— Falta de conhecimentos técnico-científicos em educação de crianças deficientes mentais;
— Inadequação da equipa técnica às características da população infantil com que trabalhavam;
— Admissão de crianças com um real desafasamento das capacidades materiais e humanas dos Centros;
— Concepção tradicional de educação por parte de alguns dos pais e técnicos e consequente expectativa destes quanto à aquisição de conhecimentos escolares.

Estes foram, quanto a nós, os principais factores que originaram dificuldades de relação inter-pessoal e grupal, de realização profissional e que contribuíram para que em muitos Centros se tenham criado situações de cansaço, de frustração e de desorientação com consequente prejuízo, não só do trabalho pedagógico como dos técnicos e responsáveis.

Para além destas considerações negativas apresentadas, contudo, muitos Centros conseguiram proporcionar à criança deficiente ou inadaptada:

— um ambiente escolar receptor e mais preparado para responder às suas necessidades;
— uma relação afectiva estável;
— vivência grupal;
— interacção com o meio;
— diversos graus de autonomia;
— aquisição de conhecimentos de váría ordem.

É preciso salientar que isto tem sido possível graças ao interesse profissional de muitos técnicos que nos levaram a procurar uma valorização no campo psico-pedagógico, e a um maior horário de trabalho, sem usufruírem por isso de acréscimo de vencimento, nem qualquer outra regalia.

Salienta-se de igual modo os elementos das Comissões Directivas que, também sem qualquer compensação económica, perdem muitas horas de descanso e do seu tempo livre, na organização e na gestão administrativa dos Centros, na procura e na aquisição de apoios, tendo assumido neste campo, um papel que caberia às entidades oficiais.

Pensamos que, qualquer que seja a evolução das perspetivas que se criem em relação à educação da criança deficiente mental, este movimento de pais e de técnicos que formaram estes Centros, marcam uma fase significativa no contexto escolar actual pois, para além dos aspectos positivos já citados, poderão servir como modelo de estudo, para o seu aperfeiçoamento e para a criação de outras alternativas.

Mas, para uma evolução positiva desta experiência pedagógica e para a criação de outras alternativas, consideramos fundamental:

1. Uma política de saúde preventiva.
2. Uma política de educação pré-escolar e escolar ajustada às necessidades reais do país.
3. Um sistema de apoio médico e psico-pedagógico ao ensino regular.

Estas condições são fundamentais para se criarem no futuro condições de integração na escola de parte da população infantil que presentemente só encontra resposta nestes Centros.

Contribuiriam também para a diminuição da incidência de certos tipos de deficiência.

4. A educação das crianças agora apoiadas não pode continuar a depender dum conjunto de ações dispersas e paralelas, mas de um programa social integrado, sem o que estes Centros poderão perder as suas perspectivas pedagógicas e de integração sócio-profissional.

Torna-se urgente também:

— Formação de professores e de técnicos de educação especial;
— Maior participação de outros Ministérios — da Saúde e do Trabalho;
— Garantia de integração profissional da criança deficiente através de legislação própria;
— Que os serviços oficiais que têm a sua cargo o apoio a estas instituições oferçam condições satisfatórias de trabalho.

A criação dum Serviço de Educação Especial poderia ser um passo importante na resolução de alguns problemas.

Nota: (1) Estas ações inserem-se no âmbito do Acordo Luso-Sueco.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ETIOLOGIA DA DEBILIDADE MENTAL

JOAQUIM BAIRRÃO
M. JESUS FEIJOO
MADALENA FERREIRA
M. ISABEL FELQUEIRAS
MANUELA MACHADO
REGINA MENEZES PINTO

Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico — Instituto da Família e Acção Social — Ministério dos Assuntos Sociais.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO GERAL
   1.1. Objectivos do estudo
   1.2. O que é a debilidade mental?
2. METODOLOGIA GERAL
3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO
   3.1. Aspectos sócio-familiares
   3.2. Aspectos pedagógicos
4. ASPECTOS PEDIÁTRICOS
   4.1. Os meios utilizados
   4.2. Factores de risco
5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

5.1. Os instrumentos utilizados
5.2. Constituição dos diferentes grupos
5.3. Comparação dos grupos débil e não débil com a população total.

6. ANÁLISE CONJUNTA DAS DIVERSAS PERSPECTIVAS

6.2. Caracterização sócio-familiar dos grupos constituídos
6.3. Caracterização pedagógica dos grupos constituídos

7. CONCLUSÕES

1. INTRODUÇÃO GERAL

1.1. Objectivos do Estudo

O nosso trabalho visa o estudo de um grupo de crianças, integradas numa instituição para deficientes mentais de grau médio, numa perspetiva pluridisciplinar em que estão presentes critérios de ordem social, pedagógica, psicológica e médica.

Um dos objectivos visava fundamentalmente uma tentativa de estudo e esclarecimento de certas características de ordem etiológica e sua relação com determinados aspectos ou padrões psicológicos específicos.

