PUC

DEFICIÊNCIA MENTAL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO.

WALDIVA CARVALHO DE LIMA FERREIRA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 — CEP 22453
RIO DE JANEIRO — BRASIL

N.Chamada: 150 / F983d / Th-SE UC
Título: Deficiência mental :
0 0 3 1 1 7 9
Ex: 1-CENTRAL
1861

WALDIVA CARVALHO DE LIMA

FERREIRA

"DEFICIÊNCIA MENTAL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO"

Dissertação apresentada ao departamento de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora:

Drª Maria Helena Novaes

RIO DE JANEIRO

1988

VC 19 420-0

UNIVERSIDADE CATÓLICA
1033
14/03/88
RIO DE JANEIRO

31179

450
F383d
TESE UC

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

AGRADECIMENTOS

Devo gratidão a todos que direta ou indiretamente me ajudaram ao elaborar esta pesquisa. Seria impossível citar nominalmente cada um, quero entretanto, lembrar alguns sem que isto desmereça os que não foram citados.

Minha orientadora, Profª Drª Maria Helena Novaes, cuja experiência e dedicação viabilizaram a execução deste trabalho.

Professores do Departamento de Pós-graduação em Psicologia da PUC-RJ e em especial: Circe Navarro, Monique Augras, Terezinha Carneiro, Maria Eucharis, Ângela Podkameni, Hannes Stub e Harald Letner.

Profº Luiz Heraldo Braga de Oliveira pela dedicada elaboração das tabelas e cálculos estatísticos deste trabalho.

Departamento de Processamento de Dados da PUCCAMP, pela computação dos dados desta pesquisa, na pessoa da Profª Maria Cristina Aranha.

Diretoria da APAE de Araranguá, em especial à Elizabeth de Ben Costa a quem devo grande incentivo e reconhecimento pelo meu trabalho e com quem aprendi a conhecer melhor o excepcional.

Ao pessoal do CARE, principalmente à Maria das Dores, Lúcia e Fátima Alves, que tão paciente e dedicadamente me auxiliaram na coleta de dados.

Ao casal Dr. João Duz e Maria Bernadete, pelas carinhosas acolhidas durante as viagens desta pesquisa, sou imensa-

mente grata.

Dr. Álvaro José de Oliveira, Profª Maria Odette Bizzoto e pessoal da Fundação Catarinense de Educação Especial, pelas diversas acolhidas, orientando e sanando dúvidas.

Equipe multi-disciplinar do CARE: Doutores Sílvio e Roberto, Maria Rocha e Bernadete Duz, cujo companheirismo sempre enriqueceu nosso trabalho.

Maria do Céu Milanez, colega e amiga, que me ensinou a dar os primeiros passos no difícil caminho da Educação Especial.

Força Aérea Brasileira na pessoa do Sargento Davi Velasco, pela colaboração nos transportes durante a coleta de dados desta pesquisa.

Ao Waldimir e Maria Amélia, meus irmãos, pela enorme força e incentivo, agradeço de coração.

Minhas tias Clotilde, Eunice e Leda, de quem, ajuda e incentivo indispensáveis, nunca deixei de receber.

Às Irmãs Maria das Graças e Zulmira, meu profundo agradecimento pela sua ajuda e apoio.

Amigas e irmãs Dircinha, Malvina, Iracema, Raimunda e Marlene, pela enorme fé e apoio principalmente durante os passos da elaboração deste trabalho.

À Minha avó Dona Ana pelo grande amor e sabedoria, pela compreensão, que mesmo sem o conhecimento, são a alma deste trabalho.

Ao meu tio Josué, o primeiro excepcional que conheci e aprendi a amar.

E muito especialmente ao meu Deus, pela oportunidade de conhecer um pouquinho desta Sua magnífica criação que é o homem.

Com carinho dedico este trabalho:

Ao meu Cláudio pela companhia, pelo amor e pela ajuda inestimável.

Aos meus filhos Wagner, Grace, Cristiane e Joyce pela imensa alegria.

Aos meus pais Rosa e Antônio pela fé e paciência.

AOS MEUS CLIENTES

Procurando compreender em toda a sua extensão que ser diferente é difícil , ser diferente é problemático, ser diferente é estar sempre só.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS..... iv

DEDICATÓRIA..... vi

RESUMO..... 01

ABSTRACT..... 03

I - INTRODUÇÃO..... 05

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 12

2.1 Deficiência Mental..... 12

2.1.1 Histórico..... 12

2.1.2 Definição e Classificação..... 15

2.1.3 Etiologia..... 19

2.1.4 Diagnóstico da Deficiência Mental em Santa Catarina..... 22

2.2 Epidemiologia..... 25

2.2.1 Conceitos..... 25

2.2.2 Epidemiologia e Deficiência Mental.... 28

2.2.3 Índices de Deficiência Mental..... 29

III - INVESTIGAÇÃO DE CAMPO..... 31

3.1 A Instituição e sua dinâmica de atendimento..... 31

3.2 A Amostra..... 34

3.3 O Instrumento..... 37

3.4 Procedimentos..... 38

IV - RESULTADOS..... 40

4.1 Acesso ao CARE..... 43

4.2 O Cliente..... 56

4.3 A casa onde reside..... 71

4.4 A família do cliente..... 87

4.5 O Problema..... 96

V - DISCUSSÃO DOS DADOS..... 129

5.1 Acesso ao CARE..... 129

5.2 O Cliente..... 134

5.3 O Problema..... 139

5.3.1 Etiologia..... 139

5.3.2 Diagnóstico..... 145

VI - PERFIL..... 148

VII - CONCLUSÃO..... 150

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 152

IX - ANEXOS

9.1 Formulário..... 156

9.2 Prontuário..... 169

RESUMO

Estudo epidemiológico de variáveis pessoais, familiares e sócio-culturais a partir de anotações de prontuários de clientes atendidos numa instituição de educação especial em Araranguá sul de Santa Catarina, com amostra de 324 clientes. Procedeu-se a um levantamento de dados sobre o cliente através de um formulário elaborado especialmente para a pesquisa. Evidenciou-se que os clientes se originam basicamente da cidade de Araranguá, sendo encaminhados em sua maioria por professo - ras. As mães informam sobre a situação do cliente no preenchimento do prontuário. Os clientes, matriculados entre 7 e 14 anos, são em sua maioria do sexo masculino, 76% nunca frequentou escola. Pertencem a famílias de 7 a 10 pessoas em média. Moram em casa de madeira, própria, com instalações elétricas , sanitárias e hidráulicas. Seus pais possuem apenas o 1º grau. Suas mães trabalham no lar e seus pais são operários assalariados. A renda familiar é em média, de um a três salários mínimos. Em relação ao problema apresentado pelo cliente, observou-se que 50% das mães desconhece antecedentes de deficiência mental e 76% desconhece antecedentes de doença mental. Os pais destes clientes relacionam-se bem, assim como é bom o relacionamento familiar. Os clientes são nascidos de parto normal , hospitalar e sem particularidades em sua maioria. Seu desenvol-

vimento neuro psicomotor é atrasado, seu temperamento é entre apático e agressivo. Os clientes chegam à instituição trazi - dos pelas mães e com queixa de dificuldades de aprendizagem. Os clientes apresentam em média um QI de 55 a 69 e uma IM de 3 a 4 anos. São classificados como deficientes mentais de leve a moderados. A etiologia do problema, assim como seu período de ocorrência, são desconhecidos. Estes resultados são discutidos em relação à realidade local e a situação em que este cliente se encontra é assim analisada.

ABSTRACT

Epidemiological study of personal, familiar and socio-cultural clients variables, from clients of an institution of special education from Araranguá South of Santa Catarina, with a sample of 324 clients. The informations were colected with the use of a questionaire instrument, specially made for the research. Basically all the clients were from Araranguá. Most of them came to the institution sended by a teacher. Their mothers informed about their situation on the making of the prontuary. They were accepted around 7 and 14 years of age. Most of them are male. 76% never went to school. They belong to a family with average 7 to 10 persons. They live in residences which belong to their families, made of wood. Their parents attended only the first grade in school. Their mothers work home and their fathers are working in activities which have small social value and with short salaries. About the client's problems 50 to 75% of their mothers de not know any case of mental deficiency or mental illness in their families. Their parents have a good relationship as well as their families. These clients are born in hospitals, of normal delivery, average without accidents. Their psicomotor development is very delayed. Their temperament is from apatic to agressive. These clients are brought by their mothers with

the complait of learning dificulties. They have an IQ average of 55 to 69 and a MA of 3 to 4 years. They are classified as Mildly Retarded. The etiology of their problem is unknown. These results are discussed related to the local reality and is analised the situation of these clients.

I. INTRODUÇÃO

Ao longo de seis anos de trabalho,em atendimento a excepcionais na região sul,de Santa Catarina e norte do Rio Grande do Sul sentiu-se necessidade de conhecer em detalhes as características dessa população atendida. Para tanto, deu-se preferência a uma determinada micro-região do vale do rio Araranguá, na qual trabalhou-se durante estes anos. Incentivados pelas facilidades oferecidas pela entidade, decidiu-se empreender este trabalho, na intenção de contribuir o mais efetivamente possível para a maior cientificidade do atendimento ao deficiente mental da região. Percebeu-se a carência de dados que ajudassem a elaborar programas terapêuticos, uma vez que as próprias autoridades locais não os possuem, quando pensam em estabelecer programas de tratamento e prevenção. Identificados com os anseios daquela comunidade, lançou-se uma semente que germinou no solo fértil da confiança de pessoas que não crêem na sentença que desacredita e condena a pessoa do deficiente mental. Nessa comunidade que acolhe bem o pesquisador, aceita-o com ânimo e apoia-o plenamente, observa-se em comum com este, o desejo, expresso em trabalho, de melhores condições de vida, de aceitação e de integração social daqueles que não são apenas considerados clientes, mas que são pessoas com direitos iguais a um convívio e participação social.

O trabalho em psicologia clínica,nos anos de 1979 a 1984, permitiu conhecer de perto os problemas dos clientes atendidos naquela instituição escolhida, de âmbito particular, beneficiente e subsidiada pelo governo, além das angústias e

dificuldades de seus pais e familiares e da impotência dos profissionais e administradores diante de dificuldades financeiras e técnicas. Observou-se que a equipe multi-disciplinar, possuindo escassos recursos, parecia estar longe de enfrentar satisfatoriamente os desafios da problemática que envolve o atendimento desta clientela. Ocorria sempre frustração, ao se dar conta de não existirem estudos científicos ligados à excepcionalidade na região, que pudessem ajudar nesse trabalho. Cresceu daí a motivação de realizar pesquisa neste campo, que provavelmente será de grande auxílio, tanto para os profissionais da área, quanto para a própria comunidade, permitindo uma aproximação científica dos problemas vividos por esta parcela da população, bem como de seus familiares. Além disso, será um primeiro passo no sentido de nortear atitudes técnicas dos profissionais a nível de prevenção.

Lemos (1973) faz recomendação em direção à pesquisas básicas e aplicadas, bem como à pesquisas epidemiológicas. Consideram-se os estudos epidemiológicos importantes como primeira etapa na elaboração, planejamento e execução de qualquer programa sério na área de saúde mental. O interesse no sentido de conhecer as características desta população específica, só se tornou objeto de estudo a partir da inexistência de uma investigação sistemática. Existe além disso, uma série de dúvidas quanto à real política de saúde das instituições, tais como: até que ponto o tipo de tratamento utilizado em tais instituições alcança seu objetivo? Que tipos de serviços as instituições prestam à comunidade? Como funcionam tais instituições nas comunidades? O presente estudo, de natureza epidemiológica , pretende ser dirigido ao que se considera ser o primeiro passo do que seria um programa de trabalho a longo prazo, a nível nacional, que poderia ser desenvolvido em diversas unidades

federais, e visa conhecer as características da clientela portadora de deficiência mental atendida no Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional (CARE), na cidade de Araranguá em Santa Catarina. Esta instituição, regida pela Associação de Pais e Amigos do Excepcional de Araranguá, funciona há cerca de doze anos na região e atende a uma população de clientes cujo contingente maior é de deficientes mentais.

Ao participar do dia-a-dia da instituição, sente-se a necessidade de maiores e mais apuradas informações que possibilitem um aperfeiçoamento do trabalho, e a segurança de estar prestando um serviço eficaz. Foi para este trabalho que foram dedicados seis anos na busca incansável de melhorias, tanto a nível prático, quanto a nível teórico. Neste sentido este estudo pretende ser parte integrante desta busca.

Destacando-se a deficiência mental dentre as classificações que formam o quadro da excepcionalidade, tem-se em mente, dentre outros, os seguintes objetivos: atingir o grande número de clientes excepcionais da região; buscar as causas da ocorrência; conhecer a média de idade na qual estes deficientes começam a receber atendimento; saber como vivem, como são atendidos e tratados; conhecer sua situação de escolaridade; saber como chegaram à instituição e quem os encaminhou; conhecer sua situação sócio-econômica, etc. Pretende-se assim, ter condições para sugerir medidas mais eficazes de ação preventiva, diagnóstica e de recuperação, ligadas à deficiência mental.

A complexidade do quadro da deficiência mental e de suas conseqüências no desenvolvimento psicológico e na adaptação social do indivíduo, configura-se num desafio permanente aos psicólogos que atuam nesta área, uma vez que estão permanentemente envolvidos com processos de identificação, diagnóstico,

orientação e encaminhamento. Além disso, o envolvimento da família e das agências educacionais traz tipicidade de situações que devem ser conhecidas pelos especialistas da área, a fim de serem tomadas medidas de prevenção e de tratamento compatível com a realidade das comunidades.

A compreensão do fenômeno da deficiência mental em determinado contexto social, bem como da interligação dos fatores sociais e econômicos, justificam a análise psicológica em estudos epidemiológicos, que favorecem uma leitura compreensiva das múltiplas variáveis encontradas nessa situação.

A literatura dos últimos cinquenta anos tem demonstrado que a deficiência mental, há longo tempo, deixou de ser assunto exclusivo da medicina. Os trabalhos de Binnet e Terman no princípio deste século marcaram historicamente a participação da psicologia neste campo. Os problemas adaptativos e do desenvolvimento, bem como as modalidades típicas de interação precária com o meio, abrem no estudo da deficiência mental um espaço importante para a psicologia clínica. Além disso, chama-se a atenção para o fato de que a pesquisa psicológica tem-se lançado muito timidamente no campo da chamada Ecologia Social da deficiência mental como referido por Haywood e colaboradores (1982), no qual, segundo estes autores, constitui um dos maiores problemas sociais deste campo, o fato de não se saber onde estes indivíduos viverão, se irão à escola trabalharão e exercerão suas atividades diárias. Esta pesquisa pretende, a partir da metodologia epidemiológica, delinear um perfil do deficiente mental encontrado na região afeta a área escolhida para a investigação, oportunizando talvez assim, condições para que outras pesquisas respondam a questões mais complexas no futuro.

Pesquisadores da área da psicologia clínica, tais como

Shoenfeldt (1979), Ajuriaguerra (1982), Souza (1979), apontam como fundamental a participação multi-disciplinar no diagnóstico e no tratamento do deficiente mental.

Podemos observar uma evolução no trabalho do psicólogo na área clínica, que nos permite visualizar a importância da participação deste na prevenção, no atendimento precoce, no diagnóstico e atendimento educacional e terapêutico da deficiência mental. Ocorreram quatro fases para a extensão e maior profundidade dos estudos. Primeiramente a fase do trabalho isolado, em seguida, a fase do mandante e do mandado, na qual se solicitava apenas um QI por parte do psicólogo; na terceira fase havia o trabalho da equipe estática dentro de limites rígidos e barreiras intransponíveis, e finalmente, a fase atual, na qual a equipe procura agir de modo flexível e complementar (Shoenfeldt, 1979).

Os autores de uma forma geral concordam que, dada a complexidade do quadro, é impossível um diagnóstico isolado, bem como apenas uma estratégia de ação preventiva e terapêutica e ressaltam a importância fundamental da atuação da equipe multi-disciplinar.

A escolha de uma metodologia epidemiológica deve-se aos seguintes aspectos: é reconhecido em nosso país a carência de estudos epidemiológicos, principalmente da deficiência mental, que permitam uma caracterização da população atendida, e a partir daí, possibilitem uma ação da comunidade a nível de prevenção primária. Recomendação neste sentido faz a O.M.S. (1960) em direção a programas comunitários, objetivando a prevenção de transtornos tais como a deficiência mental. Para a organização de programas de atenção primária, é extremamente importante conhecer a incidência e prevalência, assim como fatores etiológicos e as características da população com seus há-

bitos e costumes. O objetivo da pesquisa epidemiológica não é meramente o de obter dados quantitativos, mas o de compreender a ocorrência da doença em estudo, partindo de fatos conhecidos e de hipóteses já existentes (Foratini 1980), (Caplan 1980).

Um dos maiores problemas que se observa nas instituições de atendimento ao excepcional, é o fato de que o maior contingente de clientes é de baixo nível sócio-econômico e cultural. Isto leva a uma série de questionamentos sobre esta característica da população além de outras que se tornam questões sem respostas uma vez que não se possuem dados a este respeito. Na região onde se encontra a população alvo deste estudo, é muito comum dizer-se que deficiente mental é filho de família pobre. A instituição alvo, por exemplo, possui pouquíssimos clientes com situação sócio-econômica privilegiada e nem a própria instituição ou os órgãos governamentais responsáveis possuem dados simples,tais como:quem são, quantos são e como vivem. Aliado a isto, tem-se a preocupação de resgatar uma objetividade maior na interpretação da problemática da deficiência mental, uma vez que na realidade brasileira, ela vem filtrada através de preconceitos e estereótipos sociais que dificultam a compreensão da deficiência e seus desdobramentos no âmbito familiar, escolar, social e cultural.

Uma pesquisa epidemiológica em deficiência mental nesta região pode contribuir em diferentes níveis, tanto para o pesquisador e população, quanto para autoridades governamentais das diversas áreas de saúde e educação, trazendo, entre outras consequências, possibilidades de orientar novas práticas nas instituições, visando a melhoria de qualidade no atendimento , o qual parece encontrar-se ainda em fase paternalista, com finalidade mais filantrópica que terapêutica. Poderá determinar certas variáveis micro e macrossociais objetivas que afetam a

adaptação do cliente e que podem ser claramente definidas como de importância etiológica na gênese e desenvolvimento da deficiência mental. Poderá, também, oferecer informações para diferentes órgãos públicos e privados, com interesse nas áreas de excepcionalidade, e finalmente enriquecer o campo da pesquisa epidemiológica nesta área.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Deficiência Mental

2.1.1. Histórico

Desde o começo da história, o homem teve que lidar com a deficiência mental. Por períodos diferentes esta deficiência foi encarada com vários graus de pena, escárnio, proteção e, às vezes, até com algum respeito. A história do cuidado com o indivíduo deficiente mental, incluído na categoria dos excepcionais, pode ser vista através de três fases importantes: a fase do isolamento e abandono, a fase do protecionismo ou paternalismo e a fase do atendimento cientificamente orientado. Observa-se nos trabalhos de Telford e Sawrey (1978), Ulmer (1984), e Ajuriaguerra (1983), a progressão lenta, porém rica, em experiências pedagógicas e educativas do tratamento do indivíduo deficiente mental. Tudo indica que os cuidados para sua reabilitação e os estudos de suas condições, começaram a partir dos trabalhos de Itard, um professor francês que se ocupou de um rapaz selvagem encontrado nos bosques de Aveyron na Espanha (Wolman, 1979). Itard conseguiu ensinar-lhe a comunicar-se através da fala ao invés de grunhidos e gestos. Embora o rapaz tenha sido examinado por Pinel, autoridade na época em doença mental, e este concluído pela impossibilidade de qualquer reabilitação, Itard promoveu este trabalho pioneiro, tendo registrado em seu livro "De L'Éduca-

tion d'un Homme Sauvage (Paris, 1801). Ulmer, em seu artigo : "Deficiência Mental: evolução do tratamento", faz referência à um jovem médico nascido na Suiça, em 1806, chamado Johann Guggenbuhl, que num trabalho isolado, a exemplo de Itard, pareceu revolucionar, em 1826, o atendimento ao deficiente mental, obtendo inclusive apoio financeiro da Swiss Association of National Sciences. Seu objetivo era a cura da deficiência mental através de uma grande dose de estímulo, atenção e educação. Tão decidido e certo de chegar ao seu objetivo, ele se uniu a pedagogos e estudou intensamente,dedicando para isso, toda a sua vida, vindo a ficar famoso mundialmente. Entretanto, após muitos anos as pessoas começaram a perceber que as crianças não estavam sendo curadas por estes métodos, até que em 1858 o governo suiço investigou aquele trabalho e descobriu que nem uma só pessoa havia sido curada, e isto fez com que a instituição fosse fechada e os subsídios suspensos. Guggenbuhl passou a viver em uma localidade vizinha e morreu desacreditado aos 47 anos. Embora isolado na história da deficiência mental, este episódio nos faz pensar. Como observa Wolman (1979), dois aspectos precisam ser vistos bem de perto: primeiro, é certo que nenhum caso de deficiência mental (retardo comprovado) foi jamais curado. Embora um bom percentual de recuperação seja alcançado, sempre sobram marcas no comportamento do cliente e, segundo, relativamente poucas pessoas são tão deficientes que não possam se beneficiar de um tratamento, mesmo que pouco. Aliado a isto, parece relativa a questão da cura. Para a família de um indivíduo extremamente dependente, caminhar, falar , cuidar-se, significaria uma "cura", enquanto que para a família de um deficiente mental moderado que caminha e se cuida , a "cura" seria talvez sua alfabetização e profissionalização. Assim, nos orientamos cientificamente, para alcançarmos o que

buscamos desde que sabemos exatamente o que buscamos.

Para cada indivíduo e sua deficiência há um limite a ser alcançado ou uma meta máxima estabelecida, não pela deficiência em si, mas pela nossa fragilidade científica, pelas limitações de nossas técnicas e métodos. Este é um fato o qual é preciso encarar e aceitar, mas nunca acomodar-se a ele sem se empreender esforços para mudá-lo.

A história da deficiência mental foi vivida por homens inconformados com a situação em que viam a ciência e o paciente. A exemplo, a descoberta da Fenilcetonúria, um erro de metabolismo que, entre outros danos, pode causar a deficiência mental, deveu-se ao inconformismo e insistência de uma jovem mãe que após buscar inúmeros recursos, chegou até um médico que a ouviu, solicitou exames de laboratório e descobriu a ausência da enzima que decompõe a fenilalanina, a doença foi denominada mais tarde de Idiotia Fenilpirúvica, a qual uma vez detectada nos primeiros dias de vida pode ter seus danos evitados com uma dieta alimentar até que a criança complete 12 anos (Coleman, 1973).

Passou-se bem mais de um século das tentativas pioneiras de homens como Itard e Guggenbuhl. Desta data até hoje, muitos estudiosos desenvolveram trabalhos a respeito, entretanto precisa-se assinalar o marco mais importante para a Psicologia, que foi sem dúvida, aquele que aproxima sensivelmente os psicólogos do campo da deficiência mental, e que faz essa proximidade ser cada vez maior, através dos trabalhos de Binnet, Simon, Goddard e Terman, pois a modalidade de diagnóstico da deficiência mental, através de testes de inteligência válidos, é de extrema importância para determinar, não só a presença do problema, como o grau do mesmo.

No aspecto político, temos visto impactos importantes

relativos à situação do deficiente mental. Nos Estados Unidos, foi o presidente John Kennedy quem primeiro envolveu o governo em ação legislativa, provavelmente sensibilizado por ter uma irmã portadora da deficiência, sendo pessoalmente conhecedor de sua problemática. Aqui no Brasil, a Portaria Interministerial nº 186, de março de 1978, determina entre outros ítens a definição e classificação da deficiência mental para nossa prática, marcando assim, uma importante participação de entidades públicas brasileiras na divulgação e conscientização do problema. Em Santa Catarina, a criação da Lei nº 6.185, de novembro de 1982, que confere uma pensão vitalícia a todo indivíduo severamente prejudicado e de família de baixa renda, foi de caráter inédito no Brasil e muito elogiada, por alcançar camadas desprivilegiadas da sociedade, antes esquecidas.

