de linguagem (Pacheco & Valência, 1997).

Etapas Educativas

Perante as características educativas supracitadas de que carecem as pessoas com DM são identificadas etapas no desenvolvimento que podem ser fomentadas para maximizar o desenvolvimento, assim temos (Pacheco & Valência, 1997): a) educação em casa; b) educação no jardim-de-infância; c) educação no 1º ciclo do ensino básico.

A educação em casa constitui uma das primeiras etapas de vida, em que as crianças estão constantemente em contacto com os pais, ou avós ou em creches, deste modo é um período crucial de desenvolvimento. Assim, é neste período que a acção pedagógica pode usufruir os maiores níveis de eficácia. Perante Speck (1978) isto comprova-se nos fundamentos seguintes (Bautista, 1997):

- A influência do meio ambiente é determinante na aprendizagem e pode ocorrer por meio de estimulação directa ou indirecta que é dada à criança;
- O período mais favorável à estimulação corresponde aos primeiros anos de vida, pois representam os momentos em que o desenvolvimento psicofísico é mais rápido;
- A educação neste período requer menos esforço educativo nestas idades do que em idades subsequentes.

De acordo com Pacheco e Valência (1997), inicialmente quem exerce acção educativa são os pais e/ou outras pessoas que pertencem ao ambiente familiar e, deste modo, é relevante que apoio e a informação pertinente para poder desenvolver a criança em todas as suas potencialidades. Pelo contrário, o desconhecimento de certos princípios orientadores pode levar à fixação de comportamentos inadequados e aprofundar as suas lacunas.

A educação precoce deve incidir em todos os parâmetros do desenvolvimento como: motricidade; percepção; linguagem; socialização; e afectividade.

A actuação da acção educativa deve se integrar numa visão global e oposição a um treino de funções separadamente.

No que se refere à educação pré-escolar esta não é obrigatório no sistema educativo em Portugal, no entanto, a maioria das crianças de quatro anos frequentam os jardins-de-infância. Neste momento educativo deve existir acção pedagógica orientada ou uma aprendizagem organizada.

Speck (1978, citado por Pacheco & Valência, 1997) afirma que os pontos a traçar na educação pré-escolar são: estimulação e motivação para a aprendizagem e para actividades de relação; educação sensoriomotora e psicomotora; treino de autonomia e hábitos de higiene; educação rítmica; e educação verbal elementar.

Quanto à educação no período escolar deve incidir na maximização de todas as valências da criança deficiente, tendo por finalidade a preparação desta para enfrentar de forma autónoma o dia-a-dia. Neste seguimento, devem ser desenvolvidas todas as actividades que fomentem as capacidades fundamentais para se desenvolver como ser humano (Pacheco & Valência, 1997).

Speck (1978) considerou ainda as seguintes áreas apresentadas por Bach (1969) (Pacheco & Valência, 1997): socialização; independência; destreza; domínio do corpo; capacidade perceptiva; capacidade de representação mental; linguagem; e afectividade.

A situação específica que define cada criança deve influenciar a construção e a selecção dos objectivos e conteúdos dos programas de aprendizagem. O ensino deve ser individualizado e devem ser tidas em conta as potencialidades individuais de cada um

(Pacheco & Valência, 1997).

Para a educação da pessoa com DM é necessário ter presente os seguintes princípios de Piaget, que foram mencionados por Speck (1978 citado por Pacheco & Valência, 1997):

-Princípio Activo – Deve-se evitar o ensino teórico e de representação de objectos. Como forma de obter aprendizagem deve-se colocar a criança em relação directa com o objecto.

-Princípio de Estruturação – O ensino deve ser estratificado em pequenas etapas, deste modo, a criança avança ao seu ritmo de encontro aos objectivos propostos.

-Princípio de Transferência – Esta tarefa é por si só difícil, mas ainda mais para a pessoa com deficiência. Por conseguinte, para que ocorra a aprendizagem em situações semelhantes é necessário repetir várias vezes a aprendizagem com a combinação de objectos e situações.

-Associação da Linguagem e da Acção – A associação do sistema de sinais verbais e a experiência que está a decorrer passa pela ligação da acção à palavra correspondente. O que se pode traduzir num desenvolvimento cognitivo.

-Motivação para as Aprendizagens Sociais – A carga emocional que fica patente na situação de aprendizagem condiciona a própria aprendizagem e seus resultados. Por isso, é importante criar situações positivas na aprendizagem nos aspectos sociais e afectivos.

CONCLUSÕES

Como conclusão compreende-se que o conceito de deficiência mental é um conceito complexo e de difícil delimitação. Contudo, existem pontos de concordância entre os autores acerca das suas características que são: o défice cognitivo e no comportamento adaptativo que ocorrem no período de desenvolvimento, antes dos 18 anos.

A deficiência mental estratifica-se em ligeira, moderada, grave e profunda de acordo com o Q.I. determinado por testes cognitivos. Assim, a estratificação do grau de

deficiência mental determina as suas capacidades e limitações.

A origem da deficiência mental é diversificada, no entanto, existem factores que parecem ser os mais frequentes para a sua etiologia.

Por fim, é importante salientar que as limitações da pessoa com deficiência mental determinam o seu percurso de vida, em específico, o seu percurso educativo. Neste sentido, existem linhas orientadoras de como deve ocorrer o ensino desta população.

CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

INTRODUÇÃO

Este segundo capítulo reporta-se à intervenção na deficiência mental, por conseguinte são aprofundados os princípios gerais de intervenção na deficiência mental: o princípio de normalização, o direito de viver em comunidade, o direito de viver com uma família, a não-institucionalização, desinstitucionalização, educação e treino para todos, treino de competências psicossociais, protecção legal, inclusão total.

O ponto seguinte é o diagnóstico de transtornos mentais comórbidos na deficiência mental, que realça que a intervenção deve ser orientada sobre o princípio múltiplo e as necessidades e problemas que se associam à deficiência mental, assim temos: cuidadores e provedores, incapacidades, necessidade de aprender, necessidade de terapia, necessidade de oportunidades.

O outro ponto posterior constitui os objectivos gerais de tratamento, as terapias e as formas de intervenção. As terapias e formas de intervenção que apresentam a farmacoterapia, as intervenções psicossociais. Entre as intervenções psicossociais definem-se as abordagens programáticas e educacionais, as psicoterapias e o tratamento comportamental. Em específico, outras formas de intervenção foram abordadas por último, sendo desenvolvidas a promoção cognitiva, o treino de competências psicossociais e a educação sexual.

2.1- Princípios Gerais

Em termos gerais, não há um tratamento específico para a DM, porém se existirem transtornos comórbidos, se estiverem presentes, na grande maioria das vezes podem ser

tratados. As intervenções dirigidas à DM envolvem uma diversidade de abordagens educacionais, preparatórias e de apoio que dependem das necessidades da pessoa (Kay & Tasman, 2002).

Actualmente, a abordagem nos serviços destinados à pessoa com DM tem por base os seguintes princípios (Kay & Tasman, 2002):

O *princípio da normalização* que significa dar à pessoa com DM padrões e condições da vida diária que se encontrem o mais próximo possível das normas e padrões da população normativa em que se inserem (Kay & Tasman, 2002; Maciel, 2000; Parmenter, 2008).

O *direito de viver em comunidade* o que inclui (Kay & Tasman, 2002; Maciel, 2000):

Direito de viver com uma família, se possível com a sua própria, ou uma substituta, se for necessário institucional ou adoptiva (Kay & Tasman, 2002);

Não-institucionalização nem de crianças nem de adultos, independentemente do grau de DM, de uma maneira geral (Kay & Tasman, 2002; Parmenter, 2008);

Desinstitucionalização de adultos e recolocação em contexto o mais normativo possível, a título de exemplo, residências comunitárias, apartamentos supervisionados e orfanatos (Kay & Tasman, 2002; Parmenter, 2008);

Educação e treino para todas as crianças, independentemente da sua incapacidade e do grau dessa incapacidade, sempre que seja viável, estas devem ser incluídas em programas baseados na comunidade. A tendência actual vai no sentido de inclusão, que representa a colocação em tempo integral numa classe adequada para a idade, com o programa educacional, tendo uma componente individual para as suas necessidades em

específico. Assim, os serviços de educadores especiais e terapeutas, quando são precisos, também são oferecidos nestes programas (Kay & Tasman, 2002; Maciel, 2000);

Emprego de adultos na comunidade de acordo com as suas competências, alternando entre oficinas protegidas e o mercado de trabalho competitivo, ou programas diários educativos-recreativos para aqueles com DM mais significativa (Kay & Tasman, 2002; Martins, 1999; Wehmeyer & Bolding, 2001 citados por Frey, Temple & Stanish, 2006).

E ainda perante Kay e Tasman (2002), o *treino das competências psicossociais* ao mais alto nível possível, para que possam fazer uso de serviços e facilidades normais da comunidade (compras, bancos, transportes).

A *protecção legal* e medidas protectoras adequadas, por exemplo, contra a utilização imprópria de medidas farmacológicas e comportamentais com as quais se pretende substituir a educação activa e o tratamento.

O movimento no sentido de *inclusão total*, o que se traduz no fim dos serviços e educação segregados e a oferta de serviços especializados em ambientes educacionais, de vida e de trabalho regulares.

2.2-Diagnóstico de Transtornos Mentais Comórbidos na Deficiência Mental

Kay e Tasman (2002) consideram que os indivíduos com DM podem sofrer dos mesmos transtornos que a população em geral. No entanto, as manifestações clínicas podem ser alteradas por prejuízo cognitivo, capacidade de comunicação, incapacidades sensoriais, motoras ou de outros tipos associados, e experiências e condicionantes de vida. Um dos factores mais importante é a presença ou ausência de linguagem verbal, pois muitos critérios de diagnóstico estão fundamentados nas comunicações verbais da pessoa.

Em grande parte dos casos a consideração e a avaliação escrupulosas podem dar uma categoria adequada do DSM-IV, que classifica a apresentação clínica. Um dos aspectos relevantes é se a pessoa com DM tem concomitantemente um transtorno comportamental ou mental (diagnóstico duplo). Não há uma definição de transtorno comportamental este conceito é utilizado para identificar uma reacção aprendida de mau comportamento deliberado, e comportamento para atrair a atenção. Contudo, é necessário ter em atenção que a apresentação clínica de cada transtorno mental definido pode incluir elementos de comportamento aprendido, ou seja, consequentes das reacções das pessoas no contexto de vida da pessoa com DM.

A DM é apresentada pelo DSM-IV (1994) como uma patologia com a possibilidade de coexistência de outras patologias (Fuller & Sabatino, 1998). De acordo com Reber (1992 citado por Fuller & Sabatino, 1998), pode coexistir com quase todas as perturbações mentais, como por exemplo, perturbação bipolar, esquizofrenia, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva. Os serviços multidisciplinares de habilitação ou reabilitação como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, educação física, arte terapia, musico terapia, terapia com animais, treino vocacional revelam resultados benéficos (Gouvier, Webster & Blanton, 1986 citados por Fuller & Sabatino, 1998).

E ainda, para Kay e Tasman (2002) os princípios básicos da avaliação diagnóstica em pessoas com DM são iguais ao da população em geral. O que é necessário é alterar as técnicas clínicas, de acordo com os diferentes níveis evolutivos do deficiente mental em vários domínios e competências de comunicação em específico.

O *princípio múltiplo* considera que as pessoas com DM precisam de múltiplos provedores para vários serviços, pois têm vários problemas e necessidades. Este princípio pressupõe as seguintes necessidades e problemas na DM:

Cuidadores e provedores- pais, família, professores, atendentes, conselheiros, supervisores, médicos.

Incapacidades- cognitivas, específicas de aprendizagem, sensoriais, motoras, de linguagem, médicas associadas.

Necessidades de aprender- cuidados pessoais, comunicação, utilização dos serviços comunitários, recreação, independência, competências sociais.

Necessidade de terapia- várias terapias médicas, de linguagem, físicas, ocupacionais, vocacionais.

Necessidade de oportunidades- trabalho ou educação, ou ambos, recreação, sociais, cuidados de saúde conjugado.

As necessidades e problemas supracitados não se aplicam a todas as pessoas, mas devem ser considerados em várias situações. Portanto, o problema apresentado pela pessoa com DM deve ser analisado e avaliado no contexto das competências e incapacidades e não como um acontecimento isolado.

2.3-Objectivos Gerais de Tratamento

O erro mais cometido pela classe médica que cuida de pessoas com DM é tratar, em geral com medicação, problemas isolados, com frequência comportamentos invasivos que causam o encaminhamento e ignoram outros problemas e intervenções. Neste seguimento, os profissionais devem executar um diagnóstico que siga o princípio múltiplo, considerando a interação dos múltiplos factores e centrando o tratamento na obtenção de melhor qualidade de vida da pessoa com DM invés de remover o sintoma (Dosen, 2007; Kay & Tasman, 2002).

2.4-Terapias e Formas de Intervenção

Farmacoterapia

A prescrição de drogas psicotrópicas para pessoas com DM não difere da população normativa. O que os estudos revelam é uma diferença na eficácia, o que realmente altera é a necessidade de fazer um diagnóstico preciso e diversas intervenções simultâneas. É indicado uma redução de medicamentos ao invés de reforçar a medicação na mesma classe de medicamento quando este não faz efeito. Só em casos em que seja contraindicada a redução gradual de medicação é que deve ser mantida a mesma medicação. Para o tratamento farmacológico adequado há que compreender o desempenho global da pessoa e não um comportamento em específico (Kay & Tasman, 2002).

Intervenções Psicossociais

Abordagens Programáticas e Educacionais

As intervenções psicossociais pretendem dar um ambiente de vida adequado e programático. O programa vocacional e educacional deve centrar-se nas valências da pessoa e na oferta de oportunidade de sucesso, ou seja, não uma oportunidade que remete ao fracasso antes da sua realização. Por sua vez, este tipo de oportunidades de maior probabilidade de sucesso melhoram a auto-imagem do indivíduo (Kay & Tasman, 2002).

Psicoterapias

A psicoterapia não difere da população com inteligência média, e é semelhante ao tratamento de crianças. Como na população normativa, o tratamento deve reger-se pelas necessidades e reacções da pessoa e não pela vertente teórica do terapeuta (Kay & Tasman, 2002). Assim, a psicoterapia adaptada ao nível de comunicação do cliente pode servir para aumentar a auto-estima, competências sociais, e as competências na resolução de problemas (Fuller & Sabatino, 1998).

Tratamento Comportamental

O tratamento comportamental deve incluir a extinção de comportamentos desadaptados e a aprendizagem de comportamentos apropriados em substituição (Kay & Tasman, 2002).

2.4.1- Promoção Cognitiva

Segundo Maceira (2001), perante a limitação cognitiva, seja qual for a sua etiologia, os pais e educadores podem adoptar uma destas duas posturas básicas: a aceitação passiva dessa limitação ou lutar contra esta com o sentido de modificar essa realidade. A primeira postura, supõe admitir que a situação é irreversível, e na prática traduz-se numa sobreprotecção, procurando adequar a realidade às possibilidades do sujeito. Na segunda postura, na modificação activa, considera-se que as limitações do sujeito são reversíveis, ou que os efeitos da situação podem ser alterados. Quanto à prática, esta atitude traduz-se na adequação e desenvolvimento do sujeito para que responda devidamente às exigências do meio. Portanto, compreende-se que a primeira posição, a aceitação passiva, leva à crónica da situação de inadaptação. A posição recomendada é a combinação entre a modificação activa com as possibilidades do sujeito.

E ainda, o autor pressupõe que a realidade impõe certos limites à modificação, assim é necessário ter presente: a natureza etiológica da alteração, a maior ou menor gravidade da mesma e a idade em que se intervém são aspectos que condicionam em grande medida os resultados. Por conseguinte, é certo que não é só possível intervir quando a causa é exclusivamente meioambiental. Também não é menos possível intervir quando é orgânica, apesar das dificuldades serem maiores. E também, é certo que a intervenção não é só possível em casos leves, mas está provado que quanto maior é a afectação mais é a modificação. Assim como, o aumento da idade limita a intervenção (Maceira, 2001). Neste

seguimento, algumas pesquisas têm mostrado que as pessoas com DM podem aprender estratégias de solução de problemas se tiverem uma intervenção educativa adequada, mesmo apresentando dificuldades na aprendizagem de solução de problemas (Araújo, 2005). Como afirmam Erez e Pelet (2001 citados por Araújo, 2005), no seu estudo que realizaram com 15 adolescentes com DML envolvendo tarefas-problema, mostraram que todos os sujeitos exibiram algum grau de metacognição relacionado com duas categorias: a) conhecimento sobre o seu próprio conhecimento; b) organização e reflexão sobre o seu comportamento. Deste estudo, as principais conclusões extraídas apontam para a importância do comportamento metacognitivo como elemento-chave para a efectiva solução de problemas e apontam que este componente deve ser potenciado desde a mais tenra idade. Outro estudo efectuado por Tanaka et al. (2001 citados por Araújo, 2005), refere que os indivíduos com DM fazem mais uso de pistas externas como guias para a acção do que o seu próprio recurso cognitivo. Este estudo demonstrou que na população com DM, a ocorrência destes comportamentos são mais frequentes nos adultos. A explicação dos autores para este facto é que a exibição destes comportamentos em adultos deve-se às experiências de fracasso que tiveram em crianças, o que quer dizer que o comportamento desfavorável perante a solução de problemas reporta-se mais à experiência de vida do que à própria deficiência.

Na grande maioria das pessoas, a inteligência e o pensamento se desenvolvem por meio da interacção social, no seu sentido mais amplo, e mediante os recursos do sistema educativo. Quando se trata de pessoas com DM, não são suficientes as intervenções pontuais e desconexas, torna-se necessário uma intervenção sistemática com os nomes de Programa e /ou Projecto. Historicamente, utilizou-se o termo “programa” para intervenções sistemáticas amplas e não exclusivas aos sujeitos cujas habilidades se pretende melhorar, generalizando-se, às famílias, professores e a todo o tipo de mediadores

(Maceira, 2001).

A mediação educativa destina-se, actualmente, a alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem ou problemas cognitivos, e orienta-se pelos seguintes princípios (Mata, 2006):

a) Respeitar e ter em conta as diferenças de cada indivíduo, deste modo, o estilo e perfil cognitivo de cada um;

b) Dar prioridade e reforçar as suas áreas fortes, conforme o seu perfil intra-individual, tornando as suas estruturas mais complexas e diversificadas, ao mesmo tempo, reforçando a motivação e desenvolvendo a auto-imagem;

c) Aumentar a capacidade de aprender a aprender, de aprender a reflectir, transferir e generalizar conhecimentos, fomentando os processos de captação, integração, elaboração e expressão da informação, deste modo, tenta-se compensar as áreas fracas do seu perfil cognitivo, alterando as funções cognitivas deficitárias;

d) Apoiar os alunos na desenvoltura da cidadania, auto-estima, identidade, através do exercício das competências sociais e emocionais na resolução de problemas;

e) Focar a sua aprendizagem em aspectos processuais, à criatividade e aptidões necessárias ao dia-a-dia, ao invés de dar ênfase à obtenção de conhecimentos conceptuais.

A autora pressupõe que este tipo de proposta pedagógica visa desenvolver as capacidades cognitivas e metacognitivas de input, processamento e output da informação, como a atenção, a percepção, a organização, integração e a elaboração de informação, e ainda, a capacidade de operacionalização de problemas e da planificação e expressão.

Os métodos usados para a reeducação cognitiva e da metacognição são a modelagem, o questionamento, discussão e aprendizagem cooperativa. Assim, o que pretende através destes métodos não é alcançar a resposta certa, e sim, aumentar a

capacidade de pensar de forma crítica, obter a consciencialização dos seus processos, a generalização, projecção e transferência de princípios, e também, recorrer a uma aprendizagem sempre significativa.

Segundo Fonseca (2001 citado por Mata, 2006), à medida que são apresentadas as situações, os mediadores devem-se guiar pelos seguintes parâmetros:

- a) Centrar-se nos processos mais do que nas respostas;
- b) Incidir as questões no processo e obter as respostas deste;
- c) Pedir a justificação e fundamentação para todas as respostas, incluindo as respostas correctas;
- d) Transmitir entusiasmo na aprendizagem;
- e) Fazer uso de incentivos intrínsecos nas tarefas, diminuindo os extrínsecos;
- f) Passar princípios acerca de domínios de contexto familiar e escolar;
- g) Descrever experiências familiares novas;
- h) Retirar regras e princípios das experiências do dia-a-dia;
- i) Salientar a ordem e a previsibilidade das situações experienciadas;
- j) Criar hábitos lógicos e desenvolver a insatisfação sobre a imprecisão, a incoerência e a falta de evidência lógica;
- k) Dever de aceitar as respostas dos mediatizados, no entanto, corrigir as respostas que se apresentam como incoerentes ou incompletas.

