



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MARIA DAS GRAÇAS ARAÚJO**

**OPINIÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE SEU PREPARO  
PROFISSIONAL PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES  
HUMANAS BÁSICAS DE CRIANÇAS COM  
DEFICIÊNCIA MENTAL**

**ARACAJU  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MARIA DAS GRAÇAS ARAÚJO**

**OPINIÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE SEU PREPARO  
PROFISSIONAL PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES  
HUMANAS BÁSICAS DE CRIANÇAS COM  
DEFICIÊNCIA MENTAL**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Área de Concentração:** Epidemiologia, Planejamento e Avaliação em Saúde

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA JÉSIA VIEIRA**

**ARACAJU  
2006**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Saúde/UFS**

---

---

Araújo, Maria das Graças  
A663o      Opinião de psicólogos sobre seu preparo profissional para atender às  
necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental / Maria das  
Graças Araújo. -- Aracaju, 2006.  
173 f.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Jésia Vieira

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de  
Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação e  
Pesquisa em Medicina.

1. Atendimento psicológico 2. Deficiência mental (crianças) 3. Atuação do  
profissional em psicologia I. Título

CDU 159.973-053.2

---

---

# **MARIA DAS GRAÇAS ARAUJO**

## **OPINIÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE SEU PREPARO PROFISSIONAL PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Data de aprovação: 24/07/2006

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria Jésia Vieira  
(Presidente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosana Glat  
(1<sup>a</sup>. Examinadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Benedita Lima Pardo  
(2<sup>a</sup>. Examinadora)

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos psicólogos para que sempre  
possam ajudar as crianças com deficiência mental a se  
desenvolverem e serem felizes.*

*“Como diz Maslow, todo mundo quer amor, como diz Arnaldo Antunes, todo mundo quer amor de verdade. Então, a criança que tem retardo mental, vai ter a mesma demanda de ser amada, vai ter as mesmas respostas aí de birra ou de chamar atenção, ou de se isolar quando se sentir rejeitada ou até de chorar, enfim, as mesmas reações que as crianças ou até adultos têm” (Entrevistado 2).*

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Jésia Vieira, orientadora e parceira deste estudo em todos os momentos, tornando-o realidade. Minha eterna gratidão.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Benedita Lima Pardo. Sua contribuição foi inestimável para a consolidação desta pesquisa. Você me deu luzes quando eu não conseguia ver mais nada.

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. Antônio Paixão e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Cipolotti pelas valiosas sugestões feitas a este estudo.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elza Francisca Correa Cunha, que amavelmente se dispôs a revisar esse trabalho, contribuindo imensamente para a sua apresentação final.

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel que acreditou neste trabalho quando ele era só uma idéia.

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho, Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe e a todos os professores pelo apoio e contribuição de vocês.

Aos colegas do mestrado pelas discussões e sugestões oferecidas a este trabalho durante as aulas e seminários.

Ao Governo do Estado de Sergipe / Secretaria de Estado de Educação, pela oportunidade a mim concedida de realizar esta pesquisa.

À Psicóloga Lucimar Calasans, diretora do Centro de Referência em Educação Especial do Estado de Sergipe, que não mediu esforços, disponibilizando tempo e material bibliográfico para que eu realizasse este estudo.

A todos os meus colegas e amigos do Centro de Referência em Educação Especial do Estado de Sergipe que me apoiaram sempre.

À Psicanalista, Mestre e amiga Débora Pimentel, pela confiança e ajuda. Esse foi um projeto nosso.

À diretora, especialistas e professores da escola especial onde foi realizada a fase exploratória deste estudo. A identificação das necessidades das crianças só foi possível com a contribuição de vocês.

Às crianças desse estudo pelo conhecimento e alegria que me proporcionaram. Vocês são demais!

Aos pais das crianças que confiaram em mim, permitindo que eu as observasse.

Aos psicólogos entrevistados pela disponibilidade em colaborar com este estudo e pelo muito que aprendi. Sem vocês nada seria possível.



Às professoras Dr<sup>a</sup>. Antônia Regina Furegato e Dra. Márcia Niituma Ogata pela acolhida em Ribeirão Preto. A aprendizagem com vocês aperfeiçoou o meu olhar sobre os dados desta pesquisa.

Aos meus amados pais que me ensinaram o valor da ética em todos os momentos da vida.

Aos meus filhos Camilla, Gustavo e Ana Maria que trabalharam comigo em todos os momentos desta pesquisa e me deram muita força para prosseguir quando eu estava cansada. Esse trabalho também é uma realização de vocês.

A Fernando, que me esperou sempre com muita paciência e amor no coração. Você é uma bênção na minha vida.

À psicanalista Lucy Mara Zanetti de Souza que ouviu minhas angústias e me ajudou a chegar até aqui. Você é muito importante na minha vida.

Às psicólogas Sônia Golob e Maria Neusa D'Albuquerque, suas contribuições foram valiosíssimas para essa pesquisa.

À Martha Suzana Nunes de Azevedo e à Bruna Brito da Silva, que com competência e amabilidade facilitaram este trabalho ao longo do mestrado.

Com a ajuda de todos vocês eu realizei esse sonho.

Muito obrigada!

## RESUMO

A importância do papel do psicólogo para o atendimento à criança com deficiência mental tem-se ampliado nos últimos anos, exigindo profissionais habilitados para esse exercício. Esta pesquisa analisou como psicólogos avaliam seu preparo profissional para atender às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental. Para tanto, na fase exploratória, identificou as necessidades básicas destas crianças, em escola especial da rede pública estadual de ensino de Aracaju/Sergipe, através de observação participante com uma amostra de 07 crianças em idade escolar. Os dados dessa fase foram submetidos à análise de conteúdo, tendo como referencial teórico a Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas sistematizada por Maslow. Como resultado, obteve-se um inventário constando de 31 necessidades identificadas, com base no qual foi construído o instrumento de coleta de dados da pesquisa com os profissionais, a qual caracterizou a sua atuação para atender as necessidades levantadas; identificou as fontes de preparo para essa atuação e estabeleceu um paralelo entre o elenco dessas necessidades e a demanda de atendimento específico do profissional de psicologia. O instrumento, denominado de instrumento misto, constou de um check-list incluído no corpo de uma entrevista estruturada, sendo esta realizada com uma amostra de 15 psicólogos, com experiência no atendimento a crianças com deficiência mental. Os dados obtidos através do check-list foram analisados por procedimentos quantitativos e as falas dos entrevistados analisadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados mostraram que 60% da amostra sente-se preparada para atender às necessidades básicas das crianças em sua totalidade, sendo a prática profissional destacada como a principal fonte desse preparo com 24,6% das respostas, enquanto lugar para a construção de uma metodologia assistencial específica, apontando para a necessidade de sistematização do atendimento psicológico com essa clientela. A graduação aparece em segundo lugar de importância com 21,4% das

respostas. A análise qualitativa das falas dos psicólogos mostrou que eles procuram ver a criança em sua totalidade, considerando suas necessidades básicas. Esse resultado vai de encontro aos dados da literatura que referem a atuação profissional do psicólogo centrada na correção das dificuldades apresentadas pelas crianças com deficiência mental. Com base na avaliação das disciplinas da graduação e sugestões apresentadas pelos psicólogos para a melhoria do preparo profissional em relação a essa clientela, o estudo aponta para a necessidade de se fazer um investimento efetivo durante a graduação em Psicologia no sentido de atender às necessidades de inclusão propostas pelas políticas públicas, considerando o seu compromisso com os preceitos éticos e científicos referendados nas novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia.

**Palavras-chave:** Preparo Profissional do Psicólogo; Deficiência Mental; Necessidades Humanas Básicas.

## **ABSTRACT**

The importance of the psychologist's work for the service to mental deficient child has been enlarging in the last years, demanding qualified professionals for that practice. This research analyzed how psychologists evaluate their own professional preparation to assist mental deficient children's basic needs. Therefore, in the exploratory phase, the children's basic needs were identified, in special school of the state educational public system of Aracaju/Sergipe, through participant observation with a sample of 07 children in school age. The data of that phase were submitted to the content analysis, it has had as theoretical referential the Hierarchy of the Basic Human Needs systematized by Maslow. As result, was obtained an inventory consisting of 31 identified needs, with base in which the data collection instrument of the research with the professionals was built. This instrument was applied to characterized their performance to assist the raised needs; the preparation sources were identified for its performance and it was established a parallel between those needs group and the demand of the psychology professional's specific service. The instrument, denominated as mixed instrument, has consisted of a check-list included in the body of a structured interview, and applied to a sample of 15 psychologists, with experience in the service to mental deficient children. The data obtained through the check-list were analyzed by quantitative procedures and the interviewees' speeches were analyzed through Content Analysis. The results showed that 60% of the sample feel prepared to assist to the children's basic needs in their totality, being the outstanding professional practice the main preparation source with 24,6% of the answers, as the construction of a specific assistance methodology, what appears for the need of the service systemization with that clientele. The graduation appears in second position of importance with 21,4% of the answers. The qualitative analysis of the psychologists' speeches showed that they try to see the child in his/her totality, considering their basic needs. That result is running into the literature data that

refers the psychologist's professional performance centered in the correction of the difficulties presented by the mental deficient children. Based on the evaluation of the graduation disciplines, and suggestions presented by the psychologists for the improvement of the professional preparation in relation to that clientele, the study appears for the need of doing an effective investment during the graduation in Psychology in sense to assist the inclusion needs proposed by the public politics, considering its commitment with the ethical and scientific precepts countersigned in the new Curricular Guidelines for the graduation in Psychology.

**Key-words:** Professional preparation of the Psychologist; Mental Deficiency; Basic Human Needs.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Caracterização da amostra por idade e sexo.....	<b>76</b>
<b>Quadro 2.</b> Caracterização da amostra de psicólogos por instituição formadora, ano de conclusão e anos de experiência na área de deficiência mental.....	<b>77</b>
<b>Quadro 3.</b> Caracterização da amostra por pós-graduação e formação extra-acadêmica em área clínica.....	<b>79</b>
<b>Quadro 4.</b> Motivos da procura ao psicólogo.....	<b>80</b>
<b>Quadro 5.</b> Frequência de respostas dos psicólogos sobre seu prepare para atender às necessidades básicas das crianças com deficiência mental.....	<b>82</b>
<b>Quadro 6.</b> Pré-categorias de necessidades apresentadas pelas crianças às quais os psicólogos referem não estar preparados ou parcialmente preparados para atendê-las.....	<b>84</b>
<b>Quadro 7.</b> Mecanismos destacados em relação à fonte do preparo.....	<b>127</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Frequência de comportamentos observados por categorias de necessidades.....	<b>58</b>
<b>Tabela 2.</b> Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades fisiológicas de crianças com deficiência mental.....	<b>59</b>
<b>Tabela 3.</b> Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de segurança de crianças com deficiência mental.....	<b>59</b>
<b>Tabela 4.</b> Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de amor e pertencimento de crianças com deficiência mental.....	<b>59</b>
<b>Tabela 5.</b> Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de estima de crianças com deficiência mental.....	<b>60</b>
<b>Tabela 6.</b> Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de crescimento de crianças com deficiência mental.....	<b>60</b>
<b>Tabela 7.</b> Frequência de comportamentos indicativos de necessidades humanas das crianças com deficiência mental, individualmente.....	<b>61</b>
<b>Tabela 8.</b> Distribuição dos psicólogos pesquisados em relação ao número de necessidades às quais se sentem preparados para atender.....	<b>83</b>
<b>Tabela 9.</b> Fonte do preparo indicada pelos psicólogos para o atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental.....	<b>125</b>
<b>Tabela 10.</b> Frequência de respostas pelas fontes do preparo em relação às necessidades básicas de crianças com deficiência mental.....	<b>128</b>

# SUMÁRIO

1 <u>INTRODUÇÃO</u> .....	16
1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	16
1.2 JUSTIFICATIVAS.....	21
1.2.1 Atendimento às pessoas portadoras de deficiência.....	21
1.2.2 A assistência ao portador de deficiência mental em Sergipe.....	23
1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	25
2 <u>OBJETIVOS</u> .....	26
3 <u>REVISÃO DA LITERATURA</u> .....	27
3.1 SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA.....	27
3.2 PREPARO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO.....	28
3.3 DEFICIÊNCIA MENTAL.....	34
4 <u>REFERENCIAL TEÓRICO</u> .....	40
5 <u>METODOLOGIA, ANÁLISE DE DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO DA FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA: identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência mental</u> .....	46
5.1 O MÉTODO.....	46
5.1.1 Participantes.....	47
5.1.2 Local.....	49
5.1.3 A coleta de dados.....	50
5.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.4 A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA A PESQUISA COM OS PSICÓLOGOS.....	67



6	<u>OPINIÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE O SEU PREPARO PARA O ATENDIMENTO ÀS</u>	
	<u>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA</u>	
	<u>MENTAL</u> .....	71
6.1	O MÉTODO.....	71
6.1.1	Participantes.....	71
6.1.2	Coleta de dados.....	72
6.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	73
7	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u> .....	76
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	76
7.2	DEMANDA.....	79
7.3	SENTIR-SE PREPARADO PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DE	
	CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL.....	81
7.4	ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	88
7.4.1	Considerações gerais sobre o atendimento às necessidades básicas.....	88
7.4.2	Operacionalização geral do atendimento.....	93
7.4.3	Atendimento específico por necessidades.....	102
7.5	FONTE DO PREPARO.....	125
7.6	DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES	
	BÁSICAS.....	130
7.7	DISCIPLINAS CONSIDERADAS IMPORTANTES NA GRADUAÇÃO.....	140
7.8	SUGESTÕES PARA FAVORECER O PREPARO PROFISSIONAL.....	145
8	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	154
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICES .....	164
	Apêndice A – Instrumento misto.....	164

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos pais.....	170
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos professores..	171
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos psicólogos...	172
Anexo A – Declaração de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS**

A evolução da Psicologia no século XX permitiu a elaboração de teorias acerca do desenvolvimento humano, da aprendizagem e da personalidade, suas manifestações normais e psicopatológicas. Destas teorias emergiu vasto campo de atuação em saúde e educação, sendo, entretanto, apontada por alguns autores, como carregada de expectativas corretivas e de aprendizagem (BOCK, 2005; BRANCO, 1998; LO BIANCO et al., 2001; MALUF, 2001).

Branco (1998), apoiada em autores como Patto (1987) diz que “[...] *a sociedade tem demandado o psicólogo para atividades de ajustamento social, para o aumento da eficiência dos indivíduos e do sistema*” (p. 30), acrescentando que é possível acreditar que esses profissionais estejam desenvolvendo suas ações de acordo com o que se espera deles, isto é, desenvolvendo “*ações normalizadoras em relação à criança, ao adolescente, ao velho, ao louco e ao pobre que o impedirá de ‘escutar’ a fala do outro e ‘enxergá-lo’ como sujeito concreto, com uma história individual e social*” (p.33), ressaltando a importância de uma formação profissional voltada para o compromisso ético com o ser humano.

Na esfera da demanda de atendimento psicológico à criança, as queixas que acompanham os encaminhamentos são predominantemente relacionadas a problemas de aprendizagem ou de comportamento (MACHADO, 1991; SOUZA, 1993 apud CABRAL; SAWAIA, 2001). Nesse sentido, Cabral e Sawaia (2001) escrevem que as escolas, ao fazerem esses encaminhamentos, esperam que o psicólogo solucione os problemas apresentados pelas crianças, sendo essas expectativas reforçadas por esses ao reafirmarem, por meio de suas concepções e intervenções, que os problemas se situam na própria criança, evidenciando uma

desconsideração em relação ao papel dos contextos nos quais essas crianças se acham inseridas.

Com relação às expectativas de atendimento psicológico à criança com deficiência mental, de igual modo, tem-se observado que essas são as mesmas em relação às outras crianças, ou seja, de adequação de condutas e de aprendizagem, não se verificando uma preocupação real com as suas necessidades emocionais, angústias e possíveis dificuldades adaptativas. Considera-se que nessas crianças, a ênfase na aprendizagem e na adequação de seu comportamento, embora importante, talvez, mais do que com relação às outras crianças, pode desviar o foco do atendimento à criança como um todo, contribuindo para a transformação das mesmas em objetos de expectativas de pais e profissionais (MANNONI, 1991).

Nunes et al. (2002), ao analisarem as pesquisas realizadas no Brasil sobre a autopercepção do portador de necessidades especiais, escrevem que, em decorrência do diagnóstico de ‘excepcional’, as atitudes e comportamentos dessas pessoas, “*assim como sua expressão de subjetividade, passam a ser vistas sob a ótica de sua ‘anormalidade’*” (p.136)”, o que significa dizer que “*todas as suas manifestações humanas serão consideradas como exemplo das supostas características de seu quadro patológico*” (p.136). Em consequência disso, a visão de mundo que o indivíduo com deficiência tem de si “*raramente é levada em consideração na sociedade em geral, assim como nas práticas educativas*” (p.136), sendo as decisões em relação às mesmas, tomadas por pais e profissionais. Dentre as conclusões em relação às dissertações e teses analisadas, os autores apontam a importância de linhas de pesquisas que considerem a escuta dessas pessoas no sentido de favorecerem “*uma reflexão sobre o redimensionamento e transformação do papel dos profissionais de Educação Especial ao atendimento a esta clientela*” (p.147).

Escutar o outro ser é confirmá-lo enquanto pessoa humana. O contrário disso é negá-lo em sua própria existência. Escutar o outro é mais que simplesmente ouvi-lo. É, na verdade, uma atitude de abertura para a sua vivência, para a sua expressividade, seja esta manifesta através de seus comportamentos verbais ou não. Todo comportamento humano é motivado e, portanto, dotado de significado, de sentido. Esse entendimento é, talvez, o maior legado da Psicologia até agora.

Embora seja sabido que desde a antiguidade, os filósofos já demonstravam interesse em saber o que levava as pessoas a agirem, foi somente com o desenvolvimento da psicologia no século XX que esse tema foi estudado cientificamente (VIEIRA, 2002). Como decorrência desses estudos, foram elaboradas teorias e, com base nelas, os psicólogos desenvolveram diferentes métodos de escutar o outro, de promover a comunicação humana e o desenvolvimento das relações interpessoais e, conseqüentemente, promover a afirmação das existências, a saúde e o bem-estar das pessoas.

Os teóricos da Psicologia, no entanto, ao estudarem o comportamento humano, o fazem sob diversos prismas. Maslow (1962; 1970), por exemplo, ao estudar o comportamento e desenvolvimento humano, o faz sob o prisma do que ele denomina de necessidades humanas básicas, as quais compreendem as necessidades fisiológicas, de segurança, de amor e pertencimento, de estima e de auto-realização. Para esse psicólogo humanista, o comportamento humano é motivado pela busca de satisfação dessas necessidades, considerando, assim, a satisfação das mesmas, a pedra angular para o desenvolvimento humano saudável. Privações e carências significativas na satisfação dessas necessidades durante o desenvolvimento infantil são fontes de frustrações, hostilidades, perdas da auto-estima, podendo levar a comprometimentos emocionais os mais diversos.

Para Maslow (1962; 1970), as necessidades humanas básicas são inatas e universais, mas as formas e quantidades de satisfação das mesmas são variáveis de uma

cultura para outra, podendo essas ser influenciadas, eliminadas ou enfraquecidas pelas condições externas, atribuindo, assim, importância fundamental aos suportes presentes no ambiente para o favorecimento do desenvolvimento saudável na infância. Doenças, condições orgânicas especiais, catástrofes, também alteram as necessidades humanas básicas.

Recentemente, Brazelton e Greenspan (2002), ao expressarem suas preocupações com as necessidades das crianças nos Estados Unidos, referem que a despeito dos avanços conquistados na saúde pública, educação e legislação para maior proteção à infância, *“poucos têm tentado identificar as exigências fundamentais de uma infância saudável”* (p.11). Lembram que a privação emocional pode ser tão devastadora quanto as privações física e nutricional, não se permitindo separar necessidades físicas de necessidades emocionais. Para os autores, a satisfação das necessidades físicas, emocionais, sociais e intelectuais é igualmente fundamental para o desenvolvimento das crianças e das gerações futuras.

A importância do papel da psicologia e do psicólogo para a promoção do desenvolvimento infantil, seja no campo educacional, seja no campo da saúde, é cada vez mais reconhecida. No trabalho junto à criança com deficiência mental, o psicólogo tem sido chamado a ampliar o seu papel para além do diagnóstico, por meio de ações que favoreçam o desenvolvimento de suas habilidades básicas, potencialidades e autonomia. Essas ações envolvem não apenas o trabalho realizado diretamente com a criança, mas também procedimentos de orientação aos pais, professores e demais profissionais envolvidos (GLAT, 1999).

A despeito da importância da Psicologia e do psicólogo para o desenvolvimento infantil, e do seu papel na assistência à criança portadora de deficiência mental, conforme apontada, verifica-se uma escassez de pesquisas que informem sobre a atuação desse profissional junto a essas pessoas. Assim, considerando a importância do atendimento das necessidades humanas básicas para o desenvolvimento infantil e o alerta, já referido, de que o

psicólogo poderia não estar escutando a criança, mas as expectativas de aprendizagem e de adequação de condutas em relação às mesmas, pensou-se que, talvez, o atendimento do psicólogo destinado a essa população, não esteja levando em conta suas necessidades básicas. Deste modo, considerando, também, o compromisso da Psicologia com os direitos humanos, com as políticas públicas, a ética, a saúde e a qualidade de vida das pessoas (BOCK, 2005; BRASIL, 2004a; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992; 2001), resolveu-se empreender essa pesquisa na perspectiva do atendimento às necessidades humanas básicas das crianças com deficiência, com base nas seguintes questões norteadoras:

1) como o psicólogo está trabalhando as necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental?

2) de que fontes ele considera que adquiriu conhecimento para esse tipo de atuação?

Para tanto, julgou-se pertinente, também, identificar quais seriam as necessidades humanas básicas dessas crianças, por entender que talvez essas necessidades estejam ofuscadas pelo estigma da deficiência, ao qual são atribuídas suas manifestações, conforme já mencionado, desviando o olhar dos pais e profissionais dessas crianças em sua totalidade.

Esta pesquisa, ao considerar, ainda, a escassez de serviços e recursos humanos para a assistência à saúde mental da criança e do adolescente (OMS, 2001), nos quais o psicólogo se insere, se traduz, num esforço de contribuir para o preparo desse profissional para atender crianças com deficiência mental. Nesse sentido, considerando a complexidade e os diferentes aspectos que envolvem o preparo profissional do psicólogo (ARAÚJO, 1995; BASTOS; ACHCAR, 2001; PARDO; MANGIERI; NUCCI, 1998; WITTER et al., 1992), sejam esses em relação à formação, sejam quanto à atuação, optou-se por privilegiar a formação do psicólogo para o atendimento à criança com deficiência mental, na perspectiva da atenção às suas necessidades humanas básicas. Assim, procurou-se estabelecer relações

entre o preparo do psicólogo com as suas respectivas fontes. Aspectos da atuação também foram contemplados uma vez que formação e atuação são processos inter-relacionados e indissociáveis, sendo que a formação tem como fim a atuação profissional, podendo também ser, em função desta, modificada.

Este estudo constituiu-se, em sua fase exploratória, da identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência, obtendo-se um inventário constando de 31 necessidades, com base no qual foi construído o instrumento de coleta de dados da pesquisa com os profissionais, a qual analisou a opinião de psicólogos sobre o seu preparo profissional para atender essas necessidades. O estudo foi desenvolvido por meio de aporte metodológico qualitativo e teve por base o referencial teórico da Hierarquia das Necessidades Humanas sistematizadas por Maslow (1970).

## **1.2 JUSTIFICATIVAS**

### **1.2.1 Atendimento às pessoas portadoras de deficiências**

Ao longo da história, os deficientes foram marginalizados em nome de costumes e das mais diversas práticas sociais (PESSOTI, 1984). No século XIX e início do século XX, proliferaram instituições e abrigos, que em nome de novos saberes filosóficos, políticos e científicos, pretendiam uma atenção mais humanizada a essas pessoas, embora continuassem segregadas e alijadas da convivência social (FACION, 2002).

A partir dos anos 50, na esteira da Declaração dos Direitos Humanos e dos avanços científicos e tecnológicos, inúmeros movimentos sociais começaram a surgir em prol da integração e, posteriormente, inclusão social dos portadores de deficiências. Sob a chancela da Unesco, a Declaração de Salamanca (BRASIL, 1997) propôs ao mundo um modelo de



sociedade mais justa, recomendando aos países profundas modificações em suas políticas públicas no sentido de garantirem aos portadores de deficiências, acessibilidade a todos os segmentos e sistemas da vida em sociedade.

No Brasil, os efeitos dessas recomendações se fazem notar pelo compromisso assumido pelo Governo Federal em assegurar os direitos destas pessoas, expressos em ampla legislação (SENAC, 2002).

A legislação, no entanto, por si só, não é suficiente para garantir esses direitos. Tal fim só pode ser alcançado por políticas e ações bem definidas no âmbito da saúde, da educação, da ação social e do trabalho.

Nos sistemas públicos de saúde, a escassez de serviços tanto de natureza preventiva como de tratamento, principalmente na esfera da saúde mental, demandam empenhamento de esforços na formação de recursos humanos destinados à atenção à saúde dos portadores de deficiências, em particular dos deficientes mentais, em cujo grupo a prevalência de transtornos mentais é considerada três a quatro vezes maior que no resto da população (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A saúde mental, conforme Relatório da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001), tem sido negligenciada na maior parte dos países do mundo e este fato se evidencia pela precariedade de recursos financeiros destinados à mesma, carência de profissionais e conseqüente má qualidade dos serviços. Este quadro atinge maior gravidade quando se trata da saúde mental das crianças e adolescentes, para a qual a falta de serviços é quase absoluta, devendo-se constituir em prioridade para a implementação de políticas públicas.

No geral, o Relatório recomenda que as políticas públicas em saúde mental, contemplem a intersetorialidade, formação de recursos humanos, empreendimentos de

pesquisas psicofarmacológicas, de tratamentos psicológicos e comportamentais, de programas de prevenção e promoção de saúde.

Assim, considerando as recomendações internacionais e a ampla legislação nacional, a necessidade de formação de recursos humanos e pesquisas na área de saúde mental, a prioridade da assistência à saúde da criança e do adolescente, julga-se o empreendimento desta pesquisa de mais alta relevância.

### **1.2.2 A assistência ao portador de deficiência mental em Sergipe**

Segundo estimativas da OMS, 10% da população do Brasil é constituída por pessoas portadoras de deficiências e deste percentual, 5% são constituídos por pessoas portadoras de deficiência mental (OMS apud BRASIL, 1997). Em Sergipe, os dados sobre o número de pessoas portadoras de deficiências foram levantados através de estudo realizado em 1998, pelo Instituto de Pesquisa Política e Mercadologia (IPPM) e Secretaria do Estado da Educação, do Esporte e Lazer. Esse estudo contemplou as maiores cidades do interior do estado: Itabaiana, Propriá, Estância, Lagarto e N. Sra. Da Glória, e mostrou que 2% da população dessas cidades apresentam algum tipo de deficiência, dos quais uma média de 30% são portadores de deficiência mental (DAMASCENO apud BERGO, 2000). Por sua vez, o Centro de Referência em Educação Especial do Estado de Sergipe (CREESE), dispõe de registros de 3.400 portadores de deficiências, sem, no entanto, dispor de levantamento estatístico por deficiência. O CREESE estima que 1.000 portadores de deficiência mental estão sendo atendidos em programas de educação em todo estado, dos quais 450 são atendidos na rede pública estadual de ensino e os demais nas redes municipais de ensino e nas organizações não-governamentais (SERGIPE, 2003).

Empiricamente, com base em quinze anos de experiência na área de Educação Especial, e em contato com queixas feitas por professores e dirigentes de serviços voltados para o atendimento a essa população, constata-se que, tanto nos órgãos governamentais quanto nos não governamentais, as dificuldades de assistência à saúde dessa população, como tratamentos neurológicos, psiquiátricos, psicológicos, dentário, fonoterápicos, dentre outros, se traduzem em um dos maiores problemas apresentados. Esses resultam da completa falta de serviços, ou da escassez de profissionais habilitados ao manejo desta clientela, ou ainda, da dificuldade de acesso dessa clientela aos serviços, lembrando que esta, em sua grande maioria, é proveniente de classes menos favorecidas.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Programa de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente do Município de Aracaju (ARACAJU, 2002), com muitas ações já em prática, privilegia medidas de assistência materno-infantil, prevenção e acompanhamento de bebês de risco, atendimento de referência em pediatria geral e sub-especialidades como neurologia infantil, imunologia e cardiologia infantil. Contempla, ainda, em intenção, a atenção à saúde da criança de 0 a 6 anos nos centros de educação infantil, através de programa intersetorial denominado Escola Promotora de Saúde, além de atenção à saúde da criança e do adolescente institucionalizado. Para o adolescente, dispõe de um centro de convivência e, em colaboração com a saúde mental, estrutura a criação de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) infantil.

Com relação à saúde mental, o redimensionamento que vem ocorrendo nos últimos anos é promissor. A criação do CAPS infantil prevista para breve vem ao encontro de expectativas antigas, já que o Estado não dispõe de uma única instituição adequada ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Para o atendimento à criança com deficiência mental, esse fato também é importante, pois muitas dessas, como qualquer

outra criança, também são susceptíveis de problemas mentais (ASSUMPÇÃO JR.; SPROVIERI, 2000; GLAT, 1999).

Diante destas perspectivas, tanto na área da saúde da criança e do adolescente como na área da saúde mental, espera-se um maior controle preventivo das deficiências e o acompanhamento especializado necessário às mesmas. Nesse sentido, considera-se relevante a preocupação com o preparo profissional de psicólogos para atender às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental com vistas à recuperação ou a promoção da saúde das mesmas, ressaltando-se, na concepção da autora, que o olhar para as necessidades básicas e saúde de qualquer criança independe da área que o profissional de Psicologia esteja atuando.

### **1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

O problema referente a esta pesquisa consiste em saber como os profissionais psicólogos avaliam o seu preparo profissional para atender às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental e as fontes de conhecimento desse preparo, considerando a importância do seu papel profissional junto às mesmas, expressa pelos frequentes encaminhamentos dessas a esse profissional, feitos por pais, educadores e profissionais de diferentes áreas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar como psicólogos avaliam seu preparo profissional para atender às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental atendidas na rede pública estadual de ensino de Sergipe.
- Estabelecer um paralelo entre o elenco dessas necessidades e a demanda de atendimento específico do profissional de psicologia.
- Conhecer a percepção desses profissionais sobre seu preparo para atender às necessidades dessa clientela.
- Identificar as fontes de preparo para esse atendimento.
- Levantar as facilidades e dificuldades da atuação profissional em relação à questão estudada.

## **3 REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1 SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA**

A saúde, conforme a OMS, é um completo bem-estar físico, mental e social, o que sugere uma perfeita inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais que constituem o homem.

Ainda segundo a OPAS/OMS (2001), no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, os conceitos de saúde mental empreendidos a partir de diferentes concepções teóricas, envolvem o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, concluindo que há um consenso quanto a se considerar a saúde mental como algo mais do que a ausência de transtornos mentais.

Para a compreensão da saúde mental, a OPAS/OMS (2001) ressalta a importância do avanço das neurociências e da medicina do comportamento. Às primeiras, deve-se a explicação da estrutura e funcionamento cerebral e sua relação com complexos processos mentais e comportamentais. Às segundas, enquanto área interdisciplinar que integra conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas, deve-se a compreensão das influências entre o mental e o biológico na determinação da saúde ou doença. Assinala, ainda, as elucidações já ocorridas nesta área e projeta as perspectivas de conhecimentos advindos de futuras pesquisas.

Neste cenário, a importância da psicologia pode ser destacada enquanto ciência que estuda o comportamento humano, entendido no limiar entre o biológico e o social, de modo que a sua contribuição para a saúde mental das pessoas é indiscutível, principalmente

para a saúde infantil cujos conhecimentos do desenvolvimento da criança têm permeado as práticas de profissionais das mais diferentes áreas.

### **3.2 PREPARO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO**

O preparo profissional em qualquer área do conhecimento não é um fenômeno simples a ser abordado, e o seu estudo se acha em estreita relação com o estudo das profissões (ARAÚJO, 2004), envolvendo, ainda, aspectos tanto da formação como da atuação prática. De acordo com Kast e Rosemberg (1970), citados por Bastos e Achcar (2001), o conceito de profissão considera os seguintes aspectos:

(a) a existência de um corpo sistemático de conhecimento que requer lento processo de formação e treinamento, envolvendo tanto aspectos intelectuais como atividades práticas; (b) um grau de autoridade conferida pelos clientes em função do conhecimento técnico especializado; (c) um amplo reconhecimento social como base para o exercício da autoridade; (d) um código de ética que regula as relações entre os pares e entre o profissional e os seus clientes; e (e) uma cultura profissional que é mantida pelas organizações (p.301).

Pardo, Mangieri e Nucci (1998) desenvolveram Modelo de Análise para a Profissão, no qual concebem a profissão como um fenômeno composto por quatro fenômenos, a saber: objeto de estudo, procedimentos e técnicas, legislação e código de ética.