2.1.2. Definição e Classificação

Ao procurar definir deficiência mental, esbarra-se com uma complicada série de termos, conceitos e motivos que dificultam sobremodo esta tarefa. Tem sido difícil obter concordância quanto a um termo que englobe a gama de desenvolvimento incompleto da mente, ou funcionamento intelectual abaixo da média. (Guisard, 1986). A Associação Americana de Deficiência Mental (AADM, 1983) a define como sendo: "O funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, manifestado desde a primeira infância e acompanhado pela marcante incapacidade de adaptar-se às demandas culturais da sociedade, com consequente prejuízo da conduta adaptativa." Esta definição traz em si a sintomatologia apontada pela American Psychiatric Association em seu Manual Diagnóstico e Estatístico das doenças mentais (DSM-III, 1980). Assemelhando-se também a essa definição, o Código Internacional de Doenças, revisão nº 9 (CID-9) da

Organização Mundial de Saúde, faz referência em adição ao comprometimento da aprendizagem e do amadurecimento. Para Matson (1984), são geralmente considerados deficientes os sujeitos que funcionam em dois ou mais desvios padrões abaixo da média. Podemos observar através destas definições, uma tendência a submissão do diagnóstico a resultados de medidas intelectuais, sendo estes resultados, estabelecidos mediante exames psicométricos, para os quais, geralmente, são utilizados os testes, como o Stanford-Binet ou as escalas de Weschler. Entretanto, a definição da AADM propõe que a suspeita de deficiência mental num indivíduo, só se torne um diagnóstico definitivo, após exames que estabeleçam medidas de inteligência e que estas medidas sejam confirmadas através de avaliação clínica de seu nível de adequação social, ou seja, dados psicométricos somados ao comportamento adaptativo, sendo dada uma grande ênfase ao último (Heber, 1970).

Diante destas colocações abre-se uma séria discussão sobre o assunto. Por um lado, temos o trabalho de Edward Zigler e colaboradores (1984), enfatizando o método psicométrico no diagnóstico da deficiência mental, e por outro, o de Tureki (1981) enfatizando a questão da conduta adaptativa. Segundo Zigler, a essência da deficiência mental é, sem dúvida, função cognitiva deficiente, definida como performance subnormal nas atividades intelectuais. Tureki, por sua vez, considera que não se deve dar relevância ao déficit intelectual sem observar prioritariamente os déficits que concorrem ao comportamento adaptativo, chegando a afirmar que se um indivíduo está adequadamente adaptado ao seu meio ambiente, ele não pode ser chamado de deficiente, não importando o seu QI. Segundo ele: "Deficiência mental é melhor compreendida como um caminho do desenvolvimento o qual apresenta uma variação do comportamento hu -

mano e suas funções, ao invés de uma anormalidade no sentido clínico." Para Zigler e seus colaboradores, que rejeitam a questão da conduta adaptativa, os problemas da adaptação social têm as limitações de interpretação relativas ao construto em si. Afirmam que estamos longe de concordar numa definição do termo, portanto, para um sistema de classificação de tão grande importância, é inaceitável e inadequada uma definição vaga.

O DSM-III (APA, 1983), considera de grande importância o uso da psicometria no diagnóstico, entretanto sugere certa flexibilidade quanto aos resultados em torno do QI 70, medida arbitrária de déficit no desenvolvimento intelectual. O comportamento adaptativo é visto como "a eficácia com a qual o indivíduo reúne padrões de independência e responsabilidade social esperados, segundo sua idade e grupo cultural." Embora hajam escalas para quantificar este aspecto, o manual desaconselha o seu uso, por serem de pouca fidedignidade para uso único na avaliação funcional do indivíduo.

Uma implicação seríssima da avaliação baseada no coeficiente intelectual é apontada por Coleman (1973) que discute amplamente este critério em seu livro "A Psicologia do Anormal e a vida contemporânea". Coleman diz ser de imensa responsabilidade esta medida, porque nos Estados Unidos existem leis que dizem que indivíduos com QI abaixo de 70 podem ser classificados como deficientes mentais e, portanto, devem ser internados em instituições especializadas, conferindo ao psicólogo e ao critério de medidas, papel importante e determinante na vida e futuro destes indivíduos.

A experiência no trabalho com o deficiente mental, mostra que ambos aspectos, embora apresentem suas falhas, parecem ser relevantes, pois dificilmente se observam sujeitos portadores de deficiência mental que não experimentem problemas de

ajustamento, sendo quase sempre um fator decorrente do outro. Além disso, geralmente, autores que tratam do assunto, preferem sugerir a classificação baseada nos dois critérios. (Cohen, 1982; Heiser e Wolman, 1979; Tureki, 1981). Heiser e Wolman apontam as falhas de cada critério, e sugerem que sejam usados em conjunto.

Um aspecto interessante abordado por Wolman, é que o termo "deficiência mental" deva ser tratado no plural, uma vez que não se está lidando com uma única entidade clínica distinta. Deficiência mental como um termo, cobre um campo o qual inclui uma grande variedade de condições que diferem umas das outras em etiologias, modelos clínicos e possíveis lesões, possuindo entretanto uma característica em comum que é o déficit intelectual. Além disso, cita alguns termos também utilizados como deficiência mental que são: Retardo mental, Amência, Oligofrenia e Hipofrenia.

A Associação Americana de Psiquiatria, através do DSM-III, subdivide a clasificação da deficiência mental em graus estabelecidos de acordo com o quoeficiente Intelectual assim especificados:

SUBTIPOS DE ATRASO MENTAL	VALORES DE QI
LEVE	50 - 70
MODERADO	35 - 49
GRAVE (ou SEVERO)	20 - 34
PROFUNDO	inferior a 20

As diversas instituições brasileiras de atendimento ao deficiente mental, dentre elas o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), utilizam a tabela da Organização Mundial de Saúde, a qual faz variar alguns pontos nos valores de QI e mantêm os mesmos termos

do DSM-III.

2.1.3. Etiologia

A Associação Americana de Psiquiatria, para efeito de diagnóstico, divide no DSM-III, as causas ligadas a etiologia em fatores biológicos e fatores psicossociais, além de uma interação de ambos. Aponta um índice de 25% de casos nos quais a etiologia liga-se a fatores biológicos conhecidos, no caso, os mais conhecidos são os transtornos cromossomiais e metabólicos (Síndrome de Down e Fenilcetonúria). Estes diagnósticos podem ser estabelecidos desde o nascimento ou em pouca idade e a gravidade pode ser de moderada a profunda. Este tipo de etiologia, segundo o Manual, pode ocorrer por igual entre crianças de classes sociais econômicas altas e baixas, associando ainda o atraso mental de etiologias biológicas desconhecidas a diversos tipos de privação psicossocial. Nos chamados fatores psicossociais não estão presentes os biológicos e a gravidade pode ser leve. O diagnóstico se estabelece na idade escolar e as classes sócio-econômicas baixas estão bastante presentes nestes casos de deficiência mental. É definida cada categoria diagnóstica de atraso mental, segundo os valores de coeficiente de inteligência, denominando os subtipos como já foi visto, e sugerindo uma nomenclatura pedagógica além da médico-psicológica, como veremos detalhadamente mais adiante neste trabalho.

De maneira semelhante Coleman (1973), subdivide as causas da deficiência mental em:

- Fatores socioculturais (privação social)
- Fatores genéticos cromossômicos
- Perturbações bioquímicas
- Agentes tóxicos

- Infecções
- Trauma ou agentes físicos
- Radiação ionizante
- Outras causas.

Assinala que os tipos clínicos mais comuns de deficiência são: cultural-familiar, Síndrome de Down, alterações no equilíbrio endócrino, microcefalia, hidrocefalia e fenilcetonúria.

Gavanagh (1984), em um artigo para o "Journal of Tropical Pediatrics", promove informação sobre o diagnóstico da criança mentalmente deficiente, fazendo distinção entre deficiência severa e moderada, uma vez que, segundo ele, os dois grupos são etiologicamente distintos. Parece interessante e prática esta divisão em dois grandes grupos, onde o autor refere um QI de 50 a 70 para os moderados e de 0 a 50 para os severos, concordando com a tabela da Organização Mundial de Saúde. Sobre a forma moderada, este autor diz ser mais encontrada que a severa e que as causas são geralmente ambientais, à exceção do triplo X. Sugere que se examine o nível de creatinina no sangue de qualquer menino até três anos, com desenvolvimento moderadamente atrasado. Afirma que a maior parte das crianças com deficiência mental moderada não mostram anormalidades no exame neurológico formal, entretanto uma proporção significativa mostra sinais de disfunção cerebral mínima. Com relação à forma severa, diz que é mais vista sob a forma de sérias anomalias cerebrais, tais como a microcefalia, frequentemente ligada a algum defeito genético específico. Este fato aponta para uma etiologia pré-natal em 70% dos casos. O autor continua o artigo afirmando que a maioria das causas pré-natais da deficiência mental severa são cromossomiais ou genéticas com uma significante contribuição de fatores adquiridos,

dentre eles a incompatibilidade sanguínea materna e algumas infecções.

Uma outra forma de estudar o problema é a adotada pela Associação Americana de Deficiência Mental, adaptada de Heber, chamada de "Classificação Médica" que segundo Diament e Valente (1979) é apenas uma enumeração das condições que levam à Deficiência Mental. Entretanto estes autores, assim como Cezar Perneta (1985) em seu "Diagnóstico Diferencial em Pediatria", usam a classificação que leva em conta as causas pré-natais, perinatais e pós natais, esquematizados basicamente da seguinte forma:

PRÉ-NATAIS:

. Genética (aberrações genéticas, trissomias, mutações genéticas)
. Intra-uterinas (Irradiações, infecções, intoxicações etc.)
. Desconhecidas.

PERI-NATAIS:

. Asfixia
. Hemorragia intra craniana
. Perturbações metabólicas (Kernícterus, hipoglicemia)

PÓS-NATAIS:

. Encefalopatias (infecciosas, pós-imunizações)
. Trauma cerebral
. Intoxicações
. Desidratação hipertônica
. Desnutrição acentuada
. Hipotiroidismo
. Outras causas.

2.1.4. Diagnóstico da Deficiência Mental em Santa Catarina

As instituições que atendem ao deficiente mental, em Santa Catarina, são, em sua maioria, mantidas pela Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e estas unidades de atendimento especializado são responsáveis pela triagem, diagnóstico e tratamento destes clientes, que estão ligadas a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE), sediada em Florianópolis, a qual coordena a política de educação especial no estado e executa o atendimento direto a excepcionais. Segundo dados da Secretaria de Educação, colhidos em 1984, o estado conta com 257 unidades de atendimento. Nestas unidades de atendimento especializado, o cliente é triado e diagnosticado por equipes compostas basicamente por um médico, um psicólogo e um assistente social, sendo que algumas unidades contam também com fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Para conferir o diagnóstico de deficiente mental a um cliente, estas equipes trabalham, de uma forma geral utilizando uma dinâmica própria. Na instituição alvo desta pesquisa, o cliente é recebido pela assistente social que procede a uma entrevista com a mãe ou responsável, onde é detectado a necessidade ou não deste ser integrado à unidade. Uma vez confirmada a necessidade, o cliente é examinado pelo pediatra em presença da mãe, sendo encaminhado ao neurologista quando necessário, em seguida é examinado pela psicóloga e finalmente pela pedagoga. Em reunião, a equipe define o diagnóstico usando o quociente intelectual, tendo por base a tabela da OMS e associando a este critério os dados de adaptação social do indivíduo. O critério com base no QI começou a ser usado inicialmente para atender a exigências diagnósticas da LBA, órgão governamental com o qual a entidade mantém convênio para tratamento de 200 clientes e para diag-

nosticar outros clientes também atendidos. Durante esta prática, observou-se que inúmeras vezes o diagnóstico conferido ao cliente, apenas pelo QI, não parecia corresponder à realidade observada no cotidiano deste mesmo cliente. A partir daí, a equipe responsável decidiu associar os dados de adaptação social do indivíduo para estabelecer um diagnóstico, o qual passou a ser não só para uso da instituição, como para informar aos técnicos da LBA a classificação dos clientes.

A classificação, segundo os critérios citados, define a situação do cliente, diagnosticando-o dentro das seguintes categorias definidas segundo o DSM-III:

- Deficiente Mental Leve, equivalente a categoria pedagógica de Educável. É o maior segmento da população afetada com deficiência mental, 80% segundo o manual. São clientes que podem desenvolver habilidades sociais e de comunicação no período pré-escolar. Durante a etapa adulta, podem adquirir facilmente habilidades sociais e de trabalho adequadas para uma independência mínima. Não obstante, podem necessitar orientação em situação de stress econômico. Podem seguir até a sexta série. Segundo a Secretaria de Educação de Santa Catarina, podem alcançar ajustamento social e profissional e na idade adulta, independência econômica parcial ou total. Esta, de acordo com a prática, parece uma visão mais realista da situação do deficiente mental leve. Estes clientes possuem um QI de 50 a 70.

- Deficiente Mental Moderado, equivalente à categoria pedagógica de Treinável. Neste grupo, estão 12% da população afetada com deficiência mental. São clientes que, no período pré-escolar, podem aprender a co-

municar-se, porém seu grau de atenção referente às normas sociais é pobre. Aprendem a viajar sozinhos em lugares familiares. Quando adultos podem ser capazes de contribuir para seu próprio sustento, sob estreita supervisão em oficinas protegidas. A Secretaria de Educação Catarinense os define como indivíduos que dificilmente se alfabetizam nem adquirem independência completa podendo, contudo, tornarem-se úteis no lar e na comunidade. Seu quociente intelectual varia entre 35 e 44, segundo o manual.

- Deficiente Mental Grave ou Severo: O Manual não apresenta uma nomenclatura pedagógica, entretanto, em Santa Catarina convencionou-se chamá-los pedagogicamente Treináveis em Atividades de Vida Diária. São clientes que, segundo o manual, reúnem 7% da população com deficiência mental. Durante a etapa pré-escolar, o desenvolvimento motor é pobre e possuem expressão mínima de linguagem, portanto desenvolvem pouco ou nada na comunicação. Durante a fase adulta podem apenas desenvolver tarefas simples com supervisão. Seu QI varia de 20 a 34.

- Deficiente Mental Profundo. Convencionado pedagogicamente de Residencial ou Dependente. São clientes que requerem ajuda e supervisão constantes e, durante o período pré-escolar, demonstram mínima capacidade para o funcionamento sensoriomotor, tornando-se dependentes da ajuda alheia em termos de necessidades associadas à própria sobrevivência. Segundo o manual, o seu QI, é inferior a 20.

2.2. Epidemiologia

2.2.1. Conceitos

Com base na etimologia da palavra, "Epidemiologia" é a ciência que se destina a estudar tudo sobre a população, estando o objetivo epidemiológico situado no organismo social. Propõe-se a realizar a descrição do que ocorre no corpo populacional, seus agravos, as causas destes, a orientação e os meios de controle e profilaxia (Foratini, 1986).

O relato mais antigo sobre o método epidemiológico de que se tem notícia consiste em comparar grupos de pessoas em função de certas caractetísticas, e se encontra no Antigo Testamento, no primeiro capítulo do livro de Daniel (Lopes, 1984).

Segundo Ferreira (1987), embora haja dificuldades para aceitação comum de uma definição de epidemiologia, todas as definições, de alguma maneira, se relacionam a um estudo populacional.

A Organização Mundial de Saúde (1960), considera que o método epidemiológico se aplica ao estudo de três aspectos ligados à doença: as bases genéticas, as experiências físicas e psicológicas e as influências sociais ou ambientais na precipitação da doença.

A epidemiologia em saúde mental, segundo a OMS, preocupa-se em: coletar dados sobre doenças tratadas ou não de uma população, para se poder organizar os serviços preventivos, estudar as características da população, a fim de descobrir aspectos ligados aos costumes, organização social e ambiental, fatores estes que podem de alguma forma estar

UNIVERSIDADE CATÓLICA

ligados à estrutura das doenças.

Cooper e Morgan (1973), são de opinião que a epidemiologia passou a ter valor e credibilidade, na medida em que se relacionou com a etiologia das enfermidades. São muito conhecidos os trabalhos epidemiológicos no campo das doenças infecciosas.

A epidemiologia é uma metodologia largamente utilizada na medicina, tendo sua aplicação grande ênfase nas doenças endêmicas. Rouquayrol (1983), diz mesmo que esta é uma metodologia própria da medicina como um todo. Entretanto, a epidemiologia é ainda uma ciência fundamental à prática efetiva de medidas individuais e coletivas de promoção, cura e reabilitação da saúde. Muito usada em saúde mental, em diversos países, inclusive no Brasil, é entretanto pouco utilizada em nosso país, no que se refere à deficiência mental. Ainda segundo Rouquayrol, a epidemiologia tem a finalidade de indicador para avaliar nível de saúde geral da população, oferece subsídios para programas preventivos e para programas de reabilitação.

Para se fazer prevenção em saúde mental, é necessário conhecer a incidência e prevalência de um determinado agravo, além de seus fatores etiológicos (OMS, 1960). A incidência, segundo Laurenti (1986), é o número de casos novos de uma doença ou os que tiveram início num tempo determinado, e a prevalência, o número de casos que existam independente de serem novos ou antigos. A prevalência de um ano, por exemplo, é igual à incidência mais o número de casos existentes no período. Madalena (1977), define desta mesma forma, grau de incidência e prevalência, sendo que utiliza-se percentual ao invés de número de caos.

Reid (1964), acredita serem os principais fatores

genéticos, físicos e psíquicos, ligados à etiologia e evolução das enfermidades mentais, estudáveis com método epidemiológico.

O objetivo primordial da epidemiologia é projetar populacionalmente o evento social e, graças a essa projeção, possibilitar a descoberta de suas causas. Ao se pretender compreender realmente qualquer agravo à saúde, torna-se imprescindível o conhecimento de seus aspectos epidemiológicos (Foratini, 1986).

Como foi visto na introdução, a escolha da epidemiologia como método vem reforçar a intenção de contribuir para fins preventivos, além de conhecer as características da população atendida. Em relação à prática, a carência de dados torna-se um ponto crucial quando se precisa estabelecer algum programa terapêutico ou principalmente preventivo, e esta falta de informação parece ser o problema principal da instituição alvo e de todas as outras instituições da região. É, muitas vezes, por não ser orientada, que uma família deixa de levar seu filho recém-nascido a um atendimento precoce quando necessário. A pouca conscientização, a discriminação e segregação parecem ser fatores decorrentes do encaminhamento tardio de clientes, às vezes, em fases tão adiantadas que pouco se pode fazer por eles. Uma instituição conhecedora de sua clientela tem mais condições de executar programas terapêuticos e/ou preventivos, pois caminhará por solo rico e bem mais sólido (Mitler, 1977).

2.2.2. Epidemiologia e Deficiência Mental

Segundo Madalena (1977), os primeiros estudos epidemiológicos com deficientes mentais datam de 1900. Avaliou-se a inteligência de um grupo de crianças através de testes. O estudo de deficiência mental dos adultos foi julgado pelas características sociais. Estes primeiros estudos foram considerados falhos pelos critérios diagnósticos.

Rick Heber (1970), elaborou um extenso estudo epidemiológico da deficiência mental, abordando os números do problema e sua extensão nos Estados Unidos e no mundo. Neste estudo Heber mostra a prevalência de diversos tipos de problemas que são origem da deficiência mental, dando grande ênfase à Sindrome de Down. Aborda problemas raciais e étnicos, variações de idade em grupos sócio-econômicos diferentes, etc.

Um outro estudo, não tão extenso porém igualmente interessante é o de Baird e Sadovnick (1985) publicado no American Journal of Mental Deficiency, onde os autores investigam com método epidemiológico, a prevalência e incidência da deficiência mental na população de British Columbia. Interessante pelo tamanho da amostra (500 mil nascimentos consecutivos) e pela precisão de informações retiradas dos registros de serviços de saúde em British Columbia.

Rantakallio e Wendt (1985), publicaram um trabalho feito pelo método epidemiológico, no qual estudam fatores etiológicos numa população de 12 mil crianças com seguimento destas até 14 anos, para estabelecer fatores de risco da deficiência mental. Apresentam uma série de fatores de risco e os observam na amostra, inclusive um alto índice nos

óbitos, dos quais 77% possuiam um ou mais fatores de risco.

E a respeito de tratamento também são encontrados estudos epidemiológicos, a exemplo, tem-se o trabalho de Lund (1986). O artigo trata do atendimento psiquiátrico do deficiente mental e da problemática que envolve medicação e psicoterapia. É feita uma revisão breve das entidades diagnósticas da psiquiatria relativa a essa clientela e apresenta uma amostra de 302 pacientes a qual considera representativa da população de deficientes mentais dinamarqueses.

2.2.3. Índices de Deficiência Mental

Em 1980, Ano Internacional das Pessoas Deficientes, a Reabilitação Internacional preparou um relatório dirigido à Junta Executiva do UNICEF. Neste relatório, observa-se a assustadora afirmativa de que nos países em desenvolvimento, onde se encontra a maioria das crianças do mundo, uma em cada dez dessas crianças sofre de impedimento físico, mental ou sensorial, sendo impedimento definido como "um dano psicológico, fisiológico ou anatômico, permanente ou transitório, ou uma anormalidade de estrutura ou função". O retardo mental, dentre as diversas formas de deficiência, encontra-se, de acordo com a idade, num percentual que pode variar de 1 a 3% na América Latina e na média de 1% de qualquer população em qualquer lugar ou tempo.

Krynsky (1983), abordando o problema da prevenção da deficiência mental, fala de 3% de deficientes mentais nos países desenvolvidos, chegando a 7 ou 8% nos países em desenvolvimento.

A pediatria, em países desenvolvidos, tem-se deparado

com muitas doenças crônicas, mas no grupo a deficiência mental aparece proeminentemente e, perto de 50% dos casos permanecem com diagnósticos indeterminados, o que impossibilita prognósticos, aconselhamento genético, e de uma forma geral, a prevenção (Jaffe e Dar, 1984).

A localidade alvo deste estudo possui uma população de aproximadamente 40 mil habitantes, com cerca de 460 deficientes mentais em registros da instituição de atendimento, o que significa pouco mais de 1% da população total.

III. INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

3.1. A Instituição e sua dinâmica de atendimento

O Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional (CARE) que é a instituição alvo desta pesquisa, fundado em 1976, é mantido pela Associação de Pais e Amigos do Excepcional de Araranguá (APAE), tem convênio com a LBA, além do MEC, através do CENESP. Possui convênio pedagógico com a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) e recebe considerável suporte da Prefeitura Municipal de Araranguá. O CARE, através da APAE de Araranguá, é também extremamente beneficiado pela generosa ação dos clubes de serviço locais (Rotary e Lions Clube). Cada uma das instituições cooperam particularmente para que o CARE mantenha suas atividades e cumpra a sua parte na difícil tarefa de recuperar o indivíduo excepcional a ele encaminhado. No momento desta pesquisa, o CARE conta com 200 clientes matriculados, dos quais a maior parte freqüenta os dois turnos em regime de externato, outros possuem atendimento com horários pré-fixados durante a semana (uma hora de atendimento por dia, duas ou três vezes por semana), alguns estão em regime ambulatorial e uma pequena parte está em atendimento-dia (das 8 da manhã às 5 da tarde). Estes são geralmente atendidos nas oficinas protegidas onde trabalham e recebem escolarização.

A primeira equipe multi-disciplinar, a atuar integrada no CARE, constava de: Médico (pediatra), Psicóloga, As -

sistente Social e uma reabilitadora que fornecia as informações pedagógicas sobre o cliente. No momento desta pesquisa a equipe já se compunha de: Médicos (pediatra e neurologista), Psicóloga, Assistente Social, Pedagoga e Reabilitadora, ou uma estimuladora fornece informações quando os clientes estudados são bebês candidatos ao atendimento precoce. A rotina de trabalho desta equipe, já descrita anteriormente (2.1.4), é semelhante à utilizada por todas as equipes da região, principalmente as que estão ligadas à FCEE através de convênio.

O pessoal que faz o atendimento à clientela é em geral treinado na FCEE. São professores, reabilitadores, estimuladoras e pessoal de equipe (psicólogos, médicos, etc.) que desejam maior conhecimento da dinâmica de trabalho com o excepcional. A Fundação Catarinense oferece cursos de, no mínimo, 40 horas de treinamento, onde o técnico recebe aulas teóricas e práticas familiarizando-se com este tipo de clientela. No caso do psicólogo, por exemplo, algumas técnicas de exame foram introduzidas pelo pessoal da FCEE (como a Escala Evolutiva de Brunet e Lèzinne, para aplicação em bebês de até 3 anos), outras adaptadas, revistas (como o WISC) e repassadas aos profissionais atuantes na região, na intenção de padronizar ali o diagnóstico da deficiência mental. Da mesma forma, orientações de manejo técnico e idéias novas são trocadas sempre que os profissionais se reúnem na capital do Estado, acolhidos pela FCEE em eventos tais como: Encontros Catarinenses de Técnicos, Semana Científica e outros.