Processos Cognitivos na DM

A **atenção** representa a capacidade para escolher determinados estímulos ou detalhes de estímulos, num determinado tempo e de maneira sistemática. Existe dois tipos de atenção, a atenção concentrada ou sustentada e a atenção difusa ou selectiva. A atenção sustentada define-se por identificar as vezes em que um certo estímulo se apresenta num contexto de ordem repetitiva. Quanto à atenção selectiva, esta constitui a procura de uma

informação específica num contexto diversificado (Mata, 2006). A atenção pode-se traduzir a nível comportamental, por exemplo, quando o indivíduo se concentra, mostra interesse, o que decorre e se associa à motivação (Ramalho, 2009).

Zeaman e Horse (1963) e Furby (1974) referiram que existe um défice de atenção nas crianças com DM (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997). De acordo com Furby (1974 citado por Sampedro, Blasco & Hernández, 1997), as prestações da pessoa com DM são insignificantes nas aprendizagens discriminativas. Estas necessitam de mais tempo para direccionarem a sua atenção para o objectivo e transferir de um aspecto para outro do estímulo. Assim, necessitam de uma grande flexibilidade da atenção o que requer uma forte motivação para manter o interesse. E ainda, revelam dificuldade em inibir ou reter as respostas mesmo após ter verificado em detalhe os aspectos mais importantes e/ou as componentes mais abstractas dos estímulos, pois têm menor qualidade nas respostas e maior frequência de erro.

A **percepção** permite ao organismo transformar em significado a informação que é dada pelos sentidos, as sensações (Mata, 2006).

A **memória** constitui o produto da adaptada discriminação e reconhecimento dos estímulos visuais, auditivos, tácteis e motores. Esta é responsável pela organização dos dados provenientes da percepção, assim, representa a capacidade que permite o reconhecimento e recordação de objectos, situações ou factos. Existem vários tipos de memória, assim como, há diversos canais sensoriais: visual, auditivo, sensoriomotor, olfativo e gustativo. No processo de memorização dão-se três momentos distintos (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997):

- Aquisição: é a percepção de dados ou factos.
- Retenção: momento de armazenamento de informação.

- Reconhecimento/Recordação: é a fase de actualização da informação que foi guardada.

Estes autores referem, também, que o nível de retenção da informação é determinado por vários factores advindos: das condições em que se obtém a informação (repetições, quantidade de dados, etc.); da natureza da informação (grau de complexidade, implicação afectiva, etc.); da atenção, motivação e interesse do individuo; do tempo que decorreu desde a aquisição da informação.

A memória é fundamental para as aprendizagens escolares, mas crucial ao desenvolvimento global da pessoa. Deste modo, a memória é uma capacidade que necessita de ser potencializada sistematicamente.

No que concerne à memorização existem investigadores que consideram que as impressões mnésicas mantêm-se menos tempo nos circuitos nervosos da memória a curto prazo dos indivíduos com DM moderada e severa, em comparação, com os normais. Segundo Spitz (citado por Sampedro, Blasco & Hernández, 1997), os mecanismos base da aprendizagem e memorização são os mesmos, o que difere são os processos utilizados para estruturar as aprendizagens e memorizações.

Outros autores afirmam que o problema dos maus resultados, aprendizagem e memorização está na categorização conceptual e na codificação simbólica, ou seja, a criança com défice mental não é detentora de um mecanismo de estruturas mentais para as assimilar. Assim, esta orienta-se por imagens ou o concreto e não por conceitos ou o abstracto (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

De acordo com Brown (citado por Sampedro, Blasco & Hernández, 1997), a memória de reconhecimento elementar em actividades simples é boa, no entanto, quando se requer uma intervenção activa e espontânea para estruturar o material a memorizar

revelam menos competências do que os outros. É um défice em específico que altera a recordação verbal interior da nomeação dos objectos ou acontecimentos a reter, a estruturação económica do material e a eliminação organizada e participativa dos componentes não relevantes. A utilização de estratégias correctas de memorização mostra-se eficaz, não obstante, a dificuldade reside no uso participativo, de iniciativa das estratégias de forma a organizar a actividade mnésica por parte da pessoa com DM.

A **linguagem** é uma das principais funções que se incluem no desenvolvimento cognitivo. Existe diferença entre fala e linguagem, o que é importante ter em atenção quando se explora a linguagem. A fala consiste nos sons e combinações de sons que servem para desenvolver as sílabas, palavras e frases. A linguagem remete-se ao código ou código linguístico que ordena combinação de sons, sílabas, palavras e frases de forma a transmitir uma ideia (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

2.4.2- Treino das Competências Psicossociais

Segundo Amaral (1996 citado por Batista, Cardoso & Santos, 2006), a definição de deficiência desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde sugere o seguinte desdobramento em três termos: deficiência (impairment), incapacidade (disability) e desvantagem (handicap). A autora reagrupa em dois termos: deficiência primária, incluindo a deficiência e incapacidade, resultantes dos aspectos biológicos da deficiência.

E deficiência secundária, que se relaciona com a desvantagem, definida pelos aspectos ambientais da deficiência. Neste seguimento, considera que a deficiência secundária pode ser minimizada ou mesmo eliminada por meio de acções que devem ser propostas ao longo da vida da pessoa com deficiência primária.

Pessoas com DM são limitadas a uma idade mental inferior a 13 anos, não podem

atingir níveis de cognição abstracta que em condições normais se desenvolve na adolescência. Por esta razão, os objectivos educacionais devem se focar no desenvolvimento de competências para adquirir autonomia como preparação para a idade adulta e não em conteúdos académicos. E ainda, promover a interacção entre pares para criar a pertença de grupo (relações com os outros, com aproximadamente o mesmo nível de deficiência) (Katz & Lanzcano-Ponce, 2008a). As dificuldades no relacionamento social verificam-se pela dificuldade em interpretar as expressões faciais e emoções que são transmitidas pelo não-verbal, que são determinantes no contacto social e na comunicação (Lunsky & Benson, 2001; Maurer & Newbrought, 1987 citados por Dogru, 2007). A DM é caracterizada por limitações no comportamento adaptativo, como supracitado, em várias das suas dimensões: conceituais, práticas e sociais. A dimensão conceptual refere-se à auto-suficiência na comunidade, a comunicação, a dimensão social à responsabilidade pessoal-social, à socialização, e a dimensão prática à auto-suficiência pessoal, à habilidade da vida diária (AAMR, 2006).

Neste sentido, torna-se fundamental dar resposta às lacunas do comportamento adaptativo da pessoa com DM através do âmbito central do mesmo, o social.

De acordo com Vygotsky (1979 citado por Martinho, 2004) através da participação do indivíduo em actividades sociais desenvolvem-se processos psicológicos rudimentares que são regidos por um conjunto de mecanismos biológicos (formas elementares de memória, motivação, actividade sensório-perceptiva), por sua vez, são influenciados por uma série de factores sociais, mediatizados por instrumentos advindos da cultura do indivíduo. Assim, vão incidir sobre os processos de maturação e aumentar a capacidade de domínio e de apropriação do indivíduo. O mesmo autor afirma ainda que é no contexto das interacções sociais que o desenvolvimento cognitivo se produz.

O controlo interno e complexidade dos comportamentos são fruto da acção social, que implica a execução e que se refere a uma determinada tarefa. Por conseguinte, a acção tem uma qualidade própria que são os processos através dos quais se desenvolve. Deste modo, quando dizemos que o indivíduo apropriou-se de algo, significa que aprendeu a utiliza-lo de forma correcta por intermédio das acções e operações mentais que se desenvolveram. Não obstante, para que exista cooperação, é necessário a participação do sujeito nas actividades sociais, nas situações de actividade conjunta (Martinho, 2004).

2.4.3- Educação Sexual

Segundo Chaplin (1981), a sexualidade era entendida como a capacidade de comportamento ou de ter relações sexuais, e ainda, característica de ser atraente do ponto de vista sexual e tendência de uma preocupação excessiva com o sexo.

O conceito de sexualidade foi-se alterando ao longo do tempo, de acordo com Doron e Parot (2001), a sexualidade é uma função estritamente humana, pois investe nos comportamentos de procura do prazer sexual de conteúdos culturais e simbólicos.

Em última análise, a sexualidade define-se como todas as expressões da vida fundadas, ou que se podem fundar, no sexo. Nas suas formas de expressão, a sexualidade varia radicalmente com as diferentes estruturas socioculturais, como também, com os costumes dos rituais sexuais dominantes (Dorsch, Hacker & Stapf, 2001).

O desenvolvimento sexual entendido no seu sentido mais amplo constitui uma construção da identidade, da personalidade, estão intimamente ligados à sexualidade, ao género e à aquisição de papéis relacionados com a masculinidade e feminilidade. Neste seguimento, o desenvolvimento psicosexual representa um processo complexo e delicado, que se sujeita às demandas do acaso ao longo do desenvolvimento do ser humano. Os seres

humanos têm todos impulsos sexuais, contudo, o facto de viverem em sociedade condiciona o seu comportamento sexual. Assim, o condicionamento social é exercido pelo contexto sócio-cultural em que se integram (Félix, 1995; Monteiro, 2003).

Na sociedade ocidental, a sexualidade assim como os comportamentos subjacentes eram rigorosamente controlados e criticados pelas leis, pela moral e pela opinião pública. Para as pessoas correspondentes ao considerado normativo existia um grande rigor, em contrapartida para a pessoa com deficiência este controle não existia porque partiam da ideia de que eram pessoas assexuadas (Félix, 1995).

È fulcral que os tabus acerca do desenvolvimento sexual se transformem numa discussão e análise possível, saudável e segura. Assim, este debate necessita ser implementado na sociedade, em específico, nas famílias, que têm dificuldades em falar sobre o assunto com os filhos adolescentes. O debate torna-se ainda mais moroso quando os seus filhos têm DM. A dificuldade que se apresenta na discussão da sexualidade da pessoa com DM se deve à existência de muito poucos relatos acerca da experiência sobre o assunto. Esta lacuna se deve aos preconceitos e à discriminação subjacente, que reforçam a ideia de que estes não têm o direito de praticar a sua sexualidade (Bastos & Deslandes, 2005). De acordo com Silva e Dessen (2001 citados por Bastos & Deslandes, 2005), alguns pais evitam o confronto com o preconceito, por conseguinte, limitam os filhos nas actividades socioculturais, carenciando ainda mais o seu desenvolvimento.

O mito constitui uma falsa crença largamente aceite entre camadas populares (Chaplin, 1981). A crença representa a atitude de adesão a uma proposição, cuja verdade nem sempre pode ser demonstrada (Bronckart & Prévost citados por Doron & Parot, 2001). O preconceito significa uma atitude, positiva ou negativa, que se formula antes de provas suficientemente evidentes e que se conserva com tenacidade emotiva (Chaplin,

1981). A atitude de preconceito desenvolve-se através de um processo de socialização que é influenciada pela cultura e história (Crochik, 1996 citado por Silva, 2006).

A sexualidade na DM e a própria sexualidade, em geral, está impregnada de mitos, crenças e preconceitos, sendo que o panorama estereotípico é deveras mais negativo (Earle, 1999 citado por Cheausuwantavee, 2002; Gomes, 1995). Deste modo, a seguir se apresentam os mitos que mais se associam à DM:

- A ignorância sexual foi considerada uma garantia de inocência (Monteiro, 2003);
- Muitas pessoas consideram que a pessoa com deficiência não sente quaisquer necessidades sexuais e outras acreditam no oposto, isto é, que estes só pensam em sexo (Gomes, 1995);
- As pessoas com DM são consideradas seres assexuados, sem sensibilidade, incapazes de sentir emoções, de sentirem o gosto da atracção, do prazer, do desejo (Earle, 1999, Scorzelli, 1993 citado por Cheausuwantavee, 2002; Monteiro, 2003);
- A DM é associada a um défice sexual. De acordo com Reeve (2001), a literatura não confirma esta associação (Bastos & Deslandes, 2005);
- A literatura demonstra que existe a crença de que o tema sexualidade é ignorado pelos pais, pois acreditam que falar acerca desta temática propícia manifestações sexuais dos seus filhos (Konstantareas & Lunsky, 1997 citados por Bastos & Deslandes, 2005);
- A sexualidade é por vezes reduzida à genitalidade, a um contacto físico, a um prazer de momento (Monteiro, 2003);

A sociedade e a cultura negam a sexualidade de pessoas com DM o que constitui um direito de expressão, a percepção das pessoas com deficiência como assexuadas pode representar uma barreira para uma educação sexual segura tanto para quem trabalha com esta população, podendo ser influenciadas por estas formas de ver a sexualidade, como para as próprias pessoas com DM. Esta barreira pode significar falta de acesso à

informação e na dificuldade em aceitar a pessoa com DM como ser sexuado (Cheausuwantavee, 2002). Desta forma, estes factores podem resultar em problemas na sua sexualidade, ausência de educação sexual, atitudes sobre a sexualidade desadequadas para com a pessoa com e sem deficiência mental, tornando os problemas acerca da sexualidade mais difíceis de resolver (NIDA University, 2001 citado por Cheausuwantavee, 2002).

Em 2007 a questão não é se as pessoas com DM têm sexualidade ou se têm direito de a viver. A pessoa com DM tem direito de viver a sua sexualidade! A questão que se coloca é “ Como é que os terapeutas, cuidadores e pais podem ajudar pessoas com DM a viver a sua sexualidade?”. E ainda, “Quais são as necessidades específicas da DM e como se pode acede-las para prevenir a doença e potenciar o bem-estar?”(Conod & Servais, 2008).

Monteiro (2003), salienta que a sexualidade constitui uma dimensão da personalidade, como foi supracitado, que se guia pela lógica e ritmo do desenvolvimento global. Deste modo, reprimir ou ignorar a expressão da sexualidade na pessoa com DM é dificultar o seu crescimento e o seu desenvolvimento enquanto pessoa.

E também, refere que no relacionamento e interacção com a criança ou jovem com DM, nos diferentes contextos da vida, de socialização está a ocorrer Educação Sexual. Por conseguinte, é através dos modelos de relação Homem-Mulher que se deparam no dia a dia, e em específico, nas trocas afectivas e na comunicação entre Pais-Filhos, Professores-Alunos e pelas imagens dos mass media que desenvolvem a sua psicosexualidade.

Como os demais a pessoa com DM está exposta a todo tipo de mensagens sobre o sexo e a sexualidade, a todo o tipo de riscos, como por exemplo, gravidez indesejada, abuso sexual (assédio, violação), exploração sexual, doenças sexualmente transmissíveis.

Contudo, estes são mais vulneráveis e indefesos devido às limitações inerentes à DM.

As pessoas com DM constituem potenciais vítimas de abuso sexual. Existe um aumento da prevalência de abuso sexual contra mulheres com DM, as razões para este facto podem ser múltiplas. Diferentes autores postularam que a passividade, a obediência e o comportamento afectivo presente em várias mulheres com DM pode constituir um factor de risco. A dificuldade da vítima em expressar o que aconteceu, a proximidade que é necessária para os cuidados de higiene constituem outras razões que podem aumentar o risco de abuso em mulheres com DM, por conseguinte, a prevenção do abuso sexual deve passar por educação sexual (Conod & Servais, 2008). Muitos dos cuidadores ou clínicos têm receio de que uma aproximação sobre os problemas acerca da saúde no campo reprodutivo restringindo à prevenção da gravidez pode constituir um risco para o abuso sexual e transmissão de doenças infectocontagiosas.

Neste seguimento, a pessoa com DM pode ser mal percebida como “ não representativa de correr riscos quanto à sua sexualidade” pelos pais e tutores (Elkins, Gafford & Wilks, 1986; Servais, Jacques & Leach, 2002; Diederich & Greacen, 1996; Servais, Luts & Roussaux, 1998; Wingfield, Healy & Nicholson, 1994; Servais, Hoyois & Roussaux, 2000; Servais, Leach, Jacques & Roussaux, 2004 citados por Conod & Servais, 2008).

Em países desenvolvidos a pobreza de mulheres com DM ligeira e a sanção social contra o casamento de pessoas com DM pode levar estas mulheres a envolverem-se numa série de relações instáveis. Os baixos conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a sua transmissão contribuem para o aumento da vulnerabilidade das pessoas com DM (Conod & Servais, 2008).

O uso de contraceptivos por pessoas com DM requer uma educação sexual adaptada,

dado que a maioria das pessoas com DM tem pouco ou nenhum conhecimento de como usar (Mc Gillivray, 1999 citado por Conod & Servais, 2008). Diversos programas educativos têm sido propostos neste sentido (Scotti, Nafe & Masia, 1997 citados por Conod & Servais, 2008). Lindsay e CoWorkers (1992), demonstraram que as noções teóricas adquiridas durante um programa de educação sexual podem ser consistentemente compreendidas e retidas pela maioria dos adultos com DM ligeira e moderada. A eficácia destes programas no processo de facilitação de vida das pessoas com DM está a aumentar ao longo dos anos (Conod & Servais, 2008).

Para ajudar a pessoa com DM a superar as desvantagens é crucial o mais precoce possível dar educação sexual formal em que a sexualidade humana seja abordada de uma forma explícita. Este tipo de intervenção pedagógica intencional e estruturada, que pode ser em forma de programa ou não, pretende eliminar comportamentos indesejáveis para uma melhor inserção em sociedade, tais como (Monteiro, 2003): a) as manifestações indiscriminadas de afecto (ex.: tocar, beijar estranhos, para além da idade socialmente aceite); b) Indefesa face a situações de risco de abuso sexual (o princípio interiorizado de que deverão fazer sempre aquilo que lhes mandam outras pessoas que sabem mais e melhor do que eles); c) Não consideração dos sentimentos e necessidades expressas pelos outros; d) Limitações na comunicação dos seus desejos, dos seus sentimentos, medos e interesses; e) Exposição em publico de comportamentos sexuais, como por exemplo, práticas masturbatórias; f) Inquietação, vergonha e medo de alguns jovens com DM em relação às alterações ocorridas no seu corpo, etc.

A educação sexual segundo o Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual desenvolvido em Portugal constitui um processo em que está envolvida a obtenção de informação, definição de atitudes e comportamentos. Portanto, sublinham que como objectivo primordial de intervenção deve ser o esclarecimento ou informação para

criar competências com vista a uma escolha segura e informada (Ministério da Educação, 2005 citado por Vilaça, 2006).

Associado ao conceito de educação estão os de saúde sexual e sexualidade. A educação sexual pode preconizar as seguintes linhas de trajectória (Ministério da Educação, 2005 citado por Vilaça, 2006):

- obter a melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais, e ainda, reduzir as possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as doenças sexualmente transmissíveis;
- capacitar os mais novos de protecção face a todas as formas de abuso e exploração sexual; e
- promover a tomada de decisões quanto à sexualidade durante toda a vida.

Por conseguinte, a educação sexual direcciona-se a todos, mas faz todo sentido aos mais frágeis e desfavorecidos no que concerne à informação. Na deficiência mental a problemática não se encontra na escassez da informação ou segurança na escolha, a tónica encontra-se mais próxima da dificuldade de assimilação da informação. Os objectivos de intervenção não se desvirtuam, no entanto, outros aspectos tomam maior relevância.

A educação sexual não visa só os comportamentos elementares acerca da fecundação, a gravidez e o nascimento, mas sim a facilitação da construção da sua identidade sexual, a aceitação do seu corpo sexuado e a compreensão do seu funcionamento e crescimento, a expressão dos seus afectos e da sua sexualidade, o seu relacionamento interpessoal, o desenvolvimento das suas capacidades de reconhecer situações de risco, de tomar decisões, de ser assertivo e de pedir ajuda (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; Katz & Lazcano-Ponce, 2008b; Monteiro, 2003).

De acordo com Conod e Servais (2008), os cuidados de higiene, os cuidados

ginecológicos, as doenças sexualmente transmissíveis, o abuso e a prevenção da gravidez constituem as principais áreas onde a função adaptativa de pessoas com DM pode precisar de educação específica e acompanhamento médico. É necessário ter em atenção que a função adaptativa de pessoas com DM depende do nível da deficiência e do potencial neurológico, psiquiátrico e comorbilidades gerais, as necessidades de suporte e o potencial de solução que pode ser proposto varia de pessoa para pessoa (Conod & Servais, 2008).

