

NECESSIDADES DA POPULAÇÃO COMO CONDIÇÃO PARA INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS: UMA ANÁLISE EM RELAÇÃO À DEFICIÊNCIA MENTAL*

Lígia Ebner Melchiori
Universidade Júlio de Mesquita Filho - Bauru

Deisy das Graças de Souza
Universidade de Brasília

Silvio Paulo Botomé
Universidade Federal de São Carlos

RESUMO - O objetivo deste trabalho foi o de fazer propostas de atuação profissional com base em uma análise comportamental, a partir de dados sobre a ocorrência de deficiência mental em um pequeno município do interior. A noção de contingência de três termos foi empregada para: 1) analisar dados sobre a comunidade e seus problemas, considerados como os componentes fundamentais do *ambiente* que deveriam exercer *controle de estímulos* sobre o comportamento de profissionais e de instituições; 2) especificar as mudanças relevantes que poderiam constituir *soluções* para os problemas detectados (as conseqüências que as intervenções deveriam produzir); 3) propor classes de ações que teriam alta probabilidade de promover as alterações esperadas nos problemas inicialmente detectados. Os dados sobre as condições de vida da população do município forneceram elementos para uma melhor caracterização do problema e sugeriram direções desejáveis para mudança melhores condições de vida para as famílias das camadas desprivilegiadas, mais educação, trabalhos mais satisfatórios, mais acesso a informações, serviços e lazer. Com essa perspectiva foram propostas várias dezenas de classes de ações que indicam a necessidade de atuações específicas e ou conjuntas por parte de múltiplas agências públicas (e sociais), algumas de natureza educacional (por exemplo, ensino profissional não só para os deficientes mas também para membros de suas famílias e da comunidade como um todo), outras médicas e mesmo sociais. Salientam-se, entre essas classes de ações, as de integrar e coordenar as ações de várias agências, de forma a obter um trabalho mais adequado em relação à prevalência e incidência da deficiência mental. Estas classes de ações precisariam ser apoiadas por um sistema de informações sobre esse problema no município, o que por sua vez exige ações que gerem e adminis-

* Este trabalho é derivado da dissertação de Mestrado da primeira autora, apresentada ao Programa de Mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. Contou com auxílio da FAPESP para D. G. de Souza (Proc. 84/0011 -8) e bolsa para L. E. Melchiori (Proc. 84/2343-8). Endereço: UNESP-Bauru, Departamento de Psicologia, Caixa Postal 473,17033, Bauru, SP.

trem esse sistema. A existência de um serviço especializado que realizasse essas classes de ações como suas atribuições poderia ser útil, gerando resultados que teriam a possibilidade de minimizar a incidência da *deficiência mental* naquela área. O conceito de metacontingências (classes de comportamento que contribuem para a produção de um efeito em larga escala) auxiliou na análise de objetivos gerais, que incluem, entre outros, a redução da incidência de deficiências.

Palavras-chave: deficiência mental; planejamento institucional; necessidades da população; metas de intervenção; metacontingências.

POPULATION'S NEEDS AS A CONDITION FOR PROFESSIONAL INTERVENTION: AN ANALYSIS IN RELATION TO MENTAL RETARDATION

ABSTRACT - The purpose of this study was to propose some directions and criteria for professional interventions related to mental retardation in a small county, based on a behavioral analysis. The notion of a three-term contingency was used in order to: 1) analyze data about the community and their problems considered as the fundamental components of the *environment* which should exert *stimulus control* on the behavior of professionals and agencies; 2) specify the relevant changes that could be conceived as *solutions* for the problems detected (the expected consequences of interventions); 3) propose *classes of actions* (interventions) which seemed appropriate for promoting the expected changes in the problems initially described. Data about life conditions in the county (obtained in a previous descriptive study) provided the cues for a better characterization of the problem and pointed out some desirable directions for change: better life conditions for the families, more education, better jobs, more access to information, services and leisure. Based on these directions, several classes of actions were proposed, which should be implemented by multiple public agencies, some educational (for example, professional training not only for the mentally retarded, but also for other members of their families and the community as a whole), some medical and even social. On the other hand, multiple agencies' actions should be integrated at a higher organizational level and that could be the main responsibility of the City Hall, as a means of assuring all the other levels. For example, the governmental actions would require a data based system and its administration in order to keep update information on the population needs and the ongoing interventions as well. The concept of metacontingencies (Glen, 1987) would help in the understanding of general goals, including among other things, the reduction of the incidence of mental retardation in the county.

Key-words: mental retardation; institutional planning; population's needs; goals of intervention; metacontingencies.

Uma das exigências para uma atuação profissional competente e eficiente é a clareza de objetivos relevantes e dos meios para atingi-los.

As noções de comportamento e de contingência podem ser úteis para a definição de atuações profissionais com estas características, relacionadas a problemas em diferentes níveis e com diferentes graus de complexidade. De acordo com o conceito adotado no presente texto (cf. Skinner, 1938; 1969; Harzem e Miles, 1978; Bottoné, 1981a; Todorov, 1989), comportamento é entendido como a relação entre classes de ações de um organismo e aspectos do ambiente com os quais o organismo interage (aspectos da situação ou *classe de estímulos antecedentes* e resultados da ação ou *classes de estímulos consequentes*).

Aglomerados de comportamentos (de um mesmo indivíduo, de grupos sociais e até mesmo de instituições) por sua vez, podem se combinar para produzir consequências (ou uma consequência significativa) para grupos humanos como um todo (Glen, 1986). Quando esses aglomerados ocorrem em estreita relação comportamento-ambiente, estão em vigor

as *metacontingências do processo cultural tecnológico* [que] aumentam o âmbito de ação e a eficácia do comportamento que altera o ambiente no sentido de garantir a sobrevivência e a satisfação do indivíduo e da sociedade (são exemplos a redução da poluição ambiental e a proteção aos direitos humanos). (Todorov, 1987, p. 76).

No entanto, quando se examinam serviços em geral, especialmente os públicos, de educação e de saúde, constata-se, no comportamento dos agentes desses serviços, que as relações que se estabelecem nem sempre envolvem o ambiente relevante. A criação de serviços em educação e saúde, por exemplo, é muitas vezes baseada em razões que não estão sequer remotamente relacionadas ao que seria necessário ou desejável, do ponto de vista de benefícios para os usuários em potencial. Não seria difícil identificar, como ponto de partida para uma iniciativa desta natureza, condições como as seguintes:

- a) facilidades que os proponentes encontram na comunidade (possibilidade de doações ou de isenções, por exemplo);
- b) legislação que exige oferta de determinado tipo de serviço (creches para filhos de funcionários, funcionamento de serviços de psicologia como requisito para a obtenção de verbas por criança atendida - como nos casos de convênios entre APAEs e LBA¹) ou legislação que facilita que a instituição se mantenha (as declarações de caráter de *utilidade pública* que possibilitem receber verbas e doações);
- c) a existência de pacientes ou de usuários em potencial (independente de um exame criterioso sobre a utilidade dos serviços para tais usuários);
- d) interesses pessoais ou de grupos de indivíduos;
- e) experiência de outras instituições que podem inspirar a decisão de copiá-las ou reproduzi-las, etc.