A instituição possui um espaço físico bastante grande e confortável, onde, além da enorme área construída, há um pátio gramado, play-ground, um campo de futebol e uma ampla área com horta. Os prédios são divididos em duas construções:

em uma delas estão as salas de aula, as salas de atendimento individualizado, os gabinetes de atendimento médico, psicológico e pedagógico, a sala de serviço social, uma secretaria, uma sala de reuniões e banheiros masculino e feminino. Na outra parte construída ficam as oficinas protegidas, masculina e feminina, uma pequena sala onde se expõe o material ali fabricado, uma sala de aula e alguns banheiros. O CARE conta ainda, em sua área construída, com uma ampla cozinha, almoxarifado, um confortável refeitório, garagem para os veículos que transportam os clientes (duas Kombis) e uma churrasqueira. Podemos considerá-los bem equipados em termos de máquinas e material de reabilitação, se compararmos à realidade brasileira.

Os clientes chegam à instituição através de diversas maneiras. São encaminhados por parentes, médicos, professores e amigos. Se não chegam ao atendimento por uma dessas formas, a maioria permanece em casa por dificuldades de acesso à instituição, ou por outros motivos diversos. Quando são apenas deficientes mentais leves, sem comprometimento físico ou da audio-comunicação, ou têm dificuldade de aprendizagem, geralmente os pais tentam uma escolarização. Não conseguindo, são orientados pelas professoras ou diretoras a procurarem atendimento especializado. Os sinais que mais chamam a atenção do pessoal no ensino regular são: falta de atenção, incapacidade para concentrar-se, distúrbio de conduta, incapacidade para acompanhar o currículo e quase sempre incapacidade de alfabetizar-se, embora em muitos casos, frequentando durante anos a instituição. É pensando neste tipo de clientela que a FCEE mantém, nas Unidades de Coordenação Regional de Ensino (UCREs) de cada município, as Supervisoras Regionais de Educação Especial (SURESPs), as quais são pessoas treinadas pela FCEE

para triarem clientes, no ensino regular, que estejam apresentando algum sinal que indique talvez a presença de deficiência mental, ou de dificuldade de aprendizado. Uma vez feito este "diagnóstico" preliminar, o cliente é encaminhado para uma classe especial, organizada pela SURESP ou para uma equipe inter-disciplinar, por quem será examinado, após contato com os pais. A Supervisora Regional de Educação Especial também é responsável pela pré-triagem dos candidatos à perícia para receberem pensão vitalícia (Lei nº 6.185 de outubro de 1982).

Assim sendo, o CARE não tem época específica de matrícula. Durante todo o ano recebe clientes novos ou antigos Entretanto é no período de início do ano letivo que mais aparecem clientes e é no final deste período que os clientes em condições de acompanhar o currículum normal são dispensados por meio de alta e encaminhados ao ensino regular, propiciando assim abertura de maior número de vagas. Ao chegarem à instituição, os clientes são recebidos pela assistente social para a triagem inicial e,em seguida,encaminhados para a equipe, se necessário, como detalhado em 2.1.4.

3.2.A Amostra

Inicialmente, pensou-se em investigar toda a população deficiente mental da região, tendo em vista ser uma pequena localidade na qual se destacaria apenas a cidade de Araranguá. Entretanto, este intento não foi possível de ser realizado pela falta total de informações a este respeito. As autoridades locais responsáveis consultadas (APAE, IBGE, UCRE) não possuíam sequer o número total destes clientes. Então, como a grande maioria dos deficientes mentais de que se tinha notícia era atendida no CARE e dado ao fato de se estar familiarizado

com a clientela e a direção da entidade, decidiu-se por concentrar ali a presente investigação.

A instituição conta com 456 prontuários de clientes atendidos desde a sua fundação. Destes foram separados os diagnosticados como deficientes mentais, totalizando 324 atendidos, sendo este o número final da amostra.

A proximidade prática em lidar com o deficiente mental, durante os anos de trabalho na instituição, foi o fator que influenciou decisivamente na escolha deste campo para a pesquisa, levando ainda em conta o enorme interesse que existe por parte da equipe e direção local na melhoria do atendimento a essa clientela.

O diagnóstico psicológico do deficiente mental está de certa forma padronizado em Santa Catarina pelo intercâmbio de técnicos através da FCEE e também devido às solicitações do convênio firmado com a LBA. Nas trocas de técnicas e orientações, alguns testes passaram a ser uma constante no uso diário do psicólogo catarinense. Portanto, inseridos nesta realidade, utilizou-se a seguinte rotina de trabalho ao examinar e diagnosticar a maioria dos clientes desta amostra: inicialmente, fez-se uma entrevista com a mãe, ou os pais (pai e mãe juntos), ou algum responsável, sem a participação do cliente; em seguida, procedeu-se a um breve contato com o cliente, onde foram feitas observações sobre sua situação geral, ou seja, coordenação, comportamento e comunicação, observando-se o grau de contato com a realidade, o curso e conteúdo do pensamento. Para a investigação da personalidade, usou-se o Teste do Desenho (Campos, 1982), solicitando-se as figuras de casa, da árvore e da figura humana. Alguns psicólogos variam a técnica de aplicação. A correção deste teste, porém, segue a orientação de Campos (1982). Para a investigação da inteligência, os testes

mais utilizados foram as Escalas de Wechsler principalmente a infantil (WISC), devido ao fato de a clientela recebida ter basicamente de 0 a 16 anos. A Escala de Maturidade Mental Columbia é outro teste largamente utilizado na medida da inteligência, por ser um instrumento de fácil aplicação e apuração e por não necessitar de manuseio por parte do cliente, o que facilita sua aplicação em clientes com sequelas de paralisia cerebral. Sendo não verbal, é também muito útil para clientes com problemas na audio-comunicação. Outra vantagem encontrada na aplicação do Columbia é a obtenção de Idade Mental (o WISC só fornece QI), medida sempre solicitada pelos técnicos da LBA. Para clientes abaixo de 3 anos, usou-se a Escala de Desenvolvimento de Odete Brunet e Irene Lézine (em substituição à Escala de Gesell), principalmente porque fornece em dados numéricos exatos uma Idade de Desenvolvimento (ID) e um Quociente de Desenvolvimento (QD), sendo extremamente útil, tanto para diagnóstico quanto para prognóstico da deficiência mental.

Deve também ser esclarecido um dado muito importante sobre os testes utilizados em relação à idade dos clientes. Foram usados apenas os testes infantis, entretanto, na amostra constam inúmeros clientes com idade acima de 16 anos. Este fato explica-se da seguinte maneira: ao se iniciar o processo diagnóstico no CARE, em abril de 1979, o cliente de mais idade não tinha mais que 16 anos e a amostra foi retirada dessa clientela em sua maioria. De 1980 em diante não foram mais matriculados clientes acima de 16 anos por exigência da LBA.

Esta coleta de dados foi efetuada em outubro de 1986, data em que deve servir de referência à todas as informações coletadas constantes neste trabalho.

3.3. O Instrumento

Elaborou-se previamente um formulário (ver anexo 1), com fins à coleta de dados para a pesquisa. Para tanto, seguiu-se o modelo de formulário feito em pesquisas semelhantes (Terzis, 1983; Sampaio, 1983; Sanches, 1985; Ferreira, 1987). O mesmo consta de 68 itens, dispostos de modo a facilitar, tanto o preenchimento, quanto a digitação nas folhas específicas de computador. Estes itens vão desde a identificação do cliente até características da família, situação em que vivem e antecedentes patológicos. Este formulário é preenchido pelo próprio pesquisador, retirando dados constantes nos prontuários dos clientes, os quais são mantidos em arquivos na instituição. Os prontuários (ver anexo 2) preenchidos com dados sobre o cliente, permitem-nos uma obtenção fácil e rápida destas informações, o que não ocorreria entrevistando-se pessoalmente o cliente, embora se obtivesse neste caso informações diretas e talvez mais apuradas.

"O formulário não apenas padroniza e aumenta a objetividade dos dados de determinado grupo e população, mas também os classifica pelo arranjo adequado dos itens, com títulos e subtítulos" (Ferreira, 1987).

Os itens foram cuidadosamente escolhidos para que fossem pertinentes ao que se pretendia investigar com esta pesquisa.

Seguindo-se recomendação de Ferreira (1987), para a elaboração do instrumento, visando a coleta de informações dos clientes, procedeu-se a uma pesquisa piloto com 10% da amostra definitiva, colhidos ao acaso. Assim, a partir das informações levantadas nos prontuários de alguns clientes, foi possível observar as que compunham uma constante na grande

maioria delas, chegando como resultado ao formulário anexo (anexo 1). É importante salientar que algumas informações referentes aos clientes não estavam registradas, impossibilitando assim o seu estudo. Com o formulário pronto, procedeu-se à impressão de cerca de 400 exemplares os quais foram utilizados para a coleta definitiva.

3.4. Procedimentos

Foi usado um formulário para cada cliente. A coleta de dados foi feita na própria instituição com a colaboração de uma secretária, colocada à disposição pela direção, a qual manipulava o arquivo e os prontuários. Foram gastos cerca de 10 dias no total, para coletar informações de toda a amostra. As informações foram coletadas pela pesquisadora para evitar enganos desnecessários.

O tratamento desses dados foi feito em computador, após serem codificados em folhas específicas para este fim e enviados para programa. Os dados resultantes fornecidos pelo computador foram analisados e tratados estatisticamente. Segundo recomendação de Reid (1964) e Mesquita (1981), utilizou-se os serviços de um estatístico.

Alguns prontuários mais antigos possuíam fichas médicas do Departamento Autônomo de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, com informações que ajudavam a responder a itens do formulário, referentes à saúde do cliente.

Grande parte das questões contidas no formulário foi coletada das informações obtidas pelo serviço social, constantes do prontuário e preenchidas durante a entrevista com os responsáveis. Apenas estes responderam às questões, não haven-

do, portanto, questões respondidas pelo cliente. No que concerne à maneira com que algumas questões foram respondidas tem-se a esclarecer que: a resposta sobre situação conjugal, foi obtida por informação relativa ao convívio diário referido e dos relacionamentos interpessoais mencionados na entrevista. Quanto ao temperamento do cliente, este foi um dado obtido através de informação direta dos responsáveis.

A questão relativa a antecedentes de alcoolismo não pôde ser considerada, pois na amostra de 324 prontuários, 270 não possuem tal informação.

A renda familiar, informada pelos responsáveis é o rendimento total dos membros com função remunerada. Como referência, usou-se o salário mínimo vigente na época da entrevista.

IV. RESULTADOS

RELATÓRIO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS LEVANTADOS NA PESQUISA "CLIENTES ATENDIDOS NO CENTRO ARARANGUAENSE DE RECUPERAÇÃO DO EXCEPCIONAL (CARE) EM SANTA CATARINA".

A presente pesquisa estuda, através de exame do prontuário de cada cliente, a população atendida no (CARE) - SC, num total de 324 atendidos no período 1962-86.

Inicialmente se está considerando estes 324 clientes como uma amostra de todos os clientes já atendidos pelo CARE, que estão sendo atendidos e, citeris paribus, que virão a ser atendidos por ela.

Para decidir objetivamente a respeito das diferenças aqui encontradas adotou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$, por parecer adequado ao presente trabalho, uma vez que se pretende apenas traçar o perfil dos atendidos pelo CARE, não tendo seus resultados finalidade decisória.

Embora eleito o nível de significância $\alpha = 0,05$, em todos os testes de hipótese está indicado o nível de probabilidade efetivamente associado aos mesmos, a fim de que o leitor possa, segundo seu próprio julgamento, decidir pela aceitação ou não da hipótese de nulidade. (ESTATÍSTICA NÃO PARAMÉTRICA - SIEGEL, S. - Editora Mc Graw-Hill do Brasil Ltda - São Paulo - 1979 - 350 páginas - p.9).

Na presente pesquisa os dados foram reunidos em cinco

grandes grupos:

4.1. Acesso ao CARE

1 - Naturalidade dos atendidos

2 - Pessoa que encaminhou o cliente ao CARE

3 - Pessoa que informou para a confecção do protocolo

4 - Idade na época da matrícula

5 - Mês de matrícula no CARE

4.2. O Cliente

1 - Sexo

2 - Cor

3 - Situação de escolaridade

4 - Com quem o atendido reside

5 - Localização na prole

6 - Tamanho da prole

7 - Idade atual do atendido

8 - Tamanho da família do atendido

4.3. A Casa Onde reside

1 - Tipo de habitação

2 - Condições de propriedade do imóvel

3 - Instalações sanitárias

4 - Instalações elétricas

5 - Instalações hidráulicas

4.4. A Família do Cliente

1 - Grau de instrução dos pais ou responsáveis

2 - Ocupação do pai ou responsável

3 - Ocupação da mãe ou responsável

4 - Renda familiar

4.5. O Problema

1 - Antecedentes da deficiência mental

2 - Antecedentes de doença mental

3 - Temperamento dos pais ou responsáveis

4 - Relacionamento conjugal

5 - Relacionamento familiar

6 - Local do parto

7 - Condições do parto

8 - Ocorrência no parto

9 - Desenvolvimento neuro-psicomotor

10 - Temperamento do cliente

11 - Providências tomadas

12 - A que causa o informante atribui a deficiência em relação à mãe

13 - A que causa o informante atribui a deficiência em relação ao cliente

14 - Queixa principal

15 - Quociente intelectual

16 - Idade mental

17 - Diagnóstico etiológico

18 - Etiologia - período de ocorrência

19 - Classificação da deficiência

20 - Hipóteses diagnósticas associadas.

No presente estudo será feita uma análise dos dados colhidos e, sempre que possível, serão comparados com os da população geral, a fim de se verificar se as características observa-

das são peculiares àquela população geral ou típicas desta população em estudo.

Para este estudo é feita a comparação, nas diversas variáveis dos dados obtidos na amostra observada - objeto da pesquisa - com os dados de uma amostra teórica (esperada) tirada da população geral. Esta amostra teórica ou esperada é uma amostra de mesmo tamanho da observada em que a variável estudada estaria presente nos mesmos estratos e porcentagens em que aparecem na população geral.

A população geral, em princípio é a constante do CENSO DEMOGRÁFICO - DADOS DISTRITAIS - SANTA CATARINA - IX RECENSEAMENTO GERAL DO BRASIL - 1980 - Volume 1 - Tomo 3 - número 19 - da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE. Quando os dados para comparação não existirem nesse Volume/Tomo serão utilizados os constantes de TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO - IX RECENSEAMENTO GERAL DO BRASIL - 1980 Volume 1 - Tomo 2 - RESULTADOS PRELIMINARES (Estado de Santa Catarina - páginas 478-501) da FIBGE.

4.1. Acesso ao CARE

4.1.1. Naturalidade dos clientes

O Quadro A.1 mostra os municípios em que os clientes nasceram. Verifica-se que pouco mais da metade (55,6%), nasceu no município de Araranguá, os restantes distribuindo-se em quotas bastante semelhantes pelos "municípios vizinhos (SC)" - (16,5%), "municípios distantes (SC)", (14,9%) e "outros Estados" (13,0%).

Submetidas ao teste "t" de Student, para avaliar se as diferenças de participação de cada estrato na amostra são es-

QUADRO Nº A.1 - NATURALIDADE DOS CLIENTES

NATURALIDADE	PORCENTAGEM
Araranguá	55,6
Municípios vizinhos (SC)	16,5
Municípios distantes (SC)	14,9
Outros Estados	13,0
BASE	315

9 casos sem informação, representando 2,82 dos 324 casos da amostra

tatísticamente significantes verifica-se que só as diferenças entre o primeiro estrato e os demais o são. As diferenças entre os demais estratos, tomados dois a dois, deve ser atribuída ao acaso:

Araranguá X Mun. vizinhos	$\lvert t \rvert = 11,189;\ p < 0,001$
Araranguá X Mun. distantes	$\lvert t \rvert = 11,817;\ p < 0,001$
Araranguá X Outros Estados	$\lvert t \rvert = 12,602;\ p < 0,001$
Mun. vizinhos X Mun. distantes	$\lvert t \rvert = 0,552;\ p > 0,10$
Mun. vizinhos X Outros Estados	$\lvert t \rvert = 1,240;\ p > 0,10$
Mun. distantes X Outros Estados	$\lvert t \rvert = 0,688;\ p > 0,10$

São, neste trabalho, considerados municípios vizinhos ao do Araranguá, os municípios de Criciuma, Jacinto Machado , Maracajá, Meleiro, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Sombrio, Tubarão, Turvo, Urussanga, Jaguaruna e Içara. Estes municípios somam uma população de 350.172 habitantes pelo Censo de 1980, sendo a população de Araranguá de 33.685 habitantes.

Considerando-se a quantidade de clientes, nascidos nos três primeiros estratos do Quadro nº A.1 verifica-se que também proporcionalmente há mais clientes nascidos em Araranguá (51,95:10000 habitantes) que nos municípios vizinhos (1,48: 10000 habitantes) e nos municípios distantes (0,14:10000 habitantes).

4.1.2. Pessoa que encaminhou o cliente

O Quadro nº A.2.1. apresenta as pessoas que encaminharam os clientes ao CARE, onde se verifica que quase um terço dos encaminhamentos (32,0%) foram feitos pelas professoras , seguido de encaminhamento por pessoas conhecidas (24,3%) e i-

QUADRO Nº A.2.1 - PESSOA QUE ENCAMINHOU OS CLIENTES AO CARE

ENCAMINHADO POR	PORCENTAGEM
Iniciativa dos pais	23,9
Parentes	6,1
Conhecidos	24,3
Médico	12,6
Professora	32,0
Outros	1,0
BASE	309

15 casos sem informação representando 4,6% dos 324 casos da amostra

niciativa dos pais (23,9%). Os médicos (12,6%) e outros parentes (6,1%) tiveram participação bem menor nesse encaminhamento.

O Quadro A.2.2. apresenta estes mesmos dados, porém agrupadas as categorias em PESSOAS DA RELAÇÃO - Iniciativa dos pais, parentes, e conhecidos - e PROFISSIONAIS - professoras e médicos. Verifica-se que pouco mais da metade (54,4%) dos atendidos foram encaminhados por PESSOAS DA RELAÇÃO, contribuindo os PROFISSIONAIS com apenas 44,7% dos encaminhamentos.

Submetendo-se ao teste "t" de Student as diferenças de participação das diversas categorias, tomadas duas a duas, verifica-se que de uma maneira geral estas diferenças são estatisticamente significantes:

Quadro nº A.2.1.

- Pais X Parentes	$\lvert t \rvert = 6,398;\ p < 0,001$
- Pais X Conhecidos	$\lvert t \rvert = 0,116;\ p > 0,10$
- Pais X Médicos	$\lvert t \rvert = 3,676;\ p < 0,001$
- Pais X Professores	$\lvert t \rvert = 2,253;\ 0,04 > p > 0,02$
- Parentes X Conhecidos	$\lvert t \rvert = 6,489;\ p < 0,001$
- Parentes X Médicos	$\lvert t \rvert = 2,777;\ 0,01 > p > 0,002$
- Parentes X Professoras	$\lvert t \rvert = 8,684;\ p < 0,001$
- Conhecidos X Médicos	$\lvert t \rvert = 3,793;\ p < 0,001$
- Conhecidos X Professoras	$\lvert t \rvert = 2,136;\ 0,04 > p > 0,02$
- Médicos X Professoras	$\lvert t \rvert = 5,957;\ p < 0,001$

Quadro nº A.2.2.

- Pessoas da relação X Profissionais $\lvert t \rvert = 2,423;\ 0,02 > p > 0,01$.

QUADRO Nº A.2.2 - PESSOA QUE ENCAMINHOU OS CLIENTES AO CARE

ENCAMINHADO POR	PORCENTAGEM
Pessoa da relação	54,4
Profissional	44,7
BASE	309

15 casos sem informação representando 4,6% dos 324 casos da amostra

4.1.3. Pessoas que informaram para a confecção do prontuário

O Quadro nº A.3 apresenta as pessoas que, por ocasião da elaboração do prontuário, prestaram as informações a respeito dos clientes, onde se verifica que na quase totalidade dos casos (91,8%) foi a mãe a pessoa informante. Segue-se o pai com uma participação de apenas 3,8% e, em seguida, outras quatro categorias de informantes com uma participação, no conjunto, de 4,4%.

4.1.4. Idade na época da matrícula

O Quadro A.4.1 mostra a idade com que os atendidos foram matriculados, onde se verifica que a maior parte de matrículas se dão nas faixas etárias em que o cliente está ou devia estar freqüentando a escola.

Pouco menos de um terço (32,4%) foi matriculado com idade de 7 a 9 anos e pouco mais de um terço (36,7%) o foi com idade de 10 a 14 anos, perfazendo estas duas faixas etárias, 69,1% da amostra. A estas faixas etárias seguem-se a de 0 a 4 anos com uma participação de 13,6% e a de 15 a 17 anos com participação de 7,1%. As demais faixas participam com 10,3% nas matrículas dos clientes.

No Quadro nº A.4.2 são apresentados estes mesmos dados, porém agrupados em PRÉ-ESCOLAR - idade até 6 anos - ESCOLAR - idade de 7 anos a 14 anos - e PÓS-ESCOLAR - idade superior a 14 anos, onde se verifica a maior participação da idade ESCOLAR (69,1%), seguido da idade PRÉ-ESCOLAR - (20,1%) e, finalmente, PÓS-ESCOLAR (10,9%).

Submetidas as diferenças de participação dos estratos

QUADRO Nº A.3 - PESSOAS QUE INFORMARAM PARA CONFECÇÃO DO PRONTUÁRIO

INFORMANTE	PORCENTAGEM
Mãe	91,8
Pai	3,8
Avós	2,2
Outros familiares	1,3
Amigo	0,6
Outros	0,3
BASE	316

8 casos sem informação, representando 2,5% dos 324 casos da amostra

QUADRO Nº A.4.1 - IDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

FAIXA ETÁRIA	PORCENTAGEM
0 a 4 anos	13,6
5 a 6 anos	6,5
7 a 9 anos	32,4
10 a 14 anos	36,7
15 a 17 anos	7,1
18 a 19 anos	1,9
20 a 24 anos	1,9
BASE	324

QUADRO Nº A.4.2 - IDADE NA ÊPOCA DA MATRÍCULA

IDADE	PORCENTAGEM
Pré-escolar	20,1
Escolar	69,1
Pós-escolar	10,9
BASE	324

do Quadro nº A.4.2, tomados dois a dois, ao teste "t" de Student verifica-se que elas são estatisticamente significantes:

- Pré-escolar X Escolar $|t| = 14,420;\ p < 0,001$
- Pré-escolar X Pós-escolar $|t| = 3,262;\ 0,002 > p > 0,001$
- Escolar X Pós-escolar $|t| = 18,796;\ p < 0,001.$

4.1.5. Mes de matrícula no CARE

O Quadro nº A.5.1 mostra os meses em que se dão as matrículas no CARE, onde se verifica que o mês de março é o que tem maior participação (22,3%) seguindo-se com uma participação entre 10,0% e 20,0% os meses de abril (15,1%), maio (11,6%) e fevereiro (10,7%), Nos demais meses a participação mensal na matrícula não atinge 9,0%, sendo os meses de menor número de matrículas o de junho, com 3,1%,e o de janeiro em que não houve matrículas desde quando a APAE começou a atender aos excepcionais (RECESSO).

O Quadro nº A.5.2 apresenta os mesmos dados, porém agrupados de três em três meses a começar de fevereiro, mês em que se inicia o ano escolar. Neste Quadro observou-se que quase a metade (48,1%) das matrículas se dão nos três primeiros meses de aula, diminuindo com o passar do ano escolar até atingir 11,4% nos meses de novembro, dezembro e janeiro.

