

Mesa Redonda 3

Serviços Psicológicos a Crianças com Necessidades Especiais

Coordenadora: Eunice Soriano Alencar

Participantes: Aidyl Peres Ramos, Maria Helena Novaes, Rosita Edler Carvalho.

Organização de Serviços de Estimulação Precoce para Crianças com Necessidades Especiais:

Aspectos Psicológicos Básicos (*)

1. *Aidyl M. de Queiroz Pérez-Remos*

Academia Paulista de Psicologia.

Para a efetiva organização desses serviços é imprescindível adotar uma filosofia de ação orientadora e um modelo estrutural integrativo, juntamente com a implementação de processos interrelacionados de diagnóstico e intervenção, de medidas tendentes a evitar a rotulagem estigmatizante, como também a preparação de equipes de tipo transdisciplinar. Tais aspectos, de natureza essencialmente psicológica, não somente são básicos no campo da estimulação precoce, mas também importantes em toda a seqüência de recursos de atendimento às pessoas com necessidades especiais, que tem sua origem nesses serviços.

1. Filosofia de Ação

A filosofia que norteia a sistemática dos serviços de estimulação precoce e orienta suas atividades se baseia no princípio fundamental de que toda criança neles atendida, portadora de distúrbio no desenvolvimento(**) é, sobretudo, uma criança. com os mesmos direitos inalienáveis que qualquer outra, especialmente no que se refere à assistência à saúde, à educação e à convivência em um ambiente sócio familiar acolhedor, que lhe proporcione

(*) Para a elaboração deste trabalho contamos com a cooperação da psicóloga Sara Teresa Pérez Morais.

(**) Entendemos por distúrbios no desenvolvimento, as deficiências de natureza cognitiva, motora, verbal, sócio-emocional, imunológicas, entre outras. As crianças portadoras de tais deficiências são identificadas como “crianças com necessidades especiais”.

condições apropriadas para o seu processo evolutivo integral.

Trata-se de um posicionamento que tem pleno apoio nos Direitos da Pessoa Deficiente, universalmente conhecidos e, também, em teorias e comprovações científicas pertinentes. Destacam-se entre as primeiras a da normalização, proposta por WOLFENSBERGER (1975), derivada do princípio referente às condições normais de vida para as pessoas com tais distúrbios e, entre as segundas, a inferência de que aquelas, seja qual for o grau de intensidade de deficiências, estão, de certo modo, em condições de aprender e poder integrar-se de alguma forma às condições próprias da fase de vida em que se encontram (QUEIROZ PÉREZ-RAMOS, 1979 e 1982, LIDZ, 1983).

Deste contexto, derivam-se outros principais cuja aceitação permite uma interpretação abrangente e indicar pautas operativas de aplicação e de similaridade, que se caracteriza pelo processo de “minimizar” as diferenças e de “maximizar” as semelhanças, para assim tratar de evitar as possíveis discriminações originadas daqueles transtornos, o de socialização, que indica direções destinadas à convivência da criança, mesmo com suas deficiências, em um ambiente sócio-familiar comum as outras pessoas; o de integração, que propicia acesso à participação da criança, qualquer que seja seus distúrbios, nos recursos comunitários próprios para sua fase de vida (WOLFENSBERG, 1975 e QUEIROZ PÉREZ-RAMOS e PÉREZ-RAMOS, 1991).

Uma direção específica quanto à integração educacional das crianças objeto de nossa atenção, que vem se desenvolvendo nos últimos anos, é a chamada “*Mainstreaming*”. Na mesma, os programas de estimulação precoce constituem uma preparação das crianças com necessidades especiais para a sua participação no sistema regular de ensino (QUEIROZ PÉREZ-RAMOS, 1979).

É com base na filosofia de ação referida que são escolhidos os modelos estruturais para os planos operativos a realizar, começando pelos seus objetivos, as condições do desenvolvimento das crianças a serem atendidas. O conteúdo dos programas de diagnóstico-intervenção a serem aplicados, a participação dos profissionais no campo, as atividades de treinamento e atualização de pessoal, o envolvimento dos pais e outros familiares, a realização

de estudos e pesquisas na área, entre outras idéias como estas encontram-se contribuições como de ODOM e outros (1988).

Em todas essas ações, destaca-se em primeiro lugar, a importância atribuída à criança e a seus familiares. Assim, os trabalhos de natureza científica que forem realizados, devem ater-se ao aproveitamento dos dados acumulados no decorrer das tarefas de atendimento, colocando os estudos e pesquisas a serviço da criança e não ao contrário.