Dentro desta preocupação, seguimos de perto os estudos já efectuados pela Escola Francesa (Zazzo, et al.) sobre os aspectos diferenciais da debilidade mental. Os conhecimentos actuais não deixam dúvidas quanto à existência de características particulares ligadas à etiologia, características que por sua vez constituem quadros psicológicos diferenciais. Para determinados autores o estudo da etiologia da debilidade mental e das deficiências mentais de um modo geral apresenta muitas dificuldades e é de interesse relativo.

Porém, na nossa perspectiva, a importância do conhecimento das classificações etiológicas têm as seguintes vantagens:

— Conceber um modelo de trabalho ainda que grosseiro, baseado nas realidades já existentes e a partir daí refutar as concepções estatísticas que a priori negam ou afirmam, não experimentando.

— As classificações podem ajudar-nos na procura de leis gerais do funcionamento psíquico extra-defectológico e procurar-se possível, a intrínseca dialéctica biológico-social para a qual a debilidade mental fornece um modelo privilegiado.

— Do ponto de vista prático, as classificações etiológicas e o estabelecimento de um diagnóstico constituem um passo de extrema importância, quando se pretende traçar um plano educativo ou reeducativo, ou ainda aquando da inserção social e profissional.

Será ainda de referir a importância das classificações etiológicas no plano de uma acção profilática a curto e a médio prazo, tendo em vista as gerações futuras.

Um de nós [1] passando em revista os vários critérios etiológicos da debilidade mental, constatou que estes poderiam resumir em seis rubricas causais ou etiológicas principais:

1.º Causas orgânicas, lesionais ou de disfunção.
2.º Alterações génicas ou cromossômicas.
3.º Causas mesiológicas, também ditas sócio-culturais.
4.º Causas psicopatológicas graves ou devidas a institucionalização precoce e/ou prolongada, também chamada de «etiologia objetiva».

5.º Causas devidas a uma pobreza de património genético, chamadas culturais-familiares segundo a escola anglo-saxónica, também chamadas debilidade endógena segundo alguns autores.
6.º Causas desconhecidas e de etiologia mista.

1.2. O que é a Debilidade Mental?

Reportando-nos à Escola Americana, autores como Robinson e Robinson defendem debilidade mental como «um funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento, associado com alterações no comportamento adaptativo». Para este autor, um défice geral do funcionamento intelectual é avaliado mediante um teste de inteligência geral cuja realização se situa a um desvio padrão ou mais abaixo da média da população.

Segundo Zazzo, a debilidade mental é a 1.ª zona de insuficiência intelectual, insuficiência relativa aos critérios da sociedade, critérios variáveis de sociedade para sociedade e de idade para idade, cujos determinantes são de origem biológica (hereclarietariade ou acidentes precoces) e de efeitos irreversíveis no estado actual dos nossos conhecimentos.

Se tivermos em conta estes dois tipos de definição, a de Robinson e Robinson é mais lata que a de Zazzo. Podemos encontrar quatro diferenças fundamentais entre as duas:

1.º Na escola americana os determinantes são encarados num sentido lato ultrapassando os de ordem biológica.
2.º Na primeira definição não está delimitado o período de desenvolvimento em que se processa a alteração.
3.º A definição dos autores americanos, não especifica uma organização psicodélica característica, mas refere-se fundamentalmente a um síndrome que se traduz num rendimento deficitário (intelectual e social).
4.º A noção de irreversibilidade ou de «incurvibilidade» é tida em conta apenas na definição da escola francesa.

Em síntese, debilidade, atraso ou deficiência mental, para os autores da escola americana não constituem um síndrome no seu sentido habitual mas são sobretudo entendidos como sintomas que se enquadraram numa vasta variedade de alterações.

O presente trabalho não se dirige apenas a uma das orientações acima referidas, mas procurou estabelecer uma comparação entre grupos constituídos a partir dos critérios psicométricos inerentes a cada uma das definições de debilidade ou de deficiência mental.

2. METODOLOGIA GERAL

Dentro da perspetiva que vimos seguindo tentamos abordar pluralisticamente os aspectos sócio-económicos, médicos e psicológicos das crianças da instituição que a que se refere o presente trabalho.

Numa primeira fase procedeu-se à caracterização geral da população nestas diferentes abordagens.

Uma vez que se trata de uma instituição assistencial para crianças débeis mentais, o tipo de população que a ela recorre é extremamente homogéneo do ponto de vista sócio-económico e cultural. São na sua maior parte, crianças de maos frustros e desfavorecidos. Daí ser difícil encontrar dentro desta população grupos distintos em função de critérios sócio-económicos. Procedeu-se pois, à caracterização e descrição da população geral, assim como dos sub-grupos que se vieram a constituir pelos outros critérios de avaliação.

Quanto aos aspectos médicos e pediátricos, de acordo com a metodologia utilizada, foram considerados factores de risco do ponto de vista da etiologia da debilidade mental.

Em função da presença ou ausência desses factores
de risco nas crianças observadas, serão constituídos dos dois grupos distintos:
A — Crianças com risco.
B — Crianças sem risco.