Para as autoras, o objeto de estudo é constituído pelo conjunto de fenômenos em relação aos quais os profissionais são solicitados a interferir. No caso do psicólogo, o objeto de estudo é composto pelos fenômenos psicológicos, tais como, o desenvolvimento humano, o processo de aprendizagem e seus desvios, dentre outros.

Os procedimentos e técnicas compreendem as ações especializadas desempenhadas pelos profissionais no decorrer da intervenção. Para as autoras, o caráter

especializado advém do fato de que os profissionais buscam manter certo controle sobre os resultados a serem obtidos. Como exemplos, no caso do psicólogo, citam o uso de técnicas de observação, a aplicação de testes, o uso de entrevistas.

Quanto à legislação, essa define as funções, as áreas de atuação profissional e apresenta os limites dentro dos quais os profissionais podem atuar. O código de ética, por sua vez, visa o estabelecimento de parâmetros para a avaliação da atuação profissional e também para o julgamento dos serviços prestados.

Esses elementos, dizem as autoras, acham-se inter-relacionados, de modo que *“[...]podemos analisar partes do fenômeno Profissão, representadas pelos fenômenos que a compõem e também por suas interligações, sem perdermos o elo de ligação com o fenômeno principal”* (PARDO; MANGIERI; NUCCI, 1998, p.17).

Os elementos que constituem as profissões, no entanto, sofrem modificações ao longo do tempo e isso decorre das interações permanentes que se dão entre as profissões e o contexto social (BASTOS; ACHCAR, 2001). No caso da profissão de psicólogo no Brasil, além dessa dinâmica natural intrínseca às profissões, tem-se presenciado um esforço permanente de reconstrução ou até mesmo de sua construção, como colocado por Bock (2005).

Para essa autora, com base nas análises históricas realizadas sobre a profissão de psicólogo no Brasil, a Psicologia se viu obrigada a se construir ao longo das quatro décadas que sucederam o seu reconhecimento em 1962, por aprovação da Lei nº 4.119. De acordo com a mesma, o projeto de lei para a regulamentação da profissão foi apresentado pelo Estado e não pela categoria, como é esperado. A explicação para esse fato é feita com base nas expectativas que se nutriam em relação à Psicologia quanto às possibilidades viáveis, por meio de suas técnicas, de contribuir para a modernização do País. Assim, a Psicologia foi marcada, a princípio, pelo seu compromisso com as elites de então, no



sentido de atender aos seus interesses de previsão e controle de comportamentos, categorização e seleção.

A Psicologia prometia com sua tecnologia –os testes psicológicos- contribuir para a previsão e o controle dos comportamentos. Permitia colocar o homem certo no lugar certo; prometia facilitar a aprendizagem; adaptar as pessoas; facilitar a percepção de cada um sobre si mesmo [...] Podíamos ainda fortalecer as idéias modernas de eu, de individualidade, de vida privada (BOCK, 2005, online).

Identificada, portanto, com os interesses das camadas sociais mais altas e desconhecendo a realidade da maior parte da sociedade brasileira, a Psicologia recebeu ainda como legado, formações precárias decorrentes da proliferação de Instituições de Ensino Superior ocorrida no lastro da Reforma Universitária de 1968, por vezes mais preocupadas com lucros financeiros do que com a qualidade do ensino (ANTUNES, 2004).

Essa situação, em pouco tempo, desencadeou uma série de críticas à atuação profissional e aos conhecimentos que a sustentavam, de modo que durante as últimas três décadas, se empreendeu no cenário brasileiro, inúmeras discussões em torno da Psicologia enquanto ciência e enquanto profissão.

De acordo com Bock (2005), as perguntas “quem somos?” e o “que queremos ser?”, que marcaram as décadas de 70, 80 e 90, foram o reflexo da necessidade de construção de um projeto para a Psicologia.

A elaboração desse projeto foi desenvolvida com a participação efetiva do Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais, Universidades e Entidades Profissionais (ANTUNES, 2004; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992; 2001), culminando com a formulação das novas Diretrizes Curriculares para o curso de Graduação em Psicologia, instituídas pela Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004 pelo Conselho Nacional de Educação /Câmara de Educação Superior (BRASIL, 2004a).

Com base em Antunes (2004), verifica-se que a elaboração desse projeto começa a se esboçar nos anos 80, na esteira do ressurgimento dos movimentos sociais, momento em que a Psicologia passou a assumir um compromisso radical com a realidade social como um todo, em função das demandas sociais.

[...] A busca de um conhecimento comprometido com os problemas sociais abriu um campo vasto para a ampliação do olhar sobre o fenômeno psicológico levando não só à busca de novas teorias, categorias e conceitos, bem como de novas bases metodológicas para a pesquisa na área, as quais deveriam dar conta da complexidade de seu objeto, mas também à construção de novas práticas que pudessem responder melhor aos desafios que se impunham à Psicologia (ANTUNES, 2004, p.146).

Passados vinte anos, a Psicologia inicia o século XXI com um projeto definido em torno do seu compromisso com a sociedade brasileira. Nesse sentido, ela começa *“a se voltar para as políticas públicas, para um compromisso com a maioria da população e suas urgências, para a ética e seus desafios na sociedade moderna e para os Direitos Humanos”* (BOCK, 2005, online).

Esse foi o resultado do desafio, marcado pelo escrutínio ao qual a Psicologia se submeteu durante as últimas décadas. Um olhar sobre a produção científica resultante desse processo vai mostrar que o preparo profissional, tanto em relação à prática, quanto em relação à formação e ao conhecimento que o sustenta, foi discutido em diferentes âmbitos: conselhos de classe, universidades, entidades profissionais. Também vai mostrar que esses fenômenos são abordados em relação a diferentes objetos, abordagens e perspectivas metodológicas as mais variadas, conforme verificado por Pardo, Mangieri e Nucci (1998). Coube ao Ministério da Educação, entretanto, subsidiado pela Comissão de Especialistas do Conselho Federal de Psicologia, alinhado com as necessidades da sociedade brasileira, escutar essas diferentes vozes e elaborar as Diretrizes Curriculares para o curso de Psicologia no sentido de contemplar...

[...] uma formação ampla do psicólogo, respeitando a multiplicidade de suas concepções teóricas e metodológicas, originadas em diferentes paradigmas e modos distintos de compreender a ciência, assim como a diversidade de suas práticas e contexto de atuação (BRASIL, 2004b, online).

As novas diretrizes preconizam que a formação em Psicologia deve estar articulada com as demandas sociais, marcada por um compromisso ético com a pessoa humana e com a promoção da qualidade de vida, com a construção do saber sobre o fenômeno psicológico em articulação com outras áreas do conhecimento. A formação deve, ainda, dotar o profissional, dentre outras, de competências e habilidades gerais que lhe permitam desenvolver ações em saúde voltadas para a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial.

Dentre estas demandas, salienta-se, neste trabalho, o **preparo do psicólogo para o atendimento a pessoas com deficiência mental**, tema sobre o qual se verifica a existência de poucas pesquisas.

Araújo (1995), em estudo sobre a atuação de um pequeno número de psicólogos com portadores de deficiência mental na APAE, no interior de São Paulo, verificou que os conhecimentos que orientavam a prática daqueles profissionais não eram atualizados em relação aos novos conhecimentos que emergiam em relação à deficiência mental e aos modos de atuação.

Pode-se concluir que os conhecimentos sobre p.p.d.m. (pessoa portadora de deficiência mental) apresentados pela amostra pesquisada não são atualizados, pois centram o problema na pessoa e em fatores determinantes que se localizam nela mesma, com pouca ou nenhuma ênfase nos fatores sociais. Em decorrência dessa concepção, as técnicas utilizadas são tradicionais, restringindo-se à própria pessoa e ao ambiente institucional, não atendendo às necessidades de inserção da p.p.d.m. e sua família, no ambiente natural das mesmas (ARAÚJO, 1995, p.170).

A autora mostra, também, que as dificuldades encontradas na amostra em relação à atuação com essa população foram relacionadas ao curso de Formação, apontando para a

necessidade de produção e divulgação de conhecimentos no âmbito acadêmico alinhados com as realidades nas quais os profissionais atuam.

Glat (1999), em artigo no qual reflete sobre o papel do psicólogo no atendimento à pessoa com deficiência mental, escreve que “*o atendimento aos portadores de deficiência mental, sempre foi uma área negligenciada pela Psicologia [...]*” (online). A autora lembra que, tradicionalmente, os poucos psicólogos que atuam com essas pessoas, acham-se inseridos nas equipes de Educação Especial, onde as atividades realizadas se restringem à triagem e avaliação, apontando para a necessidade de ampliação das atividades desse profissional para além do diagnóstico. Dentro das sugestões de atividades apontadas, destaca a necessidade de o psicólogo desenvolver estratégias que promovam o crescimento interno, autonomia e independência pessoal. Nesse sentido, referenciando Ferreira (1993), a autora enfatiza a importância do desenvolvimento de habilidades e condutas adaptativas indispensáveis ao convívio e interação social dessas pessoas. Para tanto, sugere, esse ensinamento pode ser realizado por meio de ações sistematizadas com a própria pessoa ou através de orientações à família, professores e outros profissionais envolvidos.

Recentemente, Santos (2006) realizou estudo comparativo com estudantes do último ano das graduações de Psicologia e Medicina da Universidade Federal de Sergipe, com o objetivo de identificar o preparo desses futuros profissionais para lidar com portadores de síndrome de Down, bem como para orientar suas famílias. Em relação aos conhecimentos básicos sobre a síndrome, como definição, caracterização, etiologia e prevenção, o conhecimento apresentado pelos estudantes foi considerado razoável, verificando-se, entretanto, um melhor desempenho no grupo de medicina. Por sua vez, quanto às ações esperadas em relação à síndrome, por parte do psicólogo e do médico, as respostas de ambos os grupos foram consideradas vagas. No tocante à avaliação dos cursos para a preparação para

o trabalho com os portadores de síndrome de Down, esses foram classificados pelos alunos como regular, observando-se uma avaliação mais negativa do curso de Psicologia.

Lembrando que a síndrome de Down representa um número significativo de portadores de deficiência mental, considerou-se importante os resultados desse estudo para o tema desta pesquisa, ou seja, o preparo do psicólogo para atender as necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental. Os resultados obtidos por Santos (2006), apesar de se referirem a uma única Instituição de Ensino Superior apontam para a possibilidade de que essas graduações não estejam levando em conta a diversidade de sua clientela e os direitos dos portadores de deficiências aos bens e serviços da comunidade, conforme tônica das políticas públicas atuais.

### **3.3 DEFICIÊNCIA MENTAL**

Ao longo da História, as pessoas portadoras de deficiência mental foram tratadas de acordo com os conhecimentos, crenças, valores e sentimentos dominantes em cada época. Misès (1977, apud BRASIL, 1997) relata práticas de abandono e sacrifício realizadas por gregos e romanos na antiguidade, com as crianças mal constituídas e deficientes. Essas práticas eram justificadas em nome da perfeição dos corpos e da eugenia, valores de então.

Na idade média, período em que a idéia de Deus permeava todas as coisas, sob a influência da Igreja, a deficiência era vista como um fenômeno metafísico e espiritual, enquanto algo divino ou demoníaco, de modo que as práticas em relação a ela apresentavam ambivalência entre a caridade e o castigo. Por um lado, enquanto filhos de Deus e possuidores de alma, os deficientes passaram a ser objetos da caridade humana, sendo acolhidos nas instituições. Por outro lado, essa condição os fazia pecadores e, portanto, passíveis dos mais diferentes castigos e torturas (PESSOTI, 1984). Sobre esse período, Pereira-Silva e Dessen

(2001), em referência a Schwartzman (1999), escrevem que “*Ao mesmo tempo em que imperava esse ideal cristão, os deficientes mentais eram considerados como produtos da união entre a mulher e o demônio, o que justificava a queima de ambos, mãe e criança*” (p.133-4).

No final da idade média, com o surgimento do Renascimento e das idéias humanísticas, a deficiência mental começa a ser vista como própria ao homem e suas causas buscadas nele mesmo, com predomínio de concepções organicistas. A deficiência mental passa a ser, então, do domínio da medicina.

Com o advento da ciência no século XVIII e o aparecimento de várias áreas do conhecimento, surgiram inúmeras concepções científicas sobre a deficiência e com elas, a valorização da experiência como determinante do conhecimento e do comportamento humano. Pessoti (1984), ao descrever a evolução da concepção metafísica à científica, deixa entrever o esforço da medicina em separar a deficiência mental da loucura, o que acarretou a descrição pormenorizada de diversos quadros nos quais se atribuía à deficiência mental sintomas claramente orgânicos ou redutíveis a distorções anatômicas ou disfunções fisiológicas. A rigidez do diagnóstico médico quanto à fatalidade e à irrecuperabilidade do deficiente mental suscitou diversos questionamentos e, com eles, novas perspectivas para o seu tratamento. Concretamente, essas novas perspectivas se iniciaram com o treinamento pedagógico do jovem Vítor de Aveyron<sup>1</sup>, realizado pelo médico Jean Itard, inaugurando a trajetória da Educação Especial e com ela as possibilidades de desenvolvimento e integração social das pessoas com deficiência mental, subsidiada no século XX, pela conquista dos direitos humanos, pelas leis de proteção à pessoa deficiente, pelo avanço da medicina, da psicologia e de diferentes métodos educacionais.

---

<sup>1</sup> Vítor foi o nome dado ao selvagem de Aveyron que, após ser capturado na floresta de La Caune, é confiado aos cuidados do médico Itard que o submete ao exame do psiquiatra francês Philippe Pinel. O diagnóstico de Pinel é de idiotia profunda, porém Itard desconfia que essa não seja decorrente de causas orgânicas, mas sim, da insuficiência cultural, dando início ao treino de suas funções sensorio-perceptivas (PESSOTI, 1984).

Apesar de todos esses avanços, a deficiência mental ainda suscita inúmeros questionamentos que apontam para a falta de um consenso, seja em relação a sua própria conceituação, seja em relação ao seu diagnóstico, seja em relação às intervenções destinadas aos seus portadores. Nesse sentido, verifica-se hoje, a coexistência de vários modelos explicativos como “*o metafísico, o médico, o educacional, o da determinação social e, mais recentemente, o sócio-construtivista ou sócio-histórico*” (ARANHA, 1995 apud PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2001, p. 134).

### **Conceituação, classificação e diagnóstico**

São muitos os conceitos sobre a deficiência mental e esses recebem a influência do momento histórico e cultural da sociedade no qual foram estruturados. Para Krinski (1969), a deficiência mental não se trata de “*uma moléstia única, mas sim de um complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes cujo único denominador comum é a insuficiência intelectual [...]*” (p.1). Nessa perspectiva, a insuficiência intelectual ou déficit cognitivo foi durante muitas décadas, o principal critério usado para a conceituação, diagnóstico e classificação da deficiência mental, conforme observada na Classificação internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 1993), que apresenta a seguinte classificação da deficiência mental.

- deficiência mental leve - QI entre 50 a 69. As pessoas com retardo mental leve adquirem a fala com algum atraso, mas atingem a capacidade de usar a fala para fins cotidianos. A maioria consegue autonomia em cuidados próprios e em habilidades práticas e domésticas e podem se beneficiar consideravelmente de programas educacionais. Suas dificuldades emocionais, comportamentais e sociais são bem mais

próximas daquelas encontradas nas pessoas consideradas normais. A etiologia orgânica não está presente em todos os casos.

- deficiência mental moderada - QI entre 35 a 49. No retardo mental moderado ocorre prejuízos significativos na linguagem, na realização de cuidados pessoais e habilidades motoras, de modo que muitas pessoas com esse grau de retardo irão precisar de supervisão por toda a vida. Embora sejam mais lentas que as pessoas com retardo mental leve, elas também se beneficiam de programas educativos apropriados. A etiologia é orgânica na maioria dos casos.
- deficiência mental grave - QI entre 20 a 34. Na deficiência mental grave os níveis de realização da pessoa estão bem mais comprometidos que na anterior. A etiologia é, na maioria dos casos, orgânica, e a pessoa apresenta comprometimento motor e outros déficits associados, em decorrência de lesões neurológicas.
- deficiência mental profunda - QI abaixo de 20. Os indivíduos que constituem essa categoria são gravemente limitados em suas capacidades de compreensão e de ação, e possuem apenas formas rudimentares de comunicação. A etiologia é orgânica na maioria dos casos.

Essa classificação, no entanto, esclarece a CID 10, deve ser considerada uma divisão arbitrária. Os limites entre uma e outra são difíceis de serem precisados, pois fazem parte de um continuum complexo, no qual o pareamento do déficit cognitivo com limitações da conduta adaptativa vai evidenciar lesões do sistema nervoso central, atreladas a comprometimentos da linguagem, motores, visuais, auditivos e transtornos invasivos do desenvolvimento em suas formas mais graves.

Os modelos conceituais, diagnósticos e de classificação, entretanto, ao longo das décadas vêm sendo objetos de inúmeras controvérsias. Essas controvérsias se estabeleceram na esteira das discussões sobre a inteligência e suas medições, bem como sobre o relativismo



social da própria deficiência, de modo que se verifica, na atualidade, uma tendência a se enfatizar os prejuízos no funcionamento adaptativo como o principal critério, tanto para a conceituação, como para o diagnóstico e classificação da deficiência mental. Essa mudança de ênfase do critério quantitativo (medidas de inteligência) para o critério qualitativo (funcionamento adaptativo) foi consolidada pelo modelo proposto pela Associação Americana para o Retardo Mental (AAMR) (AAMR, 1992 apud BRASIL, 1994) que define a deficiência mental como:

Um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho (AAMR, 1992 apud BRASIL, 1994, p.15).

Essa proposta da AAMR, à medida que integra as várias dimensões da deficiência mental, reflete as mudanças ocorridas em torno da temática da deficiência mental ao longo do século XX, tendo sido aceita em todo o mundo, inclusive no Brasil, por meio de sua Política Nacional para a Educação Especial (BRASIL, 1994). Essas dimensões estão descritas na Ficha de Diagnóstico da Deficiência Mental propostas pela AAMR (AAMR, 1992 apud Brasil, 1997) na qual considera as limitações significativas nas dez áreas de investigação e os suportes necessários ao desempenho adaptativo da pessoa portadora de deficiência mental. A dimensão 1 considera o funcionamento intelectual e os padrões adaptativos; a dimensão 2 avalia os aspectos psicológicos e emocionais, pontos fortes e fracos. A dimensão 3 investiga aspectos relativos à etiologia primária e déficits físicos associados e a dimensão 4 avalia as condições ambientais, identificando fatores que possam favorecer o desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental.

Nessa nova perspectiva, a classificação da deficiência mental em leve, moderada, severa e profunda, baseada em critérios quantitativos, cede lugar à especificação do grau do comprometimento do funcionamento adaptativo (critérios qualitativos) e os apoios necessários correspondentes. De acordo com Ballone (2003), esses critérios qualitativos *“constituem descrições muito mais funcionais e mais relevantes que o sistema quantitativo (de QI) em uso até agora”* (online).

A despeito desse entendimento, contudo, para os fins desta pesquisa, precisou-se recorrer à classificação da CID 10 (OMS, 1993), considerando-se também que essa classificação ainda tem largo emprego nas práticas diagnósticas.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS (MASLOW)

Necessidade é tudo aquilo indispensável à sobrevivência e desenvolvimento da vida, e as atividades dos seres estão dirigidas para a sua satisfação. Quanto mais complexa a estrutura dos organismos, mais complexas e variadas são suas necessidades (LEONTIEV, 1961).

O estudo das necessidades humanas está intrinsecamente ligado ao estudo dos motivos, da motivação, daquilo que leva o homem a agir. Está na base, portanto, das teorias psicológicas a serviço da explicação do comportamento e da personalidade humana.

A Maslow (1962; 1970), psicólogo humanista, deve-se o estudo detalhado das necessidades humanas, enquanto motivos orientadores do desenvolvimento. Crítico das concepções psicológicas mecanicistas e deterministas, naquilo em que as considerava reducionista, procurou desenvolver uma psicologia que pudesse integrar os pressupostos daquelas, mas que também valorizasse as potencialidades e as dimensões positivas da experiência humana como a criatividade, o amor e o altruísmo. O seu interesse estava centrado no crescimento e desenvolvimento humano e concebia a Psicologia “*como um instrumento de promoção do bem-estar social e psicológico*” (FADIMAN; FRAGER, 1986, p.260).

No início de sua carreira, quando realizava experimentos com macacos, Maslow descobriu que algumas necessidades prevaleciam sobre as outras. Por exemplo, um organismo faminto e sedento buscará primeiramente aplacar sua sede para comer em seguida, de modo que a sede é uma necessidade mais forte que a fome. De igual modo, a necessidade de respirar é mais forte que a fome e o sexo a menos forte dessas. Dando continuidade aos seus estudos, e

com base nas observações feitas, ele criou a teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas (BOEREE, 1998).

Maslow acreditava, ainda, que a neurose e o desajustamento psicológico eram “doenças de carência” decorrentes da privação de satisfação de algumas necessidades básicas, da mesma forma que a falta de algumas vitaminas no corpo produzem doenças. Para ele, as necessidades fisiológicas eram o melhor exemplo de necessidades humanas básicas, mas essas incluíam ainda as necessidades psicológicas de segurança, amor e pertencimento, estima e de crescimento ou auto-atualização. Essas necessidades também deviam ser satisfeitas para a manutenção da saúde (FADIMAN; FRAGER, 1986).

Maslow (1962) dispôs as necessidades básicas em ordem hierárquica para assinalar que as primeiras são mais preponderantes que as subsequentes.

**Necessidades fisiológicas:** essas necessidades ocupam o primeiro nível, o nível mais baixo da hierarquia e estão relacionadas com a sobrevivência dos seres humanos e animais. Elas incluem as necessidades de oxigênio, de água, de proteínas, de vitaminas, do equilíbrio do PH e da temperatura do corpo, de se manter ativo, de dormir, de descansar, de eliminar desperdícios como suor, urina, fezes, de evitar a dor, de sexo, dentre outras.

As necessidades fisiológicas quando não satisfeitas, dominam a motivação humana, mesmo que outras necessidades também não estejam satisfeitas.

**Necessidades de segurança:** essas necessidades ocupam o segundo nível na hierarquia e referem-se às necessidades de proteção, estabilidade, limites, tranquilização diante de situações ameaçadoras. A busca de conhecimento, de uma religião que organize o universo também são exemplos de necessidades de segurança.

As necessidades de segurança são mais percebidas nas crianças, pois precisam de um mundo organizado e que seja previsível para que se desenvolvam bem. A segurança da criança é ameaçada quando ocorrem mudanças no ambiente familiar, como por exemplo,

brigas, divórcio entre os pais. Nos adultos, uma sociedade ordenada atende em grande parte suas necessidades de segurança, por outro lado, situações de guerra, de doenças, de lesões cerebrais, catástrofes, afetam a segurança das pessoas (CLONINGER, 1999).

**Necessidades de amor e pertencimento:** as necessidades de amor e pertencimento ocupam o terceiro nível da hierarquia e se referem às necessidades de estabelecer laços afetivos com as outras pessoas. São as necessidades de fazer amizade, de dar e receber amor, de pertencer a um grupo social. Essas necessidades são expressas nos desejos de matrimônio, de ter família, de fazer parte da comunidade, de pertencer a um grupo de amigos.

Maslow acreditava que as necessidades de amor e pertencimento não satisfeitas impedem o crescimento do homem e são a fonte de muitas psicopatologias (MOSQUERA, 1982).

**Necessidades de estima:** as necessidades de estima ocupam o quarto nível da hierarquia. De acordo com Boeree (1998), Maslow descreveu duas versões de necessidades de estima: necessidade de respeito pelos demais e necessidade de respeito por si mesmo ou auto-estima. A necessidade de respeito ou estima pelos demais são as necessidades de “status”, fama, glória, reconhecimento, atenção, reputação, apreciação, dignidade e inclusive domínio. Por sua vez, as necessidades de auto-estima referem-se aos sentimentos de confiança em si mesmo, competência, logros, maestria, independência e liberdade.

As necessidades de estima quando não satisfeitas produzem sentimentos de inferioridade, fraqueza e desamparo (MOSQUERA, 1982).

**Necessidades de auto-atualização:** Essas necessidades ocupam o quinto nível na hierarquia e também são denominadas de necessidades de auto-realização, necessidades de crescimento ou necessidades de ser. As necessidades de auto-atualização referem-se à necessidade intrínseca a cada pessoa de realizar seus potenciais, talentos e capacidades. Uma

pessoa mesmo tendo satisfeitas as outras necessidades da hierarquia, se não conseguir realizar seus potenciais e talentos se sentirá frustrada e descontente, de modo que dentro da ocupação e interesse de cada um, o aprimoramento máximo de suas habilidades pessoais é importante para o seu desenvolvimento pleno e bem-estar (SCHULTZ, D.; SCHULTZ, S., 2002).

De acordo com Schultz, D. e Scultz, S. (2002), Maslow descreveu à parte da hierarquia, as necessidades cognitivas de conhecer e compreender. Essas necessidades se sobrepõem às cinco necessidades descritas em sua hierarquia original e são fundamentais para a interação do indivíduo com o seu ambiente e para a satisfação das demais necessidades, sendo imprescindíveis à satisfação das necessidades de auto-atualização.

Para Maslow (1962; 1970), as necessidades orientam o comportamento e o desenvolvimento humano, motivando o indivíduo para a satisfação das mesmas. Elas são inatas e universais, mas as formas e quantidades de satisfação das mesmas pode variar muito de uma cultura para outra, sendo influenciadas, eliminadas ou enfraquecidas pelas condições externas, atribuindo, assim, importância fundamental aos suportes presentes no ambiente para a sua satisfação.

Referindo-se às necessidades básicas, Maslow (1962) postula que quando uma necessidade não é satisfeita de modo adequado em qualquer um dos quatro níveis, o organismo é tomado por ânsia, dirigindo a ação para a sua satisfação. Essa satisfação provoca prazer, daí afirmar ser o crescimento impulsionado pela busca do prazer. A não satisfação das necessidades básicas leva à frustração, hostilidade, perda da auto-estima, ocasionando danos ao crescimento, impedindo que ele ocorra de forma saudável. Para ele, as neuroses e as doenças têm sua origem na não satisfação das necessidades básicas, sendo, por assim dizer, doenças de carência. Ao referir-se ao desenvolvimento infantil, afirma que *“a segurança é a necessidade mais básica e prepotente para a criança, de longe, mais primordialmente necessária do que a independência e a auto-realização”* (MASLOW, 1979, p.150). A criança

pequena, diz ele, muitas vezes, evita novas experiências por medo de perder as pessoas significativamente importantes para ela, enquanto fontes de segurança, alimentação, afeto, estima. O autor postula, assim, o desenvolvimento infantil a partir de uma relação de forças entre as necessidades de crescimento e as necessidades de segurança.

A Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas (MASLOW, 1970) teve sua repercussão máxima nos anos 60 e 70, no bojo do movimento da Psicologia Humanista. Cloninger (1999), Schultz, D. e Schultz, S. (2002) reconhecem que embora alguns críticos considerem que a sua teoria não atende aos critérios de uma psicologia científica, ainda hoje continua tendo grande aplicabilidade em pesquisas e atividades práticas nas áreas do trabalho e saúde. Aguiar (2001), Rissi, Machado e Figueiredo (2005), Sá e Ferreira (2004), Vieira (2002), são exemplos de pesquisas realizadas no Brasil, nas quais o modelo teórico da Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas é empregado, demonstrando que continua atendendo às necessidades de pesquisas, quando se trata da identificação de necessidades e motivações humanas.

César Coll (2005), em entrevista à equipe de professores da Faculdade de Psicologia da Universidade Nacional Autónoma do México (RIGO; BARRIGA; ROJAS, 2005), coloca que é preciso que se reconheça que os modelos e teorias psicológicas apresentam limitações e aportes fundamentais para a produção do conhecimento, sendo que essas limitações não devem impedir a continuidade de pesquisas e, conseqüentemente, o acúmulo de conhecimento em uma determinada área. Para ele, existe uma falta de consciência de que, na realidade, as revoluções que ocorrem no conhecimento científico só se concretizam após longos períodos de acumulação e continuidade. Contrariamente a isso, coloca que “*[...] em educação e em psicologia da educação, cada vez mais estamos redefinindo a educação, a psicologia da educação e absolutamente tudo [...]*” (p. 11), o que torna o campo do saber

psicológico bastante errático, constituindo-se a falta de tradição das equipes de pesquisa e de acúmulo de conhecimento, os principais problemas da ciência psicológica.

Neste trabalho, foi adotado o modelo teórico da Hierarquia das Necessidades Humanas (MASLOW, 1970), por considerá-lo adequado ao propósito de identificar as necessidades básicas de crianças com deficiência mental, uma vez que as necessidades sistematizadas contemplam as várias dimensões do ser humano e não apenas a dimensão cognitiva. Nesse estudo serão empregadas as quatro categorias das necessidades básicas: fisiológicas, segurança, amor e pertencimento e, estima, tal como propostas na sua hierarquia e a última categoria, descrita por ele como superior e de auto-realização, foi considerada como necessidade de crescimento, entendida como necessidade de desenvolvimento do potencial de cada criança, incluindo aí as necessidades cognitivas de saber e compreender.

Tendo em vista o alcance dos objetivos propostos, esta pesquisa contou com uma fase exploratória para a identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência mental. Com base nessa identificação, foi construído o instrumento de coleta de dados da pesquisa a ser desenvolvida com os psicólogos que constou da análise da opinião dos psicólogos quanto ao seu preparo profissional para atender essas necessidades. Assim sendo, a apresentação do percurso metodológico, resultados e discussão da fase exploratória e da pesquisa com os profissionais psicólogos serão apresentados separadamente.



## **5 METODOLOGIA, ANÁLISE DE DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO DA FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA: identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência mental**

### **5.1 O MÉTODO**

A fase exploratória teve como objetivo a identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência mental, a fim de construir um instrumento que possibilitasse a coleta de dados sobre a opinião dos psicólogos quanto ao seu preparo em relação ao atendimento a essas necessidades. Para tanto, foi desenvolvido um estudo transversal, a princípio de caráter qualitativo. Durante a análise dos dados, no entanto, surgiu a necessidade de quantificação de respostas para oferecer uma maior visibilidade dos resultados.

De reconhecida tradição nas Ciências Sociais e na Psicologia, a pesquisa qualitativa vem sendo amplamente empregada na área de saúde por permitir uma maior compreensão dos fenômenos humano em sua multiplicidade.

De acordo com LoBiondo e Haber (2001), os métodos qualitativos de pesquisa consideram que o significado das experiências humanas é subjetivo, único e singular e que essas experiências originam-se no contexto de vida de cada um. Entendendo, pois, o contexto de vida como “*a matriz de relações ser humano-ser humano-ambiente que surge ao longo do cotidiano*” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p.123), os pesquisadores qualitativos entendem que a apreensão do significado de uma experiência, em sua complexidade, só pode ocorrer no ambiente natural em que as relações se estabelecem. Neste estudo, cujo objetivo foi a identificação das necessidades básicas de crianças com deficiência mental, a pesquisa qualitativa se mostrou adequada por permitir a permanência da pesquisadora em diferentes

contextos nos quais as crianças desenvolviam as suas atividades, facilitando a identificação de comportamentos em diferentes ambientes.

No decorrer da análise de dados, como já dito, surgiu a necessidade de quantificação das respostas, justificando a adoção de uma metodologia quantiqualitativa.

A integração de abordagens qualitativa e quantitativa tem sido apontada como uma tendência emergente nas pesquisas. Polit, Beck e Hungler (2004) colocam, entre outras vantagens dessa integração, a complementação, ou seja, a junção das duas principais linguagens da comunicação humana, palavras e números, evitando, assim, as limitações das abordagens únicas.

### **5.1.1 Participantes**

Para a composição da amostra de crianças, nesta fase, foram definidos, a priori, os seguintes critérios:

- que a criança estivesse na faixa etária entre 7 e 10 anos e já tivesse passado por um período de alfabetização. A idade de 7 anos é considerada de maior segurança para o diagnóstico de deficiência mental, admitindo-se que é na alfabetização onde o processo de diagnóstico se complementar. Com relação ao limite de 10 anos, considerou-se que a idade a partir de 10 anos está mais sujeita às interferências advindas da puberdade, o que poderia dificultar ainda mais o levantamento das necessidades das crianças;
- que a criança apresentasse deficiência mental de grau leve a moderado, de etiologia orgânica, com base em consulta documental realizada em prontuário no Centro de Referência em Educação Especial do Estado de Sergipe (CREESE), unidade de referência em diagnóstico de crianças e adolescentes com necessidades

educacionais especiais. Como critério de exclusão, decidiu-se que crianças apresentando deficiência múltipla não seriam incluídas na amostra;

- que a criança tivesse indicação prévia da professora ou especialistas da escola da necessidade de atenção psicológica.

Após a definição dos critérios da amostra, foi realizado um levantamento da população de crianças com deficiência mental na rede pública estadual de ensino do município de Aracaju. Com base nesse levantamento, constatou-se que no final de 2003, havia 162 alunos com deficiência mental atendidos em classes especiais das escolas regulares da rede regular de ensino e 74 alunos com deficiência mental atendidos na escola especial “X”, totalizando 237 alunos. Com relação aos alunos matriculados nas classes especiais, apenas 6 alunos estavam dentro da faixa etária pré-estabelecida, sendo que na referida escola especial havia 29 alunos dentro da faixa etária pretendida, o que justificou a sua escolha enquanto unidade de observação para o levantamento das necessidades humanas básicas das crianças com deficiência mental.