Neste caso estão em vigor *contingências cerimoniais* (Glen, 1986; Todorov, 1987): os comportamentos estão sob controle de estímulos inapropriados ou sob o controle de regras.

1. APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; LBA: Lei Brasileira de Assistência.

Mesmo quando as necessidades da população-alvo são consideradas, elas são apenas supostas; não são, necessariamente, as necessidades mais relevantes da população a ser atendida. Sem dados sobre as necessidades, ficam prejudicados o planejamento dos tipos de atendimento, a criação de condições físicas e materiais, a definição do tipo de funcionários, suas responsabilidades, funções, etc, uma vez que as decisões sobre esses pontos são tomadas a partir de fundamentação insuficiente e/ou inadequada.

O presente trabalho representa uma tentativa de formulação de propostas de atuação na área de deficiência mental, com base em uma análise de contingências.

Deficiência mental, definida de maneira ampla (e também controversa) se refere a condições diversas caracterizadas por funcionamento intelectual rebaixado (abaixo do "normal") e prejuízo no comportamento adaptativo, com manifestação desde os anos iniciais de vida do indivíduo (Maestrello, 1983). Tais *insuficiências* são geralmente multideterminadas, mas em certos casos é possível identificar variáveis com maior peso, como é o caso de desordens genéticas (Síndrome de Down, por exemplo), desordens metabólicas, doenças infecciosas, manifestações físicas, intoxicações e mesmo desnutrição; casos mais leves de retardo progressivo podem ser atribuídos a fatores de ordem econômica e social (a pobreza de estimulação, a marginalização e o fracasso escolar), quando então se fala em deficiência mental como um fenômeno socialmente construído (Omote, 1980).

Em um trabalho preliminar (Melchiori, 1987) havia sido feito um levantamento geral sobre condições de vida da população de um município do interior do Estado de São Paulo, entre as quais se incluía a incidência dos vários tipos de deficiência². O levantamento fora ocasionado pela intenção, por parte de membros da comunidade, de se implantar uma instituição especializada para deficientes mentais.

Considerou-se então que uma análise mais detalhada poderia sugerir outras soluções ou, então, permitir uma especialização mais clara de porque implantar um serviço, com que objetivos e metas, com que condições de estrutura, com que recursos humanos e financeiros, etc.

Os dados sobre a população e seus problemas foram usados como os componentes fundamentais do *ambiente* que profissionais da área de educação e saúde deveriam focalizar (*entrar em relação com*) para direcionar uma atuação no sentido de encontrar soluções para os problemas, e melhoria na qualidade de vida daquela população.

Partindo dessa concepção, a análise comportamental foi desenvolvida em pelo menos três etapas gerais, que consistiram em: 1) descrever e especificar as necessidades gerais da população, com uma especificação dos dados de forma a garantir um controle de estímulos apropriado; 2) especificar o que deveria ser alterado, em termos comportamentais: quais deveriam ser as *consequências* ou *produtos* que se esperaria de intervenções que pudessem ser consideradas efetivas; 3) propor e descrever quais as prováveis *maneiras de agir* (ações ou intervenções) necessárias para, lidando com as situações concretas da população, transformá-las, produzindo as consequências desejáveis.

2. Neste caso considerou-se o relato de entrevistados sobre a existência de deficientes na família

As sugestões de intervenções constituem uma lista de atividades que poderiam ser implementadas em uma comunidade, sob responsabilidade de diferentes agentes sociais e públicos, que extrapolam em muito a consideração de implantação de um único serviço como solução para o problema.

MÉTODO

Material

Foram usados os protocolos com dados tabulados obtidos por Melchiori (1987) e os resultados da análise deles decorrente. Embora não seja objetivo deste estudo relatar o procedimento daquele estudo³, parece necessário indicar como foram obtidos os dados protocolados:

1) Por meio de entrevistas com 500 famílias componentes de uma amostragem por conglomerado⁴ (10% da população do município), para caracterização geral da família: escolarização, ocupação, condições de saúde em geral e tipos de deficiências específicas.

2) Por meio de entrevistas com *todos* os profissionais da área de saúde e educação da cidade que poderiam lidar, em maior ou menor grau com deficientes mentais: três professores de classe especial, três psicólogos, dois fisioterapeutas, 13 médicos (de várias especialidades, uma vez que estes eram todos os médicos da cidade) e 19 dentistas.

Procedimento

Para a análise realizada no presente trabalho, foi desenvolvido um protocolo com roteiro do procedimento de análise, que requeria a especificação: 1) das características dos problemas identificados; 2) dos resultados, produtos ou metas que constituiriam possíveis soluções para os problemas; 3) das classes de ações que teriam probabilidade de produzir os resultados propostos como desejáveis; e 4) das agências/instituições/setores ou pessoas que poderiam ser os *executores* das ações propostas. O Quadro 1 reproduz uma cópia do protocolo tal como se apresenta depois de preenchido (o texto em negrito compõe o protocolo original).

O procedimento constou de duas etapas: 1) síntese e organização de possíveis problemas e/ou necessidades dos *deficientes mentais* e da população, a partir dos dados descritos por Melchiori (1987), gerando uma listagem organizada dos principais problemas e/ou necessidades; 2) derivação de alternativas de atuação quanto aos problemas e/ou necessidades das pessoas portadoras de *deficiência mental* e de quem cuida delas e, mesmo, quanto aos problemas e necessidades da população do município em relação à *deficiência mental*.

3. Cópia da dissertação pode ser obtida por solicitação à primeira autora. Neste estudo não estamos mencionando diretamente sujeitos ou amostra, porque estamos trabalhando com dados derivados.

4. O procedimento foi desenvolvido com orientação do Dr. José Albertino R. Rodrigues, da Universidade Federal de São Carlos.

Quadro 1 - Protocolo de registro para especificação de características do problema, das metas de atuação, dos tipos de profissionais ou de agências a quem competiria a intervenção das classes de ações para atingir as metas e dos níveis de atuação. (Expressões entre parênteses exemplificam o preenchimento do protocolo).

SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO	ASPECTOS OU CARACTERÍSTICAS DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS (DADOS)	(Os diagnósticos da "deficiência mental" no município são inadequados, feitos por pessoal não preparado e geralmente depois dos seis anos de idade)					
CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS DOS PRODUTOS A SEREM OBTIDOS (METAS DE ATUAÇÃO)		(Diagnóstico da "deficiência mental" feito por pessoal técnico, de maneira adequada e o mais precocemente possível)					
EXISTENTES E EFETIVOS	AGÊNCIAS RESPONSÁVEIS		CLASSES DE AÇÕES	NÍVEIS DE ATUAÇÃO			
	EXISTENTES A REDEFINIR	INEXISTENTES		PROMOÇÃO	PREVENÇÃO	REMEDIAÇÃO	
ALTERNATIVAS GLOBAIS DE INTERVENÇÃO (SISTEMA DE DIAGNÓSTICO)	(Maternidades) (Parteiras) (Obstetras) (Pediatrias) (Laboratório de Análises Clínicas)		(Fazer, ou encaminhar para fazer, logo que as crianças nascerem, exames de fenil-cetonúria e de dosagem de hormônio tireodiano)		(X)	(X)	
			(Fazer, ou encaminhar para fazer, diagnóstico de monogolismo em crianças recém-nascidas)		(X)	(X)	
			(Fazer, periodicamente, avaliação do desenvolvimento de crianças nos locais onde se encontram ou que frequentam regularmente)		(X)		(X)
			(Fazer, ou encaminhar para fazer, avaliação de crianças que apresentam problemas de desempenho, tão logo ocorra esse tipo de problema)			(X)	
		(Escolas e equipe técnica multidisciplinar especializada no atendimento do deficiente mental)					
	(Escolas, pré-escolas, creches, professores)						

Elaboração do protocolo de registro das alternativas de atuação derivadas do procedimento

A primeira etapa consistiu basicamente em rever os dados e retirar deles expressões que identificassem e ou se referissem a necessidades e/ou problemas que tivessem relação com a deficiência mental. Para isso o critério era destacar e transcrever indicadores que apontassem ou sugerissem relação com a deficiência mental, mesmo que aparentemente de maneira indireta (por exemplo, a identificação de deficientes apenas com idade superior a cinco anos, que superficialmente poderia sugerir que não vêm ocorrendo mais casos de deficiência, pode permitir uma outra suspeita: a de que a população não dispõe de mecanismos para a identificação mais precoce do problema).

Depois de feito o levantamento, essas transcrições foram classificadas de forma a constituir uma síntese das características da população e de seu modo de vida, das quais poderiam ser derivados problemas e ou necessidades que pareciam mais importantes, em relação à *deficiência mental* no município. O produto do trabalho realizado nesta etapa do procedimento pode ser examinado a seguir, nos Quadros 2,3 e 4, na seção de Resultados.

Para a análise dos dados obtidos partiu-se da análise proposta por Botomé (1981b) em relação à proposição de objetivos comportamentais para o ensino (que devem constituir, em última análise, as metas para a formação de recursos humanos). Com a finalidade de garantir a proposição de comportamentos profissionais, tal como tem sido considerado neste e em outros trabalhos (Botomé, 1981b; Pedrazani, 1983; Seixas, 1984; Miranda, 1986), foi elaborada uma folha de registro que especificava os aspectos ou características do problema identificado (dados), as características desejáveis dos produtos a serem obtidos (metas de atuação) e alternativas globais de intervenção (classes de ações de possíveis agentes de mudança em relação ao problema).

Além de aspectos diretamente ligados à definição ou proposição de objetivos comportamentais, o protocolo também previa a explicitação dos níveis de atuação e as agências que poderiam ser responsáveis pelas classes de ações específicas (ver Quadro 1).

Derivação de alternativas de atuação frente aos problemas identificados

Os dados obtidos sobre a caracterização da população em geral, dos *deficientes mentais*, e de quem cuida deles, foram sendo especificados no local adequado do protocolo de registro representado no Quadro 1. Foi usado um protocolo para cada tipo de problema.

Nessa especificação foram empregados vários critérios que constituíram aspectos de um *procedimento de derivação de necessidades e problemas*. Algumas vezes, os aspectos ou características dos problemas identificados eram reformulados ao serem escritos nas folhas de registro da análise de dados. Por exemplo, em relação ao enunciado da característica de que "Não se encontrou na amostra, crianças de zero a cinco anos com *"déficit mental"*", o problema considerado pertinente foi

"Falta de identificação precoce da deficiência e a demora, por parte dos pais, na procura de recursos adequados". Por outro lado, o fato de que 7% das identificações foram feitas por médicos (e a grande maioria foi feita tardiamente por pais ou pela escola) foi transformado em "Os diagnósticos de deficiência mental são inadequados, feitos por pessoal nem sempre habilitado e geralmente em pessoas com mais de seis anos de idade". No enunciado, então, foram explicitados os problemas *derivados* dos dados. Outras vezes os problemas eram específicos, e o que era descrito no protocolo englobava, vários desses aspectos. Outras vezes, o procedimento consistiu em excluir da análise certos tipos de dados para os quais não tinha sentido derivar classes de ações. Um exemplo disso foram os índices de renda familiar. As faixas de renda familiar das pessoas *deficientes mentais* ou da população como um todo não foram especificadas como um aspecto ou característica de problemas de interesse, porque é um índice que está refletido nas condições de vida da população, como por exemplo o tipo de alimentação, condições de habitação, etc. Nesse sentido, haveria possibilidade desses aspectos estarem contidos nos demais problemas descritos.

A sequência de passos apresentados representa um esquema de procedimento; a sua aplicação, contudo, foi mais dinâmica e não tão sequencial como descrita. Ao se especificar um item, muitas vezes era necessário rever os demais e até alterá-los. Em outros momentos, a especificação de um aspecto da situação já sugeria consequências esperadas e alternativas de atuação, antes mesmo que se concluísse a especificação de outros aspectos relevantes da situação-problema.

Síntese e organização dos dados

Os resultados ou metas de atuação propostos, as classes de ações, agências responsáveis e nível de atuação profissional foram organizados em quadros-resumo. O objetivo dessa junção de informações em um mesmo quadro foi o de facilitar a visualização em conjunto de diferentes problemas ou necessidades e as respectivas propostas de intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classes de Problemas e/ou Necessidades dos Deficientes Mentais no Município

A partir dos dados obtidos com o levantamento inicial (Melchiori, 1987) foi possível derivar dois grandes conjuntos de indicadores de problemas e/ou necessidades dos indivíduos portadores de deficiência mental. Um deles se refere à existência de deficientes e suas condições de vida (incluindo nível sócio-econômico, condições de moradia, alimentação, saúde, educação, nível instrucional dos pais, etc.) e outro que se refere às condições disponíveis (ou não) na comunidade para atendimento, apoio, encaminhamento, etc. Quase sempre esses *problemas* ou necessidades não aparecem nitidamente. Muitas vezes eles aparecem como características dos deficientes ou de quem lida com eles e das quais é possível inferir problemas e/ou necessidades, atuais ou potenciais. Como pode ser observado no Quadro 2, as características gerais dos deficientes identificados na amostra e suas condições gerais de vida, em relação a 10 aspectos, podem constituir tipos de indicadores.

Quadro 2 - Distribuição das características gerais dos deficientes mentais e de condições de vida. Estas características e seus índices de ocorrência foram examinadas como possíveis indicadores (ou não) de classes de problemas e/ou necessidades.