Do ponto de vista da avaliação psicológica e numa tentativa de caracterização diferencial, caminhamos de um critério strito de rendimento intelectual (QI) para um critério mais vasto de compreensão de uma dada estrutura ou organização psicológica.
Assim e em função destes dois critérios, constituíram-se diferentes grupos.
Em função do rendimento intelectual numa prova de inteligência geral temos:
— Grupo de crianças normais
— Grupo de deficientes de grau ligeiro
— Grupo de deficientes de grau médio
— Grupo de deficientes de grau profundo.

Em função da compreensão de uma dada estrutura ou organização psicológica constituíram-se:
— Grupo de crianças débeis
— Grupo de crianças não débeis

Após o estudo individualizado de cada uma das equipes procedeu-se ao confronto dos diferentes critérios e ao cruzamento dos diferentes grupos (crianças com risco, crianças sem risco, grupo de crianças débeis, grupo de crianças não débeis).
Assentaram-se, pois, na relacionação de factores etiológicos com determinados quadros ou organizações psicológicas, a partir de critérios psicométricos.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

A caracterização geral da população estudada foi feita a dois níveis:
— Sócio-económico-familiar
— Pedagógico

3.1. Aspectos Sócio-económicos e Sócio-familiares

Em relação à caracterização geral sócio-económica há a referir: o tipo de população estudada e, a metodologia e critério utilizado, tendo em vista a avaliação geral sócio-económica e familiar.

Em relação à população estudada há que atender ao tipo particular da amostra, constituída por agregados familiares de alunos de um estabelecimento da assistência para débeis médios do sexo masculino, segundo os critérios de admissão estabelecidos.

Quanto à metodologia utilizada, foram contactados directamente pelo Serviço Social cerca de 50% dos agregados familiares e foram estudados todos os respectivos dados demográficos e todos os processos sociais existentes na instituição.

Para a avaliação do estatuto sócio-económico, foi utilizada a Escala da Warner (na sua 1.ª adaptação para Portugal) a qual considera 5 grupos sócio-económicos (categorias I ou V), do meio mais favorecido ao mais desfavorecido, que se aplicam aos seguintes itens:

A — Profissão de chefe de família
B — Rendimento ou receita global anual da família
C — Forma de recebimento
D — Zona de residência
E — Tipo de habitação
F — Educação do chefe de família

Para a classificação geral por grupos foram só considerados os itens A — D — E e F na impossibilidade de serem apurados os itens B e C por estas não constarem dos processos estudados.

Foi considerado na maioria dos casos que o chefe de família o pai, e na falta deste, ou por falecimento ou por se desconhecerem os elementos necessários, foi considerado como chefe de família a mãe.

QUADRO I

Classificação da população estudada segundo as cinco categorias sócio-económicas da escala de Warner

<table>
<thead>
<tr>
<th>MEIO SÓCIO-ECONÔMICO</th>
<th>I</th>
<th>II</th>
<th>III</th>
<th>IV</th>
<th>V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N.º de casos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>POPULAÇÃO ESTUDADA</td>
<td>N — 50</td>
<td></td>
<td></td>
<td>2%</td>
<td>64%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pela observação do quadro I verifica-se que a população estudada se situa na sua maior percentagem nos dois grupos mais baixos da Escala de Warner, havendo apenas a assinalar um caso no grupo III.

Em relação à zona de residência, como se pode ver no quadro II — a maior percentagem situa-se na zona de Lisboa ou grande Lisboa. O meio urbano fora de Lisboa refere-se a Setúbal e o meio rural estende-se até Torres Vedras e Bombarral para o Norte e até Setúbal para o Sul.
QUADRO II

Distribuição da população segundo a zona de residência

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zone de residência</th>
<th>Lisboa</th>
<th>Grande Lisboa</th>
<th>Melo urbano fora Lisboa</th>
<th>Melo Rural</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>População estudada</td>
<td>N.º</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>35</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>N = 50</td>
<td>70%</td>
<td>12%</td>
<td>2%</td>
<td>16%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

QUADRO III

Idades à data da observação no C. O. O. M. P.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0 anos</th>
<th>9 anos</th>
<th>10 anos</th>
<th>11 anos</th>
<th>12 anos</th>
<th>13 anos</th>
<th>14 anos</th>
<th>15 anos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N.º</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>14%</td>
<td>22%</td>
<td>24%</td>
<td>24%</td>
<td>6%</td>
<td>2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

QUADRO IV

Classes frequentadas à data da observação no C. O. O. M. P.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Classe Sensorial</th>
<th>Classe Pré-Primária</th>
<th>1.ª classe</th>
<th>2.ª classe</th>
<th>3.ª classe</th>
<th>4.ª classe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N.º</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>18</td>
<td>13</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>12%</td>
<td>16%</td>
<td>36%</td>
<td>26%</td>
<td>6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2. Aspectos Pedagógicos

Em relação à caracterização geral a nível pedagógico considerou-se: a idade e a classe frequentada à data da observação no COOMP.

