**UM RELATO DE APRENDIZAGEM COM DEFICIENTES MENTAIS LEVE E MODERADOS**

Thayrine Porto Drumond[[1]](#footnote-1)

Tatiany Mendonça de Oliveira¹

Vanessa Tiemi Duarte¹

Vilma Maria S. S. Lenzi¹

Margareth Bertoli Grassani[[2]](#footnote-2)

**RESUMO**

O presente relato de aprendizagem traz como tema norteador a deficiência mental, mais especificamente sobre a sua história, origem e etapas para obtenção do diagnóstico, apresentando através do planejamento de ação as especificações e as atividades aplicadas na Instituição Pequeno Cotolengo. Descrição da experiência:O objetivo geral do trabalho foi explorar as principais possibilidades e comprometimentos dos deficientes mentais leve e moderado que residem na Casa Lar da Instituição Pequeno Cotolengo, através das atividades de aprendizagem. A intenção era perceber a capacidade de audição, repetição e de comando desses moradores, além da identificação da capacidade cognitiva e motora. As atividades propostas para o Projeto Solidariedade III foram desenvolvidas nos dias 28 de Abril de 2014 (segunda-feira), das 13h00min ás 14h30min, 30 de Abril de 2014 (quarta-feira), das 13h00min ás 14h00min, 05 de Maio de 2014 (segunda-feira), das 13h00min ás 14h00min e 07 de Maio de 2014 (quarta-feira), das 13h00min às 14h00min e 14 de Maio de 2014 (quarta-feira) das 13h00min às 14h00min, nas dependências da InstituiçãoPequenoCotolengo, mais especificamente na Casa Lar. Contando com a presença do grupo de trabalho, formado por quatro acadêmicas do 7º período do Curso de Graduação em Psicologia, das Faculdades Pequeno Príncipe, uma Psicóloga Social da própria Instituição e 6 moradores de ambos os sexos. Através deste relato de aprendizagem, o grupo pode conhecer e se aprofundar mais na área da Psicologia das Necessidades Especiais, reconhecendo a sociedade deficiente como tão ou mais importante que a identificação da pessoa deficiente e que os modelos sociais são distintos dos modelos médicos e que as tendências de mudança na forma de entendimento da deficiência é responsabilidade da sociedade.Efeitos alcançados: É notável que exista uma necessidade de cuidado intenso devido às limitações que a deficiência impõe. Naturalmente essa responsabilidade recai em geral sobre as mães, que muitas vezes não dispõem de tempo e disposição para esta ocupação, a partir disso as instituições.

**PALAVRAS-CHAVE:** Deficiência mental; Necessidades especiais; Aprendizagem.

**INTRODUÇÃO**

O presente relato de aprendizagem traz como tema norteador a deficiência mental, mais especificamente sobre a sua história, origem e etapas para obtenção do diagnóstico, apresentando através do planejamento de ação as especificações e as atividades aplicadas na Instituição Pequeno Cotolengo.

O objetivo geral do trabalho foi explorar as principais possibilidades e comprometimentos dos deficientes mentais leve e moderado que residem na Casa Lar da Instituição Pequeno Cotolengo, através das atividades de aprendizagem. A intenção era perceber a capacidade de audição, repetição e de comando desses moradores, além da identificação da capacidade cognitiva e motora.

A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica, enriquecida com a prática de aprendizagem ocorrida em cinco encontros, sendo eles o diagnóstico institucional, duas atividades práticas e dois *feedbacks.* O trabalho foi organizado em oito partes, iniciando com a discussão conceitual, seguido do diagnóstico Institucional, os objetivos, o planejamento de ação, os relatos das atividades, as considerações teóricas da Psicologia Positiva e da Gestalt e as considerações finais.

A palavra Deficiência Mental durante o transcorrer da história vem recebendo diversos significados e é discutida com frequência, em decorrência de sua complexidade (COELHO E COELHO, 2001; GOMES *ET. AL*., 2007; RIZZINI E MENEZES, 2010; MEDEIROS E DINIZ, 2004).

No final do século XX inicio do século XXI foram realizados uma série de documentos oficiais, em formato de leis e políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência. Porém mesmo com o avanço destas publicações é possível observar entraves na implementação dessas leis e diretrizes, tornando continuo a pouca visibilidade destas pessoas. Se as diretrizes não forem publicadas na prática, as pessoas com deficiência mental permanecerão tendo seus direitos violados e infringidos. (RIZZINI E MENEZES, 2010; MEDEIROS E DINIZ, 2004).

# DISCUSSÃO CONCEITUAL

## Deficiência Mental

A deficiência mental vem sendo conceituada a partir de diversas concepções, ou seja, está associada a três fatores, que segundo Rizzi e Menezes (2010) são:

(1)a evolução do conceito de deficiência ao longo da história, tendo como “ponto de origem” a aproximação com o fenômeno da loucura e de sua institucionalização; (2)as interfaces da deficiência junto aos saberes e práticas da medicina da pedagogia, da justiça e da assistência social, configurando-se numa constelação de interesse e apropriações de grande complexidade; e (3) clivagens teóricas importantes na compreensão da deficiência, polarizadas, por um lado, entre o modelo médico e o modelo social e, por lado, entre o modelo organicista e o modelo não organicista (RIZZI E MENEZES, 2010, p.14).

A etiologia na deficiência mental é, por diversas razões, um dado importante para o diagnóstico e classificação. A realização de uma avaliação diagnóstica para definir a etiologia do retardo mental pode ser questionada por alguns pais e/ou responsáveis, pelo valor da testagem, pelos resultados não alterarem o tratamento do sujeito ou outros fatores, entretanto deve-se orientá-los que as informações apuradas da origem e dos fatores causais pode prevenir e/ou minimizar outros problemas (AAMR, 2006).

Quanto mais profundo é o estudo das questões iniciais da deficiência mental, mais sobre as causas que afetam e prejudicam o desenvolvimento do cérebro antes, durante ou após o nascimento são descobertas. Estas descobertas podem ser categorizadas como condições genéticas, ou seja, anomalias dos genes; problemas durante a gravidez, como o uso de álcool ou drogas pela mãe; problemas no parto, como por exemplo, condições de estresse no parto; problemas após o nascimento, como doenças da infância e toxinas ambientais; ou pobreza e privação cultural, quando à baixa estimulação. Todas essas categorias podem resultar em danos irreversíveis podendo ser causas de deficiências mentais (PAULA, 1996).