Assim, a execução e a implementação de projectos de intervenção formativa devem ocorrer precocemente dirigindo-se aos pais, educadores, professores, pares e pessoas significativas à pessoa com DM. Os intervenientes devem ter como prioridade a mudança de atitudes, dos valores, das expectativas e das representações sociais em relação à deficiência interiorizadas ao longo do seu desenvolvimento através da sociedade em que se incluem (Monteiro, 2003).

Esta população e a sua complexidade representa o maior e extraordinário desafio para um profissional de saúde mental, pois a educação sexual nos sujeitos e o desenvolvimento de atitudes sexuais socialmente apropriadas depende da participação dos pais, professores e sociedade como suporte (Katz & Lazcano- Ponce, 2008b).

No México para o desenvolvimento de intervenções educativas com a finalidade de promover a saúde sexual utilizam programas orientados pelos seguintes pressupostos: a) os profissionais de saúde mental devem ter o conhecimento ou receber treino para poder dar educação sexual e desenvolver o programa; b) intervenções educativas para sujeitos com deficiência mental devem ser adaptados às diferentes fases de vida (infância, adolescência e adultez); c) durante a infância a intervenção educativa deve enfatizar o conceito de condutas públicas e privadas; d) na adolescência a intervenção deve considerar a idade mental actual e não a idade cronológica dos sujeitos alvo de intervenção; e) a expressão da

sexualidade no adulto com DM depende da incorporação precoce de factores que promovam a inclusão social; f) para que as intervenções educativas sejam bem sucedidas é fundamental que os educadores e terapeutas, em adição ao trabalho com o cliente, também trabalhem com os pais e outros membros da família próximos a este; g) os programas de intervenção devem estabelecer objectivos de desenvolvimento para propiciar em pessoas com DM uma atitude positiva face a sexualidade e promover a auto-estima; h) em sujeitos com DM o seu nível de compreensão linguística deve ser tido em consideração, e ainda, as técnicas a utilizar devem potenciar a discussão ao invés de facilitar a educação indutiva; i) os programas de integração social devem ir ao encontro das necessidades dos países desenvolvidos e da sua população dado que não é possível importar programas externos devido às diferenças nas infraestruturas e à ausência de políticas públicas para promover o desenvolvimento; j) a exacerbação da sexualidade em indivíduos com DM deve ser compreendida e apoiada com um programa independente de vida; k) no México as políticas públicas devem ser instituídas para administrar programas de vida independentes para pessoas com DM, e também, devem lidar com o âmbito social, familiar e poder económico para o propósito de serem produtivos (Katz & Lanzcano-Ponce, 2008b).

Relativamente às componentes deste programa de educação sexual no México, este visa para a infância a implementação de tópicos básicos e conceitos. Por conseguinte, os tópicos básicos compreendem aspectos secundários da sexualidade, a menstruação, os relacionamentos amorosos, o casamento, as relações sexuais, os métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis. No que concerne aos conteúdos conceptuais referem-se à diferenciação da conduta pública da privada, aos valores morais, à necessidade de fazerem compromissos, auto-imagem e a noção do outro.

Na adolescência os tópicos básicos a serem incluídos no programa de educação sexual de uma adolescente: a anatomia e fisiologia, a maturação e mudanças na aparência

física, condutas públicas e privadas, masturbação e responsabilidade para a conduta sexual.

Por fim, quanto aos componentes que se incluem no programa direccionando-se para a adultez são a tomada de responsabilidade do comportamento sexual, a actividade sexual com o mesmo sexo e o sexo oposto; o controlo do nascimento, casamento, parentalidade, doenças sexualmente transmissíveis e a sua prevenção, e conduta sexual inaceitável e criminosa (Katz & Lanzcano-Poncel, 2008b).

CONCLUSÕES

A intervenção na deficiência mental rege-se na ordem de princípios que vão de encontro as suas necessidades e incapacidades. Como a deficiência mental pode ser acompanhada por outros diagnóstico, deve ter sempre por base uma intervenção multifacetada com vista a integração total.

Por último, existem intervenções que se tornam cruciais neste âmbito como as intervenções farmacológicas, sociais e comportamentais. Neste sentido, a promoção cognitiva, o treino de competências psicossociais e a educação sexual, determinam uma possibilidade de intervenção que vai de encontro às lacunas dos défices desta população.

CAPÍTULO III – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

Introdução

O Programa de Intervenção na Deficiência Mental (PIDM) abarca as dimensões da DM enquanto quadro clínico, neste sentido, e como forma de colmatar as limitações deste foram incluídas como âmbitos de intervenção a promoção cognitiva, o treino de competências psicossociais e a educação sexual.

Deste modo, o PIDM foi desenvolvido a partir de algumas vertentes teóricas, estudos científicos, assim como, de alguns programas de intervenção. Por conseguinte, a base teórica, no que concerne à Promoção Cognitiva, é suportada pela teoria cognitivista da inteligência, a teoria de PASS que remete ao funcionamento basilar da inteligência, o processamento da informação. Relativamente, aos programas de referência foram o Programa Promoção Cognitiva, de Almeida e Morais (2002), o Programa de Estimulação Cognitiva para Alunos com Necessidades Educativas Especiais de Mata (2006) (convergente do programa de Almeida e Morais, 2002), o Programa de Enriquecimento Instrumental de Feuerstein (1980), os exercícios de estimulação para a Doença de Alzheimer de Nunes e Pais (2006), o Programa de Educação Sexual para Jovens com Deficiência Mental Moderada (Loureiro, 1997), Programa de Habilidades Sociais (Verdugo, 1997).

Foram também utilizados como exemplos, alguns sistemas de intervenção como o sistema de comunicação Bliss e o Sistema de Intercâmbio de Imagens ou Sistema de Comunicação por Figuras (PECS).

Para além disso, o programa foi fundado a partir de obras como o Manual de Terapia Cognitivo Comportamental para Crianças e Adolescentes de Stallard (2004), o Bloco de

Actividades para a Promoção do Ajustamento Psicológico de Moreira (2002), o livro Aprender a Aprender: a educabilidade cognitiva de Fonseca (2007), o livro escolar “Estudo do Meio do João” de Monteiro e Paiva (2006), o livro “O Nosso Dinheiro” de Weinhold (2002), o livro “De Onde Vêm os Bebés?” Educação Sexual para Crianças dos 5 aos 9 anos de Bonhomme (1995), o Guia da Vida Sexual da Malta Nova de Bruller (2004), o livro de Educação Sexual de Moura (1995), o manual Educação Sexual em Contexto de Sala – Manual para Pais e Docentes – crianças 0-9 anos de Re (2007), o livro “De onde vêm os bebés?” de Rubel (2003), o livro “Já te apareceu o período?” de Thomson (1999), o livro “Cuidado na Rua “ de Humphrey (1994), o livro “Segurança na Estrada” de Weinhold (1999).

Portanto, este programa preconiza a promoção cognitiva, que compreende tarefas em processos cognitivos fundamentais como a atenção e mais complexos como a percepção, a planificação, a memória, a aritmética, a linguagem/ comunicação. No que se refere ao treino de competências psicossociais, este programa inclui o treino da planificação de actividades rotineiras, como por exemplo, a higiene pessoal, a deslocação e uso de conceitos cruciais como o dinheiro. Mais, a educação sexual que compreende um dos núcleos de discussão e entrave ao bom desenvolvimento na DM. A Educação Sexual estende-se à higiene íntima, ao conhecimento do corpo, a noção de género, de diferenciação de afectos, da normalização e adequação de comportamentos.

3.1-Destinatários

O presente programa destina-se a pessoas em que lhes foi diagnosticado DM ligeira a moderada, em específico, a jovens adultos ou adultos, entre os 18 e os 30 anos. No entanto, este programa também pode ser utilizado com a população normativa, pois não retira o significado dos seus conteúdos.

3.2-Finalidades e Objectivos

Como finalidades e objectivos o PIDM postula a maximização individual das competências do indivíduo no campo cognitivo, social e emocional. Deste modo, tem como perspectiva a intersecção e ligação destes âmbitos e especificidade de cada indivíduo. O utilizador deste programa terá de ter em atenção os aspectos individuais do beneficiário adaptando o programa a cada individualidade e limitação.

É pretendido desenvolver processos importantes à capacidade cognitiva com base em instrumentos adaptados à deficiência mental. Neste programa tentou-se ter em consideração o seguinte aspecto, o desenvolvimento pessoal congruente com a sua faixa etária, ou seja, evitar a infantilização do indivíduo. As tarefas pretendem ser simples, mas que se coadunem com a fase de desenvolvimento e identificação social correspondente à sua idade cronológica, para que assim se trabalhem os aspectos psicossociais do comportamento. O PIDM tendência à concretização dos conceitos teóricos através de actividades que obriguem à manipulação dos objectos, à operacionalização de acções, à imagem mental, por meio de imagens, subdivisão de tarefas, simplificação do vocabulário, jogos, actividades lúdicas e operações básicas simuladas em contexto protegido.

O programa tem também por objectivos desenvolver a autonomia, a capacidade de relacionamento interpessoal, a socialização, o uso dos serviços da comunidade, competências de vida diária e rotineira, a protecção a situações de risco, a comunicação, a linguagem.

Decorrente das finalidades e objectivos apresentados as tarefas foram elaboradas com base nos critérios abaixo discriminados:

- Subdivisão de tarefas, simplificação de conteúdos e concretização mental da informação;

- As ilustrações e temáticas das tarefas orientam-se para vivências da faixa etária;
- Os conteúdos teóricos visam a modificação e adaptação ao discurso característico da população;
- Para maior identificação e motivação, as tarefas devem procurar proximidade com o dia-a-dia ou motivações específicas do indivíduo;
- As actividades devem seguir uma orientação mais ocupacional do que teórica;
- Existe uma reflexão exigida nas tarefas quanto à sua reflexão sobre as actividades (monitorização do pensamento);
- As tarefas visam a exploração de várias dimensões da cognição para exponenciar todo o potencial cognitivo;
- Os aspectos sociais de intervenção vão de encontro às lacunas no comportamento adaptativo;
- É importante aliciar a motivação do indivíduo por meio de temáticas do seu interesse, assim é determinante a adaptação da tarefa ao destinatário à sua individualidade;
- A educação sexual tem por linhas orientadoras conhecimentos fundamentais como o conhecimento do próprio corpo e de como lidar com este;
- Na educação sexual, mais uma vez, focar o âmbito do saber fazer, planificação e a execução/ acção;
- As tarefas não têm uma ordenação específica, a sua complexificação é determinada pelas competências do indivíduo. Deve-se iniciar com tarefas simples, mesmo que o seu êxito seja antecipado, pois permite a auto-estima do indivíduo.
- A não ordenação das tarefas permite uma utilização em espiral, explorando as áreas, em geral, focando e aprofundando as limitadas. E ainda, reforçando e repetindo as que forem pertinentes numa fase posterior;
- Deve-se promover o diálogo na tarefa e o envolvimento na elaboração física das tarefas.

3.3-Fundamentação Teórica

A Promoção Cognitiva

A DM pode conceptualizar-se em função dos processos subjacentes à aprendizagem patentes na teoria de PASS. Assim, a teoria de processamento cognitivo implica quatro grandes processos: planificação, atenção, processamento sucessivo e simultâneo (Das, 2000 citado por Deaño, 2001). Os quatro processos estão relacionados com a manutenção da atenção e regulação do “tono” cortical, o processamento e armazenamento de informação, a administração e direcção da actividade mental e abarca as actividades das unidades funcionais do cérebro que trabalham juntas para produzir o processamento cognitivo (Deaño, 2001).

Ainda, segundo Deaño (2001), a teoria PASS estrutura as fases do processamento da informação em três importantes divisões: entrada de informação (input), processamento e saída (output). A informação chega-nos pelos sentidos, assim como pelos músculos, articulações e órgãos internos através dos quais se recebe as sensações de movimento e dor. Toda a informação advinda deve ser classificada, analisada, armazenada e interpretada, e por fim processada. Posteriormente utiliza-se esta informação na execução, que é a saída de informação (output). No que se refere às tarefas cognitivas, como por exemplo, a leitura e compreensão, a informação é processada em unidades funcionais. Atenção deve ser a primeira unidade a ser discutida, pois compreende comportamentos básicos como a orientação reflexiva de Pavlov, assim como exemplos de comportamento atencional complexo incluídos na aprendizagem discriminatória e atenção selectiva. A atenção inclui a distribuição de recursos e esforço. Excitação, atenção, esforço, e capacidade são conceitos que têm uma complexa relação, todos eles são importantes na compreensão do comportamento cognitivo.

Deaño (2001), também afirma que a segunda unidade funcional inclui a codificação simultânea-sucessiva da informação. O processamento simultâneo inclui a ordenação da informação num padrão holístico, o da gestalt que pode ser inspeccionado na sua totalidade. Por exemplo, o reconhecimento visual das palavras completas inclui este tipo de processamento, igual à compreensão de uma frase ou parágrafo.

O processamento sucessivo refere-se a codificar a informação na ordem de série, onde a identificação de uma parte da informação é dependente da sua posição temporal em relação a outro material. Este usa-se em habilidades como descodificação de palavras e “deletreo”, onde a criança tem de prestar atenção à sequência ou sucessão de letras na palavra. O problema mais comum nas dificuldades específicas da leitura parece ser o processamento sucessivo. O processamento sucessivo pode ser um requerimento central na escrita.

Neste seguimento o mesmo autor reforça o seguinte pressuposto, o processamento sucessivo ou habilidade para manter a informação em ordem, é um factor importante para determinar a capacidade da memória de trabalho. Também se relaciona com a codificação fonológica e a articulação das letras e palavras simples, por exemplo. Para nomear rapidamente palavras simples familiares, deve-se aceder à rapidez de codificação, e ainda, executar o programa motor para pronúncia.

A planificação é a última e maior função a incluir de modo desenvolvido (Deaño, 2001). Luria (1966 citado por Deaño 2001), referiu-se à planificação como programação, regulação e verificação do comportamento.

Algumas vezes, os indivíduos mostram um vazio entre o que realmente sabem e o que podem fazer, isto é, entre conhecimento e realização. O resultado (output), ou realização, pode ter que estar adequadamente programado antes de ser expresso o que

sabemos. É significativo na leitura oral, escrita e ditado. Uma componente importante da teoria PASS é a base de conhecimento. Podemos ler, soletrar, escrever e entender o texto só quando temos uma base adequada de conhecimento para essas tarefas. O conhecimento prévio influencia todo o processamento e resultado (Deaño, 2001a).

O Programa de Reabilitação PASS (PREP) é um dos programas que se fundamentou na teoria PASS e nos processos subjacentes. Deste modo, este programa foi desenhado para a melhoria dos processos PASS, especialmente o simultâneo e o sucessivo, relacionando, por sua vez, com as dificuldades da criança na aquisição das capacidades de leitura (Das, Carlson Davidson & Longe, 1997 citados por Deaño, 2001b).

As tarefas do PREP estão elaboradas para proporcionar a reabilitação das deficiências no processamento sucessivo e simultâneo, mas também têm algum efeito em processos relacionados, como a planificação e atenção. Um dos critérios das tarefas é proporcionar uma estrutura para a criança por desenho está a utilizar o processo efectivo, pode ser processamento simultâneo ou sucessivo. Outros dos critérios é proporcionar um sistema através de uma série de sugestões que permitam à criança a quantidade de assistência necessária para que a criança complete com êxito as tarefas e assim assegure um êxito máximo. E por fim, proporcionar um sistema monitor capaz de valorizar quando o material está desenhado sobre um nível difícil, como também, está construído para prosseguir com êxito a um nível superior (Das, 2001).

Percepção

As estratégias utilizadas para trabalhar a percepção têm por objectivo a criação de um sistema perceptivo válido para desenvolver os processos de aprendizagem (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997):

- A aprendizagem perceptiva deve ocorrer através do maior número possível de vias

sensitivas.

- O objectivo de intervenção nesta área levar a pessoa com DM a reconhecer e a fazer uso com precisão dos estímulos pertinentes num determinado momento.
- As actividades devem se definir pela motivação, sistematização e sequencialização.
- Durante a tarefa é relevante que a pessoa vá verbalizando sobre o que está a executar.

Atenção

Como estratégias básicas de fomentação da atenção encontram-se as seguintes (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997):

- O ambiente de trabalho deve ser simples, sem estímulos que provoquem a dispersão.
- As instruções verbais devem ser claras e sucintas, e se necessárias acompanhadas por um modelo de acção, por exemplo, indicar a tarefa, guiar com a sua própria mão, entre outros.
- O nível de exigência deve ser congruente com as suas potencialidades, tendo em conta a dificuldade da tarefa como o tempo de execução da mesma. Primeiro devemos começar pelas tarefas curtas e depois alterando os tempos de execução.
- O repertório de actividades tem de ser extenso, pois é necessário mudar frequentemente de tarefa para evitar o desinteresse e tornar possível a generalização dos processos de atenção a diferentes situações. É importante não causar exaustão, assim deve-se intercalar tarefas que se reportem a diferentes níveis de exigência e interesse.
- Os esforços e êxitos devem ser recompensados.

Memória

A metodologia que é sugerida para trabalhar a memória refere os seguintes pressupostos (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997):

- a) É importante trabalhar antecipadamente o reconhecimento do que o recordar.
- b) É necessário obter um nível razoável de memória imediata anteriormente ao reforço da memória sequencial.

- c) A repetição permite a assimilação de conhecimentos, tomando por objectivo actos conscientes e não mecânicos.
- d) A informação a memorizar deve provir do maior número possível de vias sensitivas, ou seja, deve ser uma informação multissensorial.
- e) A organização da informação, a informação deve estabelecer um elo de ligação com informações anteriores, pois facilita a assimilação e revela-se mais duradoura a recordação.

Linguagem e Comunicação

A área da linguagem é uma dimensão multifactorial o que confere a acção educativa grande complexidade. Esta área não deve ser dissociada da educação geral da pessoa com DM o que responsabiliza ainda mais a sua intervenção (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

Mervis (2001), considera que pelo menos algumas pessoas com DM mostram sequências atípicas do desenvolvimento, aquisição da linguagem e das competências psicológicas, o que sugere que estas podem adoptar uma forma diferente de organização das dimensões da linguagem. Portanto, significa que é necessário diferentes tipos de intervenção na linguagem dependendo dos processos pelos quais cada indivíduo adquire a linguagem (Abbeduto & Boudreau, 2004).

De acordo com Lambert (1982), a intervenção na linguagem junto da pessoa com DM deve orientar-se na rota dos seguintes princípios: 1) iniciar precocemente e manter a um ritmo regular; 2) envolver completamente a família; 3) ser evolutivo, fazer uso dos dados disponíveis acerca do desenvolvimento da linguagem no normativo (Lambert & Rondal, 1982 citados por Sampedro, Blasco & Hernández, 1997). É necessário dispor de uma grande variedade de meios e actividades para enriquecer o mundo vocal e para motivar e interessar o indivíduo pelas componentes de interacção e comunicação que os

acompanham (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

A educação da linguagem deve ser inserida no conjunto dos programas de educação e estar patente na intervenção multidisciplinar (ex. terapeuta da fala, professor). O treino deve ser continuado com apoio dos mais próximos, assim como as correcções devem estar presentes em todas as situações para generalizar os progressos (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

A educação linguística deve ser trabalhada tanto a nível semântico como sintáctico. Por conseguinte, a nível semântico trabalha-se as noções de objectos e acções, manipulando e verbalizando material em concreto. As actividades que podem ser desenvolvidas são a discriminação e manipulação através de mímica, desenho e jogo. A palavra não deve ser trabalhada separadamente, portanto, deve ser manipulada por meio de exercícios de classificação, categorização e generalização, colocando de parte as actividades que necessitam da capacidade de análise. A nível sintáctico, desenvolve-se a linguagem combinada. Primeiro levar a entender as relações entre as pessoas e as coisas do seu meio ambiente. E em segundo, deve ser trabalhada a expressão, fazendo uso das construções simples, de duas palavras para explicar as relações semânticas observadas. À medida que vão decorrendo e evoluindo também se alargam as relações (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

Relativamente à comunicação oral, na DM ou em outras necessidades educativas especiais pode haver alteração num dos seus níveis de funcionamento: na recepção da mensagem através dos sentidos da visão e da audição; na integração e descodificação da mensagem recebida pelo Sistema Nervoso Central; e na emissão da resposta e coordenação dos grupos musculares (respiração, fonação, articulação) (Lima, 1962 citado por Chaves, Coutinho & Dias, 1993). Face à alteração de um dos níveis de processamento há a

possibilidade de recorrer a um meio de comunicação alternativo ou aumentativo que facilite a expressão de necessidades básicas e viabilize um processo de linguagem. Esta forma de comunicação permite transmitir mensagens e a integração na sociedade envolvente daqueles que não podem expressar-se ou falar de forma perceptível (Collier, 1990 citado por Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

A selecção do sistema de comunicação alternativo é sempre efectuado por intermédio das necessidades e capacidades das crianças, tendo por base (Collier, 1990 citado por Chaves, Coutinho & Dias, 1993): as condições associadas à própria criança: o uso dos sentidos, nível inteligência, grau de controlo muscular, motivação para comunicação e interesses; as condições ambientais: capacidade de resposta da criança, estímulos e sensibilidade; factores que afectam a comunicação: semelhanças entre linguagem corporal e fala, nível de compreensão da comunicação que a criança utiliza (linguagem ou gestos).