Submetendo-se as diferenças de participação dos grupos (de meses), tomados dois a dois, ao teste "t" de Student,verifica-se que,em geral,eles são estatisticamente significantes:

- (Fev-Abr) X (Mar-Jul) $|t| = 7,268;\ p < 0,001$
- (Fev-Abr) X (Ago-Out) $|t| = 8,203;\ p < 0,001$
- (Fev-Abr) X (Nov-Jan) $|t| = 11,052;\ p < 0,001$
- (Mai-Jul) X (Ago-Out) $|t| = 0,878;\ p > 0,10$

QUADRO Nº A.5.1 - MES DE MATRÍCULA NO CARE

MES	PORCENTAGEM
Janeiro	-
Fevereiro	10,7
Março	22,3
Abril	15,1
Maio	11,6
Junho	6,9
Julho	3,1
Agosto	8,2
Setembro	6,0
Outubro	4,7
Novembro	4,7
Dezembro	6,6
BASE	318

6 sem informação, representando 1,9% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº A.5.2 - MES DE MATRÍCULA NO CARE

MESES	PORCENTAGEM
Fevereiro a abril	48,1
Maio a julho	21,7
Agosto a Outubro	18,9
Novembro a Janeiro	11,4
BASE	318

6 casos sem informação, representando 1,9% dos 324 casos da amostra.

- (Mai-Jul) X (Nov-Jan) $t = 3,529; p < 0,001$
- (Ago-Out) X (Nov-Jan) $t = 2,652; 0,01 > p > 0,002.$

4.2. O Cliente

4.2.1. Sexo

A fim de possibilitar a comparação da amostra observada com uma amostra teórica, inicialmente organizou-se, a partir dos dados constantes no Volume 1 - Tomo 3 - Número 19 - do Censo Demográfico de 1980, o Quadro nº B.1.1. onde se vê a População Residente em Araranguá - por sexo - e a amostra teórica retirada dessa população.

No Quadro nº B.1.2. são apresentadas as participações de cada sexo nas amostras - observada e teórica onde se verifica uma maior representação do sexo masculino na amostra observada (62,0%) que na teórica (49,8%) em detrimento da representação do sexo feminino.

Estas diferenças de participação, quando testadas com o "t" de Student, revelam-se estatisticamente significantes: $|t| = 2,680; 0,01 > p > 0,002.$

4.2.2. Cor

A fim de fazer a comparação da amostra observada com uma teórica, organizou-se inicialmente o Quadro nº B.2.1 onde se vê a População Residente em Santa Catarina - por cor - e a amostra teórica retirada da população. Aqui a amostra teórica foi retirada do Estado de Santa Catarina (Volume 1 - Tomo 2 - Tabulações avançadas do Censo Demográfico) por não existir na fonte anteriormente usada dados de cor a nível de município.

QUADRO Nº B.1.1 - POPULAÇÃO RESIDENTE EM ARARANGUÁ - AMOSTRA TEÓRICA

SEXO	POPULAÇÃO RESIDENTE	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Homens	16.788	161,5	49,8
Mulheres	16.897	162,5	50,2
TOTAL	33.685	324,0	100,0

QUADRO Nº B.1.2 - SEXO DOS CLIENTES

SEXO	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Masculino	62,0	49,8
Feminino	38,0	50,2
BASE	324	324

QUADRO Nº B.2.1 - POPULAÇÃO RESIDENTE EM SANTA CATARINA - POR COR

COR	POPULAÇÃO RESIDENTE	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Branca	3.352.146	297,9	92,5
Preta	63.348	5,6	1,7
Amarelo	2.880	0,3	0,0
Pardo	204.490	18,2	5,7
TOTAL	3.622.864	322,0	99,9

Não foram considerados 8.504 habitantes sem declaração de cor.

No Quadro nº B.2.2. são apresentadas as participações das diversas raças na amostra observada e amostra teórica. Verifica-se em ambas as amostras o predomínio da raça branca (Observada - 96,0%; Teórica - 92,5%). A participação das raças preta e parda é bem pequena em ambas as amostras, sendo que a raça amarela não foi observada na amostra em estudo, só o sendo na amostra teórica e em porcentagem menor que 0,05.

Testando as diferenças de participação de cada uma das raças, em uma e outra amostra, verifica-se que a diferença só é estatisticamente significante para o caso da raça parda, que está menos representada na amostra observada que na amostra teórica:

- Raça branca $|t| = 1,913$; $0,10 > p > 0,05$
- Raça preta $|t| = 0,708$; $p > 0,10$
- Raça parda $|t| = 2,791$; $0,01 > p > 0,002$

4.2.3. Situação de Escolaridade

No Quadro nº B.3 é mostrada a situação de escolaridade dos atendidos pelo CARE onde se observa que pouco mais de três quartos destes (76,5%) nunca frequentou a escola, enquanto 21,9% o fez sem proveito e apenas 1,6% o fez com pouco aproveitamento.

As diferenças de participação dos atendidos pelo CARE, nos diversos estratos desta variável, quando testados pelo "t" de Student, sempre se mostram estatisticamente significantes:

- Nunca freq. X Freq. s/prov. $|t| = 16,231$; $p < 0,001$
- Nunca freq. X Freq. c/pouco prov $|t| = 29,824$; $p < 0,001$
- Freq. s/prv X Freq. c/pouco prov $|t| = 8,270$; $p < 0,001$.

QUADRO Nº B.2.2 - COR DOS CLIENTES

COR	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Branca	96,0	92,5
Preta	2,5	1,7
Amarela	-	0,0
Parda	1,6	5,7
BASE	322	322

2 sem informação representando 0,6% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº B.3 - SITUAÇÃO DE ESCOLARIDADE

SITUAÇÃO	PORCENTAGEM
Nunca frequentou	76,5
Frequentou sem proveito	21,9
Frequentou com pouco proveito	1,6
BASE	310

14 casos sem informação representando 4,3% dos 324 casos da amostra.

4.2.4. Com quem o cliente reside

O quadro nº B.4 apresenta com quem o cliente reside, onde se verifica que a quase totalidade deles reside com a sua família original (os pais) (91,3%) seguindo-se 5,0% que moram com os pais adotivos. Aqueles que residem com outros parentes, que não os pais originais ou adotivos, (3,4%) e amigos (0,3%) não perfazem 4,0% da amostra.

4.2.5. Localização da prole

O quadro nº B.5 apresenta a quantidade de clientes que ocupam cada uma das diversas posições na prole; quantos são primogênitos, quantos são filho único - quantos são segundo filho, etc. Analisando-se este quadro, é-se levado a considerar a deficiência mental mais própria da primogenitura, incluindo-se aí os filhos únicos. 25,9% dos clientes são ou primogênitos (17,2%) ou filho único (12,3%), e este percentual iria diminuindo conforme cresce a posição de nascimento, tendo, na amostra, apenas 0,3% dos atendidos nascidos em 11º lugar em sua prole.

Ao considerar-se assim está-se esquecendo que há, na amostra, devido ao fato de as proles serem de diversos tamanhos, maior quantidade de primogênitos e segundos filhos que de filhos das outras ordens de nascimento e que, quanto maior a ordem de nascimento, menor quantidade de filhos na amostra.

Após o estudo do item seguinte será retomado o estudo da localização na prole, sob outro enfoque.

4.2.6. Tamanho da prole

O quadro nº B.6.1 mostra a distribuição dos atendidos

QUADRO Nº B.4 - COM QUEM O CLIENTE RESIDE

RESIDE COM	PORCENTAGEM
Pais originais	91,3
Pais adotivos	5,0
Familiares	3,4
Amigos	0,3
BASE	320

4 casos sem informação, representando 1,2% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº B.5 - LOCALIZAÇÃO NA PROLE

LOCALIZAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Filho único	38	12,3
1ª	53	17,2
2ª	74	23,9
3ª	47	15,2
4ª	43	13,9
5ª	21	6,8
6ª	15	4,9
7ª	6	1,9
8ª	6	1,9
10ª	5	1,6
11ª	1	0,3
TOTAL	309	99,9

15 casos sem informação, representando 4,6% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº B.6.1 - TAMANHO DA PROLE (INCLUSIVE O CLIENTE)

TAMANHO DA PROLE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
1	38	11,7	11,7
2	65	20,1	31,8
3	48	14,8	46,6
4	50	15,4	62,0
5	44	13,6	75,6
6	23	7,1	82,7
7	26	8,0	90,7
8	7	2,2	92,9
9	13	4,0	96,9
10	4	1,2	98,1
11	1	0,3	98,4
12	2	0,6	99,0
13	1	0,3	99,3
15	2	0,6	99,9
TOTAL	32,4	99,9	-

conforme o tamanho da prole a que pertence. Na coleta de dados foi considerado o total de irmãos que o cliente possuía, porém, para possibilitar a comparação com os dados da população geral, neste Quadro, o atendido está incluído.

Analisando-se este Quadro verifica-se que o número médio de filhos por mulher, na amostra em estudo é de 4,15 filhos, e o desvio padrão da distribuição é 2,396 filhos. No Volume 1 - Tomo 2 - Tabulações avançadas do Censo Demográfico, Tabela 4.1. - FECUNDIDADE, à página 488, verifica-se que, em Santa Catarina, as 745 823 mulheres que tiveram filhos, tinham gerado, até o momento do Censo de 1980, 3.270.217 filhos, ou seja uma média de 4,38 filhos. Comparando-se o número médio de filhos da amostra, 4,15 filhos, e o da população geral, e submetendo-se a diferença ao teste "t" de Student, verifica-se que a diferença não é estatisticamente significante:

$|t| = 1,733; 010 > p > 0,05.$

Observando-se a coluna "Porcentagem acumulada", no Quadro nº B.6.1, verifica-se que pouco menos de um terço dos clientes (31,3%) pertencem a famílias de até 2 filhos, quase a metade (46,6%), a famílias de até 3 filhos e cerca de três quartos dos clientes (75,6%), a famílias de até 5 filhos.

A partir dos Quadros nº B.6.1 e nº B.5, é organizado o Quadro nº B.6.2, onde a coluna "Total de posições na amostra" é obtida fazendo-se a soma acumulada decrescente das freqüências do Quadro nº B.6.1 - TAMANHO DA PROLE - e indica nas 324 famílias quantos filhos ocupam cada um dos lugares na prole. Quando não houver prole de determinado tamanho, como a de 14 filhos, ela é considerada com freqüência "zero" e, portanto, a freqüência acumulada decrescente é igual à anterior. Na coluna "Total de clientes em cada posição", estão as frequências do

QUADRO Nº B.6.2 - PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES NO TOTAL DAS POSIÇÕES NA PROLE

POSIÇÕES NA PROLE	TOTAL DE POSIÇÕES NA AMOSTRA	TOTAL DE ATENDIDOS EM CADA POSIÇÃO	PARTICIPAÇÃO DOS ATENDIDOS EM CADA POSIÇÃO
1ª	286	53	18,5
2ª	286	74	25,9
3ª	221	47	21,3
4ª	173	43	24,8
5ª	123	21	17,1
6ª	79	15	19,0
7ª	56	6	10,7
8ª	30	6	20,0
9ª	23	-	-
10ª	10	5	50,0
11ª	6	1	16,7
12ª	5	-	-
13ª	3	-	-
14ª	2	-	-
15ª	2	-	-

Não foram considerados 38 filhos únicos.

Quadro nº B.5 - LOCALIZAÇÃO NA PROLE. A coluna "Porcentagem" refere-se a que porcentagem a freqüência desta última coluna representa da freqüência acumulada decrescente - a coluna anterior - e indica que porcentagem das diversas posições de nascimento foi afetada pela deficiência mental. Na construção deste Quadro não foram considerados os filhos únicos, pois a probabilidade daqueles filhos únicos, que pertencem à amostra, serem afetados é sempre 100% e, embora ele seja também primogênito, trata-se de uma situação particular: a inexistência de irmãos com que rivalizem e que venham a exigir a atenção dos pais e adultos do lar onde residem.

Analisando-se o Quadro nº B.6.2, verifica-se que, de uma maneira geral, o total de atendidos de cada posição de nascimento varia de 10,7% (caso da 7ª posição) até 25,9% (caso da 2ª posição) dos totais das respectivas posições. São exceções a 10ª posição em que a participação de atendidos é de 50,0% e aquelas em que não houve caso de atendimento - 9ª posição e da 12ª a 15ª posições.

4.2.7. Idade atual do cliente

O Quadro nº B.7 apresenta a idade atual do cliente - referida a 31 de dezembro de 1986. Analisando-se este Quadro verifica-se que, atualmente, os clientes se concentram na faixa etária de 10 a 14 anos (30,7%), seguindo-se as faixas de 20 a 24 anos (17,0%) 15 a 17 anos (15,8%). As faixas de 7 a 9 anos (13,6%) e 18 a 19 anos (12,1%) também participam com mais de 10,0% na amostra, enquanto as demais faixas não atingem, cada uma, 6,0%.

QUADRO Nº B.7 - IDADE ATUAL DO CLIENTE (EM 31.12.86)

FAIXA ETÁRIA	PORCENTAGEM
0 a 4 anos	2,5
5 a 6 anos	5,3
7 a 9 anos	13,6
10 a 14 anos	30,7
15 a 17 anos	15,8
18 a 19 anos	12,1
20 a 24 anos	17,0
25 a 29 anos	3,1
BASE	323

1 caso sem informação, representando 0,3% dos 324 casos da amostra.

4.2.8. Tamanho da família do cliente

A fim de comparar a amostra observada com a amostra teórica organizou-se inicialmente, a partir do Volume 1 - Tomo 2- Tabulações avançadas do Censo Demográfico, o Quadro B.8.1 onde se vê o tamanho das famílias residentes em domicílios particulares em Santa Catarina e a amostra teórica.

O Quadro nº B.8.2 apresenta as amostras observadas e teóricas da variável TAMANHO DA FAMÍLIA e a média da quantidade de pessoas em cada família de uma e outra amostra. Analisando-se este Quadro, verifica-se que a família média da amostra em estudo (6,47 pessoas) é maior que a da amostra teórica (4,47 pessoas), sendo esta diferença estatisticamente significante: $|t| = 9,744$; $p < 0,001$. Verifica-se também que, na amostra observada, existe menor quantidade de famílias pequenas - até 4 pessoas - do que na população geral, existindo maior quantidade de famílias grandes de 5 e mais pessoas.

4.3. A Casa Onde Reside

4.3.1. Tipo de Habitação

O Quadro nº C.1 apresenta o tipo de habitação em que o cliente reside. Verifica-se nele que pouco mais de três quartas partes (77,2%) dos componentes da amostra residem em casa de madeira, seguindo-se os que residem em casas de alvenaria, pouco menos que a sexta parte da amostra (16,2%). Os que residem em casas mistas (4,8%) e em outros tipos de casas (1,8%) não representam no conjunto 7,0%.

As diferenças de participação de cada tipo de habitação no total da amostra, tomados dois a dois, quando submetidos ao

QUADRO Nº B.8.1 - TAMANHO DAS FAMÍLIAS RESIDENTES EM DOMICÍLIOS PARTICULARES (ESTADO DE SANTA CATARINA)

TAMANHO DA FAMÍLIA	FREQÜÊNCIA	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
1 pessoa	33.720	12,6	4,1
2 pessoas	134.076	50,2	16,2
3 pessoas	170.201	63,8	20,6
4 pessoas	159.947	59,9	19,3
5 pessoas	124.626	46,7	15,1
6 pessoas	75.713	28,4	9,2
7 a 10 pessoas	114.767	43,0	13,9
11 pessoas e mais	14.297	5,4	1,7
TOTAL	827.347	310,0	100,1

QUADRO Nº B.8.2 - TAMANHO DA FAMÍLIA DO CLIENTE (INCLUSIVE O ATENDIDO)

TAMANHO DA FAMÍLIA	AMOSTRA OBSERVADA FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM	AMOSTRA TEÓRICA FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
1 pessoa	–	–	12,6	4,1
2 pessoas	4	1,3	50,2	16,2
3 pessoas	20	6,5	63,8	20,6
4 pessoas	56	18,1	59,9	19,3
5 pessoas	64	20,6	46,7	15,1
6 pessoas	47	15,2	28,4	9,2
7 a 10 pessoas	99	31,9	43,0	13,9
11 ou mais pessoas	20	6,5	5,4	1,7
TOTAL	310	100,1	310,0	100,1
14 casos sem informação, representando 4,3% dos 324 casos da amostra.	M= 6,47 σ= 2,673		M= 4,47 σ= 2,432	

QUADRO Nº C.1 - TIPO DE HABITAÇÃO

TIPO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Casa de madeira	210	77,2
Casa de alvenaria	44	16,2
Casa mista	13	4,8
Outras	5	1,8
TOTAL	272	100,0

52 casos sem informação, representando 16,0% dos 324 casos da amostra.

teste "t" de Student, mostram-se estatisticamente significantes:

- Madeira X Alvenaria $|t| = 18,018;\ p < 0,001$
- Madeira X Mista $|t| = 25,359;\ p < 0,001$
- Madeira X Outros $|t| = 35,376;\ p < 0,001$
- Alvenaria X Misto $|t| = 4,414;\ p < 0,001$
- Alvenaria X Outros $|t| = 6,063;\ p < 0,001$
- Mista X Outros $|t| = 1,965;\ 0,05 > p > 0,04$

4.3.2. Condições de Propriedade do Imóvel

A fim de possibilitar a comparação da amostra em estudo com a população geral foi, inicialmente, organizado o Quadro nº C.2.1 , a partir do Quadro 4 - DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO (página 224) do Volume 1 - Tomo 3 - Número 19 do CENSO DEMOGRÁFICO - SANTA CATARINA. Nesse Quadro constam as condições de ocupação dos domicílios particulares do município de ARARANGUÁ, a amostra teórica retirada e a participação de cada tipo de domicílio na amostra teórica.

No Quadro nº C.2.2 são apresentadas para a amostra observada e a teórica, as participações de cada tipo de condição de ocupação. Aí se verifica que, embora pequenas as diferenças, há na amostra observada um pouco mais de famílias morando em casas alugadas (observada - 16,8%; teórica - 15,4%) e em casas cedidas (observada - 11,1%; teórica - 7,6%) que na amostra teórica. No que diz respeito às casas próprias, as famílias da amostra observada possuem-nas em quantidade pouco menor (observada - 71,7%; teórica - 76,5%) que as da amostra teórica.

As diferenças de participação de cada estrato, em uma e outra amostra, porém não são estatisticamente significantes quando testadas pelo "t" de Student:

QUADRO Nº C.2.1 - DOMICÍLIOS PARTICULARES, POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO

(ARARANGUÁ)

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Casa própria	5.755	213,4	76,5
Casa alugada	1.161	43,1	15,4
Casa cedida	569	21,1	7,6
Outros	37	1,4	0,5
TOTAL DE DOMICÍLIOS	7.522	279,0	100,0

Não foi considerado 1 caso sem declaração.

QUADRO Nº C.2.2 – CONDIÇÕES DE PROPRIEDADE DOS IMÓVEIS

CONDIÇÕES DE PROPRIEDADE	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Casa própria	71,7	76,5
Casa alugada	16,8	15,4
Casa cedida	11,1	7,6
Casa em aquisição/Outros	0,4	0,5
BASE	279,0	279,0

- Casa própria $|t| = 1,296;\ p > 0,10$
- Casa alugada $|t| = 0,450;\ p > 0,10$
- Casa cedida $|t| = 1,422;\ p > 0,10$
- Casa em aquisição/Outras $|t| = 0,145;\ p > 0,10$

Por não existir, no Censo Demográfico, a condição de ocupação "casa em aquisição" e existir "outras", foram ambas consideradas equivalentes.

4.3.3. Instalações Elétricas

Para permitir a comparação da amostra com a teórica, foi inicialmente organizado o Quadro nº C.3.1 onde aparecem, para o Estado de Santa Catarina, a quantidade de domicílios particulares que estão beneficiados com instalação elétrica, a amostra teórica retirada, bem como a participação de um e outro estrato na amostra (Volume 1 - Tomo 2 - TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO - página 500).

O Quadro nº C.3.2 apresenta para as amostras, observada e teórica, as participações de cada estrato no total das amostras. Analisando-se este Quadro, verifica-se que em uma e outra amostra, mais de três quartas partes dos domicílios (observados - 94,0%; teórica - 78,2%) possuem instalações elétricas.

Estas diferenças de participação testadas pelo "t" de Student, nem sempre se mostram estatisticamente significantes:

- Tem instalações elétricas $|t| = 5,430;\ p < 0,001$
- Não tem instalações elétricas $|t| = 5,938;\ p < 0,001$
- Outras $|t| = 1,726;\ 0,10 > p > 0,05$

QUADRO Nº C.3.1 - DOMICÍLIOS PARTICULARES QUANTO À INSTALAÇÃO ELÉTRICA (ESTADO DE SANTA CATARINA)

EXISTÊNCIA	FREQÜÊNCIA	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Sim	611.858	209,6	78,2
Não	170.395	58,4	21,8
TOTAL DE DOMICÍLIOS	782.253	268,0	100,0

QUADRO Nº C.3.2. - INSTALAÇÕES ELÉTRICAS

EXISTÊNCIA	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Sim	94,0	78,2
Não	4,9	21,8
Outros	1,1	-
BASE	268	268

4.3.4. Instalações Sanitárias

Inicialmente construiu-se o Quadro nº C.4.1 onde são mostrados, para o Estado de Santa Catarina (a partir do Volume 1 Tomo 2 - TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO - página 500), o tipo de instalações sanitárias (escoadouros) que os domicílios particulares permanentes possuem, a amostra teórica retirada e a participação nesta amostra de cada tipo de escoadouro.

No Quadro nº C.4.2 são apresentadas as participações, em uma e outra amostra, dos diversos tipos de instalações sanitárias. A fim de compatibilizar ambas as amostras, os dados referentes à "fossa", na amostra teórica, são a soma dos estratos "fossa séptica" e "fossa rudimentar" do Quadro nº C.4.1.

Analisando-se o Quadro nº C.4.2, verifica-se que, embora na amostra observada seja bem maior a quantidade de habitações sem instalações sanitárias (observada - 35,8%; teórica - 8,8%) que na amostra teórica, elas estão em maior quantidade (observadas 15,8%; teórica - 2,9%) servidas de esgoto que a amostra teórica. Quanto à existência de fossa, a participação na amostra teórica (83,2%) é quase o dobro da participação da observada (42,9%).

As diferenças de participação de cada estrato, numa e outra amostra, em geral são estatisticamente significantes, como se observa pelos resultados do teste "t" de Student.

- Fossa $|t| = 10,065;\ p < 0,001$
- Esgoto $|t| = 4,978;\ p < 0,001$
- Outros $|t| = 0,147;\ p > 0,10$
- Nenhum $|t| = 7,511;\ p < 0,001$

QUADRO Nº C.4.1 - DOMICÍLIOS PARTICULARES QUANTO A INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

TIPO	FREQÜÊNCIA	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Rede geral	22.372	7,0	2,9
Fossa séptica	289.619	90,6	37,8
Fossa rudimentar	348.290	108,9	45,4
Outros	39.397	12,3	5,1
Não tem	67.725	21,2	8,8
TOTAL DE DOMICÍLIOS	767.403	240,0	100,0

Não foram considerados 14.850 domicílios sem declaração sobre instalações sanitárias.

QUADRO Nº C.4.2 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

TIPO	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Fossa	42,9	83,2
Esgoto	15,8	2,9
Outros	5,4	5,1
Nenhum	35,8	8,8
BASE	240	240

84 casos sem informação, representando 25,9% dos 324 casos da amostra.

4.3.5. Instalações Hidráulicas

Foi organizado inicialmente o Quadro nº C.5.1 onde são encontrados, para o Estado de Santa Catarina (a partir do Volume 1 - Tomo 2 - TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO - página 500), o tipo de abastecimento de água de que se servem os domicílios particulares, amostra teórica retirada e a participação de cada tipo de abastecimento na amostra teórica.

A fim de compatibilizar os dados da amostra observada e os da amostra teórica foram no Quadro C.5.2, reunidos num só estrato os dados "fonte" (rio, nascente, etc.) e "poço", no caso da amostra observada, e não foi considerado os domicílios "sem abastecimento", por não participarem na amostra observada e ser muito pequena a sua participação na amostra teórica - menos de 5 centésimos por cento (0,05%).

Analisando-se o Quadro nº C.5.2, verifica-se que, na amostra observada (77,0%) a participação de domicílios com água encanada é pouco mais que o dobro (36,7%) da participação na amostra teórica, em detrimento das participações do estrato "poço ou nascente" (observada - 21,4%; teórica - 59,0%).