Especial atenção deve ser dada às normas de ética profissional; observância aplicável a todas as atividades, especialmente no que concerne às peculiaridades individuais de cada caso.

Em resumo, para que os planos de ação sejam desenvolvidos conforme o espírito da filosofia que os fundamenta, faz-se mister que todos aqueles que participam desses serviços, inclusive familiares, estagiários e voluntários, estejam plenamente identificados com os propósitos dos programas correspondentes e com as normas e procedimentos pertinentes, procurando sensibilizar-se mais pela criança, como pessoa, do que pelas condições de deficiência que esta possa apresentar.

2. Modelos Integrativos

Tais modelos têm seu fundamento na evolução dos diferentes níveis de prevenção, cujo processo foi estruturando-se ao longo das conquistas alcançadas no campo da estimulação precoce e de áreas afins. Originalmente, os programas eram dirigidos basicamente às crianças portadoras dos distúrbios no desenvolvimento com a principal finalidade de atenuar os efeitos de tais transtornos e procurar adaptar seus portadores às condições de vida normal. Configura-se, dessa forma, o nível terciário de prevenção.

Com a incorporação de novos conhecimentos relacionados principalmente aos fatores de risco (BRAZELTON e outros, 1987), com níveis de intensidade (SARUE e outros, 1984) e classificações específicas (BRALIC e outros, 1979); às características de vulnerabilidade no desenvolvimento infantil (SOLNIT e PROVANCE, 1987); à carência afetiva e sócio-cultural (PATTO e outros, 1985);

e CONDEMARIN, 1986) com os programas de educação compensatória, e em relação à neonatologia quanto à atenção familiar, nas maternidades, a bebês prematuros, vem estendendo, desta forma, à atuação específica junto à criança que, sob o impacto daqueles fatores torna-se susceptível à aquisição de distúrbios no desenvolvimento. Caracteriza-se, assim, a abordagem que define o nível de prevenção secundária.

Uma terceira etapa do desenvolvimento do tema em estudo, surge da necessidade de otimizar ou manter os níveis de saúde e bem estar da população infantil, considerada normal e sadia, mediante programas preventivos que enfatizem o emprego de ações divulgadoras e promocionais, destinadas a fortalecer o processo evolutivo integral na infância Trata-se, pois, de mais uma extensão dos programas de estimulação precoce que surge agora para controlar e orientar o desenvolvimento destas crianças e, conseqüentemente, com a incorporação, nos pertinentes planos do nível de prevenção primária.

Completando o quadro dessas aquisições, quanto aos diferentes níveis de prevenção surgem os chamados programas multifocais de estimulação precoce, com estratégias específicas de integração das ações destinadas à saúde, à nutrição e à intervenção, dirigidas a fortalecer a formação, tanto física como psicológica da criança nos seus primeiros anos. Estes programas apresentam-se promissores, sobretudo quando aplicados em populações carentes (FUNDACION RAFAEL POMBO, 1983; MINISTERIO DE SALUD Y DE EDUCACION NACIONAL, 1983).

O modelo que se propõe (Fig.1) representa uma estrutura básica integrativa dos diferentes níveis de prevenção, vinculados às condições do desenvolvimento infantil, ao diagnóstico-intervenção e a seus beneficiários (QUEIROZ PÉREZ-RAMOS, 1990). Sua articulação vertical parte dos três níveis de prevenção, já mencionados, e de seus propósitos em relação direta com os grupos de crianças objeto de atenção, tanto na sua condição de desenvolvimento normal como na de vulnerabilidade ou na de deficiência Com o emprego das ações preventivas, mediante processos adequados de diagnóstico-intervenção, beneficiar-se-ão não só a população infantil, nas

diferentes condições do seu desenvolvimento, como também seus familiares, estendendo, naturalmente, tais resultados à comunidade em geral.