ASPECTOS	CARACTERÍSTICAS GERAIS
INCIDÊNCIA DE DEFICIÊNCIA MENTAL	- 0,72% da população é portadora de deficiência mental.
FAIXA ETÁRIA	- 60% dos deficientes mentais são adolescentes e adultos jovens (40% de 11 a 20 anos e 20% de 21 a 30 anos). - Há pessoas portadoras de deficiência mental em todas as faixas etárias acima de cinco anos de idade. - O número de pessoas portadoras de deficiência mental decresce a partir da adolescência.
RENDA FAMILIAR	- 93% de população portadora de deficiência mental tem renda familiar que varia de menos de um a cinco salários mínimos.
CAUSA DO DÉFICIT MENTAL	- 27% das famílias não sabe a que atribuir o déficit - 27% das famílias atribui o déficit a causas prévias ao nascimento. - 27% das famílias atribui o déficit a "doenças" (lesão no cerebelo, ataques, etc.). - 19% das famílias atribui o déficit a "trauma de parto".
IDENTIFICAÇÃO DO DÉFICIT MENTAL	46% das identificações foram feitas através da observação dos pais. - 7% das identificações foram feitas através de diagnóstico médico. - 27% das identificações foram feitas através da observação dos pais e de diagnóstico médico. - 20% das identificações foram feitas em decorrência de insucesso escolar.
ESCOLARIZAÇÃO	- 93% dos indivíduos portadores de deficiência mental componentes da amostra não frequentam escola. - Crianças alfabetizadas em classe especial continuam a frequentá-la indefinidamente.
PROFISSIONALIZAÇÃO	- 93% dos indivíduos portadores de deficiência mental acima de 11 anos de idade não exercem atividades remuneradas.
ALIMENTAÇÃO	- 93% das famílias fazem três refeições diárias. - 7% das famílias fazem uma refeição diária e praticamente só comem arroz. - lancham à tarde e/ou à noite famílias com renda superior a quatro salários mínimos ou que se recusaram a informar a renda familiar. - 7% de pessoas portadoras de deficiência mental e seus familiares não têm alimentos disponíveis no café da manhã. - 80% não tem acesso a leite ou consomem menos de 200 ml/dia. - 35% não tem acesso a pão. - 7% não tem acesso a feijão, carne, verduras. - 87% não tem acesso a peixe e queijo. - 13% não tem acesso a legumes. - 47% não tem acesso a massas. - 47% não tem acesso a doces. - 20% não tem acesso a ovos. - 60% tem acesso a carne de uma a quatro vezes por mês. - 40% não tem acesso a frutas.

ASPECTOS	CARACTERÍSTICAS GERAIS
HABITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - 25% reside em domicílios sem pintura. - 25% reside em domicílios sujos (higiene). - 52% reside em domicílios velhos. - 7% reside em domicílios com umidade. - 30% reside em domicílios em estado precário (em termos de estrutura física). - 7% dos domicílios não têm água encanada. - 13% utilizam-se de fossa. - 13% tem banheiro fora do domicílio, sendo que as vezes (6%) são de uso comum a várias famílias. - em 19% das famílias dormem de quatro a sete pessoas em um mesmo quarto.
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - 20% apresenta infecção de garganta e gripe frequentemente. - 7% apresenta bronquite, pneumonia e reumatismo. - 7% dos pais ou responsáveis não considera a deficiência mental como um problema de saúde.

A incidência de deficiências na cidade (15 indivíduos na amostra ou 0,7% como estimativa para a população, o que significaria 158 pessoas em 1990) indica a necessidade de uma atuação em relação ao problema, principalmente considerando-se que esse número poderia ser maior do que o detectado. O procedimento utilizado provavelmente foi insuficiente, considerando-se que a população nem sempre identifica deficiência mental. Além disso, os dados da literatura indicam que cerca de 5 a 7% da população brasileira apresenta esse tipo de *déficit* (segundo dados da FENASP, 1981).

No aspecto *idade*, destaca-se o fato de que a maioria dos deficientes tem entre 11 e 20 anos (40%) ou 21 a 30 anos (20%), o que sugere necessidades típicas dessas faixas de idade (instrução, orientação sexual, profissionalização, etc).

Quanto ao aspecto *renda familiar*, a maioria absoluta dos deficientes pode ser considerada pobre ou de classe média baixa, com todas as necessidades de apoio público decorrentes.

As *causas do déficit mental* são desconhecidas pelas famílias, ou são atribuídas a causas prévias ao nascimento, a doenças ou traumas de parto. A identificação do *déficit mental* é precária. A quase totalidade dos deficientes não têm acesso a serviços educacionais ou de qualquer outra natureza e também não realizam atividades remuneradas. Em geral, sua alimentação é pobre. E é frequente que as famílias não considerem a deficiência mental como um problema a *ser tratado* (de saúde).

O *nível de instrução* e a *ocupação* dos pais ou responsáveis por indivíduos portadores de deficiência mental (Quadro 3) também foram especificados, uma vez que sugerem condições de vida a que estão submetidas pessoas deficientes mentais e podem revelar seus problemas e/ou necessidades (por exemplo, seria necessário proporcionar um ambiente enriquecido se o ambiente físico for precário, e o nível de interação na família for pobre, cf. Matos, 1983). Observa-se que a maioria absoluta dos responsáveis por deficientes mentais têm baixo nível de instrução e têm ocupações simples e de baixa remuneração, indicando claramente a necessidade de melhor

preparo deles mesmos (e não apenas dos deficientes) para o exercício de uma profissão e para obter uma melhor remuneração para o seu trabalho.

Aspectos como os apresentados nos Quadros 2 e 3 estão relacionados na literatura sobre desenvolvimento infantil, que os aponta como possíveis "variáveis mediadoras pelas quais o assim chamado nível sócio-econômico se correlacionaria com características do desenvolvimento infantil" (Matos, 1983, p. 10).

Dependendo dos valores dessas variáveis ao longo de um contínuo, elas se correlacionariam fortemente com problemas no desenvolvimento, o que provavelmente se agravaria no caso da deficiência mental. De acordo com Bijou e Dunitz-Johnson (1981), "cerca de 70 por cento das crianças com problemas de desenvolvimento apresentam também evidências de *déficits* relativos às condições ambientais em que vivem..." (Matos, 1983, p. 5)

Quadro 3 - Nível de instrução e ocupação de pais ou responsáveis por indivíduos portadores de deficiência mental identificados na amostra.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	- Curso superior:	0%
	- Segundo grau completo:	7%
	- Primeiro Grau incompleto:	4%
	Desses:	50%
	até a 3ª série:	64%
	até a 4ª série:	30%
	até a 7ª série:	6%
- Sem estudo:	39%	
OCUPAÇÃO	- Padeiro:	3,5%
	- Bordadeira:	3,5%
	- Encanador:	3,5%
	- Doméstica:	3,5%
	- Guarda-noturno:	3,5%
	- Funcbnário público:	3,5%
	- Analista de leite:	3,5%
	- Costureira:	3,5%
	- Professor de violão:	3,5%
	- Bancário:	3,5%
	- Desempregado:	3,5%
	- Lavrador:	11%
- Trabalha no próprio domicílio:	21,5%	
- Aposentado:	29%	

No Quadro 4 pode-se observar uma descrição resumida da atuação de profissionais da área de saúde e educação em relação à população de deficientes. Nota-se uma grande precariedade no atendimento profissional a essas pessoas. Falta de preparo, de condições e de integração são evidentes e apontam basicamente para três direções de mudança que seriam necessárias: treinamento, condições apropriadas para trabalho com essa população e um sistema integrado de atendimento a deficientes mentais na região.