Pelo estudo dos Quadros III e IV verificamos que:
- 48% tinham 12 A (24%) e 13 A (24%)
- 22% tinham 11 A
- 14% tinham 10 A
- 8% tinham 8 A (4%) e 9 A (4%)
- 6% tinham 14 A
- 5% tinham 15 A

Quanto às classes frequentadas verificamos que:
- 36% frequentavam a 1.ª Classe
- 26% frequentavam a 2.ª Classe
- 16% frequentavam a pré-primária
- 12% frequentavam a sensorial
- 6% frequentavam a 3.ª Classe
- 4% frequentavam a 4.ª Classe

Pela comparação dos dois quadros verificamos que a maior parte das crianças apresentavam à data da observação um atraso escolar de 2, 3 e 4 anos se atendermos ao número considerável de casos na sensorial, pré-primária e 1.ª classe em relação às maiores percentagens das idades que se situam nos 11, 12 e 13 anos.
4. ASPECTOS PEDIÁTRICOS

4.1. Os Melhos Utilizados

Todas as crianças deste estudo foram observadas do ponto de vista pediátrico. Esta observação incluiu um inquérito ou anamnese acerca do passado familiar, e dos acontecimentos importantes que ocorreram no período pré, perinatal e pós-natal da vida da criança. O exame físico geral realizou-se segundo a metodologia normalmente usada na observação médica.

Uma vez que a população a estudar do ponto de vista pediátrico era constituída, em princípio, por crianças com debilidade mental, pensamos que o protocolo dos exames complementares a auxiliar deveria incluir as técnicas capazes de permitir o diagnóstico do maior número possível de doenças que se acompanham de debilidade mental. Esta é a razão pela qual foram incluídas nos exames complementares de diagnóstico, técnicas tão especializadas como são o rastreio de doenças metabólicas e a determinação do número de cromossomas X e Y.

Resumo dos Exames Realizados a todas as Crianças deste Estudo:

a) Anamnese: A anamnese utilizada foi elaborada a partir de uma apresentada por P. Tizard em «Education, Health and Behavior», e tem 28 itens distribuídos em 4 partes:
1. Antecedentes familiares;
2. História pré e peri-natal;
3. Desenvolvimento psico-motor da primeira infância;
4. Outros elementos da história pós-natal.

Os dados da anamnese seriam em princípio fornecidos pela mãe, o que muitas vezes não foi possível.

b) Exame Físico Geral — Este exame inclui sempre a determinação dos parâmetros do desenvolvimento físico (peso, altura e perímetro céfalo), e um exame neurológico sumário.

O peso e a altura foram comparados com as tabelas de desenvolvimento em uso no COOMP (tabelas de percentis segundo o Children’s Medical Centre, Boston, USA). O perímetro céfalo foi comparado, em função do peso da criança, com as tabelas de Wilkins.

c) Exame da Visão — realizado por um oftalmologista, incluiu determinação da acuidade visual, exame de refracção e fundos oculares.

d) Exame de Audição — foi realizado por um otorrinolaringologista e inclui determinação da acuidade auditiva.

e) Estudo Radiológico do Crânio — foi realizado em dois planos, anterior/posterior e perfil. Pretendeu pôr em evidência a forma e dimensões do crânio, sinais de hipertensão intracraniana, calcificações e tamanho da sela turca.

f) Electromiografias — foi realizado no Centro de Saúde Mental infantil de Lisboa, em vigilia e sono. Foram usadas montagens monoeletradas do tipo Gibb’s e uma velocidade de 3 cm por segundo.

g) Rastreio de Anormalias Metabólicas — este rastreio inclui determinações no sangue e na urina. No sangue foram doseadas a glicose, ureia, ácido úrico, cálculo, fósforo e fosfatase alcalina. Fez-se também o cálculo qualitativo dos aminoácidos no sangue.

Na urina foram feitas determinações da glicose, proteínas, hemoglobina, corpos cetônicos e ácido fenilpirúvico. Estes exames foram realizados no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e no Centro de Estudos Metabólicos e Genéticos (Faculdade de Farmácia).


4.2. Factores de risco

Em cada criança observada foi feito um resumo que incluiu os dados significativos da anamnese, da observação clínica e dos exames complementares. Para cada observação foram considerados a ponderada os factores de risco em relação à debilidade mental. Poderemos agrupá-los do seguinte modo:

a) factores hereditários — incluem situações hereditárias que se acompanham de debilidade. A existência de debilidade nas pares, irmãos e tios foi também considerada neste grupo.

b) factores pré-natais — incluem acidentes ocorridos durante a gravidez que, em princípio, poderiam interferir com o futuro desenvolvimento normal. Estão neste grupo tentativas de aborto, hemorragias durante a gravidez, prematuridade, e doenças graves da mãe.

c) factores perinatais — neste grupo foram considerados os acidentes que no momento do parto ou nas horas seguintes ao nascimento poderiam ser responsabilizados por lesão do Sistema Nervoso Central. Estão incluídos neste grupo situações de anoxia perinatal, traumatismo de parto, ceñara, forcos e hiperbilirrubinemas.

d) factores post-natais — estão incluídos neste grupo doenças graves ou acidentes que podem ser responsabilizados por lesões do sistema central, da audição ou de visão (encefalopatias agudas, meningites, convulsões, desatendimentos etc.).

e) factores do meio — nalguns casos foram considerados certos factores ambientais como hospitalismo excessivo perinatal e precoce, abandono pela mãe na 1.ª infância, e outros factores familiares graves referidos nas histórias, como alcoolismo, delinquência e desorganização grave e precoce da estrutura familiar.