A etiologia da deficiência mental pode ser entendida como um construto multifatorial composto de quatro categorias de fatores de risco: biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais, como pode ser visto na tabela 1.

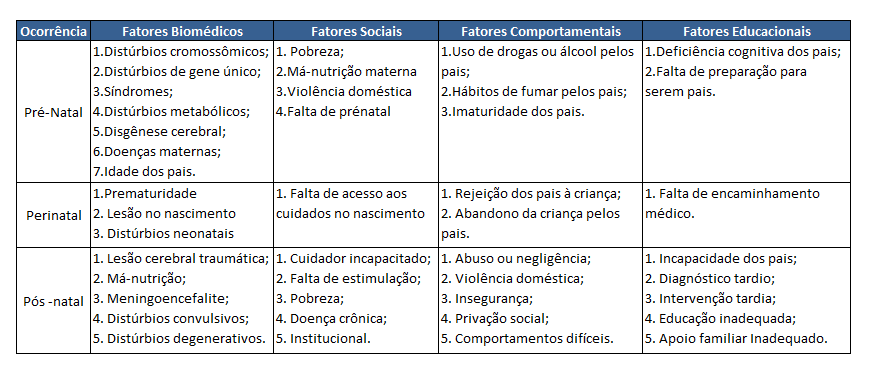


Tabela 1: Fonte AAMR (2006, p.124).

Com o propósito de oferecer ao sujeito e sua família uma atenção mais individualizada e lhes proporcionar uma vida menos carregada, com melhor qualidade; é indispensável conhecer em todos os detalhes a origem dos comportamentos e os prováveis diagnósticos (FACION, 2007). Para Dessen e Silva (2000) nestes momentos de atenção e no decorrer do desenvolvimento evolutivo, a família exerce papel fundamental, pois é por meio das informações que ela traz do ambiente estimulador, das interações e das relações que ela mostra que o desenvolvimento do indivíduo é ou não isolado do desenvolvimento da família.

Ao longo dos tempos foram sendo utilizados diferentes terminologias e diferentes critérios, para indicar pessoas com deficiência mental. A deficiência mental faz referência a atrasos no desenvolvimento intelectual, manifestando-se por reações imaturas, tanto aos estímulos ambientais quando a desempenhos sociais abaixo da média. Por muito tempo o termo idiota foi utilizado para classificar pessoas com níveis diferentes de deficiência mental, este termo foi derivado da palavra grega *idiotos* que significava a pessoa que não participava da vida pública. Mais tarde, no começo do século XX estudos científicos mais adequados quanto à deficiência mental trouxeram umatentativa de sistematização do conceito, porém mesmo havendo um termo cientifico até hoje a deficiência mental está associada ao rótulo pejorativo empregado naquela época (COELHO E COELHO, 2001).

A partir da metade século XX a *American Associationon Mental Deficiency* (AAMD) alterou conceitos importantes quanto a deficiência mental, tanto que posteriormente denominou-se *American Associationon Mental Retardation*(AAMR). A nova definição veio do estudioso Grossman que se referiu a deficiência mental como um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, tendo o QI de 70 ou inferior, resultando em um comprometimento significativo no comportamento adaptativo (COELHO E COELHO, 2001; GOMES *ET. AL*., 2007; RIZZINI E MENEZES, 2010).

Coelho e Coelho (2001) relatam que as definições mais recentes da deficiência mental foram publicas em 1992 pelo CID.10 e pela APA em 1994, já o DSM-IV manteve os diferentes níveis de deficiência mental e não complementou os níveis de apoio que a AAMR utilizou.

Nesta nova versão, o comportamento adaptativo é constituído por dez áreas: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, competências sociais, inserção comunitária, orientação pessoal, saúde e segurança, aprendizagens acadêmicas funcionais, ocupação de tempos livres e trabalho. No entanto, não existem normas estandardizadas para a medição do comportamento adaptativo (COELHO E COELHO, 2001, p.125).

A deficiência mental não é um problema cognitivo simples, mas sim um problema cognitivo que se manifesta em uma fase precoce do desenvolvimento, condicionando a evolução global do indivíduo, sua personalidade, seus comportamentos adaptativos e suas relações sociais, ou seja, é a resultante de diferentes fatores. Este conceito não deve ser de forma alguma associado com a incompetência, pois o conceito de incapacidade simboliza um estado negativo de funcionamento da pessoa, associado ao ambiente humano e físico inadequado e não um tipo de condição (COELHO E COLEHO, 2001; COSTA, 2007).

A falta de acessibilidade e de visibilidade diante das inabilidades de uma pessoa cega para ler textos que não estejam em braile, de uma pessoa com baixa visão para ler textos impressos em letras miúdas, de uma pessoa em cadeira de rodas para subir degraus, de uma pessoa com deficiência intelectual para entender explicações conceituais, de uma pessoa surda para captar ruídos e falas. Configura-se, assim, a situação de desvantagem imposta às pessoas com deficiência através daqueles fatores ambientais que não constituem barreiras para as pessoas ditas normais (COSTA, 2007, s/p).

O desenvolvimento das pessoas deficientes mentais é diferente das demais pessoas, pois ela ocorre de lenta e irregular; estão presentes variações que fazem que determinadas áreas se devolvam mais e outras menos (COSTA, 2007).

A organização mundial de saúde define normalidade como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, ausência de doenças físicas ou mentais. Normalidade e saúde mental segundo Kaplan e Sadock(2007) são definidas como modelos de comportamento ou traços de personalidade característicos ou que estejam em consonância com certos padrões adequados e aceitáveis de se comportar e agir.

Em *Mental health a report f thesurgeongeneral*citado por Kaplan e Sadock(2007), informam que saúde mental é “deliberada como a realização bem-sucedidas das funções mentais, em termos de raciocínio, humor e comportamento, que resulta em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios e capacidade de se adaptar a mudanças e enfrentar adversidade”.