Para a entrada no campo foram realizados três encontros com a equipe diretiva da escola e professores, nos quais foram apresentados os propósitos da pesquisa, os critérios para a composição da amostra e o estabelecimento de confiança entre as partes. Inicialmente, foi solicitado às professoras e especialistas relação nominal das crianças na faixa etária entre 7 e 10 anos, que já viessem em processo de escolarização e que, na concepção daquelas, requeriam ajuda ou atenção de um profissional de psicologia. Após o recebimento das relações, a pesquisadora realizou consulta documental no Centro de Referência em Educação Especial, através da análise do prontuário de cada criança. Esse procedimento permitiu a seleção de 7 crianças com base nos critérios pré-estabelecidos, contemplando também o critério de representatividade. De acordo com Gil (1999), considerando o cálculo de amostra para populações finitas, com nível de confiança expresso em dois desvios-padrão e

considerando uma população de 74 indivíduos, dos quais 29 (38,66%) contidos na faixa etária priorizada, encontrou-se como resultado 6,4 indivíduos, aproximados para 7.

Com relação aos aspectos éticos, foram garantidos o respeito à dignidade, à privacidade e à vulnerabilidade das crianças e autonomia de seus responsáveis, através da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido de seus pais ou responsáveis (APÊNDICE B), bem como das professoras (APÊNDICE C). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de Sergipe em 9 de março de 2004 (ANEXO).

### **5.1.2 Local**

O estudo foi realizado na Escola Especial “X”, no período de março a julho de 2004. A mesma pertence à rede estadual de ensino e está situada no município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe. Sua clientela é composta por crianças na faixa etária de 0 a 12 anos de idade, apresentando deficiências mental, visual, auditiva e múltipla. A escola conta com 190 crianças/alunos, conforme distribuição abaixo:

- ✓ 32 crianças com atraso no desenvolvimento psicomotor atendidas em programa de estimulação precoce;
- ✓ 74 crianças com deficiência mental atendidas em programas de pré-alfabetização e alfabetização, distribuídas em 14 turmas.
- ✓ 35 crianças com deficiência auditiva atendidas em programas de pré-alfabetização e alfabetização distribuídas em 5 turmas;
- ✓ 4 crianças com deficiência visual em programa de alfabetização compondo uma única turma;
- ✓ 45 crianças com deficiência múltipla compondo 7 turmas.

A referida escola especial conta com uma equipe de 36 professores, incluindo professores de sala de aula, professores de educação física e de arte/teatro e 2 especialistas, sendo uma psicopedagoga e uma assistente social. A maioria do seu corpo docente possui especialização em psicopedagogia ou em educação especial.

### **5.1.3 A Coleta de dados**

Neste estudo, foi utilizada como técnica de coleta de dados, a observação participante por ser a técnica, por excelência, usada nas pesquisas qualitativas (ALVES-MAZZOTI; GEWADSZNAJDER, 1998). O seu emprego permitiu um maior tempo de convívio com as crianças em suas múltiplas interações e atividades, favorecendo a identificação de suas necessidades expressas por meio de comportamentos em diferentes contextos.

As crianças foram observadas em grupo, durante as atividades escolares-, de merenda, de recreação e de educação física, sendo a observação de uma ou duas crianças priorizada durante cada atividade. Cada observação teve duração média de duas horas ou mais, totalizando vinte horas em campo. Os comportamentos e os elementos do contexto foram registrados em Diário de Campo.

Considerando que o objetivo da observação participante foi o levantamento das necessidades básicas das crianças, a pesquisadora necessitou conversar com a professora e/ou com a mãe para esclarecimento dos motivos de um alguns comportamentos. Por exemplo, durante a aula, a criança 1 (C1) puxa a cadeira e senta-se próxima ao quadro negro dizendo que não está enxergando bem. A professora repreende-a e pede para que C1 coloque a cadeira no lugar anterior, comentando que a mesma não tem problema de vista, mas que quer chamar a atenção. Diante dessa situação, fez-se necessário conversar com a professora, após a

observação, para esclarecimento do motivo do comportamento da criança, sendo que esta manteve sua opinião de que se tratava de um comportamento para chamar atenção. Esse comportamento repetiu-se novamente em outra sessão de observação, sendo que interrogada pela pesquisadora, a criança insistiu que à distância que se encontrava do quadro negro não dava para enxergar bem. Esse procedimento teve por objetivo a minimização de erros de inferências na fase de análise dos dados.

## 5.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita por meio de classificação dos comportamentos emitidos pelas crianças de acordo com as categorias de necessidades básicas estabelecidas por Maslow (1970), a saber: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor e pertencimento, de estima e de auto-realização, ou seja, os comportamentos foram agrupados de acordo com as necessidades às quais remetiam, por considerar que as necessidades humanas se expressam através do comportamento e que, portanto, esse é dotado de significado. Por se tratar de um processo de categorização, a técnica utilizada foi a de análise de conteúdo categorial (BARDIN, 1977). De acordo com essa autora, *“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”* (p.117). Nesse estudo, os agrupamentos foram constituídos de acordo com o critério semântico, ou seja, por um sistema de categorias temáticas, previamente estabelecido, ou seja, as cinco categorias das necessidades humanas básicas mencionadas acima, sendo essas categorias, no entanto, constituídas por pré-categorias surgidas durante o processo de análise dos comportamentos. Considerando que de acordo com Bardin (1977), um mesmo elemento não pode ser inserido em mais de uma divisão ou categoria, cada comportamento só foi

incluído em uma única categoria de necessidades. Nesse sentido, tendo em conta o grau de inter-relação das necessidades e multiplicidade de sentidos de um mesmo comportamento – por exemplo, agressão como necessidade de pertencimento, de chamar atenção ou como defesa - foi necessária a constituição de juízes para, por um processo de validação pelo consenso (SUMMERS, 1976 apud BERGO, 2000), definir-se a inclusão da resposta (comportamento) na categoria de necessidade mais pertinente. Para tanto, a pesquisadora contou com a colaboração de três psicólogos que a ajudaram a definir a categoria mais adequada aqueles comportamentos que suscitaram dúvidas. Tomando o exemplo relatado na fase de coleta de dados, esses profissionais opinaram que o comportamento emitido pela criança 1, de puxar a cadeira e sentar-se próximo ao quadro negro, devia ser entendido como uma necessidade de enxergar e inserido na categoria de necessidades fisiológicas e não na pré-categoria de chamar a atenção, como uma necessidade de estima, uma vez que deveria prevalecer a necessidade sentida e expressa pela criança, de forma que esse comportamento foi incluído na categoria das necessidades fisiológicas. De igual modo, procedeu-se em relação a alguns comportamentos de agressão. Relatava-se o comportamento no contexto em que o mesmo apareceu e, por consenso, esse era incluído na categoria mais pertinente.

Considerando-se, também, as particularidades do comportamento das crianças observadas, tais como: dificuldades de comunicação oral, palavras e frases aparentemente sem sentidos, risos e choros sem motivos aparente, dentre outras, e as dificuldades de inferências e interpretações dos mesmos, muitos comportamentos não foram passíveis de classificação.

A seguir, alguns exemplos retirados do Diário de Campo, ilustram como foi feita a classificação dos comportamentos em categorias de necessidades. As crianças são referidas pela letra C acrescida de um numeral: C1, C2, C3, C4, C5, C6 e C7.

*C2 puxa a trança do cabelo do colega sentado à sua frente (L.676).* (linha 676 da transcrição da observação registrada no Diário de Campo).

O comportamento acima foi classificado na pré-categoria agressão como necessidade de amor e pertencimento, com base na análise dos comportamentos agressivos dessa criança em relação aos contextos nos quais eram emitidos.

*C5 briga com o colega após este ter chamado-a de burra (L.1215).*

No exemplo acima, o comportamento agressivo da criança foi classificado na pré-categoria defesa como uma necessidade de preservar a sua estima.

*C1 fala com a professora em tom de crítica: “Essa calça, você veio ontem e veio hoje”(tom de reprovação) (L.926).*

Esse é um dos muitos comportamentos emitidos por essa criança, nos quais se percebe uma boa capacidade de observação, normalmente feita em tom de reprovação e crítica. Assim, o comportamento foi classificado na pré-categoria observação crítica e incluído na categoria das necessidades de crescimento.

### **Processo de categorização das respostas/comportamento**

Inicialmente fez-se uma leitura de cada relatório de observação, separando-se os comportamentos por criança. Em seguida, cada comportamento foi classificado de acordo com a pré-categoria de necessidade a qual remetia e posteriormente, as pré-categorias foram inseridas nas categorias de necessidades básicas de acordo com o modelo teórico adotado. Após essa análise dos comportamentos de cada criança e suas classificações nas respectivas pré-categorias e categorias, fez-se uma comparação das pré-categorias de necessidades das 7 crianças, permitindo novos reagrupamentos de comportamentos e pré-categorias, obtendo-se, por fim, a classificação que se segue, constando de 31 necessidades. Para um melhor entendimento, explicações julgadas pertinentes e alguns comportamentos ilustram as pré-categorias.



## Necessidades fisiológicas

- alimentação excessiva: *come com gula grandes quantidades de alimento (C6).*
- sono: *em sala de aula, sentado na cadeira, abre a boca, sonolento (C2).*
- descanso: *reclama da quantidade de tarefas, faz bico com os lábios (C1).*
- enxergar: *senta-se próximo ao quadro negro para copiar, diz que não dá para enxergar (C1).*
- movimentação excessiva: *caminha no pátio em linha reta (sem uma finalidade aparente), abre os braços, corre, joga-os para cima e para frente, bate palmas... (C7).*

## Necessidades de Segurança

- proteção: *não se defende de pedra que lhe é atirada por colegas (C1).*
- amparo (perda momentânea da estima): *abaixa a cabeça (triste) após reclamação da professora (C1).*
- ajuda nas atividades de vida diária
  - . vestimenta: *não consegue calçar o tênis (C1).*
  - . alimentação: *come com as mãos sujas de areia; come com rapidez, não mastiga o alimento (C2).*
  - . atividades de rotina: *dificuldade para abrir e fechar vasilhame (C2).*
  - . auto-cuidados: *corre, cai, machuca-se (arranhão e sangramento), mas não chora (não apresenta resposta emocional) (C2).*
  - . higiene corporal: *lava as mãos com água suja (C7).*

## **Necessidades de amor e pertencimento**

- amizade (brincadeiras amistosas com colegas): *brinca com a colega de pega-pega, coloca-a no colo* (C6).
- afeto (expressões de carinho, beijos, abraços, pegar na mão): *abraça a pesquisadora, alisa-a* (C6).
- vínculo com adulto (estabelecimento acentuado de vínculo com um adulto): *a criança entrega seu caderno e lápis à pesquisadora para que ela os guarde, segura o seu braço e dirige-se ao transporte escolar; segura a mão da pesquisadora, puxando-a para ir com ela procurar a colega* (C6).
- elogio: *diz que o sapato da pesquisadora é bonito* (C1).
- comunicação (foram considerados os comportamentos nos quais as crianças se esforçavam para estabelecer uma comunicação, porém a função oral estava comprometida): *durante o lanche, tenta conversar com a professora, comunica-se de forma ininteligível* (C3).
- interação (comportamentos que indicavam necessidade de participação em atividades sociais, busca de aproximação social, convites e atendimentos de solicitações): *Ói ela* (cumprimento) (C1); *senta-se próximo às professoras* (C2); *entrega o dever de casa à professora* (C5).
- cooperação (comportamentos que indicavam oferecer e receber ajuda): *ajuda as crianças mais novas no escorregador; solicita ajuda para arrumar as cadeiras no palco* (C3).
- agressão (comportamentos agressivos que no contexto indicavam uma necessidade de participação, de pertença ao grupo): *vou brigar com aqueles três*

*ali (posição de luta e verbalizações: porrada, porrada) (C1); com um colega, joga areia nas outras crianças (C2).*

- isolamento (comportamentos de não interação, de se manter sozinho, distante): *na aula de educação física, perambula pela sala quicando a bola, sozinha, com expressão aérea; brinca sozinha com um galho seco de planta (C7).*

### **Necessidades de estima**

- aprovação: *pergunta a professora se o seu dever está certo (C5).*

- auto-estima: *comemora acerto no jogo com cambalhotas, pede aplausos (gestos) (C1); mostra aos colegas os rabiscos que desenhou e com expressão de alegria diz ser ele (C2); eu sou demais! (C1).*

- acerto: *aproxima-se do boliche e chuta a bola, acertando-o (a criança desobedece a regra dada pela professora quanto à distância para chutar a bola, após duas tentativas fracassadas) (C1).*

- reconhecimento: *expressa alegria ao ouvir seu nome ser cantado na música, pela professora (C2).*

- atenção exclusiva do adulto: *disputa com a colega atenção da pesquisadora; empurra qualquer criança que tenta se aproximar da pesquisadora (C6).*

- chamar atenção (comportamentos como falar em voz muito alta, fazer barulho, perturbar a ordem, falar palavrões): *fala em voz alta (ininteligível) e olha para a reação dos outros; em sala de aula, sem motivo aparente, bate na mesa e dá gritos (C2).*

- liderança: *procura organizar a brincadeira com comandos através de gestos (C3).*

- autodefesa (comportamentos argumentativos ou agressivos visando defender-se): *reage com firmeza (argumento) à acusação de que batera na colega; briga com o colega após este ter chamado-a de burra (C5).*

### **Necessidades de crescimento**

- observação (comportamentos espontâneos de observação e exploração do ambiente): *observa a professora ensinar os passos de dança a um casal (C7); observa os detalhes da bolsa (C2).*

- observação crítica (comportamentos onde a observação é acompanhada de uma desaprovação) *pergunta se a professora não vem logo para a sala de aula (tom de reprovação); sabe que está mostrando o soutien? (tom de reprovação) (C1).*

- aprendizagem (comportamentos de solicitação de explicação, imitação, prestar atenção, memorização): *pede explicações sobre a tarefa; procura lembrar os dias da semana e acontecimentos (C3).*

- ordem (organização de atividades no tempo e espaço): *lembra a professora a hora do recreio (C1).*

- criatividade: *oferece sugestões para a regra de um jogo (C1).*

- realizações (comportamentos de realização de atividades como ensinar, apontar lápis, tentativas de escrever, desenhar, realizar atividades físicas): *explica exercício ao colega, ajudando-o a fazê-lo (C1); procura ensinar os colegas como trabalhar com massinha (C3); apaga muito e refaz a tarefa (C5)*

Após a classificação dos comportamentos nas pré-categorias e categorias mencionadas acima, procedeu-se a contagem dos comportamentos indicativos de

necessidades por cada criança individualmente e pelo total dos indivíduos, permitindo uma visão da expressão das necessidades das crianças, enquanto indivíduos singulares e enquanto grupo.

### 5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da análise quantitativa dos dados, obteve-se 202 comportamentos indicativos das necessidades apresentadas pelas 7 crianças observadas, conforme distribuição apresentada na tabela 1.

**Tabela 1** - Frequência de comportamentos observados, por categoria de necessidades.

<b>Categorias de necessidades</b>	<b>Frequência</b>	<b>Frequência relativa</b>
Fisiológicas	20	9,90
Segurança	14	6,90
Amor e pertencimento	85	42,07
Estima	34	16,83
Crescimento	49	24,25
Total	202	100,00

Verifica-se na tabela 1, a presença das necessidades humanas básicas no grupo observado em todos os níveis hierárquicos descritos por Maslow (1970), com hegemonia das necessidades de amor e pertencimento, seguidas das necessidades de crescimento.

As tabelas a seguir apresentam a distribuição dos resultados por frequência de comportamentos relativos às categorias de necessidades, por cada criança individualmente e pelo total de crianças no grupo.

**Tabela 2** - Frequência dos comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades fisiológicas de crianças com deficiência mental.

Pré-categorias	Crianças							Frequência no grupo	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	N	%
Movimentação excessiva	2	3	-	-	-	-	4	9	45,00
Enxergar	2	-	-	-	-	-	-	2	10,00
Descanso	2	1	-	-	-	-	-	3	15,00
Sono	-	1	-	-	-	-	1	2	10,00
Alimentação excessiva	-	-	-	-	-	1	3	4	20,00
Frequência por criança	6	5	0	0	0	1	8	20	100,00

**Tabela 3** - Frequência dos comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de segurança de crianças com deficiência mental.

Pré-categorias	Crianças							Frequência no grupo	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	N	%
Proteção	1	-	-	-	-	-	1	2	14,28
Ajuda na vestimenta	1	1	-	-	1	-	1	4	28,57
Ajuda na alimentação	-	2	-	-	-	1	-	3	21,42
Ajuda nas atividades de rotina	-	1	-	-	-	-	-	1	7,14
Ajuda em auto-cuidados	-	1	-	-	-	-	-	1	7,14
Ajuda higiene corporal	-	-	-	-	-	-	1	1	7,14
Amparo	1	-	-	-	-	-	1	2	14,28
Frequência por criança	3	5	0	0	1	1	4	14	100,00

**Tabela 4** - Frequência dos comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de amor e pertencimento de crianças com deficiência mental.

Pré-categorias	Crianças							Frequência no grupo	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	N	%
Interação	6	5	2	2	4	2	4	25	29,41
Comunicação	-	1	1	1	-	2	1	6	7,05
Amizade	2	1	3	1	-	1	1	9	10,58
Afeto	-	2	3	-	1	2	2	10	11,76
Cooperação	-	-	7	-	1	2	-	10	11,76
Vínculo com adulto	-	-	-	-	-	3	-	3	3,52
Elogio	1	-	-	-	-	-	-	1	1,17
Agressão	1	5	-	-	-	6	1	13	15,29
Isolamento	-	-	-	1	2	-	5	8	9,41
Frequência por criança	10	14	16	5	8	18	14	85	100,00

Observa-se na tabela 04, que se agrupando as pré-categorias de amizade, afeto, vínculo com adulto, oferecer elogio, comunicação, interação e cooperação, obtém-se 75,29% dos comportamentos relativos às necessidades de amor e pertencimento, enquanto que as respostas de agressão e de isolamento, consideradas socialmente inadequadas, correspondem a 15,29% e 9,41%, respectivamente.

**Tabela 5** - Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de estima de crianças com deficiência mental.

Pré-categorias	Crianças							Frequência no grupo	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	N	%
Aprovação	2	-	-	2	2	1	-	7	20,58
Auto-estima	3	1	-	-	1	-	-	5	14,70
Acerto	1	-	-	-	-	-	-	1	2,94
Reconhecimento	1	1	-	-	2	1	-	5	14,70
Chamar atenção	-	6	-	-	-	-	-	6	17,64
Atenção exclusiva	1	-	-	-	-	2	-	3	8,82
Liderança	-	1	3	-	-	-	-	4	11,74
Autodefesa	-	-	-	-	3	-	-	3	8,82
Frequência por criança	8	9	3	2	8	4	0	34	100,00

De acordo com a tabela 5, de igual modo, observa-se que os comportamentos relativos à pré-categoria chamar atenção (falar em voz muito alta, perturbar a ordem, falar palavrões), também considerados socialmente inadequados, correspondem a 17,64% do total de comportamentos da categoria de estima.

**Tabela 6** - Frequência de comportamentos indicativos das pré-categorias de necessidades de crescimento de crianças com deficiência mental.

Pré-categorias	Crianças							Frequência no grupo	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	N	%
Observação	1	2	-	1	-	-	1	5	10,20
Observação crítica	10	-	-	-	-	-	-	10	20,40
Realização	4	1	5	3	1	3	3	20	40,81
Aprendizagem	5	2	-	-	2	-	-	9	18,36
Ordem	3	-	-	-	-	-	-	3	6,12
Criatividade	2	-	-	-	-	-	-	2	4,08
Frequência por criança	25	5	5	4	3	3	4	49	100,00

**Tabela 7** - Frequência dos comportamentos indicativos de necessidades humanas das crianças com deficiência mental, individualmente.

crianças	Necessidades humanas					Frequência	
	Fisiológicas	Segurança	Amor e pertencimento	Estima	Crescimento	N	%
C1	6	3	10	8	25	52	25,74
C2	5	5	14	9	5	38	18,81
C3	0	0	16	3	5	24	11,88
C4	0	0	5	2	4	11	5,40
C5	0	1	8	8	3	20	9,90
C6	1	1	18	4	3	25	13,36
C7	8	4	14	0	4	30	14,85
Total	20	14	85	34	49	202	100,0

A tabela 7 mostra que, individualmente, a expressão das necessidades foi heterogênea. 25,74% do total das respostas foram dadas por uma única criança, enquanto que duas apresentaram índices de 5,44% e 9,90%, respectivamente. Os demais índices se situaram entre variações de 11,88% e 18,81%.

Com base nos resultados da análise qualitativa e quantitativa dos dados, constatou-se a presença das necessidades humanas em todos os níveis hierárquicos descritos por Maslow (1970), como força motivadora do comportamento das crianças observadas. As manifestações gerais das necessidades se deram de maneira bastante diferenciada entre as crianças, apontando para a diversidade e singularidade entre elas. Essa diversidade parece decorrer, em consonância com Assumpção Jr. e Sprovieri (2000), em alguns casos, dos efeitos da gravidade das lesões orgânicas e, em outros, possivelmente, da qualidade das interações sociais e estimulações recebidas.

As necessidades apareceram expressas de forma nem sempre adequadas socialmente e com intensidade bastante variável de criança para criança com deficiência mental. Necessidades expressas por comportamentos socialmente inadequados, foram vistos, por exemplo, na criança C2, cuja forma de interagir com as outras crianças se faz através de comportamentos agressivos de bater e xingar. Quanto à variação da intensidade da resposta de



busca de satisfação das necessidades, tomando-se como exemplo as necessidades de crescimento, observou-se que enquanto algumas crianças apresentam comportamentos mais elaborados como, por exemplo, de ensinar o colega a fazer uma tarefa, de realizar atividades, outras se limitam a cobrir letrinhas, mecanicamente, sem maiores interesses. Essa variação, provavelmente, pode estar associada ao grau da deficiência ou às oportunidades de aprendizagem. Apesar dessas variações, os dados sugerem que as necessidades humanas básicas são as mesmas para todas as crianças, independente das dificuldades advindas de quadros como o de deficiência mental. Nesse sentido, embora se reconhecendo que na literatura recente pesquisada, na área de psicologia, não se tenha encontrado trabalhos na perspectiva da orientação teórica aqui empregada, as propostas atuais quanto ao atendimento às pessoas com deficiência mental têm enfatizado a necessidade dos profissionais levarem em conta as suas necessidades, sentimentos, desejos e intencionalidade (GLAT, 1998; 1999; NUNES et al., 2002; PADILHA, 2000).

A hegemonia encontrada em relação às necessidades de amor e pertencimento, considerando que a idade das crianças observadas corresponde a um período de intensa socialização, talvez seja a mesma encontrada nas crianças ditas normais e traz à luz a importância da socialização e aceitação para esse grupo, discriminado e apartado do convívio social ao longo da história. Para Maslow, citado por Neves (1982), *“o homem terá fome por relações afetivas com pessoas em geral, a saber de um lugar no seu grupo, e buscará com grande intensidade realizar esse objetivo”* (p.55-56), sendo a não satisfação dessas necessidades, a principal fonte de desajustamentos emocionais na sociedade. Assim, atentar para as necessidades de amor e pertencimento das crianças com deficiência mental pode se constituir em fator preventivo de problemas emocionais advindos de suas possíveis carências. Com efeito, pensa-se que a satisfação dessas necessidades passa pela aceitação do outro em sua diferença. Muitas vezes, a aceitação dessas crianças tem por exigência respostas que

atendam às expectativas do adulto, não se levando em conta suas diferenças e reais dificuldades de atender essas expectativas o que pode ocasionar frustração, sentimentos de menos valia e desordens psicológicas. Em trabalho que reflete a normalidade e a deficiência à luz da mitologia, Bianchetti (2001), conclui seu pensamento questionando *“se a única maneira de aceitar a diferença/deficiência implica a necessidade de, pragmática e utilitaristamente, seus portadores apresentarem como caução habilidades compensatórias”* (p.74).

Ao se considerar as respostas de natureza agressiva, de acordo com as considerações tecidas acima, elas parecem, no grupo observado, decorrer de sentimentos de frustração devido às dificuldades de interações satisfatórias no grupo e, conseqüentemente, sua não aceitação, de modo que o comportamento agressivo se traduz numa forma, ainda que inadequada socialmente, de se fazer presente. Esse dado é corroborado por Assumpção Jr. e Sprovieri (2000), que, referindo-se a estudo realizado com população de deficientes mentais, constataram que o distúrbio de conduta do tipo irritável e agressivo encontrado *“decorre da dificuldade de instrumentalização e controle dos impulsos e da conseqüente inadequação ao ambiente social”* (p.57).

Com relação às respostas de isolamento identificadas em algumas crianças observadas, elas parecem se assemelhar àquelas descritas nos quadros de autismo, apontando para uma perturbação no estabelecimento de relações sociais, sem aparente relação com sentimentos de rejeição ou menos valia.

Convém destacar, ainda, dentro da categoria de amor e pertencimento, que apesar de todas as dificuldades de linguagem encontradas nas crianças, lembrando que duas se expressavam apenas por meio de vocalizações e gestos, elas se faziam entender no grupo de pares, justificando o porquê da pré-categoria comunicação, enquanto necessidade não satisfeita, só corresponder a 7,05% das respostas. Esse dado parece indicar que a força das

necessidades de amor e pertencimento é suficientemente forte para que essas crianças superem suas dificuldades de interação e comunicação em seus limites máximos, o que nem sempre parece ser compreendido pelos adultos que as cercam. Sobre essa superação de limites por parte de pessoas com deficiência mental, Fulgêncio, citado por Nunes et al. (2002), em estudo sobre autopercepção de adolescentes com deficiência mental, chama a atenção para a luta diária que os alunos especiais empreendem para superar obstáculos e rótulos a eles impostos.

Sobre as necessidades de crescimento, o índice de respostas encontrado sinaliza para a presença de motivação, na população estudada, para a aprendizagem e realização de atividades. Até certo ponto, provoca impacto o quanto essas crianças tentam realizar as atividades, seja fazendo-as e refazendo-as, seja por imitação aos professores. Foi possível constatar, também, que é através de suas realizações que elas esperam ser aprovadas, reconhecidas, favorecendo a auto-estima das mesmas. Para Maslow *“a satisfação da necessidade de auto-estima conduz a sentimentos de auto-confiança, valor, força, capacidade e utilidade. Sua frustração traz sentimentos de inferioridade, fraqueza e desamparo”* (MASLOW apud MOSQUERA, 1982, p.24). Como exemplo de realização como fonte de crescimento e estima, descreve-se uma situação observada no grupo, na qual a criança 1, após tentativas fracassadas de acerto de um jogo, burla as suas regras, acertando o alvo e, em seguida, pede aplausos. Em uma outra situação, a mesma criança sugere à professora a modificação das regras de uma atividade com a intenção de simplificar a resposta e favorecer o acerto. Esses achados mostram a importância do reconhecimento social para essas crianças através de seus feitos e desempenhos. Para tanto, o desenvolvimento de programas de arte e educação, ocupacionais e de profissionalização, que favoreçam a aprendizagem, a inclusão na vida social, aceitação e reconhecimento poderão contribuir para a saúde e bem-estar das pessoas com deficiência mental. Nesse sentido, muitas contribuições podem ser derivadas das

adaptações curriculares previstas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1999) e de parcerias como o Programa Arte sem Barreiras/Secretaria de Educação Especial/Funarte/Very Special Arts do Brasil (AZEVEDO, 2002; BUENO, 2002; SANTOS, 2003).

Dentro das necessidades de estima, percebeu-se que a pré-categoria chamar atenção foi representada hegemonicamente por respostas inadequadas, referindo-se a uma única criança (C2). Essa mesma criança também evidenciou elevado índice de necessidade de amor e pertencimento, através de respostas agressivas, suscitando um ciclo de rejeição por parte dos adultos e condutas de evitação nas crianças. Também, no intuito de ser reconhecida, uma outra criança (C1) desenvolveu uma habilidade de observação crítica com relação às pessoas, tornando-se “inconveniente”, o que passou a afetar a satisfação de suas necessidades de amor e pertencimento. Em razão disso, pensa-se que no trabalho cotidiano com essas crianças, a identificação das necessidades cujas respostas de satisfação acham-se afetadas poderá subsidiar os procedimentos de intervenção, evitando comprometimentos mais generalizados, agravados pela cristalização de rótulos. A esse respeito, observou-se que embora o índice de respostas de satisfação de necessidades, consideradas socialmente inadequadas, ou seja, agressivas, tenha sido bem inferior àquele correspondente às respostas socialmente aceitas, as primeiras se destacam de tal modo que parecem inibir o reconhecimento das segundas por parte daqueles que participam do cotidiano dessas crianças. A criança, assim, conforme Glat (1999), passa a ser reconhecida em função do rótulo, nesse caso, de agressivo ou portador de distúrbio de conduta. Essa questão do rótulo acha-se atrelada às discussões sobre o diagnóstico do portador de deficiência mental e suas implicações que, segundo Mendes, Nunes e Ferreira (2002), já foram intensamente debatidas no âmbito da educação, não se constituindo, ainda, num problema resolvido. Para os autores, *“Ressalta-se uma descontinuidade no trato do tema, uma vez que a perspectiva de*

*superação do problema através do refinamento técnico dos instrumentos e procedimentos, praticamente não foi encontrado” (p.27).*

A despeito dessa constatação, pensa-se que a definição da deficiência mental proposta pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 1992 apud BRASIL, 1997), mundialmente aceita, trouxe contribuições significativas para o diagnóstico da deficiência mental, apoiado numa perspectiva multidimensional e multidisciplinar. Assim, reconhecendo-se os limites dessa pesquisa, acredita-se que o diagnóstico e a intervenção junto ao portador de deficiência mental pode ser enriquecido com conhecimentos advindos de experiências como esta aqui relatada, por meio da qual se buscou a identificação das necessidades básicas dessas crianças, em suas diferentes manifestações e interações.

Quanto às necessidades de segurança, o baixo índice encontrado parece refletir os efeitos de um contexto protegido, onde as crianças acham-se bastante familiarizadas entre si, com as professoras, especialistas e pessoal de apoio. A presença de pais no ambiente escolar também foi identificada em alguns momentos, contribuindo para a segurança das crianças. A formação de redes de apoio entre elas foi percebida em vários momentos e merece um estudo à parte. Lembrando que o desenvolvimento infantil, de acordo com Maslow (1962), dá-se entre um conflito de forças entre as necessidades de segurança e as de crescimento, considera-se importante que esse pressuposto seja levado em conta nas propostas de inclusão, nas quais nem sempre ocorre um período de adaptação do aluno no novo ambiente escolar, podendo levar a medos e insegurança.

Sobre as necessidades fisiológicas, o baixo índice de respostas encontrado, também sugere que o ambiente está proporcionando a satisfação adequada das mesmas. As pré-categorias sono e descanso surgiram vinculadas, às vezes, aos possíveis efeitos do uso de medicação controlada, enquanto que as necessidades de movimentação excessiva podem

referir-se à hiperatividade concomitante a esses quadros ou a outras causas cuja investigação foge ao alcance desse trabalho, assim como as de alimentação excessiva.

De modo geral, foi possível vislumbrar, na perspectiva desse estudo, possibilidades de uma maior compreensão das crianças com deficiência mental, em suas múltiplas expressões e esforços de subjetivação, o que poderá contribuir na busca de alternativas que privilegiem o equilíbrio entre as suas necessidades de crescimento, que embora presentes, acham-se afetadas em algumas dimensões e suas necessidades de segurança, lembrando, de acordo com Maslow (1962; 1970), Brazelton e Greenspan (2002) que as necessidades das crianças dependem de contextos sócio-afetivos e educacionais capazes de satisfazê-las. Essa compreensão, se acredita, pode se traduzir num instrumento valioso para a atuação do psicólogo na perspectiva da saúde dessas crianças, seja no trabalho educacional, seja no trabalho clínico com as mesmas, seja na orientação aos professores e familiares. Para tanto, é imprescindível a adoção de uma postura livre de preconceitos e aberta à intencionalidade da criança, no intento de se ter um maior entendimento da sua vivência e poder ajudá-la a se desenvolver o mais saudável possível, apesar de suas limitações.

#### **5.4 A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA A PESQUISA COM OS PSICÓLOGOS**

Com base nos resultados e discussões da fase exploratória foi construído o instrumento que possibilitou a coleta de dados com os psicólogos, principal objetivo desta pesquisa.