QUADRO V

Crianças em Risco

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupos</th>
<th>N.º Crianças</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A — Em risco</td>
<td>37</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>B — Sem Risco</td>
<td>11</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>C — Sem Informação</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>50</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
No quadro V está representada a distribuição das crianças em 3 grupos.
No grupo A estão as crianças em risco, isto é, nas quais foi possível apurar a existência de um ou vários fatores de risco. São em número de 37 e representam 54% da totalidade.
No grupo B estão as crianças em que não se apuraram fatores de risco. São em número de 11 e representam 22% da totalidade.
No grupo C estão aquelas crianças em que os dados da história, por razões várias, foram considerados como não oferecendo credibilidade. Representam apenas 4% da totalidade.
O quadro VI mostra a frequência com que os vários fatores de risco aparecem na população estudada, e refere-se apenas ao grupo A do Quadro V, isto é ao grupo V crianças.
Verificamos neste quadro que a maior percentagem se situa nos factores perinatais (38%) logo seguidos dos factores hereditários (30%).

QUADRO VI
Distribuição dos Fatores de Risco

<table>
<thead>
<tr>
<th>Crianças</th>
<th>Hereditários</th>
<th>Pré-Natais</th>
<th>Peri-Natais</th>
<th>Post-Natais</th>
<th>Ambientais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N = 37</td>
<td>15.0</td>
<td>30.0</td>
<td>12.0</td>
<td>24.0</td>
<td>19.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38.0</td>
<td>38.0</td>
<td>43.0</td>
<td>43.0</td>
<td>55.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Quanto aos aspectos psicológicos, numa primeira caracterização do conjunto das crianças da instituição que constituem a nossa amostra (49 casos), tentámos inicialmente situar o grupo por um lado, em termos de rendimento intelectual a partir de provas de inteligência geral (NEVI e WISC) e por outro lado, esboçar um perfil que traduz uma certa estrutura ou organização psicológica das diferentes áreas analisadas.

5.1 Instrumentos Utilizados

A bateria foi selecionada tendo em vista o perfil do débil mental com o objectivo de apreciar o rendimento da criança do ponto de vista da eficiência intelectual e o modo como se estruturam e organizam as áreas perceptivas (organização espaço-temporal) e psicomotoras (eficiência e aspectos específicos da motricidade).

Foram aplicadas as seguintes provas em função das áreas:

1. Rendimento intelectual global
   - NEVI — Escala Métrica de Inteligência — Revisão de Zazzo 1966
   - WISC — Escala de Inteligência para crianças de Wechsler.
   - Teste do Bonhomme de F. Goodenough.

2. Área perceptiva
   - Teste de Retenção Visual de Benton.
   - Prova gráfica de organização perceptiva de Bender-Santucci.
   - Prova de reprodução de estruturas rítmicas de M. Stamback.

3. Área psicomotor
   - Teste das 2 Barragens de René Zazzo
   - Bateria de Nível Motor.

5.2. Constituição e Comparação dos Grupos

Após o estudo das variáveis psicológicas dentro do grupo total procedeu-se à organização de sub-grupos, com base em duas linhas um pouco distinta:

1. A 1.a linha, que é aquela que considerámos próxima das perspectivas americana e anglo-saxónica, encara a deficiência mental num sentido amplo de diminuição do funcionamento intelectual independente daquilo que determina essa diminuição ou mau funcionamento e momento em que ela se deu.

   Do ponto de vista operacional situa-se apenas na classificação de um grau de deficiência ou rendimento (QI) obtido a uma prova de inteligência geral, no nosso caso a escala de Wechsler para crianças (WISC).

   A partir do nível ou rendimento alcançado por cada uma das 49 crianças, cada uma delas será incluída num dos seguintes grupos:

   - grupo de crianças normais (QI>80). Apenas 4 crianças foram consideradas como tal,

   - grupo de deficientes leves (QI 70-80) no qual se encontram 10 crianças,

   - grupo de deficientes de grau médio (QI 50-70). A maioria dos casos situa-se neste grupo, 26 crianças,

   - grupo de deficientes profundos (QI<50) constituído por 9 casos.

2. A 2.a linha baseia-se nos estudos sobre a debilidade rendida por Zazzo e colaboradores.

   No estudo e caracterização psicológica da nossa amostra tivemos em conta os trabalhos anteriormente realizados, no que se refere ao perfil tipo do débil mental na sua forma primitiva tendo em vista a hierarquia das diversas actividades e realizações determinada pela desfação entre nível de idade real e nível intelectual (heterocronia).

   Constituímos a partir daí dois sub-grupos no grupo total, independentemente do grau de défice intelectual:

   - o grupo dos débeis que inclui 28 crianças (57% dos casos),

   - o grupo dos não débeis com 21 casos os que equivale a 43%. Este grupo inclui crianças de nível intelectual normal (4 casos) e principalmente deficientes (17 casos) cuja organização psicológica não se assemelha a uma verdadeira debilidade.