Alternativas de Atuação em Relação a Problemas e/ou Necessidades da População do Município Quanto à Deficiência Mental

Atuar profissionalmente exige clareza sobre o que constitui o alvo da atuação, seja esse alvo as características de um indivíduo isolado, ou o que acontece com toda a população de um município. Quando se pretende alterar características de populações inteiras, a atuação profissional precisa interferir com o meio ambiente, com o sistema social, com a administração de recursos, etc.

Foi, de certa forma, o interesse em ter dados seguros sobre quais características ambientais ou sociais precisariam ser levadas em conta para orientar a definição das classes de ações profissionais, que levou a um levantamento de necessidades e/ou problemas da população, como ponto de partida para a derivação de comportamentos profissionais significativos para o município, em relação à deficiência mental.

Derivadas as classes de ações profissionais tomou-se possível identificar as agências ou pessoas que deveriam realizar tais ações, fossem elas existentes no município ou agências que ainda precisariam ser planejadas e implantadas.

Em qualquer das duas possibilidades, importa ter razoavelmente claro quais as classes de ações que precisariam ser apresentadas em relação a cada tipo de necessidade ou de problema identificado, de forma a mudar esses problemas na direção de um resultado de interesse para as pessoas que vivem na área do município e o compõem com suas atividades e recursos.

Metas: resultados de ações profissionais que interessam como solução para os problemas e necessidades dos deficientes mentais

Exemplos de alternativas de atuação profissional em relação às necessidades e problemas da população portadora de deficiência mental, resultados de uma primeira análise, são apresentados a seguir nos Quadros 5, 6 e 7.

O Quadro 5 apresenta dados relativamente detalhados em relação à caracterização de problemas e propostas de atuação no que concerne à saúde dos deficientes mentais. As classes de ações apresentadas à direita deixam claro que a proposição de intervenção envolve um atendimento à saúde que vai mais longe que o meramente ambulatorial e de emergência.

Novamente, destaca-se que já existem agências de saúde do município que podem realizar ou participar desse trabalho de atendimento à saúde do deficiente mental. Integrar as atividades dessas agências e desenvolver um núcleo de apoio (informação, sistematização, integração, treinamento, etc.) para esse serviço poderia fazer com que houvesse um significativo aumento na qualidade do atendimento aos

Quadro 4 - Características gerais dos profissionais que atuam (educadores) ou que poderiam atuar (profissionais de saúde) junto a deficientes mentais.

CLASSES DE PROFISSIONAIS	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ATUAÇÃO
PROFESSORES	<ul style="list-style-type: none">- Três professores dão aulas a pessoas com deficiência mental no município.- Dois professores tem curso superior com habilitação para lecionar a pessoas deficientes.- Professores de classe especial não têm apoio de pessoal técnico especializado.- Geralmente não encaminham os alunos a outros serviços ou profissionais.- Professores declaram que as dificuldades que encontram para lidar com essa população são as próprias características das pessoas.- Mantêm em classes especial crianças já alfabetizadas.- Professores de classes regulares encaminham para a classe especial crianças com oito anos ou mais (devido ao próprio critério de seleção e encaminhamento).- Professores de classe especial aceitam alunos com um ou mais anos de repetência na primeira série regular, após avaliação por psicólogo.
PSICÓLOGOS	<ul style="list-style-type: none">- Três psicólogos atuam no município.- Apenas um psicólogo atendeu pessoas com deficiência mental no primeiro semestre de 1986.- Psicólogo faz treinamento com os deficientes mentais e orienta pais e professores.- Diagnóstico da deficiência mental é feito através de testes psicológicos, pelo psicólogo que atende deficientes.- Psicólogo atua como profissional liberal em consultório.
MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none">- 13 médicos atuam no município.- Geralmente não tem curso específico para atender deficientes mentais.- 40% dos serviços prestados pelos médicos são em caráter ambulatorial, e de emergência.- Diagnósticos de deficiência mental realizados pelos médicos são precários, ou meramente por informação de terceiros.- Apenas 21% dos diagnósticos médicos foram técnicos.- Geralmente não encaminham indivíduos portadores desse déficit a outros profissionais ou serviços.
FISIOTERAPEUTAS	<ul style="list-style-type: none">- Dois fisioterapeutas atuam no município.- Praticamente não atenderam pessoas deficientes mentais, nos últimos anos.
DENTISTAS	<ul style="list-style-type: none">- 19 dentistas atuam no município.- Geralmente não têm curso específico para atender deficientes mentais.- Geralmente não encaminham pessoas com deficiência mental para outros serviços ou profissionais.- Encontram dificuldades para especificar o tipo de problema do deficiente mental.- 33% dos dentistas só fazem extração de dentes de deficientes mentais e, para isso, trabalham com anestesia geral dos pacientes.- Não existe, no município, gabinete odontológico para possível reabilitação bucal, com médico anestesista acessível, destinado a deficientes mentais.- Não atenderam crianças menores de seis anos de idade, deficientes mentais, no primeiro semestre de 1986.- Geralmente são procurados somente quando o deficiente mental já está com problemas dentários em estágio avançado.

Quadro 5 - Aspectos envolvidos na atuação profissional em relação à saúde de deficientes mentais.