Quando submetidas as diferenças de participação ao teste "t" de Student, elas nem sempre se mostram estatisticamente significantes:

- Água encanada $|t| = 10,349$; $p < 0,001$
- Poço ou nascente $|t| = 9,648$; $p < 0,001$
- Outros $|t| = 1,892$; $0,10 > p > 0,05$

QUADRO Nº C.5.1 - DOMICÍLIOS PARTICULARES QUANTO AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA (ESTADO DE SANTA CATARINA)

TIPO	FREQUÊNCIA	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM
Rede geral	287.321	99,2	36,7
Poço ou nascente	461.819	159,4	59,0
Outros	32.638	11,3	4,2
Sem abastecimento	475	0,2	0,0
TOTAL DE DOMICÍLIOS	782.253	270,1	99,9

QUADRO Nº C.5.2 - INSTALAÇÃO HIDRÁULICA

TIPO	AMOSTRA OBSERVADA	AMOSTRA TEÓRICA
Encanada	77,0	36,7
Poço ou nascente	21,4	59,0
Outras	1,5	4,2
BASE	270	270

54 casos sem informação, representando 16,7% dos 324 casos da amostra.

4.4. A Família do Cliente

4.4.1. Grau de Instrução dos Pais ou Responsáveis

A fim de fazer a comparação do grau de instrução dos componentes da amostra observada com os da população geral, construiu-se, inicialmente, o Quadro nº D.1.1 onde aparecem - para o Estado de Santa Catarina - as pessoas de 15 anos ou mais por anos de estudo e segundo o sexo - baseado no Quadro 3.2 (Volume 1 - Tomo 2 - página 485); pessoas com 5 anos ou mais, por anos de estudo, segundo o sexo e grupo de idade.

Na construção do Quadro nº D.1.1:

- considerou-se apenas os grupos de idade de 15 a 19 anos, até o grupo de 70 anos e mais, por se presumir por terem filhos, ser muito pouco provável os integrantes da amostra observada pertencerem a outras faixas etárias;

- para possibilitar a comparação dos dados da amostra teórica com a observada foram considerados (de acordo com página XXXIV do Volume 1 - Tomo 2):

- até 8 anos de estudo - primário
- de 9 a 11 anos de estudo - secundário
- 12 ou mais anos de estudo - superior

- não foram considerados os casos de "idade ignorada" e pessoas com "anos de estudo não determinado".

No Quadro nº D.1.1 são mostradas a quantidade de pessoas de 15 anos ou mais, por ano de estudo, segundo o sexo (no Estado de Santa Catarina) as amostras teóricas retiradas, uma para Homens (pais) e outra para Mulheres (mães), e as participações de cada estrato nas duas amostras.

QUADRO Nº D.1.1 - PESSOAS DE 15 ANOS E MAIS, POR ANO DE ESTUDO
(ESTADO DE SANTA CATARINA)

ANOS DE ESTUDO	HOMENS	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENTAGEM	MULHERES	AMOSTRA TEÓRICA	PORCENGAGEM
Analfabeto	135.867	32,8	12,0	164.034	43,7	14,5
Até 8 anos	863.212	208,5	76,4	846.483	225,3	74,6
De 9 a 11 anos	93.104	22,5	8,2	96.509	25,7	8,5
12 anos e mais	38.126	9,2	3,4	27.704	7,4	2,4
TOTAL	1.130.309	273,0	100,0	1.134.730	302,1	100,0

O Quadro nº D.1.2 apresenta, para as amostras observadas a para as teóricas, as participações de cada estrato de Grau de instrução/Anos de estudo, em cada amostra.

Analisando-se as amostras observadas neste Quadro observa-se que as participações de analfabetos é maior entre as mães dos clientes que entre os pais, sendo as participações dos demais estratos maior entre os pais que entre as mães.

Estas diferenças, no entanto, não se mostram estatisticamente significantes quando submetidas ao teste "t" de Student:

- Pais X Mães
  - analfabeto $|t| = 1,673;\ p > 0,10$
  - 1º grau $|t| = 1,098;\ p > 0,10$
  - 2º grau $|t| = 0,983;\ p > 0,10$
  - superior $|t| = 0,202;\ p > 0,10$

Quando se compara, tanto a amostra observada dos pais como a amostra observada das mães com as respectivas amostras teóricas, verifica-se que as participações de analfabetos são maiores nas amostras observadas que nas teóricas, acontecendo o inverso, maiores nas teóricas que nas observadas, nos demais estratos.

Estas diferenças de participação, quando testadas pelo "t" de Student, nem sempre se mostram estatisticamente significantes:

- Amostras observadas X Amostras teóricas
  - pai/homem $|t| = 5,502;\ p < 0,001$
  - 1º grau/até 8 anos $|t| = 3,812;\ p < 0,001$
  - 2º grau/9 a 11 anos $|t| = 0,393;\ p > 0,10$
  - superior/12 anos e mais $|t| = 2,583;\ 0,01 > p > 0,002$

QUADRO Nº D.1.2 - GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

GRAU DE INSTRUÇÃO	ANOS DE ESTUDO	PAIS		MÃES	
		Amostra Observada	Amostra Teórica	Amostra Observada	Amostra Teórica
Analfabeto		30,8	12,0	37,4	14,5
1º Grau/Até 8 anos		61,5	76,4	57,0	74,6
2º Grau/9 - 11 anos		7,3	8,2	5,3	8,5
Superior/12 anos ou mais		0,4	3,4	0,3	2,4
BASE		273*	273,0	302**	302,1

* 51 casos sem informação do grau de instrução, representando 15,7% dos 324 casos da amostra

** 22 casos sem informação do grau de instrução, representando 6,8% dos 324 casos da amostra.

- mãe/mulher

  - analfabeto $|t| = 6,651;\ p < 0,001$
  - 1º grau/até 8 anos $|t| = 4,640;\ p < 0,001$
  - 2º grau/9 a 11 anos $|t| = 1,555;\ p > 0,10$
  - superior/12 anos e mais $|t| = 2,246;\ 0,04 > p > 0,02$

Pode-se comparar, a nível de município de Araranguá, as participações dos analfabetos na amostra e na população geral.

Para tal, a partir do Q.5 - Pessoas de 5 anos ou mais , por grupo de idade, com indicação dos alfabetizados (Volume 1 Tomo 3 - Número 19 - páginas 140-96), calcula-se a taxa de analfabetismo:

- total de pessoas com 15 anos ou mais no município	21.444
- total de alfabetizados	18.134
- total de analfabetos	3.310
- taxa de analfabetismo	(3.310 ÷ 21.444).100 =15,4%

Existindo na amostra 84 pais analfabetos em 273 e 113 maês analfabetas em 302 verifica-se que, para o conjunto das amostras, a taxa de analfabetismo é 34,3%.

A nível de município também são estatisticamente significantes as diferenças de participação de analfabetos na amostra observada e na população geral: $|t| = 7,600;\ p < 0,001$.

4.4.2. Ocupação do Pai ou Responsável

O Quadro nº D.2.1. apresenta as ocupações do pai ou responsável, onde se verifica que cerca da quarta parte deles (25,6%) é operário assalariado, seguido de aposentados (18,2%) e com cerca de 10,0% de participação em cada uma nas ocupações de biscateiro (10,9%), autônomo (10,5%) e lavrador (10,5%). Par-

QUADRO Nº D.2.1 - OCUPAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL

OCUPAÇÃO	PORCENTAGEM
Comerciante	7,4
Autônomo	10,5
Funcionário público	5,3
Motorista	4,6
Operário assalariado	25,6
Lavrador	10,5
Pescador	0,7
Biscateiro	10,9
Outros	3,9
Desempregado	2,5
Aposentado	18,2
BASE	285

39 casos sem informação, representando 12,0% dos 324 casos da amostra.

ticipando com mais de 5,0% na amostra, surgem comerciante (7,4%) e funcionário público (5,3%), seguindo-se mais quatro atividades que participam com menos de 5,0% cada uma, na amostra.

O Quadro nº D.2.2 mostra estes mesmos dados, porém agrupando as ocupações classificadas conforme o tipo de atividade dessas ocupações, onde se verifica que pouco mais de um terço dos componentes da amostra (35,5%) se dedicam a atividades urbanas, seguido de 20,7% que estão inativos, temporária ou permanentemente e 17,9% se dedicam a atividades por conta própria (comerciante - autônomo). Os demais se dedicam a atividades mal definidas, 14,2% (biscateiros e outros) ou a atividades ligadas à natureza, 17,1% (lavrador e pescador).

4.4.3 Ocupação da Mãe ou Responsável

O Quadro nº D.3 apresenta as ocupações a que se dedicam as mães ou responsáveis, onde se verifica que a quase totalidade delas se dedicam às ocupações do lar, seja ao da família (80,0%) ou de outra família, como empregada doméstica (7,4%) seguida da ocupação de operária assalariado (5,2%). O restante da amostra (7,4%) se dedica a seis diferentes tipos de ocupações.

4.4.4. Renda Familiar

A partir do Q. 5.2 - Pessoas de 10 anos ou mais, por rendimento médio mensal (Volume 1 - Tomo 2 - página 490-1), verifica-se que a soma da renda média mensal de toda a população do Estado de Santa Catarina foi, por ocasião do Censo de 1980, de 3.604.888,5 salários mínimos, o que indica uma renda média mensal per capita de 0,993 salários mínimos (população residente do Estado de Santa Catarina, 3.631.368 habitantes).

QUADRO Nº D.2.2 - OCUPAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL

OCUPAÇÃO	PORCENTAGEM
Atividade por conta própria	17,9
Atividade urbana	35,5
Atividade ligada à natureza	11,7
Atividade mal definida	14,2
Sem atividade	20,7
BASE	285

39 casos sem informação, representando 12,0% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº D.3 - OCUPAÇÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL

OCUPAÇÃO	PORCENTAGEM
Autônoma	1,0
Professora	1,9
Costureira	0,3
Operária assalariada	5,2
Lavradora	1,3
Biscateira	2,3
Outras	0,6
Doméstica	7,4
Do lar	80,0
BASE	310

14 casos sem informação, representando 4,3% dos 324 casos da amostra.

O Quadro nº D.4 apresenta, em salários mínimos, a renda familiar mensal dos componentes da amostra, a participação de cada estrato na amostra, bem como as porcentagens acumuladas crescentes. No rodapé do Quadro aparece a renda familiar média mensal e a renda per capita média mensal, obtida esta a partir daquela,considerando que (Quadro nº B.8.2) o tamanho médio das famílias da amostra é de 6,47 pessoas.

Comparando-se a renda média per capita da amostra(0,286 salários mínimos) com a da população do Estado de Santa Catarina (0,993 salários mínimos) vê-se que esta é mais de 3 vezes aquela e, submetendo-se esta diferença ao teste "t" de Student, verifica-se que a diferença é estatisticamente significante: $|t| = 38,837$; $p < 0,001$.

Observando-se o Quadro nº D.4 verifica-se que pouco mais de dois terços das famílias da amostra (62,1%) tem uma renda média familiar de 1 salário mínimo, cerca de 80,0% das famílias (81,2%) percebem até 2 salários mínimos e quase 90,0% das famílias (89,4%) têm uma renda familiar mensal de até 3 salários mínimos.

4.5. O Problema

4.5.1. Antecedentes de Deficiência Mental

O Quadro nº E.1 apresenta os antecedentes familiares no que diz respeito à deficiência mental, onde se verifica que é pequena a quantidade de casos em que o informante sabe não ter antecedentes de deficiência mental, apenas 7,6% dos casos.Pouco mais da metade (50,8%) desconhece a existência desses casos, o que permite considerar-se a possibilidade dessa existência.

No restante dos casos que perfazem 41,6%,sobressaem a-

QUADRO Nº D.4 - RENDA FAMILIAR

RENDA EM SAL. MÍNIMOS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
1	175	62,1	62,1
2	54	19,1	81,2
3	23	8,2	89,4
4	12	4,3	93,7
5	8	2,8	96,5
6	7	2,5	99,0
7	2	0,7	99,7
27	1	0,4	100,1
TOTAL	282	100,1	-

42 casos sem informação,	Renda familiar média	Renda per capita média
representando 13,0% dos	M = 1,85 sal.mínimos	M = 0,286 sal.mínimos
324 casos da amostra.	σ = 1,978 sal.mínimos	σ = 0,3057 sal.mínimos

QUADRO Nº E.1 - ANTECEDENTES DE DEFICIÊNCIA MENTAL

ANTECEDENTES	PORCENTAGEM
Pai	0,7
Mãe	2,0
Avós	1,0
Tios	7,6
Irmãos	12,3
Primos	8,0
Vários	8,6
Outros	1,3
Desconhece	50,8
Não há	7,6
BASE	301

23 casos sem informação, representando 7,1% dos 324 casos da amostra.

queles de existência de irmão (12,3%), primos (8,0%) ou então várias pessoas da família (8,6%) com deficiência mental. No que diz respeito a ascendentes, pai (0,7%), mãe (2,0%), avós (1,0%) e tios (7,6%), todos reunidos representam apenas 11,3% da amostra observada.

4.5.2. Antecedentes de Doença Mental

O quadro nº E.2 apresenta os antecedentes familiares relacionados à doença mental, onde se verifica a pequena quantidade, apenas 9,7%, em que o informante supõe não haver antecedentes de doença mental. Pouco mais de três quartas partes (76,9%) desconhece a existência desses casos o que permite considerar-se a possibilidade dessa existência.

No restante dos casos, 13,4% da amostra observada, sobressaem os casos de ascendentes do atendido, mãe (3,3%), tios (3,0%), pai (2,7%) e avós (0,7%) perfazendo 9,7% da amostra.

4.5.3. Temperamento dos Pais ou Responsáveis

O quadro nº E.3 mostra o temperamento dos pais (sexo masculino) e das mães dos atendidos onde se verifica que mais da metade deles, pais (52,0%) e mães (54,8%) são de temperamento calmo, seguidos daqueles cujo temperamento é nervoso, pais, 36,0% e mãe, 41,5%. São poucos, embora mais freqüentes entre os pais, os que têm temperamento agressivo (pai - 9,9%; mães - 3,3%) ou indiferentes (pai - 2,8%; mãe - 0,4%).

Quando submetidos ao teste "t" de Student as diferenças de participação dos pais e das mães em cada estrato, verifica-se que são estatisticamente significantes no caso dos es

QUADRO Nº E.2 - ANTECEDENTES DE DOENÇA MENTAL

ANTECEDENTES	PORCENTAGEM
Pai	2,7
Mãe	3,3
Avós	0,7
Tios	3,0
Irmãos	0,7
Primos	-
Vários	2,3
Outros	0,7
Desconhece	76,9
Não há	9,7
BASE	100,0

25 casos sem informação, representando 7,7% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.3 - TEMPERAMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

TEMPERAMENTO	PORCENTAGEM	
	PAI	MÃE
Indiferente	2,8	0,4
Calmo	52,0	54,8
Nervoso	36,0	41,5
Agressivo	9,2	3,3
BASE	250	270

74 sem informação, representando 22,8% dos 324 casos da amostra.

54 sem informação, representando 16,7% dos 324 casos da amostra.

tratos "indiferente" e no "agressivo".

- indiferente $|t| = 2,159;\ 0,04 > p > 0,02$
- calmo $|t| = 0,640;\ p > 0,10$
- nervoso $|t| = 1,289;\ p > 0,10$
- agressivo $|t| = 2,774;\ 0,01 > p > 0,002.$

4.5.4. Relacionamento Conjugal

O quadro nº E.4 apresenta a distribuição dos progenitores quanto ao relacionamento conjugal mantido. Analisando-se este quadro verifica-se que o relacionamento é bom em quase três quartas partes dos casais (72,8%), seguidos com quase a mesma participação o relacionamento regular (11,5%) e ruim (12,6%). Apenas em 3,1% este relacionamento é ótimo.

Quando submete-se ao teste "t" de Student as diferenças de participação nos estratos, tomados dois a dois, verifica-se que, apenas quando se compara as participações no estrato regular com a participação no estrato ruim, a diferença não é estatisticamente significante:

- Ótimo X Bom $|t| = 23,359;\ p < 0,001$
- Ótimo X Regular $|t| = 3,738;\ p < 0,001$
- Ótimo X Ruim $|t| = 4,099;\ p < 0,001$
- Bom X Regular $|t| = 18,084;\ p < 0,001$
- Bom X Ruim $|t| = 17,502;\ p < 0,001$
- Regular X Ruim $|t| = 0,386;\ p > 0,10.$

4.5.5. Relacionamento Familiar

O quadro nº E.5 mostra o relacionamento familiar existente na família do atendido onde se verifica a ine-

QUADRO Nº E.4 - RELACIONAMENTO CONJUGAL

RELACIONAMENTO	PORCENTAGEM
Ótimo	3,1
Bom	72,8
Regular	11,5
Ruim	12,6
BASE	261

63 casos sem informação, representando 19,4% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.5 - RELACIONAMENTO FAMILIAR

RELACIONAMENTO	PORCENTAGEM
Ótimo	-
Bom	78,9
Regular	18,0
Ruim	3,2
BASE	284

40 casos sem informação, representando 12,3% dos 324 casos da amostra.

xistência de casos de relacionamento ótimo. Ao relacionamento bom pertencem pouco mais de três quartas partes (78,9%) dos casos, seguido de um relacionamento regular, em 18,0% dos casos.

Submetidas ao teste "t" de Student as diferenças de participação nos estratos, tomados dois a dois, revelam-se sempre estatisticamente significante:

- Bom X Regular $|t| = 17,945$; $p < 0,001$
- Bom X Ruim $|t| = 28,705$; $p < 0,001$
- Regular X Ruim $|t| = 5,902$; $p < 0,001$.

4.5.6. Local do Parto

O quadro nº E.6 apresenta o local onde ocorreu o parto, onde se verifica que em 60,4% dos casos o parto foi feito em hospital e 39,3% no próprio domicílio. Esta diferença de participação, submetida ao teste "t" de Student, mostra-se estatisticamente significante: $|t| = 5,108$; $p < 0,001$.

4.5.7. Condições do Parto

O quadro nº E.7 apresenta as condições em que se deu o parto onde se verifica que em pouco mais de três quartas partes dos casos foi um parto normal (78,1%) seguido de parto cesáreo (9,4%) e com auxílio de fórceps (7,6%). Foi muito pequeno o caso de nascimentos prematuros, apenas 3,8% dos casos.

Submetidas as diferenças de participação, tomadas duas a duas, ao teste "t" de Student verifica-se que nem sempre são estatisticamente significantes:

- Normal X Cesárea $|t| = 23,034$; $p < 0,001$

QUADRO Nº E.6 - LOCAL DO PARTO

LOCAL	PORCENTAGEM
Hospital	60,4
Domicílio	39,3
Outros	0,4
BASE	280

44 casos sem informação, representando 13,6% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.7 - CONDIÇÕES DO PARTO

TIPO	PORCENTAGEM
Normal	78,1
Cezárea	9,4
Forceps	7,6
Prematuro	3,8
Outros	1,0
BASE	288

36 casos sem informação, representando 11,1% dos 324 casos da amostra..

- Normal X Fórceps $t = 24,358$; $p < 0,001$
- Normal X Prematuro $t = 27,674$; $p < 0,001$
- Cesárea X Fórceps $t = 0,775$; $p > 0,10$
- Cesárea X Prematuros $t = 2,724$; $0,01 < p < 0,002$
- Fórceps X Prematuro $t = 0,523$; $p > 0,10$

4.5.8. Ocorrência no Parto

O quadro nº E.8 mostra a participação de partos sem particularidades e daqueles em que ocorreu cianose ou anóxia, onde se verifica que mais da metade dos nascimentos se deu sem particularidades (56,7%), tendo havido cianose ou anóxia em 39,6% dos partos.

Esta diferença submetida ao teste "t" de Student mostra-se estatisticamente significante: $|t| = 4,073$; $p < 0,001$.

4.5.9. Desenvolvimento Neuropsicomotor dos Clientes

O quadro nº E.9 mostra o atraso no DNPM apresentado pelos clientes, onde se verifica que em pouco menos da metade, (44,6%) destes, o DNPM não apresentou problema, enquanto que pouco mais de um terço (36,4%) dos clientes o tiveram bem atrasado. Aqueles que apresentam este desenvolvimento pouco atrasado representam 18,2% da amostra estudada.

Submetidas as diferenças dessas participações, tomadas duas a duas, ao teste "t" de Student elas nem sempre se mostram estatisticamente significantes:

- Normal X Pouco atrasado $|t| = 6,881$; $p < 0,001$
- Normal X Bem atrasado $|t| = 1,944$; $0,10 > p > 0,05$
- Pouco atrasado X Bem atrasado $|t| = 4,840$; $p < 0,001$.

QUADRO Nº E.8 - OCORRÊNCIA NO PARTO

OCORRÊNCIA	PORCENTAGEM
Sem particularidades	56,7
Cianose ou anóxia	39,6
Outras	3,6
BASE	275

49 casos sem informação, representando 15,1% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.9 - DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICO-MOTOR DOS CLIENTES

TIPO	PORCENTAGEM
Normal	44,6
Pouco atrasado	18,2
Bem atrasado	36,4
Outros	0,7
BASE	99,9

55 casos sem informação, representando 17,0% dos 324 casos da amostra.

4.5.10. Temperamento dos Clientes

O quadro nº E.10 apresenta o temperamento dos clientes onde se verifica que pouco mais de um terço deles (37,3%) são calmos seguidos, com uma participação de 33,5%, de temperamento agitado, e de temperamento apático 18,3%. A menor participação, assim mesmo em quantidade considerável, 10,9% é a de clientes com temperamento agressivo.

Tomando-se as participações duas a duas e testando suas diferenças pelo teste "t" de Student, verifica-se que, em geral, elas são estatisticamente significantes:

- Apático X Calmo $|t| = 5,171;\ p < 0,001$
- Apático X Agitado $|t| = 4,198;\ p < 0,001$
- Apático X Agressivo $|t| = 2,511;\ 0,02 > p > 0,01$
- Calmo X Agitado $|t| = 0,948;\ p > 0,10$
- Calmo X Agressivo $|t| = 7,733;\ p < 0,001$
- Agitado X Agressivo $|t| = 6,734;\ p < 0,001$

4.5.11. Providências Tomadas

O quadro nº E.11 mostra as providências que foram tomadas pelos pais ou responsáveis após a constatação de algum problema, em que se verifica que pouco menos de três quartos dos pais ou responsáveis (71,5%) levou o cliente ao médico e pouco menos de um quarto (22,9%) levou-o a uma instituição. Aqueles que não tomaram providências ou tomaram outras providências que não as acima consideradas, foram muito poucos, apenas 2,8% em um e no outro caso.

Tomando-se as participações, duas a duas, nas diversas providências e testando-as pelo "t" de Student, verifica-se que

QUADRO Nº E.10 - TEMPERAMENTO DOS CLIENTES

TEMPERAMENTO	PORCENTAGEM
Apático	18,3
Calmo	37,3
Agitado	33,5
Agressivo	10,9
Outros	-
BASE	284

40 casos sem informação, representando 12,3% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.11 - PROVIDÊNCIAS TOMADAS

PROVIDÊNCIAS	PORCENTAGEM
Levou ao médico	71,5
Levou a instituições	22,9
Não tomou providências	2,8
Outros	2,8
BASE	144

180 casos sem informação, representando 55,6% dos 324 casos da amostra.

elas são sempre estatisticamente significantes:

- Médico X Instituições $|t| = 9,457$; $p < 0,001$
- Médico X Não tomou $|t| = 17,153$; $p < 0,001$
- Instituições X Não tomou $|t| = 5,343$; $p < 0,001$

4.5.12. A que causa o informante atribui a deficiência em relação à mãe

No quadro nº E.12, verifica-se que 19,0% dos informantes associam o fato a nenhuma causa, enquanto parte substancial - (40,9%) atribuem a problemas no parto (parto difícil). Uma parte dos informantes vê como causa problemas emocionais (7,3%) ou sustos (durante a gravidez) (10,2%), perfazendo um total de 17,5%. Houve os que associaram a deficiência mental a doenças (5,8%) ou a remédios tomados (2,9%), representando 8,7% dos casos, e também aqueles que atribuiram a deficiência à idade na qual a mãe gerou a criança (4,4%). Pouco mais de 10,0% dos informantes associaram a deficiência mental a tombos durante a gravidez (2,2%).