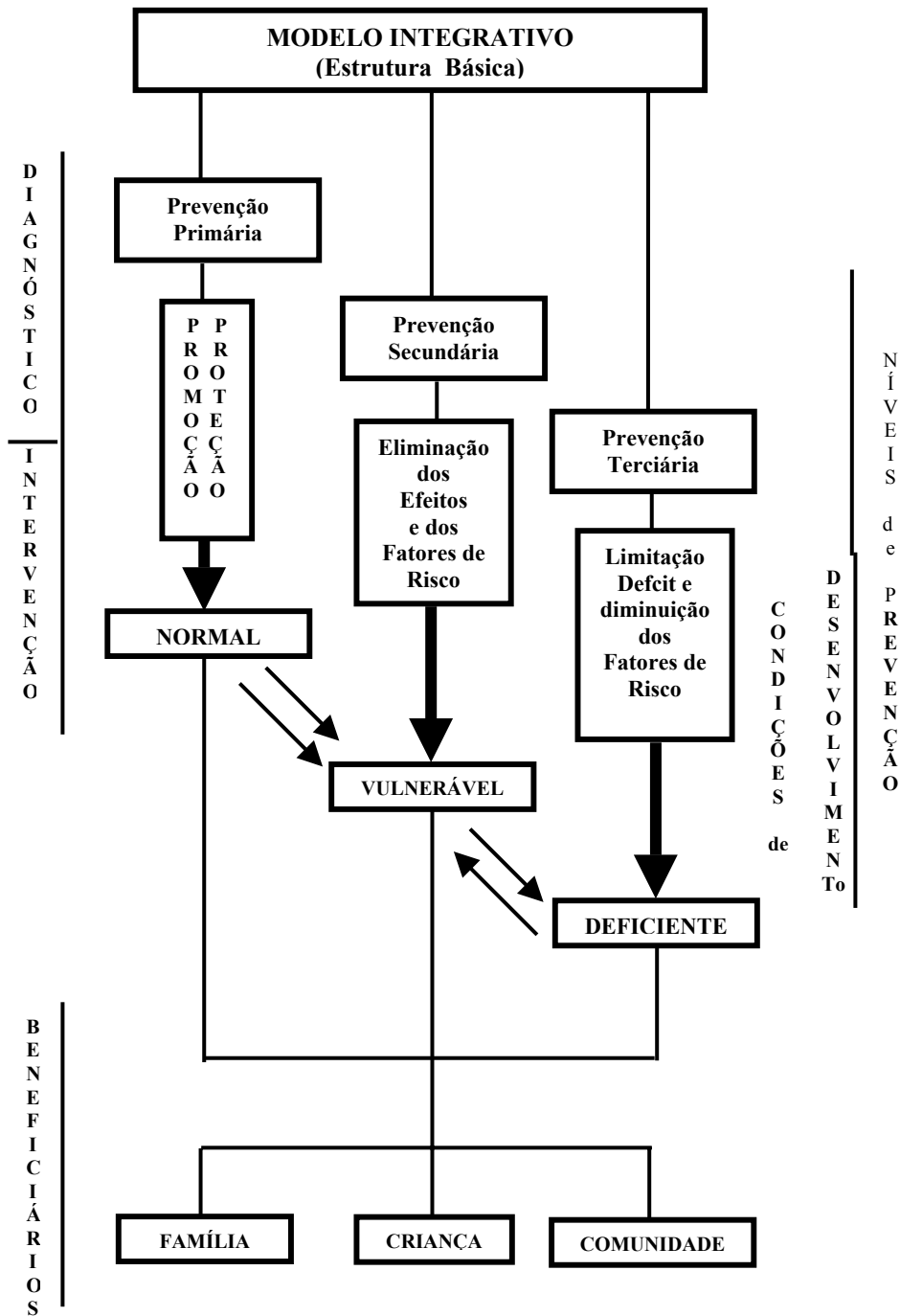


FIG. 1 – Modelo Integrativo dos Três Níveis de Prevenção.

O exame da articulação horizontal da referida estrutura, nas suas unidades representativas dos três níveis de prevenção, mostra a existência de vetores recíprocos indicativos do fluxo funcional entre os diferentes grupos de crianças. É importante esclarecer que tal mobilidade se apresenta com maior probabilidade nos primeiros anos de vida, quando existe maior plasticidade, ou mesmo fragilidade, tanto de natureza biológica quanto psicológica. Por esta razão, justifica-se ainda mais o emprego deste modelo na fase inicial da existência humana, particularmente nos programas de estimulação precoce.

Quando as ações preventivas não se fazem presentes, pode haver um enfraquecimento das condições que caracterizam o desenvolvimento normal, dando origem às vulnerabilidades, devido à incidência dos fatores de risco não controláveis em um organismo pouco resistente, situação comum nos primeiros anos de vida (KOOP, 1987). De tal condição de vulnerabilidade pode desencadear a de deficiência, sendo esta mais grave, duradoura e de difícil intervenção.

