

Sobre a deficiência mental

A publicação deste número fica assinalada pela tentativa de procura de originais portugueses, uma das maneiras de incrementar e inventariar o que entre nós se produz, neste particular, numa área de confluência que é a Deficiência Mental.

Mito para uns, dramática realidade para outros, a deficiência mental existe tal como existe a inteligência, se por esta entendermos a capacidade abstractiva de leitura do real, registo, elaboração e resposta de que os humanos são detentores, embora não só.

O grande desafio da deficiência mental é o superdotado intelectualmente, que ninguém refuta. A confusão surge de reduções abusivas, do uso de indicadores ou ratios que pretendem circunscrever a deficiência mental a números.

Nas suas formas extremas de défice não tem controvérsia, por majoração do jogo, genético (génico ou cromossómico) ou lesional, mas já o mesmo se não passa quando apenas «se é um pouco deficiente», não chegando até ao fim da escola elementar ou ficando pelos seus primórdios. Mas aí, cuidado, desde o migrante que não vai à escola, ao aculturado ou «desaculturado», ou ao marginalizado social, todos revelam por vezes o mesmo défice, traduzido pela insuficiência intelectual.

Dizia com graça um psicólogo francês, «on est toujours le débile de quelqu'un», o que equivale a dizer, existem sempre ineficácias em função de critérios.

Em breves palavras: todas as teorias, modelos ou constructos que tentam explicar a deficiência mental enfermam do mesmo defeito: são incompletas, erróneas, inadequadas. Este problema é comum a todas as tentativas de leitura científica da realidade.

1. O QUE É A DEFICIÊNCIA MENTAL?

A) AS DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Segundo a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), (Grossman, 1977), a deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente subnormal, coexistindo paralelamente com défices no comportamento adaptativo e manifestando-se no período de desenvolvimento.

Funcionamento intelectual geral: é definido como o resultado obtido, na avaliação realizada através de um ou mais testes de inteligência geral, administrados individualmente e construídos para esse fim.

Subnormalidade: definida em termos de QI, correspondendo a dois ou mais desvios-padrão abaixo da média estabelecida.

Comportamento adaptativo: definido em termos de eficácia ou grau, segundo os quais o indivíduo realiza os padrões de independência pessoal e de responsabilidade social esperados para o seu grupo cultural e etário.

Período de desenvolvimento: período compreendido entre o nascimento e os dezoito anos.

Segundo os autores franceses (Zazzo et al., 1979), a debilidade é a primeira zona de insuficiência mental — insuficiência relativa às exigências de sociedade, exigências variáveis de uma sociedade para outra, de uma idade para outra —, insuficiência cujos determinantes são biológicos (normais ou patológicos), e cujos efeitos são irreversíveis no estado actual dos nossos conhecimentos.

Esta última definição diz respeito apenas às debilidades ligeiras (o tal primeiro nível de insuficiência) e está ligada predominantemente à etiologia orgânica.

B) AS CARACTERÍSTICAS DA DEFICIÊNCIA. CLASSIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS

Várias são as características da deficiência mental, umas baseadas em modelos teóricos, outras baseadas nos resultados de testes (constructos) ou em características e descrições do comportamento dos deficientes.

No que se refere à classificação comportamental, esta apresenta dois aspectos fundamentais: a medida da inteligência e a avaliação do comportamento adaptativo (descrição de comportamentos).

O funcionamento intelectual, como já referimos, anteriormente, é avaliado por testes de inteligência geral normalizados, sendo os mais frequentemente utilizados as escalas de Stanford-Binet e as de Wechsler.

A classificação dos diferentes níveis de atraso mental processa-se por um escalonamento em termos de unidades de desvio-padrão em relação à média.

Apresentamos no quadro seguinte os quatro níveis de atraso mental considerados segundo Grossman (1977) e sua tradução em termos de QI.

QUADRO I

NÍVEIS \ ESCALAS	QUOCIENTES INTELECTUAIS	
	STANFORD-BINET (d. p. = 16)	WECHSLER (d. p. = 15)
LIGEIRO	67 - 52	69 - 55
MODERADO	51 - 36	54 - 40
SEVERO	35 - 20	39 - 25 (extrapolação)
PROFUNDO	19 e inferior	27 e inferior (extrapolação)

Este autor relaciona também os quatro níveis de atraso mental segundo um critério psicométrico com um critério de ponto de vista educacional.