##### **O instrumento misto**

Para a coleta de dados da pesquisa com os psicólogos foi elaborado um check-list constando das necessidades básicas das crianças com deficiência mental identificadas na fase exploratória do estudo. Essas necessidades foram aproximadas por grau de semelhança, resultando em 23 necessidades. Inicialmente, pensou-se em aplicar o check-list constando dessas necessidades aos psicólogos selecionados para que respondessem quanto ao se sentirem preparados para atendê-las, bem como conhecer as fontes desse preparo. O contato com a literatura especializada na área da formação e atuação do psicólogo, em especial com a pesquisa desenvolvida por Araújo (1995) sobre a atuação profissional do psicólogo com pessoas portadoras de deficiência mental, revelou que um estudo dessa natureza talvez perdesse um pouco da sua abrangência, se limitado a um questionamento simplificado como o pretendido. Assim, optou-se por mantê-lo no corpo de um instrumento misto (APÊNDICE A) constando de um check-list e de uma entrevista estruturada. Em pesquisa qualitativa a conjugação de diferentes recursos de coleta ou de análise de dados faz parte do processo denominado triangulação e tem por objetivo abranger as diferentes categorias e aspectos do objeto de pesquisa. Minayo (1994), referindo-se a validação das pesquisas qualitativas, e reportando-se a Denzin (1973), escreve que a triangulação *“consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados”* (p. 241).

A entrevista é uma técnica privilegiada de coleta de dados nas pesquisas qualitativas e se caracteriza por solicitações verbais feitas ao entrevistado para que o mesmo fale livremente sobre os aspectos solicitados. Muitas são as justificativas e vantagens apontadas para o seu uso. Neste estudo, esse foi condicionado, em parte, pela necessidade do pesquisador prestar esclarecimentos ao entrevistado sobre o conteúdo das questões apresentadas. Uma entrevista pode ser, ainda, estruturada ou não estruturada. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), quando o pesquisador sabe, de antemão, o que precisa ouvir, ele tem

condições de estruturar questões para a obtenção das informações, construindo um instrumento denominado roteiro de entrevista. Na pesquisa em questão, a natureza das solicitações face aos objetivos pretendidos determinou o uso da técnica de entrevista estruturada mediante a necessidade de ordenamento das perguntas em relação ao conteúdo do check-list, cujo objetivo foi saber, na concepção do psicólogo, se este se sente preparado para atender as necessidades apresentadas pelas crianças com deficiência mental e as relações desse preparo com as suas fontes.

O roteiro da entrevista após sua elaboração foi submetido a um pré-teste realizado com uma pequena amostra de três psicólogos, tendo atingido os objetivos propostos. Por se tratar de um instrumento longo e detalhado, os entrevistados ofereceram sugestões para a sua aplicação quanto à ordem das questões e que foram seguidas pelo pesquisador nas entrevistas subsequentes. Apesar dessas considerações, não houve prejuízo no conteúdo das respostas, de modo que os três entrevistados foram mantidos na amostra formal da pesquisa.

O instrumento misto, aplicado sob a forma de entrevista estruturada teve como tema a identificação do preparo profissional do psicólogo para atender as necessidades básicas de crianças com deficiência mental, possibilitando:

- ✓ O conhecimento das características da população estudada, tais como: idade, sexo, natureza da instituição formadora, ano da graduação, tempo de experiência na área, local de atuação e tipos de atividades desenvolvidas;
- ✓ O conhecimento das situações mais frequentes em que ocorre a procura do psicólogo para atender crianças com deficiência mental;
- ✓ A identificação da opinião dos psicólogos quanto ao seu preparo para atender às necessidades apresentadas por essas crianças, bem como as fontes desse preparo;



- ✓ O conhecimento dos modos de atuação do profissional de psicologia em relação às necessidades humanas básicas das mesmas crianças;
- ✓ A identificação de facilidades e dificuldades na sua atuação profissional em relação às necessidades dessas crianças;
- ✓ A opinião dos mesmos quanto às disciplinas da graduação em psicologia, consideradas importantes para atuação profissional em relação às necessidades apresentadas pelas crianças; e
- ✓ A coleta de sugestões que favoreçam o preparo profissional do psicólogo para atender as necessidades básicas de crianças com deficiência mental.

## **6 OPINIÃO DOS PSICÓLOGOS SOBRE O SEU PREPARO PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

### **6.1 O MÉTODO**

#### **6.1.1 Participantes**

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados por meio de estratégia de amostragem não probabilística do tipo amostragem por conveniência. De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2001), “*na abordagem não probabilística, os elementos são escolhidos por métodos não aleatórios*” (p.143) e, apesar de derivar amostras nem sempre exatas, constitui a maioria das amostras nas pesquisas. Na modalidade amostragem não probabilística por conveniência, as pessoas ou objetos são escolhidos pela acessibilidade como sujeitos de um estudo. Nesta pesquisa, selecionou-se de uma população de 36 psicólogos com experiência na área de deficiência mental, 15 psicólogos contactados que se mostraram dispostos a colaborar com a pesquisa. Dos 15 psicólogos selecionados, 2 revelaram não possuir experiência com a criança em si, uma vez que suas atuações práticas estavam dirigidas para adolescentes e adultos, no entanto, afirmaram se sentirem preparados para atuarem com essa faixa de idade com base em suas experiências com a população jovem e adulta portadora de deficiência mental e também em conhecimentos teóricos sobre desenvolvimento infantil. Considerando que no contexto dos serviços públicos e institucionais, o psicólogo é chamado comumente a desempenhar as mais variadas atividades, independente de quaisquer experiências em uma dada área, a pesquisadora optou por manter as duas psicólogas na amostra, levando em conta, também, o fato de que o diploma de psicólogo autoriza o profissional a atuar em diferentes áreas e com diferentes populações. Para a composição da amostra, considerou-se, também, que o “olhar”

do psicólogo para a saúde e bem-estar das pessoas a quem dirige o seu trabalho, independe do local de trabalho e da atividade que esteja desenvolvendo, seja no âmbito da escola, da saúde, da instituição ou do consultório, de modo que a atenção às necessidades humanas básicas da criança com deficiência mental, nesse sentido, pode ser realizada em qualquer âmbito de sua atuação.

### **6.1.2 Coleta de dados**

A aplicação das entrevistas se deu em dois momentos. No primeiro momento procurou-se legitimar a entrevista, obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), estabelecer a confiança entre as partes e despertar a motivação no entrevistado. Os procedimentos utilizados foram: 1) explicação do estudo que estava sendo realizado; 2) explicação dos objetivos da entrevista e 3) a entrega do roteiro de entrevista ao entrevistado e a leitura conjunta do mesmo com o pesquisador, permitindo a explicação geral ou detalhada de cada item, conforme a necessidade apresentada pelo entrevistado, e o surgimento e esclarecimento de dúvidas. Foi possível, ainda, nesse momento, o acatamento feito pelo pesquisador de sugestões propostas pelo entrevistado em relação à ordem das questões a serem respondidas.

O segundo momento, por sua vez, correspondeu ao preenchimento do check-list e ao desenvolvimento da entrevista.

Das 15 entrevistas, 14 foram realizadas no ambiente de trabalho dos psicólogos entrevistados, sendo uma realizada na residência da pesquisadora. A duração de aplicação variou de 50 minutos a 2 horas e 20 minutos, perfazendo uma média de 1 hora e 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

## 6.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados desta pesquisa foi feita por procedimentos quantitativos e qualitativos, tendo por método de análise qualitativa, a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). Os dados foram organizados por temas de acordo com o roteiro do instrumento de coleta de dados. Dentro dos temas foram incluídas categorias e pré-categorias previstas no roteiro, assim como outras identificadas no conteúdo das falas dos entrevistados, consideradas importantes para o esclarecimento do objeto em estudo.

Para se proceder a análise dos dados, após transcrição das entrevistas, fez-se uma leitura flutuante de cada entrevista, após a qual foram feitas releituras, procurando-se selecionar as respostas referentes aos temas do instrumento de coleta de dados. Com relação ao tema **“atuação profissional”**, ao se referirem ao atendimento, os entrevistados ora descreveram o atendimento às necessidades de modo generalizado, ora o descreveram por categorias de necessidades, ora o descreveram por necessidades específicas. Esse procedimento dificultou o processo de categorização das respostas, de modo que os dados finais foram organizados em relação ao **“atendimento geral às necessidades”** e ao **“atendimento específico a cada necessidade”**. Ainda com relação ao tema atendimento, foi possível identificar algumas categorias que não estavam previstas no roteiro do instrumento, tendo essas sido incluídas sob a denominação ampla de **“considerações gerais do atendimento”** e **“operacionalização geral do atendimento”** sendo esta última subdividida em **“diagnóstico”** e **“intervenção”**.

Com relação à análise dos conteúdos das falas referentes ao tema **“fonte do preparo”**, sobressaíram-se alguns conteúdos que foram denominados de **“mecanismos destacados em relação à fonte do preparo”**, sendo esses considerados importantes para o entendimento do tema em questão.

Sobre o “**sentimento**” com relação ao atendimento às crianças com deficiência mental abordado no item 10, apesar da sua importância para o objeto de estudo dessa pesquisa, não foi possível considerá-lo para efeito de análise dada à abrangência das falas e os limites temporais de uma pesquisa de mestrado. A organização dos temas é apresentada a seguir.

- **Caracterização dos profissionais**

- Idade, sexo
- Graduação, anos de experiência
- Área de atuação, regime e local de trabalho
- Atividades desenvolvidas
- Pós-graduação / formação extra-acadêmica em área clínica

- **Demanda**

- **Sentir-se preparado para atender as necessidades básicas de crianças com deficiência mental**

- **Atuação profissional**

- Considerações gerais sobre o atendimento às necessidades humanas básicas
  - Caráter de ajuda, desenvolvimento das potencialidades, prevenção secundária
  - Aceitação da diferença
  - Caráter singular
  - Trabalho multi e interdisciplinar
- Operacionalização geral do atendimento às necessidades básicas
  - Diagnóstico
  - Intervenção (orientação à família e à escola; atendimento à criança).

- **Atendimento específicos às necessidades básicas.**
  - Necessidades fisiológicas (sono e descanso; movimentação excessiva, comer compulsivamente).
  - Necessidades de segurança (proteção, ajuda nas atividades de vida diária).
  - Necessidades amor e pertencimento (amizade, afeto e interação; comunicação, agressão, isolamento).
  - Necessidades de estima (auto-estima, acertar, atenção exclusiva, chamar atenção, liderança).
  - Necessidades de crescimento (observação, aprendizagem, ordem, criatividade, realizações).
  
- **Fontes do preparo**
  - Mecanismos destacados em relação às fontes do preparo
  
- **Dificuldades e facilidades para o atendimento às necessidades humanas básicas**
  - Serviço público / instituição não governamental
  - Família
  - Criança
  - Atuação do psicólogo
  
- **Disciplinas da graduação consideradas importantes para o atendimento às necessidades humanas básicas**
  
- **Sugestões para favorecer o preparo profissional para o atendimento às necessidades humanas básicas**
  - Sugestões dirigidas aos cursos de Psicologia
  - Sugestões dirigidas às instituições e autoridades competentes
  - Sugestões dirigidas aos profissionais de Psicologia

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

A caracterização dos profissionais considerou a idade, o sexo, a graduação em psicologia, pós-graduação e formação extra-acadêmica em área clínica, área de atuação, regime de trabalho, tempo de atuação na área, local de atuação e atividades desenvolvidas. Muitos dos psicólogos descreveram suas trajetórias profissionais na Educação Especial em diferentes locais e funções, assim como em outras áreas de atuação. A pesquisadora, porém, está se limitando a apresentar apenas as atividades desenvolvidas mais recentemente e estritamente ligadas ao trabalho com pessoas com deficiência mental, tendo em vista os objetivos da pesquisa.

- **Idade / Sexo**

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>
E1	49	F
E2	31	M
E3	42	F
24	33	M
E5	30	F
E6	50	F
E7	32	F
E8	59	F
E9	34	F
E10	29	F
E11	48	M
E12	47	F
E13	42	F
E14	47	F
E15	51	F

**QUADRO 1** - Caracterização da amostra por idade e sexo

O quadro mostra que 6 (40%) psicólogos estão na faixa etária entre 29 e 35 anos e os demais em faixa etária acima dos 35 anos. Com relação ao sexo, 12 (80%) psicólogos são do sexo feminino e 3 (20%) do sexo masculino, o que é esperado, considerando-se a prevalência de mulheres na profissão (BASTOS; GOMIDE, 1989; CASTRO; YANAMOTO, 1998).

- **Graduação / anos de experiência**

Entrevistado	Instituição formadora	Ano de conclusão	Anos de experiência
E1	Universidade pública	1980	22
E2	Universidade pública	1996	6
E3	Universidade pública	1995	2
E4	Universidade pública	1996	7
E5	Universidade pública	1998	6
E6	Universidade privada	1990	8
E7	Universidade pública	1996	5
E8	Universidade privada	1976	27
E9	Universidade pública	1997	3
E10	Universidade pública	2001	4
E11	Faculdade privada	1979	18
E12	Universidade privada	1983	20
E13	Universidade pública	1985	2
E14	Universidade privada	1979	3
E15	Universidade pública	1995	10

**QUADRO 2** - Caracterização da amostra de psicólogos por instituição formadora, ano de conclusão e anos de experiência na área de deficiência mental.

O quadro acima mostra que de uma amostra constituída por 15 psicólogos, 10 (66,6%) fizeram sua formação em universidades públicas e 5 (33,3%) fizeram suas formações em instituições privadas. De acordo com o ano de graduação, tem-se que 3 (20%) psicólogos foram graduados na década de 70 e 3 (20%) graduados na década de oitenta; 8 (53,3%) psicólogos foram graduados na década de noventa, e 1 (6,6%) psicólogo graduado na década atual. Observa-se que dos egressos das instituições privadas, 3 (20%) são profissionais formados nas décadas de 70 e 1 (6,6%) formado na década de oitenta, anos em que não havia



cursos superiores de Psicologia em Sergipe e que, portanto, são graduados em outros estados da federação. Com relação aos anos de experiência, esta variou de 2 a 29 anos, sendo que 10 psicólogos (66,6%) possuem entre 2 e 10 anos de experiência e 5 psicólogos (33,3%) apresentam 10 anos ou mais de experiência.

- **Área de atuação / regime / local de trabalho**

Com relação à área de atuação, regime e local de trabalho, 14 (93, 3%) psicólogos são profissionais da Educação Especial, efetivos do Estado, atuando em escolas especiais, centro de diagnóstico, escola de ensino regular e oficina pedagógica conveniadas. Apenas 1 (6,66%) psicólogo não é efetivo do estado, exercendo suas atividades em posto de saúde e consultório particular.

- **Atividades desenvolvidas**

Sobre as atividades desenvolvidas, os psicólogos exercem atividades variadas como: avaliação e diagnóstico; orientação a pais e professores; psicoterapia; acompanhamento escolar; estimulação precoce; implantação e coordenação de serviços na área de educação especial e deficiência mental; trabalhos com artes; planejamento com equipe interdisciplinar de intervenções individualizadas a serem desenvolvidas por professores; coordenação e direção de instituições voltadas para o atendimento ao portador de necessidades educacionais especiais.

- Pós-graduação / formação extra-acadêmica em área clínica

Entrevistado	Pós-graduação	Formação extra-acadêmica
E1	Especialização em psicomotricidade	Psicodrama
E2	-	Psicanálise
E3	Mestrado em educação	-
E4	-	Psicologia fenomenológica existencial humanista
E5	Especialização em psicodrama	Psicodrama
E6	Especialização em orientação educacional; ciências da educação. Mestrado em educação	-
E7	Especialização em psicossomática	Psicodrama
E8	Especialização em deficiência mental	-
E9	-	Psicodrama
E10	Especialização psicodrama	-
E11	Especialização em gestaltterapia; especialização em educação especial	-
E12	Especialização em psicomotricidade	-
E13	-	Psicologia analítica (Jung)
E14	Especialização em técnicas e práticas de ensino	-
E15	-	Psicologia fenomenológica existencial humanista

**QUADRO 3** - Caracterização da amostra por pós-graduação e formação extra-acadêmica em área clínica.

De acordo com o quadro acima, dos 15 psicólogos entrevistados, 10 (66,6%) possuem uma ou mais especializações, 8 (53,3%) fizeram formação em área clínica e 2 (13,3%) fizeram mestrado em Educação.

## 7.2 DEMANDA

Como resultado da análise das respostas referentes aos motivos da procura do profissional de psicologia para o atendimento às crianças com deficiência mental, obteve-se 37 respostas, das quais 15 (40,54) relacionadas a aspectos comportamentais, 12 (32,43%) relativas à aprendizagem e 10 (27,02%) relacionadas a outros motivos. De acordo com os

entrevistados a procura é feita principalmente por estes dois motivos: aprendizagem e comportamento, conforme exemplificada nas falas a seguir:

*“Elas ficam mais ou menos definidas entre isto: a procura pelas duas vias (comportamento e aprendizagem)” (E1).*

*“E os dois motivos são estes: aprendizagem e comportamento” (E2).*

*“Mesmo quando é uma coisa a nível comportamental no ambiente familiar, no ambiente de casa, geralmente é dentro de um contexto que visa colocar essa criança ou numa instituição ou numa escola” (E4).*

O Quadro 4 apresenta a discriminação desses motivos:

<b>Comportamento</b>	<b>Aprendizagem</b>	<b>Outros motivos</b>
Agressividade (7)	Dificuldades de aprendizagem (8)	Atraso no desenvolvimento (3)
Distúrbio de conduta (3)	Avaliação psicológica com fins escolares (o que a criança é capaz de aprender; adequação do conteúdo pedagógico às capacidades cognitivas; encaminhamento escolar; mudança de escola). (2)	Hiperatividade / agitação psicomotora (3)
Distúrbio de relacionamento (3)	Orientação aos professores sobre aspectos da deficiência e quanto às atividades a serem desenvolvidas (2)	Sexualidade (2)
Isolamento (1)	-	Insônia / dormir muito (1)
Comportamento deprimido (1)	-	Enurese / encoprese (1)

**QUADRO 4** - Motivos da procura ao psicólogo.

O quadro 4 mostra que existe uma variedade de motivos que levam à procura do psicólogo para o atendimento às crianças com deficiência mental e que a maioria destes estão relacionados ao comportamento e à aprendizagem. Estes motivos estão de acordo com os referidos na literatura que consideram a demanda de atendimento psicológico marcada de expectativas corretivas de conduta e de aprendizagem (BRANCO, 1998; BOCK, 2005;

CABRAL; SAWAIA, 2001; LO BIANCO et al., 2001; MALUF, 2001). Observando-se a discriminação desses motivos, percebe-se, no entanto, que a agressividade, o distúrbio de condutas, o isolamento, o comportamento deprimido e as dificuldades de relacionamento, são motivos relacionados diretamente com suas necessidades de amor e pertencimento, dificultando a satisfação adequada das mesmas, cuja importância para essas crianças foi vista na fase exploratória desse estudo. O mesmo também ocorre em relação à aprendizagem, cujas dificuldades também afetam suas necessidades de crescimento e de estima. De igual modo, os motivos relacionados às necessidades fisiológicas de sono (insônia / dormir muito), de eliminação de resíduos (enurese, encoprese), de movimento (hiperatividade / agitação psicomotora), além do desconforto para a criança pela não satisfação adequada das mesmas, dificultam a satisfação de suas necessidades em outras esferas. Nesse sentido, considera-se que a atuação do psicólogo, no âmbito de suas competências, no sentido de ajudar a criança com deficiência mental a superar ou minimizar essas dificuldades para a satisfação de suas necessidades humanas básicas, é necessária e indispensável. Entretanto, é preciso saber se a afetação dessas necessidades e as expectativas sociais corretivas de condutas e aprendizagem, já referidas, embotam o seu olhar e a sua escuta na perspectiva do atendimento às necessidades básicas da criança com deficiência mental. Para tanto, é preciso saber se ele se sente preparado para o atendimento a essas necessidades das crianças e os modos como realiza esse atendimento.

### **7.3 SENTIR-SE PREPARADO PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Como resultado da análise quantitativa dos dados, obteve-se 345 respostas totalizadas pelos 15 respondentes em relação ao sentir-se preparado para atender às 23 pré-

categorias de necessidades humanas básicas apresentadas pelas crianças com deficiência mental. Do total, 331 (95,9%) respostas foram afirmativas (SIM), 9 (2,6%) respostas foram negativas (NÃO) e 5 (1,4%) foram relativas (ÀS VEZES), ou seja, a depender do caso e/ou situação. Somando-se a frequência das respostas negativas e relativas, obteve-se um total de 14 (4%) respostas. A distribuição da frequência das respostas dadas pelos psicólogos em relação ao seu preparo para atender às necessidades apresentadas pelas crianças é apresentada no quadro abaixo.

CATEGORIAS	PRÉ-CATEGORIAS	SIM		NÃO		ÀS VEZES		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS									
	Sono e descanso	13	86,6	1	6,6	1	6,6	15	100
	Movimentação excessiva	12	80,0	2	13,3	1	6,6	15	100
	Comer compulsivamente	10	66,6	3	20,0	2	13,3	15	100
<b>SUBTOTAL</b>		<b>35</b>	<b>77,7</b>	<b>6</b>	<b>13,3</b>	<b>4</b>	<b>8,8</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
NECESSIDADES DE SEGURANÇA	Proteção	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Ajuda atividades de vida diária	12	80,0	2	13,3	1	6,6	15	100
<b>SUBTOTAL</b>		<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>2</b>	<b>6,6</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
NECESSIDADES DE AMOR PERTENCIMENTO	Amizade	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Afeto	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Interação	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Cooperação	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Comunicação	14	93,0	1	6,6	-	-	15	100
	Agressão	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Isolamento	15	100,0	-	-	-	-	15	100
<b>SUBTOTAL</b>		<b>104</b>	<b>99,0</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>105</b>	<b>100</b>
NECESSIDADES DE ESTIMA	Auto-estima	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Aprovação	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Acerto	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Atenção exclusiva	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Chamar atenção	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Liderança	15	100,0	-	-	-	-	15	100
<b>SUBTOTAL</b>		<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>90</b>	<b>100</b>
NECESSIDADES DE CRESCIMENTO	Observação	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Aprendizagem	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Ordem	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Criatividade	15	100,0	-	-	-	-	15	100
	Realização	15	100,0	-	-	-	-	15	100
<b>SUBTOTAL</b>		<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>		<b>331</b>	<b>95,9</b>	<b>9</b>	<b>2,6</b>	<b>5</b>	<b>1,4</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

**QUADRO 5-** Frequência de respostas dos psicólogos sobre seu preparo para atender às necessidades básicas das crianças com deficiência mental.

A distribuição dos psicólogos pesquisados em relação ao número de necessidades às quais se sentem preparados para atender encontra-se apresentada na tabela abaixo

**Tabela 8** - Distribuição dos psicólogos pesquisados em relação ao número de necessidades às quais se sentem preparados para atender.

Necessidades		Psicólogos	
N	%	N	%
23	100,0	9	60,0
22	95,6	2	13,3
21	91,3	1	6,6
20	87,0	2	13,3
19	82,6	1	6,6
Total		15	100,0

De acordo com a distribuição acima, percebe-se que 100% da amostra sente-se preparada para atender as necessidades das crianças dentro de uma variação que vai de 19 (82,6% das necessidades apresentadas) a 23 (100% das necessidades apresentadas), sendo que 60% da amostra (9 psicólogos) acha-se preparada para atender às 23 necessidades em sua totalidade.

Do total dos respondentes, 4 psicólogos (26,6%) referem que não se sentem preparados para atender às necessidades fisiológicas de sono e descanso, movimentação excessiva e comer compulsivamente; as necessidades de segurança referentes à ajuda nas atividades de vida diária e a necessidade de comunicação afetada por dificuldade de expressão oral, esta última pertencente às necessidades de amor e pertencimento.

Ainda do total, 3 psicólogos (20%) responderam que às vezes se sentem preparados para atender às necessidades fisiológicas de sono e descanso, de movimentação excessiva, de comer compulsivamente e as necessidades de segurança relativa à ajuda nas atividades de vida diária, a depender do caso ou situação.

Considerando que um mesmo psicólogo respondeu não estar preparado para atender uma dada necessidade e relativamente preparado para atender outra, a depender do

caso ou situação, obteve-se um total de 6 psicólogos (40%) que se sentem despreparados ou parcialmente preparados para atender 5 necessidades, ou seja, 21,7% das 23 necessidades apresentadas pelas crianças com deficiência mental. Estas necessidades estão apresentadas no quadro 6.

CATEGORIA	PRÉ-CATEGORIA	NÃO		ÀS VEZES		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS	Sono e descanso	1	6,6	1	6,6	2	13,3
	Movimentação excessiva	2	13,3	1	6,6	3	20,0
	Comer compulsivamente	3	20,0	2	13,3	5	33,3
NECESSIDADES DE SEGURANÇA	Ajuda atividades de vida diária	2	13,3	1	6,6	3	20,0
NECESSIDADES DE AMOR E PERTENCIMENTO	Comunicação (dificuldade de oralização)	1	6,6	-	-	1	6,6
Total de respondentes para cada pré-categoria apresentada						15	

**Quadro 6-** Pré-categorias de necessidades apresentadas pelas crianças às quais os psicólogos referem não estar preparados ou parcialmente preparados para atendê-las.

(o cálculo da porcentagem foi obtido considerando-se a frequência da resposta específica em relação à frequência total das respostas (15) para cada pré-categoria de necessidade).

De acordo com o quadro acima, a necessidade de alimentação afetada, isto é, comer compulsivamente aparece como a necessidade à qual os psicólogos se sentem menos preparados para atender. Em seguida aparecem as necessidades de movimentação excessiva e ajuda nas atividades de vida diária e, por último, a necessidade de comunicação afetada por dificuldade de oralização.

Necessidades afetadas de alimentação e de movimentação, como comer compulsivo e movimentação excessiva, respectivamente, a depender de inúmeros critérios diagnósticos, aparecem na literatura especializada dentro de quadros psiquiátricos, como transtornos alimentares, transtornos de alimentação da primeira infância e déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (DSM IV™, 1995). Embora existam controvérsias quanto à

freqüência de distúrbios psiquiátricos na população de deficientes mentais, Assumpção Jr. e Sprovieri (2000), escrevem que a freqüência desses é a mesma encontrada em populações com inteligência normal, destacando, ainda, que...

[...] o maior problema a nível da deficiência mental é sua relação com outros quadros psiquiátricos e o desconhecimento do psiquiatra em relação a ela, o que faz com que não consiga reconhecê-la de forma adequada, limitando-se à sintomatologia decorrente do próprio déficit cognitivo para que possa identificar outros sinais que a ela se superponham” (p.61).

Com relação a distúrbios alimentares, os autores, referindo-se a estudo realizado com portadores de deficiência mental, colocam como irrisória a presença desses nessa população, associando a existência dos poucos casos ao déficit cognitivo *“que dava ao paciente condições muito primitivas de relacionamento com o ambiente circunjacente, efetuado de forma predominantemente senhorial, buscando quase que exclusivamente a sua satisfação”* (p.56). Os mesmos autores ao referirem a presença de pica<sup>2</sup> e mericismo<sup>3</sup> no grupo estudado, relatam que esses distúrbios têm pouca melhora com terapêutica medicamentosa, respondendo melhor a intervenções de natureza comportamental.

Sobre a necessidade fisiológica afetada de movimentação excessiva, denominada hiperatividade, essa se traduz em quadro bastante complexo e pode estar associada com manifestações normais da infância ou até com quadros mais graves como transtorno de humor bipolar, ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Rohde et al. (2004), em extensa revisão de literatura sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) na infância e adolescência, escrevem, apoiados nos estudos de Souza et al. (no prelo), que *“Mais de 70% dos pacientes com TDAH que procuram ambulatórios especializados apresentam comorbidades”* (p.7) com transtornos de ansiedade, depressivos, bipolar, de

---

<sup>2</sup> De acordo com o DSM IV™ (1995), a característica essencial da Pica é o consumo persistente, pela criança, de substâncias não comestíveis como: tinta, reboco, cordões, cabelos, fezes de animais, areia, insetos, folhas ou pedregulhos.



conduta, de Tourette/tiques e com retardo mental. Para Assumpção Jr e Sprovieri (2000), a hiperatividade é muito freqüente em populações com deficiência mental, caracterizando-se tanto pelo aumento da atividade motora como pela dificuldade de fixar a atenção nas atividades.

Sobre as necessidades de comer compulsivamente e movimentação excessiva identificadas na amostra de crianças na fase exploratório deste estudo, provavelmente só um diagnóstico multiprofissional poderia esclarecer o grau de afetação daquelas. Em todo caso, mediante as inúmeras possibilidades que elas apontam, incluindo diferentes etiologias como, por exemplo, carências afetivas profundas e abandono em alguns transtornos alimentares (MARCELLI, 1998) ou anormalidades de neurotransmissores cerebrais em casos de hiperatividade (ASSUMPÇÃO JR.; SPROVIERI, 2000), como fica a atuação do psicólogo? Em todo caso, considera-se importante que o psicólogo, tenha um entendimento dessas diferentes manifestações, enquanto que presentes nas crianças com deficiência mental, objetos de sua ação, no sentido de saber desenvolver intervenções, sejam elas de psicoterapia, de orientação ou de encaminhamento a outro profissional.

Ainda com relação às necessidades fisiológicas afetadas, a necessidade de sono e descanso observada em algumas crianças da primeira amostra desta pesquisa também podem apontar para diferentes possibilidades etiológicas e diagnósticas que vão desde uma fadiga natural encontrada nessas crianças, passando por reações colaterais ao uso de certos medicamentos ou outras condições. Alterações do sono são muito comuns em transtornos psiquiátricos, sendo que tanto em crianças como em adultos é mais freqüente a insônia. No caso de depressão infantil, 75% das queixas referentes ao sono são referentes à insônia, sendo que a sonolência responde por 25% dos casos (LUCCHESI et al., 2005). De acordo com o DSM IV<sup>TM</sup> (1995), os transtornos do sono além de cursarem com outros transtornos mentais,

---

<sup>3</sup> Mercicismo ou Transtorno de Ruminação consiste na repetida regurgitação e remastigação de alimentos, que se desenvolve no bebê ou criança após um período de funcionamento normal (DSM IV<sup>TM</sup>, 1995).

podem ocorrer devido a uma condição médica geral, induzido por substância ou decorrer de “*anormalidades endógenas por mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília e frequentemente são complicados por fatores de condicionamento*” (DSM IV™, 1995, p.523), denominados esses últimos de Transtornos Primários do Sono.

Com relação às necessidades de segurança, especificamente, a necessidade de ajuda nas atividades de vida diária, sabe-se que essas se constituem em um grande desafio enfrentado por pais e educadores, no sentido de que as crianças com deficiência mental desenvolvam habilidades que lhes permitam um maior grau de autonomia e independência. Em crianças com deficiência mental, dificuldades percepto-motoras, cognitivas e lingüísticas podem estar presentes em decorrência de algumas síndromes (TRISTÃO; FEITOSA, 1998), dificultando a aquisição de comportamentos necessários às demandas da vida na sociedade. Garcia (1994), em estudo sobre o desenvolvimento de habilidades básicas em crianças com deficiência mental, embora não se referindo a programas de desenvolvimento de atividades de vida diária especificamente, aponta a importância da “*organização de ambientes estimulantes apropriados e o desenho de programas válidos e fiáveis para compensar, na medida do possível, os déficits neuropsicológicos de base destas pessoas*” (p.249), favorecendo o seu desenvolvimento pessoal. Ferreira, Nunes e Mendes (2004), em análise da produção científica referente aos 25 anos dos Programas de Educação Especial no Brasil, destacam que dentro do tema ensino-aprendizagem “*predominaram os estudos sobre linguagem e leitura/escrita, com reduzida freqüência de investigações sobre habilidades básicas e atividades de vida diária*” (p.31). Com base nessa constatação, entende-se que haja uma necessidade de estudos nessa área, dada a importância do desenvolvimento de habilidades básicas na criança para a realização de atividades necessárias a sua autonomia e segurança. Nesse sentido, se acredita que a Psicologia tenha um papel importante, enquanto ciência

geradora de conhecimentos sobre o desenvolvimento humano, aprendizagem e métodos de intervenção.

Quanto à necessidade de comunicação afetada por dificuldades de oralização, são muitos os quadros descritos na literatura, assim como inúmeros os fatores etiológicos envolvidos (DSM IV™, 1995; MARCELLI, 1998). Em crianças com deficiência mental, é muito comum a presença de dificuldades de comunicação marcada por dificuldades de linguagem que tanto podem ser na linguagem receptiva (compreensão) como na linguagem expressiva (oral e escrita) ou em ambas (SMITH; RYNDACK, 1999). Não cabe aqui repetir a importância da comunicação e da linguagem para o desenvolvimento humano, assim como os prejuízos causados por déficits nessa área. Contudo, considera-se importante se atentar para a necessidade que essas crianças têm de se comunicarem e que, muitas vezes estão impedidas por algum déficit orgânico ou de outra natureza, ocasionando frustrações e possíveis comportamentos destrutivos e agressivos.

## **7.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

A atuação profissional foi identificada por meio da análise das falas referentes aos modos como o profissional realiza o atendimento às necessidades básicas apresentadas pelas crianças com deficiência mental, permitindo evidenciar algumas considerações gerais sobre o atendimento, bem como a forma de operacionalização do mesmo.

### **7.4.1 Considerações gerais do atendimento às necessidades básicas**

- Caráter de ajuda / desenvolvimento de potencialidades / prevenção secundária

Com relação à atuação profissional, os psicólogos entrevistados não somente se sentem preparados para atender as necessidades básicas apresentadas pelas crianças com deficiência mental, na esfera de suas competências, como também crêem na importância desse atendimento, nitidamente marcado por um caráter de ajuda e de facilitação do desenvolvimento das potencialidades das crianças com deficiência mental.