Por outro lado, um efetivo plano de ação, desenvolvido à nível de prevenção primária, permitiria controlar, ou mesmo evitar, esse processo desencadeador de debilitação no desenvolvimento da criança. Da mesma maneira, as ações correspondentes a nível de prevenção secundária poderiam atenuar, frear ou ainda eliminar a suscetibilidade orgânica ou psicológica das crianças que estão sob o impacto dos fatores de risco, ou mesmo eliminar tais agentes incidentes.

A mobilidade ascendente, isto é, a das condições de deficiência para as de vulnerabilidade, e destas para as de normalidade, tal como assinalam os respectivos vetores, é infreqüente e somente acontece em circunstâncias muito especiais, sobretudo na passagem da condição de deficiência para a de vulnerabilidade, e mais ainda para a de normalidade. Programas preventivos e bem controlados são os que se poderiam resultar efetivos neste movimento de refluxo.

A Fig. 2, mostrando a relação entre as condições do desenvolvimento

infantil e os níveis de prevenção com suas características, esclarece tal articulação, tanto no sentido descendente como no ascendente, e também a influência que exerce a prevenção primária sobre a secundária e a terciária, e a secundária sobre a terciária.

CONDIÇÕES DO DESENVOLVIMENTO	PREVENÇÃO	
	NÍVEIS	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS
NORMAIS	PRIMÁRIO	Fortalecimento do processo evolutivo infantil, normal e sadio, evitando a incidência dos fatores de risco e seus efeitos, quanto à vulnerabilidade e aos distúrbios no desenvolvimento.
VULNERÁVEIS	SECUNDÁRIO	Controle das condições de suscetibilidade, orgânica ou psicológica, em relação aos distúrbios no desenvolvimento. Identificação e eliminação dos seus fatores desencadeantes.
DEFICIENTES	TERCIÁRIO	Diminuição, ou mesmo eliminação, dos distúrbios no desenvolvimento, e controle de suas causas e efeitos.

FIG. 2 - Relação entre as Condições do Desenvolvimento Infantil e os Níveis de Prevenção.

3. Processos de Diagnóstico-Intervenção

Os processos de diagnóstico e de intervenção vêm mostrando também mudanças significativas aplicáveis aos serviços de estimulação precoce. No início de sua avaliação, tais processos efetuavam-se em momentos sucessivos, sendo o primeiro, o diagnóstico, pré-requisito do segundo, o de intervenção, nas suas diferentes formas: orientação quanto às mudanças nas atitudes paternas; transformação do ambiente físico e humano da criança; sessões demonstrativas; modalidade de participação dos pais, irmãos e outras crianças etc. As ações de intervenção subseqüentes ao diagnóstico nem sempre chegavam a ser oportunas e, inclusive facilitavam o aumento da vulnerabilidade já presente em

certas crianças, e o que é pior, o aparecimento de distúrbios no desenvolvimento devido a demora na realização do diagnóstico. Este, na melhor das hipóteses, era centralizado na criança, sem se estender de forma sistemática a seu ambiente de convivência, como o lar e/ou a instituição onde a criança é atendida.

Tais orientações têm experimentado sensíveis transformações não só no sentido de dirigir os procedimentos diagnósticos na compreensão da criança em sua totalidade, como também do seu meio sócio-familiar, conforme uma perspectiva dinâmica e funcional. Inclui-se aqui a identificação dos fatores incidentes, tanto estimuladores como bloqueadores do desenvolvimento infantil. Os processos de diagnóstico e de intervenção adquirem agora um caráter mais aberto e passam a ser inter-relacionados ao longo de toda sua evolução. Envolve ações recíprocas e complementares para a oportuna e efetiva intervenção nos fatores incidentes diagnosticados e nos seus efeitos. São pois concebidos dentro de uma perspectiva de integração, tanto no contexto global quanto nas sucessivas etapas de desenvolvimento. As características que definem tais etapas esclarecem essa inter-relação.