A relação entre esses dois critérios é a seguinte:

Atraso ligeiro: é grosseiramente equivalente ao termo educável do ponto de vista escolar.

Atraso moderado: inclui os indivíduos que se consideram treináveis.

Atraso severo: equivale aos indivíduos por vezes incluídos na designação de dependentes.

Atraso profundo: denota aquilo a que se pode chamar situação de vida com apoio, não autónomo (life support).

O atraso mental, tal como é definido em termos estritamente psicométricos, denota níveis de realização comportamental, sem referência à sua etiologia. Não se distingue, portanto, atraso associado a aspectos ambientais, a aspectos poligénicos e atraso associado com défices biológicos. O atraso mental corresponde à descrição de um comportamento actual e não implica necessariamente um prognóstico. O prognóstico nesta perspectiva está, pois, mais ligado às condições associadas, motivação, oportunidades de tratamento ou treino, do que às características inerentes ao atraso mental.

Nesta classificação, parece haver apenas uma tentativa conceptual de explicitação de um síndrome complexo, não se chegando a uma delimitação e «compreensão» daquilo que é a deficiência mental.

Ainda dentro da caracterização de D.M. podemos também referir-nos às teorias do desenvolvimento cognitivo, tal como, por exemplo, o descreve Piaget.

De acordo com essa teoria, que agora não abordaremos nos seus detalhes, diremos apenas que, como em todas as teorias do desenvolvimento, a cognição organiza-se por níveis, do mais simples ao mais complexo, e traduz-se, na terminologia do autor citado, por períodos ou estádios de inteligência: período sensório-motor, período pré-operacional, período operacional concreto e período das operações formais. Sem pretendermos entrar na vasta discussão teórica desta proble-

mática — que entre outros aspectos implica: a continuidade dos comportamentos cognitivos, a existência de estádios bem definidos, a sua equipotencialidade e equilíbrio nas várias formas de cognição, etc. —, diremos apenas que um problema crucial reside sobretudo no modo de avaliar esses vários aspectos da inteligência univocamente. Aceitamos por momentos o gráfico da figura 1, em que se estabeleceria um modelo de desenvolvimento cognitivo do indivíduo normal que iria evoluindo de idade em idade, com comportamentos típicos por volta dos 2 anos, dos 7 anos, dos 11 e dos 14 anos, e que o deficiente mental, consoante o seu atraso, permaneceria num deles, ou muito lentamente evoluiria através dessa progressão.

DEFICIÊNCIA MENTAL E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO SEGUNDO PIAGET

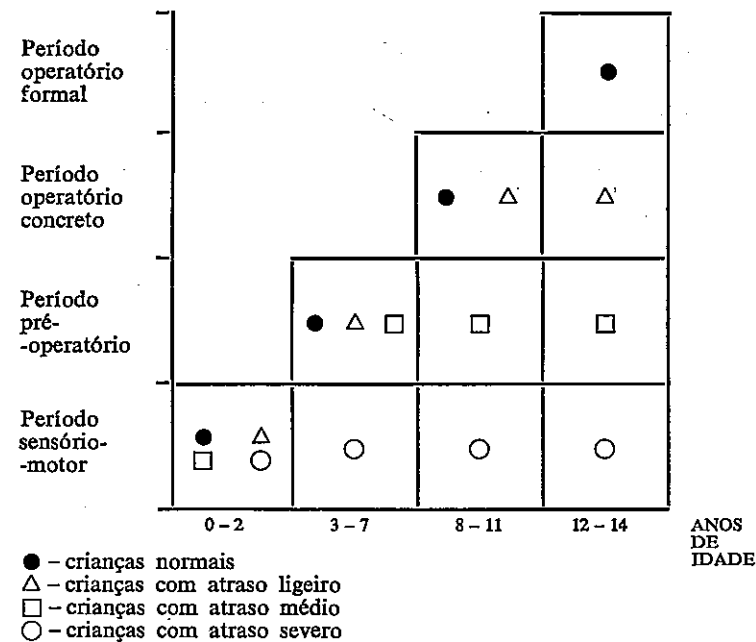


FIG. 1

A analogia com o modelo psicométrico e com os «limites» da deficiência já enunciados por Binet é tão evidente que me dispensa comentários. Esta referência, por simplista, pode correr os mesmos riscos que corre a delimitação da deficiência em termos de QI, ou através de idades mentais.