*“... eu acho que o objetivo é de ajudar...não sei se seria muito de resolutividade porque a gente não consegue, não tem cura para isso. Então, a gente ajuda, desenvolvendo as potencialidade” (E10).*

*“A gente tem um olhar diferente, a gente respeita o ritmo dele. A gente tem uma capacidade de reconhecer cada passinho minúsculo que ele está dando. O psicólogo tem mais um referencial para isso” (E7).*

*“... qualquer informação, a orientação, o fato de você sentar, conversar com a família, o fato de você dar atenção a essa criança já é um ponto positivo para ela” (E1).*

Para alguns entrevistados, o objetivo do atendimento é mais no sentido de uma prevenção secundária, através do qual se busca evitar a cristalização de incapacidades na criança e seus efeitos nocivos para a sua auto-estima. Para tanto,

*“É importante investigar as habilidades da criança e desenvolver atividades de acordo com essas habilidades, evitando-se histórias de insucessos muito grandes e perda da auto-estima” (E15).*

Para o entrevistado acima, as atividades envolvendo pintura, música, artesanato, bordado, pintura e esportes são muito importantes para crianças com deficiência mental, considerando o prejuízo cognitivo que apresentam, bem como aquelas atividades que valorizam a afetividade, a solidariedade e a cooperação, enquanto aspectos presentes nessas crianças.

- Aceitação da criança em sua diferença

Em parte, percebe-se, também, no conteúdo das falas dos entrevistados, que o atendimento não é voltado para a erradicação de algum distúrbio, para uma cura, para uma normalização, embora essa perspectiva ainda esteja presente no conteúdo das falas de 2 entrevistados, mas de uma atenção voltada para a aceitação da criança em sua diferença. Para alguns entrevistados, como exemplifica o Entrevistado 4 ao se referir ao atendimento às necessidades de amor e pertencimento e de estima, o psicólogo deve estar muito atento para o caráter de patologização que se atribui a alguns comportamentos vistos na criança com deficiência mental como algo que...

*“... precisa ser cortado, precisa ser tirado e, na verdade, é uma forma de se comunicar que ele está usando. Ele grita, ele berra, mas será que dá para chegar e conversar ‘pessoal, vocês estão me excluindo e eu queria mais atenção de vocês?’...Pense na carga emocional que a gente vive no dia da gente com o nosso aparato intelectual. E a gente fica na angústia, no sufoco...E eles? Se ele não usa do recurso do movimento, se ele não usa do recurso de gritar, se ele não usa do recurso de se espalhar, ou seja para se expressar, para botar para fora o que está dentro? Ele vai usar o quê?” (E4).*

Assim, nesse sentido, esse mesmo entrevistado ressalta a importância de se buscar um entendimento desses fenômenos na perspectiva do momento de vida da criança, de suas relações e dificuldades de adaptação, lembrando também que muitos comportamentos são próprios da infância.

*“Muita coisa é da deficiência, muita coisa é da adolescência ou da infância, muita coisa é da situação de vida que ele está ali” (E4).*

Nessa mesma perspectiva de aceitação da criança em sua diferença, o Entrevistado 2, referindo-se ao atendimento das necessidades de crescimento, destaca que tanto as instituições educacionais como os profissionais ainda precisam avançar muito nesse

sentido. Para ele, as possibilidades oferecidas à criança com deficiência mental são ainda muito restritas e talvez marcadas...

*“por uma tentativa de normalizar o deficiente, esperar que ele tenha a aprendizagem da criança que não tem retardo. Realizações do tipo escolares e profissionais de uma criança normal” (E2).*

...o que é complementado pelo Entrevistado 4 ao afirmar que...

*“Não é só limitante o conceito que a gente tem de inteligência, mas também das possibilidades que a gente dá à pessoa para lidar com as suas dificuldades advindas da deficiência” (E4).*

Para o mesmo entrevistado, as atividades que envolvem o corpo e o movimento podem ser fontes de realizações das necessidades de crescimento como também importantes caminhos de elaboração de afetos, conforme relata...

*“Tem exemplos de atletas, deficientes ou não, que falam que quando estão tristes ou preocupados, eles se dedicam a sua atividade e ficam melhores, sem necessariamente estarem quebrando a cabeça com o problema específico” (E4).*

Nessa perspectiva, outro entrevistado refere a necessidade de se reconhecer que a criança com deficiência mental apresenta limitações cognitivas que a tornam diferente quanto à realização de suas necessidades de crescimento, havendo, portanto, uma necessidade de se encontrar alternativas que também tenham um valor socialmente e que sejam possíveis da criança atingir.

*“O menino que não sabe ler e escrever direito ou não tem potencial para crescer na escola, pode ser um bom agricultor ou auxiliar de pedreiro...essas atividades deveriam ser mais valorizadas socialmente e melhores remuneradas” (E15).*

Assim, esse entrevistado reconhece que a atenção às necessidades de crescimento das crianças com deficiência mental, só pela via da escolarização é difícil, apontando para a

necessidade de construção de uma mentalidade diferente em relação à questão do crescimento, bem como menos preconceito em relação às atividades consideradas menores (agricultor, ajudante de pedreiro, carroceiro, tarefas domésticas). O entrevistado lembra, ainda que essas são ocupações desenvolvidas por um grande número de pais e tios dessas crianças as quais ele atende.

- Caráter singular

Ficou patente em todas as entrevistas, o caráter singular do processo do atendimento. Nesse sentido, o atendimento, por remeter-se a um sujeito singular enquanto membro de uma família também singular, não pode ser descrito de forma generalizada, conforme ilustrado pelas falas a seguir:

*“...é muito complicado falar de uma forma generalizada porque cada criança é uma criança e cada família é uma família” (E9).*

*“Quando você pergunta qual é o procedimento, em termos gerais a teoria vai falar, mas em termos específicos, você vai ter um indivíduo, um temperamento específico e aí já muda tudo, não é?” (E4).*

Essa concepção de singularidade do sujeito parece estar de acordo com a desmistificação de verdades universais do fenômeno psicológico desencadeadas pela aproximação da Psicologia com as Ciências Sociais, principalmente a Antropologia e a Sociologia (BASTOS; ACHCAR, 2001; LO BIANCO et al., 2001). De igual modo, também parece pertinente às diferentes manifestações da criança com deficiência mental decorrentes de agravos neurológicos, percepto-sensoriais, de sua relação com o mundo, incluindo as diferentes formas das famílias lidarem com esta criança. Em todo caso, percebe-se o respeito do profissional às diferenças e singularidades de cada criança e de cada família.

- Trabalho multi e interdisciplinar

Para o atendimento às necessidades básicas das crianças com deficiência mental, os psicólogos, em sua maioria, reconhecem a importância do trabalho multi e interdisciplinar, confirmando as práticas contemporâneas de atuação em saúde e educação, face à complexidade dos fenômenos humanos.

#### 7.4.2 Operacionalização geral do atendimento

A análise das falas dos entrevistados revelou que a operacionalização do atendimento é feita em duas etapas específicas: o diagnóstico e a intervenção

- **O Diagnóstico**

O atendimento às necessidades básicas das crianças com deficiência mental inicia-se pelo diagnóstico, entendido pelos profissionais como uma fase de investigação, de pesquisa, na qual se procura identificar causas, problemas e variáveis relacionadas com o fenômeno estudado, assim como áreas adaptativas.

*“Em todas essas questões que serão abordadas, em todas essas categorias, eu uso da pesquisa, em todas elas” (E11).*

*“Antes de você começar a dar as orientações, você tem que fazer a anamnese, ver as condutas adaptativas, ver como é a relação dessa criança com essa família, ver a vida diária” (E9).*

A família e a escola, por meio de seus representantes, aparecem não só como fonte de informação, mas como foco mesmo da própria investigação na medida em que se buscam entendimentos da relação criança/família/ambiente próximo e criança/escola. As



técnicas utilizadas são a anamnese, as observações livre e estruturada, entrevistas e testes. As hipóteses orientadoras do diagnóstico são de natureza biológica, ambientais e psicológicas, com base nas quais, os entrevistados planejam e desenvolvem o processo de diagnóstico. Esse requer, muitas vezes, observações e entrevistas nos espaços onde a criança desenvolve suas atividades e relacionamentos, especificamente a família e a escola e, intercâmbio com outros profissionais. Com relação a esses profissionais, tem-se que o neurologista ou o neuropediatra é o profissional a quem mais se faz encaminhamentos, apontando para a sua importância na fase de diagnóstico, o que sugere que os psicólogos acreditam na possibilidade de distúrbios orgânicos influenciando nas diferentes manifestações da criança com deficiência mental. Por outro lado, não se observa referências ao psicopedagogo ou ao assistente social nessa etapa. Esse dado pode ser um reflexo da natureza do trabalho de uma parte expressiva dos profissionais entrevistados no qual o assistente social e o psicopedagogo são elementos permanentes das equipes de diagnóstico interdisciplinar, o que permite trocas de informações instantâneas, no momento mesmo em que as avaliações acontecem, ou outro motivo que não foi possível identificar. Em todo caso, esse é um dado que deve ser investigado.

Com base no modo de como os profissionais descrevem o desenvolvimento do processo de diagnóstico com as crianças com queixa de deficiência mental, depreende-se que esse não se assemelha àquele descrito na literatura que refere os profissionais de psicologia como críticos e colaboradores da escola no sentido de atestar uma deficiência, ou um obstáculo psicogênico à aprendizagem da criança (FRELLER citado por SANTOS, 2002). Ao contrário disso, observou-se profissionais preocupados com as relações que são estabelecidas com essa criança, seja no âmbito da família e da escola, enquanto facilitadoras ou prejudiciais ao desenvolvimento da criança.

- **A intervenção**

Com relação à intervenção, 14 (93,3%) psicólogos referiram que esse é feito em três esferas concomitantemente, a saber, com a família, com a escola e com a criança.

*“São três coisas muito ligadas: o papel do psicólogo, o papel da escola, o papel da família. Ou os três estão andando juntos ou nada feito” (E10).*

A partir das falas dos entrevistados, depreende-se que a família é representada basicamente pela mãe, em alguns casos, pela avó materna e, raramente, pelo pai, já que esse não comparece aos atendimentos, demonstrando que os cuidados com a criança com deficiência mental são realizados basicamente pela mãe, fato já constatado pela literatura da área (CHACON, 1999 apud ARAÚJO; PARDO, 2000). A escola por sua vez é representada pelo professor, seguida dos demais agentes educacionais ou quaisquer pessoas que desenvolvam vínculo com a criança.

A intervenção é planejada de acordo com as causas e/ou variáveis relacionadas com o fenômeno investigado na fase do diagnóstico. Observou-se que no atendimento às necessidades de estima e crescimento, os psicólogos enfatizam a importância de atividades que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades e habilidades das crianças.

- **Orientação à família e à escola**

Com relação à intervenção feita com a família e a escola, essa é basicamente de orientação e varia de uma concepção tida como pedagógica até uma conversa sem nenhuma imposição, na qual se busca uma sensibilização dos responsáveis pela criança no sentido de ajudá-la. Essas duas concepções podem ser identificadas nas falas a seguir:

*“Essa orientação pedagógica envolve a educação familiar e escolar. É orientação pedagógica no sentido de educação mesmo” (E6).*

*“(A orientação é) uma conversa sem imposição nenhuma, no sentido dela (mãe) despertar para o que está acontecendo e para o quê ela pode fazer para melhorar a situação dela e do filho” (E14).*

Os psicólogos entrevistados atribuem importância significativa à família para o desenvolvimento da criança com deficiência mental e consideram a aceitação da criança pela família, uma pré-condição para o seu desenvolvimento. De acordo com o Entrevistado 14, a aceitação da criança na comunidade depende de sua aceitação na família.

*“A família precisa acatar para que a sociedade aceite... Às vezes cito até como exemplo, de coisa que eu vi, de criança que não foi aceita e depois de um certo trabalho (com a família), a criança foi muito bem aceita, mas aceita mesmo e como depois todo mundo, a vizinhança passou a aceitar aquela criança” (E14).*

Esse entendimento está de acordo com os dados da literatura (GLAT; PLETSCHE, 2004; PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2001) que reconhecem que a inclusão social das pessoas com deficiência mental depende do nível das interações vivenciadas por essas pessoas na família. Apesar disso, percebeu-se, com base na análise geral das falas dos entrevistados referentes às orientações feitas às famílias, que elas carecem, muitas vezes, de procedimentos sistematizados. Mendes, Nunes e Ferreira (2002), com base na análise de 81 teses e dissertações sobre a atitudes e percepção acerca dos portadores de deficiências, reconhecem que ainda é pequeno o número de famílias que recebem atendimento especializado, afirmando que *“As instituições e escolas concentram seu atendimento apenas no indivíduo diferente e o trabalho com as famílias não tem sido considerado parte integrante do serviço”* (p. 129).

A parceria entre profissionais e família é a tônica atual das intervenções em saúde e que tende a se ampliar para outras áreas de atuação. Dessen e Pereira-Silva (2004), referindo-se aos estudos realizados por Carvalho (2000), escrevem que *“[...] a família tem se tornado uma parceira que é tanto beneficiária quanto prestadora de serviços de proteção e*

*inclusão social, partilhando as responsabilidades do estado, da sociedade civil e da iniciativa privada”* (p.179). Os estudos com crianças apresentando deficiências, transtornos do desenvolvimento e atrasos no desenvolvimento têm apontado a importância fundamental da mãe e da família para o desenvolvimento dessas crianças. Para Zamberlan e Biasoli-Alves (1996), citados por Dessen e Pereira-Silva (2004), a intervenção só com a criança não é suficiente para que ela se desenvolva. É necessário também que a família com todos os seus membros seja o foco da intervenção, na medida em que são seus principais agentes de cuidados e mediadores da sua relação com o mundo. Para tanto, Glat e Pletsch (2004), com base em estudos realizados no Brasil envolvendo o tema da família, recomendam “[...] *a análise e desenvolvimento de estratégias de orientação familiar, preferencialmente, sobre o enfoque interdisciplinar*” (p.4).

Com relação à orientação realizada com a escola, percebeu-se uma maior objetividade dos procedimentos, principalmente com relação aqueles profissionais que trabalham diretamente na escola, de modo que alguns incluem as orientações aos professores e outros profissionais da escola dentro do próprio planejamento interdisciplinar. Nesse sentido, o Entrevistado 15, referindo-se às necessidades de amor e pertencimento diz que a orientação é feita com todos os funcionários da escola na perspectiva do desenvolvimento dos laços afetivos em todas as atividades realizadas, bem como a socialização por meio de passeios, idas ao cinema e eventos. Com relação aos profissionais que não trabalham diretamente na escola, ou seja, os profissionais que atuam no serviço de diagnóstico, as orientações são pontuais e carecem de um processo que lhes permitam averiguar como elas são efetivadas pelos professores e os resultados alcançados.

Alguns psicólogos referiram orientações aos adultos enquanto mediadores das crianças com seus ambientes e com outras crianças, indistintamente, e dois profissionais referiram orientação aos pares, no caso das necessidades de estima, o que parece ser algo

muito relevante, considerando-se a importância de grupos positivos para o desenvolvimento humano saudável.

Uma maior discussão sobre as atividades de orientação aqui apresentadas não é cabível, considerando que não houve aprofundamento do tema durante a coleta de dados, bem como sua relação com os contextos de trabalho, pois se sabe que estes influem significativamente na ação do profissional.

➤ O atendimento à criança

Quanto ao atendimento realizado diretamente com a criança, esse é feito individualmente ou em grupo e desenvolvido tanto no consultório do psicólogo, como em sala preparada para esse fim na própria escola ou em outros espaços da mesma, em diferentes momentos como o da recreação, da merenda, da aula, assim como em espaços da própria comunidade. Nesse sentido, o Entrevistado 13 relata o trabalho que desenvolve na rua, com adolescentes com deficiência mental, no qual pretende atender às necessidades de segurança, estimulando a auto-confiança da criança e do adolescente.

*“Foi um trabalho que eu tive que ir com ele, traçando todos os pontos de referência. Se ele tivesse dúvida, a quem ele se dirigir; quais são os locais que ele poderia se dirigir, supermercado, farmácias, delegacias que ele encontrasse no trajeto dele para ir até em casa. Então, tudo isso vai criando, ele vai confiando, tendo confiança em si mesmo” (E13).*

Reportando-se à atenção às necessidades de crescimento da criança, o entrevistado 11 coloca que além de todo um trabalho de orientação com os professores, ele procura explorar com a criança todos os espaços da escola, incluindo hortas e jardins e acrescenta:

*“...eu acredito, eu acho que a gente está precisando mudar um pouco a prática do profissional de psicologia, de não ficar enclausurado dentro de uma sala, entendeu? A gente está precisando de ir atender lá fora, de interagir com esse ambiente... se essa criança é rotulada de deficiente, será o quê que esse ambiente está oferecendo*

*a essa criança? Será que esse ambiente não está fazendo com que aumente a chamada deficiência? E onde está a interação?” ( E11).*

Ambas as experiências se coadunam com as tendências apontadas na prática psicológica, iniciadas nos finais da década de oitenta que desenclausuram o psicólogo do consultório, colocando-o em outros espaços, em contato com a realidade onde se estabelecem as relações (LO BIANCO et al., 2001).

Para a realização do atendimento à criança, os psicólogos entrevistados referem técnicas psicodramáticas, comportamentais, de psicomotricidade, de ludoterapia e de arteterapia e os instrumentos privilegiados são os lúdicos como jogos, bonecos, desenho, música; a própria fala, vídeos, entre outros.

Com relação ainda ao atendimento, foi possível identificar no conteúdo das falas em relação a necessidades específicas, que o prognóstico que orienta a intervenção, de um modo geral não é positivo. No caso do atendimento às necessidades de segurança, por exemplo, o Entrevistado 9 atrela o sucesso da intervenção a condições específicas da criança e ao empenho da família, conforme pode ser visto.

*“O tempo de resposta, de melhora, depende de cada família e de cada criança... Se a família não seguir nada da orientação que eu dou, que é para ajudar na rotina, não vai adiantar...” (E9).*

Essa concepção ainda que possa expressar uma constatação, pois se sabe das dificuldades de qualquer família seguir orientações e, não raro, até de entendê-las, parece isentar de certa forma, a responsabilidade do profissional. Assim, talvez fosse pertinente também ao psicólogo refletir sobre o processo de como essa orientação está sendo feita. Observa-se, na prática, que as famílias buscam serviços ou profissionais que compartilhem e/ou a ajudem na rotina diária com a criança e receber orientações muitas vezes equivale a uma reafirmação de sua responsabilidade, para a qual, muitas vezes, acha-se impotente,

acarretando no não seguimento das orientações recebidas. Então, talvez, mesmo considerando esta constatação, o processo da orientação deva também ser o foco de reflexão e de análise, no sentido de que até que ponto a orientação está atendendo às necessidades daquela criança e daquela família naquele momento, e até que ponto está sendo compreendida pelas famílias.

Referindo-se, ainda, ao atendimento às necessidades de segurança, o Entrevistado 10 faz o seguinte relato da sua prática:

*“Eu digo sempre para a mãe, para o pai, para quem procura: olha, não existe cura. Ele não vai tomar um remédio, fazer um tratamento durante anos e ficar curado. Não. Você vai aprender, passar para o seu filho para que ele aprenda, para que ele aprendendo, ele possa, digamos assim, ser o mais independente possível” (E10).*

De igual modo, um prognóstico negativo como o visto acima, também pode ser observado no contexto das necessidades de crescimento. Nesse contexto, os psicólogos entrevistados reconhecem que a criança com deficiência mental tem limitações cognitivas que irão interferir no seu potencial de realização, de crescimento. Para o Entrevistado 2, por exemplo, o desenvolvimento dessas crianças dependerá do oferecimento de oportunidades condizentes com suas limitações e potencialidades, afirmando que na atualidade, isso parece não ocorrer, uma vez que os serviços estão centrados na aprendizagem formal de conhecimentos, conforme já discutido anteriormente.

Um outro exemplo de prognóstico negativo pode ser observado também no contexto das necessidades de estima, quando o Entrevistado 2 refere que a criança com deficiência mental vai ter mais dificuldade em relação à auto-estima do que a criança normal, na medida em que sempre haverá um não excludente a essa criança; uma comparação entre ela e seus irmãos, entre ela e seus colegas.

*“... ela vai estar sempre num plano em que as coisas estão aquém para ela... a dificuldade de conseguir avançar, de ter uma resposta que lhe dê uma certa sensação de capacidade, de que ela consegue, de que ela pode (fazer) igual aos outros” (E2).*

Esses prognósticos, aparentemente duros, se forem levados em conta também o caráter e qualidade das intervenções, para além de serem entendidos como uma atitude de descrença do profissional nas potencialidades da criança, devem ser vistos como uma coerência entre os saberes cientificamente construídos sobre os prejuízos cognitivos e adaptativos da deficiência mental (CID-10, 1993; DSM IV<sup>TM</sup>, 1995) e aqueles construídos com base na experiência, nos quais se observam poucos avanços conseguidos com as crianças com deficiência mental comprovada para além das séries iniciais de escolarização, bem como em relação a um maior grau de autonomia e independência em crianças com deficiência mental moderada. Essa coerência, entendida como um compromisso com a verdade, não pode ser usada como um dado contra a criança<sup>4</sup> no sentido de justificar práticas errôneas e descompromissadas de professores e outros profissionais, inclusive os psicólogos. Ao contrário, deve ser o ponto de aliança entre o profissional e os agentes mediadores do desenvolvimento dessa criança, através da criação de estratégias que considerando de fato essas dificuldades, concentrem-se nos pontos fortes dessas crianças, de suas potencialidades e também nos pontos fortes desses agentes e da comunidade como um todo. Nessa perspectiva, Glat e Pletsch (2004) escrevem que o êxito de qualquer programa com a criança especial, seja de natureza educacional ou de saúde, vai depender da clareza das expectativas tanto dos familiares, quanto dos profissionais em relação não só à pessoa com deficiência, mas também aos recursos disponíveis. Assim, as autoras advogam que o objetivo da orientação profissional deve se centrar na ajuda às famílias *“[...] a encontrar o equilíbrio entre a aceitação das limitações e dificuldades que seu filho terá em consequência de sua necessidade especial por um lado, e a crença em suas possibilidades de amadurecimento, aprendizagem e inclusão social, por outro”* (GLAT; PLETSCHE, 2004).

---

<sup>4</sup> O compromisso do profissional com a verdade foi exposto por Jesús Palacios Gonzalez no contexto dos procedimentos necessários à adoção de crianças na Espanha durante aula na USP de Ribeirão Preto em 2004.



Observa-se que a operacionalização do atendimento às necessidades básicas é feita de acordo com uma orientação geral, tendo como procedimento inicial a realização do diagnóstico, procedendo-se a seguir com a intervenção de acordo com causas e/ou variáveis identificadas. Diante disso, são apresentados, a seguir, os resultados da análise das falas por pré-categorias específicas, limitando-se à apresentação apenas de algumas especificidades em relação às mesmas, uma vez que os procedimentos relativos à operacionalização foram descritos, muitas vezes, de forma generalizada, conforme explicado na análise de dados. Considerando que alguns psicólogos responderam não se sentir preparados para atender algumas necessidades afetadas, julgou-se pertinente apresentar a análise qualitativa de suas respostas referentes às mesmas, procurando-se estabelecer um contraponto com as falas dos que se sentem preparados.

#### **7.4.3 Atendimento específico por necessidades**

- **Necessidades fisiológicas**

- 1) sono e descanso

- **Os que se sentem preparados**

**O diagnóstico:** a análise das respostas em relação às necessidades de sono e descanso permitiu identificar que o processo de diagnóstico frente às alterações nessa categoria é guiado por algumas hipóteses causais agrupadas conforme a disposição a seguir.

- a. orgânicas: no sentido de que há uma alteração na resposta fisiológica resultante do efeito de medicação ou do seu uso excessivo;
- b. ambientais: decorrentes de problemas na família, de não ter dormido bem à noite, da rotina familiar, de pouca estimulação;
- c. psicológicas (defesa): fuga do ambiente escolar, a criança não quer estar naquele ambiente.

Com base nessas hipóteses, os psicólogos procuram aprofundar a pesquisa diagnóstica. Sobre a investigação do ambiente familiar da criança, o Entrevistado 11 chama à atenção para a influência do tipo de habitação no rendimento e dinâmica da criança.

*“É um quarto de vila? Como é que é esse quarto de vila? É um conjunto residencial popular, como é que é?...Tudo isso interfere no rendimento dessa criança e aí, se você mora num quarto de vila onde moram pai, mãe e três irmãos. É uma vila, então tem brigas de casais, barzinho por perto. Tudo isso vai interferindo na dinâmica dessa criança” (E11).*

A investigação de como a mãe está dando a medicação à criança também é apontada por um entrevistado como necessária. Com base na sua experiência, ele relata ter constatado muitas vezes o emprego excessivo de medicação pelas mães.

*“As mães davam em casa porque achavam que a criança estava agitada demais. Então, o médico mandava dar 10 gotinhas e elas, às vezes, aumentavam por conta própria”(E6).*

Os psicólogos referem, ainda, a necessidade de se encaminhar a criança ao neuropediatra para maiores esclarecimentos, quando necessário. A investigação de como estão sendo desenvolvidas as atividades escolares também foi destacada.

**A intervenção:** o trabalho posterior de intervenção, caso seja do âmbito de sua competência, é de orientação à família e à escola de acordo com as causas identificadas. O

atendimento à criança não foi referido. Com relação à orientação à família foram citadas as recomendações seguintes: adequar o ritmo de sono às necessidades da criança; rever o uso do medicamento; oferecer estímulos adequados. As orientações citadas em relação à escola foram: deixar a criança dormir; instituir uma hora de descanso depois do almoço.

➤ **Os que não se sentem preparados**

Com relação às necessidades fisiológicas de sono e descanso, o Entrevistado E7 referiu não se sentir preparado para atender essa necessidade, embora a prática tenha lhe permitido fazer algumas inferências, como:

*“Muito raramente eu me sinto preparada para trabalhar com sono e descanso. Acho que não. Normalmente o psicólogo faz muito a pesquisa de onde vem isso, o quê que é isso. Por exemplo, às vezes, eles (os pais) querem que uma criança durma mais ou menos, mas às vezes, o ambiente é muito perturbador e, às vezes, não. Eu já percebi crianças que a fisiologia delas é aquela. Têm um ritmo de uma necessidade de sono muito maior e que tem de ser respeitado” (E7).*

Para exemplificar a sua fala, o entrevistado faz menção a uma experiência vivenciada por ele.

*“...a gente tinha uma criança que sentia uma necessidade muito grande de dormir durante a manhã, o horário que ele freqüentava a escola. Durante um tempo, ele foi transferido para a tarde, para se fazer um teste, mas ele também tinha. É como se ele tivesse um período de vigília menor, mas que como ele era forçado a uma rotina que exigia uma vigília maior do que a do ritmo fisiológico dele, então ele ficava sempre com sono. Então, na verdade, a gente ajudou, demos algumas orientações na época para a família dar um pouco mais de liberdade...Porque a única coisa que a gente pode fazer em relação a ele naquela época era respeitar. Não fizemos nenhuma intervenção” (E7).*

O Entrevistado 7 diz que muito tempo depois de convívio com a criança, fazendo leituras, descobriu que existe tratamento para o sono e que também hoje a fisioterapeuta trabalha com isso. É interessante registrar que o entrevistado não considerou o trabalho de

orientação que fez com a família e com a escola quanto à mudança de horário, uma intervenção, do que se pode inferir que essa não foi considerada uma intervenção legítima talvez por falta de um suporte teórico-metodológico ou talvez, que a intervenção legítima seria a de um tratamento que levasse a cura dessa necessidade permanente de sono, que poderia ser realizado por outro profissional, no caso, uma fisioterapeuta.

A despeito da observação acima, é importante notar que embora o psicólogo refira não estar preparado para atuar com uma dada necessidade, ele faz uma intervenção, ainda que esta não corresponda às suas expectativas e mesmo reconhecendo não ter a resposta, ele continua estudando o fenômeno. Nesse sentido, parece que o entrevistado não reconhece o encaminhamento a outro profissional como uma intervenção.

## 2) Movimentação excessiva

### ➤ **Os que se sentem preparados**

**O diagnóstico:** com relação às necessidades de movimentação excessiva, as hipóteses etiológicas que orientam o diagnóstico são:

- a. orgânicas: problemas neurológicos (hiperatividade, atenção difusa, déficit de atenção, distúrbio de concentração);
- b. ambientais: excesso de atividades (escola/consultórios), inadequação do processo ensino-aprendizagem, pouca estimulação, ambiente familiar conturbado;
- c. psicológicas: ansiedade.

Estas direções estão de acordo com as apontadas na literatura que tendem a investigar o fenômeno da hiperatividade sob diferentes aspectos (RHODE et al., 2004).

No processo de diagnóstico, eles procuram aprofundar a pesquisa das relações da criança no meio familiar e na escola (na sala de aula, no recreio e na adequação do processo ensino aprendizagem), recorrendo ao encaminhamento ao neuropediatra ou ao psiquiatra quando necessário.

*“...porque, de repente, se faz necessário essa criança tomar algum medicamento, porque ela não está nem se controlando e está aí a neurologia com toda a tecnologia medicamentosa” (E11).*

**A intervenção:** é feita de acordo com as causas identificadas e realizada através de orientação à família e à escola, bem como com a própria criança. Na orientação à família foi referida a necessidade de dar a medicação certa e com relação à orientação à escola foram citados os seguintes aspectos: planejamento das atividades em conjunto com o professor especial ou psicopedagogo; não chamar muito à atenção da criança para que ela não se prevaleça disso, oferecer tarefas que a agradem, dar-lhe atividades que a envolva com outras crianças.

Para o atendimento à criança foram referidas técnicas de ludoterapia, psicomotricidade, relaxamento, utilizando-se atividades que acalmem por meio do uso de argila, massa de modelar e água, assim como a colocação de limites através de atividades realizadas em sala pequena e de brincadeiras estruturadas.

Considerando a frequência de hiperatividade em crianças com deficiência mental e a procura de ajuda do profissional de psicologia para esses casos, entende-se que o aprimoramento dos modos de intervenções psicológicas, cada vez mais deva ser buscado.

Com relação ao prognóstico, foi identificado o seguinte conteúdo na fala do Entrevistado 8:

*“Se for ansiedade, a criança vai melhorar com a ludoterapia” (E8).*

➤ **Os que não se sentem preparados**

O Entrevistado 3 refere não se sentir preparado para atender às necessidades fisiológicas afetadas de movimentação excessiva em crianças com deficiência mental. O entrevistado reconhece que tem uma dificuldade de lidar com essa movimentação e que não teve nenhum preparo para lidar com esse fenômeno, acrescentando que a movimentação excessiva...

*“... dificulta a atenção no que eles (as crianças) estão elaborando, muitas vezes, tendo que interromper mais de uma vez o que eles estão fazendo por conta dessa agitação. Então, eu percebo isso como também uma dificuldade para realizar a tarefa” (E3).*

Observa-se no relato do entrevistado uma preocupação com o desempenho da criança em detrimento de uma contextualização do que está ocorrendo com a criança. Essa conduta parece ser explicada, em parte, pela natureza do trabalho que o entrevistado desenvolve, no qual reconhece a existência de uma lista de espera muito grande para realização de psicodiagnóstico em curto espaço de tempo. Nesse sentido, o entrevistado deixa entrever que a realização das atividades inerentes ao psicodiagnóstico, por parte das crianças, entra em conflito com a busca de um entendimento da necessidade de movimentação excessiva da criança, enquanto aspecto a ser considerado no próprio processo de diagnóstico.

Ainda com relação à necessidade de movimentação excessiva, outro entrevistado diz que...

*“... não me sinto preparada para estar controlando o movimento da criança. A gente tinha muita criança assim, (com) esse movimento repetitivo e compulsivo. Não me sinto preparada para isso também” (risos) (E7).*

## 2) Comer compulsivamente

### ➤ Os que se sentem preparados

**O diagnóstico:** dentre os psicólogos que se sentem preparados para atender às necessidades de comer compulsivamente, um entrevistado considera esse fenômeno como uma característica própria da criança com deficiência mental, no sentido de que eles comem com muita rapidez. De modo geral, no entanto, as hipóteses etiológicas orientadoras do diagnóstico dessa necessidade afetada são:

- a. psicológicas: ansiedade, dificuldades relacionadas à oralidade, ao desmame, carências afetivas e compensação;
- b. ambientais: falta de atenção por parte de pessoas significativas na família e no ambiente.

**A intervenção:** a intervenção é feita de acordo com as causas identificadas e realizada por meio de orientação à família e à escola, bem como com a criança. Na orientação à família foram referidos: trabalho de educação familiar, de ensinar a criança a comer, assim como a necessidade de mudança de atitude em relação à criança. Com relação à escola também foi citada a necessidade de um trabalho educacional, de ensinar a criança a comer, de não deixar a criança comer sozinha, se lambuzar, derramar refrigerante.