Segundo a descrição do DSM-IV, a característica essencial do RetardoMental é “funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”. Assim descreve-se retardo mental não como doença, mas como a consequência de um processo patológico no cérebro trajado por limitações nas funções intelectual e adaptativa, sem etiologia definida, e as implicações tornam-se evidentes pela dificuldade no funcionamento intelectual e nas habilidades de vida. (Kaplan e Sadock 2007)

Para Gorgatti e Teixeira retardo mental é classificado através de testes que medem o QI( Quociente de Inteligência), embora segundo ela não sejam parâmetros absolutos e não são suficientes para classificar uma pessoa como portadora desse diagnostico, sem outras confirmações.(Teixeira 2008)

De modo geral, avalia-se que resultados abaixo de 70 são considerados como deficiência mental. Entretanto, exista subclassificações dentro dessa condição como:

* Valor de QI entre 55 e 69: Deficiência Mental leve. Os indivíduos desse grupo são classificados como educáveis, capazes de aprender de fato. Embora a aprendizagem seja um pouco lenta. Possuem compreensão do que está sendo ensinado, demonstram retenção e capacidade de transferência. Em geral são capazes de obter um desenvolvimento considerado satisfatório, em uma escola de ensino regular, necessitando em alguns momentos de táticas de reforços, e também de desenvolver ótima adaptação social, e de fácil convívio em grupos diversificados, podendo chegar a constituir família (TEIXEIRA, 2008).
* Valor de QI entre 35 e 54: Deficiência Mental Moderada. Os indivíduos desse grupo em geral são mais treináveis do que propriamente educáveis, são capazes de desenvolver bons níveis de desempenho em atividades condicionadas e supervisionadas. Demonstram independência para cuidados pessoais,especialmente aqueles relacionados a higiene. Possuem adaptação satisfatória em ambientes sociais variados, porem demonstrem dificuldade em se adequar a escolas regulares, apresentam também distúrbios na coordenação motora (TEIXEIRA, 2008).
* Valor de QI entre 20 e 34: Deficiência Mental Grave, nesse grupo os indivíduos são treináveis por meio de métodos sistematizados. Possuem dificuldade de adaptação no meio social que interfere diretamente na adaptação escolar em ensino regular. São capazes de obter resultados satisfatórios em trabalhos sistematizados desde que supervisionados. Apresentam ainda, distúrbios na coordenação motora e na comunicação (TEIXEIRA 2008).
* Valor de QI abaixo de 19: Deficiência mental profunda: Nesse grupo os indivíduos apresentam dependência completa para atividades do cotidiano, dificilmente frequentam escolas de ensino regular, visto que sua adaptação social e aprendizagem são extremamente dificultadas, programas sistematizados não obtém resultados satisfatórios nesses grupos (TEIXEIRA, 2008).

Algumas características são comuns a quase todos os grupos, a primeira delas diz respeito a possíveis atrasos no desenvolvimento motor evidenciadas pelas capacidades motoras coordenativas (equilíbrio, tempo de reação, agilidade coordenação motora geral ritmo entre outras) do que nas capacidades motoras condicionais (resistência, força e flexibilidade). Podendo apresentar característicasfísicas limitantes como: hipotonia muscular, espaticidade ou obesidade crônica, dificuldade na obtenção de um controle satisfatório da postura. Embora essas características possam aparecer em decorrência do pouco estimulo ou estimulo adequado em função que esses indivíduos sofrem (TEIXEIRA, 2008).

Teixeira (2008) fala ainda de outra característica possível de ser evidenciada nesses casos como a instabilidade emocional que se manifesta por meio de reações de insegurança, apego extremado ou agressividade. Os portadores de deficiência mental apresentam ainda déficits mais evidentes nas intervenções intelectuais que exijam raciocínio lógico ou abstrato.

Modelos teóricos atuais sugeridos pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2006), utilizam para a compreensão da deficiênciauma abordagem multidimensional, avaliando o funcionamento individual, as dimensões de desenvolvimento e os sistemas de apoios adequados a cada sujeito. Este modelo teórico procura fortalecer o entendimento atual sobre a multidimensionalidade da deficiência mental e o papel da mediação que os apoios desempenham no funcionamento de maneira única. Percebe-se também que a necessidade de apoios pode influenciar o funcionamento da pessoa.

As cinco dimensões do modelo abrangem, segundo a AAMR (2006):

• Dimensão I – Habilidades Intelectuais

• Dimensão II – Comportamento Adaptativo

• Dimensão III – Participação, Interação e Papéis Sociais.

• Dimensão IV – Saúde (física mental e etiologia)

• Dimensão V – Contexto (ambiente e cultura)

A prevalência de deficiência mentalno Brasil segundo dados obtidos pelo IBGE em 2006 foi de 1,6% da população; valor provavelmente subestimado, mas suficiente para ser considerado como um problema de saúde pública.

Fora as restrições no funcionamento intelectual, a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2006) aborda as limitações no comportamento adaptativo (habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas) como um aspecto essencial no diagnóstico da deficiência mental.SegundoLorenzini (2002), o desenvolvimento do deficiente é bastante característico e as alterações específicas em geral irão interferir diretamente na sua capacidade de realizar diversas atividades.

As comorbidadesassociados à deficiência mental, podem ser alterações sensoriais, problemas cardiorrespiratórios, ortopédicos que podem interferir na aquisição motora.Além de fatores genéticos e de maturação orgânica, as experiências vivenciadas, o reconhecimento e exploração do próprio corpo, o ambiente e a convivência com as outras pessoas, tornam o individuo capaz de modificar suas respostas sensoriais, motoras, afetivas, cognitivas e sociais (LORENZINI, 2002).

## Deficiência Visual

Deficiência Visual pode ser descrita como uma limitação na visão que, mesmo com correção, afeta negativamente o desempenho de um individuo. Muster e Almeida citados por Teixeira (2008) consideram dois conceitos de deficiência visual, cegueira: perda total ou resíduo mínimo de visão. O individuo tem percepção a luz, porém esta não auxilia em seus movimentos, em sua orientação e na aprendizagem por meio visuais. Essa pessoa necessita de recursos e equipamentos para sua educação, como por exemplo o braile.Já o sujeito com Baixa Visão ou visão subnormal é aquele que possui a recepção de resquício visual, que auxilia na leitura, utilizando-se de soluções didáticas ou equipamentos especiais. Ele pode apresentar dificuldade em executar tarefas visuais, mesmo com a indicação de lentes corretivas.Em meados do século XVII, muitas crianças eram institucionalizadas a fim de receberem treinamento intensivo suficiente para serem inseridas em seus lares, porem não tiveram sucesso (TEIXEIRA, 2008).