No entanto, a prática mostra-nos, independentemente da validação dos modelos teóricos, que, na realidade, existem indivíduos que cognitivamente não ascendem ao pensamento ou operações concretas, que por vezes não atingem o nível da linguagem falada, outros que permanecem numa fase de pensamento concreto, com vários matizes, outros, ainda, que com dificuldade atingem um nível pré-formal.

Esta via, inaugurada por Inhelder nos anos quarenta, é bem mais diferente deste esquema simplista, mas faz parte da mesma filosofia de desenvolvimento, focando principalmente os aspectos do desenvolvimento cognitivo da D. M. (cp. Inhelder, 1968).

QUADRO II

CLASSIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

Segundo W. Sloan e J. W. Birch (1965), apresentado por Ajuriaguerra (1970)

	Idade pré-escolar: 0 a 5 anos Maturação e desenvolvimento	Idade escolar: 6 a 21 anos Aprendizagem e educação	Adultos: 21 anos Adaptação social e profissional
NÍVEL I (profundo)	Atraso enorme; possibilidades ínfimas nos campos sensório-motores; tem necessidade de cuidados de enfermagem.	Presença de um certo desenvolvimento motor; incapaz de aprendizagem para adquirir autonomia; tem necessidade de cuidados totais.	Presença de um certo desenvolvimento motor e da linguagem; totalmente incapaz de prover ao seu sustento; necessita de cuidados e de uma vigilância absoluta.
NÍVEL II (severo)	Mau desenvolvimento motor; linguagem mínima; geralmente incapaz de utilizar a aprendizagem para se tornar autónomo; poucas ou nenhuma capacidade de comunicação.	Pode falar ou aprender a comunicar; pode adquirir hábitos de higiene elementar, não pode adquirir conhecimentos escolares; utiliza a aprendizagem que visa hábitos sistemáticos.	Pode contribuir parcialmente ao seu sustento mas sob controlo total; pode adquirir possibilidades de autoproteção a um nível de utilidade mínima num ambiente controlado.
NÍVEL III (moderado)	Pode falar ou aprender a comunicar; má consciência social; desenvolvimento motor bastante bom; pode utilizar a aprendizagem com vista a tornar-se autónomo; necessita de vigilância moderada.	Pode ter adquirido, por volta dos 20 anos de idade, conhecimentos escolares do nível da quarta classe se lhe for dada uma educação especial.	É capaz de prover ao seu sustento em ofícios não qualificados ou semiqua- lificados; tem necessidade de vigilância perante um problema económico ou social ligeiro.
NÍVEL IV (ligeiro)	Pode adquirir possibilidades de contacto social e de comunicação; atraso mínimo nos dados sensório-motores; raramente se distingue do normal antes duma certa idade.	Pode ter adquirido um pouco antes dos vinte anos, conhecimentos escolares correspondentes à 6.ª classe. Não pode ter acesso aos temas gerais tratadas nas classes secundárias. Necessita de ensino especial sobretudo no nível de idades de classes secundárias.	É capaz de adaptação social e profissional, com uma educação e uma aprendizagem apropriada. Tem necessidade frequentemente de vigilância e de orientação perante um problema económico ou social.

Inhelder adopta as mesmas zonas (daí o parentesco com as noções tão criticadas de QI e de I. M.) de deficiência mental que Binet já sugerira nos finais do século XIX. Na verdade, o idiota está entre os zero e os 2 anos, o imbecil entre os 2 e os 7 anos e o débil entre os 7 e os 11 anos. Deste modo, e ainda segundo este autor, «a debilidade (primeira forma ou zona de deficiência mental, segundo a escola francesa) é, essencialmente, uma construção inacabada por incapacidade de acesso ao pensamento formal» (Inhelder, 1963).

