

aspectos
socio-
familiares
da
deficiência
mental

Sadao Omote

RESUMO **A** deficiência mental não deve ser concebida como um atributo inerente ao indivíduo excepcional, mas uma condição resultante das incapacidades médicas e das limitações sociais. São consideradas as *condições médicas incapacitadoras* e *condições sociais incapacitadoras* para a concepção de deficiência mental estudada neste artigo. A reabilitação do indivíduo deficiente mental, por sua vez, não deve estar centrada apenas nos atrasos ou na potencialidade residual, mas, além disso, no bem estar pessoal e social de toda a família, inclusive do excepcional. A intervenção familiar assim orientada, bem como eventual intervenção em outras esferas sociais, podem minimizar as condições sociais incapacitadoras.

Mental retardation is considered to be a condition which results from medical disabilities and social restrictions rather than an inherent condition to the mental retarded individual himself. Both medically disabling and socially handicapping conditions are considered for the mental retardation conception studied in this paper. Accordingly, a rehabilitation program of the exceptional individual, must not be centered only on his retardation itself or on his residual potenciality, but, furthermore, on his own welfare and on his family's as well. Familial intervention as such and eventual intervention in other social spheres may minimize those socially handicapping conditions referred to.

INTRODUÇÃO A deficiência mental tem sido habitualmente caracterizada como um complexo problema de atraso no desenvolvimento geral, no qual o nível intelectual reduzido tem um papel central. A maioria das definições correntes sugere o nível intelectual reduzido como uma

potencialidade inerentemente presente no organismo. Igualmente, muitas delas enfatizam os aspectos constitucionais da deficiência mental, identificando-a como se fosse uma entidade médica decorrente de disfunções, malformações, ausência ou lesões neurais e estruturais.

Dall, em 1941(1), enunciou seis critérios essenciais para uma definição adequada de deficiência mental: incompetência social, devida à subnormalidade mental, resultante de uma paralização do desenvolvimento, que prevalece na maturidade, é de origem constitucional e essencialmente incurável.

Mais recentemente, a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD) elaborou um Manual de Terminologia e Classificação de Retardo Mental, segundo o qual “o retardo mental refere-se ao funcionamento intelectual geral submédio, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado à deterioração de uma das seguintes funções: maturação, aprendizagem e ajustamento social”(2). Dois anos depois, esta definição foi reformulada, substituindo “... e está associada à deterioração de uma das seguintes funções: maturação, aprendizagem e ajustamento social” por “... e está associado à deterioração do comportamento adaptativo”(3).

A definição de Dall reflete a prática reabilitacional do deficiente mental, no período em torno da década de 40, no geral caracterizada pelas medidas reparadoras pouco eficazes, especialmente em relação aos gravemente deficientes. Por outro lado, se, por definição, *é de origem constitucional e essencialmente incurável*, desde o princípio estaria mais ou menos limitada a reabilitação do excepcional. Percebe-se que o enfoque é fundamentalmente médico, considerando-se a presença de elementos patogênicos no organismo para explicar o retardo mental. Dentro desta perspectiva, de fato, é essencialmente incurável, quando se considera as aberrações cromossômicas, anomalias genéticas, distúrbios endócrinos, erros inatos de metabolismo, lesões e malformações cerebrais, etc.

A definição da AAMD, por sua vez, não se refere à etiologia orgânica, muito menos à incurabilidade. Tanto a elaboração original de 1959 quanto a modificação proposta em 1961 parecem indicar uma mudança na perspectiva de se encarar a reabilitação do deficiente mental. Este é um período em que aparecem importantes contribuições provenientes do paradigma de condicionamento operante, inicialmente desenvolvido no laboratório com animais infra-humanos. Uma principal contribuição metodológica se deve à maneira de se equacionar o problema do retardo mental, sem qualquer consideração sobre possíveis potencialidades ou previsões prognósticas, mas uma minuciosa e exaustiva análise das condições comportamentais atuais e das etapas a serem seguidas para se atingir um dado objetivo definido. Dentro de

tal perspectiva, tem sido possível estabelecer algumas habilidades básicas de cuidados pessoais nos excepcionais gravemente deficientes(4), (5) e (6). A própria deficiência mental — ou de desenvolvimento — foi reconsiderada teoricamente sob o prisma da Análise Experimental do Comportamento(7).