Aspectos ou características dos problemas Identificados (dados)	Características desejáveis dos produtos a serem obtidos	CLASSES DE AÇÕES	NÍVEIS DE ATUAÇÃO			AGÊNCIAS RESPONSÁVEIS		
			Promoção	Prevenção	Remediação	Existentes efetivos	A redefinir	Inexistentes
Serviços de saúde em geral atendem o problema específico e não encaminham o deficiente mental para nenhum outro tipo de profissional	Disponibilidade de serviços de saúde, necessários aos deficientes mentais, de maneira que haja um atendimento Interdisciplinar integrado e completo	Criar serviços de atendimento à saúde acessíveis, com equipe multidisciplinar e que atuem de maneira Integrada		X	X		Poder Público Municipal Organizações sociais do município	
Quarenta por cento dos serviços médicos prestados a deficientes mentais são de caráter ambulatorial e de emergência	Saúde dos deficientes mentais do município sob controle regular e constante por parte dos médicos	Fazer avaliação médica periódica de indivíduos portadores de deficiência mental no município Criar sistema de controle médico das condições de saúde dos portadores de deficiência mental no município		X	X		Centro de Saúde Hospitalar	Serviço de atendimento à saúde do deficiente mental
Os dentistas são procurados pelos familiares do deficiente mental quando este apresenta dor de dente; em geral não atendem deficientes com menos de seis anos de idade e 33% dos dentistas só fazem extração de dentes (paciente fica sob anestesia geral)	Saúde bucal do deficiente mental sob controle de profissionais específicos e com recursos adequados	Criar serviços acessíveis de atendimento odontológico regular a pessoas portadoras de deficiência mental Exercer controle sobre determinantes das condições de saúde bucal das pessoas portadoras de deficiência mental (escovação, alimentação, aplicação de flúor, etc.) Realizar exames periódicos e regulares nas condições de saúde e higiene bucal das crianças deficientes mentais no município		X	X		Centro de Saúde Hospitalar	Serviço de atendimento à saúde do deficiente mental

deficientes. Em alguns casos, bastaria redefinir as atribuições de algumas das agências de serviço já existentes em relação à deficiência mental e já seria possível avançar para um nível bem melhor de trabalho e atendimento.

Os Quadros 6 e 7 apresentam uma *síntese* das metas e classes de ações feita a partir de dezenas de análises como a mostrada no Quadro 5, reproduzindo as colunas 2 e 3 dos quadros com análises específicas.

Os exemplos estão enunciados de forma muito sumarizada, mas ainda assim permitem visualizar a amplitude de metas e ações possíveis. Eles constituem propostas e, portanto, comportam reanálises e redefinições. Muitas classes de ações podem ser introduzidas ou excluídas, outras agências poderiam se responsabilizar pelas ações propostas, etc. O que foi proposto apenas delinea a busca de alternativas, um caminho do que pode ser feito ao se partir de problemas da população em relação ao seu meio ambiente. Esse caminho, no entanto, precisa ser testado, até que se possa encontrar alternativas melhores e mais precisamente definidas ou, talvez, até que se possa verificar que a atuação proposta resolveu os problemas a contento.

No Quadro 6 pode-se ver reunidos vários exemplos de *produtos* ou resultados (de classes de ações) em relação a problemas e/ou necessidades daquela população quanto à prevalência da deficiência mental. O quadro resume e reúne mais de uma dezena de produtos de interesse para a população do município (identificados e descritos em diferentes protocolos). No conjunto, esses resultados de interesse indicam uma amplitude de aspectos que dizem respeito não só à deficiência mental (pelo menos como é usualmente concebida), mas também a possíveis *determinantes*⁵ ou *agravantes* da prevalência da deficiência mental. Colocar a ocorrência desse tipo de problema sob controle exige uma atuação sistemática, constante e organizada, dentro de um sistema de condições e atuações de diferentes agências, sejam elas pessoas ou instituições.

No caso da deficiência mental, por exemplo, é muito frequente ser enfatizado um tipo de produto: disponibilidade de ensino acadêmico e profissionalizante, e de tratamentos médicos ou psicológicos. Isso leva a uma atuação voltada apenas para a remediação (como resultado de interesse). As concepções que enfatizam os aspectos biológicos ou psicológicos individuais da deficiência mental tendem a dissociar a deficiência do universo de seus determinantes, de tal maneira que "ela aparece como oriunda dos azares de uma constituição biológica (e individual) à margem de determinantes sociais", como, aliás, se costuma considerar em relação aos diversos aspectos das condições de saúde (ver Laurell, 1975). Um trabalho em relação à deficiência mental precisa produzir resultados mais amplos, diversificados e duradouros, incluindo-se entre eles a redução de sua incidência, através do controle dos determinantes, e não apenas criar recursos de tratamento para os indivíduos depois que o problema existe e se instalou em graus variados.

Qualquer agência, existente ou a ser implementada, que se dedicasse a lidar com a deficiência mental deveria ter presente essa amplitude de resultados de interesse. As classes de ações deveriam ser planejadas e as condições criadas com

5. O termo *determinante* está sendo usado no sentido de *determinismo probabilístico* e não no de *determinismo absoluto*.

Quadro 6 - Aspectos ou características desejáveis de alguns produtos a serem obtidos por meio de classes de ações em relação a tipos de problemas e/ou necessidades da população, quanto à prevalência de deficiência mental.

ASPECTOS GERAIS SOBRE DEFICIÊNCIA MENTAL	CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS DOS PRODUTOS A SEREM OBTIDOS (METAS DE ATUAÇÃO)
INFORMAÇÕES SOBRE DEFICIÊNCIA	- disponibilidade e acessibilidade de informações completas, atualizadas, organizadas e integradas a respeito das pessoas com deficiência mental ou de risco no município.
DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA MENTAL	- diagnóstico da deficiência mental feito por pessoal técnico especializado, de maneira adequada e o mais precocemente possível - pais informados sobre as variáveis determinantes da deficiência mental - pais informados sobre possibilidades de prevenção (aconselhamento genético) - diagnóstico da deficiência mental nas escolas, feito o mais precocemente possível (e antes de haver uma história de fracasso escolar por parte das crianças)
SAÚDE	- disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde, necessários aos deficientes mentais, de maneira que haja um atendimento interdisciplinar integrado e completo - saúde dos deficientes mentais do município sob controle regular e constante por parte dos médicos - saúde bucal do deficiente mental sob controle de profissionais específicos e com recursos adequados
HABITAÇÃO/MORADIA	- condições de moradia adequadas para os deficientes mentais e seus familiares - organização e planejamento de atividades que possam promover desenvolvimento motor, integrações sociais, participação em jogos e brinquedos, comportamento exploratório (desenvolvimento social, afetivo e intelectual)
ALIMENTAÇÃO	- acesso a alimentação quantitativa e qualitativamente adequadas - pessoas (familiares e/ou os próprios deficientes) capazes de selecionar e preparar refeições ricas e balanceadas
NÍVEL DE VIDA	- melhoria no nível de escolarização e na remuneração de familiares de pessoas portadoras de deficiência mental
EDUCAÇÃO ACADÊMICA	- professores com preparo para promover aprendizagem, diagnosticar progressos - assessoria técnica especializada, apropriada e acessível aos professores de classe especial - experiências de aprendizagem ampliada a nível do indivíduo favorecedoras de ampliação de seus repertórios
PROFISSIONALIZAÇÃO	- deficientes mentais (adolescentes, jovens e adultos) exercendo atividades remuneradas e seguras - pais e/ou responsáveis pelos deficientes com mais alternativas e preparo para trabalho remunerado
OUTROS SERVIÇOS	- procura precoce e periódica das famílias em relação a recursos disponíveis para minimização e/ou recuperação do problema do deficiente mental - atendimento específico no município a pessoas portadoras de deficiência mental de todas as faixas etárias

vistas à obtenção desses resultados de interesse. Especificar com clareza as ações necessárias para produzir esses resultados pode ser um primeiro e importante passo na definição e constituição de agências e/ou serviços em relação à deficiência mental.