- **Primeira etapa:** compreende a identificação dos aspectos mais ressaltados do desenvolvimento infantil que orienta a determinação das características do processo. O conhecimento de tais aspectos advém das informações dos familiares e das observações preliminares da criança, sendo todos motivados a participar ativamente do processo, não somente como fonte indispensável de informação, mas também como facilitadores no próprio diagnóstico e nas ações de intervenção. Tais vias de informação e observação possibilitam a detecção das condições de normalidade, dos possíveis fatores de risco, de vulnerabilidade e também dos distúrbios no desenvolvimento mais evidentes. Iniciam-se as primeiras hipóteses. Estas servirão de ponto de partida para a proposição das primeiras estratégias de intervenção, que podem, inclusive, apresentar-se em caráter de urgência e, assim, manifestar-se nas demais etapas. Em certos casos,

tais hipóteses e estratégias serão suficientes e conclusivas, confirmando-se em diagnóstico e em linhas de ação, sendo estas traduzidas em procedimentos de autogestão, por parte dos familiares, e de auto-estimulação, por parte da própria criança. Estes últimos procedimentos conduzem a ambos, já nesta primeira etapa, a ser independente da relação direta dos profissionais da equipe.

- **Segunda etapa:** esta caracteriza-se pela exploração de toda uma variedade de dados, a partir de uma planificação detalhada em relação ao diagnóstico do desenvolvimento da criança e do seu ambiente, incluindo também às ações específicas de intervenção, com base nas informações e observações realizadas e nas hipóteses e estratégias formuladas previamente. É conveniente esclarecer que, nesta etapa, mais complexa que a precedente, são atendidas crianças e familiares com problemas que requerem maior dedicação por parte da equipe, enquadrando-se, em geral, nos níveis de prevenção secundária e terciária. Com tal fim, são objeto de análise os recursos pessoais dos familiares e companheiros da criança, para consolidar o compromisso dos mesmos e as funções de promotores, facilitadores ou co-terapeuta lhes compete no processo. As hipóteses iniciais são novamente examinadas para sua posterior confirmação, rejeição ou modificação, adicionando-se outras, em função dos novos dados coletados e interpretados. Instrumentos específicos como escalas de avaliação do desenvolvimento infantil e Inventários sobre estimulação ambiental, são encontrados em ATKIN (1987) e em QUEIROZ PÉREZ-RAMOS e PÉREZ-RAMOS (1988 e 1991).
- **Terceira etapa:** constitui a fase conclusiva do processo, onde se integram os dados coletados e analisados, para se chegar a uma plena compreensão da criança e de seu meio, e também à estruturação e aplicação mais sistemática de um plano de intervenção. É evidente que, para este fim, tomar-se-ão em conta aquelas expectativas e aspirações que forem adequadas às pessoas significativas e referidas

e até mesmo à própria criança, se for o caso, para consolidar a identificação de ambas com o processo. À medida que vão sendo colocadas em prática as ações e estratégias, segue-se o processo de avaliação contínua, para verificar a eficácia das mesmas, propor e aplicar os reajustes que forem pertinentes.

A Fig. 3 mostra os aspectos básicos dessas três etapas com as correspondentes articulações, nos sentidos vertical e horizontal do processo diagnóstico com o da intervenção e vice-versa, unidos agora em um só esquema.