As definições da AAMD e as recentes práticas mais promissoras de reabilitação subentendem que as possibilidades prognósticas não são uma função exclusiva dos atributos inerentes ao indivíduo excepcional, como faz crer a definição de Doll, mas também da eficácia dos recursos médicos, pedagógicos e sociais mobilizados para a sua reabilitação. Esta abordagem é e tem sido fértil, principalmente por ensejar o desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas e métodos de reabilitação.

Entretanto, na reabilitação corrente no Brasil, ainda predominam essencialmente as concepções médicas, segundo as quais a deficiência mental se deve a algum elemento patogênico presente no organismo, mesmo embora em muitos casos não seja facilmente identificável. Dessa forma, um princípio fundamental da reabilitação seria aproveitar ao máximo a sua potencialidade residual. Mesmo quando são empregadas as estratégias sugeridas pela Análise Experimental do Comportamento, o enfoque central ou mesmo exclusivo recai sobre os déficits e atrasos do desenvolvimento do indivíduo excepcional, sejam ou não devidos às oportunidades restritas ou inadequadas que teve.

Esta maneira de abordar a deficiência mental e conceber a sua reabilitação, quando maior ênfase é dada sobre potencialidades limitadas, déficits ou atrasos, levanta, de imediato, algumas questões: 1. tais aspectos podem abusivamente justificar até mesmo os fracassos e negligências da comunidade técnico-científica; 2. se tais aspectos forem considerados atributos absolutos do indivíduo excepcional, resta pouca possibilidade de que os recursos mobilizados sejam alvos de uma avaliação crítica e de aperfeiçoamento sistemático; 3. o baixo rendimento escolar apresentado por crianças em certas condições especiais, como desajustamento emocional ou marginalização cultural, pode ser erroneamente interpretado como indicação de deficiência mental; 4. o ambiente familiar, muitas vezes caótico e desestruturado, pode ser visto como consequência da existência de um indivíduo deficiente mental, mesmo quando tais problemas possam ser prévios ao seu nascimento ou devidos a outras dificuldades; 5. as condições de segregação social do excepcional podem ser explicadas unicamente em função da sua inadaptação inerente para um convívio social.

Uma perspectiva diferente é oferecida pelas concepções sociais, segundo as quais o deficiente mental é um status social adquirido e a deficiência mental, um papel social associado a este status(8).

Dexter(9) analisou a deficiência mental como um

problema social, no sentido técnico do termo, porque o excepcional fracassa — ou supõe-se que seja incapaz — na aprendizagem de “significados corretos” de eventos, símbolos e coisas. Os deficientes mentais provavelmente criam sérios problemas numa sociedade, onde a demonstração de habilidades formais de coordenar significados abstratos é um valor em si mesmo, ainda que não estejam necessariamente relacionadas à capacidade efetiva de sobrevivência ou de contribuição econômica.

Esta perspectiva social poderia sugerir mesmo a irrelevância dos possíveis atributos desvantajosos do deficiente mental. Convém, portanto, fazer uma análise mais detalhada em torno desta bipolaridade: características do excepcional x características do contexto social.

**UMA ABORDAGEM
CONCILIADORA
DA DEFICIÊNCIA
MENTAL**

Não há dúvida quanto à existência de certas condições constitucionalmente presentes no organismo, doravante referidas como *condições médicas incapacitadoras*, como aquelas enumeradas previamente, que, por si só, são inadaptativas e limitam o desenvolvimento normal do indivíduo. Neste sentido, as concepções médicas de deficiência mental são plenamente procedentes. Entretanto a situação corrente do excepcional sugere dois problemas que não permitem que a debilidade mental seja uma consequência direta e automática daquelas condições: 1. os excepcionais desenvolvem frequentemente um sentido de inferioridade, que os limita muito mais do que se esperaria de suas condições médicas incapacitadoras, como resultado dos efeitos cumulativos da incapacidade e das consequências pessoais e sociais que têm um efeito pernicioso sobre o seu nível funcional com o conceito de eu e auto-imagem prejudicados e baixos níveis de aspirações e de expectativas de si mesmos(10); e 2. frequentemente, não é possível encontrar evidências de condições constitucionais responsáveis pela deficiência mental, especialmente em relação aos moderadamente retardados.