O sistema PIC (Pictograma, Ideograma e Comunicação) e o sistema de Comunicação *Bliss* são dois dos sistemas de comunicação alternativa mais usados. Neste sentido, o sistema PIC constitui um método gráfico de comunicação, desenvolvido para jovens com DM, pelo terapeuta *Subhas Maharaj*, no Canadá. Este sistema implica ver, mexer, tocar e fazer gestos (demonstrando manualmente, o símbolo). Faz uso de símbolos pictográficos e ideográficos. As imagens usadas são brancas sobrepostas sobre um fundo preto, formando um total de 400 símbolos. No que se refere ao sistema de Comunicação *Bliss*, representa o sistema mais completo de comunicação alternativo. Utiliza essencialmente a imagem na sua característica mais básica, o que significa, na sua representação simbólica (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

Este sistema de comunicação tem por destinatários indivíduos portadores de

deficiência motora (principalmente Paralesia Cerebral), deficiência mental, deficiência auditiva, atrasos no desenvolvimento da linguagem e em adultos com doenças degenerativas, acidentes vasculares cerebrais, etc. Os seus principais objectivos são fornecer ao indivíduo um meio de comunicação que fomente o desenvolvimento da linguagem, que promova e aumente a verbalização, melhore o desenvolvimento intelectual e diminua a frustração (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

O Sistema *Bliss* é um sistema visual gráfico constituído por símbolos estruturados a partir de um pequeno número de desenhos básicos. Foi desenvolvido por *Charles Bliss* durante o seu aprisionamento na Segunda Grande Guerra e retomado posteriormente por *Shirley McNaughton*, do *Ontário Crippled Children's Centre* (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

Os elementos fundamentais deste Sistema são (Hehner, 1980 citado por Chaves, Coutinho & Dias, 1993): os Símbolos Pictográficos, baseados no valor denotativo da imagem; os Símbolos Ideográficos, suportados no valor conotativo da imagem, que sugerem conceitos, mas não os representam directamente; e Símbolos Arbitrários que não tem relação pictográfica ou ideográfica no seu significado.

Acompanha o Sistema *Bliss* regras para desenhar e manter a sua forma gráfica e significado, tendo em atenção o tamanho, direcção, posição, orientação, colocação de elementos, referentes posicionais, tamanho de ângulo, seta e ponto. Uma base lógica serve para juntar símbolos e a partir daí, efectuar novos símbolos. Os símbolos *Bliss* são fundamentados num número limitado de formas básicas, que incluem quadrados, círculos, e triângulos de diferentes tamanhos. A comunicação através deste sistema rege-se por planos para desenvolvimento do vocabulário dos símbolos, que têm de ter uma ordem de sentido: indicadores (plural, objecto, descrição, acção, tempos verbais, combinação),

número e estratégias. Na utilização deste tipo de linguagem é importante seleccionar entre a sintaxe Bliss ou a sintaxe da língua materna, apesar de Charles Bliss entender que seria preferível produzir mensagens através de formas mais simples e estratégias específicas, fazendo uso de um vocabulário mais pequeno que pode ser adaptado e utilizado numa variedade de maneiras, para transmitir diferentes ideias, ou usando o estilo telegráfico, que torna possível, à pessoa com deficiência, indicar menos unidades simbólicas, para transmitir a mensagem. Dado que não há símbolos para representar todas as palavras, é quase impossível produzir uma frase em Bliss submetendo a toda a estrutura gramatical portuguesa. No entanto, pode-se recorrer à criação de combinações novas de símbolos. Assim, cada parte é uma unidade de significação, torna-se mais fácil que a palavra escrita. Para um bom funcionamento devem ser criados mapas individuais de comunicação que respondem às necessidades de cada um (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

A imagem como reabilitação de crianças deficientes mentais, deve ser desenvolvida através do aumento pouco a pouco do grau de dificuldade das tarefas (Gagné, 1970 citado por Chaves, Coutinho & Dias, 1993). Para além disso, o trabalho deve ser valorizado e reforçado positivamente o indivíduo. Deve-se usar meios diferenciados de expressão que entusiasmem e despertem a aprendizagem, recorrendo ao concreto, à imagem, ao figurativo. Existem instituições que fazem uso do computador, utilizando programas de desenho, pintura, bem como software educativo específico. Com este recurso, os alunos podem desenhar e pintar de maneira mais criativa, assim como resolver pequenos problemas de forma aprazível. Alguns exemplos de como utilizar a imagem são: exercícios de associação da figura à palavra, descrição de gravuras, exercícios com figuras incompletas e exercícios de ordenação temporal (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

Psicossocial

A prática educativa contempla o desenvolvimento social e afectivo, que não pode ser obtido sem uma aprendizagem social que é atingida num meio normalizante em contexto familiar ou social ou escolar. A pessoa com DM se estiver inserida num contexto familiar e afectivo adequado terá repercussões positivas no seu desenvolvimento. Para potenciar e criar esse contexto deve-se evitar a superprotecção, ansiedade, rejeição e existir uma participação activa dos familiares (ex. pais) (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

Estes autores também referem que a qualquer programa de obtenção de competências na área afectivo-pessoal é premente suprimir os maus hábitos e potenciar condições que propiciem uma maior adaptação social.

Neste seguimento, os objectivos, conteúdos e actividades têm como finalidades a aquisição de hábitos, conhecimentos, e competências que lhes proporcione maturidade e autonomia pessoal e social:

- Aquisição de capacidades fulcrais para a autonomia pessoal (higiene, alimentação, vestuário).
- Obtenção de autonomia no seu meio ambiente (deslocações na escola, fazer recados, comportar-se adequadamente em diferentes contextos, fazer uso de transportes públicos, etc.).
- Desenvolver o sentido de responsabilidade, colaboração e respeito pelos outros.
- Potenciar a formação positiva da auto-imagem e autoconceito.

Educação Sexual

A metodologia S-IVAM (Seleccção do problema- Investigação, Visão, Acção e Mudança) foi um instrumento prático desenvolvido para estruturar as actividades de

promoção da saúde e facilitar a participação dos alunos, com o objectivo de desenvolver a sua competência de acção. Assim, este instrumento pode ser usado sobre várias perspectivas que podem ser desenvolvidas num projecto ou metodologia de ensino dentro das áreas da saúde (e ambiente) (Jensen, 1997; Simovska & Jensen, 2003 citados por Vilaça, 2006).

Segundo esta teoria a sua primeira parte consiste em o que é realmente o problema, o porquê do problema ser importante para os destinatários do programa, e a compreensão da perspectiva de desenvolvimento da problemática e condicionantes (Jensen, 1995; Jensen, 1997; Simovska & Jensen, 2003 citados por Vilaça, 2006).

A segunda parte da teoria confere uma perspectiva de avaliação e reflexão em que se movimenta e o que projectamos como mudança no futuro, ou seja, ideias, percepções, e visões dos alunos acerca da sua vida e sociedade onde se estão a desenvolver (Jensen, 1995 citado por Vilaça, 2006).

Quanto à terceira perspectiva remete-se para uma dimensão de acção, representando um espaço de imaginação, postulação e análise de várias hipóteses de acção. Algumas acções devem ser realizadas pelos alunos e outras devem recorrer a actuação dos professores, pais e pessoas chave na comunidade local. Anteriormente à acção devem ser analisadas e discutidas as acções e tomada a decisão de execução. Assim, o processo deve ser visto não como uma sequência de etapas, mas como um processo em espiral, onde podem ir e vir aos diferentes pontos para desenvolver no futuro (Jensen, 1995 citado por Vilaça, 2006).

Este programa obriga a uma desenvoltura de pensamento inalcançável pela deficiência mental, à existência de pensamento abstracto e de capacidade de reflexão e análise incompreensíveis a esta população. Neste sentido, os elementos que podem ser

base de estrutura à DM é o campo de análise à exploração, também inicial, do problema em parâmetros mais básicos, à auto-compreensão do que pode ser a origem das sensações ou sentimentos. No entanto, o trabalho pode se estender à própria definição e diferenciação de sentimentos. Há outro aspecto que pode ser usado como estrutura do programa na DM, a colocação de hipóteses, como opções, práticas e ao nível do concreto. E ainda, a simulação e operacionalização de respostas adaptadas e a decisão a um nível prático e concreto sobre problemas simples e rudimentares.

3.4-Procedimentos de Aplicação

Parte 1 – Promoção Cognitiva

Atenção

Atenção Selectiva

Objectivos Gerais

- Desenvolver processos perceptivos e facilitar a atenção;
- Potenciar a motivação e o envolvimento na tarefa;
- Desenvolver estratégias de identificação de estímulos relevantes.

Objectivos Específicos

- Enunciar a definição de diferenças e semelhanças;
- Verificar os elementos que diferem nas imagens;
- Assinalar as diferenças nas imagens;
- Contar as diferenças encontradas e quantificar as que faltam encontrar.

Procedimento

Inicialmente, seriam explicados os conceitos de diferenças e semelhanças através da comparação de dois objectos. E ainda seriam postuladas situações comuns do dia-a-dia em que necessitam deste tipo de função. Através das suas verbalizações explicamos de forma

simplista e concisa o que é pretendido para a tarefa. De seguida apresenta-se o material e é iniciada a tarefa.

Durante a execução da tarefa é exemplificado quais as estratégias mais eficazes na descoberta das diferenças. Por exemplo, pedimos para que foquem a sua atenção em pequenos elementos da imagem, avaliando assim, as cores, os tamanhos, no traço. À medida que vão encontrando diferenças é necessário relembrar que existe um limite máximo de diferenças para que controlem os objectivos da tarefa a serem atingidos.

Na finalização da tarefa, são reforçadas todas as estratégias desenvolvidas e os conceitos base.

Material

Uma folha A3 com duas imagens a cores com diferenças entre elas; uma folha A4 com seis objectos em que dois são iguais. Será necessário também caneta ou lápis.

Atenção Sustentada

Objectivos Gerais

- Fomentar e desenvolver a atenção sustentada;
- Desenvolver capacidades cognitivas mais complexas de uma atenção pré-determinada;
- Motivar a participação e execução da tarefa;
- Potenciar a aprendizagem e os processos perceptivos.

Objectivos Específicos

- Executar o jogo até o seu término;
- Colocar no espaço determinado os objectos determinados;
- Seleccionar objectos com duplo requisito.

Procedimento

Apresentação das regras do jogo e do que é pretendido, dando um racional simples

do que se vai suceder e do que é necessário para a execução da tarefa. Prossegue-se com o pedido de organização das bolas com o critério de duas cores num recipiente. Inicialmente, colocamos uma imagem no recipiente de duas bolas com as cores pretendidas. Deste modo, aliciamos ao funcionamento da percepção, como determinante ao uso da atenção sustentada na tarefa.

Posteriormente, torna-se mais complexa a tarefa pedindo que coloque material escolar na lata, previamente colocada à sua disposição. O material seria elementos semelhantes que diferem apenas na cor, assim um dos pedidos seria colocar canetas de duas cores na lata. No entanto, neste segundo momento não existe nenhuma imagem denunciadora da tarefa.

Por último, colocar imagens ao seu dispor, repetições de imagens com diferentes cores, onde seria pedido a junção destas com duas ou três cores pré-determinadas.

Material

Imagens com cores diferenciadas, bolas com cores variadas, material escolar.

Memória

Memória Recente

Objectivos Gerais

- Desenvolver e facilitar a memória recente;
- Potenciar os mecanismos inerentes à memória (retenção e evocação);
- Propiciar conhecimentos e funções que desenvolvem o comportamento adaptativo.

Objectivos Específicos

- Memorizar objectos, imagens, palavras;
- Memorizar textos pequenos e simples;
- Memorizar uma lista de compras;
- Memorizar compromissos, recados, acontecimentos pessoais recentes.

Procedimento

Na tarefa de memorização dos objectos, primeiramente, são mostrados os objectos e de seguida ocultados. Depois questionamos o indivíduo sobre os objectos apresentados. Relativamente à memorização das imagens, mostramos uma foto durante alguns minutos e ocultamos para que descreva a imagem visualizada. O que permite verificar os elementos e detalhes que o indivíduo é capaz de se lembrar.

Outras tarefas que podem ser feitas acerca da memória de imagens, dentro da apresentação de conteúdos de uma temática, é a demonstração de um conjunto de cartões com pares de imagens, que vão sendo viradas e reviradas até encontrados os pares e excluídos do conjunto, a rapidez e associação que é feita entre imagens é tida em conta (sinais de trânsito). À medida que vão executando o jogo, devem ser orientados nas estratégias mais eficazes para obtenção de sucesso no jogo, lembrados quanto aos conteúdos anteriormente assimilados.

Este tipo de tarefas sobre a memória podem necessitar de ajuda, quando isto acontece deve ser registado para avaliação da progressão na intervenção.

Estas tarefas devem ser repetidas mesmo com outras temáticas, lembrando as estratégias anteriormente aprendidas, pois os exercícios de memória visam uma repetição para o seu desenvolvimento.

Material

Objectos comuns do dia-a-dia (e.g. escova de dentes, mala, casaco, chaves), imagens de pessoas e lugares comuns, sinais de trânsito recortados em cartões semelhantes, textos simples impressos em folha A4, lista de compras impressa em folha A4, recados impressos em folha A4.

Memória Remota

Objectivos Gerais

- Potenciar e facilitar a memória remota.

Objectivos Específicos

- Descrever um acontecimento pessoal antigo;
- Discriminar numa foto antiga as pessoas presentes, o contexto em que ocorreu;
- Completar frases que corresponde a conhecimentos prévios básicos (e.g. quando decorre a época natalícia).

Procedimento

Pedimos à pessoa que descreva um acontecimento pessoal antigo, anteriormente junto de familiares ou pessoas que são próximas avaliar obter informação sobre o indivíduo e elementos para a elaboração de questões simples. Usar uma foto antiga do indivíduo para verificar a sua memória sobre o contexto em que a foto foi retirada.

De forma a determinar as suas competências para a memorização de aspectos basilares como a noção temporal, saber épocas, datas importantes devem ser questionados aspectos que já tenham sido adquiridos, para assim avaliar a consistência da informação adquirida, por exemplo, a determinação das horas.

Estas tarefas devem ser repetidas e remodeladas conforme as competências do indivíduo e também pode ser necessário dar pequenas pistas para facilitar a memória o que deve ser contabilizado.

Material

Fotos antigas do indivíduo em diferentes situações; frases incompletas com questões temporais impressa em folha A4.

Comunicação

Objectivos Gerais

- Promover a comunicação não verbal e/ou verbal.

Objectivos Específicos

- Identificar imagens referentes ao dia-a-dia;
- Nomear letras ou palavras em associação a imagens ou objectos;
- Compreender a conjugação de imagens para exprimir mais do que uma ideia ou acção.

Procedimento

Inicialmente, é necessário seleccionar imagens que estejam patentes no dia-a-dia do indivíduo. As imagens devem corresponder a frases simples. O mais importante é que a mensagem chegue ao receptor, neste sentido, a criatividade do mediador é um requisito distinto e pertinente. Deste modo, a construção das ideias e mensagens devem primar pela compreensão do receptor em oposição, se necessário, à ordem gramatical portuguesa.

Assim, o mediador pode construir novas ligações com as imagens e símbolos tendo em atenção a motivação e necessidades comunicacionais do receptor.

Uma primeira tarefa, constitui a associação de uma imagem a uma palavra, que este pode enunciar de forma verbal ou escrita, de acordo com as suas competências.

Outra tarefa consiste em que o indivíduo percepcione os elementos em concreto sobre os quais operamos por imagens. Para a sua concretização deve-se utilizar imagens e diferentes objectos, pedimos ao indivíduo que perante os elementos descubra o elemento que se coaduna com a imagem apresentada. Esta tarefa possibilita a compreensão as suas representações do meio externo, que pode ser trabalhada. E ainda, podemos aprofundar a complexidade da tarefa, colocando elementos que em nada se associam às imagens apresentadas.

Por último, operacionalizar uma ou mais acções por conjugação de duas imagens. A persistência e repetição são princípios de intervenção que devem estar patentes.

Material

Figuras do PECS e elementos representantes das imagens.

Parte 2 – Competências Psicossociais

Objectivos Gerais

- Promover e desenvolver a autonomia e poder de preferência.
- Fomentar a socialização.
- Desenvolver competências para actividades de vida diária.

Objectivos Específicos

- Comer com o uso adequado dos talheres;
- Efectuar os cuidados de higiene pessoal de forma autónoma;
- Planificar, compreender a ordem sequencial dos seus comportamentos para desenvolver as actividades do dia-a-dia.

Procedimento

Neste âmbito com as ilustrações, podemos numa primeira tarefa pedir que ordene de forma sequencial as imagens. Caso haja dificuldades, devemos dar pistas verbais para que associe à imagem correcta. No fim da tarefa é necessário reforçar a lógica da ordem e colocação das imagens, pedindo que o indivíduo verbalize, se possível, a sua compreensão da tarefa. Posteriormente, a tarefa pode constituir a execução da acção, de forma simulada, recorrendo às ilustrações para lembrar qual o passo que está em falta, se for necessário.

O reforço positivo deve estar presente em pequenos passos da tarefa, pois permite a motivação para o término da tarefa e caso seja pertinente a sua repetição.

Nas imagens em que envolve um contexto social, por exemplo, compra de alimentos ou compra de jornais, as tarefas que devem ser efectuadas após a ordenação das imagens, é a simulação do diálogo com os outros (ex. comerciante), a simulação de como usar os euros.

Para além disso, uma última tarefa deve ser a execução acompanhada da actividade em contexto real, reforçando positivamente os acertos e corrigindo de maneira positiva as falhas no comportamento. Os role-play, simulações e teatros podem constituir o padrão de intervenção, o que é significativo é que o indivíduo desempenhe diferentes papéis (ex. comprador e vendedor), pois condiciona a sua percepção do contexto social, o que é esperado dos outros e qual o comportamento a ter.

Material

Imagens sequenciais de uma mesma acção,

Parte 3 – Educação Sexual

Eu e os outros

Retrato

Objectivos Gerais

- Promover a exploração da individualidade;

Objectivos Específicos

- Falar sobre si como se vê;
- Debater como é o seu corpo;
- Potenciar a auto-estima e auto-consciência de si.

Procedimento

Fornecer ao indivíduo um porta retrato, onde este tem que recortar e colar a sua própria fotografia, observando-a. Seguidamente, pede-se ao indivíduo que assinale na

folha de exercício a forma como vê a sua imagem corporal. Para além, do que escreve é necessário debater o material escrito, com objectivo de exploração do significado do material escrito.

Material

Porta retrato, uma tesoura, cola e folha de exercício.

Todos somos diferentes

Objectivos Gerais

- Compreender que existem diferenças físicas entre todos;

Objectivos Específicos

- Identificar diferenças físicas (e.g. cor dos olhos, o cabelo...).

Procedimento

Pede-se ao indivíduo para assinalar as diferenças que enuncia, ao observar a sua própria imagem em comparação com a imagem apresentada.

Material

Folha de exercício, imagens de várias pessoas diferentes.

As minhas qualidades

Objectivos Gerais

- Entender como o indivíduo se vê a si próprio;
- Aumentar o conhecimento de si próprio e a sua auto-estima.

Objectivos Específicos

- Enunciar características positivas acerca de si.

Procedimento

Pede-se ao indivíduo que perante a lista que lhe é apresentada, pinte o boneco correspondente à forma como se vê relativamente às suas qualidades. No final promove-se o diálogo.

Material

Lista das qualidades e canetas coloridas.