Classes de comportamentos (intervenções) que poderiam gerar as transformações desejáveis

Resultados ou produtos são *soluções* e sua ocorrência efetiva depende de ações específicas de diferentes pessoas. Os produtos apresentados no Quadro 6, relacionados com a minimização da deficiência mental no município, dependerão de uma grande quantidade de classes de ações de diferentes organismos individuais e/ou institucionais.

No Quadro 7 pode-se ver, em conjunto, diversas das classes de ações que se supõe capazes de gerar os resultados de interesse indicados anteriormente. É importante notar aqui dois aspectos: o primeiro é que embora enunciando apenas as classes de respostas, é preciso levar em conta que elas só fazem sentido se pensadas como elo da contingência de três termos: as ações produzirão certas *consequências* se ocorrerem em determinadas *situações*; o segundo é que as relações são supostas e se ocorrerão efetivamente ou não é uma questão de verificação empírica. Considerando essas restrições, é possível considerar que o conjunto de classes de ações apontadas deveria ser capaz de gerar uma grande parte dos resultados que caracterizariam uma significativa mudança no atual grau de prevalência da deficiência mental naquela comunidade. As classes de ações abrangem atuação de pessoas, de profissionais e de instituições em vários níveis. No nível remediativo, oferecendo não só atendimento para *curar* ou *remediar*, mas também acompanhamento, controle de saúde, etc. No nível preventivo, atuando em relação às variáveis que determinam a ocorrência e prevalência da deficiência mental, incluindo nessas variáveis a conduta de diferentes agências do município, bem como as variáveis determinantes dessas condutas (informações, recursos, coordenações, etc).

Muitas das classes de ações apontadas requerem a existência de uma instituição especializada no trabalho com a deficiência mental. Várias classes de ações parecem exigir locais e recursos apropriados, dada a sua natureza, e especialização. Outras classes de ações referem-se a uma espécie de coordenação de atividades de diferentes agências; outras ainda indicam a necessidade de uma espécie de *articulação* e *interlocução* em relação a outras agências, tanto ligadas ao trabalho com a deficiência mental, quanto agências distanciadas desse problema (por exemplo, governo municipal).

Exemplos típicos de atuações especializadas e de articulação são: "tornar acessíveis as informações sobre deficiência mental no município", "criar sistemas de controle médico das condições de saúde dos deficientes mentais", "integrar informações de diferentes agências do município", etc. Esses tipos de atuação parecem indicar a necessidade de se criar uma agência de serviços em relação à deficiência mental, diferente das comumente existentes (voltadas, fundamentalmente, para uma atuação sistemática e planejada em relação ao sistema de determinantes da deficiência mental). Obviamente, não se trata de implantar uma instituição a partir do nada. O próprio processo de desenvolvimento das múltiplas atuações necessárias poderia ir

Quadro 7 - Exemplos de proposição de classes de ações de diferentes agências profissionais compromissadas com a deficiência mental no município.

ASPECTOS GERAIS SOBRE DEFICIÊNCIA MENTAL	CLASSES DE AÇÕES
INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL	<ul style="list-style-type: none">- manter completas, atualizadas, organizadas e integradas as informações sobre as pessoas com deficiência mental ou de pessoas de risco, no município.- integrar informações de diferentes agências do município a respeito das pessoas com deficiência mental ou pessoas de risco.- criar sistema de obtenção de informações, o mais precoce possível, sobre deficientes mentais ou pessoas e famílias de risco em relação à deficiência mental.- criar e organizar uma central de informações sobre deficiência mental no município.- tornar acessíveis e disponíveis as informações a respeito das pessoas com deficiência mental ou de risco, quando solicitadas.- fazer chegar informações sistematizadas a respeito das pessoas com deficiência mental ou da população de risco às autoridades e ao governo de município e do Estado.
DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA MENTAL	<ul style="list-style-type: none">- fazer, periodicamente, avaliação do desenvolvimento de crianças nos locais onde se encontram ou que frequentam regularmente, inclusive por ocasião do nascimento.- fazer diagnóstico da deficiência mental e dos determinantes específicos para cada pessoa portadora desse déficit.- orientar os pais quanto aos determinantes da deficiência mental e quanto a possibilidade de terem outro filho com deficiência.- oferecer aos pais serviços que auxiliem no controle e prevenção do nascimento de outros filhos com deficiência mental.- fazer avaliação periódica das crianças nas escolas para identificação da deficiência mental, por equipe técnica especializada.- criar mecanismos para diagnosticar a deficiência mental tão logo a criança passe a frequentar a escola regular.
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none">- criar serviços acessíveis de atendimento a saúde, com equipe interdisciplinar e que atuem de maneira integrada.- fazer avaliação médica periódica de indivíduos deficientes mentais.- exercer controle sobre determinantes de problemas de saúde de pessoas com deficiência mental.- criar sistema de controle médico das condições de saúde dos deficientes mentais.- criar serviços acessíveis de atendimento odontológico regular a pessoas com deficiência mental.- exercer controle sobre determinantes das condições de saúde bucal em deficientes mentais (escovação, alimentação, aplicação de flúor, etc.)- realizar exames periódicos e regulares nas condições de saúde e higiene bucal das crianças deficientes mentais.
HABITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- organizar e planejar atividades que promovam o desenvolvimento coletivo, social e intelectual dos deficientes.- ensinar deficientes mentais a cuidar da habitação (higiene, organização, ventilação, etc).- alertar a população sobre riscos decorrentes de falta de higiene.

ASPECTOS GERAIS SOBRE DEFICIÊNCIA MENTAL	CLASSES DE AÇÕES
ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - tornar acessível alimentação de boa qualidade a deficientes mentais. - oferecer alimento às pessoas deficientes mentais em quantidade e em número de vezes suficientes para um estado nutricional adequado. - ensinar deficientes, pais ou responsáveis a desenvolver atividades que possam produzir alimento de boa qualidade (horta, criação de pequenos animais, árvores frutíferas, etc). - treinar familiares e os deficientes a selecionar e preparar refeições ricas e balanceadas.
NÍVEL DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolver programa de formação e desenvolvimento (educacional, cultural, profissional, etc.) de pais e/ou responsáveis por deficientes mentais de forma a torná-los aptos a lidar com a deficiência, enriquecer o ambiente familiar.
EDUCAÇÃO ACADÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> - oferecer treinamento e atualização profissional periódicos para professores que lidam com o deficiente mental. - fornecer assessoria técnica especializada apropriada e de fácil acesso aos professores de classe especial. - fornecer experiência de aprendizagem que vise à ampliação do repertório dos deficientes mentais.
PROFISSIONA- LIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - criar oportunidades de emprego na comunidade para pessoas portadoras de deficiência mental. - realizar ensino profissionalizante para deficientes mentais. - integrar pessoas deficientes mentais nos seus empregos. - avaliar periodicamente a integração e as dificuldades existentes para o deficiente mental e para o seu empregador na manutenção do emprego e da qualidade do trabalho para o deficiente. - criar oportunidades de treinamento profissionalizante a pais e familiares dos deficientes mentais.
OUTROS SERVIÇOS	<ul style="list-style-type: none"> - tornar acessíveis, para a população, serviços que atuem com o deficiente mental. - oferecer treinamento a pais e/ou responsáveis pelo deficiente mental para identificar, aceitar, lidar e procurar serviços especializados em relação ao problema da deficiência mental. - criar serviços especializados em atendimento a deficientes mentais em relação a necessidades de vários tipos (educacional, esportiva, profissional, lazer, de ordem econômica, etc), de acordo com suas faixas etárias.