Por outro lado, há uma abundante literatura considerando a deterioração do comportamento adaptativo e o rebaixamento dos níveis de produtividade, como resultado das condições de tratamento oferecidas. O nível sócio-econômico pode funcionar como viéses no diagnóstico de deficiência mental, atribuindo este rótulo mais frequentemente aos alunos de baixo nível sócio-econômico(11) e também na colocação em classes especiais, retardando significativamente a realização acadêmica dos alunos de baixo nível sócio-econômico(12). Até mesmo a atratividade física dos alunos pode funcionar como variável que viesse o julgamento dos professores, levando-os a um pobre prognóstico escolar dos alunos de baixa atratividade física(13). Efeitos semelhantes podem ser observados também em relação aos rótulos de criança culturalmente carente ou desfavorecida(14). Por outro lado, foi sobejamente demonstrado o efeito da expectativa do professor sobre o

rendimento escolar de seus alunos (15), (16). A institucionalização do deficiente mental tem levado a sérias consequências emocionais(17) e comportamentais do excepcional, como maior ocorrência de estereótipos e de auto-manipulação e menor ocorrência de comportamentos sociais(18).

Estas e outras evidências, apoiadas nas concepções sociais de deficiência mental, sugerem a necessidade de se enfatizar as *condições sociais incapacitadoras* como um importante núcleo de problemas para a devida compreensão da deficiência mental. Serão consideradas condições sociais incapacitadoras todos aqueles aspectos que restringem a participação ativa e oportunidades igualitárias do excepcional nos processos sociais, educacionais e ocupacionais. Na medida em que a habilidade acadêmica tenha um valor próprio, os indivíduos que fracassam em demonstrar sua competência nesta área, seja pela própria incapacidade, seja pela inadequação ou mesmo ausência de oportunidades — ou mesmo aqueles indivíduos supostamente incapazes de tal habilidade — correm o risco, no sistema educacional formal, de serem considerados excepcionais deficientes mentais e tratados como tais, mesmo que desempenhem adequadamente outras habilidades talvez até mais relevantes para a sua sobrevivência ou contribuição econômica, como Dexter sugeriu.

As condições sociais incapacitadoras podem ter origem nas condições médicas incapacitadoras, como numa situação bastante comum em que, por exemplo, uma criança com paralisia cerebral, mesmo tendo relativamente pouco rebaixamento mental, sugere um grave quadro, devido ao seu déficit neuro-muscular em geral acentuado (19). Desta maneira, tende a receber condições de tratamento abaixo do que se esperaria para o seu nível de compreensão e funcionamento mental. Frequentemente, as condições médicas incapacitadoras tendem a ser superestimadas, reduzindo excessivamente o nível de expectativas em relação ao excepcional, isto é, além das limitações próprias, impõem-se as condições sociais incapacitadoras.

A propósito, a própria condição de ser, sentir-se ou ser percebido como divergente, sem qualquer sentido sócio-cultural atribuído à divergência, parece implicar em determinadas condições sociais incapacitadoras, como sugere uma série de experimentos conduzida por Freedman e Doob(20), investigando os efeitos do desvio *per se*. Os autores induziram experimentalmente, em situação de laboratório, sentimentos de divergência em sujeitos normais, utilizando-se de um plano geral que consistiu em dar testes a grupos de pessoas normais, sendo que algumas receberam “feedback” público de que seus resultados apresentavam um desvio extremo, comparativamente a gama normal de pontuações e particularmente em relação ao pequeno grupo de

que participavam. Algumas das conclusões mais importantes indicaram que os “divergentes” preferiram associar-se a outros “divergentes”, mesmo quando não havia qualquer semelhança entre as divergências; quando o desvio é desconhecido de outros, os “divergentes” minimizaram seus contatos sociais, evitando serem notados em situações que tornassem evidente a sua divergência; quando os sujeitos podiam premiar ou punir outros, os “não divergentes” escolheram os “divergentes” conhecidos mais frequentemente para punir do que premiar, enquanto que os “divergentes” escolheram outros “divergentes” mais frequentemente para premiar do que punir; e os “divergentes” estavam fortemente preocupados em minimizar a sua divergência e comportavam-se de maneira a produzir tal efeito.