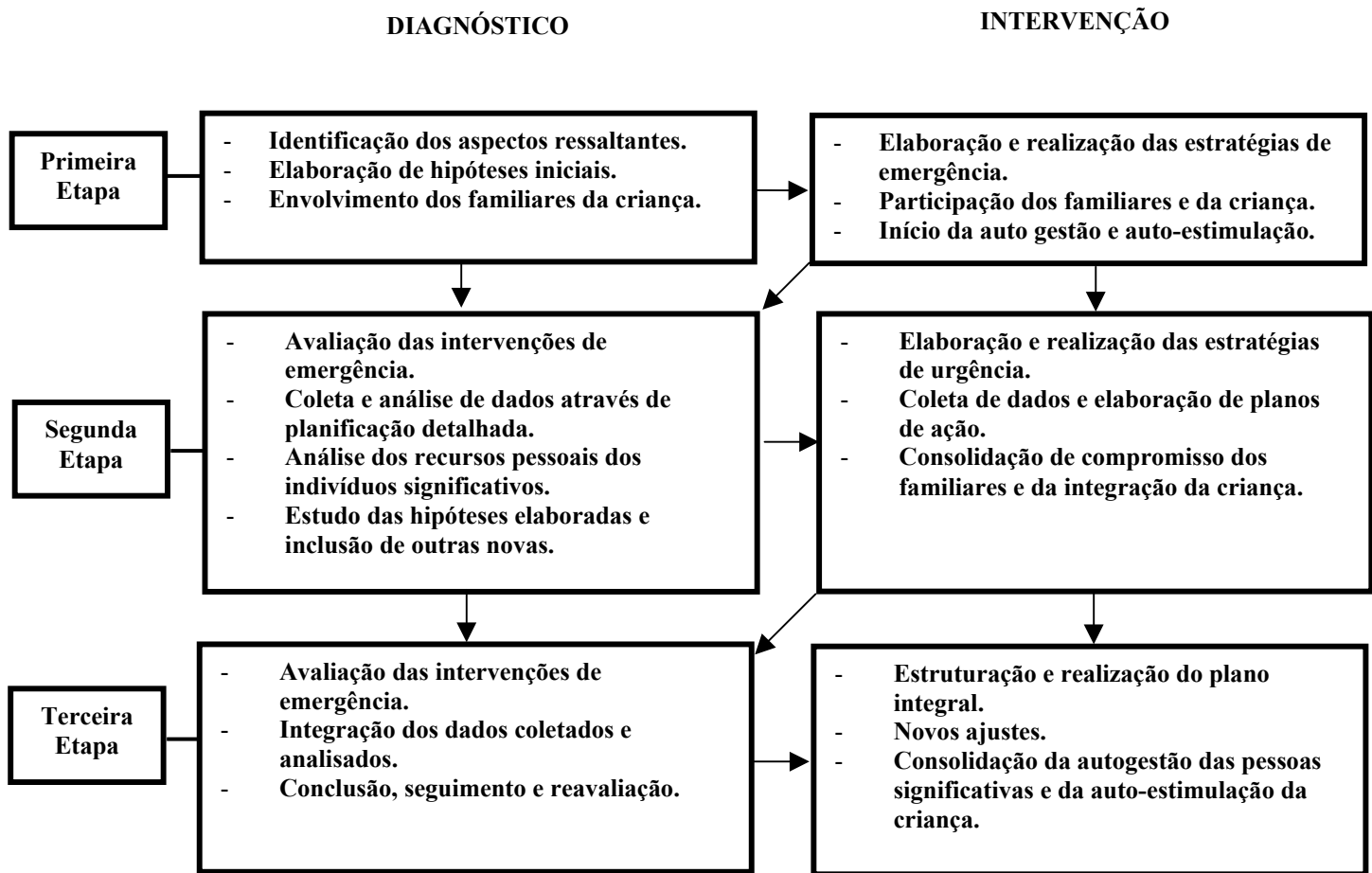


FIG. 3 – Etapas de Intervenção do Processo Diagnóstico-Intervenção.

4. Equipes Transdisciplinares

Percebe-se que as equipes de profissionais vêm alcançando um expressivo progresso na integração intrínseca e na determinação dos componentes. A comunicação entre seus membros transcende a modalidade unidisciplinar para dar lugar à interdisciplinar e, finalmente, chegar à transdisciplinar. A amplitude das equipes estende-se, quando necessário, para incluir a cooperação de para-profissionais, pais e até mesmo irmãos e outras crianças. A denominação anterior de “equipes de profissionais” converte-se agora, em “equipes de pessoas significativas”. Os pais, receptores passivos das conclusões e recomendações resultantes do trabalho destas equipes, passam a ser agentes ativos neste novo enfoque. As mudanças que poderão apresentar em suas atitudes tornam-se agora mais efetivas, estáveis e conscientes (RECAGNO, 1982). Os irmãos e também outras crianças passam a desempenhar papéis de facilitadores indispensáveis, haja vista a afetividade dos programas de estimulação de criança a criança, de irmãos mais velhos e mais novos (WEBB, 1985; e QUEIROZ PEREZ-RAMOS, 1990) .

Quanto à equipe de profissionais e cooperação de pessoas significativas, os papéis, funções e expectativas de seus membros definem-se por um fluxo contínuo de mútua participação; de revisão e intercâmbio de experiências, para facilitar o eficaz desenvolvimento da criança e da família. Tudo em conformidade com um contexto de recíproca aprendizagem, extrapolando as fronteiras que limitam os campos convencionais de atuação dos componentes da equipe, seja dentro das próprias especialidades, seja no papel que desempenham junto à criança. Há uma complementação harmônica e não de intrusão nas respectivas funções. A comunicação faz-se de forma fluída e aberta, evitando-se os mecanismos defensivos, de poder e de hegemonia. Reduzem-se, assim; a níveis ótimos as barreiras levantadas pela excessiva discriminação dos campos de atuação individual, preservando contudo, a necessária autonomia de papéis e funções específicas de cada participante. Os profissionais, nas suas especialidades de Medicina, Psicologia, Educação, Terapia Ocupacional, Serviço Social, entre outras; os familiares e crianças, na

qualidade de mediadores, variando seus respectivos papéis em função, principalmente, do nível de prevenção em que atuam: promotores (prevenção primária), facilitadores (prevenção secundária) e co-terapeutas (prevenção terciária).