Quanto ao atendimento à criança, foram referidos trabalhos de orientação, de educação (não precisa comer tanto, vai fazer mal, todas as pessoas têm uma medida), como de psicoterapia.

Na perspectiva do prognóstico, de acordo com o Entrevistado 8, a ansiedade da criança tende a diminuir quando a família passa a lhe dar mais atenção.

*“Às vezes, quando você muda essa atitude em casa e quando (a família) começa a se voltar para a criança, ela vai diminuindo essa ansiedade” (E8).*

### ➤ Os que não se sentem preparados

Com relação à necessidade de alimentação afetada, expressa por uma necessidade de comer compulsivamente, o Entrevistado 3 diz não estar preparado para lidar com esse fenômeno, acrescentando que...

*“Eu inclusive lido com isso numa outra instituição com pacientes que têm essa compulsão por alimentação. Isso daí realmente cria uma dificuldade no trabalho porque é o tempo todo solicitando alimento. Cria até um desconforto na equipe inteira de ter que lidar com isso, com o apelo constante de comer, de se engasgar, passar mal. Então, eu acho que eu não estou preparada para isso não...” (E3).*

Ainda sobre a necessidade de comer compulsivamente, o Entrevistado 7 refere que às vezes se sente preparada a depender da situação, embora não especifique quais as situações em que se sente preparada para atuar. Referindo-se a sua experiência, relata:

*“A gente trabalhava com reeducação alimentar, mas era uma coisa muito precária também, não era uma coisa assim... Como era que era isso? Era na prática. A gente ia substituindo alimentos ou por atividades ou estabelecia, ia impondo regras. Era uma coisa muito, um pouco empírica também, eu acho” (E7).*

O entrevistado atribui, também, ao nutricionista a função de atuar com os distúrbios alimentares.

*“Eu não sou nutricionista para estar lidando com distúrbios alimentares, embora seja psicóloga e possa trabalhar também com distúrbios alimentares” (E7).*



Com relação às necessidades fisiológicas de sono e descanso, movimentação excessiva e comer compulsivamente, o Entrevistado 2 respondeu que às vezes se sente preparado, a depender do caso.

*“Nesse primeiro capítulo, a parte fisiológica, geralmente eu me sinto limitado em relação à minha formação. Aí eu diria que às vezes, depende do caso. Vou dizer porquê. A dificuldade de sono e descanso, de movimentação excessiva e de comer compulsivamente, tem a ver não só com o fator fisiológico, mas também, às vezes, educacional” (E2).*

Nesse sentido, o Entrevistado 2 diz que é na anamnese com os pais onde é feita a investigação de fatores fisiológicos e ambientais relacionados com a resposta afetada de satisfação dessas necessidades, de modo que quando constata indícios dos primeiros, realiza encaminhamento aos profissionais competentes. Por outro lado, procede com a orientação à família quando detecta aspectos relacionados com a dinâmica de vida da criança, com o seu ambiente social. Essa orientação, no entanto, o entrevistado coloca que é feita *“a partir de uma certa experiência que você tem”*, no sentido de promover algumas alterações na rotina da criança. É interessante observar mais uma vez, que a despeito dos psicólogos considerarem a orientação à família condição indispensável ao desenvolvimento da criança, é possível inferir, a partir de relatos como esse, que na prática, esse tipo de intervenção não parece se assentar em bases teórico-metodológicas consistentes.

- **Necessidades de segurança**

- 1) Necessidades de proteção

➤ **Todos afirmaram sentir-se preparados**

**O diagnóstico:** com relação às necessidades de proteção afetadas, os psicólogos orientam o diagnóstico com base nas seguintes hipóteses causais:

- a) orgânicas: alerta cognitivo muito baixo, não ter noção de perigo;
- b) ambientais: desproteção, superproteção, algo aprendido, relacionado com os vínculos, segregação;
- c) psicológica: crianças que são amedrontadas por natureza.

A pesquisa diagnóstica é aprofundada na avaliação da realidade familiar e escolar e por meio da observação do comportamento da criança em diferentes ambientes.

**A intervenção:** a intervenção é feita com base nas causas identificadas. Na orientação familiar foram citados os seguintes aspectos: mostrar a importância de ambientes que criem sentimentos de proteção; trabalhar com treinamento; evitar superproteção; deixar experimentar. Com relação à escola também foram colocadas as necessidades de se mostrar a importância de ambientes que criem sentimentos de proteção; de não colocar a criança em situação de competição; de fortalecer a auto-estima. Tanto na família como na escola, o adulto deve fazer a mediação entre a criança e o mundo, conforme a fala do Entrevistado 2.

*“... o adulto como mediador da criança com o mundo e com as outras crianças, tanto no caso dessa criança que se não se defende como com a que agride, que ele vá dar algumas rédeas à criança, para que ela não seja tão agressiva, mas também que não seja tão indefesa. Intervenha, faça uma mediação” (E2).*

Sobre o atendimento à criança foi referida a importância de orientação educacional à criança sendo citadas técnicas psicodramáticas e comportamentais.

Com relação ao prognóstico, de acordo com dois entrevistados, a criança tem condições de avançar.

*“...ela tem condições de avançar um pouquinho mais. De certa forma, também, vai fazer com que ela vá melhorando essa estima, vá vendo que é possível ir mais adiante nessas coisas” (E1).*

*“Tem casos que com a orientação à família, orientação ao professor, a criança vai. Não é a questão da técnica especificamente que você vai aplicar com a criança que vai fazer ela andar. É mais uma questão de vínculo da pessoa que convive com ela” (E4).*

## 2) Necessidades de ajuda nas atividades de vida diária

### ➤ Os que se sentem preparados

**O diagnóstico:** com relação às necessidades de segurança, foi possível identificar que os psicólogos que se sentem preparados para atender às necessidades de ajuda nas atividades de vida diária, orientam a pesquisa diagnóstica com base nas seguintes hipóteses causais:

- a. orgânicas: intrínsecas à deficiência;
- b. ambientais: pouca estimulação, poucas oportunidades de experimentação, algo aprendido, descrédito no potencial da criança, superproteção;
- c. psicológicas: dificuldades emocionais

Com base na análise das respostas, foi possível identificar, também, que os psicólogos atribuem grande importância à observação do comportamento da criança em vários ambientes para a identificação de comportamentos aprendidos em função do ambiente ou se corresponde a dificuldades inerentes aos quadros da deficiência. Os relatos evidenciam a importância da investigação da relação da mãe com a criança e também da relação entre idade

cronológica e habilidade de se auto-defender, de realizar atividades de vida diária. O encaminhamento ao terapeuta ocupacional quando necessário, também foi citado.

**A intervenção:** para a intervenção ao atendimento das necessidades de ajuda nas atividades de vida diária, os psicólogos entrevistados referem que essa deve ser adequada às causas e ao nível da deficiência, considerando as dificuldades e potencialidades da criança. A intervenção é realizada por meio de orientação à família e à escola, assim como por meio do atendimento à criança.

Na orientação à família foram citadas as seguintes recomendações: necessidade de sensibilizar a família para ajudar a criança; o estabelecimento de uma rotina de atividades com a criança a ser seguida pela família e escola; fazer as atividades com a criança passo-a-passo; usar técnicas de condicionamento operante.

Em relação à orientação à escola foram feitos os seguintes destaques: mostrar a importância de que o processo de treinamento seja o mesmo para a escola e a família; a necessidade de repetição, de não interrupção; de aproveitar os programas destinados à escola como um todo para ensinar às crianças medidas de higiene corporal. Nesse sentido o Entrevistado 15 citou, como exemplo, um programa de parceria, destinado a esse fim, entre a escola e alunos do curso de enfermagem.

Com relação ao atendimento à criança, foram destacadas as necessidades de um trabalho educacional ou de psicoterapia e as técnicas citadas foram: psicodramáticas, psicomotoras, comportamentais.

➤ **Os que não se sentem preparados**

Com relação às necessidades de ajuda nas atividades de vida diária, o Entrevistado 7 não se sente preparado para atendê-las e reconhece o atendimento como sendo da competência do terapeuta ocupacional.

*“... é uma atividade que na minha visão, está muito relacionada com o trabalho da terapeuta ocupacional” (E7).*

Já o Entrevistado 9, por sua vez, reconhece que embora a Psicologia tenha como trabalhar essas necessidades, isso depende de domínio do profissional em psicologia comportamental.

*“Aqui eu colocaria ‘às vezes’ porque entra em questão mesmo de treinamento. A psicologia tem como trabalhar essas questões, mas a gente encontra, às vezes, dificuldade. Aí vejo a área da psicologia que trabalha melhor é a comportamental” (E9).*

Assim quando o caso requer um processo mais sistematizado, ele encaminha para o terapeuta ocupacional, a quem atribui a capacidade de obter melhores resultados, conforme sua fala:

*“Você pode entrar com orientação à família, trabalhar com a criança mesmo, usando de modelo, ali interagindo com usos de brinquedo como exemplos. Dá para trabalhar, mas tem casos que eu vejo que precisam de uma coisa mais sistemática e aí, às vezes, eu encaminho para a Terapia Ocupacional para enfocar” (E9).*

*“...mas aí é assim, a gente tenta fazer uma rotina, trabalha com orientação à família, dá toda uma orientação de como pode ser feito, mas eu percebo que o trabalho com a criança ali, eu acredito que a Terapia Ocupacional trabalha melhor ou usando a ferramenta da psicologia comportamental (E9).*

É importante observar que a Psicologia desde o final do século XIX, com Wundt e Freud, deu início a uma produção incessante de conhecimento sobre o fenômeno humano. Passando por diferentes escolas, a Psicologia desenvolveu teorias sobre o desenvolvimento humano, sobre a aprendizagem, sobre a personalidade, sobre psicopatologia e métodos de tratamento, além de inúmeros outros em intercâmbio com outras áreas do conhecimento, difíceis de serem citados aqui, sendo possível afirmar, entretanto, que praticamente em todas as áreas de atuação se constata a aplicação desses conhecimentos. No campo específico da atuação do psicólogo, no entanto, tem-se percebido, por parte de alguns psicólogos, um

possível não compromisso com esses saberes, na medida em que deixam entrever em seus relatos e ações que o conhecimento produzido na área é destinado ao uso de outros profissionais e não a ele. No caso da amostra específica deste estudo, isso pode ser verificado em relatos como, por exemplo, “*eu não sou nutricionista para estar lidando com distúrbios alimentares*”, quando o Entrevistado E7 referiu-se não estar preparado para atender a necessidade fisiológica afetada de fome, ou quando o Entrevistado 9 atribui ao terapeuta ocupacional uma maior capacidade de trabalhar com a criança as atividades de vida diária. O referido entrevistado atribui essa capacidade ao terapeuta ocupacional como sendo decorrente do grau de sistematização com que esse profissional desenvolve a sua prática. Para esse mesmo entrevistado, no entanto, a sistematização na atuação do psicólogo, pode ser conseguida por meio da psicologia comportamental, de modo que se pode pensar que as outras formas de abordagem não são passíveis de sistematização, o que talvez não ocorra. Nesse sentido, mesmo reconhecendo-se a importância e a sistematização das técnicas comportamentais para o atendimento a essas crianças, julga-se importante a construção de procedimentos sistematizados, independente da orientação teórica adotada, permitindo ao profissional uma maior confiança na sua atuação.

Retomando os conteúdos da fala do Entrevistado 9, observou-se que o mesmo, seguindo a rotina de procedimentos com relação às outras necessidades, procura identificar na fase de diagnóstico as causas, levantando hipóteses de que essa necessidade de ajuda nas atividades de vida diária pode decorrer tanto de dificuldades psicomotoras inerentes aos quadros de deficiência mental como de aspectos emocionais e procedendo à intervenção de acordo com as causas identificadas. Essa investigação pode ser feita tanto com a criança tanto no espaço do consultório como em outros ambientes. Quanto à intervenção, essa tem que ser necessariamente feita com a criança e com a orientação à família e à escola.

Ainda sobre a necessidade de ajuda nas atividades de vida diária, o Entrevistado 11 não se sente preparado e acrescenta:

*“Eu acho que é uma coisa não trabalhada em mim. Quando eu vejo cocô, xixi, caindo alimento, eu nunca consegui... por isso o autista mexeu muito comigo, porque eu via a menina menstruada, pegava o modess, puxava e eu não sabia lidar, não sabia lidar” (E11).*

Essa é uma situação concreta e pode ocorrer em crianças e adolescente com comprometimentos mais acentuados exigindo serviços de apoio constante com a orientação de um profissional especializado que pode ser um psicólogo. De acordo com Glat (1999), *“Comportamentos adaptativos devem ser direta e especificamente ensinados pelo psicólogo, ou pelos professores e pais sob a orientação do psicólogo”*(p.4).

- **Necessidades de amor e pertencimento**

Neste grupo, apenas em relação à pré-categoria comunicação houve referência a não se sentir preparado.

1) Necessidades de interação, amizade e afeto.

**O diagnóstico:** não foram encontrados nas falas dos entrevistados conteúdos referentes ao diagnóstico, tendo essas necessidades sido citadas como inerente ao ser humano.

**A intervenção:** a intervenção é feita no sentido de promover o desenvolvimento e satisfação dessas necessidades. Os psicólogos citaram a importância da orientação à família e à escola, sem especificação de procedimentos, e o atendimento à criança. Esse atendimento pode ser realizado diretamente nos locais onde a criança se encontra, ou por meio de psicoterapia. As técnicas citadas foram as psicodramáticas e os instrumentos foram a música, o desenho, os fantoches, bonecos e as almofadas.

## 2) Agressão (como necessidade de amor e pertencimento)

**O diagnóstico:** o diagnóstico de agressão como manifestação de necessidade de amor e pertencimento, de acordo com o conteúdo das falas dos entrevistados, é orientado com base nas seguintes hipóteses causais:

- a) ambientais: aprendida, reprodução de modelos, consequência das relações ambientais, desamor;
- b) psicológicas: traço próprio.

Os procedimentos de diagnóstico baseiam-se nas entrevistas com pais e professores, bem como a observação no espaço escolar.

**A intervenção:** é adequada às causas, sendo realizada por meio de orientação à família e de orientação à escola. Com relação à orientação à família foi citada a importância de mostrar à família a necessidade da criança se sentir amada. Não foram identificados conteúdos referentes à orientação à escola.

Sobre o atendimento a criança foi referida a importância da psicoterapia que pode ser realizada tanto no ambiente de consultório como em outros espaços.

*“A agressão é uma coisa que incomoda muito mais e, pelo fato de incomodar muito mais, chama-se mais o psicólogo. A questão de estar todo dia falando com a mãe, a professora reclamar... Isso faz com que você se mobilize mais para atuar em outros ambientes que não seja só na clínica” (E1).*

As técnicas citadas foram de ludoterapia, psicodrama, psicomotricidade e modificação do comportamento. Os instrumentos são os lúdicos, como o uso de fantoches.

## 3) Necessidade de comunicação (dificuldade de se expressar oralmente)



➤ **Os que se sentem preparados**

**O diagnóstico:** sobre a pré-categoria necessidade de comunicação quando há alteração na expressão oral, foi possível identificar que os psicólogos realizam o diagnóstico com base nas seguintes hipóteses etiológicas:

- a. orgânicas: inerentes aos quadros de deficiência mental moderada; problemas fono-articulatórios, bloqueio físico;
- b. psicológicas: bloqueio emocional, mutismo, timidez, vergonha da própria forma de falar.

O diagnóstico é feito com a ajuda da fonoaudióloga a quem a criança é encaminhada.

**A intervenção:** para a intervenção, a maioria dos entrevistados referiu buscar ajuda da fonoaudióloga quando necessária. A intervenção é feita de acordo com as causas, por meio de orientação à família e à escola e também diretamente com a criança.

Para os psicólogos entrevistados, a comunicação é fundamental para o trabalho com a criança e canais de comunicação devem ser buscados em todas as situações, por meio de diferentes recursos.

*“Acho que o papel do psicólogo, em todas as situações, em cada uma dessas, é criar a possibilidade de comunicação. Sem comunicação não tem nada. Está antes da saúde, está antes da educação” (E4).*

*“É complicado você estar falando de procedimentos, de coisas específicas... quando a situação é mais essa: vincular, oportunizar e comunicar. Porque as vezes, você está com uma criança que não fala. Daqui a pouco ela olha para você, dá um piscadinha, aí você repete, ela faz um igual, aí você faz o que ela fez... ali já está ocorrendo comunicação, troca, e dentro daquela comunicaçãozinha, daquela coisa mínima, você conseguiu pegar um dado da realidade...” (E4).*

*“...uma coisa que eu utilizo muito é a magia da música. Eu uso muito ou fita cassete ou CDs. Eu procuro investigar, é a coisa da pesquisa. Isso eu já pego com a família, com a mãe. Se a criança gosta de música, que tipo de música? Se ela gosta de assistir programas, que tipos de programas” (E11).*

*“Tive que fazer o curso, sentar com elas (fonoaudiólogas), ter um treinamento de comunicação alternativa para poder chegar ao mundo da criança” (E9).*

Esses relatos constataam a importância que os psicólogos entrevistados atribuem à comunicação, evidenciando uma preocupação significativa com a escuta dessas crianças.

Com relação ao prognóstico, foi possível identificar no conteúdo da fala do Entrevistado 7 que, mesmo reconhecendo que algumas crianças não irão falar devido a impedimentos orgânicos, elas podem se desenvolver.

*“Tem deficiente mental que não fala e que não vai falar; que você sabe que ele não vai falar. Tem alguma outra complicação (orgânica) que vai impedir essa comunicação oral” (E7).*

*“... a comunicação não precisa necessariamente ser uma comunicação verbal. Se você estimula outros focos de desenvolvimento (cognitivos), ela vai aprendendo (E7).*

### ➤ Os que não se sentem preparados

Dentre os 15 psicólogos entrevistados, um referiu não se sentir preparado para atender às necessidades de comunicação da criança, quando esta comunicação está afetada por dificuldades orais e justifica:

*“...porque muitas vezes nós vamos fazer diagnóstico em relação se a criança é deficiente mental ou não e ela tem dificuldade de comunicação. Ela pode até ter deficiência também. Nós vamos avaliar a questão psicológica dela. Então, eu percebo uma dificuldade sim, nesse sentido, quando ela não fala, quando ela não oraliza, fica mais difícil sim” (E3).*

#### 4) Isolamento

**O diagnóstico:** o diagnóstico da necessidade afetada de amor e pertencimento, isolamento, é feito com base nas seguintes hipóteses causais:

- a) orgânicas: traço autístico; algo inerente à deficiência mental;
- b) ambiental: resultado das interações ambientais;
- c) psicológicas: sentimento de rejeição, auto-estima baixa, agressividade contida.

**A intervenção:** é feita de acordo com as causas e realizada por meio de orientação à família e à escola, assim como o atendimento à criança. Os entrevistados não referiram procedimentos de orientação à família. Com relação à orientação à escola foram identificadas as seguintes sugestões: só colocar a criança no grupo que ela goste; introduzi-la aos poucos; propor brincadeiras com poucas crianças; chamá-la sempre pelo nome; favorecer o contato da criança com diferentes atividades; mostrar aos professores sobre a importância dos grupos positivos para a criança.

Para o atendimento à criança foi citada psicoterapia e técnicas de psicodrama e ludoterapia. Os instrumentos são os lúdicos como fantoches, jogos e casinha.

Com relação ao prognóstico, para o Entrevistado 4, um grupo acolhedor, positivo, é de grande importância para o desenvolvimento da criança.

*“Se o grupo for positivo, ela vai melhorar, senão desanda” (E4).*

- **Necessidades de estima**

- **Todos afirmaram sentir-se preparado**

## 1) Auto-estima

**O diagnóstico:** o diagnóstico da necessidade de auto-estima afetada (auto-estima baixa) é orientado por hipóteses diagnósticas causais, como:

- a) ambientais: consequência de valorização atribuída à criança pela família, depreciação por parte de colegas e professores;
- b) psicológicas: frustração, insucesso.

No diagnóstico, além dos procedimentos comuns a todas as outras necessidades, foi enfatizada a investigação de habilidades.

**A intervenção:** é feita de acordo com as causas e com as habilidades da criança e por meio de orientação à família e à escola, bem como do atendimento à criança. Não foram identificados conteúdos específicos quanto à orientação à família e à escola. Sobre o atendimento à criança foram citados trabalho de psicoterapia e de oficinas.

Com relação ao prognóstico, foi possível identificar que esse é positivo quando é favorecida à criança a oportunidade de realização de seus potenciais.

*“Quando o deficiente mental descobre que ele é hábil para fazer alguma coisa, a auto-estima dele aumenta” (E15).*

## 2) Necessidade de acertar (desobedecer à regra)

**O diagnóstico:** não foram identificadas hipóteses orientadoras referentes ao diagnóstico de desobedecer à regra como mecanismo de satisfação da necessidade de acertar.

Esse foi considerado um mecanismo de adaptação que a pessoa encontra quando a regra é muito limitante. Na concepção do Entrevistado 2,

*“A gente está o tempo todo tentando encontrar melhores formas de lidar com situações que, nem sempre, são da regra... As regras norteiam, mas não devem limitar o sujeito” (E2).*

Para esse mesmo entrevistado o problema é quando “*escapar se torna a regra*”. Nesse sentido, dois entrevistados destacam a necessidade de se investigar se a desobediência à regra é uma constante ou se ocorre em situações específicas.

**A intervenção:** é feita por meio de orientação à família e à escola e do atendimento à criança. Com relação à orientação à família foi citada a importância de se passar algumas regras para a criança. Procedimentos de orientação à escola não foram especificados.

Com relação ao atendimento à criança foi citada a importância de um trabalho de orientação, educativo.

### 3) Necessidade de atenção exclusiva

**O diagnóstico:** a análise dos conteúdos das falas dos entrevistados mostra que a necessidade de atenção exclusiva é tida como inerente ao ser humano, conforme ilustrada na fala do Entrevistado 2:

*“Isso é coisa de criança e até de adulto. Está dentro da demanda de amor de todos nós. A criança com deficiência mental lida com isso de forma menos elaborada” (E2).*

**A intervenção:** foi referida apenas a orientação à escola.

#### 4) Necessidade de chamar atenção

**O diagnóstico:** com relação ao diagnóstico foi citada a necessidade de se investigar se o comportamento é realmente para chamar a atenção. A hipótese etiológica citada por um entrevistado foi ambiental e referente à negligência por parte da mãe.

**A intervenção:** é realizada por meio de orientação à família e à escola e também aos pares da criança, assim como o atendimento à criança. Não foram especificados procedimentos de orientação. Com relação ao atendimento à criança, foram citados trabalhos de psicoterapia, ludoterapia e de orientação.

#### 5) Necessidade de liderança

A necessidade de liderança foi vista como uma potencialidade devendo a escola e a família estimular ao máximo essa potencialidade.

- **Necessidades de crescimento**

- **Todos afirmaram sentir-se preparado**

**O diagnóstico:** os entrevistados se referiram às necessidades de crescimento no conjunto. A hipótese orientadora do diagnóstico é orgânica, ou seja, inerente à deficiência mental, no sentido de que as áreas de crescimento sofrem prejuízo em decorrência do déficit cognitivo. Destacou-se a importância de se identificar o nível de desenvolvimento da criança (potencialidades) e as necessidades ou carências.

**A intervenção:** a intervenção deve ser planejada com o professor. Sobre a orientação à família, foram citados os seguintes aspectos: oferecer estímulos adequados; trabalho específico com a família, principalmente quando a expectativa é muito grande; oferecer elogios às realizações da criança. Quanto à orientação à escola, foram citadas as seguintes recomendações: trabalhar os aspectos que estão poucos desenvolvidos; trabalhar as atividades das mais simples para as mais complexas; acrescentar atividades novas e continuar com as antigas, discutir com o professor as necessidades de crescimento da criança; trabalhar as eficiências, potencialidades; trabalhar atividades psicomotoras.

Com relação ao atendimento à criança, esse pode ser feito individualmente ou em grupo com vistas a desenvolver as potencialidades da criança. As técnicas citadas foram: ludoterapia, psicodrama, psicomotricidade, orientação psicopedagógica e os instrumentos foram os jogos, desenho, recursos artísticos, além da exploração dos ambientes (cinemas, academias, restaurantes).

Com relação ao prognóstico, na concepção da maioria dos entrevistados, a criança com deficiência mental vai precisar sempre de estimulação.

*“As necessidades de crescimento vão precisar sempre de estimulação” (E1).*

*“A criança com retardo mental, por mais que ela esteja bem afetivamente, emocionalmente, socialmente, é preciso reconhecer que ela tem dificuldade, ela tem limitações. E isso vai necessariamente, determinar aí um prejuízo no seu potencial de realização, de crescimento” (E2).*

*“A criatividade talvez seja a área mais importada, mais difícil de ser resgatada; talvez seja pouca e talvez não seja bem estimulada” (E1).*

De modo geral, percebe-se no conjunto das respostas dos psicólogos em relação às 23 categorias de necessidades apresentadas, que a graduação do psicólogo não é uma garantia do seu preparo para atender a essas necessidades do grupo de crianças estudado. Há os que se

sentem preparados e os que se sentem parcialmente ou totalmente despreparados. Para entender esta questão, buscou-se, também, saber quais as fontes de preparo.

## 7.5 FONTE DO PREPARO

Com relação à fonte do preparo para atender às 23 pré-categorias de necessidades apresentadas pelas crianças, obteve-se um total de 1216 respostas distribuídas em 7 fontes. 14 psicólogos (93%) indicam a prática profissional como a principal fonte do preparo para o atendimento às necessidades apresentadas. A graduação aparece em segundo lugar como fonte do preparo, citada por 13 psicólogos (86,6%). Uma visão geral da frequência das fontes é apresentada na tabela 9.

**Tabela 9** - Fonte do preparo indicada pelos psicólogos para o atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental.

Fonte	Entrevistado		Total de respostas considerando o somatório de respostas positivas a cada uma das necessidades elencadas (23)	
	N	%	N	%
Graduação	13	86,6	261	21,4
Cursos de curta duração	10	66,6	185	15,2
Especializações	9	60,0	174	14,3
Formação em área clínica	8	53,3	161	13,2
Mestrados e doutorados	1	6,6	20	1,6
Prática profissional	14	93,3	300	24,6
Outras alternativas	6	40,0	115	9,4
Total	-	-	1216	100,0

Para facilitar a compreensão dos resultados expostos na tabela acima, é importante destacar que os psicólogos entrevistados fizeram referências às seguintes especializações: psicomotricidade, psicodrama, psicossomática, deficiência mental, educação especial, psicoterapia fenomenológica existencial, técnica e prática de ensino. Sobre a formação em área clínica, referiram formação em psicodrama, psicoterapia fenomenológica existencial



humanista, psicanálise e psicoterapia junguiana. Na categoria mestrados e doutorados foi citado mestrado em educação e na categoria outras alternativas, citou-se leituras, experiência profissional como professora anterior à graduação, formação pessoal, feeling, seminários e palestras e, por último, treinamento. Feitos esses esclarecimentos, depreende-se que o preparo do psicólogo para atender às necessidades básicas de crianças com deficiência mental compreende um conjunto de fontes que vão além da formação universitária, concentrando-se, principalmente, na prática profissional, haja vista a ênfase nas respostas quando se referiam a esta fonte.

*“Tudo que eu fiz, tudo que a gente estava fazendo na prática, tudo que eu fiz era muito de experiência, era muita coisa empírica” (E7).*

*“Eu percebi que a questão da prática ajuda muito. Não que todas as crianças sejam iguais. Claro que cada uma tem uma subjetividade, mas o trabalho com uma vai ajudando o trabalho com a outra” (E10).*

*“Então, minha experiência me diz o seguinte, que onde eu mais aprendi foi na prática” (E12).*

As fontes do preparo estendem-se, ainda, às formações extra-acadêmicas em área clínica, e a outros contextos como a própria formação de vida de cada um, experiências profissionais anteriores à graduação e características pessoais como feeling. É interessante observar que mesmo a graduação tendo sido apontada quantitativamente como a segunda maior fonte do preparo, em termos qualitativos, essa importância não é enfatizada, conforme presente no relato a seguir.

*“A graduação, não. Porque na graduação, na verdade, quer dizer, eu acho que eu estou sendo um pouco cruel com a graduação. Mas assim, a graduação, em si, ela dá uma oportunidade a gente de ter uma pincelada das coisas. Então, ela desperta para a gente coisas onde a gente pode ir atrás...” (E5).*

O resultado da análise qualitativa que se segue permitirá uma melhor visibilidade desse aspecto.

- **Mecanismos destacados em relação às fontes do preparo**

De acordo com a análise de conteúdo das respostas, foi possível identificar alguns mecanismos destacados pelos entrevistados em relação às fontes do preparo, apresentados no quadro a seguir.

Graduação	Prática	Formação clínica	Cursos de curta duração	Outras fontes de preparo			
				Leitura	Feeling	Formação pessoal	Experiência profissional como professora anterior à graduação
principal mecanismo de aprendizagem (3)	principal mecanismo de aprendizagem (3)	principal mecanismo de aprendizagem (1)	complemento para a construção de uma metodologia assistencial específica (1)	complemento para a construção de uma metodologia assistencial específica (1)	pré-condição (1)	principal mecanismo de aprendizagem (1)	mecanismo complementar importante de aprendizagem (2)
não prepara para a atuação (4)	construção de uma metodologia assistencial específica (4)	no conjunto (7)	.aprendizagens superficiais (1)	mecanismo complementar importante de aprendizagem (1)	não refere (14)	não refere (14)	não refere (13)
desperta o interesse (1)	fonte de aprendizagem que não está nos livros (1).	não refere (7)	.no conjunto (8)	.no conjunto (2)	-	-	-
no conjunto (5)	no conjunto (6)	-	não refere (5)	não refere (11)	-	-	-
não refere (2)	não refere (1)	-	-	-	-	-	-

**Quadro 7** - Mecanismos destacados em relação à fonte do preparo.

Obs.: entre parêntese aparece o número de psicólogos que destacaram o mecanismo.

Considerando-se a prática como o principal mecanismo de aprendizagem (3 citações), como o espaço para a construção de uma metodologia assistencial específica (4 respostas) e como a fonte de aprendizagem que não está nos livros (1 resposta), é possível inferir que esta fonte se sobressaia das demais, tendo em vista que a graduação (segundo mais citado) aparece em 3 respostas como o principal mecanismo, e nas outras respostas apenas como o despertar do interesse, contribuição no conjunto, complementar, ou não contribuição, o mesmo acontecendo com as demais.

Com base nesse resultado, depreende-se que, provavelmente por falta de uma metodologia assistencial específica<sup>5</sup> e própria para o atendimento a essa clientela, cada profissional cria, a partir de sua prática, um método pessoal de atendimento. Esse fato aponta para a necessidade da criação de um modelo assistencial sistematizado destinado a essa clientela que instrumentalize melhor a prática, facilitando o exercício profissional e o alcance de seus objetivos.

- **Fontes do preparo em relação às necessidades humanas básicas**

**Tabela 10** - Frequência de respostas pelas fontes do preparo em relação às necessidades básicas de crianças com deficiência mental.

Fonte	Necessid. Fisiológicas		Necessid. Segurança		Necessid. Amor/pert.		Necessidad . Estíma		Necessid. Cresciment o		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Grad.	24	19,2	16	19,0	88	22,2	68	20,4	65	23,2	261	21,4
Curs.	21	16,8	14	16,6	62	15,6	48	14,4	40	14,2	185	15,2
Espec.	15	12,0	9	10,7	59	14,9	49	14,7	40	14,2	172	14,0
Form. Clín.	17	13,6	13	15,4	51	12,9	42	12,6	40	14,2	163	13,4
M/D	2	1,6	2	2,3	6	1,5	6	1,8	5	1,7	21	1,70
Prát. Profis.	35	28,0	22	26,0	93	23,5	84	25,3	65	23,2	299	24,50
Outras Alter.	11	8,8	8	9,5	36	9,0	35	10,5	25	8,9	115	9,40
Total	125	100,0	84	100,0	395	100,0	332	100,0	280	100,0	1216	100,0

Na tabela 10, é possível observar que ao se comparar os totais gerais com o total específico por cada categoria de necessidades, a prática profissional se mantém em todas elas como a fonte mais citada, com destaque para as necessidades fisiológicas, nas quais a prática profissional é referida em 35 respostas (28%), seguida de 24 respostas (19,2%) referentes à

<sup>5</sup> A metodologia assistencial é aqui entendida como a sistematização de métodos para atenção integralizada às necessidades do cliente, de acordo com seus níveis de dependência, seja do fazer, ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar (HORTA, 1979).

graduação. Na categoria crescimento, se observa uma igualdade de importância da prática profissional e graduação, ambas com 65 respostas (23,2).

É importante observar, também, com base nos resultados da análise qualitativa, que a categoria das necessidades fisiológicas com suas alterações corresponde àquela que os psicólogos se sentem menos preparados para atendê-las, alguns chegando a referir que não receberam nenhum conhecimento advindo da graduação ou quaisquer outras fontes.