4.5.13. A que causa o informante atribui a deficiência em relação à criança

No quadro nº E.13, verifica-se que 21,4% não faz associação alguma como causas que seriam responsáveis pela deficiência. Pouco menos de dois terços deles (62,6%) apontam como causa, doenças enquanto 6,1% vêm como responsável pela deficiência quedas (tombos) e outros 6,1% a outras causas.

QUADRO Nº E.12 - A QUE CAUSA A INFORMANTE ATRIBUI A DEFICIÊNCIA EM RELAÇÃO À MÃE DO CLIENTE

CAUSA	PORCENTAGEM
Doença	5,8
Medicação	2,9
Tombo	2,2
Parto difícil	40,9
Susto	10,2
Problemas emocionais	7,3
Idade da mãe	4,4
Outros	7,3
Nenhum	19,0
BASE	137

187 casos sem informação, representando 57,7% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.13 - A QUE CAUSA A INFORMANTE ATRIBUI A DEFICIÊNCIA EM RELAÇÃO AO CLIENTE

CAUSA	PORCENTAGEM
Doença	62,6
Medicação	0,8
Tombo	6,1
Susto	3,1
Outros	6,1
Nenhum	21,4
BASE	131

193 casos sem informação, representando 59,6% dos 324 casos da amostra.

4.5.14. Queixa Principal

O quadro nº E.14 mostra a queixa principal enunciada pelos pais ou responsáveis por ocasião da matrícula no CARE, onde se verifica que em 71,5% dos casos foram apontados problemas de aprendizagem, seguido de atraso no desenvolvimento, (13,5%). Com participações pequenas foram apresentadas queixas de agressividade (5,0%), deficiência física (3,8%) e deficiência de audio-comunicação (3,4%).

4.5.15. Quociente Intelectual

O quadro nº E.15 apresenta o Quociente Intelectual dos atendidos pelo CARE. Para a classificação do Q.I. foi considerado o que prescreve a AAMD (American Association for Mental Deficiency) na tabela de Graus de deficiência mental por Q.I. , (GLAT, 1987).

Analisando-se o quadro nº E.15 verifica-se que 17,2% dos clientes apresentam um Q.I. maior que 69. Os demais se distribuem em todas as outras categorias, diminuindo a participação conforme o agravamento da deficiência: cerca de um terço dos clientes participam em cada um dos grupos, deficiência mental leve (33,1%) e deficiência mental moderada (31,7%). Do grupo deficiência mental severa participam 15,9% dos clientes e apenas 2,1% apresentam deficiência mental profunda.

4.5.16. Idade Mental do Cliente

O quadro nº E.16 apresenta participação de clientes nas diversas idades mentais. Neste quadro as idades são consideradas por ano completo. Assim a classe 1 a 2 anos compreende aqueles que tenham completado 1 ano (1 ano e zero dias) até os que ainda não completaram 3 anos (que têm 2 anos e 364 dias).

QUADRO Nº E.14 - QUEIXA PRINCIPAL

QUEIXA	PORCENTAGEM
Deficiência física	3,8
Deficiência de áudio-comunicação	3,4
Atraso no desenvolvimento	13,5
Problema de aprendizagem	71,5
Agressividade	5,0
Outros	2,8
BASE	319

5 casos sem informação, representando 1,5% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.15 - QUOCIENTE INTELECTUAL

Q.I.	CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA	PORCENTAGEM
0 - 24	Profunda	2,1
25 - 39	Severa	15,9
40 - 54	Moderada	31,7
55 - 69	Leve	33,1
70 - 98	-	17,2
BASE		145

179 casos sem informação, representando 55,2% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.16 - IDADE MENTAL DO ATENDIDO

IDADE MENTAL	PORCENTAGEM
Menos de 1 ano	7,4
1 ano até 2 anos	19,6
3 anos até 4 anos	22,3
5 anos até 6 anos	17,6
7 anos até 8 anos	13,5
9 anos até 10 anos	15,5
mais de 11 anos	4,1
BASE	148

175 casos sem informação e mais 1 com informação incorreta, representando 54,3% dos 324 casos da amostra.

Analisando-se este quadro verifica-se que, a não ser nos casos de idade - menos de 1 ano (7,4%) - e - mais de 11 anos - (4,3%) - as participações em cada faixa de idade mental é sem - pre superior a 13,0%, predominando a participação na faixa de 3 a 4 anos (22,3%).

Considerando as faixas de idade mental, duas a duas, e testando-se pelo "t" de Student as diferenças de participação dos clientes nas referidas faixas, verifica-se que, em geral, as diferenças são estatisticamente significantes quando se compara a primeira faixa - menos de 1 ano - com as demais, ou a última faixa - mais de 11 anos - com as demais.

- menos de 1 ano X 1 até 2 anos $|t| = 3,121;\ 0,002 > p > 0,001$
- menos de 1 ano X 3 até 4 anos $|t| = 3,686;\ p < 0,001$
- menos de 1 ano X 5 até 6 anos $|t| = 2,685;\ 0,01 > p > 0,002$
- menos de 1 ano X 7 até 8 anos $|t| = 1,724;\ 0,10 > p > 0,05$
- menos de 1 ano X 9 até 10 anos $|t| = 2,206;\ 0,04 > p > 0,02$
- menos de 1 ano X mais de 11 anos $|t| = 1,222;\ p > 0,10$
- mais de 11 anos X 9 até 10 anos $|t| = 3,361;\ p < 0,001$
- mais de 11 anos X 7 até 8 anos $|t| = 2,894;\ 0,01 > p > 0,002$
- mais de 11 anos X 5 até 6 anos $|t| = 3,825;\ p < 0,001$
- mais de 11 anos X 3 até 4 anos $|t| = 4,802;\ p < 0,001$
- mais de 11 anos X 1 até 2 anos $|t| = 4,249;\ p < 0,001$

Quando se compara as outras faixas de idade, duas a duas, a diferença só é estatisticamente significante no caso de 3 até 4 anos X 7 até 8 anos, nos demais casos não sendo.

- 1 até 2 anos X 3 até 4 anos $|t| = 0,571;\ p > 0,10$
- 1 até 2 anos X 5 até 6 anos $|t| = 0,442;\ p > 0,10$
- 1 até 2 anos X 7 até 8 anos $|t| = 1,417;\ p > 0,10$
- 1 até 2 anos X 9 até 10 anos $|t| = 0,952;\ p > 0,10$
- 3 até 4 anos X 5 até 6 anos $|t| = 1,013;\ p > 0,10$

- 3 até 4 anos X 7 até 8 anos $|t| = 1,988;\ 0,05 > p > 0,04$
- 3 até 4 anos X 9 até 10 anos $|t| = 1,492;\ p > 0,10$
- 5 até 6 anos X 7 até 8 anos $|t| = 1,453;\ p > 0,10$
- 5 até 6 anos X 9 até 10 anos $|t| = 0,486;\ p > 0,10$
- 7 até 8 anos X 9 até 10 anos $|t| = 0,489;\ p > 0,10$

4.5.17. Diagnóstico Etiológico

O quadro nº E.17 mostra o diagnóstico etiológico para os casos de deficiência, onde se verifica que em 40,5% dos casos é desconhecida a causa, seguido de 30,4% que teve por causa acidente de parto. As demais causas participam sempre com menos de 10,0%, sobressaindo-se entre eles os diagnósticos "infecciosos" (9,2%), "ambiental" (7,9%) e genéticos (7,6%). O diagnóstico "mal congênito" só ocorreu em 3,8% dos casos.

Quando se compara os diagnósticos, dois a dois, e os submete ao teste "t" de Student, verifica-se que as diferenças nem sempre são estatisticamente significantes:

- Acidente de parto X Genético $|t| = 7,635;\ p < 0,001$
- Acidente de parto X Congênito $|t| = 9,492;\ p < 0,001$
- Acidente de parto X Ambiental $|t| = 7,501;\ p < 0,001$
- Acidente de parto X Infeccioso $|t| = 6,937;\ p < 0,001$
- Acidente de parto X Desconhecido $|t| = 2,669;\ 0,01 > p > 0,002$
- Desconhecido X Genético $|t| = 10,484;\ p < 0,001$
- Desconhecido X Congênito $|t| = 12,384;\ p < 0,001$
- Desconhecido X Ambiental $|t| = 10,346;\ p < 0,001$
- Desconhecido X Infeccioso $|t| = 9,767;\ p < 0,001$
- Infeccioso X Genético $|t| = 0,930;\ p > 0,10$
- Infeccioso X Congênito $|t| = 2,770;\ 0,01 > p > 0,002$
- Infeccioso X Ambiental $|t| = 0,585;\ p > 0,10$
- Ambiental X Genético $|t| = 0,141;\ p > 0,10$

QUADRO Nº E.17 - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

DIAGNÓSTICO	PORCENTAGEM
Genético	7,6
Congênito	3,8
Acidente do parto	30,4
Ambiental	7,9
Infeccioso	9,2
Outros	0,6
Desconhecido	40,5
BASE	316

8 casos sem informação, representando 2,5% dos 324 casos da amostra.

- Ambiental X Congêntio $|t| = 2,204;\ 0,04 > p > 0,02$
- Congênito X Genético $|t| = 2,043;\ 0,05 > p > 0,04$

4.5.18. Etiologia - Período de Ocorrência

O quadro nº E.18 mostra o período em que ocorreu o fato considerado responsável pela deficiência mental, onde se verifica que, quando conhecido, aconteceu no período imediatamente antes ou imediatamente depois do parto (30,1%), seguido de ocorrência após o parto (18,4%) e ocorrência antes do parto (10,8%). Na maioria das vezes (40,5%) é desconhecida a ocasião do fato ao qual se atribui a deficiência.

Quando comparados, dois a dois, os períodos de ocorrência, verifica-se que as diferenças são sempre estatisticamente significantes:

- Desconhecido X Pré-natal $|t| = 9,090;\ p < 0,001$
- Desconhecido X Peri-natal $|t| = 2,752;\ 0,01 > p > 0,002$
- Desconhecido X Pós-natal $|t| = 6,282;\ p < 0,001$
- Pré-natal X Peri-natal $|t| = 6,195;\ p < 0,001$
- Pré-natal X Pós-natal $|t| = 2,721;\ 0,01 > p > 0,002$
- Peri-natal X Pós-natal $|t| = 3,464;\ p < 0,001$

4.5.19. Classificação da Deficiência

O quadro nº E.19 apresenta a distribuição dos atendidos conforme a gravidade da deficiência (segundo a AAMD), onde se verifica uma maior quantidade de deficiência mental moderada (35,0%), seguida da deficiência mental leve (34,7%). Os casos de deficiência mental severa (16,2%) e profunda (9,6%) em conjunto representam 25,8% da amostra. Há ainda uma pequena quantidade de casos (2,9%) de atraso no desenvolvimento neuro-

QUADRO Nº E.18 - ETIOLOGIA - PERÍODO DE OCORRÊNCIA

PERÍODO	PORCENTAGEM
Pré-natal	10,8
Peri-natal	30,1
Pós-natal	18,4
Desconhecido	40,5
Outros	0,3
BASE	316

8 casos sem informação, representando 2,5% dos 324 casos da amostra.

QUADRO Nº E.19 - CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

DEFICIÊNCIA	PORCENTAGEM
Atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor	2,9
Mental leve	34,7
Mental moderada	35,0
Mental severa	16,2
Mental profunda	9,6
Outras	1,6
BASE	314

10 casos sem informação, representando 3,1% dos 324 casos da amostra.

psicomotor.

Submetendo-se ao teste "t" de Student as diferenças de participação nos diversos estratos tomados dois a dois, verifica-se que, a não ser na comparação deficiência mental leve X deficiência mental moderada, as diferenças são estatisticamente significantes:

- Leve X Moderada	$\lvert t \rvert = 0{,}079;\ p > 0{,}10$
- Leve X Severa	$\lvert t \rvert = 5{,}463;\ p < 0{,}001$
- Leve X Profunda	$\lvert t \rvert = 7{,}970;\ p < 0{,}001$
- Leve X Atraso DNP	$\lvert t \rvert = 11{,}200;\ p < 0{,}001$
- Moderada X Severa	$\lvert t \rvert = 5{,}545;\ p < 0{,}001$
- Moderada X Profunda	$\lvert t \rvert = 8{,}054;\ p < 0{,}001$
- Moderada X Atraso DNP	$\lvert t \rvert = 11{,}285;\ p < 0{,}001$
- Severo X Profunda	$\lvert t \rvert = 2{,}487;\ 0{,}02 > p > 0{,}01$
- Severo X Atraso DNP	$\lvert t \rvert = 5.840;\ p < 0{,}001$
- Profundo X Atraso DNP	$\lvert t \rvert = 3{,}513;\ p < 0{,}001$

4.5.20. Hipóteses Diagnósticas Associadas

O quadro nº E.20 apresenta as hipóteses que estariam associadas à deficiência mental, onde se verifica que em mais da metade dos casos (56,9%) não há hipótese de outra doença associada, aparecendo em mais de 10,0% de casos a Epilepsia(11,5%) e a deficiência física (10,2%) como hipótese diagnóstica associada. Em 15,4% dos casos estão associadas as hipóteses de diagnóstico da psicose, de meningite, de microcefalia ou macrocefalia e ainda, de deficiência auditiva (cada uma com menos de 5,0% dos casos).

QUADRO Nº E.20 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ASSOCIADAS

HIPÓTESES	PORCENTAGEM
Psicose	4,5
Epilepsia	11,5
Meningite	3,8
Microcefalia	2,9
Macrocefalia	1,3
Deficiência auditiva	2,9
Deficiência física	10,2
Só deficiência mental	56,9
Outros	6,1
BASE	313

11 casos sem informação, representando 3,4% dos 324 casos da amostra.

V. DISCUSSÃO DOS DADOS

Pretende-se discutir os resultados encontrados nesta pesquisa, observando-se cuidadosamente o cliente atendido no CARE, a partir de como este chega à instituição; quem é ele, como vive, quem é sua família, e qual é o seu problema, a partir de algumas razões conhecidas vinculadas geralmente à realidade catarinense na qual estão inseridos. Pretende-se comparar tais resultados aos de outras pesquisas, sugerindo mudanças possíveis relativas à situação discutida. A fim de condensar tais dados foram focalizados os seguintes aspectos: o acesso ao CARE, o cliente, o problema.

5.1. O acesso ao CARE

Os clientes atendidos no CARE são araranguaenses em sua maioria (55,6% ver quadro nº A.1). Contribuem para esta amostra ainda os municípios vizinhos com 16,5% e os municípios distantes com 14,9%, além de outros estados com um percentual de 13%. O Estado de Santa Catarina possui unidades de atendimento em diversos municípios (257, segundo dados da Secretaria de Educação em 1984), facilitando o acesso a um atendimento especializado de pessoas que dele necessitem. De alguns municípios vizinhos, os clientes são trazidos por não haver este tipo de atendimento, ou por transferência em caso de mudança da família. De municípios distantes ou outros estados,

quase sempre o motivo é a transferência por mudança.

No quadro A.2.1, que trata da pessoa que encaminhou o cliente ao CARE, pode-se observar a enorme participação das professoras neste encaminhamento. Isto faz concluir que estes clientes estão chegando à instituição em idade escolar, o que concorda com o quadro A.4.1 o qual mostra que a faixa etária no momento da matrícula é de 07 a 14 anos (69%). A postura , em que se colocam hoje os que se dedicam à área de educação especial (Krynsky, 1983; O.M.S., 1960 e 1985; Fonseca, 1987 ; Haywood et al., 1982), é a de dar relevância à intervenção precoce. O quadro A.2.1 chama bastante atenção, pelo fato de apresentar dados semelhantes aos encontrados por Heber (1970) que atribuiu este fato ao reconhecimento da deficiência mental na idade de entrada na escola, período em que os números crescem dramaticamente, segundo ele, decaindo bruscamente após esta idade. Ainda segundo Heber, este é o momento no qual há uma exigência bem maior das funções intelectuais e da capacidade adaptativa do sujeito.

Em relação ao encaminhamento (quadro A.2.1) observa-se, pelos resultados, a pequena atuação dos profissionais da área médica (12,6%). Acredita-se que o profissional mais capaz de detectar este tipo de problema, ou algum traço ou sintoma que o identifica, é o pediatra, através de uma investigação apurada (Kaminer et al, 1982; Crocker, 1982), e é também o mais indicado para encaminhar o cliente a tratamento imediato, viabilizando a eficácia da intervenção precoce.

Quando foram pesquisadas as providências tomadas pelos pais ao detectarem qualquer anomalia no filho, obteve-se o resultado (quadro E.11) de que 71,5% levou o filho ao médico. Com base neste resultado é que se questiona a pequena participação deste profissional no encaminhamento, embora se reconhe

ça que muitos fatores influenciaram, desde o "alerta" de um médico para a existência do problema até a conscientização destes pais levando o filho a um atendimento especializado.

Os resultados relativos à escolaridade demonstram no quadro B.3 que 76% dos clientes nunca frequentou escola, uma aparente contradição com o alto percentual de encaminhamento feito por professoras. Isto pode ser talvez compreendido pelo fato de que os pais, provavelmente, esperam os filhos chegar à idade escolar para tomarem providência efetiva, visto que, até então, o atraso no desenvolvimento não parecia significativo , ou a alteração em questão não era aparente, como por exemplo , dificuldade de aprendizagem e disfunção cerebral mínima. Neste estágio, os pais tentam uma alfabetização levando os filhos a uma escola sendo estes encaminhados pela professora a um atendimento especializado, consistindo tal época o ponto culminante da identificação do problema. Acredita-se que a demora em levar o cliente ao atendimento especial deve-se também a dois fatores, dentre outros: primeiro, a pouca conscientização da importância de uma intervenção precoce, segundo, a não aceitação da possível deficiência de seu filho. Tanto um quanto o outro reforçam a necessidade de programas preventivos e de conscientização comunitária (O.M.S., 1960). O Office of Health Economics (1986) apresenta um trabalho demonstrando a grande aliada que pode ser a comunidade na prevenção e tratamento da deficiência mental.

Neste ponto pode-se delinear um quadro característico da região configurado nesta pesquisa: um sintoma aparece na criança, provavelmente na primeira infância, seus pais a levam a um médico, havendo aí uma enorme lacuna até que procurem uma instituição; na faixa de 07 a 14 anos esta criança é matriculada numa instituição de educação especial, após ser en-

caminhada por uma professora. O que há nesta lacuna? Pais e/ou profissionais não conscientizados da importância de um atendimento precoce? Pais não conscientizados da magnitude do problema? Pais a espera de "curas" milagrosas? Não há respostas para estas questões no prontuário, contudo qualquer que seja esta resposta, o ponto central dela parece ser a CONSCIENTIZAÇÃO, a qual se afigura como primeiro passo no caminho de programas preventivos. Sem profissionais, pais e autoridades conscientizados, jamais se caminhará nesta direção.

Ao observar-se o quadro A.3 percebe-se a enorme participação da mãe (92%) tanto em trazer o cliente, respondendo por ele às questões relativas a sua triagem, diagnóstico e tratamento, quanto a se responsabilizar por acompanhar e ajudar em seu processo terapêutico. Percebe-se aí uma continuada dependência deste cliente a figura materna, mais prolongada que um indivíduo normalmente necessita, além do papel da mãe como a responsável no cuidado e bem-estar deste indivíduo dependente. Esta porcentagem contrasta com a de participação do pai (4%). As instituições catarinenses percebem este fato e se preocupam com ele, promovendo cursos e atividades para essas mães e pais que se reúnem para juntar forças no sentido de se ajudarem mutuamente. Os congressos e encontros promovidos pelas APAEs sempre reservam o espaço importante para orientações e informações que os ajudem no seu papel terapêutico doméstico, ítem jamais dispensado na moderna estratégia de recuperar o indivíduo excepcional. Miller e Miller (1979), elaboraram um manual para treinamento de pais e mães, com determinados itens relativos a intervenções do tipo aprendizado social e procedimentos reforçadores entre outros. Psicólogos e assistentes sociais reservam, na sua rotina de atendimento, espaço também à orientação e apoio a mães e pais de clientes. Neste ponto su-

gere-se maior participação dos pais neste processo. Seria sempre recomendado solicitar, para a entrevista inicial, a presença de ambos os genitores, uma vez que, unidos no propósito de recuperar o filho, possam representar fortes aliados da equipe técnica, suprindo no ambiente doméstico e de maneira específica a estimulação que estará sendo feita na instituição. Aliás, a orientação e formação de grupos de pais é uma recomendação da O.M.S. (1985).

O cliente chega à instituição basicamente no princípio do ano, segundo observa-se nos quadros A.5.1 e A.5.2. Isto deve-se provavelmente ao fato de que a instituição, percebida como "escola", admitiria os"alunos" no início do ano letivo. A LBA, através de suas equipes itinerantes, e a FCEE, através de seu pessoal técnico, procuram modificar este conceito da instituição especial no estado de Santa Catarina, fazendo uma série de alterações, não só na rotina de atendimento como empregos de termos de escolarização utilizados na instituição. A rotina foi mudada cancelando-se os longos períodos de "férias" de três meses para pequeno recesso de 15 dias. O atendimento deve ser encarado como um tratamento e não apenas como uma limitada tentativa de escolarização, não tendo razão como tratamento, para interrupções tão longas. Após algum tempo desta nova prática, os reabilitadores e técnicos observaram uma grande mudança na situação principalmente dos clientes mais prejudicados, como os deficientes mentais severos e profundos, para os quais as longas interrupções significavam uma perda enorme nas funções adquiridas com o treinamento sistemático, obrigando as equipes a refazerem as programações terapêuticas e todo o treinamento. Termos, tais como escola, foram substituídos por Centros de Desenvolvimento Humano. Anteriormente, estes centros se denominavam escola, como por exemplo, Escola Cami-

nho da Luz, Escola Recanto Alegre. O professor passou a ser chamado reabilitador sendo especialmente treinado para tal. O aluno passou a ser chamado cliente e seu currículo observado mais globalmente sem ter como meta apenas sua escolarização (que, por vezes, se resumia numa tentativa de alfabetização). Quando isto não acontecia, a frustração de pais e professores era óbvia e era despejada sobre o aluno, fazendo-o sentir-se pior que nunca, impossibilitando sua realização em áreas onde seria bem sucedido. Ampliaram assim os horizontes, ao reconhecer o verdadeiro papel da instituição de atendimento especial, voltando-se para uma orientação mais técnica e científica.

Obviamente, é necessário considerar que mudanças desse tipo não se fazem instantaneamente, mas que são partes de um processo longo onde pais, profissionais, clientes e comunidade terão que, lentamente, absorver o alvo central que é a pessoa do deficiente. Esta noção está contida no movimento inglês denominado "People First" (A Pessoa Primeiro), anteriormente desenvolvida por Mitler (1979) e, recentemente, discutida no 9º Congresso Mundial da Liga Internacional de Associações para Pessoas com Deficiência Mental (ILSMH), ocorrido em agosto de 1986 no Rio de Janeiro.

5.2. O Cliente

Quanto ao sexo do cliente, o quadro B.1.2. mostra que a participação do sexo masculino é maior que a do sexo feminino na entidade estudada. Tal diferença demonstra ser estatisticamente significante quando comparada a amostra teórica e marcada pela oferta mais acentuada das atividades masculinas,

tanto profissionais, quanto esportivas no CARE. Entretanto , dado ao fato de que quase 40% da amostra observada é constituída de pessoas do sexo feminino, sugere-se que tanto o CARE quanto as instituições catarinenses, de uma forma geral, devam ampliar suas atividades oferecendo ocupações mais indiscriminadas em relação a sexo, como, por exemplo: encadernações, empacotagem, serviços auxiliares entre outras. O que se observa atualmente é uma preocupação muito grande pela montagem de oficinas protegidas, onde a marcenaria é, às vezes, a única opção em Santa Catarina, marcando, não só a presença de uma profissão acentuadamente masculina em nossa sociedade, como a única escolha, em detrimento das capacidades e aptidões do deficiente mental, sugerindo que apenas importa o que ele é capaz de fazer e não o que ele pode e gostaria de fazer. Brolin (1976) e a O.M.S. (1985) apresentam inúmeras sugestões , mostrando que, em unidades rurais do tipo de Araranguá, não ocorre a demanda competitiva que se vê nas áreas urbanas, onde as altas taxas de desemprego estão presentes. Portanto, um número enorme de empregos pode ser ocupado por deficientes mentais até severos, com preparação antecipada. Isto não significa que estejam eliminadas as oportunidades do deficiente mental nas áreas urbanas, mas sim diminuídas, no mesmo nível em que são diminuídas as oportunidades de um indivíduo comum pela alta competitividade.