Assim, não seria de todo absurdo esperar que as condições sociais incapacitadoras fossem abusivamente impostas a indivíduos que não apresentam evidência de qualquer quadro de condições médicas incapacitadoras, como quando o julgamento e a expectativa do educador são influenciados pela atratividade física(21) ou condições sócio-econômicas do aluno(22), (23). Aliás, é interessante notar que, no quadro geral da deficiência mental moderada, os indivíduos provenientes das classes sócio-econômicas desfavorecidas são em número superior ao que se esperaria da sua proporção na população geral, o que não se verifica no quadro de deficiência mental grave(24). Este aspecto tem levantado a questão das causas sociais e culturais da deficiência mental! De fato, quem viveu sob diversas condições sociais incapacitadoras e adversas, mesmo que, por hipótese, não possuísse qualquer condição médica incapacitadora, pode demonstrar atraso no desenvolvimento das habilidades linguísticas e acadêmicas, atraso este possivelmente identificado inclusive nos testes de nível mental. Daí denominá-lo de deficiente mental e tratá-lo como tal parece levar a um modo impróprio de se lidar com a problemática em questão, servindo esta conduta de um disfarce, deslocando o foco de atenção e transferindo os problemas de uma estrutura social e educacional para os limites corporais dos indivíduos desfavorecidos.

Portanto a deficiência mental pode apenas parcialmente ser concebida como atributo do indivíduo excepcional, inerentemente presente. Quando a deficiência mental é encarada globalmente, reflete inclusive uma diversidade de características de toda uma sociedade: seus valores, seus mecanismos de funcionamento, suas motivações fundamentais, sua inoperância, negligência e omissão, etc. Desta maneira, a deficiência mental pode, pelo menos parcialmente, ser concebida como uma condição imputada a determinados indivíduos.

UMA CONCEPÇÃO DE REABILITAÇÃO

Ao considerar as condições sociais incapacitadoras como um importante núcleo responsável pelos problemas de ajustamento geral, que caracterizam correntemente a deficiência mental,

obviamente a própria prática reabilitacional deve ser reexaminada. Se, para as concepções médicas, um princípio fundamental de reabilitação do excepcional é o aproveitamento máximo da potencialidade residual, para a concepção ora caracterizada, a reabilitação não poderá ser propriamente *do excepcional*.

É verdade que, ao lidar com indivíduos deficientes mentais, está se tratando de indivíduos essencialmente deficitários em diversas áreas de habilidades. Neste sentido, uma importante tarefa do profissional, educador ou cientista continua sendo a mobilização de recursos existentes e adequados, bem como a pesquisa de novas possibilidades técnicas e metodológicas, para reduzir ao máximo os déficits do indivíduo excepcional.

No entanto a intervenção e investigação numa outra esfera devem ser solidárias ao enriquecimento de repertório do excepcional, sem o que a intervenção centrada na potencialidade residual do excepcional parece estar fadada ao fracasso, no sentido de, na melhor das hipóteses, perpetuar uma situação sócio-cultural e econômica que invalida ou torna improdutivo e desajustado o excepcional ou a quem quer que seja tenha recebido tal denominação.

Há, pois, necessidade de se investigar não apenas as etiologias médicas ou técnicas e métodos de treino e educação do excepcional, como também a identificar e caracterizar melhor as condições sociais incapacitadoras, suas variáveis determinantes, as razões por que atribuídas aos indivíduos de certas características, os grupos sociais em que isto ocorre, até mesmo os procedimentos de intervenção tanto para minimizar seus efeitos deletérios sobre o excepcional quanto para se evitar o seu desenvolvimento num grupo social.