O modo como os outros me vêem

Objectivos Gerais

- Estimular a compreensão de como é socialmente percebido pelos outros;
- Diferenciar os sentimentos que tem em relação as diversas pessoas que fazem parte do seu dia-a-dia;

Objectivos Específicos

- Dizer os nomes das pessoas que estão presentes na sua vida diária e que lhe são significativas;
- Discriminar o que acha acerca dessas mesmas pessoas;
- Desenvolver noções acerca de como essas pessoas o vêem.

Procedimento

Promover a conversa com o indivíduo e escrever as pessoas que ele enuncie na folha ao lado dos bonecos, seguidamente questionar o que os outros acham do indivíduo apresentando papeis com os respectivos sentimentos.

Material

Folha de exercícios, imagem com uma família e os papeis com os sentimentos.

O que eu sinto... quando...

Objectivos Gerais

- Favorecer a compreensão e aceitação de diferentes tipos de sentimentos, quer positivos quer negativos;
- Reflectir sobre os sentimentos e as situações em que é congruente estes acontecerem.

Objectivos Específicos

- Saber definir o que é estar contente e triste;

- Revelar as situações que reportam para o sentimento de felicidade e tristeza;
- Desenvolver os motivos para tais sentimentos.

Procedimento

Colocar um cartão de sentimento de acordo com cada frase.

Material

Folha de exercício e cartões de sentimentos.

O que eu sinto pelos outros...

Objectivos Gerais

- Diferenciar sentimentos que sente por diferentes pessoas;

Objectivos Específicos

- Identificar quais as pessoas que fazem parte do seu dia-a-dia e que são significativas;
- Revelar quais os sentimentos que tem por essas pessoas e aprofundar quais os factores positivos ou negativos que se associam a esses afectos.

Procedimento

Colocar uma imagem com um grupo de pessoas, onde solicita-se que dê o nome das pessoas que o rodeiam. De seguida, são apresentados vários cartões de afectos, onde são explicados os sentimentos positivos e negativos. E pede-se para que à medida que são explicados novamente os cartões que escolha os correspondentes a cada pessoa.

Material

Folha A4 com imagem pouco nítida de um grupo de pessoas, cartões dos sentimentos e uma caneta.

O que muda quando crescemos

Puzzle do corpo humano

Objectivos Gerais

- Situvar e relacionar as diferentes partes do corpo;
- Promover a percepção do todo e das partes do esquema corporal;
- Desenvolver a percepção de diferenças de género;
- Adquirir conhecimentos básicos sobre o seu corpo.

Objectivos Específicos

- Seleccionar os elementos correspondentes ao todo que está a construir;
- Colocar as partes no local certo;
- Associar o corpo que está a construir ao seu próprio corpo.

Procedimento

Colocar dois corpos de diferentes fases do ciclo vital para construir o puzzle (e.g. uma menina e uma mulher). Assim, o indivíduo terá de construir com os elementos certos e distinguir as diferenças dos corpos. É necessário que durante a elaboração do puzzle se relembre das diferenças entre os dois corpos e as mudanças corporais. No final da actividade será questionado qual dos corpos corresponde ao seu corpo no momento e debater as razões da resposta.

Material

Imagem a cores de homem e mulher em diferentes faixas etárias, cartolina, cola e tesoura.

O nosso corpo por dentro

Objectivos Gerais

- Conhecer de forma elementar o nome, forma, localização e função dos principais órgãos internos do corpo.

Objectivos Específicos

- Enunciar os órgãos basilares;
- Indicar qual a localização dos órgãos;
- Caracterizar os órgãos;
- Dizer para que serve cada um dos órgãos.

Procedimento

Para passar informação do tipo de órgãos e quais as suas localizações utiliza-se uma imagem a cores onde estes são explicados e debatidos de forma breve e sucinta. Para avaliar e motivar a sua compreensão são usados jogos interactivos que elicitam diferenças do corpo feminino e masculino é demonstrado órgãos do corpo importantes à definição e compreensão do interior do corpo humano. Nestes jogos para além de visionarem os diferentes órgãos pode-se avaliar se estes sabem localizar os sítios dos órgãos, pois num dos jogos têm de arrastar os órgãos para o lugar certo. É importante acompanhar a execução do jogo tanto na parte técnica do jogo como na explicação dos possíveis erros.

Material

Cd da Porto Editora “Planeta das Surpresas”, computador, rato externo, imagens a cores de corpos e os seus respectivos órgãos.

O meu corpo agora

Objectivos Gerais

- Compreender as mudanças corporais a nível interno e externo;

Objectivos Específicos

- Identificar as mudanças no corpo com a puberdade;
- Diferenciar as mudanças, em específico, no que concerne aos órgãos reprodutores;
- Descrever mudanças nas suas vidas em termos sociais.

Procedimento

Demonstrar uma série de imagens de mudanças físicas, aprofundando até aos órgãos sexuais. À medida que são visionadas as imagens são explicados os fundamentos para as alterações físicas no ser humano tanto para o género masculino como para o feminino. De seguida, são desenvolvidas as mudanças que sofrem os órgãos sexuais na sua maturação, por exemplo, a menstruação nas meninas e a ejaculação nos rapazes. E ainda são debatidos os motivos dessas mudanças corporais, o que é esperado destes enquanto jovens e futuros adultos.

Material

Imagens das mudanças pubertárias e dos órgãos sexuais na sua maturação.

A família

Objectivos Gerais

- Perceber a influência da idade nos papéis e funções de cada membro da família;
- Fomentar conhecimentos básicos sobre o papel feminino e masculino e respectivos papéis na sociedade.

Objectivos Específicos

- Identificar cada familiar e respectivo papel na família;
- Determinar as funções que cada um exerce no seio familiar;
- Associar as responsabilidades de cada um às suas idades.

Procedimento

Apresenta-se uma imagem de uma família e pede-se ao indivíduo que enuncie o nome de cada membro da sua família, colocando-o ao lado da respectiva imagem. Posteriormente explora-se junto deste o papel e a respectiva função de cada um dos membros. Para isso, distribui-se cartões com a imagem de cada membro da família com a respectiva função.

Material

Imagem de uma família e os cartões com a função de cada membro.

Cuidar do meu corpo

Objectivos Gerais

- Perceber a rotina diária necessária à higiene do corpo;
- Favorecer a autonomia;
- Compreender como deve ser feita a higiene e porquê devemos cuidar do corpo;
- Aceder ao saber-fazer;
- Capacitar para planificar a sua acção.

Objectivos Específicos

- Reconhecer objectos ou utensílios importantes à higiene diária e o seu manuseamento;
- Colocar na ordem certa a rotina da higiene;
- Identificar as partes do corpo e aprender a limpá-las de forma correcta;
- Dizer os aspectos mais importantes pelos quais se faz a higiene corporal;
- Simular acções que sejam pertinentes à compreensão.

Procedimento

Distribuir cartões com sequências de imagens do tomar banho, de como colocar o penso higiénico e pedir para fazer a sequência correcta.

Material

Cartões com as imagens das sequências sobre a higiene.

O que gostava de saber sobre sexo

Que sentem eles um pelo outro?

Objectivos Gerais

- Depreender quais os sentimentos face as expressões de atracção;
- Treinar a sua capacidade de comunicação face às emoções e noções acerca da

sexualidade.

Objectivos Específicos

- Revelar o que significam as imagens de casais de namorados;
- Dizer o que está implícito no comportamento de pessoas atraídas (apaixonadas);
- Pedir para simular um comportamento deste tipo de relação.

Procedimento

No início da actividade devemos questionar o que o indivíduo vê na imagem apresentada. Depois é questionado que sentimentos estão presentes neste tipo de relação contrapor com outros tipos de relacionamento. Devem ser debatidos os comportamentos que são esperados e os que não devem ocorrer.

Para além disso, é crucial ressaltar quais os contextos em que certos comportamentos devem ocorrer e, que objectivos tem este tipo de relacionamento (e.g. falar na temática casamento). Com vista a uma melhor assimilação destes conteúdos, alguns comportamentos podem ser simulados em frente a um espelho ou com um grupo de indivíduos. Por forma, a consciencializar e debater o que representa para o indivíduo esses comportamentos e em contextos os desenvolve.

Material

Imagens a cores (de comportamentos de afecto entre casais), filmes que expressem esses comportamentos.

Que tem o amor a ver com sexo?

Objectivos Gerais

- Desenvolver o enquadramento da relação sexual num relacionamento amoroso.

Objectivos Específicos

- Identificar os sentimentos implícitos numa relação amorosa;
- Debater os comportamentos esperados num relacionamento amoroso;

- Descrever os comportamentos adequados e não adequados num relacionamento amoroso;
- Verbalizar as fases de uma relação sexual e a sua associação ao que significa um relacionamento amoroso;
- Definir quais os cuidados e precauções inerentes a um relacionamento sexual.

Procedimento

A revelação e visionamento de imagens acerca de uma relação sexual vão permitir depreender o tipo de envolvimento físico que faz parte de uma relação sexual, assim como as consequências do não uso de protecção. Na associação dos conceitos de relação sexual e relacionamento amoroso, são salientadas, todas as emoções que devem estar implícitas no relacionamento, assim como os comportamentos esperados, os comportamentos desadequados, os contextos e objectivos no projecto de vida. Acrescentando, os perigos decorrentes do não uso de métodos contraceptivos através de um linguagem simplista e adaptada ao indivíduo.

Material

Imagens sobre o relacionamento sexual, preservativo, pílula, panfletos acerca da SIDA, filme sobre fases de um relacionamento (e.g. casamento e constituição de família).

Como crescemos na barriga da mãe?

Objectivos Gerais

- Obter conhecimentos acerca do desenvolvimento de um feto dentro da barriga da mãe.

Objectivos Específicos

- Diferenciar diferentes fases do desenvolvimento até aos nove meses de gestação.

Procedimento

Expor uma imagem com diferentes etapas do desenvolvimento intrauterino de um bebé até aos nove meses. Explicar e chamar atenção para pequenos desenvolvimentos físicos ao longo dos meses e como se dá a relação mãe-bebé. E ainda explicar como o bebé

se posiciona no último mês para sair da barriga da mãe.

Material

Imagem a cores das fases de desenvolvimento de um bebê na barriga da mãe.

Como nascemos?

Objectivos Gerais

- Entender os conhecimentos básicos sobre o parto e dos cuidados a ter com um recém nascido.

Objectivos Específicos

- Indicar como se processa o parto, como o bebê sai da barriga da mãe;
- Designar quais os cuidados a ter com um recém-nascido;
- Saber quais as mudanças de vida que implica um bebê no seio familiar, em específico, na vida da mãe.

Procedimento

A imagem com a sequência do parto apresentada permite explicar e identificar como se processa. Neste seguimento são explicadas os cuidados que uma mãe deve ter com o recém-nascido de uma forma simples e concisa. E todas as mudanças de vida que a família e a mãe sofrem, a título de exemplo, dar de mamar ao bebê, passar muito tempo a cuidar deste. Para que compreenda os cuidados a ter com o bebê, simular como se pega num bebê, muda-se a fralda, dá-se banho.

Material

Uma imagem de uma sequência de parto ou de parto, um boneco, fralda, pequena banheira plástica.

CONCLUSÕES

O Programa de Intervenção na Deficiência Mental pretende uma intervenção ao nível cognitivo, social e sexual. Para a sua execução apoiou-se em programas de intervenção para a população normativa e para a deficiência mental no âmbito da promoção cognitiva, psicossocial e da educação sexual.

Este programa direcciona-se a dois graus de deficiência, o ligeiro e moderado, e ainda, a uma faixa etária que vai dos 18 aos 30 anos de idade. O seu objectivo é permitir a modificação das competências cognitivas, psicossociais, de maneira geral, uma intervenção a todos os níveis para uma maior integração da pessoa com deficiência mental. Não obstante, este programa pode ser utilizado com a população normativa.

Por fim, o programa de intervenção contempla como supracitado três partes a promoção cognitiva, o treino de competências psicossociais e educação sexual.

Parte II

Estudo Empírico

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Introdução

Para definir o objectivo geral do estudo recorreu-se à bibliografia existente sobre a temática e à experiência decorrente do estágio curricular. A partir do objectivo geral foram diferenciados objectivos específicos de acordo com as diferenças que o estudo pretende verificar.

Quanto ao método foi circunscrito ao quase experimental pela impossibilidade de ser efectuado em laboratório, no entanto, vão ser manipuladas duas variáveis. As variáveis dependentes são os processos cognitivos (atenção, memória, linguagem, lógico-matemática, planificação) e as competências psicossociais referentes ao indivíduo que é o universo em estudo, e a variável independente é o programa de intervenção que foi aplicado.

4.1-Objectivos de Estudo

O objectivo geral deste estudo consiste em verificar se existe modificação das competências cognitivas e psicossociais no universo em estudo pela manipulação da variável independente.

Para tal, os objectivos específicos são: a) verificar se existiu alteração das capacidades cognitivas ao nível da atenção selectiva e de sustentada; b) identificar mudanças na capacidade perceptiva; c) compreender se foram demonstradas mudanças na capacidade mnésica; d) determinar se foram identificadas alterações na capacidade de planificação; e) perceber se existiu mudanças na comunicação; f) entender se houve

alterações nas competências que se relacionam com o comportamento adaptativo.

4.2-Hipóteses

Como forma de limitar o estudo para a sua compreensão é necessário perceber o que pretendemos afirmar ou mesmo infirmar. Para se verificar há que definir primeiramente as relações relevantes e posteriormente contestá-las (Almeida & Freire, 2003).

H0: Não se prevêem diferenças nas competências cognitivas e psicossociais após aplicação do programa de intervenção;

H1: Crêem-se diferenças significativas quanto às competências cognitivas e psicossociais no universo depois da aplicação do PIDM.

4.3-Variáveis

Este estudo apresenta como variável independente (VI) o programa de intervenção, PIDM, e como variável dependente (VD), o universo em estudo, o participante.

4.4-Método

O método deste estudo é o quase experimental. Assim, este tipo de estudos caracterizam-se por serem uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais. O que os diferencia dos estudos experimentais é o controlo, nos estudos quase experimentais o controlo é menor. E ainda, a variável independente é controlada, assim como outros aspectos da investigação, no entanto, os participantes não são distribuídos de modo aleatório pelos grupos (Ribeiro, 1999).

4.4.1-Amostra

A amostra constitui um subgrupo da população (ou universo) seleccionado para

obter informações decorrentes das características dessa população (ou universo) (Miaoulis & Michener citados por Ribeiro, 2007). Assim, neste trabalho de investigação a amostra constitui um universo, um só indivíduo a que submeto o programa de intervenção. Pois bem, dado que a selecção de um subgrupo seria impraticável pela limitação e de indivíduos na instituição com as características necessárias (a idade e grau de deficiência) para constituírem a amostra pretendida. A amostragem ou o processo de definição da amostra (Ribeiro, 2007), foi desenvolvido tendo em conta as seguintes características do indivíduo: a idade (30 anos), o grau de deficiência mental (moderado).

4.4.2-Instrumentos

Funcionamento Intelectual

Teste de Percepção de Diferenças (CARAS)

O teste CARAS é um teste de percepção de diferenças e foi elaborado pelos autores Thurstone e Yela (1995) e permite avaliar a atenção selectiva, a partir dos 6 anos de idade, o que não acontece com o teste D2.

Este teste tem a duração total de 3 minutos e durante este período, os sujeitos terão que assinalar, de entre um conjunto de 3 caras, aquela que é diferente dentro desse conjunto.

Este teste avalia a aptidão para perceber, rápida e correctamente, semelhanças e diferenças e padrões de estímulos parcialmente ordenados e pode ser aplicado de uma forma individual ou colectiva.

A correcção desta prova corresponde ao número total de acertos realizados pelos sujeitos, não se realizando uma análise do número de omissões ou de erros. À pontuação directa, corresponderá um número percentil ou tipificado.

Segundo Thurstone e Yela (1995), o teste CARAS apresenta uma fiabilidade quase

perfeita, quando esta é calculada através do método das metades, quer em população escolar, quer em população profissional, com valores que variam entre 0.94 e 0.97.

Matrizes Progressivas de Raven (MPR)

A MPR utiliza-se para como medida de raciocínio abstracto, foi desenvolvido por Raven (1983). Existe uma versão que é a decorrente da primeira versão criada as Matrizes Progressivas Avançadas (com 60 itens, em 5 séries de dificuldade), e a segunda versão que foi adaptada, constitui uma forma geral, as Matrizes Progressivas e Coloridas de Raven-MPCR (36 itens, em três séries). A diferença entre as versões encontra-se na redução do número de itens, e conseqüentemente, séries e grau de dificuldade. E também, na configuração dos itens, em que a MPCR tem itens com cores. Esta redução do teste original permitiu o uso do teste na avaliação dos processos intelectuais em crianças com menos de 12 anos de idade, em crianças com dificuldades ao nível da linguagem ou da audição e em deficientes mentais (Simões, 1994).

Apesar deste teste permitir a aplicação a partir dos 11 anos de idade recomenda a aplicação a partir dos 14 anos de idade. Quanto às condições de aplicação, a MPR pode ser aplicada através de passagem individual ou colectiva em 20 minutos. A correcção deste teste é feita pela cotação de 1 ponto por cada uma das respostas certas (Simões, 1994).

Assim, a sua apreciação quantitativa traduz-se na seguinte escala: Grau I: Intelectualmente Superior, quando a pontuação do percentil é igual ou superior a 95; Grau II: Claramente acima da média da capacidade intelectual, quando a pontuação do percentil se encontra no intervalo de 75 à 94. Pode-se designar como Grau II+ se o percentil se encontra no intervalo de 90 a 94; Grau III: Dentro da média da capacidade intelectual, se o percentil se encontra entre os valores 25 e 75. Pode-se designar o Grau III+ se está acima do valor 50 e III- se está abaixo do 50; Grau IV: Claramente abaixo da média da

capacidade intelectual, se o percentil se encontra no intervalo de 6 a 25. E como IV- se é igual ou inferior a 10; Grau V: Com défice intelectual, se o percentil é igual ou inferior a 5 (Raven, J. C., Court, J. H. & Raven, J., 1996).

J.C. Raven no seu estudo para a forma geral do teste, notou que as crianças mais novas, assim como, os deficientes mentais e pessoas mais idosas, resolviam somente os itens das Séries A e B e os mais fáceis das Série C e D, onde o raciocínio por analogia não era fundamental. Além disso, reparou também que os itens mais difíceis dessas Séries que eram bem resolvidos eram acertados por acaso, o que, conseqüentemente, fizesse com que o resultado obtido não fosse representativo da aptidão desses indivíduos. (Simões, 1994)

Funcionamento do Comportamento Adaptativo

Adaptive Behavior Scale-Residential and Community (2ªed)-ABS-RC:2

Esta escala foi desenvolvida por Lambert, Nihira e Leland (1993), foi construída para determinar a idade escolar da independência pessoal e comunitária das crianças. A escala também permite o diagnóstico diferencial de DM e contribui para definir os planos individuais de educação para a criança com DM. A escala está dividida em duas partes, a primeira parte foca-se na independência pessoal e é desenhada para avaliar competências como a responsabilidade no dia-a-dia. Os itens estão agrupados em domínios, assim os domínios presentes são: Domínio I- Funcionamento Independente; Domínio II- Desenvolvimento Físico; Domínio III- Actividade Económica; Domínio IV- Desenvolvimento da Linguagem; Domínio V – Números e Tempo; Domínio VI – Actividade Pré-Profissional/ Profissional; Domínio VII – Auto-Direcção; Domínio VIII – Responsabilidade; Domínio IX – Socialização.

Quanto à segunda parte da escala está relacionada com o comportamento social. Os domínios que a compõem são: Domínio X – Comportamento Social; Domínio XI –

Conformidade; Domínio XII – Honestidade; Domínio XIII – Comportamento Hiperactivo e Estereotipado; Domínio XIV – Comportamento Auto-Estimulação; Domínio XV – Interação Social; Domínio XVI – Comportamento Interpessoal Perturbador. Esta escala deve ser preenchida com um bom conhecimento do indivíduo ou com informações de outras pessoas que conheçam bem. Após a cotação de cada item, são somados os valores do grupo de itens pertencentes a cada domínio, e através da conversão desse valor nos seus percentis consoante a escala referente à população que se quer comparar, dá-nos informação sobre os dados.

4.4.3-Procedimentos

Na integração com o estágio curricular a investigação iniciou com o pedido de autorização da instituição e dos familiares do caso que acompanhei durante o estágio. Foi feita uma avaliação às capacidades cognitivas e ao comportamento adaptativo do participante durante o estágio curricular. Durante o estágio curricular foram desenvolvidas actividades que compõem o PIDM com o participante. Posteriormente, executaram-se 5 sessões com o participante estipuladas para continuar a intervenção com o PIDM. Por último, foi feita com os mesmos instrumentos a avaliação das capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo.