Os resultados do quadro B.2.2. mostram a predominância quase que absoluta da raça branca sobre as outras. Observando-se o quadro B.2.1., pode-se ver que a população catarinense é característicamente formada pela raça branca, provavelmente dada a sua história, na qual a colonização européia encontra-se dividida entre alemães, italianos e portugueses. Neste estudo não há diferenças estatisticamente significan -

tes dos resultados da amostra estudada para a amostra teórica à exceção da raça parda. Os estudos que se referem à raça fazem uma relação entre a situação desprivilegiada de algumas minorias raciais que acumulam variáveis ligadas à problemática da deficiência mental. Fonseca (1987) mostra que os negros americanos e sul-africanos, comparados com os brancos, têm medidas de saúde mais baixas e grupos minoritários, como mexicanos, porto-riquenhos e outros têm taxas mais altas de mortalidade infantil. Da mesma forma, Heber (1970 fala das tribos de índios americanos, estudados epidemiologicamente e dos negros, relacionando status econômico baixo a scores intelectuais. Conclui que, quanto mais baixa for a situação sócio-econômica, mais baixos são os scores. Não estão presentes na população catarinense grupos minoritários dos tipos citados, como se pode ver parcialmente pelos resultados do quadro B.2.1. Entretanto, os resultados da situação econômica da família do cliente desta pesquisa mostram a sua condição des - privilegiada socialmente. Embora seja uma característica da região o indivíduo ter casa própria, com instalações elétri - cas, sanitárias e hidráulicas, e ainda que os sujeitos desta pesquisa estejam nestas condições, a sua situação econômica é bastante precária. Seus pais possuem baixo nível de escolaridade (quadro D.1.2), trabalham como operários assalariados (25%) ou ocupam função mal remunerada, tendo suas famílias a renda total de apenas um salário mínimo (62%), dados considerados pela O.M.S. (1985) como variáveis que, acumuladas, são fatores etiológicos da deficiência mental. Tomando por base a renda familiar, tem-se o percentual de 98,4% das famílias recebendo até 3 salários mínimos, o que para uma família de 7 a 10 pessoas (32%) pode ser considerada uma renda muito baixa. A Lei nº 6.185 de 1982, em Santa Catarina, confere pensão vitalícia a deficientes severamente prejudicados de família

de baixa renda, e, para a Lei, é assim considerada a família que recebe até 2 salários mínimos. Assim, tem-se caracterizado o deficiente mental do CARE como um indivíduo pertencente a uma classe desprivilegiada socialmente. Ao se comparar estes resultados com os de Heber (1970) e Fonseca (1987), reforça-se a afirmativa de que a deficiência mental tem uma estreita ligação com o desprivilégio social. A O.M.S. (1985) apresenta o empobrecimento do meio ambiente como um fator etiológico importante, numa série de fatores que inclui baixo nível educacional dos pais, superpopulação, curto espaço entre nascimentos, famílias grandes e pobreza. Quando um número combinado destes fatores adversos está presente no meio ambiente, há o aumento da probabilidade de ocorrência da deficiência mental, principalmente se a criança possui uma pobre herança genética (O.M.S. 1985).

O quadro B.4 mostra que o cliente reside, em quase a sua totalidade, com os pais de origem (91%). Este resultado ressalta um aspecto da vida diária do cliente, que é a dependência em relação a seus pais, e bem mais intimamente relacionado a sua mãe, como nos resultados do quadro A.3, já acima discutido. Sabe-se que na faixa etária em que estes indivíduos se encontram é comum a dependência materna e mais ainda na sua condição de deficiente, contudo, a dinâmica do quotidiano com um indivíduo dependente tem feito da figura da mãe a maior responsável e quase a única a assumir tal tarefa. Sobre seus ombros é colocada a carga total de cuidados, aceitação e tratamento. Acredita-se que a falta de informação é a grande causa de estar, na vida doméstica, o deficiente entregue aos cuidados de uma mulher apenas e não aos de um grupo de pessoas (pai, irmãos, parentes) que bem mais o poderiam ajudar se atuassem juntos, aliás, JUNTOS foi a palavra chave do 9º Con-

gresso Mundial da ILSMH (Rio 1986).

Outro aspecto a ressaltar, relativo a este resultado, é o de que pessoas não adotam bebês com problemas principalmente se souberem do problema antes da adoção. Frequentemente uma série de exames são feitos nos bebês candidatos à adoção, para garantir aos futuros pais que o bebê é saudável. Pelos resultados apenas 5% dos clientes vivem com pais adotivos (quadro B.4).

Os resultados mostram que a localização do deficiente na prole de percentual mais alto (24%) pertence ao 2º filho, coincidindo com o tamanho da prole mais expressivo, que também é de 2 filhos. Quanto ao tamanho da família do cliente, ou seja, o número de pessoas que vivem sob o mesmo teto, encontrou-se a maior taxa de 7 a 10 pessoas (32%), seguido de 5 pessoas (20%). Comparando-se estes resultados com dados da população geral, observou-se uma diferença estatisticamente significante. Este resultado é importante na medida em que os teóricos da área chamam a atenção para a relação entre deficiência mental e número de pessoas na família. Em seu estudo epidemiológico, Heber (1970) faz uma comparação entre famílias grandes e QI. A relação entre inteligência e tamanho da família para Heber é muito grande. Segundo ele, quanto maior for a família, mais baixa será a média de inteligência para todas as crianças nesta família, significando um grande risco de deficiência mental. A relação está provavelmente ligada à pobreza de estímulos, entre outras coisas. Vitor da Fonseca (1987) liga a pobreza das relações materno filiais à deficiência mental, entre outras variáveis. Isto provavelmente reforça as conclusões de Heber, uma vez que em famílias grandes as mães precisam dividir-se nos cuidados e atenção de muitos filhos. Isto é literalmente afirmado pela O.M.S.(1985),

ao relacionar fatores etiológicos da deficiência mental. Segundo esta publicação, "... presença de muitas crianças traz um risco de que uma ou mais não receba atenção adequada..." e que "... pais que estão muito envolvidos nas tarefas de subsistência material, não terão tempo suficiente a ser dedicado às necessidades de suas crianças."

5.3. O Problema

5.3.1. Etiologia

O quadro E.1 mostra os resultados de antecedentes de deficiência mental nos clientes do CARE. Embora 50,8% da amostra não soubesse informar a existência de antecedentes, pode-se considerar que, em mais da metade, esta variável está presente, tanto pelos resultados quanto pela incapacidade do informante em esclarecer o dado. A instituição conta com alguns clientes cujos irmãos deficientes mentais estão frequentando ou já frequentaram. Há casos nos quais não só os irmãos apresentam o problema, mas também os pais. Existem na instituição duas famílias recebendo atendimento da equipe.

A questão etiológica referente à genética da deficiência mental é abordada por Frota-Pessoa (1973), o qual esclarece ser a inteligência basicamente multifatorial, classifica as causas desde certamente genéticas até certamente ambientais e orienta no sentido de se fazer uma investigação apurada nas famílias, além de aconselhamento genético.

No caso de famílias como as atendidas no CARE, observa-se, entre outros fatores, o empobrecimento do meio social.

Segundo publicação da O.M.S. (1985), o desenvolvimento intelectual em crianças pequenas depende da presença de adultos estimulantes e de outras crianças. Estas famílias, em particular, legalmente impedidas de se formarem pela união civil dos pais, apresentam a seus filhos, além de uma enorme pobreza ambiental, deficiência severa de ambos os cônjuges e curtos espaços entre nascimentos, itens apontados pela mesma publicação como fatores causais da deficiência mental moderada. Estes casos estariam entre as causas multifatoriais ou duvidosas na classificação de Frota-Pessoa.

No caso dos antecedentes de doença mental, perto de 10% dos informantes afirmaram não haver, outros 77% desconhecem, podendo-se apenas supor que hajam antecedentes. Na dinâmica da instituição não se observam cuidados com familiares doentes mentais. Os clientes que apresentam tal problema são tratados de maneira específica, com acompanhamento psiquiátrico e internação quando necessário. Seus pais são orientados mais frequentemente, assim como o pessoal que lida direto com eles. Alguns raros casos de excessiva agressividade recebem apenas atendimento ambulatorial, pois a instituição não dispõe de recursos humanos e físicos para atendimento deste tipo. Acredita-se ser esta uma das razões pelas quais a instituição não é procurada pela comunidade para este atendimento. Aliada a esta situação, está o fato de que os clientes que necessitam atendimento psiquiátrico são sempre levados a Criciuma, ou seja, cerca de 40 kms do local pesquisado, sendo ainda que Criciuma apenas oferece a consulta psiquiátrica Havendo necessidade de internação, o cliente é forçosamente encaminhado à Florianópolis, que dista 350 kms do local pesquisado. É notória, portanto, a necessidade de que se crie um centro capaz de atender a esta clientela. É

bastante desalentador imaginar que, num raio de 350 kms, não se possua atendimento capaz de acolher sequer urgências psi - quiátricas infantis. Um estudo epidemiológico da doença mental recentemente feito na região (Ferreira, 1987) mostra claramente esta carência.

Ao pesquisar-se a questão etiológica referente a aci - dente de parto optou-se por três questões básicas: 1- local ; 2- condições; 3- ocorrência do parto, cujos resultados estão nos quadros E.6, E.7 e E.8. No quadro E.6 onde se verifica os locais do parto, percebeu-se que, segundo os resultados, foi em grande parte (60%) em hospitais, contudo, num percentual significativo de 39%, o parto ocorreu em casa. Acredita-se que este resultado revela o fato de tratar-se de uma cidade tipicamente interiorana, onde são ainda comuns os auxílios de parteiras, além disso há a dificuldade de acesso aos hospitais em determinadas regiões. Observa-se, contudo, nas entrevistas com as mães a preocupação e o valor dado a um atendimento especializado satisfatório no momento do parto, o que entretanto, contrasta com a importância dada ao pré-natal. Este fator é importante frisar porque necessita ainda de muito trabalho de conscientização comunitária por parte da instituição, em campanhas e por parte das autoridades locais responsáveis.

Observa-se de acordo com os quadros E.7 e E.8 que boa parte dos clientes pesquisados nasceram de parto normal e sem particularidades (sem acidentes), apenas um pequeno percentual com recurso de cirurgia e fórceps. Na busca, portanto, da etiologia da deficiência mental nesta amostra, temos 39% dos casos com ocorrência de cianose ou anóxia neo-natal, um acidente perinatal, capaz de provocar danos cerebrais que poderiam dar origem, entre outros problemas, à deficiência men-

tal. (Viegas, 1983; O.M.S., 1985; Fonseca, 1987). No relato das informantes: "o bebê nasceu roxinho", ou "nasceu bem pretinho". Esta é uma das ocorrências frequentemente pesquisadas pelos médicos locais em busca da etiologia. Krinsky (1983) cita o Simpósio sobre "Major Mental Handicap" (1978), onde se observaram nos estudos epidemiológicos que grande número de deficientes mentais sofreram agressão no período perinatal, o que implica, em termos de prevenção, em melhora de cuidados neste período.

Seguindo-se na busca da etiologia, pesquisou-se a causa através da visão da informante. Inicialmente a causa relativa à mãe, (quadro E.12) no qual se achou um resultado significativo onde as informantes atribuem ao parto difícil. Um percentual de 10% das pesquisadas atribuem a susto materno durante a gestação, embora pouco expressivo. Haveria necessidade de obter-se maiores detalhes sobre este ítem , mas sendo as informações tiradas dos prontuários, isto não foi possível. A intenção,ao levantar-se este ítem, foi primeiramente a de pesquisar causas possivelmente não captadas anteriormente e, em segundo lugar,a de se investigar na crença popular, quais as causas por eles atribuidas a fatos tão importantes. Obtendo-se tal informação, tem-se condições de melhor orientar as famílias de deficientes mentais e de melhor conscientizar a comunidade desmistificando crenças errôneas. Embora a informação não tenha sido colhida da amostra total, o número de 137 casos apurados é suficiente para se obter resultado significante sobre as causas pré-natais da deficiência mental.

Posteriormente, investigou-se que causa a informante atribui ao problema, relativo ao cliente, referindo-se assim a causas pós-natais. Ainda neste ítem boa parte da amostra to-

tal não concedeu a informação. Porém, dos 131 casos pesquisados, mais da metade dos informantes atribuiu à doenças no cliente, provavelmente na primeira infância. Pequena parte dos que informaram não declarou qualquer causa aparente na história do cliente, o que poderia fazer supor uma origem pré ou perinatal nestes casos.

Relativo ao diagnóstico etiológico (quadro E.17), o de percentual mais encontrado pelas equipes do CARE é o de etiologia desconhecida. Na literatura da deficiência mental muitos autores dizem que em grande parte dos casos não é possível determinar as causas, principalmente quando se trata de deficiência mental severa. Esta afirmativa é feita e discutida por R. Mackay (1983), em uma publicação onde ele, ao mesmo tempo, lamenta que isto esteja desencorajando pesquisadores a fazerem trabalhos e a se unirem no sentido de prevenção neste campo. Mostra também um quadro reverso com fatos que poderiam contradizer esta afirmativa e acredita que, nos casos onde não se obteve a etiologia, podem talvez ter havido falhas na detecção de certos detalhes ou confusão em outros. Num percentual um pouco menor, porém bastante significante, estão os acidentes de parto (etiologia perinatal), apresentando o registro de cianose ou anóxia como o acidente mais relatado. Este dado já referido anteriormente é citado por Matsuishi (1984), como um fator convencional de risco muito importante na deficiência mental, causador de danos cerebrais.

Seguido da investigação da etiologia tem-se o desempenho do cliente nos primeiros anos de vida, observado através do desenvolvimento neuro-psicomotor, sinalizador importante no prognóstico da deficiência mental (Matsuishi, 1984). Neste caso, obteve-se mais da metade dos clientes pesquisados com atraso de moderado a severo. A intervenção precoce é bas-

tante eficaz nestes casos. Uma vez detectado o atraso, a imediata utilização de métodos de estimulação tem provado eficiência na minimização de problemas do desenvolvimento e adaptação social. A intervenção precoce é vista por Fonseca (1987) como uma forma de prevenção, fazendo parte de várias fases que vão desde a identificação do problema, até a adoção de sistemas de reforços.

Ainda como uma forma de se investigar a etiologia, observou-se o desenvolvimento emocional do cliente no ambiente familiar, levando-se em conta o temperamento dos pais e o relacionamento conjugal. Este item, retirado do formulário social, apresentou um percentual moderado de famílias cujos pais (ambos os cônjuges) apresentam irritabilidade e agressividade, fatores que não podem ser desconsiderados no aspecto global do ambiente no qual o indivíduo é criado. Contudo, é necessário ressaltar que o percentual mais alto ficou para pais e mães calmos (quadro E.3).

Quanto ao relacionamento conjugal, obteve-se um alto número de casais cujo relacionamento é bom, investigado através das informações colhidas pela assistente social durante toda a entrevista, o mesmo acontecendo com o relacionamento familiar. Em conjunto, pode-se considerar que o cliente do CARE não teria um perfil adverso de seu ambiente doméstico, embora não se tenha investigado a desestruturação familiar por falta de dados, item este que certamente esclareceria mais o ponto em questão.

5.3.2. Diagnóstico

Nos itens que se seguem, houve preocupação em agrupar variáveis que levantassem um diagnóstico. As hipóteses diagnósticas associadas foram investigadas (quadro E.20), na intenção de saber em que grau outras deficiências interfeririam no desempenho do cliente deficiente mental, ou seja, quais os prejuízos a mais sofridos por este cliente e na intenção de inserí-lo num grupo determinado, para tratamento específico. Assim, como ficou demonstrado no quadro E.20, à exceção da deficiência física e da epilepsia, o grande contingente de clientes do CARE possui apenas deficiência mental. A julgar pelos resultados obtidos, a instituição necessita especializar-se ou equipar-se mais no sentido de atendimento neurológico e fisioterápico para melhor atender a estes clientes que necessitam destes tratamentos especializados. No momento desta pesquisa, o CARE já conta com a presença de um neurologista e de uma fisioterapeuta, entretanto estes dados não foram incluídos neste trabalho, por estarem estes profissionais há pouco tempo atuando na região.

As variáveis mais específicas que determinam o diagnóstico psicológico são os resultados de quociente intelectual e idade mental, como mostram os quadros E.15 e E.16, respectivamente. A obtenção destes resultados intelectuais está detalhadamente descrita na investigação de campo. O capítulo dos resultados esclarece que pouco mais da metade da amostra foi realmente examinada, no sentido de obter-se QI e IM. Parte desta não responde a testes e outra parte não frequentava a instituição no período em que esta possuía psicólogos, como já foi esclarecido. A distribuição dos clientes

pesquisados não foge à distribuição geral de inteligência apresentada por Krynski (1983), onde grande parte da população deficiente mental apresenta deficiência mental moderada, decaindo a um percentual menor para deficiência mental severa e bem pequeno para deficiência mental profunda. Na questão da investigação da inteligência, sugere-se a utilização do Terman-Merril, como instrumento, além do WISC e do Columbia por ser um teste de grande abrangência em relação à idade do cliente e por ser muito utilizado em Santa Catarina por outras instituições.

Quanto a personalidade do cliente apurou-se suas respostas emocionais, concluindo-se que a exceção de 37%, predominantemente calmos, a grande maioria apresenta resposta entre apático e agressivo. As alterações na personalidade do deficiente mental são, em grande parte, devidas à inadaptação ao meio e à incapacidade de lidar com as exigências do mesmo (Grunspun, 1982). Este resultado pressupõe um atendimento psicológico bem mais intenso do que aquele que o cliente vem recebendo. Embora já tenham sido experimentadas técnicas de atendimento grupal e individual, a prática foi abandonada por absoluta falta de tempo do psicólogo, envolvido em assuntos gerais da área na instituição. Sugere-se diante destes resultados, que maior atenção seja dada a este aspecto, uma vez que se torna difícil a readaptação do cliente sem este atendimento.

De uma forma geral, o quadro diagnóstico classificatório da deficiência mental no CARE, (Quadro E.19) semelhantemente aos quadros de QI e IM, não foge à distribuição geral de inteligência. Levando-se em consideração a equipe técnica, condições materiais da instituição e a sua política de ação os clientes parecem distribuídos de maneira satisfatória se-

gundo suas necessidades de atendimento. Entretanto, uma questão muito importante surge deste quadro: onde estão os deficientes mentais profundos? A pesquisa revela a presença de apenas 9,6%, contudo, sabe-se que, paralelamente, a amostra pesquisada encontram-se em outro arquivo onde são fichados os clientes atendidos em regime ambulatorial e agraciados com pensão vitalícia. A instituição não dispõe de equipamento, pessoal e verbas para reabilitá-los. Muitos não acreditam sequer nesta reabilitação e "resolvem" seu problema, concedendo-lhes pensão vitalícia sob a sentença de "definitivamente incapazes". Acredita-se que uma entidade cientificamente orientada na área de educação especial, precisaria estar aparelhada para receber e atender em tratamento sistemático tais deficientes, pois representam o desafio maior dos profissionais da área, o alerta mais gritante à prevenção e o apelo mais dramático à evolução das técnicas terapêuticas.

VI. PERFIL

Uma vez apresentados e discutidos todos os resultados desta pesquisa, é possível delinear um perfil do deficiente mental atendido no CARE. Este cliente é natural de Araranguá, de cor branca, do sexo masculino, reside com seus pais originais, é o segundo filho numa prole de dois filhos pertencendo, entretanto, a família de 7 a 10 pessoas. Sua idade varia de 10 a 14 anos, nunca frequentou escola, é encaminhado por professora ao atendimento especializado. É matriculado com a idade de 10 a 14 anos no mês de fevereiro. Sua mãe presta informações sobre todo seu problema e é a responsável diante da instituição e, em casa, pelo desenvolvimento de seu processo terapêutico. Reside em casa própria, de madeira, possuindo instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas. Seus pais possuem o 1º grau, sua mãe trabalha no lar e seu pai é operário assalariado, tendo sua família rendimento mensal de um salário mínimo. Sua mãe desconhece antecedentes de deficiência mental e de doença mental na família. É nascido em sua maioria de parto normal, sem acidentes, em hospitais. Seu desenvolvimento neuro-psicomotor é com atraso. Ao detectar o problema, seus responsáveis levam-no a médicos, e em seguida, encaminhados por professores, matriculam-no em entidades de atendimento especial, com a queixa principal de problemas de aprendizagem. Sua mãe acredita que o problema do cliente foi causado por parto difícil, e/ou por problemas na infância. Seu quociente intelectual varia de 55 a 69 e sua idade mental entre 3 e 4 anos. A etiologia de seu problema é desconhecida, com

período de ocorrência também desconhecido. Aparece, entretanto, um percentual menor, porém significativo, de acidentes de parto, com período de ocorrência perinatal. Está classificado como deficiente mental de moderado a leve, não possuindo patologias associadas. Seus pais são calmos e mantêm um bom relacionamento conjugal e os membros de sua família se relacionam bem. O cliente do CARE apresenta um temperamento entre apático e agressivo.

OBSERVAÇÕES:

Compreende-se por Desenvolvimento Neuro-Psicomotor, o conjunto evolutivo de aquisições que se processam em um bebê, desde o sustentar da cabeça até o pleno uso da linguagem.

As avaliações de: situação conjugal, relacionamento familiar e de temperamentos de cliente, pai e mãe, foram colhidas da ficha do Serviço Social. Por informação direta da assistente social tem-se que:

1 - A situação conjugal assim como o relacionamento familiar são compreendidos na entrevista pelas informações das ocorrências diárias de relacionamentos interpessoais.

2 - Os temperamentos de : cliente, pai e mãe, são informados pela entrevistada.

VII. CONCLUSÃO

Este estudo procurou retratar, por um lado, as dificuldades de diagnóstico e tratamento da deficiência mental numa certa região do país e, por outro lado, as possibilidades da orientação e adaptação social de clientes com este diagnóstico. Espera-se, com estes resultados, trazer subsídios para o campo da Psicologia, bem como do Ensino Especial e estimular outros trabalhos e investigações nessa área tão carente de estudos brasileiros.

Tem-se agora traçado o Perfil do Deficiente Mental Araranguaense, que certamente retrata esta clientela no Sul de Santa Catarina. Um primeiro passo foi dado no sentido de um melhor conhecimento da Deficiência Mental na região, onde se constata entre outras deficiências: A carência de informações, o baixo poder aquisitivo da população estudada e seu baixo nível intelectual, além da pouca conscientização comunitária e do atendimento médico deficitário. Destaca-se ainda a questão diagnóstica num resultado onde se obtém um percentual tão grande de etiologias desconhecidas. Isto sugere a necessidade de mais pesquisas e mais intensas investigações que esclareçam num percentual bem maior estas etiologias, sem o que a prevenção, objetivo máximo dos estudos epidemiológicos, fica tremendamente prejudicada.

Araranguá é uma pequena cidade no sul de Santa Catarina, de vida agrícola e turística. Longe da sofisticação tecnológica e intelectual dos grandes centros, possui um centro para atendimento de excepcionais, cujos responsáveis procuram

cada vez mais o melhor para seus clientes. Este trabalho é, sem dúvida, fruto do incentivo e do apoio dado aos seus técnicos e procurou retratar a população excepcional Araranguaense representada pelo contingente de clientes que o CARE atende. Acredita-se que esta instituição está longe de alcançar as metas que em outros países, há tempos, ficaram para trás, mas certamente marcha nesta direção. As informações colhidas das ocorrências do 9º Congresso Mundial da Liga Internacional de Associações para pessoas com Deficiência Mental (ILSMH), bem demonstraram isso, ao se compará-las com os resultados deste trabalho. Assim, tem-se a impressão cada vez maior de que o impossível nada mais é que apenas uma questão de dar-se o passo a mais que não foi dado, de descobrir-se aquele pequeno gesto que era antes impraticável. Foi assim através da história com Pinel, Itard, Anne Sullivan, Helena Antipoff e tantos outros. Pouco a pouco o Brasil abandona a fase do paternalismo com os deficientes mentais para ingressar na fase científica. A dificuldade de se conseguir dados brasileiros comparativos para esta pesquisa comprova a lentidão deste processo de cientificação do ensino especial brasileiro e, nessa realidade, não só estão inclusos a falta de pessoal, equipamentos e métodos, como a descrença e a insegurança para se transpor as fronteiras do que parece ser impossível.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil. São Paulo , Masson do Brasil, 1983.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 3rd ed. Washington - American Psychiatric Association, 1980.