## Deficiência Mental e o Autismo

SadockeSadock (2007) informam que ate dois terços de crianças e adultos com retardo mental tem transtornos mentais co-morbidos. Essa prevalência de psicopatologia parece estar relacionada à seriedade do retardo mental, quanto maior for à gravidade, maiores são as chances de outros transtornos mentais.

Nos grupos de Retardo mental leve a frequência é maior para os casos de Transtorno de conduta e diruptivos, já para o grupo mais grave apresentam Transtorno, como auto-estimulação e automutilação. Aqueles com retardo mental profundos exibem menor possibilidade de exibir sintomas psiquiátricos. Para os casos graves, as taxas de transtorno autista e de transtorno Globais do desenvolvimento são altas (DSM-IV-TRTM, 2002).

Outros sintomas que os indivíduos podem apresentar são: hiperatividade, diminuição da capacidade de atenção, auto-agressividade e comportamentos estereotipados repetitivos (DSM-IV-TRTM,2002)

Para casos de retardo mental associadosao autismo é possível observar as características típicas desse transtorno como: baixa interação social e da comunicação, baixo repertório nas atividades e nas áreas de interesse, podendo haver grave comprometimento dos múltiplos comportamentos não verbais, por exemplo, falta de contato visual direto, ausência de expressão facial, postura e imagem corporal que colaboram para interação social e a comunicação. Podem possuir fracasso nos relacionamentos com seus familiares, os jovens podem apresentar pouco ou nenhum interesse em criar amizades. Existe uma falta de percepção do outro, podendo não ter idéia da necessidade alheias (SADOCK E SADOCK, 2007).

No que se refere à comunicação pode haver comprometimento no sentido de atraso ou ausência da linguagem falada, em geral para os que conseguem desenvolver a fala demonstram não serem capazes de iniciar ou manter uma conversa. Os indivíduos portadores dessa desordem apresentam padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e atividades como foco e intensidade anormais (SADOCK E SADOCK, 2007).

## Direitos dos Deficientes Mentais

Em 1989 na Convenção sobre direito da criança nos artigos 2 e 23 foram abordados a deficiência da seguinte forma:

Artigo 2

1.Os Estados Partes respeitarão os direitos enunciados na presente Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança sujeita à jurisdição, sem distinção alguma independentemente de raça, cor, sexo, idioma, crença, opinião política ou de outra índole, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, deficiências físicas, nascimento ou qualquer outra condição da criança, de seus pais ou de seus representantes legais.

2.Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar a proteção da criança contra toda forma de discriminação ou castigo por causa de condição, das atividades, das opiniões manifestadas ou das crenças de seus pais, representantes legais ou familiares.

3.Atendendo às necessidades especiais da criança deficiente, a assistência prestada, conforme disposto no parágrafo 2 do presente Artigo, será gratuita sempre que possível levando-se em consideração a situação econômica dos pais ou das pessoas que cuidem da criança, e visará a assegurar à criança deficiente o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a mais completa integração social possível e o maior desenvolvimento individual factível, inclusive seu desenvolvimento cultural e espiritual.

5.Os Estados Partes promoverão, com espírito de cooperação internacional, um intercâmbio adequado de informações nos campos da assistência médica preventiva e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes, inclusive a divulgação de informações a respeitos dos métodos de reabilitação e dos serviços de ensino e formação profissional, bem como o acesso a essa informação, a fim de que os Estados Partes possam aprimorar sua capacidade e seus conhecimentos e ampliar sua experiência nesses campos. Nesse sentido, serão levadas especialmente em conta as necessidades dos países em desenvolvimento (UNICEF, 1989, p.06).

Artigo 23

1.Os Estados Partes reconhecem que a criança portadora de deficiência físicas ou mentais deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade (UNICEF, 1989, p.16).

Em 1994 como resultado da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais houve a Declaração de Salamandra proclamando:

-Cada criança tem o direito fundamental à educação e deve ter a oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem;

-Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias;

-Os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos implementados tendo em vista a vasta diversidade destas características e necessidades;

-As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades;

-As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa ótima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo (UNESCO, 1994, p.08-09)

# 

Em 1999 na Convenção da Guatemala, adotada na Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, afirmam que

as pessoas portadoras de deficiência tem os mesmo direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que estes direitos, inclusive o de não ser submetido à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano (GUATEMALA, 1999, p.10).

Com o decorrer dos anos novas declarações foram sendo renovadas e discutidas como em Outubro de 2004 foi aprovado o documento da Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual; 2006 em uma Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), houve a aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tendo como objetivo ratificar os direitos dos cidadãos com deficiência, proibindo a discriminação. (RIZZINI E MENEZES, 2010).

O Brasil vem adotando todas essas diretrizes e normas, sendo os de destaque a Constituição da República Federativa do Brasil (1988); Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996); Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999); Plano Nacional de Educação (2001); Lei n°10.216, de 6 de abril de 2001; Portaria GM n°336 de 19 de fevereiro de 2002; Portaria GM n°1.608, de 13 de Agosto de 2004 e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) (RIZZINI E MENEZES, 2010).

**Método**

Para realização desta pesquisa que teve abordagem qualitativa, utilizou-se o relato de aprendizagem, que se baseia na análise de um caso real e a sua relação com as hipóteses, modelos e teorias existentes, ou seja, desenvolve-se através de uma realidade específica, podendo ser uma instituição, comunidade, família ou um único indivíduo (FONSECA, 2007).

Os participantes deste estudo foram moradores da casa lar do Pequeno Cotolengo, de ambos os sexos, diagnosticados com Deficiência mental.

O instrumento usado para coleta de dados foi à observação sistemática no contexto institucional. Os encontros ocorreram nas segundas e quartas-feiras, no período da tarde, tendo uma hora de duração.

**Descrição e análise dos dados**

Diante dos dados coletados em observações feitas pelo grupo de pesquisa, foram destacados o diagnóstico institucional (Quadro 1), planejamento de ação (Quadro 2) e os relatos de aprendizagem (Quadro 3).