Sem entrar na análise e crítica das tendências actuais da escola de Genève, no estudo de D. M., estas breves linhas propõem-se apenas comentar o gráfico acima apresentado.

Chegamos finalmente à caracterização da D. M. em termos de descrição dos comportamentos. Referiremos dois modelos diferentes de classificação, o de Sloan e Birch (1955), citado por Ajuriaguerra (1970) e o de Grossman (1977). Qualquer dos dois modelos não recorre a uma definição de níveis em função de QI, mas vão basear-se numa descrição de níveis de comportamento adaptativo, definindo características, consoante a idade. Trata-se, pois, de modelos que visam fundamentalmente uma planificação da intervenção a dispensar e um prognóstico da evolução ulterior da deficiência.

Comparando os dois modelos referidos, consideramos que a classificação apresentada por Grossman (1977) permite uma abordagem mais eficaz e completa, na medida em que discrimina dentro do comportamento adaptativo global, os vários aspectos do comportamento que contribuem para essa adaptação, nomeadamente: funcionamento independente, desenvolvimento físico, comunicação, desenvolvimento social, actividade económica, ocupação, etc. Por sua vez, estes diferentes aspectos do comportamento são definidos detalhadamente para cada nível, por idade. A título de exemplo, apresentamos um excerto dos quadros que o autor apresenta:

QUADRO III

Idade e nível indicado	Exemplos do nível mais elevado do funcionamento do comportamento adaptativo
3 anos: Moderado	Funcionamento independente: tenta comer sozinho com a colher; consegue despir as calças e as meias, etc.
6 anos: Severo	Físico: marcha adquirida; sobe escadas com ajuda, etc. Comunicação: pode utilizar quatro a seis palavras, etc.
9 anos e mais: Profundo	Social: brinca com outros durante períodos curtos, quer autonomamente, quer orientado, etc.

Uma descrição de comportamento semelhante à que acabamos de ilustrar é apresentada por Grossman (1977) desde os 3 anos até à idade adulta, discriminando os diferentes níveis de adaptação.

2. A ETIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA MENTAL E SUAS TAXAS DE PREVALÊNCIA. A PREVENÇÃO DA D. M.

A importância da etiologia, isto é, a determinação das causas conducentes à D. M., parecem-nos altamente importantes no domínio da prevenção.

O caso da D. M. é disso paradigmático. Nos casos lesionais e genéticos graves o estudo da etiologia é sobretudo trabalho dos especialistas de saúde, sendo decisivo o aconselhamento genético e os cuidados de saúde dispensados quer à grávida quer ao nascituro.

Esses casos, provavelmente, não deverão ultrapassar uma taxa de prevalência de 2% do número dos deficientes. No entanto, o estudo da etiologia nos casos mais leves é também decisivo em termos de prevenção, sobretudo para aquelas crianças que a sociedade e a escola vão tornar deficientes sem que para isso houvesse à partida condições muito determinantes.

Vejam, em seguida, as grandes rubricas do estudo da etiologia, estudo esse essencialmente de carácter pluridisciplinar.

Os critérios etiológicos mais comuns no estudo da deficiência mental são os seguintes:

- 1.º - Causas orgânicas ou disfunção.
- 2.º - Alterações genéticas (génicas ou cromossómicas).
- 3.º - Causas mesológicas também ditas sócio-culturais.
- 4.º - Causas de etiologia afectiva, psicopatológica grave ou devida a institucionalização precoce e ou prolongada.
- 5.º - Causas devidas à pobreza do património hereditário, também chamadas culturais-familiares, pelos autores anglo-saxónicos¹.
- 6.º - Causas desconhecidas e de etiologia mista.

Não iremos aprofundar aqui grandemente este tema, porém o leitor poderá encontrar neste número de PSICOLOGIA artigos sobre a etiologia e suas tendências actuais. Gostaríamos de salientar apenas o seguinte:

— A importância da prevenção genética na diminuição das taxas de prevalência e incidência da D. M., na medida em que as D. M. graves de causa orgânica estão na sua grande maioria ligadas a factores genéticos (Begab, 1981).