O quadro VII indica-nos o número de crianças consideradas débeis e não débeis e a sua comparação em função da classificação do nível de rendimento intelectual global segundo a prova Wechsler para crianças (WISC).
QUADRO VII

Crianças consideradas débeis e não débeis em função do Grau de Deficiência (Rendimento Intelectual Global)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Débeis</th>
<th>Normal (IQ&gt;80)</th>
<th>Deficientes Ligeiros (IQ 70-79)</th>
<th>Deficientes Médios (IQ 50-69)</th>
<th>Deficientes Profundos (IQ&lt;50)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N = 28</td>
<td></td>
<td>19</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TOTAL — 49 casos

Verificamos que as crianças débeis se situam na sua totalidade nas categorias de deficientes médios (IQ, 50-69) e profundos (IQ<50), enquanto que nos não débeis há uma relativa superioridade, nível normal e deficiência de grau ligeiro.

Mais adiante apresentaremos rapidamente a caracterização e maior ou menor especificidade do ponto de vista psicológico dos grupos de débeis e não débeis em relação ao grupo total.

QUADRO VIII

Comparações dos perfis psicológicos dos Grupos de Crianças Débeis e não Débeis com o Grupo Total

<table>
<thead>
<tr>
<th>N = 49</th>
<th>GRUPO TOTAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N = 21</td>
<td>GRUPO DE CRIANÇAS NÃO DÉBEIS</td>
</tr>
<tr>
<td>N = 26</td>
<td>GRUPO DE CRIANÇAS DÉBEIS</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.3. Comparações dos grupos débil e não débil com a população total.

A análise do quadro VIII permite uma comparação rápida dos grupos considerados.

102

Nas crianças débeis é de salientar uma grande «rigidez» no modo como os diferentes comportamentos ou áreas se organizam em torno da idade mental (I.M.). Parece de facto haver um factor determinante nesta organização que é a grande imaturidade global do
grupo nos diferentes aspectos (neuro-biológicos, intelectuais, motores, etc.), o que provavelmente é explicável em função da elevada incidência de casos de etiologia orgânica. Veja-se a inferioridade dos aspectos grafo-perceptivos.

No grupo das crianças não débeis ainda que deficientes na sua maioria, cujo rendimento intelectual é superior ao dos débeis, há a salientar por um lado uma muito maior independência das diferentes áreas em relação à I.M. e à influência de compromissos orgânicos e por outro lado que a quase totalidade dos valores se situa bastante acima dessa I.M., à exceção de uma prova de motricidade fina, prova de racional complicada, particularmente sensível a factores emocionais e implicando uma estratégia no sentido de se alcançar um bom êxito.

Este grupo é na sua maior parte constituído por crianças com défices psico-linguísticos muito acentuados, quer por razões de ordem afectiva, quer em consequência de um meio sócio-cultural extremamente desfavorecido e pouco estimulante.

O grupo total, incluindo estes dois grupos acabados de referir, é bastante heterogêneo e funciona quase como um perfil "médio" em relação aos dois primeiros.

6. ANALISE CONJUNTA DAS DIVERSAS PERSPECTIVAS


O Quadro IX diz respeito à relação do critério de diagnóstico de debilidade em função da presença de uma situação de risco do ponto de vista etiológico.

QUADRO IX

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Com risco</th>
<th>Sem risco</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Débeis</td>
<td>25</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Não Débeis</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>36</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Verificou-se que foram detectados factores de risco em 25 crianças débeis, ao passo que em apenas 3 destas crianças não foram detectados quaisquer factores.

Por outro lado foram detectados factores de risco em 11 crianças não-débeis.

O Quadro X relaciona o critério de eficiência intelectual com a presença de uma situação de risco.

QUADRO X

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Com risco</th>
<th>Sem risco</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nível normal</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Défice ligeiro</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Défice médio</td>
<td>21</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Défice profundo</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>36</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

É fácil verificar que 21 das crianças nas quais existiam factores de risco eram deficientes médios, contra 2 com nível normal, 5 com défice ligeiro e 8 com défice profundo. As crianças em que não existiam factores de risco distribuem-se quase igualmente pelos 4 grupos.

O Quadro XI discrimina os factores de risco em relação com os critérios de eficiência intelectual.
QUADRO XI

Etiologia (fatores de risco) e diagnóstico psicológico

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Fatores herdátários</th>
<th>Fatores pré-natais</th>
<th>Fatores peri-natais</th>
<th>Fatores post-natais</th>
<th>Fatores meio</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Normais N = 4</td>
<td>1</td>
<td>—</td>
<td>2</td>
<td>—</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Deficientes ligeiros N = 10</td>
<td>0 2</td>
<td>1 4</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deficientes médios N = 26</td>
<td>12 7</td>
<td>11 6</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deficientes profundos N = 9</td>
<td>2 3</td>
<td>5 3</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis N = 26</td>
<td>14 8</td>
<td>14 7</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis N = 21</td>
<td>1 4</td>
<td>5 6</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Os factores hereditários incidem principalmente nos deficientes médios, não contando praticamente para os outros grupos. Os factores peri-natais tem uma distribuição semelhante, encontrando-se principalmente nos deficientes médios e também nos profundos.