*“Então, por exemplo, do ponto de vista da graduação, da especialização, da formação clínica, nada, eu diria que não, tá certo?”(E2).*

Nesse sentido, muitos recorrem aos conhecimentos extraídos da sua experiência para o exercício da sua prática profissional. A observação de mães que dão aos filhos medicamentos em doses excessivas, de ambientes tumultuados por brigas em família ou na vizinhança, alcoolismo, excesso de atividades decorrentes da peregrinação da criança por consultórios, em atividades escolares e extra-escolares, dentre outras, levam os psicólogos a formularem hipóteses acerca de alterações das necessidades fisiológicas de sono e movimentação excessiva, além daquelas já descritas na literatura, como as manifestações de hiperatividade presentes nos quadros de deficiência mental, por exemplo.

Embora reconhecendo que os psicólogos entrevistados consideram no atendimento a essas necessidades perspectivas orgânicas, ambientais e psicológicas, ou seja, as multidimensões dos fenômenos estudados e da deficiência mental, conforme já visto, ressalta-se a importância de intervenções amparadas em conhecimentos científicos recentes nas áreas médica e psicoeducacional, bem como procedimentos metodológicos mais sistematizados. Entendendo, porém, que a atuação profissional sofre significativas interferências dos contextos onde as atividades se desenvolvem, buscou-se, também, investigar os elementos restritivos e propulsores do trabalho profissional do psicólogo, ou

seja, as dificuldades e facilidades que o profissional encontra para o atendimento à criança com deficiência mental.

## **7.6 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

As dificuldades e facilidades para o exercício profissional do psicólogo para o atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental foram agrupados de acordo com 4 núcleos de sentido.

- 1) Serviço público/ instituição não governamental
- 2) Família
- 3) Criança
- 4) Atuação do psicólogo

A disposição desse agrupamento encontra-se abaixo.

### **Dificuldades**

- 1) Serviço público / instituição não governamental

- **Aparato institucional inadequado**
  - escassez de serviços (médicos, escolas, oficinas)
  - escassez de profissionais
  - má qualidade dos atendimentos (serviços de saúde, instituições de ensino superior)

- falta de uma política comprometida ( muito oba-oba, interrupção de convênios)
- falta de suporte financeiro às famílias
- despreparo dos profissionais
- despreparo dos pediatras
- despreparo dos professores (rejeição, dizem não estar preparados)
- professores doentes
- falta de recursos materiais

## 2) Família

- mães que não colaboram (não ajudam, falta de interesse, falta de compromisso, que colocam impedimentos)
- não participação do pai
- dificuldade da família em mudar a perspectiva com relação à rejeição ou a superproteção
- manutenção da deficiência
- dificuldade de compreensão dos limites e potencialidades do filho.
- rejeição
- descrença na evolução da criança
- situação sócio-econômica das famílias (pobreza e miséria das famílias, carência de tudo, inclusive de orientação e, dificuldade de acesso aos serviços)
- falta de esclarecimento da família quanto à importância da psicologia

### 3) Criança

- isolamento
- dificuldade para se comunicar
- sexualidade

### 4) Atuação psicológica

- **atuação do psicólogo de outras instâncias ou instituições externas ao profissional**
  - atendimentos dentro do modelo clínico sem considerar o ambiente da criança, que contemple também a escola e a família
  - má qualidade dos atendimentos oferecidos nos poucos serviços de saúde
  - atendimento insatisfatório em instituições de ensino superior (serviços de estágios: curto espaço de tempo, mudança de estagiário, falta de continuidade)
- **atuação específica do profissional entrevistado**
  - dificuldades em relação a outras fontes (não reconhecimento do trabalho pelas famílias; trabalho limitado em relação à orientação à família, ao diagnóstico; não ser entendido nos serviços de educação).
  - dificuldades pessoais (dificuldade de interagir no nível da brincadeira; auto-cobrança)
  - dificuldades teórico-técnicas (falta de domínio em arteterapia; limitação dos instrumentos psicológicos de acesso à subjetividade; despreparo na graduação)

## Facilidades

### 1) Serviço público / instituição não governamental

- não existem
- escola de educação especial
- equipamento material necessário
- disponibilidade das crianças (instituição não governamental)
- professores

### 2) Família

- participação
- ajuda

### 3) Atuação psicológica

- **atuação específica do profissional entrevistado**
  - capacidade pessoal de compreensão
  - facilidade de interação
  - disponibilidade
  - capacidade de acolhimento
  - capacidade de empatia
  - prática profissional
  - trabalho integrado em equipe



Os psicólogos que compõe a amostra desse estudo, conforme especificado no capítulo referente ao método, são, em sua maioria, funcionários da rede pública estadual de ensino, atuando alguns, também, em instituições não governamentais e na área de saúde. Muitos desses psicólogos atuam em serviços de diagnósticos voltados para orientação, acompanhamento escolar e encaminhamentos a outros serviços da comunidade, considerados adequados às necessidades apresentadas pelas crianças. Esses serviços são compostos por escolas, instituições, serviços de saúde da rede pública e das instituições de ensino superior, dentre outros. O trabalho do psicólogo, entendido nesse contexto, é apenas uma parte de uma grande rede de atuações envolvendo profissionais das áreas de educação, saúde e ação social, basicamente. Nesse contexto, o desenvolvimento da criança vai depender do grau de articulação e trocas de informação dos diferentes segmentos que compõe a rede de serviços, assim como da qualidade da prestação desses serviços, de modo que ao denunciar uma série de dificuldades de caráter estrutural no serviço público, o psicólogo o faz porque essas dificuldades afetam o seu trabalho, constituindo-se em elementos restritivos da sua ação profissional. Entende-se que, a despeito da complexidade dessa temática, essas dificuldades demandam dos profissionais a construção de um espaço de interlocução, no qual essas questões possam ser tratadas e elaboradas propostas de enfrentamento das mesmas com a participação das autoridades responsáveis. É preciso que a rede de serviços tenha vários pontos de articulação, permitindo a parceria entre os profissionais e o fluxo de informações para o favorecimento do desenvolvimento das crianças.

Com relação à família, essa foi apontada tanto como fator restritivo quanto como fator propulsor à atuação profissional do psicólogo com crianças com deficiência mental. Para os psicólogos, algumas famílias não só não colaboram como também apresentam dificuldades de compreensão dos limites e potencialidades das crianças, apresentando ainda condutas de rejeição ou de superproteção, o que impede o desenvolvimento da criança. Muitas famílias

também não têm uma compreensão da importância do trabalho do psicólogo, dificultando mais ainda a sua ação. A situação sócio-econômica das famílias inseridas num contexto de pobreza e miséria também foi apontada como um fator bastante restritivo ao trabalho do psicólogo. Com relação a essas colocações, percebe-se que talvez elas devam ser entendidas não apenas como elementos restritivos, mas como elementos mesmos de um entendimento que configure uma outra forma de abordagem, de orientação, de conduta, que contemple essa família. Mendes, Nunes e Ferreira (2002), apoiadas em estudos que abordam essa temática, recomendam a *“necessidade de criar, implementar e avaliar programas de assistência e intervenção psico-educacional centrados nas necessidades das famílias de indivíduos com necessidades educacionais”*(p.129). Nesse sentido, pesquisadores como Araújo (2004), Araújo e Pardo (2000), Dessen e Pereira-Silva (2004), Sigolo (2004) e Williams e Aiello (2004) têm se empenhado na criação de modelos sistematizados de intervenção com família, de modo que esses modelos devem ter uma divulgação junto aos profissionais que estão atuando com crianças com deficiência mental.

Verifica-se, ainda, no contexto da produção científica na área, uma tendência em prol do desenvolvimento de alternativas que possibilitem um trabalho consistente com a família, em detrimento de se apontarem culpados. De acordo com Mendes, Nunes e Ferreira (2002) *“elencar alternativas de crescimento destas relações (relações entre os membros da família) parece ser mais importante que identificar culpados, no sentido de minimizar os entraves que se desenvolvem nessas relações”* (p.128). Nos dizeres do Entrevistado 11, o trabalho desenvolvidos por psicólogos que atendem comunidades carentes também pode ser uma porta de aproximação com essa família e talvez um meio de ajuda mais concreto.

*“Então, eu acho que a maior dificuldade é falta de esclarecimento, a pobreza, a miséria em que vivem essas crianças. Eu vejo, eu nunca trabalhei, mas vejo que esses programas que se tem hoje em favelas, programas de baixa renda onde tem um psicólogo envolvido... o psicólogo tem um campo vastíssimo de trabalho junto a essas famílias, uma vez que deslocá-las é muito difícil”* (E12).

Sobre a atuação profissional, os psicólogos entrevistados fizeram dois tipos de referências: uma relacionada à atuação de psicólogos de outras instâncias ou instituições e outra relacionada à atuação específica do próprio entrevistado.

Com relação ao primeiro tipo de referência, os psicólogos entrevistados colocaram que além de, praticamente, não existirem serviços de atendimento psicológico para a comunidade de um modo geral, para crianças e adolescentes com deficiência mental, esses praticamente não existem. São as instituições de ensino superior, por meio dos serviços de psicologia aplicada, que recebem essas crianças, às vezes colocadas em listas de esperas, nas quais aguardam mais de um ano para serem atendidas. Na percepção de alguns entrevistados, esses serviços são de má qualidade e não favorecem o desenvolvimento da criança. Eles consideram que os atendimentos realizados pelos estagiários são feitos em tempo limitado, sem continuidade e dentro do modelo da clínica tradicional, que, limitada ao espaço do consultório, desconsidera a importância da família e da escola para o desenvolvimento da criança.

*“...o que a gente encontra são atendimentos muitos centrados na questão da clínica e que não vê as outras áreas que têm que ser pesquisadas, que têm que ser trabalhadas, que tem que ter orientação á família, que nem que seja uma vez, ir na escola, ou entrar em contato com essa professora e saber como é que está essa criança”( E1).*

Com relação a essa crítica, é importante a pesquisa quanto à existência de professores supervisores no corpo docente das instituições de ensino superior habilitados para supervisão de estagiários no atendimento a essas crianças. Sabe-se que as formações em psicologia em anos atrás foram marcadas pela precariedade do ensino, principalmente no âmbito das instituições privadas e, marcadamente, no que toca a existência de laboratórios e aos serviços de estágios supervisionados, de modo que se observa, ainda hoje, em algumas faculdades, falhas nesse sentido (ANTUNES, 2004). No âmbito de professores universitários,

habilitados para a formação de novos profissionais, dentro da perspectiva da inclusão, onde todos, sem exceção, compartilham dos mesmos direitos aos bens e serviços da comunidade, esse é um tema que merece um aprofundamento, uma vez que é a Universidade o lugar onde se espera que a geração e sistematização do conhecimento numa dada área possibilitem atuações práticas fundamentadas técnica e teoricamente. Essa expectativa, no entanto, nem sempre é atendida. Em 1995, Amiralian já denunciava que *“Nos cursos de Psicologia muito pouco é dado sobre a questão das deficiências e muito pouco valor é dado ao conhecimento do desenvolvimento das pessoas com deficiências (p.38)*. Transcorridos 10 anos após essa afirmação, ainda se observa, na prática, que os professores formadores, para além daquele pequeno número de especialistas na área de educação especial, conhecem muito pouco sobre os portadores de deficiência de um modo geral.

Sobre a atuação específica do profissional entrevistado, em relação à natureza do trabalho que desenvolve no âmbito do serviço público, em especial, da Educação Especial, com objetivo de encaminhamento escolar, alguns profissionais não se sentem reconhecidos, prestigiados pelas famílias, na medida em que afirmam que são poucos os pais que após o diagnóstico e encaminhamento escolar dão retorno ao profissional quanto ao desenvolvimento da criança, constituindo-se em motivo de frustração para o profissional e conseqüentemente um elemento restritivo para a sua atuação profissional. Alguns entrevistados reconhecem também que o problema não é específico à criança, que a família dessa criança, além das dificuldades materiais que enfrenta, passa por uma série de conflitos que requerem ajuda e que necessitaria de uma intervenção mais sistematizada.

*“...acaba a gente se sentindo limitada para poder ajudar, já que no máximo que a gente consegue é orientar a família, mas dar a ajuda que ela precisa, não” ( E3).*

Para esse mesmo entrevistado, a escola também precisaria de uma assistência melhor, uma vez que as orientações dadas nem sempre são seguidas por falta de recursos

humanos preparados e falta de recursos materiais, de modo que o trabalho do psicólogo não consegue atingir o fim desejado.

Os profissionais entrevistados apontaram ainda dificuldades pessoais para a atuação profissional com os portadores, a saber, dificuldade de interagir com a criança no nível da brincadeira, e auto-cobrança. Para o Entrevistado 4, interagir com a criança de um modo geral exige uma disponibilidade de interação no nível de brincadeira, sendo que dificuldades nessa esfera serão potencializadas com a criança com deficiência mental.

*“A dificuldade é essa de disponibilidade, e é uma coisa bem mais minha do que de qualquer outra pessoa que esteja atendendo criança, que é estar disponível para interagir nesse nível de relação (brincadeira, lúdico)... Agora pense numa criança com deficiência. Então essas coisas se potencializam, vai exigir mais de você, do seu lado criança, senão você não vai empatizar, não vai se comunicar” (E4).*

A auto-cobrança também aparece como uma dificuldade pessoal para a atuação profissional, conforme expressa nos fragmentos de relatos que se seguem.

*“Como é que eu vou encaminhar uma criança dessa (muito comprometida, que não fala) com alguma certeza ou com alguma orientação para o professor se eu não estou compreendendo?... muito mais por uma limitação minha do que da criança” (E4).*

*“O compromisso para mim dobra com essa criança. Por que? Porque a criança que vem e não tem exatamente um comprometimento, ela vai apontar para você, mais ou menos quando você não está indo bem. O deficiente mental, muitas vezes, por uma questão de lógica, de raciocínio mesmo, ele não consegue exatamente apontar. Então eu me sinto muito mais cobrada por mim mesma quando eu atendo uma criança com deficiência mental” (E5).*

Despreparo na graduação, falta de formação complementar em alguma área, como, por exemplo, em arteterapia, e limitação dos instrumentos psicológicos de acesso à subjetividade, aparecem como dificuldades de caráter teórico-técnico.

*“Nem sempre eu acho que a gente atende às necessidades de saúde psicológica daquela criança. O acesso à subjetividade é difícil, mesmo usando o desenho. Você*

*tem que ficar lutando para tentar adivinhar o que está acontecendo... até que ponto o seu instrumento de interpretação, de acesso é bom”? (E7).*

Com relação à criança, as dificuldades apontadas foram: o isolamento da criança, a dificuldade para se comunicar e questões referentes à sexualidade.

Uma análise geral das dificuldades apontadas pelos psicólogos para o atendimento à criança com deficiência mental, permite dizer que essas dificuldades se encontram na estrutura, qualidade e dinâmica dos serviços, no próprio profissional e nos seus instrumentos de trabalho e também na criança e na sua família. Essa compreensão aponta para a ocorrência de mudanças significativas do olhar do profissional de Psicologia em relação à criança com deficiência mental e ao seu atendimento. Parece que não se trata mais de um olhar baseado numa concepção puramente organicista que predominou nos anos 50 e 60 (MALUF, 2001), nem numa concepção meramente educacional que tende a centrar todas as dificuldades e soluções na escola, mas numa concepção que tende a privilegiar a multidimensão do fenômeno da deficiência mental, apontando para a incorporação dos novos paradigmas a esse respeito.

No tocante às facilidades ao exercício profissional com crianças com deficiência mental, com relação ao serviço público, a maioria referiu que essas não existem, que se trata de um trabalho extremamente difícil. Um entrevistado citou a Escola Especial como espaço de facilitação do trabalho do psicólogo, assim como para o desenvolvimento da criança.

*“As facilidades são assim, é encontrar um ambiente possível de se poder fazer um trabalho... as facilidades, eu ainda volto a dizer que estão no espaço psicopedagógico que as escolas (da rede pública) oferecem, especialmente as escolas de educação especial que apesar da filosofia da inclusão colocar como segregadora, essas na realidade, são espaços mais preparados que outras escolas que ainda não estão preparadas para receber a criança portadora de deficiência mental” (E6).*

A disponibilidade de material necessário para o atendimento e os professores interessados e colaboradores foram referidos como elementos facilitadores da atuação

profissional do psicólogo, bem como a disponibilidade das crianças para o atendimento psicológico nas instituições não governamentais. No âmbito da atuação profissional, as características pessoais como facilidade de compreensão e de interação com a criança, disponibilidade, capacidades de acolhimento e empatia são apontadas como elementos facilitadores do trabalho com crianças com deficiência mental. Essas características, se acredita, constituem-se num inestimável potencial para a escuta e compreensão dessas crianças em suas necessidades e desejos, podendo, ainda, serem potencializadas com o emparelhamento de procedimentos sistematizados de atendimento. Os profissionais referiram ainda, como elementos facilitadores, a prática profissional e o trabalho de equipe. Com relação à família, essa foi tida como o elemento mais facilitador da atuação do psicólogo, quando disposta a colaborar. No tocante à criança, não foram apontadas facilidades.

Com base nas descrições acima, observa-se que no atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência, são encontradas poucas facilidades em comparação com o leque de dificuldades apresentadas. Acredita-se, no entanto, que essas facilidades podem ser potencializadas através de ações que preparem melhor o profissional para atuar em parceria com a família e com a escola/professor.

Considerando, segundo os psicólogos entrevistados, que as suas atuações dependem da prática subsidiada pela graduação, foi-lhes solicitado quais as disciplinas julgadas importantes.

## **7.7 DISCIPLINAS CONSIDERADAS IMPORTANTES NA GRADUAÇÃO**

Os psicólogos entrevistados destacaram as seguintes disciplinas em suas graduações, como importantes para o atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental.

- Desenvolvimento infantil (8)
- Psicologia do Excepcional (8)
- Estágios (6)
  - sem especificar (1)
  - em Psicologia Escolar/Educação (na área de Educação Especial) (4)
  - em Clínica (clientela com deficiência mental) (1)
- Psicopatologia (5)
- Psicologia da Aprendizagem (3)
- Observação de Comportamento (3)
- Neurologia/Neuroanatomofisiologia (2)
- Teorias e Técnicas Psicoterápicas (2)
- As disciplinas do curso em sua totalidade (2)
- Ética (2)
- Psicomotricidade (2)
- Técnicas de Aconselhamento Psicológico (1)
- Prática de Ensino (1)
- Psicologia da personalidade (1)
- Teorias da Personalidade (1)
- Psicodrama (1)
- Psicologia social (alcança à família) (1)
- Psicodiagnóstico (1)
- Biologia (1)
- Problemas de Aprendizagem (1)
- Distúrbios do comportamento (1)
- Introdução à Etologia e Etologia Humana (1)



Análise experimental do comportamento (1)

Iniciação Científica (1)

As disciplinas da Licenciatura em Psicologia (1)

Estatística (1)

Com base nesses resultados, se observa que Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia do Excepcional são consideradas, pelos psicólogos entrevistados, como as disciplinas da graduação mais importantes para as suas atuações práticas com as crianças com deficiência mental, cada uma totalizando 8 respostas. Em seguida, aparecem os Estágios com 6 respostas e Psicopatologia com 5 respostas, Psicologia da Aprendizagem e Observação do Comportamento, cada uma com 3 respostas. As demais disciplinas aparecem com 2 e 1 respostas.

Como resultado da análise qualitativa dessas respostas, observa-se que o estudo do desenvolvimento humano é considerado como muito importante para a atuação prática do psicólogo com crianças em geral, apresentando deficiência mental ou não, sendo que os poucos comentários adicionais às respostas parecem apontar para a legitimidade desse conhecimento. Ao contrário, a disciplina Psicologia do Excepcional recebeu vários destaques na medida em que possibilitou aos entrevistados o contato com pessoas portadoras de necessidades especiais, abrindo espaço para inúmeras sugestões de sua inclusão na grade curricular do curso como disciplina obrigatória e não optativa, conforme será visto no item referente às sugestões. Alguns exemplos da importância dessa disciplina estão apresentados a seguir.

*“... teve uma coisa assim que eu achei fantástica, que eu tive logo contato com a instituição para deficiente. Assim, para mim, foi muito bom porque a gente não ficou só na sala de aula. A gente foi até a instituição e a gente ficava lá... eu acho assim, Psicologia do Excepcional, não sei hoje como é o nome” (E11).*

*“A matéria que antigamente tinha era Excepcional. Nesse trabalho de Excepcional, você ia para as instituições fazer um levantamento e saber o tipo de clientela... você vivenciava um pouco” (E1).*

Os Estágios aparecem como o campo de atuação do graduando com a criança com deficiência mental, tendo sido estes direcionados para área de portadores de necessidades especiais, em Educação Especial e Clínica, respectivamente, pelos próprios graduandos, como percebido em suas falas, e não pela instituição formadora, o que demonstra o quanto o atendimento a essas pessoas ainda não merece a atenção devida.

*“... desde a faculdade eu voltei o meu curso para essa atuação nessa área. Então, eu busquei fazer estágio em Psicologia da Educação. Eu fui fazer aonde? Na Instituição X que, na época, tinha escola especial lá. Fiz lá. Durante o meu estágio em Clínica, eu procurei atender clientela com deficiência mental, inclusive, não queria permitir, mas eu insisti e consegui ...” (E14).*

*“O que eu já tinha desde a universidade era o desejo de trabalhar com essa clientela. Tanto é que o meu estágio em Psicologia Escolar foi em educação especial... Eu escolhi uma escola de educação especial que foi na Instituição X e ali foi fantástico” (E9).*

Por outro lado, foi possível perceber o esforço de alguns professores universitários que, em ações isoladas, conseguem motivar alunos para o desenvolvimento de projetos na área de Educação Especial, como o caso citado por um entrevistado que sob a orientação de um professor especialista na área, foi aluno bolsista de projeto de Iniciação Científica, desenvolvendo três pesquisas na área e atribuindo, hoje, grande importância a essa experiência para a sua prática profissional.

*“... foi pelo fato de eu ter feito três pesquisas com relação à área de Educação Especial. Além das três pesquisas, a minha monografia ser na área de Educação Especial. Porque se não fosse isso eu não iria saber nada, como tem muita gente da minha turma que não sabe nada” (E10).*

É importante atentar, também, que os profissionais citaram como importantes, além dos estágios, disciplinas que valorizaram a prática, o contato com a realidade escolar, como visto nos exemplos a seguir.

#### Estatística

*“... você ia medir os fenômenos que determinavam comportamentos, por exemplo, evasão escolar, deficiência na aprendizagem, repetição. Então você avaliava a falta de compromissos dos... não era só dos professores, era de toda a comunidade escolar, da questão pública” (E13).*

#### Observação do Comportamento

*“Então, seriam essas disciplinas que dão um conhecimento, pelo menos teórico e que também... era bom participar do prático. Por exemplo, eu fiz uma disciplina, Observação do Comportamento. Não tinha nada a ver de eu ir parar na Instituição Y. Eu fui observar crianças com deficiência mental” (E14).*

Um dado que chama à atenção, é que no conjunto das disciplinas citadas como importantes, só houve uma referência com relação às disciplinas de Psicodiagnóstico, o que suscita uma questão, na medida em que com relação à atuação profissional, todos citaram o diagnóstico como imprescindível para o planejamento da intervenção com a criança com deficiência mental, família e escola.

Considerando, ainda, a multiplicidade de fatores que envolvem o preparo profissional arrolados nesta pesquisa, como formação acadêmica e extra-acadêmica, a prática, as histórias de vida, e seus imbricamentos com o contexto social mais amplo, pediu-se aos psicólogos sugestões que pudessem favorecer esse preparo.

## 7.8 SUGESTÕES PARA FAVORECER O PREPARO PROFISSIONAL PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Com relação às sugestões para favorecer o preparo do psicólogo na perspectiva do atendimento às necessidades básicas de crianças com deficiência mental, estas foram agrupadas em sugestões dirigidas à graduação, sugestões dirigidas às instituições e autoridades competentes, e sugestões dirigidas aos profissionais de psicologia que atuam ou irão atuar na área, conforme dispostas abaixo. Para uma maior compreensão, algumas destas sugestões estão ilustradas com relatos.

### ➤ Sugestões dirigidas aos cursos de Psicologia

- Disciplinas Específicas (Psicologia do Excepcional ou outras mais específicas)

(6)

*“... talvez algumas disciplinas mais específicas, porque assim, a Psicopatologia vai muito para as partes da doença, mas não da deficiência mental. Então assim, disciplinas como a que eu tive, Psicologia do Excepcional, disciplinas que nos dêem mais referenciais para compreender o universo dos excepcionais, quer dizer, não só o deficiente mental, mas dos outros, do autista, do cego, do surdo, instrumentos que possam fazer a gente ter pelo menos uma noção de como essas especificidades se dão” (E2).*

*“A Psicologia do Excepcional deveria ser uma disciplina obrigatória. Hoje mais do que nunca, a gente está trabalhando com a inclusão e uma disciplina que vai trabalhar com o excepcional tem que estar dentro da grade curricular e não ser optativa” (E4).*

*“Hoje, você vai trabalhar com todas as crianças que te procurarem. Daqui a pouco os consultórios também vão passar por isso. Você não pode dizer que não atende criança especial” (E12).*

- Estágios (direcionados para a área; em instituição destinada às pessoas com necessidades especiais ou transtornos severos) (3)

*“Eu penso que isso já seria suficiente porque as dificuldades que a gente acaba enfrentando poderiam ser mais superadas. Nossa sociedade não foi preparada para lidar com a limitação. É um choque para quem não trabalhou nunca com isso, você lidar com quadros de tantos prejuízos em termos de funcionalidade mesmo, em termos de resultados” (E3).*

– Desenvolvimento infantil (3)

*“Eu acho que precisa ter muito o estudo da psicopatologia, o estudo do desenvolvimento infantil e aí envolveria várias disciplinas...” E1*

– Base neurológica (fisiologia, neuroanatomia, neurociências, genética, síndromes) (3)

*“A área de neurociências é muito avançada e a gente está ficando para trás...como você trabalha com a deficiência mental, você tem que ter uma visão do sistema neurológico muito boa” (E7).*

– Psicopatologia (2)

*“...a compreensão bem profunda das psicopatologias para poder diferenciar a deficiência mental da doença mental, porque, às vezes, estão juntas” (E6).*

– Teorias da aprendizagem (direcionadas para a área da deficiência mental) (2)

– Práticas de disciplina direcionadas para a área (Ex.:Psicologia Social, Psicologia Organizacional) (2)

*“... com certeza, você roda, vira, mexe, mas sempre vai chegar num local que terá uma criança com deficiência. A deficiência (mental) tem uma demanda. Mesmo que você não vá atuar diretamente nessa área, no dia-a-dia você sempre tem essa demanda. Se você está atuando na escola, na clínica, na organização, com todo esse processo de inclusão, você vai utilizar essa informação” (E1).*

*“Na questão organizacional, o psicólogo vai se bater com o deficiente mental leve, que já não é mais a criança, que já é o jovem ou o adulto e ele tem que ter pelo menos, o mínimo de condições de ver aquele indivíduo e de como é que ele vai contribuir dentro dessa empresa, dentro desse relacionamento desse indivíduo no grupo”(E1).*

- Unidade dentro de outras disciplinas para a criança com deficiência mental (2)

*“Não sei, eu acredito que assim, a ênfase dentro dessas disciplinas que eu falei, para uma unidade dentro dessas disciplinas voltada para a criança especial. Eu acho que daria pelo menos uma noção, porque eu também sei que não é função do curso lhe dar a experiência profissional para trabalhar em coisas tão específicas...” (E4).*

*“... a gente quando trabalha em Educação Especial, a gente trabalha, principalmente, com o professor ou para o professor. Para a gente que vai trabalhar com educação, com educação inclusiva ou que vai trabalhar com a criança especial, o caminho que a criança tem para se desenvolver é a educação. Você tem que estar entendendo o que é um professor em sala de aula, o que é essa prática de ensino, para você poder inserir os conhecimentos da psicologia aí. A coisa que a prática de ensino traz é a vivência da sala de aula” (E4).*

- Arte e criatividade (1)
- Ludoterapia e arteterapia integrada (1)
- Aprofundar o preparo na graduação (1)

*“A Psicologia é uma ciência que está voltada para resolver problemas sociais também, e o psicólogo é um dos profissionais que está contribuindo com essa melhoria da qualidade de vida da população de forma geral e a criança especial, ela faz parte dessa população de forma geral e o número deles é grande” (E7).*

- Psicomotricidade (1)
- Aprofundar o estudo de Piaget, Vigotsky (1)
- Disciplina sobre Educação (1)

*“O grande problema vai ser na educação. E quando a gente vai buscar o psicólogo, ele quase nunca tem esse conhecimento” (E12)*

- Psicologia da Aprendizagem (1)
- Residência (Especialização) (1)
- Conhecimento sobre Nize da Silveira (1)
- Formação crítica e humanista e menos tecnicista (1)

- Oferecer conhecimentos na área ao aluno antes de mandá-lo para o estágio nas instituições da comunidade (1)
- Promover o preparo emocional do graduando para lidar com a falta (1)

*“Aquele idéia de que o cuidador é alguém que é saudável é uma fantasia... é uma fantasia achar que o psicólogo não tem problemas psicológicos, emocionais. Então, lidar com isso diretamente em sala de aula seria muito interessante. Proporcionar discussões sobre isso, sobre como o indivíduo lidar com problemas que, em algum grau, ele também é portador, e abrir discussões mesmo sobre essas questões, levando questões objetivas, práticas, situações que podem surgir e o próprio professor, o próprio orientador ajudar a pessoa enxergar outras possibilidades e melhor forma de reagir, entende? Porque deixa de ser uma novidade quando isso acontecer. O indivíduo de alguma forma já pensou sobre a questão, já refletiu sobre ela, já encontrou formas” (E3).*

A sugestão acima vem ao encontro de estudos como o de Pimentel (2005) que demonstra a necessidade encontrada nos profissionais que lidam com o sofrimento humano de buscarem formas de enfrentamento por meio de espaços de ajuda, de grupos sistematizados de ajuda dentro das próprias graduações e não em espaços apartados das mesmas.

No geral, as sugestões apontam para a necessidade urgente da graduação em Psicologia fazer um investimento no sentido de atender às necessidades de inclusão propostas pelas políticas públicas atuais. Os fenômenos psicológicos cruzam com seres humanos diferentes em suas constituições orgânicas e ambientes específicos e, a menos que se relegue a outros campos do saber, o estudo desses fenômenos quando atrelados a diferenças acentuadas como o caso da deficiência mental e outras especificidades, eles continuam objeto da Psicologia e devem ser vistos como tal. Nessa perspectiva, acredita-se que muitas das sugestões acima possam ser contempladas na graduação, por meio de informações adicionais ao conteúdo das diferentes disciplinas e suas práticas, assim como a obrigatoriedade de uma disciplina no currículo de que aborde temas referentes às pessoas com deficiência mental, podendo ser similar à Psicologia do Excepcional, mas com uma denominação mais apropriada. Muitas possibilidades podem ser buscadas com base em discussões do corpo docente, discentes e autoridades responsáveis, considerando a Diretrizes Curriculares

Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia (BRASIL, 2004). As diretrizes valorizam o entendimento do fenômeno psicológico “*em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais*” por meio de interfaces com campos afins do conhecimento (Art. 5º, e), bem como o compromisso da formação voltada para a “*Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades*” (Art. 3º, e).

Por outro lado, mesmo considerando que as necessidades das crianças com deficiência mental sejam semelhantes às das crianças tidas como normais, conforme visto na primeira fase dessa pesquisa, não é possível negar que essas apresentam especificidades que dificultam a satisfação de suas necessidades sejam por esforços próprios, sejam por esforços externos provenientes do meio, exigindo conhecimentos teórico-metodológicos e ações específicas que só poderão ser desenvolvidos num nível de especialização. Essa constatação, no entanto, não invalida o compromisso da graduação com a promoção de conhecimentos na área das deficiências e de outras especificidades.

➤ **Sugestões dirigidas às instituições e autoridades competentes**

- Oferecer maior e melhor condição de atendimento na educação e saúde; implantação de oficinas (1)
- Melhores especializações (aprofundar todos os tipos de deficiência, a nomenclatura; uma bibliografia melhor, mais qualificada; informações mais precisas) (1)
- Dinheiro para adquirir livros (são muito caros) (1)



- Valorização do profissional de Educação Especial por parte das universidades e do Conselho Federal de Psicologia (1)
- Criação de um Núcleo de Educação Especial nas universidades (1)

Para o Entrevistado 1, a melhoria do preparo profissional do psicólogo depende também de uma maior oferta e qualidade dos serviços prestados na Educação e Saúde. Para ele muitos serviços são apenas paliativos e não atendem às necessidades das crianças, afetando o desempenho e o preparo do profissional. A necessidade de especializações que permitam um aprofundamento sobre as deficiências com bibliografia qualificada e informações precisas também foi apontada pelo Entrevistado 7, sugerindo que aquelas que ele tem conhecimento não atendem esses critérios. O preparo profissional depende ainda de fatores como valorização e reconhecimento do profissional de Educação Especial pelas autoridades competentes e da criação de um Núcleo de Educação Especial nas universidades.