— O progresso da medicina conduzindo a uma melhoria dos cuidados obstétricos e neonatais tem levado à diminuição das taxas de prevalência da D. M., o que nos faz pensar que a implementação dos serviços de saúde poderá fazer descer significativamente o número de deficientes mentais.

— Também os diagnósticos pré-natais poderão, se para tal houver legislação adequada, e tendo em conta os melindrosos problemas morais e psicológicos que a interrupção da gravidez põe, fazer descer a probabilidade de uma alteração biológica conducente à D. M.

— Uma política preventiva da D. M. deverá sobretudo incidir no aconselhamento e no planeamento familiar, a fim de evitar situações dramáticas que vão bulir com os valores sociais e morais que a interrupção dos nascimentos suscita.

— Igualmente, o estudo dos aspectos sociológicos e psicossociais da D. M. veio demonstrar que as condições de carência sócio-cultural

¹ O termo «cultural-familiar» tornou-se obsoleto como termo a aplicar à etiologia desconhecida ou presumivelmente associada com a história familiar de deficiências mentais ligeiras num meio culturalmente empobrecido ou pouco consistente com uma «cultura geral» mais evoluída.

e sócio-económica constituem um verdadeiro viveiro de deficientes, e que a sua evicção pressupõe sobretudo modificações de base a nível das estruturas sócio-culturais e económicas.

— Outrossim, os determinantes sócio-emocionais e escolares estão na base de inúmeros casos de D. M., na medida em que situações abordáveis no início de certa problemática (atraso escolar, problemas emocionais, etc.) se tornam de difícil manejo posteriormente. Um processo de acúmulo e de fragilização cognitivo-emocional vai estruturando pouco a pouco uma situação tantas vezes irreversível.

Num estudo do COOMP (Bairrão et al., 1981) constatou-se que as taxas de prevalência de D. M. numa área concelhia (Arruda dos Vinhos) era de 4,6 % numa população escolar dos 7 aos 11 anos. Se tivermos em conta os vários estudos epidemiológicos passados em revista pelos autores desse estudo, verificamos que a amplitude das percentagens de D. M. vai de 3,5 % a 6,6 %. Esta amplitude liga-se seguramente aos vários instrumentos de avaliação e às idades em que foram realizados, e são na sua maioria indicadores simples do tipo QI. Estes indicadores têm pelo menos a vantagem de conotarem de modo relativamente simples e uniforme as taxas de prevalência e de poderem constituir assim um primeiro diagnóstico da comunidade para que políticas gerais de carácter administrativo possam ser empreendidas para a cobertura de necessidades.

Em Arruda dos Vinhos (Bairrão et al., 1981) constatou-se que das 4,6 % das crianças D. M., apenas 0,4 % apresentaram um défice de grau profundo e 2,7 % um défice de grau médio. Tal facto leva-nos a concluir que uma faixa importante dos deficientes (grau ligeiro e alguns casos de grau médio) é facilmente evitável, pois correspondem a casos simples na sua origem, agravando-se progressivamente por falta de estruturas preventivas e interventivas adequadas.

Os mesmos autores demonstraram (Equipa EEDM, 1978), num estudo sobre «Crianças em risco», que aproximadamente em 40 % das crianças estudadas as situações conducentes a D. M. resultavam sobretudo da falta de atendimento oportuno, na faixa etária dos 3 aos 6 anos.

Do que fica dito se conclui a não obrigatoriedade dessas crianças serem D. M., e sublinha-se a importância do processo de acúmulo por ausência de intervenção adequada.

3. A CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA NA DEFICIÊNCIA MENTAL

Numa revisão crítica actualizada das teorias da cognição e deficiência mental, apresentada por Baumeister e Brooks (1981), os autores escolheram preferencialmente três perspectivas de estudo que passaremos a enunciar: a perspectiva piagetiana, a perspectiva do enriquecimento instrumental de Fierstein, e a abordagem do processamento

da informação e da cognição, dentro das tendências actuais das teorias da aprendizagem.

Existe também, como se sabe, a abordagem clássica psicométrica da D. M. que não é explicitamente abordada pelos autores citados. No entanto, o parentesco nocional das várias «vias» de abordagem cognitiva da D. M. levam-nos a fazer algumas reflexões.