CONCLUSÕES

O método deste estudo é o quase-experimental, pois não permite a certeza de total controlo sobre os acontecimentos que o contexto de laboratório permite. Neste seguimento, este método e estudo compreendem como variável independente o participante e variável dependente o Programa de Intervenção na Deficiência Mental.

Os instrumentos postulados para avaliar a aplicação do programa foram as *Matrizes Progressivas de Raven (Raven, 1983)*, *Teste de Percepção e Diferenças CARAS*

(*Thurstone & Yela, 1995*), para avaliar as competências cognitivas, e a escala *Adaptative Behavior Scale-School (ABS-S:2)*(*Lambert, Nihira & Leland, 1993*). A aplicação do programa de intervenção decorreu durante o estágio curricular e prosseguiu com 5 sessões pré-determinadas.

CAPÍTULO V – APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresentamos o participante quanto aos seus dados de identificação, problema apresentado, história do problema, história clínica, história do desenvolvimento psicossocial, o estado mental, o diagnóstico, a formulação do problema e o plano de intervenção.

No que se refere à aplicação do Programa de Intervenção na Deficiência Mental, este capítulo apresenta a descrição dos resultados da aplicação do programa durante o estágio curricular e nas sessões de intervenção pré-definidas após o estágio curricular, assim como, a discussão dos mesmos.

Por último, descrevem-se as limitações do estudo e sugere-se possibilidades para a investigação futura.

5.1-Identificação do Participante

PN tem 30 anos, é do sexo masculino, o seu estado civil é solteiro. Este vive com os pais e os irmãos, pertence a um fratria de dois irmãos e uma irmã.

Este está inserido no C.A.O. (Centro de Actividades Ocupacionais) uma das valências da Associação de Pais e Amigos dos Diminuídos Mentais de Penafiel (APADIMP).

5.2-Problema Apresentado

O PN foi encaminhado para o acompanhamento psicológico pelo seu comportamento conflituoso, em contexto das actividades ocupacionais que desenvolve no C.A.O. De acordo com a sua monitora, PN não faz as tarefas propostas e demonstra, habitualmente, uma má disposição e um humor instável. Quando PN decide realizar alguma tarefa, na maioria das vezes não termina a tarefa, ou demora muito tempo para a realizar.

5.3-História do Problema

PN nos primeiros tempos, em que foi inserido no C.A.O., revelou comportamentos agressivos, segundo a sua monitora, que diminuíram após as consultas de Neuropsicologia a que foi sujeito. De acordo com a monitora, a mãe de PN disse-lhe que PN estava a tomar medicação prescrita para o seu comportamento, pois a razão desse comportamento devia-se a razões neurológicas.

Para esclarecer alguns aspectos acerca do historial de PN, como por exemplo, como decorreu a infância de PN, qual a sua adaptação a instituição onde esteve anteriormente.

5.4-História Clínica

PN esteve internado no período compreendido entre 27 de Setembro de 2005 a 14 de Outubro de 2005 no Hospital de São João (Porto), devido a uma sequência de alterações do comportamento, pautado por heteroagressividade e fugas ao domicílio. Este apresenta um diagnóstico de Síndrome de Lendo X-Gastaut, ou seja, constitui uma forma de epilepsia generalizada, de difícil controlo convulsivo, que se associa habitualmente a DM) desde os 3,5 anos de idade.

PN é medicado com múltiplos fármacos, anti-epilépticos e acompanhado pelo serviço de Neurologia e Psiquiatria do Hospital do São João.

5.5-História do Desenvolvimento Psicossocial

5.5.1-História Familiar

PN faz parte de uma fratria de três irmãos, dois irmãos e uma irmã. O irmão mais novo, B., tem 24 anos, o mais velho, A., tem 33 anos e a irmã, P., tem 30 anos.

Os pais de PN têm ambos 62 anos, o pai de PN é carpinteiro de obras e a mãe de PN é doméstica. Quanto aos irmãos, o irmão mais velho é Tipógrafo, assim como o irmão mais novo de PN, a irmã é enfermeira. A sua irmã e o seu irmão mais velho são casados e têm um filho cada um, a C. de 2 anos e o G. de quatro anos.

PN refere que os seus irmãos preocupam-se com o seu bem-estar, ajudando a ter melhor aspecto, este referiu que os seus irmãos vão ajuda-lo financeiramente a colocar os dentes que lhe faltam.

Para além disso, este utente refere uma preocupação por parte da mãe em que este se integre nas actividades e na instituição, apoiando o seu investimento nas consultas psicológicas.

Quanto ao seu irmão mais novo, parece motivar PN pelo gosto do futebol, levando-o para o seu grupo de amigos.

5.5.2-História Social

PN revelou que ao fim de semana costuma estar com um grupo de amigos e que costuma ver com estes jogos de futebol. E ainda, por vezes, vai até ao café perto da sua residência, onde passa algumas horas do fim-de-semana.

5.6-Estado Mental

O PN demonstra algum cuidado na sua roupa, já utiliza o lenço para limpar a boca, a sua postura corporal melhorou, conseguindo colocar ombros para trás e elevando a cabeça.

Actualmente, vai às consultas, mostrando-se motivado e com um humor mais estável, mais concentrado e cooperante.

5.7-Diagnóstico

Eixo I: Nenhum

Eixo II: 318. 0 Deficiência Mental Moderada

Eixo III: Sem diagnóstico

Eixo IV: Nenhum

Justificação do Diagnóstico

PN preenche os critérios de défice cognitivo e início antes dos 18 anos de idade pelo o Síndrome que lhe foi diagnosticado desde os 3,5 anos de idade. Quanto ao funcionamento adaptativo, tem várias limitações, nomeadamente ao nível da comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/ interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, lazer, saúde e segurança. Por exemplo, os seus comportamentos agressivos recorrentes, os conflitos com os colegas, com a monitora, a instabilidade emocional, a inadaptação aos locais em que já esteve e inexistência de uma actividade ocupacional onde se mantenha parte do tempo justificam as lacunas ao nível do funcionamento adaptativo (DSM-IV, 2004).

Diagnóstico Diferencial

Devido ao diagnóstico de Síndrome de Lendo X-Gastaut, feito em idade precoce

PN exclui hipóteses de diagnóstico como demência, pois os seus défices cognitivos foram sinalizados antes dos 18 anos de idade (DSM-IV, 2004).

5.8-Formulação do Problema

PN apresenta um historial marcado por reacções agressivas, tratamento farmacológico intenso. Na própria instituição este não se adaptou a nenhum dos locais em que esteve inserido, pouco tempo se dedicou a actividades que gosta (faltava às aulas de inglês).

Apesar de tudo, PN evolui no seu bem-estar, que se traduz na postura corporal, quando chegou à APADIMP, tinha uma postura desadequada, babava-se, andava numa postura curvada e mostrava-se alienado, provavelmente devido à medicação.

Quanto ao seu contexto familiar, PN evidencia um bom suporte familiar, a sua mãe acompanha-o às consultas no São João, apoia a frequência das consultas psicológicas e o seu irmão insere-o no seu grupo de amigos.

Ao longo das consultas, PN mostrou-se responsável pela sua assiduidade e pontualidade. Nas tarefas realizadas mostrou-se motivado e cooperante, e também, revelou um bem-estar emocional com o espaço que encontrou para, segundo este "...desabafar...".

Assim, as alterações comportamentais de PN afectam o seu relacionamento com os outros, com a sua ocupação e com o seu estado emocional. Deste modo, o acompanhamento deste caso e as intervenções a nível cognitivo e emocional são prementes.

5.9- Plano de Intervenção

Alvos de Intervenção

- PN;
- Familiares de PN;
- Monitora de PN.

Objectivos de Intervenção

- Diminuir a ocorrência dos comportamentos agressivos;
- Treinar competências psicossociais;
- Desenvolver competências nas relações interpessoais;
- Dar educação sexual de forma formal;
- Criar projecto de vida;
- Propiciar a adaptação a um espaço ocupacional adequado;
- Fomentar a sua autonomia;
- Elaborar projectos educativos que visem a promoção da sua cognição.

A intervenção no caso de PN, pode passar por linhas orientadoras de intervenção como as descritas a seguir.

O treino educacional e do desenvolvimento para aumentar as competências de fala e linguagem, motoras, cognitivas, ocupacionais, sociais, recreativas, sexuais e adaptativas na DM é desenvolvido comumente por profissionais especializados (Felce & Emerson, 2001 citados por Popper, Gammon, West & Bailey, 2006).

As intervenções psicoterapêuticas orientadas ao desenvolvimento podem ser eficazes na gestão da crise para alcançar objectivos psicossociais de longo prazo. Para alguns adolescentes ou adultos com DM leve, pode ser usada psicoterapia verbal para

promover a diferenciação self-outro, a auto-estima, a formação de identidade, o desenvolvimento interpessoal, os controlos emocional e comportamental, as expressões de amor e sexualidade. Modificações técnicas incluem o uso de verbalizações mais breves e mais claras, foco nos eventos e nos sentimentos correntes, reforço de diferenciações de realidade-fantasia, gestão de projecções, ensino sobre a natureza da vida emocional e livre uso de reforço positivo. Devem ser sessões curtas e frequentes podendo ser mais proveitosas (Popper, Gammon, West & Bailey, 2006).

5.10- Resultados

Ao longo do estágio curricular, o participante, PN, efectuou tarefas para promoção cognitiva e treino das competências psicossociais em contexto de consulta. Uma primeira tarefa de promoção das competências psicossociais e de promoção cognitiva constituiu a planificação de imagens de uma sequência da rotina diária, esta tarefa foi feita com o computador e um CD de actividades (“Planeta das Surpresas”). Assim, a primeira tarefa teve uma duração superior a 10 minutos.

Nos primeiros passos, revelou dificuldade em identificar qual a imagem correcta da sequência perante a ordem temporal. Depois de explicar pormenores relativos às imagens foi capaz de identificar a sua ordem temporal.

Outra das tarefas elaboradas foi a identificação dos elementos da imagem que servem para a higiene pessoal. PN demonstrou o conhecimento dos objectos de higiene pessoal, ao longo do jogo foi nomeando os elementos pertencentes à imagem. Nesta tarefa não revelou dificuldades, executou a tarefa em menos de 5 minutos.

Para intervir na atenção, foi desenvolvida uma tarefa, adaptada do Programa de Promoção Cognitiva (Almeida & Morais, 2002), que consistiu na leitura de um texto que

referia diferenças entre duas personagens. O objectivo da tarefa era através do material verbal o indivíduo encontrar as diferenças e semelhanças apresentadas entre as personagens, ou seja, comparar as personagens através do texto. Perante este exercício constatei que PN lentificava a sua resposta, demonstrava menos interesse, e ainda, foi necessário motivá-lo de forma contínua para o término da tarefa. PN identificou algumas diferenças, no entanto, salientou muito poucos elementos de diferenciação entre as personagens. A sua leitura era baixa, quase inaudível, a nomeação das palavras era rudimentar. Deste modo, a tarefa demorou mais de 10 minutos. É de salientar, que a leitura tem vindo a ser trabalhada, não só pelas dificuldades, mas também como forma de trabalhar a sua auto-estima. PN numa fase inicial de intervenção recusava-se a ler, porque afirmava não ler bem e pedia que fossem os outros a ler.

PN demonstrou um grande interesse nos jogos que implicavam a utilização das novas tecnologias de informação e comunicação. As tarefas que desenvolvia no computador eram sempre mais motivantes para PN. No entanto, o sentido de intervenção é aplicar as novas tecnologias, mas executar tarefas com outros materiais em que este consiga um desempenho motivado e cooperante.

Na tarefa das sequências (ex. abelha-flor-mel) referente ao CD “Planeta das Surpresas”, que obrigava a ordenar a sequência lógica, PN executou com facilidade as sequências quando se tratavam de sequências de três elementos, não obstante, em sequências mais complexas com mais de três elementos PN demonstrava dificuldades.

Neste seguimento, para desenvolver aspectos do raciocínio lógico, um exercício que obriga algum conhecimento prévio para as associações foi efectuada uma tarefa de associação de figuras (trabalhadores), a contextos de trabalho. PN obteve uma boa associação do padre à igreja, do enfermeiro ao hospital. Relativamente, à cabeleireira não

conseguiu fazer uma associação, nem ao empregado de mesa. Esta tarefa só obteve alguns resultados pela explicação persistente de quais eram os objectivos do jogo e o que deveria ter em atenção nas imagens para efectuar a tarefa.

Outra das tarefas desenvolvidas com base no pressuposto de conhecimentos anteriores para a verificação da capacidade mnésica de PN foi completar provérbios e identificar os significados. Neste sentido, expliquei que provérbios era a mesma coisa que ditados populares. PN disse que já tinha ouvido falar sobre aquilo que ia jogar.

Um dos primeiros provérbios PN não soube responder (“Quem sai aos seus não degenera”). Por iniciativa própria PN questionou o que queria dizer “degenera”, expliquei que significava que não devíamos criticar por exemplo os nossos pais, pois somos como eles, as vezes temos as mesmas manias. PN conseguiu adivinhar muitos dos provérbios, mas não sabia os seus significados. Assim, expliquei com exemplos cada um dos provérbios. A título de exemplo, “Quem anda à chuva molha-se”, lembrei-lhe de outro análogo, “Quem brinca com o fogo queima-se”, explicando que se mexesse ou fizesse coisas perigosas podia acontecer algo de mal. À medida que explicava os significados, PN motivava-se na tarefa e tentava, por vezes, com sucesso dizer o resto do provérbio, aumentando a sua concentração na actividade.

PN executou ainda outro exercício de promoção cognitiva, que tinha por objectivo colocar a parte complementar da frase que tinha por base uma associação lógica, por exemplo, “O piano está para tocar, assim como o livro para....ler.” Este respondeu entre as várias opções a opção correcta, ou seja, dado que a tarefa de associação lógica das frases veio no seguimento da tarefa com os provérbios, PN revelou melhor desempenho na última.

A partir do programa PIDM foram elaboradas 5 sessões de aplicação do programa,

como progressão da intervenção desenvolvida no estágio curricular.

Na primeira sessão, a primeira tarefa foi destinada à promoção cognitiva, atenção selectiva, assim a sessão iniciou com a tarefa das diferenças. PN teve de identificar as sete diferenças em duas imagens a cores, a execução decorreu em 11 minutos. Durante a execução da tarefa, pedia a PN que fosse verbalizando as razões pelas quais considerava certos elementos diferentes. PN verbalizou as seguintes diferenças: "...aqui a erva está grande e aqui está pequena...", nas nuvens que se apresentavam no desenho revelou que "...aqui tem, aqui não tem...". PN à medida que encontrava as diferenças ia contabilizando as que já tinha encontrado e as que faltavam encontrar, ou seja, a estratégia que já tinha desenvolvido nas tarefas de diferenças anteriores. Por vezes, revelava insegurança na resposta e pedia a resposta, como forma de exercitar as estratégias aprendidas pedia a PN para ver o que havia de igual e de diferente (ex. as cores, as formas, o número de elementos, a posição dos elementos).

A tarefa seguinte foi orientada para a promoção cognitiva no que concerne à memória recente, deste modo, pedi a PN que observasse a figura, tentava alicia-lo à exploração da imagem, questionando o que este via na imagem. De seguida, perguntei o que se recordava da imagem, PN respondeu que havia um menino a tocar viola, um rádio, que dizia para não perturbar, para não fazer barulho. Para além disso, acrescentou que o menino que estava a estudar estava a brincar com a fisga, que tinha uma estante com lata e com lápis ou canetas. Perguntei quantas janelas tinha e PN revelou que só tinha uma janela. Quando questionei se estava sozinho PN disse que estava e quando questionei posteriormente se tinha algo engraçado que tinha um menino e o João. Questionei se havia mais do que um e PN respondeu que tinha mais do que um menino. PN observou 4 minutos a imagem e levou 7 minutos a descreve-la.

No que concerne ao treino da memória recente, foi elaborada a tarefa de memorização de colunas de palavras. Questionei que palavras tinha a coluna e PN leu as palavras. Posteriormente, PN em dez palavras recordou sete destas, repetindo a nomeação de algumas. Na segunda coluna, em dez palavras recordou quatro, repetiu duas palavras da coluna anterior. Face à terceira coluna de palavras, recordou quatro palavras, e recordou uma palavra da primeira coluna. PN demorou dez minutos a executar a tarefa das colunas. Neste seguimento, PN revelava melhores resultados nas primeiras tarefas, onde a sua concentração é máxima na tarefa. As memorizações das colunas de palavras seguintes foram influenciadas pela memorização de algumas palavras anteriores.

A tarefa de memorização da lista de compras suscitou interesse, pois PN fez uma correcção “Está mal...um litro de leite...” em vez de um pacote de leite. Entretanto, PN recordou três dos quatro elementos da lista e revelou um quarto (“um saco de batatas”), que não estava presente na lista de compras. O quarto elemento era um saco de arroz. Esta tarefa teve a duração de dois minutos.

A planificação a que se remetem as imagens sequenciais da rotina diária serviu para a simulação e consciencialização mental da ordenação dos passos inerentes à rotina diária. As primeiras sequências de imagens foram com poucas imagens, com três a quatro imagens. A sequência referente à higiene oral teve a duração de dois minutos, com a colocação correcta da ordem. Quanto à sequência “apertar os cordões”, PN levou um minuto a executa-la, revelando facilidade na compreensão desta. Na sequência “tomar banho e vestir”, PN revelou dificuldade na compreensão do lugar das imagens. A figura apresenta-se com duas vestimentas diferentes, que PN colocou próximas. Estas vestimentas deveriam estar nos extremos da sequência, pois significam a roupa antes e após tomar banho. PN só compreendeu o lugar exacto após a explicação das imagens e de alguma exploração das imagens. Nesta sequência demorou quatro minutos a execução.

Relativamente à sequência “comprar o jornal”, PN demonstrou dificuldade em perceber a posição de duas imagens. As imagens diferenciavam-se no facto de numa estar a observar os jornais e outra já com o jornal na mão. PN executou esta tarefa em dois minutos.

A sequência da “compra de fruta”, PN obteve facilidade de compreensão e ordenou correctamente esta sequência em um minuto.

Por último, a tarefa da primeira sessão foi efectuada a sequência “lavar as mãos”, onde PN colocou mal uma das imagens, a imagem de observação do sabonete antes de agarrar neste. Depois de explicar que antes de agarrar no sabonete tem de olhar para o objecto e de pedir que identificasse essa imagem e que a colocasse antes de lavar as mãos, PN efectuou a tarefa em três minutos.

Assim, foi necessário explicar nas primeiras sequências estratégias de pensamento e análise das imagens, posteriormente foi corrigindo os erros com rapidez. PN finalizou a sessão dizendo a seguinte frase “aprendo coisas novas”.

A segunda sessão iniciou com o exercício da atenção sustentada, através da piscina que existe na sala de psicomotricidade, pedi que PN entrasse na piscina de bolas e pedi que colocasse num balde as bolas amarelas e azuis (mostrei um exemplar). Enquanto executava a tarefa PN revelou ter capacidade de identificar as bolas, mas incluía qualquer tipo de azul. Para complicar a tarefa pedi que tivesse em conta aquele azul em específico, este tentou executar o que foi pedido. Esta tarefa foi executada com sucesso em quatro minutos PN preencheu o recipiente. De seguida, pedi que PN preenchesse o recipiente com bolas brancas, laranjas e verdes (mostrei um exemplar). PN conseguiu executar com alguma dificuldade de coordenação em quatro minutos, mas foi necessário explicar uma sequência para este executar a sua acção (branca-laranja-verde).

Quanto ao exercício de memória recente, foram desenvolvidos textos simples para a sua leitura e exploração. Foi pedido a PN que lê-se o texto 1, por conseguinte, PN leu em silêncio (por pedido do mesmo) e depois leu num tom baixo e perceptível. Posteriormente, foram feitas questões sobre o texto como por exemplo: “Como se chamava o rapaz do texto?”, “O que aconteceu ao Manuel?”, “O que colocou na mesa?”. As suas respostas foram congruentes com o texto e conseguiu dar detalhes emotivos do texto, pode-se verificar na sua resposta “Estava cheio de fome, pôs a mesa. Os pais ficaram contentes. A mãe deu-lhe um abraço quente.” Apesar de ter acrescentado “os pais ficaram contentes”, em vez de ter percebido que isso era um pensamento da personagem e não um acontecimento. Quando questionei as coisas que Manuel tinha colocado na mesa, este nomeou quase todos os objectos, “Talheres, os copos e os pratos...”. PN realizou a tarefa em cinco minutos.