Quer os factores pré-natais quer os post-natais distribuem-se quase igualmente por todos os grupos de deficiências.

É de notar que em relação aos factores do meio, e uma vez que o meio é igualmente deficiente em quase todas as crianças, foram considerados apenas factores específicos como já foi aliás apontado na descrição dos factores de risco.

6.2 Caracterização sócio-familiar dos grupos constituídos

Uma vez apurado o cruzamento dos grupos da psicologia com os da pediatría, verificamos a incidência e a distribuição dos vários factores estudados, em relação à caracterização geral sócio-económico-familiar.

As alterações mais relevantes, quer em relação à incidência, quer em relação à distribuição dos vários factores pelos grupos, verificaram-se aos seguintes níveis:

A — Profissão da mãe
B — Situação e organização do agregado familiar
C — Problemas sociais e de saúde dos pais
D — Número de filhos por agregado familiar.

A — Em relação à profissão da mãe, há a considerar a situação de domestícia e a sua incidência e distribuição nos diversos grupos estudados.

QUADRO XII

Distribuição das crianças incluídas nos diferentes grupos, segundo a profissão da mãe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Profissão da mãe</th>
<th>I</th>
<th>II</th>
<th>III</th>
<th>IV</th>
<th>V</th>
<th>Desconhecida</th>
<th>Domésticas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Débeis com risco N = 26</td>
<td>—</td>
<td>10</td>
<td>40%</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis sem risco N = 3</td>
<td>1</td>
<td>33%</td>
<td>2</td>
<td>66</td>
<td>—</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis N = 28</td>
<td>1</td>
<td>3%</td>
<td>12</td>
<td>4%</td>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis com risco N = 11</td>
<td>1</td>
<td>.%</td>
<td>6</td>
<td>50%</td>
<td>2</td>
<td>18%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis sem risco N = 8</td>
<td>—</td>
<td>50%</td>
<td>4</td>
<td>12%</td>
<td>3</td>
<td>37%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis N = 19</td>
<td>1</td>
<td>5%</td>
<td>10</td>
<td>15%</td>
<td>5</td>
<td>26%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Como se pode verificar pela observação do Quadro XII nota-se uma maior incidência de mães "domésticas" entre as crianças dèbeis, em relação às não-dèbeis, e dentro dessas incluem-se, na sua totalidade no grupo das crianças dèbeis com risco.

Em relação à profissão declarada, situam-se no grupo das crianças dèbeis as mães com profissões menos qualificadas.

Há ainda a salientar em relação às "domésticas" que essa é a situação declarada pelas próprias, mas após os contactos diretos do Serviço Social com os respectivos agregados familiares e o estudo dos dossiê-rs verificamos que, pelo menos, sete destas mães se dedicam à prostituição, o que representa 14% em relação ao total da população estudada.

B — Em relação à situação e organização do agregado familiar, foram consideradas diversas situa-
ções:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Orfãos</th>
<th>Pai separado</th>
<th>Com madrasta</th>
<th>Com padrasto</th>
<th>A viver com outros</th>
<th>Amas -creches -procura / colocação</th>
<th>Família desorganizada</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Débeis com risco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 25</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4%</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>20%</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis sem risco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>33%</td>
<td>33%</td>
<td>33%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 28</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9%</td>
<td>10%</td>
<td>7%</td>
<td>21%</td>
<td>7%</td>
<td>10%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Não dèbeis com risco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 11</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9%</td>
<td>9%</td>
<td>9%</td>
<td>2%</td>
<td>1%</td>
<td></td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Não dèbeis sem risco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 8</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>12%</td>
</tr>
<tr>
<td>Não dèbeis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N = 19</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>19%</td>
<td>4</td>
<td>21%</td>
<td>10%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

QUADRO XIII

Sitação e organização do Agregado Familiar

C — Ao encararmos os problemas sociais e de saúde dos pais, consideramos problemas de saúde aqueles que, implicando ou não internamento hospitalar devido à sua gravidade, frequência ou características especiais (como o caso dos tratamentos psiquiátricos e de tuberculose), afectam a normal vivência do agregado familiar; e como problemas sociais, consideramos particularmente a prostituição e a prisão por furto ou por delito grave.

Pelo estudo do Quadro XIV, verificamos que os mais casos de alcoolismo no grupo dos dèbeis, havendo no entanto a salientar, quanto à situação de alcoolismo paterno ou materno, o facto de que, na maior parte dos casos, estas informações são fornecidas pelas mães.

Notamos ainda que as crianças em risco (dèbeis ou não dèbeis) apresentam uma maior incidência de todos os factores estudados.

D — Ao estudarmos o número de filhos por agregado familiar, considerámos como famílias numerosas, os agregados familiares com mais de 4 filhos. Verificamos pela observação do Quadro XV que no grupo dos dèbeis se encontra a maior percentagem de famílias com quatro ou cinco filhos, embora as famílias mais numerosas se encontram no grupo dos não dèbeis (cinco com 16 filhos ou mais).