A perspectiva do «enriquecimento instrumental de Fierstein», muito tem a ver com os constructos vulgarmente conhecidos por testes, e essa abordagem baseia-se nesses constructos, quer ao nível da avaliação quer ao nível da intervenção-estimulação (Haywood, 1979).

Igualmente o modelo piagetiano, embora de muito maior alcance epistemológico, apresenta particularmente no estudo da D. M. (Inhelder, 1963), uma constatação de «hierarquia de aquisições», que por vezes se encontram nas hierarquias cognitivas, quando avaliadas por provas psicométricas.

Ainda uma nota acerca da «via clássica» psicométrica no estudo da D. M. e da sua caracterização psicológica: Jensen (1973), no seu modelo de caracterização de deficiência mental², propõe também um sistema hierárquico de actos cognitivos, que em nossa opinião pode estabelecer uma «ponte» conceptual entre teorias da aprendizagem e abordagens psicométricas.

Este autor (Jensen, 1970), utilizando provas psicométricas e várias tarefas de aprendizagem, constatou que se poderiam caracterizar dois níveis do processo cognitivo:

- O nível I ou das aprendizagens associativas;
- O nível II ou das aprendizagens conceptuais.

As crianças que apresentavam valores baixos na variável QI, mas que possuíam um bom nível de capacidades de realização nas tarefas de nível I (aprendizagens associativas), eram encaradas por este autor como capazes de realizarem tarefas de uma ordem ou hierarquia superior, se convenientemente «abordadas» a tal nível, i. e., através do seu bom potencial de aprendizagem associativa.

As ilações etiológicas e interventivas do modelo de Jensen não nos vão ocupar por agora. Queríamos apenas reter a noção de hierarquia nas cognições, do nível menos elaborado (associativo) ao mais elaborado (conceptual), que nos parecem existir em todos os modelos da abordagem da cognição de D. M., quer sejam eles psicométricos, piagetianos ou de «aprendizagem». Pensamos mesmo que essa preocupação que se liga à caracterização psicológica da D. M. está já patente em Binet, como aliás já fora sublinhado (Zazzo et al., 1966), e que se poderá vislumbrar na célebre frase de Binet: «pode acontecer que

² Claro está que apenas aceitamos deste autor a caracterização dos aspectos cognitivos da D. M., e não nos referiremos, por não aceitarmos, a ilações que o autor faz acerca da controvérsia «inteligência herdada» vs. «inteligência adquirida».

certas diferenças (entre normais e deficientes) se escondam por baixo dessas semelhanças, e que um dia as possamos isolar de um modo nítido e que assim sejamos capazes de descobrir sinais de atraso psicológico absolutamente independentes da idade».

Essa preocupação de Binet, que vem já dos finais do século XIX, encontrou (Vermeulen, 1929) e encontra (Zazzo et al., 1966) uma via de caracterização que, com variantes metodológicas introduzidas ao longo do tempo, se mantém constante no essencial.

4. BREVE REFERÊNCIA AS PERSPECTIVAS EDUCACIONAIS E SOCIOLÓGICAS NO ESTUDO DA D. M.

Este pequeno apontamento-resumo dos múltiplos problemas que a D. M. suscita e implica ficaria necessariamente incompleto sem uma palavra acerca dos aspectos educacionais e sociológicos.

A pedagogia defectológica nascida de Itard e Binet, entre outros, dá lugar, nos nossos dias, à pedagogia normalizante da escola regular, para o atendimento dos deficientes.

Nesses tempos recuados a «escola para todos» leva necessariamente a um tratamento segregado dos que a ela acorriam e que por razões várias nela não conseguiam permanecer. Esse movimento continuado pelas «médico-pedagogias» culmina em vias paralelas de ensino e de educação que actualmente se começam a pôr em causa.

Na realidade, progressivamente se aceita uma «via geral», integrativa de todos na escola, visto que em última análise é lá que o processo interventivo ganha a sua dimensão natural.

No entanto, esse movimento, recentemente posto na prática, apresenta as soluções intermédias e talvez constantes no acesso de todos à escola. São exemplos do que vimos dizendo as «pirâmides», as «cascatas» ou as hierarquias de níveis de atendimento dos deficientes, postas em relevo sobretudo nos anos setenta.