No texto 2 PN leu durante 2 minutos em silêncio e leu num tom baixo quase inaudível. Neste seguimento, pedi que respondesse algumas questões sobre o texto: “Como se chamava a rapariga?”, “O que aconteceu?”, “Quando aconteceu o jogo?”, “o que te lembrás mais sobre o texto?”, “O que foi combinado com a Ana?”. PN revelou algumas dificuldades no texto2, este texto é mais denso e PN nas tarefas finais vai perdendo a concentração. Portanto, PN respondeu correctamente ao nome da personagem (“Ana”). Perante a questão sobre o que aconteceu, PN respondeu que esta ia ver um jogo fora da terra dela, o jogo era na sua terra o clube é que era de fora. Respondeu acertadamente que o jogo seria no domingo. Quando lhe foi questionado o que se lembrava mais do texto, PN respondeu que Ana “...tinha de arrumar a casa e tomar banho, secar o cabelo e estar pronta a horas.” Este resumiu a parte final do texto “...vestir-se a horas...”, PN referiu “...estar pronta a horas...”. Não obstante, quando questionei se sabia o que tinha sido combinado com a Ana, PN respondeu que não sabia. Apesar deste ter sido capaz de referir que Ana

tinha de arrumar o quarto e estar pronta a horas, quando a questão foi modificada não fez associação e compreensão do texto.

A tarefa seguinte foi a repetição da lista de compras, PN leu três vezes a lista em 1 minuto, depois disse correctamente três dos quatro elementos (1 pacote de açúcar, 10 pães, 1 pacote de leite), pensou mais um pouco e disse o que faltava (1 pacote de arroz). Fez a tarefa em 1 minuto.

Quanto à repetição das colunas de palavras, na primeira coluna leu duas vezes lembrou-se de sete das dez palavras e realizou a tarefa em dois minutos. Na segunda coluna apesar de lhe ter sido pedido que lê-se mais que uma vez, leu uma única vez e acertou em três dos dez elementos. Este acrescentou um elemento da coluna 1 (tio). PN levou um minuto a executar a memorização da segunda coluna. Na terceira coluna leu duas vezes e acertou em cinco das dez palavras levou três minutos a memorizá-la.

Como forma de promoção da memória remota, foi apresentado a PN uma foto sua do Carnaval de ano passado. Perguntei a PN se reconhecia quem estava na foto, este respondeu "Sou eu, no ano passado pelo Carnaval.". Depois questionei quem é que lhe tinha oferecido aquela roupa, PN respondeu "Comprei a peruca e as mamas" (foi vestido de mulher). Para explorar os conteúdos mnésicos, perguntei quem é que lhe tinha dado o xaile que apresentava na foto, e a sua resposta foi "...foi da minha avó...falecida...". Quanto ao resto da roupa, PN afirmou que tinha sido a escola (instituição) a emprestar as vestimentas. PN acrescentou que há dois anos ganhou o primeiro prémio, segundo este ia vestido de menina.

Procedendo à exploração, PN respondeu, ainda, a mais questões referentes ao contexto exposto na foto. Assim, questionei quem tinha apresentado a festa de Carnaval aquele ano, PN respondeu que tinha sido a terapeuta S. e M. Perguntei como iam as

terapeutas vestidas, este afirmou a seguinte expressão “A terapeuta S. ia de borboleta... não tenho a certeza. Ia bonita! Levava umas asas brancas... acho que eram brancas.” Acrescentei, “Quem é que te vestiu nesse dia?”, PN afirmou que tinha sido a A. e a H. Por fim, questionei como iam vestidos os colegas de sala. PN referiu que se lembrava de M. vestido de pirata. Mas de seguida corrigiu e disse “... não ia de pirata, ia com uma capa preta...”.

A finalização desta segunda sessão deu-se com um exercício de promoção da memória recente, por conseguinte, mais uma vez, foi ministrada a tarefa de memorização de uma imagem da primeira sessão. A distinção desta aplicação foi aplicação dos procedimentos do PIDM, como a persistência na exploração da imagem, suscitando interesse na identificação dos elementos presentes e explicando a lógica de alguns elementos presentes na imagem. A exploração da imagem durou cerca de 5 minutos. PN ao longo da exploração da imagem revelou a compreensão de alguns aspectos não clarificados na primeira sessão, pode-se verificar nas suas verbalizações “...O outro menino disse que estava a estudar. Esta figura está mal, ele está a brincar...”, “O rádio está alto... porque tem trovões...”, “Tem aqui um suíno...”. PN conseguiu perceber que estão duas personagens na imagem, que a nuvem por cima da figura representava a fala de cada personagem. E ainda, que o menino da imagem estava a brincar no quarto em vez de estudar, e também, que o homem que tocava guitarra era um quadro e não uma personagem. PN afirmou que a personagem não queria barulho porque estava a brincar “...estava a fazer que estudava...”. Quando questionei o que se lembrava da imagem, este referiu objectos como livros, lápis, canetas, borrachas. De seguida, questionei onde tinha visualizado esses objectos, PN respondeu “...na secretária e no chão...”. Salientou, que se lembrava, também, de um suíno no quarto (um cão que se encontrava na imagem) e de uma estante, um rádio e duas cadeiras. A tarefa desenvolveu-se em 5 minutos.

Na terceira sessão foi executado o jogo das diferenças, que consistia em encontrar sete diferenças. O jogo de diferenças desenvolvido nesta sessão é de um grau de dificuldade mais elevado. PN primeiro revelou motivação na tarefa “...se encontrar a primeira encontro todas...”. No entanto, no decorrer da tarefa foi revelando desmotivação, para o apoiar na tarefa foi focada a sua atenção para pequenas partes da imagem dando estratégias na procura das diferenças. Foram encontradas seis diferenças, PN conseguiu com alguns apoios na procura. A tarefa não ficou concluída e teve a duração de 30 minutos.

A tarefa posterior foi direccionada às competências de planificação, assim, foram colocados cartões com ilustrações que determinam uma sequência de imagens referentes a uma rotina diária. Depois de explicar as imagens PN colocou as primeiras imagens correctamente, mas teve dificuldade em ordenar as duas últimas. Expliquei que uma imagem significava a imagem do indivíduo a passar pelo seu local de trabalho antes de entrar. PN colocou de forma correcta as imagens, terminando a tarefa em 10 minutos.

Outra das sequências pedidas nesta sessão foi a “Lavar a Roupa”, PN levou 5 minutos a executá-la, este explicou da seguinte forma a sequência “...lavar, secar e engomar...”.

A última sequência representava a rotina matinal de uma jovem, PN identificou o primeiro cartão que nomeou como “Espreguiçou-se”. Nesta sequência, revelou várias dificuldades em determinar a ordem, pois não conseguiu ter em atenção pormenores como a cor da roupa, a postura do cabelo e a ordem lógica das acções. Foi necessário questionar porque é que a imagem que mostrava o banho estava colocada depois da personagem ter colocado o roupão. No fim da tarefa, após 5 minutos, PN colocou a ordem correcta e explicou da seguinte forma “...espreguiçou-se, foi lavar os dentes, penteou-se e foi tomar

o pequeno-almoço...”.

Relativamente à quarta sessão, foram efectuadas sequências sobre as competências psicossociais. A primeira sequência foi a “Compra do jornal”, pedi que PN descrevesse as imagens e este descreveu algumas das ilustrações, “...está a dar o jornal...”, “...aqui vai pagar...”. PN ordenou a imagem que demonstrava a personagem já com o jornal antes da que demonstra a personagem a pagar. Para consciencializar perguntei a PN a lógica da ordem que tinha colocado, perguntei se antes de pagar a personagem poderia levar o jornal. Pedi que me contasse a história da sua sequência, e este iniciou “...comprou o jornal...”, depois teve dificuldade em explicar o resto. Como forma de dar orientação, na imagem que demonstrou dificuldade a ordenar voltamos a explorar o significado. PN disse que a personagem está na rua, perto de um candeeiro e acrescentou “...está a ler...”, questionei a lógica do que estava a dizer pelo o que a imagem mostrava “Está a ler com o jornal para baixo?”. PN respondeu “Vai-se embora!” e colocou a imagem na ordem correcta. Explicou a sequência com a seguinte expressão “Foi a comprar, estava a dar, a pagar e levar para casa”. Esta tarefa levou 6 minutos a ser desenvolvida.

Na sequência “Lavar as mãos”, PN diferenciou rapidamente a imagem das mãos sujas e explicou as imagens de forma correcta. Não obstante, foi necessário questionar a ordem das imagens dizendo as seguintes questões “Qual a imagem em que agarra o sabonete?”, “Antes de esfregar as mãos é preciso o que?”. De seguida, PN colocou correctamente os cartões da sequência. No fim da tarefa, PN explicou a ordem com as seguintes expressões: “...as mãos sujas...”, “...para chegar às mãos...”, “depois aperta-se o sabonete...”, “aperta-se para lavar as mãos...”, “...tira-se com água...”, “...esfrega-se com a água...”, “...e estão lavadas...”. A tarefa levou 10 minutos a concretizar-se.

Posteriormente, fez a sequência “Comprar fruta”, fez com facilidade a sequência em

1 minuto, explicou a sequência da seguinte forma “Viu a fruta, tem um euro na mão, pagou e aqui veio embora.” Perguntei a PN como é que identificou que a personagem na última ilustração “...veio embora...”. Assim, este respondeu “...porque tem uma saca, uma saca com pêra...”

Quanto à sequência “Higiene oral”, PN teve facilidade na sua execução, identificou as imagens à medida que as colocava na ordem correcta. Desta forma, expressou a sequência da seguinte maneira: “...dentes sujos, chegar a pasta à escova, esfregar, chegar água aos dentes...estão limpos.”

No que concerne à sequência “Tomar banho”, ordenou toda a sequência com dificuldade numa das ilustrações. A ilustração em que obteve dificuldades representava a personagem com outra vestimenta. Foi explorado com PN o significado da imagem, perguntei o que significava a imagem. PN afirmou que a personagem tinha tomado banho, e perguntei onde deveria ser o lugar da imagem. Por conseguinte, PN colocou correctamente a imagem no fim da sequência. A tarefa foi efectuada em 5 minutos.

A sequência desenvolvida de seguida foi “Apertar os cordões”, este efectuou a tarefa em menos de 1 minuto de maneira acertada.

Quanto à sequência “Rotina Diária” que é relativa a um jovem, foi desenvolvida com sucesso em 1 minuto, explicou por fim da seguinte forma a tarefa “Aqui vestir-se, tomar café, lavar os dentes, e a ir para o emprego.”

Na sequência da rotina diária de uma jovem, PN identificou a primeira “Espreguiçar-se”, depois colocou a imagem da jovem a tomar banho e a tomar café por último. Disse para PN ter em conta a cor das roupas, após a exploração breve das imagens PN colocou de forma correcta e explicou com a expressão “Espreguiçou-se, tomar banho, pentear o cabelo, lavar os dentes e tomar o pequeno-almoço.” Esta tarefa levou cerca de 6

minutos a ser realizada.

A sequência feita posteriormente, “Lavar a roupa”, foi desenvolvida em menos de 1 minuto com sucesso.

Para o treino de competências ligadas à comunicação, foram expostos alguns dos cartões do sistema de comunicação, depois seleccionado um cartão para explorar o seu significado. O cartão expressa um movimento chamamento aos outros. PN explicou o cartão da seguinte forma “Venha *money*...venha dinheiro.” Perguntei a PN o que queria dizer “venha”, este respondeu “Venha pode dizer muitas coisas.” Questionei a PN o que queria dizer aquele gesto caso estivesse alguém a fazê-lo à sua frente, exemplifiquei o movimento. PN respondeu que queria dizer “Venha a nós, vir a mim.” Quanto ao cartão com a imagem do gesto a pedir silêncio, PN afirmou “Silêncio, não fazer barulho.” Perante o cartão do carrinho de compras, PN respondeu “...ir às compras, é um carrinho de compras.” No cartão que expressa o movimento que incita a ver à visão, PN respondeu “Ver”. Relativamente ao cartão que expressa a palma de uma mão, PN respondeu que significava “Pare”. No cartão que ilustra um semáforo verde, PN afirmou que se tratava de um semáforo verde. Questionei se este sabia o que significava e PN respondeu “Passa os automóveis, as pessoas esperam”. Quando apresentei o cartão que tinha um sinal de trânsito, um stop, PN cantarolou “Se tem olhos pára, stop. Serve para trânsito.” Perguntei se sabia o que era trânsito, este disse que eram carros, aviões, os barcos, e ainda, acrescentou que aquele sinal existia no rio, para os barcos.

Por fim, questionei qual dos símbolos é igual ao stop, PN respondeu “É o verde.” Foi pedido a PN que explicasse o que cada símbolo queria dizer e PN afirmou “Stop parar, verde pode passar.” Voltei a questionar qual o símbolo que dizia para parar como o stop, PN respondeu a resposta certa, o cartão com a palma da mão. Esta tarefa teve a duração de

15 minutos.

Quanto à quarta sessão, esta iniciou com o treino das competências psicossociais, a repetição de algumas sequências. Na sequência “Compra do Jornal”, PN identificou, rapidamente a ordem da sequência. Quando foi pedido a PN que explicasse a sequência este expressou a sequência da seguinte forma: “Foi comprar o jornal, pagou e foi-se embora.” Nesta tarefa demorou menos de 1 minuto a efectuá-la.

Depois foi desenvolvida a sequência de rotina diária da figura masculina (a cores). Verificou-se que PN errou em certas imagens quanto ao posicionamento. Portanto, foi pedido a PN que pensasse sobre a lógica das imagens, por exemplo, na vestimenta da personagem, no que esta ia fazer. PN recolocou as imagens acertando na ordem da sequência. No fim da tarefa explicou a tarefa da seguinte forma: “Tirou a roupa, tomou banho, pôs champô, viu-se ao espelho...o vaidoso.” Terminou esta tarefa em um minuto.

Na sequência lavar os dentes PN executou de forma acertada e terminou com a seguinte expressão: “Dentes sujos, pasta na escova...” Executou esta sequência em menos de 1 minuto.

A sequência posterior foi a rotina diária (figura feminina), foi feita com sucesso em menos de 1 minuto. PN resumiu a sequência na expressão “Espreguiçou-se, tomou duche, escovou os dentes, penteou-se e tomou café.”

Na sequência de rotina diária da figura masculina (a preto e branco), PN executou acertadamente a sequência em 1 minuto e explicou “Vestiu-se, lavou os dentes, tomou o pequeno-almoço, está a chegar ao emprego e está no emprego.”

Quanto à última sequência, foi efectuada uma nova sequência de um maior grau de dificuldade, esta sequência, na biblioteca, faz parte do Programa de Promoção Cognitiva

(Almeida & Morais, 2002). PN demonstrou dificuldade, no entanto, com as estratégias aprendidas sobre a reflexão da lógica da acção, resolveu a sequência com alteração de duas imagens. A tarefa durou 3 minutos. PN explicou a tarefa da seguinte forma: “Foi à biblioteca buscar o livro, veio com o livro na mão na biblioteca, assustou-se com o rato, pediu-se silêncio e ele está a ir para as aulas.”

Para a promoção das competências cognitivas, foram desenvolvidas tarefas no âmbito da comunicação, com Sistema de Comunicação PECS. Foram colocados vários cartões em cima da mesa e explorados os seus significados. Após a exploração dos cartões foi questionado a PN qual o cartão com um significado semelhante ao stop. Este pegou no cartão com a imagem de uma palma da mão. Em seguida, foi-lhe perguntado qual o símbolo que significa comprar, este apresentou o carrinho das compras. Assim, estas primeiras tarefas duraram 10 minutos.

Ora, ainda foi desenvolvida uma última tarefa sobre a comunicação. Assim, foi pedido a PN que me desse todos os cartões que apresentassem partes do corpo. PN apresentou todos os cartões que apresentava como imagem alguma parte do corpo, mesmo os que se referiam a acções (ex. ouvir, socorro, vestir, cantar). Expliquei que os cartões como o “vestir” apresentam acções, “...coisas que fazemos...”. Os cartões foram recolocados de forma aleatória em cima da mesa, após dois exemplos e explicação. Foi pedido a PN que colocasse separadamente os cartões das partes do corpo e os cartões das acções, por conseguinte, PN executou tarefa com sucesso. Estas últimas tarefas ocorreram durante 10 minutos.

Os resultados obtidos nos testes cognitivos resumem-se nos quadros abaixo apresentados:

Quadro 2: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR-36 placas)

| | Raven-A | Raven-Ab | Raven-B | Raven-Total |
|------------------|----------------|-----------------|----------------|--------------------|
| Pré-Teste | 6 | 2 | 1 | 9 |
| Pós-Teste | 9 | 10 | 6 | 25 |

Quadro 3: Matrizes Progressivas de Raven (60 placas)

| | Raven-A | Raven-B | Raven-C | Raven-D | Raven-E | Raven-Total |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Pré-Teste | 8 | 7 | 1 | 1 | 0 | 17 |
| Pós-Teste | 8 | 8 | 5 | 4 | 1 | 26 |

Quadro 4: Teste de Percepção de Diferenças (CARAS)

| | Acertos | Percentil Nível Cultural (Ensino Primário) | Tempo |
|------------------|----------------|---|--------------|
| Pré-Teste | 28 | 60 | 35 min |
| Pós-Teste | 37 | 90 | 20 min |

Quanto à avaliação do comportamento adaptativo foi avaliada pela escala *Adaptive Behavior Scale-School (ECA-E:2)* (Lambert, Nihira & Leland, 1993), os resultados no Pré-Teste e Pós-Teste foram os mesmos e resumem-se da seguinte forma: Domínio I – Funcionamento Independente (61), Domínio II – Desenvolvimento Físico (17), Domínio III – Actividade Económica (9), Domínio IV – Desenvolvimento da Linguagem (33), Domínio V – Números e Tempo (10), Domínio VI – Actividade Pré-Profissional/ Profissional (4), Domínio VII – Auto-Direcção (7), Domínio VIII – Responsabilidade (6), Domínio IX – Socialização (14), Domínio X – Comportamento Social (18), Domínio XI- Conformidade (17), Domínio XII - Honestidade(1), Domínio XIII- Comportamento Esteriotipado (10), Domínio XIV – Comportamento de Auto-Estimulação (0), Domínio XV- Interação Social (0), Domínio XVI- Comportamento Interpessoal (15).

Assim, no Domínio I os valores correspondem a um percentil de 37% quanto à população com DM e de menos 1% face à população normativa. No Domínio II os valores traduzem-se nos seguintes percentis: 50% na população com DM e menos de 17 % na população normativa. Perante o Domínio III, os valores convertem-se em 9% para a população com DM e menos de 1% para a população normativa. No Domínio IV os resultados apresentam-se com 84 % para a população com DM e 5% para a população normativa. Relativamente ao Domínio V, os percentis no que concerne à população com DM é de 63% para a população normativa 25%. Em seguida, o Domínio VI revela os percentis de 25% para a população com DM e 2% para a população normativa. No Domínio VII os percentis têm como valores 25% para a população com DM e de menos 1% para a população normativa. Quanto ao Domínio VIII os valores traduzem-se em 50% para a população com DM e de 16% para a população normativa. No que se refere ao

Domínio IX apresenta os seguintes percentis: 37% para a população com DM e 1% para a população normativa. O Domínio X revela os percentis de 25% para a população com DM e 37% para a população normativa. Posteriormente, o Domínio XI revela para a população com DM o percentil de 25% e para a população normativa 9%. O Domínio XII revela o percentil de 63% para a população com DM e de 75% para a população normativa. Quanto ao Domínio XIII, o percentil referente à DM é de 37% e o da população normal é de 9%. Para os Domínios XIV e XV os percentis para a população com DM são de 84% e para a população normativa são de 63%. Por último, o Domínio XVI que se converte no percentil de 16% para a população com DM e o percentil 9% para a população normativa.

5.11- Discussão

Como primeiro foco de análise, as tarefas inicialmente tinham uma execução prolongada, pois PN considerava que não era capaz de as executar. No decorrer da intervenção o seu envolvimento foi-se tornando mais evidente, com os pequenos sucessos e reforço positivo.

De maneira geral, os programas de promoção cognitiva pretendem desencadear processos de reflexão, de autonomia e de sentimento de competência, que se apoiam no treino das competências de processamento de informação e de resolução de problemas, reportando para aspectos cognitivos como relacionais e emocionais (Mata, 2006).