criando condições que, progressivamente, poderiam ir constituindo uma agência ou instituição. Local, pessoas, formalizações, equipamentos, etc, podem ser definidos, envolvidos, adquiridos, etc, à medida que certos resultados de algumas atuações passem a ocorrer e/ou a existir. A *construção* de um serviço também é um processo de atuação que deve ter algum começo, uma velocidade, e uma forma de progressão. Porém, a tarefa de começar essa sequência e rede de ações, e de ir mantendo comportamentos adequados em relação aos dados e perspectivas do problema aqui analisado, poderia ser responsabilidade inicial de um ou mais profissionais que assumis-

sem as metas e cuidassem do planejamento necessário e da criação ou do envolvimento gradativo de outros profissionais, agentes, serviços, etc.

De qualquer modo, para a execução das ações propostas como meios para solucionar e/ou minimizar os problemas e necessidades da população deficiente mental, parece ser necessária a união de várias agências ou instituições já existentes no município e a criação de algumas organizações. É necessário que o município, como unidade político-administrativa, atue frente ao problema, em vez de deixá-lo ao sabor de iniciativas de setores isolados da sociedade.

O poder público municipal, organizações sociais, escolas, creches, pré-escolas, professores, psicólogos, fisioterapeutas, Centro de Saúde, etc... são agências ou profissionais já existentes na comunidade, que poderiam desempenhar várias das ações explicitadas no Quadro 6, desde que houvesse uma articulação/administração das suas ações.

Agências como uma *Central de informações sobre a deficiência mental* (ou as condições gerais de saúde da população), *Equipe técnica multidisciplinar especializada no atendimento do deficiente mental* (ou deficientes em geral), *Serviços de atendimento à saúde do deficiente*, *Agência especializada em atendimento a deficientes mentais*, são exemplos de instituições ou serviços que poderiam ou precisariam ser criados ou organizados no município para executarem outras das ações explicativas no Quadro 7.

Uma análise desse tipo retira da mão de um único profissional a responsabilidade pela intervenção e aumenta a visibilidade das pessoas envolvidas com o problema sobre o que é *necessário fazer*, apontando, portanto, as diferentes competências profissionais que são requeridas para lidar com aspectos multi-facetados e multi-determinados como os envolvidos na deficiência mental, por exemplo, revelando de maneira clara e precisa, a propalada necessidade de atuações multi e inter-disciplinares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para propor uma solução, parece ser necessário ter claro qual é exatamente o problema sobre o qual é preciso intervir. Em relação à deficiência mental, a própria noção de determinação da deficiência interfere com a noção do que é esse evento e diferentes noções poderão determinar diferentes maneiras de atuação.

Nesse trabalho, a deficiência mental (em qualquer maneira de entendê-la) é considerada como determinada por múltiplas variáveis, desde alterações genéticas, biológicas ou fisiológicas, até determinantes sociais do tipo condições de nutrição, culturais, educacionais, etc. (Omote, 1980; Nunes, 1985). Também parece importante destacar que a identificação dos determinantes deve fazer parte da descrição e caracterização do problema, tanto quanto do diagnóstico e da intervenção.

Uma concepção de acordo com essas considerações aponta para a necessidade de um trabalho capaz não apenas de compensar prejuízos já irreversíveis, reabilitar parcialmente danos graves, recuperar organismos atingidos, mas, também, de controlar os determinantes dos problemas, antes que exerçam sua influência (prevenir), manter condições de saúde, ou mesmo elevar os níveis das condições atualmente existentes.

As noções de comportamento, de contingências e de metacontingências, aliadas à de multi-determinação, foram diretrizes (controle de estímulos) para a análise realizada.

O presente trabalho é um exemplo de análise, derivada dessas noções, que pode se aplicar ao caso específico da deficiência mental, bem como à análise de outros tipos de problemas que possam ser resolvidos por meio de comportamento humano. A análise, como uma maneira particular de focalizar o problema, pode ser instrumento útil na definição dos rumos de uma atuação profissional nas áreas de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

- Bijou, S. W., & Dunitz-Johnson, E. (1981). Interbehavioral analysis of developmental retardation. *The Psychological Record*, 31, 305-325.
- Botomé, S. P. (1981a). *Administração de comportamento humano em instituição de saúde: uma experiência para serviço público*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Botomé, S. P. (1981 b). *Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da análise experimental do comportamento*. Tese de doutoramento. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- FENASP (Federação Nacional de Sociedades Pestalozzi, 1981). *Manual para a organização de sociedades Pestalozzi*. (Destinado a possíveis organizadores de sociedades Pestabzzi no Brasil).
- Glen, S. S. (1986). Metacontingencies in Walden Two. *Behavior Analysis and Social Action*, 5, 2-8.
- Harzem, P., & Miles, T. R. (1978). *Conceptual Issues in Operant Psychology!* New York: Wiley.
- Laurell, A. C. (1975). Medicina y Capitalismo en México. *Cuadernos Políticos*. (México), 5, 80-93.
- Maestrello, H. H. F. R. (1983). *O conceito de deficiência mental na literatura especializada*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Matos, M. A. (1983). A medida do ambiente de desenvolvimento infantil. *Psicologia*, 0(1), 5-18.
- Miranda, A. M. M. (1986). *Proposição de objetivos comportamentais de ensino para a disciplina Microbiologia do currículo de graduação de Enfermagem*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Nunes, E. D. (1985). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS.
- Omote, S. (1980). *A deficiência como fenômeno socialmente construído*. Conferência proferida na XXI Semana da Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação. Marília: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
- Pedrazzani, J. C. (1983). *Proposição de objetivos comportamentais para a disciplina Anatomia do currículo de Graduação em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.

- Seixas, A. S. S. (1984). *A disciplina Parasitologia no currículo da graduação em Enfermagem: um estudo com vistas a proposição de objetivos comportamentais de ensino*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms; an experimental analysis*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Todorov, J. C. (1987). A Constituição como metacontingência. *Humanidades*, 13, 76-80.
- Todorov, J. C. (1989). A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5, 347-356.

Recebido em 10/09/1990.