➤ **Sugestões dirigidas aos profissionais de psicologia**

- Características pessoais (condições essenciais)
  - ter algo interno (compadecimento com a dor do outro, querer ajudar o outro, querer se doar, feeling, ter sensibilidade, querer trabalhar na área)

*“Você precisa ter isso, ter esse ímpeto, essa pulsão, sei lá como a gente pode falar, para realizar em primeiro lugar e depois, aí o restante, você vai buscar as teorias, vai buscar a técnica mais definida para você trabalhar...” (E5).*

*“... para trabalhar com o deficiente mental tem que ser entrega mesmo” (E11).*

- ter identificação

*“Não adianta você estar numa instituição tipo Rosa Azul ou APAE por uma questão de sobrevivência, se você não se identifica com o que você está fazendo (E11).*

- estar bem preparado emocionalmente (fazer psicoterapia)

*“Não pode ser uma pessoa que não esteja bem consigo mesma para ajudar outra pessoa. Ele tem que estar bem preparado emocionalmente, tem que ter passado por terapia também para entender a dificuldade da família porque, às vezes, o próprio psicólogo não está preparado emocionalmente para trabalhar com a família...” (E8).*

*“O psicodrama me ajudou muito... você sair de uma faculdade, ser jogado, praticamente jogado num posto de saúde, onde ninguém nunca ouviu falar em psicologia e chegam os mais diversos casos, não só da deficiência mental, mas “n” casos e você se sentir sozinha, se você não tiver algo que lhe dê suporte, você não agüenta não. Você não suporta e, principalmente, nesse caso de deficiência mental” (E10).*

- reconhecer as limitações
- ter muita paciência, muita tolerância à frustração
- aprender a lidar com as outras áreas (trabalho interdisciplinar)
- buscar o crescimento pessoal

*“...acho que o psicólogo tem que ter essa perspectiva de avanço sempre, de superação de dificuldades, de superação de conflitos, de crescimento mesmo enquanto ser humano” (E3).*

– Formação continuada (Investimento em preparo formal)

- fazer cursos de extensão
- fazer pós-graduações:
  - especialização, mestrado e doutorado em Educação Especial
  - mestrado e doutorado sem especificações
  - especialização em áreas da Psicologia (do gosto de cada um)
  - especialização em psicopedagogia

*“eu acho que se o psicólogo tivesse um preparo também na área de Psicopedagogia, ele ficaria mais amparado, mais preparado, porque muitas coisas estão relacionadas com as dificuldades de aprendizagem e, muitas vezes o psicólogo não tem (preparo). Acho que se ele tivesse mais preparo nessa área da psicopedagogia, ia ser muito bom para o preparo profissional dele” (E6).*

- participar dos congressos na área de psicologia e psicopedagogia
- ter fundamentação teórico-prática (família, desenvolvimento da criança, Psicologia Comportamental).
- estudar/pesquisar (para saber argumentar com outros profissionais)

– Aperfeiçoamento da prática (investimento na atuação prática)

- criar protocolos padrões

*“...eu acho que está na hora da gente romper um pouco com esses modelos empíricos e criar protocolos padrões. Não que isso seja uma coisa absoluta, mas é um referencial e, por exemplo, para que a gente não passe por cima de determinadas coisas, sabe, detalhes que às vezes são fundamentais no processo e a gente, às vezes, passa despercebido mesmo” (E7).*

- usar escalas de desenvolvimento (Portage, por exemplo)
- melhorar a atuação clínica

*“Não atuar de qualquer jeito... tem diferenças. Como você pode atuar nessa diferença?” (E9).*

- inserir crianças com deficiências na prática clínica de cada um
- buscar aproximações com a escola
- buscar outras formas de intervenção (com equipes transdisciplinares, com oficinas)
- ver a criança como um todo

- usar a psicologia para ajudar as crianças com deficiência mental (usar a teoria e o afeto)

*“Muitas vezes, uma criança especial não precisa de teoria puramente. A teoria ajuda, mas ela precisa muito mais de carinho, de um afeto, de um beijo, do abraço, de você colocar no colo e, muitas vezes, isso não está no livro” (E10)*

- saber orientar e trabalhar com a família e/ ou responsáveis
- reconhecer que o trabalho com a deficiência mental é de adaptação com aprendizagem contínua.

*“Eu digo sempre: olhe, existem dois tipos de problemas, um que você consegue resolver e outros que você não consegue resolver, você se adapta e essa adaptação não é uma adaptação com passividade. É adaptação com aprendizagem contínua. Você vai adaptando, você vai aprendendo a lidar com a situação. Não é você cruzar os braços. Isso é uma coisa que você vai aprendendo. Não é livro que passa isso para você. É prática, é discussão, é pensamentos. É você ficar parado, pensar num caso que lhe chama a atenção ou de caso que você esbarra. Por que é que você está esbarrando? O que é que está acontecendo? O problema é meu, o problema é do outro que não quer ou sou eu que não estou conseguindo enxergar? Eu acho essa questão da deficiência mental, muito delicada, muito delicada mesmo, muito mesmo” (E10).*

De acordo com as sugestões dirigidas aos profissionais de Psicologia, verifica-se que a melhoria do preparo profissional para o atendimento às necessidades humanas básicas das crianças com deficiência mental requer um conjunto de características pessoais, intrínsecas ou desenvolvidas; formação continuada, por meio de pós-graduações, congressos e estudos; melhoria da prática através do emprego de instrumentos sistematizados, de busca de alternativas, do uso da psicologia para ajudar as crianças. Esse entendimento por parte dos profissionais mostra o compromisso dos mesmos em relação à respectiva clientela.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desse estudo foi possível analisar como profissionais psicólogos avaliam o seu preparo profissional para o atendimento às necessidades humanas básicas de crianças com deficiência mental.

Na fase exploratória, o estudo identificou as necessidades básicas de um grupo de crianças com deficiência mental, com base nas quais foi construído o instrumento de pesquisa para a obtenção da opinião de psicólogos quanto ao seu preparo profissional para o atendimento às mesmas. Além da construção do instrumento da pesquisa, a análise dos resultados dessa fase permitiu um maior entendimento acerca das manifestações dessas necessidades em crianças com deficiência mental.

Com base nesses resultados, constatou-se a presença das necessidades básicas no grupo estudado, em todos os níveis da Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, a saber: fisiológicas, de segurança, de amor e pertencimento, de estima e de crescimento, o que permitiu aventar que as necessidades apresentadas pelas crianças observadas são semelhantes às das crianças ditas normais. Verificou-se, ainda, a presença hegemônica das necessidades de amor e pertencimento, apontando para a importância da aceitação social desse grupo. Quanto às manifestações gerais das necessidades, essas se deram de maneira bastante diferenciada entre as crianças, refletindo a diversidade e singularidade de cada uma delas. Foi visto, também, que, com relação às necessidades de crescimento, a realização de atividades é uma forma de obtenção de reconhecimento, favorecendo a auto-estima das mesmas, sendo, portanto, fonte de satisfação das necessidades de crescimento e de estima.

Com relação ao preparo profissional de psicólogos para atender às necessidades identificadas na amostra de crianças com deficiência mental, inicialmente se procurou

identificar os motivos da procura do profissional de psicologia para o atendimento às mesmas, constatando-se que esses motivos são aqueles apontados na literatura, isto é, estão relacionados a dificuldades de comportamento e de aprendizagem. Essa demanda, no entanto, não parece desviar o olhar dos psicólogos entrevistados da criança no conjunto de suas necessidades básicas, ou seja, da criança na sua totalidade, conforme visto ao longo da análise do conteúdo de suas respostas. Esse resultado vai de encontro aos dados da literatura que referem a atuação profissional do psicólogo centrada na correção das dificuldades apresentadas pelas crianças com deficiência mental, não escutando as suas manifestações.

Os psicólogos, em sua grande maioria, sentem-se preparados para atender às necessidades humanas básicas das crianças com deficiência mental. Esse atendimento apresenta um caráter de ajuda, de desenvolvimento de potencialidades, de aceitação da diferença, de respeito à singularidade de cada criança e de reconhecimento da importância da ação interdisciplinar, apontando para a incorporação das perspectivas atuais em relação à concepção e atendimento às pessoas com deficiência mental. Verificou-se, também, que os psicólogos entrevistados operacionalizam o atendimento em duas fases: diagnóstico e intervenção, sendo a intervenção realizada em três instâncias: com a criança, individualmente ou em grupo e com a família e escola, por meio de orientação.

A despeito da importância atribuída à família pelos psicólogos para o desenvolvimento da criança com deficiência mental, percebeu-se uma falta de sistematização e continuidade quanto ao trabalho desenvolvido com as mesmas, o que está de acordo com os dados da literatura que enfatizam a urgência de estudos que proponham e avaliem alternativas de atuação com as famílias.

Quanto às necessidades às quais os psicólogos sentem-se menos preparados para atender, se destacaram as seguintes necessidades: necessidades afetadas de movimento (movimentação excessiva / hiperatividade), sono e descanso, alimentação (comer

excessivamente/compulsivamente), necessidade de ajuda nas atividades de vida diária e a necessidade de comunicação afetada, exigindo um maior preparo do profissional para lidar com essas necessidades, seja em relação a atividades de psicoterapia, de orientação ou de encaminhamento.

Em relação às fontes de preparo para o atendimento à criança com deficiência mental, na perspectiva de suas necessidades básicas, percebeu-se que a prática foi considerada a principal fonte, sendo o “locus”, por excelência, da construção de modelos assistenciais específicos. A graduação aparece como a segunda principal fonte, principalmente, enquanto contribuição no conjunto das fontes do preparo.

Sobre as dificuldades e facilidades apontadas pelos profissionais para o exercício profissional com essa população, essas foram agrupadas em quatro núcleos de sentido, a saber: serviço público, família, criança e atuação psicológica.

A análise das disciplinas consideradas importantes na graduação de Psicologia para o atendimento às necessidades básicas dessas crianças, constatou a importância atribuída pelos psicólogos às disciplinas Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia do Excepcional, sendo esta última referida como o espaço que possibilitou uma sensibilização e aproximação do aluno com as questões relacionadas aos portadores de deficiência mental ou de outras deficiências. Os Estágios aparecem em terceiro nível de importância.

Quanto às sugestões para a melhoria do preparo profissional para o atendimento às necessidades do grupo estudado, essas foram dirigidas aos cursos de graduação em Psicologia, às instituições e autoridades competentes e aos profissionais de Psicologia.

No geral, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade inadiável da graduação em psicologia fazer um investimento no sentido de atender às necessidades de inclusão proposta pelas políticas públicas atuais de inclusão social que reconhecem o direito de todos aos bens e serviços da comunidade. Nesse sentido, é preciso reconhecer que a pessoa

com deficiência mental ou com outra especificidade também é objeto de atenção psicológica, de modo que essa temática deve ser integrada às diferentes disciplinas da graduação, com base em discussões do corpo docente, discente e demais autoridades, considerando os preceitos das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, que prevê a formação profissional articulada com as demandas da sociedade.

Os resultados deste estudo, também apontam para uma necessidade de sistematização do atendimento às necessidades básicas das crianças com deficiência mental. Tendo em vista que cada profissional, por falta de uma metodologia assistencial específica e própria para o atendimento a esta clientela, cria, a partir de sua prática, um método pessoal de atendimento, talvez o conjunto destes métodos, se estudado e sistematizado, poderia contribuir para facilitar o exercício profissional, principalmente dos jovens profissionais. Assim, o desenvolvimento de pesquisas nessa perspectiva apresenta-se como uma contribuição promissora em relação ao atendimento de crianças com deficiência mental, na perspectiva da atenção às suas necessidades humanas básicas.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. M. **A hierarquia das necessidades de Maslow em estudantes de diferentes cursos universitários**. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <<http://www.psi.bvs.br>>. Acesso em: 7 nov. 2005.
- ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 147-78.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV™**. Trad. de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.522-29.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. O diagnóstico da deficiência mental. **Boletim de Psicologia**, São Paulo: Sociedade de Psicologia de São Paulo, v.XLV, n.102, p.35-44, 1995.
- ANTUNES, M. A. M. A Psicologia no Brasil no século XX: desenvolvimento científico e profissional. In: MASSIMI, M.; GUEDES, M.C. (Orgs.). **História da Psicologia no Brasil: novos estudos**. São Paulo: Educ / Cortez, 2004. p.109-52.
- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Município de Aracaju**. 2002. (impresso).
- ARAÚJO, E. A. C. **Caracterização da atuação de psicólogos com pessoas portadoras de deficiência mental**. 1995. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1995.
- ARAÚJO, E. A. C. Parceria família-profissional em Educação Especial: promovendo habilidades de comunicação efetiva. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial: avanços recentes**. São Carlos: Edufscar, 2004. p.175-8.
- ARAÚJO, E. A. C.; PARDO, M. B. L. Necessidades de integração social de adultos portadores de deficiência mental: Parte II-viabilizando sua integração através da mãe como mediadora. **DOXA**, Araraquara, v.6 , n.1, 2, p. 65-83, 2000.
- ASSUMPCÃO JÚNIOR, F. B.; SPROVIERI, M. H. **Introdução ao Estudo da Deficiência Mental**. São Paulo: Memnon, 2000. 164 p.
- AZEVEDO, F. A. G. Abordagem histórica: do ensino de arte especial ao ensino de arte inclusiva. **Cadernos de textos: arte sem barreiras**, Rio de Janeiro, a.1, n.1, p.5-18, set/dez, 2002.
- BALLONE, G. J. Deficiência Mental. **PsiquWeb**. 2003. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>>. Acesso em: 6 de maio de 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 227p.

BASTOS, A. V. B.; GOMIDE, P. I. C. O Psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n.1, p.6-15, 1989.

BASTOS, A. V. B.; ACHCAR, R. Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.299-329.

BERGO, M. S. A. **Um Estudo sobre a Educação Especial em Sergipe**. 2000. Tese. (Doutorado em Educação)- Faculdade de Educação, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BIANCHETTI, L. Os trabalhos e os dias dos deuses e dos homens: a mitologia como fonte para refletir sobre normalidade e diferença. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.7, n.1, p.61-75, 2001.

BOCK, A. M. B. **Novo projeto para a profissão no Brasil**: contribuições para a formação. 2005. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abpsi/Artigos.aspx>>. Acesso em 10 de mai. 2006.

BOEREE, C. G. **Teorías de la personalidad**: Abraham Maslow, 1908-1970. Disponível em: <[www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm](http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm)>. Acesso em : 20 de mar 2006.

BRANCO, M. T.C. Que profissional queremos formar. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n.3, p.28-35, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, 1994. p. 15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE. **Declaração de Salamanca e Linha de Ação**: sobre necessidades educativas especiais. 2. ed. Brasília, 1997, 53p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Adaptações Curriculares**: estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº 8**, de 7 de maio de 2004. Diretrizes Curriculares para o curso de Psicologia.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer Nº 0062/2004**.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **As Necessidades Essenciais das Crianças**: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Trad. de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2002. 213 p.

BUENO, R. P. A arte, ensino e produção artística na diferença. **Cadernos de textos**: arte sem barreira. Rio de Janeiro, a.1, n.1, p.19-32, set/dez, 2002.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante de queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.6, n.2, p.143-155, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.psi.org.br>>. Acesso em 01 de jan.2006.

CASTRO, A. E. F.; YANAMOTO, O. H. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n.1, p.147-158, jan/jun, 1998. Disponível em <<http://www.bvs.psi.org.br>>. Acesso em: 01 jan. 2006.

CLONINGER, S. C. **Teorias da Personalidade**. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 484-514.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo brasileiro**: construção de novos espaços. São Paulo: Átomo, 1992. 227p.

\_\_\_\_\_. **Psicólogo brasileiro**: Práticas emergentes e desafios para a formação. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 371p.

DESSEN, M. A.; PEREIRA-SILVA, N. L. A família e os programas de intervenção. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. São Carlos: Edufscar, 2004. p.179-88.

FACION, J. R. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Associados a Graves Problemas do Comportamento**: Reflexões sobre um Modelo Integrativo. Brasília: CORDE, 2002. p. 11-22.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade**. Trad.Camila Pedral Sampaio e Sybil Safdié. São Paulo: HARBRA, 1986. p.259-80.

FERREIRA, J. R.; NUNES, L. R. O. P.; MENDES, E. Os 25 anos do PPGEs na Educação Especial brasileira: análise das dissertações do PPGEs relacionadas à área de deficiência mental. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. São Carlos: Edufscar, 2004. p.29-34..

GARCIA, S. M. **Deficiência Mental**: Aspectos Psicoevolutivos y educativos. Archidona: ALJIBE, 1994. p 1329; p. 109-125.

GLAT, R. **Não somos diferentes das outras pessoas**: a vida cotidiana de mulheres com deficiência mental contada por elas mesmas.1988. Tese (Doutorado)- Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 1998.

\_\_\_\_\_. **Refletindo sobre o Papel do Psicólogo no Atendimento ao Deficiente Mental**: além do diagnóstico. (1999). Disponível em <<http://www.ccb.psicologia/revista/refletind.htm>>. Acesso em: 15 set. 2004 .

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. **Orientação familiar como estratégia facilitadora do desenvolvimento e inclusão de pessoas com necessidades especiais**. (2004). Disponível em <<http://www.ufsm.br/ce/revista/ceesp>>. Acesso em 25 de abr. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p.105-109.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

LEONTIEV, A. N. (1961). Las Necesidades y los Motivos de la Atividade. In: SMIRNOV, A. A. et al. **Psicologia**. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba, 1961. p. 341-54.

LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: CONSELHO FESERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.17-100.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisas em Enfermagem: Métodos, Avaliação, Crítica e Utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LUCCHESI, L. M. et al. O Sono em transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.27. supl.1, mai. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 fev. 2006.

MALUF, R. M. Formação e atuação do psicólogo na educação: dinâmica de transformação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.195-250.

MANNONI, M. **A Criança Retardada e a Mãe**. 3. ed. Trad. de Maria Raquel Gomes Duarte. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 151p. (original de 1964).

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. Trad. Ramos, P. C. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.103-109.

MASLOW, A. H. **Introdução a Psicologia do Ser**. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Eldorado, s.d. [1962]. 279p.

\_\_\_\_\_. **Motivation and Personality**. 2. ed. Nova York: Harper and How, 1970. p. 35-104.

\_\_\_\_\_. Defesa e Desenvolvimento. In: MILLON, T. **Teorias da Psicopatologia e Personalidade: ensaios e críticas**. Trad. de Eleonora Dobbim Villocca Vianna, Eva Nick, Lucian Peotta e Maria da Glória Rocha Maron. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. p. 147-152.

MENDES, E. G.; NUNES, L. R. O. P.; FERREIRA, J.R. Diagnóstico e caracterização de indivíduos com necessidades educacionais especiais: produção científica nacional entre 1981 e 1988. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.10, n. 1, p. 11-26, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1994. 269 p.

MOSQUERA, J. J. M. A motivação humana na concepção de Abraam H. Maslow. In: LA PUENTE, M. de. (Org). **Tendências Contemporâneas em Psicologia da Motivação**. São Paulo: Cortez, 1982. p. 21-39.

NEVES, S. P. Pesquisa aplicada à teoria de A. H. Maslow. In: LA PUENTE, M. de. (Org). **Tendências Contemporâneas em Psicologia da Motivação**. São Paulo: Cortez, 1982. p. 43-66.

NUNES, L. R. O. P. et al. que revelam as teses e dissertações sobre a autopercepção do portador de necessidades especiais? **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p. 135-154, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10**. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 221-226.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001**: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Trad. do Escritório Central da Oficina Pan-americana de Saúde. Brasília, 2001. 173p.

PADILHA, A. M. L. **Práticas educativas**: perspectivas que se abrem para a Educação Especial. Revista Educação e Sociedade, Campinas, v.71, n.1, p.197-220, 2000.

PARDO, M.B.L.; MANGIERI, R. H. C.; NUCCI, M. S. A. Construção de um modelo para análise da formação profissional do psicólogo. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n.3, p.14-21, 1998.

PEREIRA-SILVA; DESSEN, M. A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n.2. p.133-41, 2001.

PESSOTI, I. **Deficiência Mental**: da superstição à ciência. São Paulo: EDUSP, 1984. 206p.

PIMENTEL, D. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. 2005. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde). Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5. ed. Trad. de Ana Thorel, Ana Maria Hecker Luz, Maria Henriqueta Luce Kruse. São Paulo: Artmed, 2004. p. 199-221

RIGO, M. A.; BARRIGA, F. D.; ROJAZ, G. H. La psicología de la educación como disciplina y profesión. Entrevista com César Coll. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, v.7, n.1, 2005. Disponível em: <<http://redie.uabc.mx/vol7no1/contenido-rigo.html>>. Acesso em: 28 set. 2005.

RISSI, M. R. R.; MACHADO, A. A.; FIGUEIREDO, M. A. C. Profissionais de saúde e AIDS: um estudo diferencial sobre crenças e afetos associados à experiência de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.1, p.283-91, jan-fev 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em 7 de nov. 2005.

RHODE, L. A.; et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.31, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 fev. 2006.

SÁ, S. P. C.; FERREIRA, M. A. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.8, n.1, p.46-52, abr. 2004.

- SANTOS, L. A. R. O psicólogo e sua prática na escola pública: Apontamentos para uma reflexão sobre a criticidade, a ousadia e a angústia . **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.3, p. 2-7, 2002.
- SANTOS, M. R. Construindo uma sociedade inclusiva. **Cadernos de textos: arte sem barreiras**, Rio de Janeiro, a.1, n.2, p.5, dez. 2002/mar. 2003.
- SANTOS, T. T. **A Síndrome de Down na formação universitária: um estudo comparativo com estudantes de Medicina e Psicologia**. 2006. Monografia (Graduação em Psicologia)- Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2006.
- SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **Teorias da personalidade**. Trad. de Eliane Kanner. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.289-312.
- SENAC. **Deficiência e Competência**: programa de inclusão de pessoas portadoras de deficiência nas ações educacionais do SENAC. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2002. p. 37-98.
- SERGIPE. Secretaria de Estado da Educação. CREESE. **Relação de Portadores de Deficiência Mental Matriculados na Rede Estadual de Ensino**. 2003. (impresso).
- SIGOLO, S. R. R. L. Favorecendo o desenvolvimento infantil: ênfase nas trocas interativas no contexto familiar. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. São Carlos: Edufscar, 2004. p.1.
- SMITH, M. A., RYNDAK, D. L. Estratégias práticas para a comunicação com todos os alunos. In: STAINBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão**: um guia para educadores. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 110-128.
- TRISTÃO, R. M; FEITOSA, M. A. G. Linguagem na Síndrome de Down. **Psicologia:Teoria e Prática**. Brasília, v. 14, , n.2, p. 127-137, 1998.
- VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem**. Aracaju : Editora da UFS/ Fundação Oviêdo Teixeira, 2002. 175 p.
- WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir? In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. São Carlos: Edufscar, 2004. p.197-202.
- WITTER, G. P. et al. Formação e estágio acadêmico em psicologia no Brasil. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro**: Construção de novos Espaços. São Paulo: Átomo, 1992. p.161-209.

**APÊNDICE A – Instrumento misto**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prezado colega,

Crianças com deficiência mental leve e moderada, com indicação prévia de acompanhamento psicológico, foram observadas em ambiente escolar, para detecção de suas necessidades humanas. Apresentamos, a seguir, instrumento misto constando das necessidades que foram manifestadas no grupo observado e com base nas quais, solicitamos-lhe a gentileza de responder às perguntas formuladas. Esperamos com a sua colaboração, contribuir para a melhoria da atuação profissional do psicólogo nessa área.

Muito grata,

Maria das Graças Araújo

INSTRUMENTO MISTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PREPARO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGOS PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

1. Idade:-----

2. Sexo:-----

3. Graduação

Universidade ou faculdade onde se formou:

( ) pública ( ) privada

Ano de conclusão:-----

4. Tempo que atua com crianças com deficiência mental:-----

5. Local de atuação: \_\_\_\_\_

6. Atividades que desenvolve:-----

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

7. Quais as situações mais freqüentes, em relação às crianças com deficiência mental, para as quais você é procurado enquanto profissional? -----

-----  
-----  
-----  
-----

8. Por favor, no Check-list a seguir, marque para cada necessidade identificada aquelas para as quais você se sente preparado para atender, identificando ao lado a fonte desse preparo, de acordo com as alternativas abaixo:

- A – curso de graduação
- B - cursos de curta duração
- C – especialização (especifique)
- D – formação em área clínica (qual)
- E – mestrados e doutorados (em que área)
- F – a prática profissional
- G – outra alternativa (especificar)



Necessidade hierarquizada	Comportamentos apresentados pelas crianças que indicam potencialidades e/ou requerem ajuda às mesmas ou a terceiros	Preparo do psicólogo	
		N S A/V	Fonte de preparo
fisiológica	Sono e descanso		
	Movimentação excessiva		
	Comer compulsivamente		
segurança	Proteção (não se defende de agressão/perigos externos)		
	Ajuda nas atividades de vida diária (vestimenta, higiene alimentar, mastigação, higiene corporal)		
Amor e pertença	Amizade (camaradagem, brincadeiras amistosas)		
	Afeto (carinho, beijos, pegar na mão, abraços)		
	Interação (procura participar das atividades, responde e faz perguntas simples, busca aproximação).		
	Cooperação (oferecer e receber ajuda)		
	Comunicação (dificuldade de se expressar oralmente)		
	Agressão como forma de interação (bater, empurrar, atirar objetos em outrem, palavrões).		
	Isolamento (não interação com os outros, manter-se alheio)		
Estima	Auto-estima (elogiar a si próprio)		
	Aprovação/reconhecimento (expressa alegria diante do acerto, solicita confirmação, pede elogio)		
	Acertar (desobedece regra para acertar).		
	Atenção exclusiva do adulto (afastar colega com agressão para manter atenção do adulto só para si).		
	Chamar atenção (gritar, falar palavrões, perturbar a ordem)		

	Liderança (comandar as brincadeiras).		
Crescimento	Observação (explorar os objetos e detalhes do ambiente).		
	Aprendizagem (solicitação de explicações simples, imitação, prestar atenção).		
	Ordem (organizar o ambiente)		
	Criatividade (oferecer sugestão simples)		
	Realizações (apontar lápis, tentativas de escrever, de desenhar, de estruturar uma brincadeira, de ensinar).		

9. Para cada grupo de necessidades listadas a seguir, responda:

**9.1 Necessidades fisiológicas**

- .sono e descanso
- .movimentação excessiva
- .comer compulsivamente

Como você atenderia crianças com deficiência mental apresentando essas necessidades? Que procedimentos / técnicas / instrumentos utilizaria?-----

-----

-----

-----

**9.2 Necessidades de segurança**

- . Proteção ( não se defende de agressão/perigos externos)
- . Ajuda nas atividades de vida diária (vestimenta, higiene alimentar, higiene corporal).

Como você atenderia crianças com deficiência mental apresentando essas necessidades? Que procedimentos / técnicas / instrumentos utilizaria?-----

-----

-----

-----

**9.3 Necessidades de amor e pertencimento**

- . Amizade (brincadeiras amistosas entre pares).
- . Afeto (carinho, beijos, pegar na mão, abraçar).
- . Comunicação oral (dificuldade de se expressar verbalmente).
- . Interação (procura participar das atividades, responder e fazer perguntas simples, buscar aproximação).

- . Cooperação (ajudar, receber ajuda).
- . Agressão como forma de interação (bater, empurrar, atirar objetos em outrem, xingamentos, palavrões).
- . Isolamento (manter-se sozinho, alheio, não interagir).

Como você atenderia as crianças apresentando essas necessidades? Que procedimentos / técnicas / instrumentos utilizaria?-----  
-----  
-----

**9.4 Necessidades de estima**

- . Aprovação/reconhecimento (expressa alegria diante do acerto, solicita confirmação, solicita elogio).
- . Acertar (desobedecer regra para acertar tarefa).
- . Chamar atenção (gritar, fazer barulho, falar palavrões, perturbar a ordem).
- . Atenção exclusiva (disputar, agredir colega para manter atenção do adulto).
- . liderança (tentativas de organizar brincadeiras).
- . Auto-estima (elogia a si próprio).

Como você atenderia crianças com deficiência mental apresentando essas necessidades? Que procedimentos / técnicas / instrumentos utilizaria?-----  
-----  
-----

**9.5 Necessidades de crescimento**

- . Observação (tentativas de explorar objetos e detalhes do ambiente)
- . Aprendizagem (solicitação de explicações simples, imitação, prestar atenção).
- . criatividade (oferecer sugestões simples).
- . Realizações (apontar lápis, tentativas de escrever, de desenhar, de realizar atividades físicas, de estruturar uma brincadeira, de ensinar).

Como você atenderia as crianças com deficiência mental apresentando essas necessidades? Que procedimentos / técnicas / instrumentos utilizaria?-----  
-----  
-----

10. Como você se sente para atender crianças com deficiência mental apresentando essas necessidades?-----  
-----  
-----

11. No trabalho cotidiano, quais as dificuldades e facilidades que você encontra para atender as necessidades de saúde psicológica de crianças com deficiência mental?-----  
-----  
-----

12 No currículo do curso de graduação, quais as disciplinas que você considera que mais contribuem para a formação do profissional para o atendimento às necessidades psicológicas das crianças com deficiência mental? -----

-----  
-----  
-----

13 Quais as sugestões que você daria para favorecer o preparo profissional do psicólogo para atuar com crianças com deficiência mental na perspectiva de atenção às suas necessidades? ---

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

MUITO OBRIGADA!

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido destinado aos pais**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Projeto: Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo

**Autora: Maria das Graças Araújo  
Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos pais ou responsáveis

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro saber que os objetivos do projeto de pesquisa sobre o tema “Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo” são conhecer as necessidades de atenção à saúde das crianças portadoras de deficiência mental para identificar as necessidades de atendimento psicológico das mesmas.

Sei que a pesquisa será feita através da observação destas crianças na escola durante suas atividades de rotina, e que isto não lhe causará qualquer tipo de prejuízo ou tratamento diferente.

Estou esclarecido quanto ao direito de retirar meu consentimento no decorrer da pesquisa, mesmo tendo assinado este termo, de que tenho direito a receber informações sempre que tiver necessidade, e de que qualquer informação sobre meu filho será mantida em segredo, só sendo conhecido pela pesquisadora.

E por isto declaro que consinto livremente que o meu filho (a), \_\_\_\_\_, seja observado durante a mesma, dando consentimento à pesquisadora para que os resultados sejam utilizados, inclusive para publicação, desde que não apareçam nomes nem outra forma de identificação.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo menor

\_\_\_\_\_  
Maria das Graças Araújo  
araujo.graca@globo.com

**APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido destinado aos professores**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Projeto: Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo

**Autora: Maria das Graças Araújo  
Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos professores

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro saber que os objetivos do projeto de pesquisa sobre o tema “Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo” são conhecer as necessidades de atenção à saúde das crianças portadoras de deficiência mental; estabelecer um paralelo entre estas necessidades e a demanda de atendimento psicológico; identificar os elementos propulsores e restritivos da formação do psicólogo para atender esta demanda.

Estou ciente, também, que os dados coletados nesta fase da pesquisa o serão através da observação participante para identificar as necessidades destas crianças, e autorizo, portanto a pesquisadora Maria das Graças Araújo a usar estes dados para os fins a que se destina a pesquisa.

Estou ciente de que tenho direito a esclarecimentos a qualquer momento que os mesmos se fizerem necessários, que tenho plena liberdade de recusar-me a participar desta pesquisa, ou mesmo, tendo aceito e assinado esse termo, o de retirar meu consentimento, no todo ou em parte dos dados, sem que disso resulte algum prejuízo e de que os dados são confidenciais e serão mantidos em sigilo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria das Graças Araújo  
araujo.graca@globo.com  
Telefone: (79) 22280

**APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido destinado aos psicólogos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Projeto : Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo

**Autora: Maria das Graças Araújo  
Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos psicólogos

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro saber que os objetivos do projeto de pesquisa sobre o tema “Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo” são conhecer as necessidades de atenção à saúde das crianças portadoras de deficiência mental; estabelecer um paralelo entre estas necessidades e a demanda de atendimento psicológico; identificar os elementos propulsores e restritivos da formação do psicólogo para atender esta demanda.

Autorizo a pesquisadora Maria das Graças Araújo a usar os dados do questionário que estou lhe respondendo nesta data, para os fins a que se destina a pesquisa.

Estou ciente de que tenho direito a esclarecimentos a qualquer momento que os mesmos se fizerem necessários, que tenho plena liberdade de recusar-me a participar desta pesquisa, ou mesmo, tendo aceito e assinado esse termo, o de retirar meu consentimento, no todo ou em parte dos dados, sem que disso resulte algum prejuízo e de que os dados são confidenciais e serão mantidos em sigilo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria das Graças Araújo  
araujo.graca@globo.com  
Telefone: (79) 2228016


**ANEXO A – Declaração de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR  
Rua Cláudio Batista S/N –prédio CCBS/HU - Bairro Sanatório  
CEP: 49060-100 Aracaju -SE – Fone: (79) 218-1805  
E-mail: [cephu@ufs.br](mailto:cephu@ufs.br)

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa *“Assistência à saúde do portador de deficiência mental: análise da preparação do psicólogo”*, pré-projeto de Mestrado em Ciências da Saúde, da autoria da psicóloga Maria das Graças Araújo, sob a orientação da **Profª Drª MARIA JÉSIA VIEIRA**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário - CEP/HU desta Universidade, em reunião realizada *dia 05/03/2004*.

Aracaju, 09 de março de 2004.

  
Prof. Dr. Manuel Herminio de Aguiar Oliveira  
Coordenador do CEP/HU/UFS



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)