O crescimento dos papéis e funções dos diferentes componentes da equipe fundamentasse principalmente em um positivo pessoal, na capacidade de empatia e na valorização dos outros, além de haver um autêntico sentimento de grupo. Para alcançar níveis ótimos de tais qualidades, faz-se necessário superar gradual e solidamente as sucessivas etapas desse desenvolvimento, mediante mudanças efetivas na modalidade da equipe e especialmente no que concerne às expectativas e papéis de seus membros.

A figura 4 mostra um esquema representativo de tal crescimento, partindo da modalidade de equipe unidisciplinar e fechada, passando pela interdisciplinar, com alguma forma de cooperação entre seus membros, para chegar à transdisciplinar, com uma efetiva participação e transvariação nos campos de competência pessoal. Antecipam-se mudanças nas expectativas e papéis de seus componentes; das centralizadas em uma dada especialidade (papel único), para as descentralizadas em várias delas, apresentados, porém, de maneira discriminada (diversidade de papéis com demarcações estanques), para, finalmente, chegar à de diversidades de campos com limites definidos, mais abertos e facilitando transvariações.

MODALIDADES DA EQUIPE	MEMBROS	
	EXPECTATIVAS	PAPÉIS
UNIDISCIPLINAR	Centralização em uma única especialidade e reconhecimento de diversas.	Único, centralizador e decisivo. Participantes: profissionais
INTERDISCIPLINAR	Aceitação de especialidades diversas. Cooperação limitada entre os membros.	Diversos, semi- centralizados e com certa flexibilidade de atuação. Participantes: profissionais.
TRANSDISCIPLINAR	Comunicação fluida, harmônica e participativa entre as especialidades e funções.	Diversos, descentralizados, abertos e transvariação nos campos de atividades. Participantes: profissionais e mediadores.

Para o emprego do modelo proposto, a autora propõe (1990) algumas diretrizes aplicáveis aos programas de estimulação precoce, afim de facilitar a prática das ações correspondentes. Estas são concebidas conforme uma perspectiva de integração no desenvolvimento infantil, demarcadas por padrões de normalidade e por desvios de vulnerabilidade e de distúrbios no processo evolutivo, com ênfase na identificação dos fatores de risco e seus efeitos. A detecção destes últimos e a dos primeiros sinais de seus efeitos já são indicativos de imediata intervenção, orientando os programas específicos de promoção, preservação e melhoria do desenvolvimento da criança.

5. Implicações derivadas da Terminologia Diagnóstica

É necessário considerar que, não poucas vezes as crianças atendidas nos serviços dessa natureza, são privadas de seus direitos devido aos efeitos sociais negativos, advindos da própria determinação do diagnóstico, cuja divulgação poderá rotulá-las, dando origem a estigmas decorrentes de preconceitos que as prejudicam seriamente, impedindo-as, inclusive, de participação no sistema regular de educação e dificultando sua integração familiar e social. Este problema de rotulação, adquire maior significância nos serviços de estimulação precoce, nos quais as crianças são avaliadas desde seus primeiros anos de vida,

correndo assim o risco de serem marcadas por toda sua vida. Dessa mesma maneira, uma denominação que se de a esses recursos comunitários alusiva aos distúrbios do desenvolvimento, pode dar lugar à .rotulação, discriminatória às crianças que são por aqueles atendidas (QUEIROZ PEREZ-RAMOS, 1989).