Existe uma ampla literatura descritiva e experimental, voltada para esta linha de investigação, como os estudos de atitudes sociais do público(25), do educador(26), (27) ou dos pais(28), (29); da percepção e consciência que os pais têm da subnormalidade de seu filho excepcional deficiente mental (30), (31); de estereótipos do deficiente mental(32); análise crítica da dinâmica de funcionamento da Instituição(33) e das razões para a institucionalização(34); ou mesmo reação à deficiência mental numa comunidade muito diversa, como entre aborígenes da Malásia(35). Entretanto não há ainda um corpo organizado de achados empíricos e elaborações teóricas que permita uma melhor análise e intervenção sistemática em torno das condições sociais incapacitadoras, senão em certos setores isolados deste problema.

Apesar deste quadro geral, uma intervenção num nível social — a família do excepcional — é imediatamente

exequível e imperiosa é a sua necessidade. A família é um grupo social primário que representa um importante papel no desenvolvimento da criança. Particularmente, a família do excepcional apresenta certas características especiais que afetam profundamente o seu papel não só em relação ao deficiente mental como em relação a todos os seus membros, bem como estes têm frequentemente seus papéis específicos alterados. Além disso, diversos membros da família sofrem profundos efeitos da existência de um deficiente mental, muitas vezes levando-os uma experiência de tensão psicológica e ao desajustamento pessoal e social. Assim, a unidade familiar requer muitas vezes uma adequada intervenção não só para prover melhores condições de desenvolvimento do excepcional, como para o ajustamento e bem estar de todos os membros da família.

Desta forma, a reabilitação do excepcional deve ser concebida como compreendendo, de imediato, dois setores de intervenção: 1. a educação e o treinamento do indivíduo excepcional, já que apresenta déficits e atrasos no desenvolvimento, devido às condições tanto médica quanto socialmente incapacitadoras; e 2. assistência à família do excepcional, visando à sua integridade e sadio funcionamento tanto como um fim em si mesmo quanto como meio para reforçar e complementar o primeiro aspecto. Além disso, é necessário investigar as questões sociais numa esfera mais ampla, para que novos setores de intervenção sejam pragmaticamente viáveis para completar esta concepção de reabilitação.

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA DO EXCEPCIONAL

A partir de que momento reconhecer uma família como a do excepcional é uma questão que depende dos objetivos. Nesta análise, serão consideradas famílias nas quais a deficiência mental de um elemento é percebida, mesmo que não a aceitem. Esta percepção é normalmente dada ou confirmada por um profissional — médico, educador, psicólogo ou outros, dependendo das circunstâncias e da natureza e gravidade do problema.

Uma fase bastante importante da carreira de uma família do excepcional é o período subsequente ao diagnóstico, quando habitualmente o profissional qualificado fornece uma série de informações sobre o estado de funcionamento, possíveis causas, recursos existentes para o tratamento e as possibilidades prognósticas. Face a esta revelação, há necessidade de que a família se ajuste a uma nova realidade ou a um aspecto até então desconhecido da realidade. Entretanto, frequentemente, ao diagnóstico não se sucede automaticamente o tratamento, em parte pelo menos devido à pouca integração existente entre os serviços diagnóstico e reparador, o primeiro sendo superdesenvolvido em relação ao segundo e tendo o diagnóstico um valor próprio e não como um meio para adequado tratamento(36). Se, além de ser difícil a aceitação do problema para a maioria das famílias, o diagnóstico tem frequentemente um valor apenas

administrativo e burocrático, não é de se estranhar que um número de excepcionais receba durante até alguns anos apenas o serviço diagnóstico, peregrinando de um centro especializado a outro e de um profissional a outro.

O reconhecimento de deficiência mental num de seus filhos causa um sério impacto sobre os pais. Farber(37) entrevistou 468 famílias de deficientes mentais e identificou dois tipos de crise: 1. a *crise trágica* que se caracteriza pela frustração de objetivos e aspirações da família e 2. a *crise de organização de papéis* que se caracteriza pelos cuidados intermináveis exigidos pelo excepcional, frustrando a organização de papéis na família. Estas crises se desenvolvem a partir da percepção e reação da família diante do nascimento ou diagnóstico de um deficiente mental.