Mas o problema não é simples, e só pouco a pouco, mas definitivamente, as vias regulares de ensino irão englobar todas as crianças num processo educativo comum.

Também os estudos sociológicos da D. M. apresentam actualmente viragens que nos parecem dignas de relevo.

Confinados tradicionalmente à análise meio-eficiência, os estudos sociológicos actuais desenvolvem-se no sentido da análise multi-dimensional dos meios, que de perto se relacionam com uma «ineficiência» do funcionamento cognitivo na criança, afastando-se assim de causalidades simples ou molares.

Resta-nos fazer uma referência ao presente número de PSICOLOGIA.

Não quisemos organizar um número monolítico, com uma perspectiva única de abordagem da D. M., mas sobretudo pretendemos reunir artigos que reflectissem várias vias de acesso ou abordagens dessa realidade, muito variadas, embora tendo em vista um domínio

de estudo comum — os maus resultados em termos de eficiência cognitiva.

Os artigos sobre etiologia, quer «endógena» quer «exógena», referem-se principalmente aos casos cuja relação défice-lesão é unívoca, ou cuja relação défice-meio é também pretensamente simples.

Nos outros artigos deste número de PSICOLOGIA, quer sobre dificuldades de aprendizagem quer sobre causas ditas afectivas da D. M., o ângulo de enfoque não é diferente. Não se põe em causa o património genético ou a lesão, mas sublinha-se sobretudo a interferência dos problemas emocionais nos processos cognitivos.

Misès (1978) resumia paradigmaticamente essa via: «psicose com pendor «deficitário» ou «défice com pendor psicótico» no contexto das desarmonias de evolução.

Agosto-Setembro de 1981.

JOAQUIM BAIRRÃO

Director do Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico; Professor Auxiliar Convidado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade do Porto.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J. DE (1970) — *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Masson, Paris.
- BAIRRÃO, J., CASTANHEIRA, J. L., FELGUEIRAS, I., PORTELA, H. (1981) — «Primeiros resultados de um estudo epidemiológico da deficiência mental em Portugal», *Cadernos do COOMP* (no prelo).
- BAUMEISTER, A. e BROOKS, P. (1981) — «Cognitive deficits in Mental Retardation», in F. M. Kauffman e D. Hallahan (Eds.), *Handbook of Special Education*, 1.ª ed., Prentice-Hall, N. Jersey.
- BEGAB, M. J. (1980) — «Frontiers of Knowledge in Mental Retardation», in P. Mittler e J. M. de Jong (Eds.), *Frontiers of Knowledge in Mental Retardation*, vol. I, University Park Press, Baltimore.
- EQUIPA EEDM (1978) — *Crianças em Risco*, Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico, M. A. S., Lisboa.
- FONSECA, V. DA (1980) — *Aprendizagem e Deficiência Mental*, C. I. E. E., Instituto Aurélio da Costa Ferreira, Lisboa.
- GROSSMAN, H. J. (1977) — *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, Garamond/Pridemark Press e American Association of Mental Deficiency, 2.ª ed., Baltimore.
- HAYWOOD, H. C. e ARBITMAN-SMITH, R. (1980) — «Modification of cognitive functions in slow-learning adolescents», in P. Mittler e J. M. de Jong (Eds.), *Frontiers of Knowledge in Mental Retardation*, vol. I, University Park Press, Baltimore.
- INHELDER, B. (1963) — *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
- JENSEN, A. R. (1970) — «A theory of primary and secondary familial mental retardation», in N. R. Ellis (Ed.) *International Review of Research in Mental Retardation*, vol. 4, Academic Press, N. Y.
- VERMEYLEN, G. (1929) — *Les Débiles Mentaux*, Lamartin, Bruxelles.
- ZAZZO, R. (1973) — «Les débiles mentaux», in M. Reuchlin (Ed.), *Traité de Psychologie Appliquée*, vol. 7, P. U. F., Paris.
- ZAZZO, R. (1979) — *Les déficiences mentales*, 3.ª ed., A. Colin, Paris.