- Associação Americana de Deficiência Mental. Revisão de 1983. Aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

- ANCONA LOPEZ, M. Características da Clientela de Clínicas Escola de Psicologia em São Paulo. In: MACEDO, R.M.S. (organização). Psicologia e Instituição. São Paulo, Cortez Ed., 1984.

- BAIRD, P.A. and SADOVICK, A.D. Mental Retardation over a half-a-million Consecutive Live Births: An Epidemiological Study. American Journal of Mental Deficiency, 89 (4), 1985.

- BURGEMEISTER, B. et Al. Escola de Maturidade Mental Columbia. São Paulo, Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda., 1977.

- BROLIN, D.E. Vocational Preparation of Retarded Citizens. Ohio, Charles Merril Publishing Company, 1976.

- CAMPOS, D.M.S. O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade. Petrópolis, 12ª ed. Vozes, 1982.

- CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1980.

- CAVANAGH, N.P.C. Mental Retardation. Journal of Tropical Pediatrics. 30, 1984.

- COHEN, H.J. Mental Retardation - Introduction. Pediatric Annals. 11:5,1982.

- COLEMAN, J.C. A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1973.

- COOPER, B. y MORGAN, H.G. Epidemiologia Psiquiátrica. Madrid, Patronato Nacional de Assistência Psiquiátrica, 1973.

- DIAMENT, A.J. e VALENTE, M.I. Aspectos Neurológicos da Deficiência Mental in: KRYNSKI, S. et Al. Deficiência Mental. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1979.

- FERREIRA, C.V.L. Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais em Amostra Hospitalar no Sul de Santa Catarina. Tese de Mestrado, PUC, Campinas, 1987.

- FONSECA, V. Educação Especial. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.

- FORATTINI, O. P. Epidemiologia Geral. São Paulo, Edgard Blucher, 1976.

- FROTA-PESSOA, O. Genética da Deficiência Mental, in: KRYNSKI, S. Novos Rumos da Deficiência Mental. São Paulo, Sarvier, 1983.

- Fundação Catarinense de Educação Especial, Secretaria de Educação Especial em Santa Catarina, Coleta 1984 do Setor de Informática. Florianópolis, 1984.

- GLAT, R. Desenvolvimento da Lógica e da Imaginação da Criança Sub-Dotata. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 39 (1) 148-9, 1987.

- GUISARD, D.M. Aplicação da Modificação de Comportamento em Crianças Deficientes Mentais em Situação de Escola, Tese de Mestrado, Estudos de Psicologia, Campinas, 1987.

- GRUNSPUN, H. Distúrbios Psiquiátricos na Criança. São Paulo, Atheneu, 1982.

- HAYWOOD, H.C. et Al. Mental Retardation. Annual Review of Psychology 33: 309-42, 1982.

- HEBER, R. Epidemiology of Mental Retardation. Illinois, Charles Thomas Sprigfield, 1970.

- KRYNSKI, S. et Al. Novos Rumos da Deficiência Mental. São Paulo, Sarvier, 1983.

- KRYNSKI, S. et Al. Deficiência Mental. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1979.

- LAURENTI, R. A Medida das Doenças, in: FORATTINI, O.P. Epidemiologia Geral. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

- LEMOS, M.M. Dez Princípios de Saúde Mental. Publicação nº 1 Coordenadoria de Saúde Mental, São Paulo, 1973.

- MADALENA, J.C. A Epidemiologia das Doenças Mentais. Hospital das Clínicas, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, 1977.

- MACKAY, R.Y. The Causes of Severe Mental Handicap: Developmental Medicine and Childhood Neurology, 24, 386-93, 1982.

- MATSON, J.L. Retardo Mental, in: Letner, H. e RANGÉ, B. Manual de Psicoterapia Comportamental. São Paulo, E.P.U., 1984.

- MATSUISHI, T. Possible Risk Factors and Signs of Mental Retardation - Comparativa Study of Mentally and Normal Children. The Kurume Medical Journal. 31: 301-307, 1984.

- MESQUITA, A.P. A Execução da Pesquisa Científica. J.B.M., 40: 80-82. 1981.

- Ministério da Educação e Cultura, Portaria Interministerial nº 186 de 1º de março de 1978, in: Subsídio para Organização e Funcionamento de Serviços de Educação Especial. 1984.

- MILLER, W.H. e MILLER, N.B. Therapist's Guidebook to Sistematic Parent training. Illinois, Research Press, 1979.

- MITLER, P. Research to Practice in Mental Retardation. Vol. I, Baltimore, University Park Press, 1977.

- MITLER, P. People not Patients: Problems and Policies in Mental Handicap. London, Methuen, 1979.

- Office of Health Economics, Mental Handicap - Partners in the Community?. London, 1986.

- Organização Mundial de Saúde, Epidemiologia de los Transtornos Mentales, O.M.S., Genebra, 1960.

- Organização Mundial de Saúde, Código Internacional de Doenças nº 9. Nomenclatura Diagnóstica, Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol. VI (3), 1982.

- PERNETA, C. Diagnóstico Diferencial em Pediatria. 3ª Ed.,Porto Alegre, 1985.

- RANTAKALLIO, P. and Wendt, L. von Risk Factors for Mental Retardation. Archives of Diseases in Childhood. 60, 946-52, 1985.

- REID, D.D. Los Metodos Epidemiológicos en El Estudio de los Transtornos Mentales. Genebra, 1964.

- ROUQUAYROL, M.Z. et Al. Epidemiologia e Saúde. Universidade de Fortaleza. INFOR/CNPq, 1983.

- SAMPAIO, J.J.C., Saúde Mental. in: Rouquayrol, M.Z. (organizadora) Epidemiologia e Saúde. Fortaleza, INFOR/CNPq. 1983.

- SANCHES, N.A. Estudo Epidemiológico de Clientes da Clínica Es COLA do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Tese de Mestrado, PUCCAMP, 1985.

- SHOENFELDT, B. O Diagnóstico Psicológico. in: KRYNSKI, S. et Al. Deficiência Mental. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1979.

- SOUZA, J.V. O Psicólogo na Equipe Multi-disciplinar. in: KRYNSKI et Al. Novos Rumos da Deficiência Mental, São Paulo, Sarvier, 1983.

- TELFORD, C.W. e SAWREY, O Indivíduo Excepcional. 3ª Ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

- TERZIS, A. A Ordem de Nascimento, Tamanho da Prole e Esquizofrenia. Tese de Doutorado, USP, São Paulo, 1978.

- TUREKI, S.K. The Retarded Adolecent Future. New York State Journal of Medicine, 1981.

- ULMER, L. Mental Retardation: Evolution of CARE. Journal MS MA, 31-35, 1984.

- WECHSLER, D. Escala de Inteligência para Crianças (WISC), Rio de Janeiro, CEPA, S/d.

- WOLMAN, B. Handbook of Clinical Psychology. New York, McGraw Hill, 1979

- World Health Organization, Mental Retardation: Meeting the Chalenge. Who Offset Publication nº 86, Geneva, 1985.

- ZIGLER, E. et Al. On the Definition and Classification of Mental Retardation. American Journal of Mental Retardation, 98 (3), 1984.

ANEXO 01

FORMULÁRIO

O formulário é constituído por variáveis que podem ser estudadas rapidamente pelo pesquisador, através de exame do prontuário de cada cliente, referente ao período de atendimento na Associação de Pais e Amigos do Excepcional de Araranguá, Santa Catarina.

O pesquisador coloca um número correspondente a alternativa que for correta, de acordo com as informações do prontuário do cliente na linha código.

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE CONTEÚDO	CÓDIGO
1	Número do formulário	_____
2		
3		
4	Sexo 0-SI 1-Masculino 2-Feminino	_____
5	Idade (Em anos)	
6		_____
7		
8	Data de Nascimento (Mes e ano)	_____
9		
10		

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
11	Cor 0-SI 1-Branca 2-Negra 3-Parda 4-Outros	_____
12	Naturalidade 0-SI 1-Araranguá 2-Municípios vizinhos 3-Municípios distantes, mas em SC 4-Outros estados	_____
13	ENCAMINHAMENTO 0-SI 1-Médico 2-Parentes 3-Conhecidos 4-Instituições (escolas etc) 5-Outros	_____
14	INFORMANTE 0-SI 1-Mãe 2-Pai 3-Avós 4-Outros familiares 5-Professor 6-Amigo 7-Outros	_____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
15	Com quem reside 0-SI 1-Pais originais 2-Pais adotivos 3-Familiares 4-Amigos 5-Outros	_____
16	Grau de instrução do pai ou responsável 0-SI 1-Analfabeto 2-Primário (1º grau) 3-Secundário (2º grau) 4-Superior 5-Outros	_____
17	Grau de instrução da mãe ou responsável 0-SI 1-Analfabeta 2-Primário (1º grau) 3-Secundário (2º grau) 4-Superior 5-Outros	_____
18	Ocupação do pai ou responsável 0-SI 1-Lavrador 2-Biscateiro 3-Autônomo 4-Funcionário público	_____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
19	5-Motorista 6-Operário assalariado 7-Desempregado 8-Aposentado 9-Comerciante 10-Pescador 11-Outros	
20	Ocupação da mãe ou responsável 0-SI 1-Lavradora 2-Biscateira 3-Autônoma 4-Do lar 5-Doméstica 6-Operária assalariada 7-Outros 8-Professora	_____
21 22	Tamanho da família a que pertence	_____
23 24	Localização na prole	_____
25 26	Renda familiar (em salários mínimos)	_____
27 28	Número de irmãos	_____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
29	Habitação 0-SI 1-Casa de madeira 2-Casa de alvenaria 3-Casa mista 4-Outros	———
30	Antecedentes de alcoolismo na família 0-SI 1-Pai 2-Mãe 3-Tios 4-Avós 5-Irmãos 6-Outros parentes 7-Desconhece 8-Vários 9-Outros	———
31	Condições de propriedade do imóvel 0-SI 1-Casa própria 2-Casa alugada 3-Casa cedida 4-Casa em aquisição 5-Outros	———
	Instalações hidráulicas 0-SI 1-Encanada	

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
32	2-Fonte (rios, nascentes, etc) 3-Poço 4-Outros	_____
33	Instalações elétricas 0-SI 1-Sim 2-Não 3-Outros	_____
34	Instalações sanitárias 0-SI 1-Fossa 2-Esgoto 3-Nenhuma 4-Outros	_____
35	Local do parto 0-SI 1-Hospitalar 2-Domiciliar 3-Outros	_____
36	Condições do parto 0-SI 1-Normal 2-Cezário 3-Fórceps 4-Prematuro 5-Outros	_____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
	Ocorrências do parto	
	0-SI	
	1-Sem particulares	
37	2-Cianose ou anóxia	____
	3-Outros	
	Antecedentes de Deficiência Mental	
	0-SI	
	1-Pai	
	2-Mãe	
	3-Irmãos	
	4-Tios	
38	5-Avós	____
	6-Primos	
39	7-Não há	
	8-Vários	
	9-Desconhece	
	10-Outros	
	Antecedentes de Doença Mental	
	0-SI	
	1-Pai	
	2-Mãe	
40	3-Primos	____
	4-Tios	
41	5-Avós	
	6-Irmãos	
	7-Não há	
	8-Vários	

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
	9-Desconhece 10-Outros	
42	Desenvolvimento neuropsicomotor 0-SI 1-Normal 2-Pouco atrasado 3-Bem atrasado 4-Outros	____
43	Providências tomadas 0-SI 1-Levou em médicos particulares 2-Levou em instituições 3-Não tomou providências 4-Outros	____
44	Temperamento do cliente 0-SI 1-Calmo 2-Agitado 3-Agressivo 4-Apático 5-Outros	____
	A que causa atribui o problema do cliente Quanto à mãe: 0-SI 1-Tombo 2-Medicação	

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
45	3-Doenças 4-Idade da mãe 5-Susto 6-Problemas emocionais 7-Parto difícil 8-Outros	____
46	A que causa atribui o problema do cliente Quanto à criança: 0-SI 1-Tombo 2-Medicação 3-Doenças, inclusive febre alta, etc 4-Susto 5-Outros	____
47	Temperamento do pai ou responsável 0-SI 1-Calmo 2-Agressivo 3-Indiferente 4-Nervoso 5-Outros	____
48	Temperamento da mãe ou responsável 0-SI 1-Calma 2-Agressiva 3-Indiferente	____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
	4-Nervosa 5-Outros	
49	Situação conjugal 0-SI 1-Ótima 2-Boa 3-Regular 4-Ruim 5-Outros	____
50	Relacionamento familiar 0-SI 1-Bom 2-Regular 3-Ruim 4-Outros	____
51	Hipóteses diagnósticas associadas 0-SI 1-Psicose 2-Deficiência física 3-Meningite 4-Epilepsia 5-Hidrocefalia 6-Microcefalia 7-Deficiência auditiva 8-Só deficiência mental 9-Outros	____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
52	Diagnóstico etiológico 0-SI 1-Acidente de Parto (anóxias etc) 2-Genético 3-Congênito 4-Desconhecido 5-Ambiental 6-Outros	____
53	Etiologia - Período de ocorrência 0-SI 1-Pré-natal 2-Peri-natal 3-Pós-natal 4-Desconhecido 5-Outros	____
54 55 56 57	Idade mental (Em anos e meses)	____
58 59	Q.I.	____
60	Classificação da deficiência 0-SI 1-Deficiência mental leve 2-D.M. Moderado 3-D.M. severo 4-D.M. profundo	____

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
	5-Atraso no D.N.P.M. 6-Outros	
61	Situação de escolaridade 0-SI 1-Nunca frequentou 2-Frequentou sem proveito 3-Frequentou com pouco proveito 4-Outros	———
62	Antecedentes de doenças 0-SI 2-Sífilis 4-Outros 1-Não há 3-Diabete	———
63	Queixa principal 0-SI 1-Problemas de aprendizagem 2-Agressividade 3-Atraso no desenvolvimento 4-Deficiências de audio-comunicação 5-Deficiências físicas 6-Outros	———
64 65 66 67	Data da matrícula (mes e ano)	———
68	Informações do prontuário 1-Incompleto 2-Completo 3-Outros	———

POSIÇÃO NO CARTÃO	CÓDIGO DE POSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO	CÓDIGO
69	Clareza do prontuário 1-Legível 2-Parcialmente legível 3-Ilegível 4-Outros	____

ANEXO 02

Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional - CARE

Caixa Postal 152 — Fone: (0485) 22-0825

Rua XV de Novembro, 2333

ARARANGUÁ — STA. CATARINA

PRONTUÁRIO Nº._____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ anos _____ meses. Cor: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Responsável: _____

Profissão: _____

Instituto de Previdência: _____

ENDEREÇO:

Rua: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Encaminhado: _____

AVALIAÇÕES:	DATA	RÚBRICA
— Serviço Social	___/___/___	
— Pediatria	___/___/___	
— Psicologia	___/___/___	
— Pedagogia	___/___/___	
— Fisioterapia	___/___/___	
— Psicomotricidade	___/___/___	
— Reunião de Estudo	___/___/___	
— Orientação	___/___/___	

Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional - Care

SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

Nº._____

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

1 - IDENTIFICAÇÃO :

Nome:_____

Local e data de Nascimento:_____

Residência: _____

_____

Ponto de Referência: _____

Encaminhado por:_____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Responsável _____

Renda mensal familiar:_____

Taxa: _____

Associado: _____

Informantes:_____

2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

N O M E	PARENTESCO	IDADE	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	GRAU INST.	OCUPAÇÃO	L. TRABALHO	HORÁRIO	RENDIMENT.

RELIGIÃO _____

OBSERVAÇÕES: _____

3 - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA: Pai ( )
Mãe ( )
Cliente ( )

4 - RECREAÇÃO E LAZER :

De que forma a família procura desfrutar seus momentos de lazer:

_____

_____

_____

5 - CONDIÇÕES HABITACIONAIS :

Residência :

Madeira ( ) Própria ( ) Em aquisição ( ) Valor _____

Alvenaria ( ) Alugada ( ) Valor _____

Outros ( ) Cedida ( )

Dependências : _____

_____

_____

_____

Água:

Encanada ( ) Fonte ( ) Poço ( ) Outros _____

Fossa: Sim ( ) Esgoto : Sim ( )

Não ( ) Não ( )

Energia : Sim( )

Não( )

Tipo: _____

Aparelhos Eletrodomésticos :

TV ( ) Geladeira ( ) Fogão a gás ( ) Fogão a lenha ( )

Outros: _____

Observações: _____

6 - SITUAÇÃO DE SAÚDE:

Familiares: _____

_____

História mórbida familiar: _____

_____

Do menor - Gestação: _____

_____

Parto _____

_____

7 - DADOS RELATIVOS AO MENOR : (Cliente)

Temperamento: Calmo ( ) Carinhoso ( )
Agitado ( ) Colaborante ( )
Agressivo ( ) Apático ( )

Alimentação :

Tipo: _____

Quem alimenta: _____

Aceitação: _____

Higiene :

Banho: _____

Hábitos: _____

Sono :

Onde dorme: _____

Com quem dorme: _____

Calmo ( ) Agitado ( )

Lazer: Se brinca: _____

Com quem: _____

Encorajamento para cooperação no lar: _____

8 - NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO DOS PAIS :

Queixa: _____

Que causas atribuem ao problema de seu filho: _____

Como tomou Conhecimento sobre o problema de seu filho: _____

Providências tomadas: _____

9 - NÍVEL DE ASPIRAÇÃO À CRIANÇA:

O que espera do CARE/APAE: _____

_____

_____

_____

Como preveem o futuro do seu filho: _____

_____

_____

10 - DINÂMICA FAMILIAR:

Pai: _____

_____

_____

_____

Mãe: _____

_____

_____

_____

Situação Conjugal: _____

_____

_____

_____

Relacionamento com: _____

Mãe: _____

_____

Pai: _____

_____

Irmão: _____

_____

Vizinhos: _____

_____

11 - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES :

_____

_____

_____

Araranguá, _____ / _____ / _____

Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional - CARE

Rua XV de Novembro, 2333 - 88900 - Araranguá - S. C.

UNIDADE:

FICHA EVOLUTIVA

PRONTUÁRIO Nº.

NOME:

DATA DE NASCIMENTO

DATA	IC	

CARE/APAE
GABINETE PEDIÁTRICO

PRONTUÁRIO Nº.: _____

DATA DA AVALIAÇÃO _____/_____/_____

I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome: _____

IC: _____ DN: ____/____/____ Sexo: _____ Cor: _____

Examinador: _____ Informante: _____

II - ANAMNESE:

a) - Motivo da consulta: _____

b) - História da doença atual: _____

c) - Revisão dos sistemas: _____

d) - Antecedentes:

1. - Gestação e parto: _____

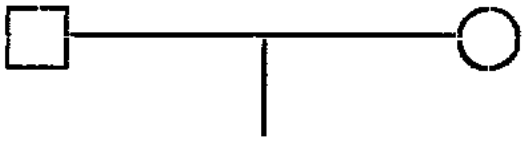
2. - Alimentação: _____

3 - Vacinações: _____

4. - Desenvolvimento: _____

5. - Morbidades: _____

6. Família:



III - EXAME FÍSICO:

P:_____ E:_____ PC:_____ Tax:_____ PA:_____/_____

IV - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E PROBLEMAS:

V - CONDUTAS:

a) - Terapêutica:

b) - *Exames complementares:*

c) - Encaminhamentos:

CARE/ APAE

GABINETE NEUROLÓGICO

PRONTUÁRIO Nº. _____

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome: _____

IC: _____ DN: ____/____/____ Sexo: _____ Cor: _____

Examinador: _____ Informante (s): _____

II - EXAME NEUROLÓGICO :

1 - Obeservações Gerais :

Estado emocional : _____

Atividade espontânea: _____

Limites de atenção : _____

Orientação tempo/espaço: _____

Inteligência aparente: _____

2 - Funções de Linguagem:

Fala: _____

Expressão: _____

Compreensão: _____

3 - Função Sensorial :

A) Sensibilidade tátil -

Dupla estimulação : _____

Grafoestesia: Mão D: _____ Mão E: _____

Dedos intercalados: Mão D: _____ Mão E: _____

B) Visão (SNELLEN): _____

Audição: _____

4 - Função Motora :

A) Motricidade passiva (tono muscular)

Consistência: _____

Extensibilidade : _____

Passividade: _____

Paratonia : _____

Massa muscular: _____

B) Motricidade ativa -

Motricidade espontânea: _____

Força muscular: _____

Coordenação : _____

Sincinesias: _____

Refexos musculares - Superficiais: _____

Profundos: _____

Equilibrio - Estático: _____

Dinâmico: _____

Marcha: _____

5 - Pares cranianos: _____

6 - Praxias e Gnosias: _____

Obs: _____

V - EXAME FÍSICO GERAL: - E- _____ P- _____ PC- _____

VI - RESUMO: _____

VII - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): _____

VIII - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS E TRATAMENTO INICIAL: _____

Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional - CARE/APAE

SETOR PSICOLÓGICO

PRONTUÁRIO Nº._____

NOME: _____

I. C._____ IM.: _____ QI.: _____ Série: _____

Entrevista com a mãe: _____

Atitude do menor durante o exame: _____

Testes Aplicados: _____

Sintese Diagnóstica: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Observações: _____

_____/_____/_____

_____
PSICOLOGA

Centro Araranguaense de Recuperação do Excepcional - CARE/APAE

Rua: XV de Novembro, 2333 - Caixa Postal, 152 - 88.900 - Araranguá

SETOR DE PEDAGOGIA

NOME:

DN:

IC:

Data da avaliação:

Avaliadores:

RELATÓRIO PEDAGÓGICO

Técnicas de Exame: _____

Conclusões: _____

Parecer Pedagógico: _____

Sugestões: _____

CENTRO ARARANGUAENSE DE RECUPERAÇÃO DO EXCEPCIONAL DE ARARANGUÁ - CARE
Rua 15 de novembro, 2553 - Caixa Postal 152 - Telefone: 220825 (0485)
CEP 88900 - ARARANGUÁ - ESTADO DE SANTA CATARINA.

I - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Local de Nascimento: _____

Informante: _____

II - QUEIXA PRINCIPAL:

_____

_____

_____

III - HISTÓRIA PESSOAL:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV - HISTÓRIA MÓRBIDA FAMILIAR:

_____

_____

V - INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VI - PARECER:

I - Médico:

_____

_____

_____

2 - Psicológico:

3 - Social:

4 - Pedagógico:

VII - CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA FINAL:

VIII - PROGNÓSTICO:

IX - PROGRAMAÇÃO TERAPEUTICA:

X - ORIENTAÇÃO:

XI - OBSERVAÇÃO:

CENTRO ARARANGUAENSE DE RECUPERAÇÃO DO EXCEPCIONAL - CARE/APAE
RUA XV DE NOVEMBRO, 2333 — ARARANGUÁ — S.C.

FICHA EVOLUTIVA SEMESTRAL

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: Nº. DA GE

DATA NASC.: DATA DA MATR.

PARECER MÉDICO:

PARECER PSICOLÓGICO:

PARECER SOCIAL:

PARECER PEDAGÓGICO:

CONCLUSÃO :

ARARANGUÁ, ____ / _____ / 19____

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

Rua: XV de Novembro, 2333 – 88.900 – Araranguá - S. C.

RELATÓRIO TÉCNICO PARA DESLIGAMENTO OU ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

NOME Nº. DA GE

IDADE

DATA DE MATRÍCULA NA ENTIDADE

DATA DO DESLIGAMENTO

PARECER MÉDICO

PARECER PSICOLÓGICO

PARECER SOCIAL

PEDAGÓGICA

CONCLUSÃO

ARARANGUÁ_____/_____/ 198____

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC - Rio, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Maria Helena Novaes Mira - Orientadora
PUC - RJ - Psicologia

Maria Euchares de Senna Motta
PUC - RJ - Psicologia

Sonia Botelho Junqueira
PUC - RJ - Serviço Social

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro , 01 de julho de 1988

Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos programas de Pós-graduação
do Centro de Teologia e Ciências Humanas.