Uma das conclusões indica que as famílias de classe média, nas quais os futuros objetivos e aspirações servem como uma importante diretriz da vida cotidiana, são particularmente vulneráveis à crise trágica, ao passo que as da classe baixa são vulneráveis à crise de organização de papéis. Estas conclusões podem ser melhor compreendidas com os achados de uma outra área de investigação social: a de valores parentais. Os resultados de algumas pesquisas(38), (39) sugerem sistematicamente que os pais da classe média valorizam nos seus filhos uma série de traços que caracterizam a futura independência e auto-direção, enquanto que os pais da classe operária valorizam a conformidade ao controle externo, enfatizando a obediência à autoridade parental. Tais valores parentais, por sua vez, parecem determinar as relações pais-filhos, servindo de uma ponte de ligação entre a estrutura social e o comportamento(40).

As crises descritas por Farber poderiam ser interpretadas como frustração dos valores parentais, já que a deficiência mental sugere — e em parte procede plenamente dentro das conjunturas sócio-econômicas e técnico-científicas atuais — como uma característica básica a impossibilidade de promover a autonomia do excepcional como um cidadão responsável e integrado, exigindo cuidados permanentes de uma outra pessoa. Ora, uma “eterna criança” como costuma ser referido o deficiente mental, não promete qualquer realização que habitualmente os pais da classe média esperam de seus filhos, nem promete desempenhar adequadamente o seu papel, de conformidade com o sistema externo de controle, obedecendo às normas sociais ou autoridade parental. Aliás, a dificuldade de se desempenhar adequadamente o seu papel habitual se estende a outras pessoas da família, como a mãe que se vê limitada no desempenho de suas funções de dona-de-casa ou a irmã que se vê substituindo a mãe.

A frustração de valores parentais, obviamente, é apenas um dos aspectos que prejudica a dinâmica familiar. Os pais de um excepcional podem

desenvolver certas interações inadaptativas, como a relação de dependência mútua com o excepcional, tentativas de negar ou minimizar a excepcionalidade a relações interpessoais evitadas de sentimentos ambivalentes em relação ao excepcional, sentimentos de culpa e de auto-comiseração(41).

Um estudo comparativo de características das mães de excepcionais identificou que estas, comparadas às de normais, possuíam muito mais sentimento depressivo, preocupação com a criança e dificuldade de lidar com a birra da criança; ligeiramente mais possessividade e negligência; e muito menos sentimento de competência materna e satisfação com a criança afetada(42). Este quadro sugere uma experiência de tensão psicológica e frustração que as mães de deficientes mentais vivem.

Ao lado das pressões e frustrações sofridas pelos pais, os irmãos normais também sofrem uma série de consequências. Sem dúvida, tendo os pais frustrados os seus valores parentais e percebendo o deficiente mental como um elemento dependente de seus cuidados, os irmãos normais podem ver-se privados da atenção dos pais. De fato, os irmãos normais de deficientes mentais percebidos pelas mães como altamente dependentes apresentaram ajustamento pessoal e social inferior àqueles cujos irmãos deficientes eram percebidos pelas mães como independentes(43). Este mesmo estudo encontrou ainda um efeito adverso sobre o ajustamento da irmã normal, quando esta interagira intensamente com o deficiente mental, pois a sua interação geralmente representava assumir o papel materno. Tais consequências sobre os irmãos normais, especialmente sobre a irmã mais velha, podem ser maiores, quando o deficiente mental é mantido no lar, em vez de ser internado em alguma instituição, como constatou Fowle(44). Por outro lado, a institucionalização do deficiente mental pode trazer consequências desastrosas também sobre a família, além de ter efeitos deletérios sobre o institucionalizado(45).

Toda esta complexa situação existente na família do excepcional evidencia a inadequação de qualquer abordagem reabilitacional centrada exclusiva ou mesmo principalmente nas limitações efetiva ou supostamente presentes no excepcional. Alguns dos principais motivos são: 1. aquilo que é referido como potencialidade residual ou desempenho efetivo do excepcional pode estar refletindo todas as condições adversas que o cercam no lar e na comunidade; 2. mesmo que os procedimentos reabilitacionais fossem eficazes para instalar habilidades diversas no excepcional, nem sempre este encontra um ambiente familiar que as reforce e as encoraje; 3. os resultados dos procedimentos reabilitacionais podem agravar ainda mais as condições caóticas da família, especialmente quando o contexto escolar, desvinculado da problemática familiar, não respeita as necessidades, frustrações e expectativas dos pais e irmãos; e 4. não é só o indivíduo excepcional que necessita de assistência profissional, mas também frequentemente outros elementos, ou mesmo toda a família, devem ser auxiliados a se adaptarem à condição de

serem pai, mãe, irmão ou irmã de deficiente mental, desempenhando sadiamente seus papéis familiares e sociais, em vez de lhe sucumbirem, como as pesquisas nesta área têm sugerido.