Assim, a evolução no empenho face à tarefa pelo participante, ao longo da intervenção, permite considerar que a sua motivação e sentimento de competência alteraram positivamente e que a persistência e rapidez na tarefa foi conseguida.

Verificou-se na execução das tarefas que as estratégias resultantes como mediação na comunicação e compreensão de PN quanto às respostas correctas foram as

caracterizadas pelos princípios activo, de estruturação e transferência (Speck, 1978 citado por Pacheco & Valência, 1997). As tarefas com melhores resultados eram as de relação directa, quando PN podia manipular objectos (ex. as imagens referentes às sequências de vida diária, os jogos em suporte digital). Por vezes, foi necessário subdividir as respostas à tarefa inicial em pequenas tarefas. E foi crucial, para verificar a compreensão e consciencialização da mesma, assim como para a obtenção de resultados a repetição das tarefas. Para esse efeito, foram efectuadas sessões com repetições de tarefa e com tarefas análogas e diferentes (ex. repetiram-se as sequências da rotina diária, de memória remota e recente, as tarefas da atenção).

Primeiramente, perante as respostas de PN e a sua análise qualitativa, podemos inferir que a intervenção resultou em avanços nas competências cognitivas e psicossociais reveladas durante as tarefas subsequentes às inicialmente desenvolvidas. Neste seguimento, parece fazer todo o sentido que a intervenção na DMM pode obter resultados positivos, assim como, a idade não pode ser vista como um entrave à intervenção. É o que afirma Maceira (2001), o comprometimento da capacidade cognitiva e o aumento da idade influenciam a possibilidade de resultados na intervenção, mas jamais podem impedir que esta ocorra ou que predefina o seu destino.

E ainda, este autor salienta que a intervenção na DM não pode, nem deve ser pontual e desconexa, deve constituir um programa com vista a uma intervenção sistemática para que haja modificações. As intervenções iniciais foram espaçadas e menos estruturadas, dado o seu carácter exploratório. Posteriormente, as sessões predefinidas e efectuadas de forma sistemática, repetitiva e próxima no tempo revelaram resultados surpreendentes.

De acordo com Fonseca (2001 citado por Mata, 2006), devemos-nos centrar mais nos processos do que nas respostas, ou seja, compreender se houve compreensão e reflexão da

resposta independentemente de estar correcta ou não. Portanto, o que se verificou foi que ao longo das tarefas a desenvoltura das respostas a nível comportamental e verbal revelou a evolução de um pensamento crítico. Nas primeiras tarefas, mesmo na avaliação cognitiva, PN tendia a perder rapidamente a atenção e concentração na tarefa, seleccionava de forma continua a mesma resposta como fuga à tarefa. Para além disso, revelava sonolência e pouca persistência na tarefa. Nas últimas tarefas executava de maneira continua a tarefa, sem necessitar de tantos reforços positivos. Para além disso, PN verbalizava a razão pela qual tinha dado aquela respostas, mesmo quando não era totalmente correcta, percebia e corrigia com maior facilidade os erros cometidos. Em alguns momentos, contrariou e argumentou o porquê da sua resposta estar correcta. Por exemplo, PN explicou numa sequência que entendia que lavar os dentes devia ser a seguir a tomar o pequeno-almoço e não tinha de ser logo ao acordar.

PN foi-se tornando capaz de solucionar alguns problemas que surgiam na execução das tarefas, pois a sua exposição sistemática a sucessos crescentes nas tarefas, permitiu um maior envolvimento e noção de auto-eficácia. Este acontecimento pode dever-se ao facto de este necessitar destes mesmos sucessos para despoletar e activar o seu potencial cognitivo, não obstante, as suas limitações mostram-se presentes. No entanto, PN consegue perceber e reflectir sobre algumas das suas respostas. O que vai de encontro ao que nos salienta o estudo de Tanaka et al. (2001 citados por Araújo, 2005), em que estes consideram que o facto de os adultos experimentarem situações de fracasso bloqueia a sua capacidade de solução de problemas. Assim, suportam-se em pistas externas invés de fazerem uso do seu potencial cognitivo.

Provavelmente, se investirmos na compreensão na sua tarefa, no processo, nas respostas independentemente dos acertos, em busca de tarefas para o sucesso e reforço positivo, é possível sobressair o potencial cognitivo. PN foi revelando algumas

verbalizações que revelam uma conotação reflexiva, pois pequenas expressões faziam-no compreender rapidamente o seu erro e corrigi-lo. A título de exemplo, nas sequências quando o encaixe de uma imagem não estava correcta, PN permanecia mais tempo na tarefa a tentar alterar as outras imagens de forma a encaixar a que causava dúvidas. Na execução das últimas sequências por pequenas pistas deslocava só as duas ou três imagens que não estavam correctas para a posição certa.

No que concerne aos resultados verificou-se que em ambas as versões da MPR houve melhoria na execução e resultados superiores no Pós-Teste. Na MPR (60 placas), PN foi diminuindo o seu desempenho perante o grau crescente de dificuldade das séries seguintes. Quanto à MPCR (36 placas), na série Ab obteve melhor resultado do que na série anterior, a série A, portanto, os acertos vão diminuindo na progressão das séries. O que se verifica é que a diferença de resultados, entre Pré-Teste e Pós-Teste, é mais evidente na MPCR (16 acertos) do que na MPR (9 acertos). Esta diferença deve-se, provavelmente, à existência de séries de complexidade maior na MPR (série C, D, E). No entanto, PN conseguiu evoluir, conseguindo obter mais acertos nas últimas séries C, D e E. A hipótese de que parte dos acertos pode ter sido obtida por acaso é viável, mas torna-se quase improvável que esse possível acontecimento nas últimas três séries tenha ocorrido para todos os acertos. PN revelou reflexões durante a execução das provas, a dificuldade, por vezes, encontrava-se na sua capacidade visuoespacial, ou seja, a opção que seleccionava encontrava-se próxima da correcta. O que PN demonstrava era dificuldade na compreensão da lógica de posicionamento dos elementos. Quanto às últimas séries PN parecia não compreender a lógica dos mais complexos, pondo as últimas opções da última série ao acaso.

Em comparação à população com DM, PN revelou resultados elevados nas primeiras séries e piores nas últimas, as de maior dificuldade. É de salientar que este

obteve evolução em todas as séries no Pós-Teste e que alguns erros não se encontravam longe da resposta adequada. PN demonstrou compreensão das suas respostas nas mais fáceis que são as de tipo gestáltico e que requerem para a sua resolução a percepção de semelhanças, diferenças, simetria e continuidade de partes, exigindo precisão de discriminação (série A e B). Nas séries mais complexas da MPR (série C, D e E), envolvem relações lógicas, analogias, raciocínio. Assim, os resultados vão de encontro ao que o autor da prova concluiu, que as pessoas com DM resolviam somente as séries A e B e os mais fáceis da série C e D, e também, que os acertos nas séries mais difíceis eram obtidos por acaso (Simões, 1994). Contudo, os resultados espelham uma evolução nas várias séries nas duas versões que revela a evolução na sua capacidade de compreensão, que se concentra nas primeiras séries.

Mata (2006) revelou também, no seu estudo, após a aplicação do seu programa de promoção cognitiva, deste modo, assim como PN os participantes do estudo revelaram capacidades de execução de alguns itens de compreensão analógica na MPCR e melhoraram a execução ao longo das séries.

Relativamente ao desempenho de PN no Pré-Teste e Pós-Teste no Teste de Percepção de Diferenças (CARAS), revelam diversas diferenças após a aplicação do programa de intervenção PIDM. Portanto, PN no Pré-Teste demonstrou dificuldade em concentrar-se na execução, fazendo várias pausas. No que se refere ao Pós-Teste PN revelou uma evolução na rapidez de execução, e ainda, compreensão das respostas.

Durante a execução do Pós-Teste do CARAS, PN explicou as diferenças que encontrava, mesmo nas respostas erradas, manteve-se sem pausas até ao término da tarefa, o que se deve ao comportamento que foi adquirindo durante a aplicação do programa de intervenção.

No que se refere aos resultados da escala do comportamento adaptativo, verificou-se que não houve alterações no comportamento adaptativo. Neste seguimento, pode depreender-se que o reduzido número de sessões e de tempo de aplicação pode ter influenciado a intervenção e consequentemente os resultados. E ainda, as mudanças que poderiam ter ocorrido no curto espaço de tempo de intervenção podem não ser suficientemente estáveis para serem avaliadas pela escala.

5.12-Limitações do Estudo

O estudo foi limitado por uma série de factores que se torna crucial expor. Portanto, o tempo de execução do estudo determinou todo o projecto de investigação como de intervenção. As razões devem-se as funções profissionais exercidas desde Agosto de 2008, como coordenadora a tempo inteiro de formação, e ainda, como formadora de dois módulos de formação profissional e directora de turma de um curso de Educação e Formação de Jovens (EFJ). Para além disso, fui nomeada para o próprio processo de recrutamento e selecção do grupo de jovens, para reuniões com a rede social, para esclarecimentos e divulgação das ofertas formativas em várias Juntas de Freguesia. E também ao percurso formativo, com a iniciação da especialidade em Fevereiro de 2009 de Psicoterapia Psicodinâmica.

Neste sentido, tornou-se inviável a execução de uma intervenção mais ampla e a aplicação a um número considerável de participantes.

5.13-Sugestões na Investigação Futura

No sentido de estudar as potencialidades deste programa deveria ser feito o mesmo estudo com uma população mais alargada. E ainda, desenvolver mais tarefas no âmbito das três partes que o constituem: a promoção cognitiva, o treino de competências psicossociais

e educação sexual. A título de exemplo, existem várias funções cognitivas que podem ser promovidas por intermédio de tarefas orientadas para a deficiência mental. O próprio programa pode ser elaborado para classificar quantitativamente as respostas, definir o tempo de execução, e graduar níveis diferentes de complexidade nas diferentes tarefas.

CONCLUSÕES

Em resumo, verificou-se após as sessões de intervenção com o Programa de Intervenção na Deficiência Mental que houve modificação das competências cognitivas. Por outro lado, não se identificou alterações no comportamento adaptativo, pelo menos as avaliadas pelos itens que compõem a escala de avaliação do comportamento adaptativo.

Por fim, salientou-se como limitações do estudo o tempo de aplicação do programa, assim como, o número de participantes.

Como sugestões de futuras investigações colocou-se a hipótese de desenvolver as tarefas do programa em graus de complexidade, com cotação e tempo de execução. E ainda, uma aplicação mais prolongada a um maior número de participantes.

CONCLUSÃO

A deficiência mental sempre existiu, não obstante, o estudo acerca da sua natureza e a criação de propostas de intervenção constitui um movimento recente na história. Na actualidade, os estudos pretendem investir nas potencialidades das pessoas com deficiência mental através da educação, da reabilitação, e da promoção das suas competências. É necessário uma intervenção activa, organizada e multifacetada, que pode constituir um projecto ou um programa. Assim, vamos de encontro aos direitos da pessoa com deficiência mental possibilitando a sua integração. Esta dissertação teve como objectivo apresentar um programa de intervenção, o Programa de Intervenção na Deficiência Mental, e verificar se no participante em estudo houve alteração das competências cognitivas e psicossociais após as sessões de intervenção. Os resultados evidenciaram que houve uma modificação das competências cognitivas no participante, isto é, o programa de intervenção demonstra que é eficaz na promoção cognitiva. Quanto ao comportamento adaptativo não se verificaram alterações, contudo, pode ser explicado pelo escasso tempo de aplicação do programa de intervenção. Estes resultados vão de encontro aos resultados apresentados pela literatura. Finalmente, as investigações futuras propostas apresentam a aplicação prolongada do programa a um maior número de participantes. E ainda, a execução de mais tarefas nos vários âmbitos do programa, desenvolvendo também diferentes graus de complexidade das tarefas, estabelecendo o tempo de execução e a respectiva cotação das tarefas.

Por fim, a deficiência mental não significa prisão mental, por conseguinte, cabe aos profissionais e tutores que lidam com esta problemática igualar ou aproximar as oportunidades de vida destas pessoas aos da população normativa. Para a concretização, por vezes, faltam os meios para atingir fins. Este programa pretende ser mais um meio e não uma finalidade.

Referências Bibliográficas

- Abbeduto, L. & Boudreau, D. (2004). Theoretical influences on research on language development and intervention in individuals with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities, 10*, 184-192.
- Albuquerque, M. (1990). Definir a deficiência mental. *Psychologica, 4*, 149-160.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia em Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L. & Morais, M.(2002). *Programa de Promoção Cognitiva, 4ªed*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alonso, M. & Bermejo, B. (2001). *Atraso Mental: adaptação social e problemas de comportamento*. Lisboa: McGraw-Hill.
- American Association on Mental Retardation (2006). *Retardo Mental, (10ªed)*. São Paulo: Artmed.
- Araújo, S. (2005). O processo de solução de problemas em crianças com deficiência mental leve: a relação entre o real e o virtual. *Revista Brasileira de Educação Especial, 11 (3)*, 395-408.
- Barros, A. (2007). Discursos e significados sobre as pessoas com deficiências nos livros didáticos de português: limites na comunicação de sentidos e representações acerca da

diferença. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13 (1), 61-76.

Bastos, O. & Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (2), 389-397.

Batista, C., Cardoso, L. & Santos, M. (2006). Procurando “botões” de desenvolvimento: avaliação de crianças com deficiência e acentuadas dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 279-305.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro Editora.

Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S. & Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (5), 317-328.

Bonhomme, M. (1995). *De onde vêm os bebês? Educação sexual para crianças dos 5 aos 9 anos*. Lisboa: Estampa.

Bruller, H. (2004). *Guia da vida sexual da malta nova*. Lisboa: Asa.

Chadwick, O., Cuddy, M., Kusel, Y. & Taylor, E. (2005). Handicaps and the development of skills between childhood and early adolescence in young people with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (12), 877-888.

Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Chaves, J., Coutinho, C. & Dias, M. (1993). A imagem no ensino de crianças com necessidades educativas especiais. *Revista Portuguesa de Educação*, 6 (3), 57-66.

- Cheausuwantavee, T. (2002). Sexual problems and attitudes toward the sexuality of persons with and without disabilities in Thailand. *Sexuality and Disability*, 20 (2), 125-134.
- Conod, L. & Servais, L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50 (2), s230-s238.
- Das, J. (2001). Aproximación neurocognitiva a la rehabilitación: el modelo PREP. In Deaño, M. (Ed.). *Intervención psicopedagógica en la deficiencia mental*. Buenos Aires: GERSAM.
- Deaño, M. (2001a). Definición de la deficiencia mental. In Deaño, M (Ed.). *Intervención psicopedagógica en la deficiencia mental*. Buenos Aires: GERSAM.
- Deaño, M. (2001b). La intervención cognitiva. In Deaño, M. (Ed.). *Intervención psicopedagógica en la deficiencia mental*. Buenos Aires: GERSAM.
- Dogru, S. (2007). Recognizing and drawing emotional facial expression skills of mentally retarded children. *Social Behavior and Personality*, 35 (9), 1151-1162.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Dorsch, F., Hacker, H. & Stapf, K. (2001). *Dicionário de Psicologia Dorsch*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (1), 66-74.

- Félix, I. (1995). *E nós...somos diferentes?* Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Fernandes, J. (2004). *Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ªed. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, V. (2007). *Aprender a Aprender: a educabilidade cognitiva*, 3ª ed. Porto: Âncora Editora.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2001). *Educação Sexual na Escola: guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Frey, G., Temple, V. & Stanish, H. (2006). Introduction: preventive health and individuals with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12, 1-2.
- Fuller, C. & Sabatino, D. (1998). Diagnosis and treatment considerations with comorbid developmentally disabled populations. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 1-10.
- Gomes, A. (1995). Ideias Gerais sobre a Sexualidade dos Deficientes. In Félix, I. (Ed.). *E nós...somos diferentes?* (pp. 11-28). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Holowinsky, I. (1982). Current mental-retardation research in the Soviet Union. *The Journal of Special Education*, 16 (3), 370- 378.
- Humphrey, P. & Ramsay, A. (1994). *Cuidado na rua*. Lisboa: Editora Replicação.

Katz, G. & Lanzcano- Ponce, E. (2008b). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educacional intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de Mexico*, 50 (2), s239-s254.

Katz, G. & Lanzcano-Ponce, E. (2008a). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de Mexico*, 50 (2), s132-s141.

Kay, J. & Tasman, A. (2002). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. Tamboré: Manole.

Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). *Adaptative Behavior Scale-School : Examner's Manual, 2ª ed.* Texas: Proed.

Leonard, H. & Wen, X. (2002). The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 117-134.

Loureiro, M. (1997). *Programa de Educação Sexual para Jovens com Deficiência Mental Moderada*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Lunsky, Y. (2001). Perceived social support and mental retardation: a social-cognitive approach. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (1), 77-90.

Maceira, A. (2001). Modificabilidad de la inteligencia. In Deaño, M. (Ed.). *Intervención*

psicopedagógica en la deficiencia mental. Buenos Aires: GERSAM.

Maciel, M. (2000). Portadores de Deficiência a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, 14 (2), 51-56.

Martinho, C. (2004). Interações sociais entre crianças com deficiência mental – Benefícios cognitivos e aprendizagem. *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 225-233.

Martins, M. (1999). *Deficiência Mental e Desempenho Profissional*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial na Especialidade de Transição para a Vida Activa, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Mata, A. (2006). *Programa de Estimulação Cognitiva para Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem. Universidade do Minho, Braga.

Monteiro, C. (2003). A Sexualidade na Deficiência. In Sá, E. (Ed.). *Quero-te: Psicologia da Sexualidade* (pp. 95-101). Coimbra: Quarteto.

Monteiro, J. & Paiva, M. (2006). *Estudo do Meio do João, 2º ano*. Vila Nova de Gaia: Gailivro.

Moreira, P. (2002). *Crescer a Brincar: Bloco de Actividades para a Promoção do Ajustamento Psicológico, 2ª ed.* Coimbra: Quarteto.

Moura, A. (1995). *Educação Sexual*. Lisboa: Editorial Estampa.

Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer : Exercícios de Estimulação*, vol.1.

Lisboa: Lidel.

Pacheco, D. & Valencia, R. (1997). A Deficiência Mental. In Bautista, R. (Ed.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Parmenter, T.(2008). The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. *Salud Pública de México*, 50 (2), s124-s131.

PECS-Manual do Sistema de Comunicação por Figuras. Acedido em 7 de Agosto de 2008, em: www.autistas.org/pecs_manual.htm.

PECS-Picture Exchange Communication System. Acedido em 7 de Agosto de 2008, em: www.pecs.org.uk.

Popper, C., Gammon, D., West, S. & Bailey, C. (2006). Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. In Hales, R. & Yudofsky, S. (Eds.). *Tratado de psiquiatria clínica*, 4ªed. Porto Alegre: Artmed.

Ramalho, J. & Guimarães, R. Educação Sexual na Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial* (No Prelo).

Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Braga: APPACDM.

Raven, J. C., Court, J. H. & Raven, J. (1996) *Raven Matrices Progresivas - Manual*. Madrid. TEA Ediciones, S. A.

Re, M.(2007). *Educação Sexual em Contexto de Sala – Manual para pais e docentes-crianças 0-9 anos*. Argentina: Edina SRL.

- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Legis Editora: Porto.
- Rubel, D. (2003). *De onde vêm os bebês?* Lisboa: Verbo Editora.
- Sampedro, M., Blasco, G. & Hernández, A. (1997). A criança com síndrome de Down. In Bautista, R. (Ed.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Silva, L. (2006). O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 11 (33), 424-561.
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional de testes das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Fundação Calouste-Gulbenkian.
- Stallard, P. (2004). *Bons Pensamentos – Bons Sentimentos: manual de terapia cognitivo comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Thomson, R. (1999). *Já te apareceu o período?* Londres: Bertrand Editora.
- Thurstone, L. & Yela, M.(1995). *Manual do Teste de Percepção de Diferenças*. Lisboa: Cegoc.
- Verdugo, M. (1997). *Programa de Habilidades Sociales*. Salamanca: Amarú ediciones.

Vieira, F. & Pereira, M. (2003). *Se houvera quem me ensinara*, 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vilaça, M. (2006). *Acção e competência de acção em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Tese de Doutoramento em Educação, área de conhecimento de metodologia do ensino das ciências, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

Weinhold, A. (1999). *Segurança na estrada*. Lisboa: Editorial Verbo.

Weinhold, A.(2002). *O Nosso Dinheiro*. Lisboa: Editora Verbo.