**Quadro 1:** Diagnóstico Institucional

|  |
| --- |
| O Pequeno Cotolengo, local onde o Projeto Solidariedade III foi desenvolvido, está localizado na Rua José Gonçalves Junior, 140, bairro Campo Comprido, em Curitiba-PR.  A denominação “PequenoCotolengo” surge com o Padre José Benedito Cotolengo, fundadorda instituição que acolhia pobres doentes na cidade de Turim na Itália, batizada “*La Piccola Casa*”. Após conhecer a história e a filosofia espiritual de ajuda às pessoas deficientes do local, o então Arcebispo de Curitiba, Dom Manuel da Silveira D’Elboux deu inicio a construção do Pequeno Cotolengo Paranaense que foi fundado em 25 de Março de 1965. A Vila de Caridade tem caráter filantrópico e vem sendo mantida até hoje através de doações da comunidade.  Com a missão de melhorar a qualidade de vida proporcionando inclusão social à pessoa com deficiência múltipla, o Pequeno Cotolengo visa ser referência em gestão moderna e inclusiva como instituição especializada até 2015. Seguindo valores de fé, promoção humana, caridade, transparência e compromisso.  Sua estrutura tem capacidade para atender 230 pessoas com necessidades especiais em todo o Paraná, atualmente contém 205 moradores, tendo 28 com idade entre 0 a 18 anos. A instituição é considerada um abrigo de longa permanência; seus moradores foram retirados de suas famílias por problemas como, negligência, agressão, imprudência, abandono, entre outros. No interior da sede são divididos cinco grandes lares além da Casa Lar. O 1° denominado Anjo da guarda e o 2° Santa Terezinha, são lares misto; alguns moradores são traqueostomizadose utilizam sonda; o 3°, Maria de Nasaré, residem apenas pessoas do sexo feminino, já o 4° lar, São Francisco, habitam apenas pessoas do sexo masculino. O 5° lar, Divina Providência é totalmente cercado por grades e portões, pois nele estão moradores do sexo masculino que além da doença mental tem associado o transtorno de conduta. As Casas lares, contém 1 casa masculina e 4 femininas. Em cada casa residem dois moradores por quarto e uma mãe social para supervisionar e auxilia estes em seus afazeres domésticos e pessoais. Os moradores que habitam esta estrutura da sede possuem mais autonomia, tendo a possibilidade de envolvimento em trabalhos dentro da instituição, desta forma muitos deles são incentivados a exercer uma carreira profissional, na panificadora, no restaurante e até mesmo na fábrica de fraldas.  Para que haja uma melhoria constante na qualidade de vida e bem estar de seus habitantes, o Pequeno Cotolengo desenvolve constantemente Projetos de desenvolvimento; os três mais importante são Projeto Acolher que visa adequação no número de leitos do Lar Anjo da Guarda, pois desta forma a Instituição poderá acolher mais pessoas em situação de risco e o Projeto criança é divido em dois momentos, o primeiro tem como objetivo dar condições para o desenvolvimento e bem estar desses moradores e o segundo propõe prover por tempo determinado as necessidades de dietas especiais, produtos médicos hospitalares, matéria prima para confecção de fraldas descartáveis, alimentação, produtos de higienização de ambientes e de higiene pessoal, vestuário, materiais escolares e de escritório.  O Pequeno Cotolengo conta com 400 funcionários contratados, sem contar com os voluntários que prestam ajuda a instituição e seus moradores. O trabalho voluntário deu inicio em 1975 com um pequeno grupo de pessoas dispostas a participar dos projetos sociais. Este trabalho vem sendo realizado até hoje com grande desempenho e dedicação. A Instituição valoriza os voluntários e sempre precisa de mais pessoas dispostas a ajudar e contribuir, porém ainda há muito a ser feito e trabalhado, pois principalmente nas Casas Lares, onde os moradores tem certa autonomia, os profissionais especializados vem trabalhando fortemente na independência, na evolução e na fixação do conceito de infância, adolescência, adultice e velhice. Pela condição da deficiência muitos desses voluntários influenciam os moradores a se infantilizarem, tratando-os como crianças e não adultos, assim o setor de Psicologia vem atuando para que haja uma melhor compreensão.  Em 2002 e 2005 o Pequeno Cotolengorecebeu o prêmio Bem Eficiente titulo que foi outorgado às entidades filantrópicas mais bem administradas do país. Esta premiação é uma iniciativa da Kanitz& Associados em parceria com a Accor, Firmenich, Grupo Solvay e Intermédica Saúde. Esta premiação se tornou símbolo de reconhecimento pelo trabalho realizado além do êxito alcançado pela instituição. |

**Quadro 2:** Planejamento de Ação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Horário** | **Encontro** | **Atividade** |
| 28.04.2014 | 13h00 às 14h00 | Primeiro Encontro | Atividade Lúdica com massa de modelar. |
| 30.04.2014 | 13h00 às 14h00 | Segundo Encontro | Feedback do primeiro encontro |
| 05.05.2014 | 13h00 às 14h00 | Terceiro Encontro | Atividade com música |
| 14.05.2014 | 13h00 às 14h00 | Quarto Encontro | Feedback do terceiro encontro |