105
Em relação às experiências escolares anteriores à admissão na instituição, para além do fato já apontado de a maior incidência dos casos sem qualquer escolaridade se situar no grupo dos **débeis com risco**, há ainda a salientar, que a maior incidência de frequência de ensino especial ou de colégio de reeducação, se verifica igualmente no grupo dos débeis com risco. Os períodos sem escolaridade, que vão de 1 ano a 3 anos, registaram-se na maior parte dos casos, após a frequência de uma 1.ª classe sem êxito e estenderam-se até à data de admissão na instituição (ou por despiste tardio ou por falta de vaga na instituição).

**QUADRO XVIII**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Idades à data de admissão na instituição</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>7 A</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis com risco N. = 25</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis sem risco N = 3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis N. = 28</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis com risco N. = 11</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis sem risco N. = 8</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis N. = 19</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**QUADRO XIX**

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.ª Situação escolar após admissão na instituição</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sensorial</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis com risco N = 25</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis sem risco N = 3</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Débeis N. = 28</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis com risco N. = 11</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis sem risco N. = 8</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Não débeis N. = 19</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Há ainda a salientar pelo estudo comparativo das duas situações — anterior à admissão na instituição e à data de admissão na instituição — que o grupo dos débeis apresenta não só um maior atraso escolar, como ainda, um retrocesso em relação à anterior experiência escolar.

De salientar que a maior parte das crianças do grupo débeis, iniciou a escolaridade na instituição ao nível da classe sensorial e da 1.ª classe, enquanto que o grupo dos não débeis, iniciou a escolaridade na instituição ao nível da 1.ª e 2.ª classes.

7. CONCLUSÕES

Em síntese, comparando os dois grupos débeis e não débeis podemos concluir: os casos considerados débeis apresentam não só uma maior inferioridade do rendimento intelectual, mas também uma rigidez acentuada na sua organização psicológica. A instauração de um rendimento intelectual superior (ainda que-deficiente na maioria dos casos) como também uma maior independência em relação ao rendimento intelectual global e à influência de uma organização psicológica. A análise clínica destas situações salienta a importância dos défices psicosexual-linguísticos, culturais e de inibição afectiva.

Em relação à etiologia no primeiro grupo referido (débeis) há uma forte incidência de factores hereditários, pré e peri-natais e também a presença de um acúmulo destes factores com más condições sócio-económicas e culturais, enquanto que no segundo grupo não débeis a maior incidência diz respeito a factores peri e post-natais, factores esses menos influenciados pelos aspectos biológicos e por sua vez em grande dependência de condições económicas e sócio-culturais.

É de recordar, que as más condições sócio-económicas e sócio-culturais são comuns aos dois grupos, e portanto aquilo que os distingue do ponto de vista etiológico, serão os aspectos ou determinantes biológicos já referidos. Daí, a quase totalidade dos débeis apresentem factores de risco de ordem etiológica (71%) enquanto que nos não débeis apenas 29% apresentam factores de risco. Por sua vez, confirma-se também uma certa relação entre uma etiologia determinada e uma organização psicológica específica tal como nos é referida por diversos autores.

Logo, parece-nos mais correto falar de uma intracção do biológico com o meio, do que de factores isolados e estanques. Os conhecimentos acerca da genética são muito limitados e afirmar que a própria transmissão dos caracteres hereditários não têm a mesma força de penetração e de actualização nos diferentes meios.

De qualquer forma, todas estas hipóteses levantadas ou confirmadas em primeira mão deveriam ser aprofundadas em estudos ulteriores onde pudessem ser comparados dois grupos de crianças débeis de meios diferentes e extremados.

Em conclusão:

Tendo-se constado, por um lado, a forte incidência de factores hereditários, pré e peri-natais como determinantes de défices irreversíveis e, por outro lado, a influência das mais condições socio-económicas e culturais como determinantes de alguns quadros déficitários, parece-nos importante chamar a atenção para:

1. Necessidade de planeamento familiar e acontecimento genético.

2. Eficácia de serviços de saúde que permitem uma assistência adequada nos períodos pré e post-natais.

3. Importância da identificação, do diagnóstico e da intervenção precoce apoiados na articulação de serviços médico-psico-pedagógicos.

4. Necessidade de estruturas pré-escolares adequadas.

E de salientar que nesta população apenas 18% das crianças passou por creches ou jardins de infância, sem que contudo tivesse sido diagnosticado qualquer tipo de dificuldade. Só após um atraso escolar já estruturado se procurou uma solução para esses casos.

Quanto às medidas directamente ligadas à educação especial este estudo evidencia ainda:

1. A necessidade de estruturas que respondam às dificuldades reais de cada caso (ensino especial, apoios específicos, etc.). De outra forma, corre-se o risco de não resolver e mesmo agravar as situações com que se depara.

2. Que critérios de admissão em instituições para crianças deficientes deverão ser avaliados por uma equipe multidisciplinar. Critérios exclusivamente: ou médicos ou psicólogos ou pedagógicos são ineficazes do ponto de vista do diagnóstico e consequentemente ineficazes para a elaboração de planos educativos e reeducativos adequados.

BIBLIOGRAFIA