Assim, é necessária uma concepção sócio-familiar mais ampla de reabilitação, para que a totalidade social da problemática da deficiência mental possa ser abordada como foi esboçado previamente. Na atual conjuntura profissional, um nível de intervenção exequível, dentro de tal concepção sócio-familiar de reabilitação, é a assistência aos familiares, cuja análise dos procedimentos e das dificuldades e problemas peculiares deverá ser motivo de um outro estudo.

Na prática reabilitacional corrente no Brasil, habitualmente existe um serviço de orientação aos pais, que tem basicamente um caráter pedagógico, fornecendo informações, esclarecimentos e "dicas" para lidarem melhor com o filho excepcional. Este serviço deixa um pouco a desejar, embora possa até oferecer oportunidades catárticas aos pais, porque 1. geralmente os problemas, dificuldades e frustrações dos pais ou da família, enquanto existência de um elemento deficiente mental, não têm sido devidamente abordados e 2. provavelmente por isso, em frequentes casos, as orientações práticas, mesmo quando os pais têm consciência da sua importância, não têm sido devidamente acatadas e seguidas.

Desta forma, um serviço destinado às famílias deve incluir a clarificação e eventual solução de tais questões, como um fim em si mesmo, porque esta é a ajuda que os familiares frequentemente procuram e também provavelmente esta seja a maneira mais segura de se garantir um ambiente familiar sadio que enseje um desenvolvimento e ajustamento adequado do excepcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DALL, E.A. "The Essentials of an Inclusive Concept of Mental Deficiency". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1941, 46, 214-219 (Citado por TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *O Indivíduo Excepcional*. Rio, Zahar, 1976).
2. HEBER, R. "A Manual on Terminology and Classification on Mental Retardation". In: *Monograph Supplement to Amer. J. Ment. Defic.* 1959, 64 (2).
3. HEBER, R. "Modifications in the Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1961, 65, 499-500.
4. MORRIS, J. V. "The Habit Training of Severely Retarded Defectives". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1957, 61, 474-477.
5. ELLIS, N. R. "Toilet Training the Severely Defective Patient: An S-R Reinforcement Analysis". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1963, 68, 98-103.
6. BENSBERG, G. J. "Teaching the Profoundly Retarded Self-Help Activities by Behavior—Shaping Techniques". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1965, 69, 674-679.