Quadro 3: Relato de Aprendizagem

|  |  |
| --- | --- |
| **Encontro** | **Descrição do Encontro** |
| Primeiro | O encontro foi realizado no dia 28 de Maio de 2014 na quarta residência da unidade das casas lares do Pequeno Cotolengo, a atividade deu inicio às 13h00min na tarde de quarta-feira, tendo duração de uma hora e meia. Durante a atividade estavam presentes a Psicóloga Social da Instituição responsável pelos moradores;06 adultos moradores portadores de deficiências múltiplas, sendo 04 mulheres e 02 homens, com faixa etária entre 20 e 46 anos, além das 04 acadêmicas de Psicologia da Faculdades Pequeno Príncipe.  Por questões de preservação de identidade serão descritas com a primeira inicial do nome e a idade de cada morador. Na atividade estavam presentes C.35 com deficiência mental moderado; A.43 com deficiência mental leve e deficiência visual total; AA.43 com deficiência mental leve; M.22 com deficiência mental moderada; M.46 com deficiência mental leve e Y.20 com deficiência mental moderada associada ao autismo.  Inicialmente o grupo foi apresentado aos moradores, como estudantes de Psicologia, que estavam presentes naquele momento, para desenvolver uma atividade lúdica divertida. A psicóloga deixou as alunas a vontade para iniciar a atividade; o grupo desenhou a estrutura de uma simples casa em várias folhas sulfite (uma para cada participante) com cola de alto relevo. Foi proposto aos moradores que utilizassem as massinhas de modelar no contorno desta estrutura, com o intuito de identificar qual seria o entendimento cognitivo que eles teriam para realizar a atividade, se seguiriam as instruções dadas pelas acadêmicas, se haveria a identificação do objetodesenho e qual seria a reação diante da atividade.  Foi possível perceber que devido às diferentes deficiências dos participantes, cada trabalho foi desenvolvido de forma distinta e singular. Durante todo encontro o grupo de acadêmicas e a Psicóloga da Instituição, reforçaram os participantes positivamente com palavras de incentivo, após todos finalizarem a atividade o encontro foi encerrado.  Evidenciaram-se dificuldades particulares de cada morador para a realização da atividade proposta, porém alguns destes participantes surpreenderam o grupo acadêmico. O morador M.46mostrou-se extremamente detalhista, e ao invés de usar a massinha colorida nos contornos do desenho, adicionou na estrutura da casa os objetivos que estavam faltando, como janela, porta, chão, flores entre outros. A moradora C.35 diagnosticada com deficiência mental moderado, num primeiro momento, mesmo que demonstrando vontade para realizar a atividade, aparentou ao grupo de alunas o não entendimento da tarefa, quando uma das acadêmicas perguntou o que está desenhado na folha de papel sulfite, surpreendeu dizendo ser uma casa e após a outra acadêmica perguntar se entenderam o que teria de ser feito na atividade, a moradora repetiu a fala e iniciou o desenvolvimento da atividade perfeitamente dentro de seus limites.  Como uma das moradoras participantes, A43 além da deficiência mental tem deficiência visual à atividade aplicada a ela foi contraria, ou seja, a estrutura da casa foi feita de massinha de modelar e ela teria de pintar com a cola auto relevo, em cima da estrutura da casa.  Observação: Foto da atividade em anexo |
| Segundo | O encontro foi realizado no dia 30 de Maio de 2014 na sala do setor de Psicologia do Pequeno Cotolengo, estavam presentes as quatro acadêmicas do curso de Psicologia da Faculdades Pequeno Príncipe e a Psicóloga Social da Instituição responsável pelos moradores. O encontro deu inicio às 13h00min na tarde de segunda-feira, tendo duração de uma hora.  Por questões de preservação de identidade serão descritas com a primeira inicial do nome e a idade de cada morador para melhor compreensão do relato, tendo C.35 uma deficiência mental moderado; A.43 deficiência mental leve e deficiência visual total; AA.43 deficiência mental leve; M.22 deficiênciamental moderada; M.46 deficiência mental leve e Y.20 deficiência mental moderada associada ao autismo.  Foi realizado o fedbaackda atividade proposta no encontro anterior e discutido as impressões que as acadêmicas tiveram. Tendo em vista que algumas acadêmicas desconheciam a capacidade de alguns dos moradores e ficaram surpresas com a habilidade, desenvoltura e compreensão para execução da atividade.  Caso ocorrido com a moradora C.35 que apesar de ter um comprometimento, por conta de seu diagnostico de deficiência mental moderado e falta de comunicação verbal, foi a primeira a executar a atividade, e reproduzir dentro de seus limites como teria de ser desenvolvido a atividade. A Psicóloga informou às acadêmicas o diagnostico de cada participante da atividade; relatou o limite de desenvolvimento e compreensão de cada um, quais atividades que realizam durante a semana, as regras que cada morador deve cumprir e como é o dia-a-dia dentro da Instituição.  A profissional da Psicologia enfatizou que dentro da Instituição as pessoas que residem nas Unidades, não gostam de ser chamados de pacientes, pois segundo eles, não estão doentes, por isso todos são apontados como moradores. Referiu também à dificuldade que tem com os voluntários que muitas vezes infantilizam esses moradores, regredindo todo o processo de autonomia e independência que os profissional especializados trabalharam.  Duas das acadêmicas presenciaram uma moradora se impor diante das demais ao circular pelas residências da unidade Casa Lar. Ao perguntarem sobre ela a Psicóloga sorriu e relatou que esta era uma das moradoras mais difíceis de lidar; sua libido é extremamente apurada, além das injeções contraceptivas, dão antidepressivos para que ela controle essa reação fisiológica, porém mesmo assim diz ser difícil e muitas vezes a moradora tem de ser vigiada, pois durante as festas de caridade a mesma some e aparece apenas a noite. |
| Terceiro | O encontro foi realizado no dia 07de Abril de 2014 na quarta residência da unidade das casas lares do Pequeno Cotolengo, a atividade deu inicio às 13h00min na tarde de quarta-feira, tendo duração de uma hora e meia. Durante a atividade estavam presentes a Psicóloga Social da Instituição responsável pelos moradores; 06 adultos moradores portadores de deficiências múltiplas, sendo 04 mulheres e 02 homens, com faixa etária entre 20 e 46 anos, além das 04 acadêmicas de Psicologia da Faculdades Pequeno Príncipe.  Por questões de preservação de identidade serão descritas com a primeira inicial do nome e a idade de cada morador. Na atividade estavam presentes C.35 com deficiência mental moderado; A.43 com deficiência mental leve e deficiência visual total; AA.43 com deficiência mental leve; M.22 com deficiência mental moderada; M.46 com deficiência mental leve e Y.20 com deficiência mental moderada associada ao autismo.  Os moradores se posicionaram em um semicírculo, todos sentados no sofá da sala. Foram colocadas 4 músicas de diferentes estilos; no decorrer da música as acadêmicas instruíam os moradores a reproduzir movimentos que elas alinhavam, como por exemplo, erguer o braço direito ou esquerdo, rebolar com a mão na cintura, bater o pé direito ou esquerdo e assim por diante. Em alguns momentos era parado a musica e falava-se estátua.  Foi possível perceber que mesmo com a dificuldade motora e cognitiva, os moradores possuem boa compreensão e conseguem realizar muitas atividades. No momento que era dito estátua, por questões de impulso era possível perceber nos risos a ansiedade em se movimentar novamente, mas também diversão por estar trabalhando uma atividade diferente da rotina que estão acostumados.  Após a finalização da quarta música o encontro foi encerrado.  Evidenciaram-se dificuldades particulares de cada morador para a realização da atividade proposta, porém alguns desses participantes surpreenderam o grupo acadêmico, pois tinham total entendimento de direção. |
| Quarto | O encontro foi realizado no dia 14 de abril de 2014 na sala do setor de Psicologia do Pequeno Cotolengo, estavam presentes 02 acadêmicas do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe uma das Psicólogas responsável pelos pacientes. O encontro deu inicio às 13h00min na tarde de quarta-feira, tendo duração de uma hora.  Foi realizado *feedback* e discutido as impressões que as acadêmicas tiveram em relação ao encontro anterior. No sentido de que algumas acadêmicas desconheciam a capacidade de alguns dos moradores e ficaram surpresas com a capacidade de compreensão e execução de uma das atividades propostas.  Como foi no caso da paciente C.35 que apesar de ter um comprometimento, por conta de seu diagnostico de retardo mental moderado e falta de comunicação verbal, foi uma das primeiras a executar a atividade proposta.A psicóloga informou às acadêmicas que apesar desse comprometimento ela possui boa compreensão e consegue realizar as tarefas que lhe são cabíveis no lar. Ela informou ainda que esta paciente necessita de ajuda nas ocasiões em que utiliza o banheiro e no momento do banho, pois apresenta com quadro de TOC associado ao quadro clinico, e que a deixa com mania de lavar as mãos e tomar banho. Ela não tem introjetado o modo adequado de como tomar banho e por isso carece de supervisão.  Uma das alunas relatou que observou a dificuldade de uma das moradoras em levantar o braço direito e o esquerdo quando solicitado, a psicóloga esclareceu que a ela tem uma dificuldade cognitiva de compreensão, mas que sabe o que é direita e esquerda e ainda relata que é uma das poucas que frequenta a escola; foi identificado então que a moradora pode não ter executado a tarefa por vergonha, pois segundo a psicóloga ela possui agitação psicomotora em umas das mãos, o que a faz ficar segurando a mão que realiza o movimento.Surgiram questões sobre as dificuldades de cada um dos membros do grupo da casa de apoio de compreender lateralidade, controlar impulsividade e agitações que o momento propiciou.  Foram discutidas questões de como alguns membros se envolveram mais ou menos e que isso esta relacionado ao grau de comprometimento de cada um deles. Aqueles que têm maior compreensão, não se dispuseram com tanto afinco quanto aqueles que têm um grau maior de comprometimento.  As acadêmicas agradeceram a disponibilidade da psicóloga em atendê-las durante as atividades, e conversaram sobre a falta de material didático sobre o tema Deficiência Mental e o que levou a psicóloga a escolher seu campo de atuação profissional.  A psicóloga relatou que possui dificuldade em exercer plenamente sua função devidoa atuação em uma entidade Filantrópica, pois os recursos são limitados e o sistema é burocrático.  As alunas despediram-se da profissional agradecendo a oportunidade de aplicarem as atividades na instituição. |

**Considerações finais**

É notável que exista uma necessidade de cuidado intenso devido às limitações que a deficiência impõe. Naturalmente essa responsabilidade recai em geral sobre as mães, que muitas vezes não dispõem de tempo e disposição para esta ocupação, a partir disso as instituições especializadas acolhem esses indivíduos, retirando-os de situações de risco.Mesmo havendo leis e diretrizes aprovadas a mais de 20 anos que protejam essas pessoas, ainda está longe de serem 100% aplicadas.

A população sabe o “necessário” para identificar os grupos mais frágeis para ações imediatas, garantindo o cuidado e o tratamento que necessitam. Mas ainda há uma alienação conceitual e as pessoas acabam tendo conhecimento quanto a temas específicos, como inclusão escolar e relações familiares. São poucas as literaturas sobre a deficiência mental, sendo a área da educação a que mais reproduziu trabalhos e pesquisas.

Já dizia Foucault em 1991 “no instante mesmo em que a sociedade diagnostica a doença, exclui o doente”, ou seja, a palavra deficiente traz uma expressão de morbidez dificultando, atrasando e impedindo avanços na construção de conhecimentos.

O tema deficiência vem sendo debatido gradativamente e está ocupando cada vez mais espaço nas políticas públicas brasileiras. A ampliação deste debate vem sendo explorada com dificuldade, pois até mesmo o termo correto a ser utilizado é colocado em questão. Por muito tempo o termo deficiente foi evitado, pelo estigma que ela impunha; assim foram pesquisados termos alternativos como pessoa portadora de necessidades especiais, pessoa portadora de deficiência e até mesmo pessoa com deficiência, todas essas opções tinham o intuito de destacar a importância da pessoa.

No trabalho realizado, foi possível perceber que a Instituição PequenoCotolengo desmistifica todo conceito frágil que a sociedade impõe trazendo autonomia e independência a essas pessoas respeitando o limite de cada um desses moradores e lhes proporcionando bem estar e qualidade de vida.

A deficiência mental não deve ser entendida apenas como um problema particular/individual; há uma maximização conceitual envolvendo não só a área médica e psicológica;é uma união de áreas e conceitos, ou seja, estão envolvidas questões políticas, econômicas, sociais e antropológicas. Algumas pessoas têm dificuldade em aceitar os defeitos e costumes das pessoas “normais”, é evidente que irá ocorrer à exclusão e o preconceito com pessoas deficientes, pois ai entra em contexto o diferente e as muitas pessoas não estão preparadas para esta realidade.

Através deste relato de aprendizagem, o grupo pode conhecer e se aprofundar mais na área da Psicologia das Necessidades Especiais, reconhecendo a sociedade deficiente como tão ou mais importante que a identificação da pessoa deficiente e que os modelos sociais são distintos dos modelos médicos e que as tendências de mudança na forma de entendimento da deficiência é responsabilidade da sociedade.

**Referências**

ASSUMPÇÃO JR, F. B. **A família e o deficiente mental**. São Paulo: Paulinas, 1991.

AMARAL, L. **Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In AQUINO, J. G. (Org.) Diferenças e preconceitos na escola.** São Paulo: Summus, 1998, p. 11-30.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2007

BASAGLIA, F. (2005). ***Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.*** Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.

BUBER, M. **Eu e Tu**. São Paulo: Editora Moraes, 1982.