7. BIJOU, S. W. "Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation". In: *The Psychological Record*. 1963, 13, 95-110.
8. MERCER, J. R. *Labelling the Mentally Retarded*. Berkeley, University of California Press, 1973. (Citado por ROBINSON, N. M. e ROBINSON, H. *The Mentally Retarded Child*. New York, McGraw-Hill, 1976).
9. DEXTER, L. A. "A Social Theory of Mental Deficiency". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1958, 62, 920-928.
10. TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *O Indivíduo Excepcional*. Rio, Zahar, 1976. Traduzido do original americano de 1972, 2.ª edição, por Álvaro Cabral.
11. NEER, W. L. et al. "Socioeconomic Bias in the Diagnosis of Mental Retardation". In: *Exceptional Children*. 1973, 40, 38-39.
12. RUBIN, L. A., KRUS, P. e BALOW, B. "Factors in Special Class Placement". In: *Exceptional Children*. 1973, 39, 525-532.
13. ROSS, M. B. e SALVIA, J. "Attractiveness as a Biasing Factor in Teacher Judgements". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1975, 80, 96-98.
14. JONES, R. L. "Labels and Stigma in Special Education". In: *Exceptional Children*. 1972, 38, 553-564.
15. ROSENTHAL, R. e JACOBSON, L. *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupil's Intellectual Development*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1968.
16. ROSENTHAL, R. e JACOBSON, L. "Expectativas de Professores com Relação a Alunos Pobres". In: *A Ciência Social num Mundo em Crise*. São Paulo, Perspectiva e EDUSP, 1973. (Tradução do original americano por Dante Moreira Leite).
17. SLOBODY, L. B. e SCANLAN, J. B. "Consequences of Early Institutionalization in Mental Retardation". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1959, 63, 971-974.
18. KAUFMAN, M. E. "The Effects of Institutionalization on Development of Stereotyped and Social Behavior in Mental Defectives". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1966, 71, 581-585.
19. MAS, R. G. *Rehabilitación del Deficiente Mental*. Barcelona, Ed, Científico-Médica, 1970.
20. FREEDMAN, J. L. e DOOB, A. N. *Deviancy: The Psychology of Being Different*. New York Academic Press, 1968. (Citado por TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *O Indivíduo Excepcional*. Rio, Zahar, 1976).
21. ROSS, M. B. e SALVIA, J. *op. cit.*
22. NEER, W. L. et al. *op. cit.*
23. RUBIN, R. A., KRUS, P. e BALOW, B. *op. cit.*
24. TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *op. cit.*
25. GOTTLIEB, J. e CORMAN, L. "Public Attitudes toward Mentally Retarded Children". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1975, 80, 72-80.
26. FINE, M. J. "Attitudes of Regular and Special Class Teacher toward Educable Mentally Retarded Child". In: *Exceptional Children*. 1967, 33, 420-430.
27. COMBS, R. H. e HARPER, J. L. "Effects of Labels on Attitudes of Educators toward Handicapped Children". In: *Exceptional Children*. 1967, 33, 399-403.
28. CONDELL, J. F. "Parental Attitudes toward Mental Retardation". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1966, 71, 85-92.
29. RICCI, C. S. "Analysis of Child—Rearing Attitudes of Mothers of Retarded, Emotionally Disturbed, and Normal Children". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1970, 74, 756-761.
30. GUMZ, E. J. e GUBRIUM, J. F. "Comparative Parental Perceptions of a Mentally Retarded Child". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1972, 77, 175-180.
31. MEYEROWITZ, J. H. "Parental Awareness of Retardation". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1967, 71, 637-643.
32. GUSKIN, S. L. "Measuring the Strength of the Stereotype of the Mental Defective". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1963, 64, 569-575.
33. GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974. (Tradução do original inglês de 1961 por Dante Moreira Leite).
34. SHELLHAAS, M. D. e NIHIRA, K. "Factors Analysis of Reasons Retardates Are Referred to an Institution". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1969, 74, 1971-179.

35. DENTAN, R. K. "The Response to Intellectual Impairment among the Semai". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1966, 71, 764-766.
36. WOLFENBERGER, W. "Diagnosis Diagnosed". In: *J. Ment. Subnormality*. 1965, 11, 62-70. (Citado por TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *op. cit.*).
37. FARBER, B. "Effects of a Severely Mentally Retarded Child on the Family". In: E. P. Trapp e P. Himmelstein (Eds.) *Readings on the Exceptional Children*. London, Methuen, 1962.
38. KOHN, M. L. "Social Class and Parental Values". In: *American Journal of Sociology*. 1959, 64, 337-351.
39. PEARLIN, L. I. e KOHN, M. L. "Social Class, Occupation and Parental Values: A Cross-National Study". In: *American Sociological Review*. 1966, 31, 466-479.
40. KOHN, M. L. "Social Class and Parent-Child Relationships: An Interpretation". In: *American Journal of Sociology*. 1963, 68, 471-480.
41. TELFORD, C. W. e SAWREY, J. M. *op. cit.*
42. CUMMINGS, S. T., BAYLEY, H. C. e RIE, H. E. "Effects of the Child's Deficiency on the Mother: A Study of Mothers of Mentally Retarded, Chronically Ill and Neurotic Children". In: *American Journal of Orthopsychiatry*. 1966, 36, 595-608.
43. FARBER, B. *op. cit.*
44. FOWLE, C. M. "The Effect of the Severely Mentally Retarded Child on his Family". In: *Amer. J. Ment. Defic.* 1968, 73, 465-473.
45. SLOBODY, L. B. e SCANLAN, J. B. *op. cit.*