UNICEF, Assembléia Geral nas Nações Unidas, **Convenção sobre os direitos das crianças**, de 20 de Novembro de 1989. Parte I.

COELHO, L.; COELHO, R. Impacto psicossocial da deficiência mental. **Revista PortuguÊs de Psicossomática**, v.3, n.1, p.123-143, jan/jun 2001.

COSTA, V. E. S. M., & Medeiros, M. (2009). **O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de EugèneMinkowski.***Psicologia em Estudo, 14*(2),375-383.

COSTA, P. R.**A contribuição da dimensão afetiva na aprendizagem de jovem com deficiência mental** (2007). (100). Dissertação (Especialização) – Universidade do Estado da Bahia. Salvador, 2007.

DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. **Deficiência mental e família**: uma análise da produção científica, ago/dez, 2000.

DILTHEY, W. (2008). ***Ideias acerca de uma Psicologia Descritiva e Analítica.***Tradução de Artur Morão. Covilhã: LusoSofia (Original publicado em 1894).

DSM-IV-TRTM. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Trad. Cláudia Dornelles; 4ª ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ESPANHA, UNESCO, junho de 1994, Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, **Declaração de Salamandra**, 1994.

GOLDBERG J. **Clínica da psicose:** Um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GOMES, A. et. al. **Atendimento educacional especializado**: deficiência mental. Brasília: MEC, 2007.

GUATEMALA, **Convenção da Organização dos Estados Americanos**, de 28 de maio de 1999, Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as pessoas Portadoras de Deficiência.

HOLANDA, A. (2009). **Fenomenologia e Psicologia: diálogos e interlocuções.** *Revista da Abordagem Gestáltica, 15*(2),87-92.

HOLANDA, A. (2001). **Psicopatologia, exotismo e diversidade:** ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo, 6*(2),29-38.

Husserl, E. (1980). ***MéditationsCartésiennes****. Introduction à laphénoménologie*, Paris: LibrairiePhilosophiqueJ.Vrin (Original de 1931).

LEAL, E. M. “**Psicopatologia do Senso Comum:** uma psicopatologia do ser social” In: SILVA FILHO, J.F. (orgs) Psicopatologia Hoje. Rio de Janeiro: UFRJ/ Centro de Ciências da Saúde, 2006.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. A **nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento**. Brasília: IPEA, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. (1999). **Fenomenologia da percepção.**São Paulo: MartStockinger, R. C. (2007). *Reforma Psiquiátrica Brasileira: Perspectivas Humanistas e Existenciais.* Rio de Janeiro: Vozes.ins Fontes (Original publicado em 1945).

Ministério da Saúde (2004). **Saúde Mental no SUS.** *Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINKOWSKI, E. (2000). **Breves reflexões a respeito do sofrimento** (aspecto pático da existência). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 3*(4),156-164 (Original publicado em 1968).

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J. **Clínica da Neurose na Gestalt-terapia.** Monografia de conclusão do curso de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis: UNISUL, 2006.

NUNES P. **Psicologia Positiva.** Disponível em: <file:///C:/Users/Guilherme/Desktop/Psicologia%20positiva.pdf>. Acesso em: 24. mai. 2014.

PACHECO, D. B.; VALÊNCIA, R. P. **A deficiência mental. In: BAUTISTA, R. (Org.)Necessidades Educativas Especiais.** Lisboa: Dinalivro, 1997.p. 209-223.

PAULA, L. A. L. Ética, cidadania e educação especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.02, n. 04, p.91-109, 1996.

PEREIRA, M. E. (2000).**Minkowski ou a psicopatologia como psicologia do pathos humano.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, III*, 153-155.

PERLS, F. HEFFERLINE R. & GOODMAN P. **Gestalt-terapia.**São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, Frederick. (1942). **Ego, Fome e Agressão.** São Paulo: Summus, 2002.

--------(1969).**Gestalt Terapia Explicada**. 7a.edição. São Paulo: Summus, 1977.

PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3(4),156-164 (Original publicado em 1968).

RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

RIBEIRO, J. P. **Vade- mécum de Gestalt-terapia:** conceitos básicos. São Paulo. Summus, 2006.

RIZZINI, I; MENEZES, C. D. **Crianças e adolescentes com deficiência mental no Brasil**. Rio de Janeiro: CIESPI, 2010).

Revista IGT na Rede, v. 5, n° 9, 2008, p.168-184. Disponível em <http://www.igt.psc.br>. Acesso em 24. Mai. 2014

SADOCK,J,B. SADOCK, A,V. **Compêndio de Psiquiatria, Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.**9ed. Porto Alegre.Artmed, 2007.

SELIGMAN, M., & CSIKSZENTMIHALYI M. **Positive psychology: An introduction**. American Psychologist, 55, 5-14, 2000.

SCHALOCK, R. L., BONHAM, G. S., & MARCHAND, C. B. **Consumer based quality of life assessment: A path model of perceived satisfaction.** Evaluation and Program Planning, 1(23), 77-87, 2000.

SHELDON, K. M. & KING, L.**Why positive psychology is necessary.**American Psychologist, 56 (3), 216-217, 2001.

TEIXEIRA, L. **Atividade Física Adaptada e Saúde, da teoria à prática**. São Paulo. Phorte Editora, 2008.

VAN DEN BERG, J. H. (1994). **O Paciente Psiquiátrico.**Campinas: Editorial Psy (Original publicado em 1966).

VAN DEN BERG, J.H. **O Paciente Psiquiátrico:** Esboço de uma psicopatologia fenomenológica. Campinas: Livro Pleno, 2000.

WALLON, H. **Psychopathologieetpsychologiegénétique. RevueEnfance. Paris: Laboratoiredepsycho-biologie de l’enfant. Numérospécial.**1-2, p. 35-41, Jan.-avr. 1963.

WRIGHT, B., & LOPEZ, S.**Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources.**InC.R.Snyder, & S.J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 26-44). New York: Oxford University Press, 2002.

YONTEF, Gary. **Processo, Diálogo e Awareness**. São Paulo: Summus,1998.

1. Acadêmicas do 8° período de Psicologia, Faculdades Pequeno Príncipe [↑](#footnote-ref-1)
2. Psicóloga, Mestre em Ciências da Educação, Professora da disciplina de Projeto Solidariedade III, Faculdades Pequeno Príncipe. [↑](#footnote-ref-2)