As expressões empregadas para designar o diagnóstico recaem diretamente na criança que é atendida, transformando-se prontamente em rótulos estigmatizantes para identificá-la. A significação estigmatizante está diretamente relacionadas aos processos de difusão e categorização desses termos, carregando-se de conotações emocionais negativas, preconceitos e estereótipos. Tal processo pode ser comprovado seguindo-se a trajetória das acepções mais usuais empregadas no diagnóstico das deficiências

Há três ou quatro décadas iniciou-se o emprego do termo excepcional para identificar não só crianças portadoras de inteligência superior como também aquelas com algum tipo de deficiência O vocábulo originou-se de um conceito positivo, já enraizado, que qualificava como “excepcional” apenas a criança com potenciais ou talentos especiais altamente significativos. Com o tempo, o adjetivo foi expandindo à qualificação de todas aquelas que se distanciavam da população normal, incluindo desta maneira, um maior número de tipos de deficiências, em comparação com apenas o grupo de capacidades cognitivas superiores ou talentos especiais. Tal desequilíbrio motivou maior carga de conotações negativas ao termo, provocando, com a interferência de outros fatores, o deslocamento do pólo positivo para o negativo. Atualmente, novas cargas desvalorizantes se agregam ao termo, pelo fato de, segundo GOLDBERG (1974), ter sido divulgada a idéia de que os chamados excepcionais, não possuem competência básica e nem possibilidade de total reabilitação, discriminando-os do grupo dos “normais” de forma até definitiva.

Nas últimas décadas, as expressões “desenvolvimento atípico”, “distúrbios no desenvolvimento”, “crianças com necessidades especiais”, vem sendo empregadas, com muita freqüência, em substituição à designação anteriormente citada, considerada já pejorativa.

Vale considerar que antigamente era utilizada para designar a criança

com retardo mental a acepção “débil mental” e os termos “moron”, “imbecil” e “cretino” definiam os seus diferentes graus de intensidade Estas palavras chegaram. a tal nível de deterioração que, atualmente, São empregadas como termos agressivos para depreciar os demais, isto é, como tabus lingüísticos. Provavelmente as acepções criadas ultimamente sigam o mesmo caminho, se não forem tomadas determinadas precauções.

Dada as considerações feitas em torno das mudanças observadas na terminologia deve-se pensar na busca de acepções que rotulem menos as crianças pelas deficiências e, também, que evitem a deterioração dos respectivos termos pelo uso, transformando-os em tabus lingüísticos. Além disso, deve-se ir ainda mais adiante, tentar separar a palavra que designa a situação de deficiência dos seus portadores, isto é, substituir o vocabulário “retardado” pelo eufemismo “criança portadora de retardo”.

Essas razões permitem explicar por que determinados termos se mantêm mais neutros durante um período maior de tempo que outros CRUICKSHANK (1974) já chamava a atenção para o fato de que a palavra excepcional tem tido maior aceitação do que os termos “deficiente”, “atípico” ou “desviante”, os quais, segundo o autor, evocam maior quantidade de conotações negativas que o primeiro.

Atualmente percebe-se que existe uma tendência a diminuir a intensidade da carga desses termos rotulantes, devido, em grande parte, aos resultados mais efetivos que vêm sendo alcançados no processo de integração dessas pessoas, tanto no sistema de educação comum, no mercado de trabalho, como no ambiente social em geral. Assim, os esforços realizados para eliminar ou atenuar as barreiras atitudinais apresentam resultados positivos. Tais esforços têm lugar já desde o início do atendimento a essas pessoas; isto é, nos serviços de estimulação precoce, porque sua avaliação tem mostrado alto grau de eficiência (POLUTT, 1980, QUEIROZ PÉREZ-RAMOS.

8. Conclusões

As seguintes são as conclusões de maior significação derivadas do presente estudo.

1- Pode-se afirmar que os progressos alcançados neste campo colocam em enfoque a importância de aspectos psicológicos relevantes, no que concerne às atitudes em relação à criança e a sua problemática, à utilização de modelos teóricos estruturados em diferentes níveis de prevenção, à abrangências da população a ser atendida nesses serviços, à otimização e crescimento das ações de atendimento, à inter-relação dos processos do diagnóstico e de intervenção e, também, à atuação dos termos designativos estigmatizantes.

2. Infere-se que as idéias analisadas são expoentes dos conhecimentos mais atuais nossa campo de estudo e de expressiva funcionalidade, constituindo-se assim em referências válidos para organizar e avaliar os serviços de estimulação precoce e, além disso, para fins de elaboração de novos estudos na área.

3. Conclui-se, também, que os aspectos psicológicos básicos que se apresentam a implementação de tais serviços, incidem significativamente na estruturação e funcionamento de programas, com a proposição de alternativas, não discriminatórias e abertas para qualquer tipo de criança

4. Infere-se, ainda, que o presente estudo permite confirmar a eficiência de determinados conhecimentos existentes nesse campo e expõe novas perspectivas em relação aos mesmos, destacando a necessidade de prosseguir no esforço de comprovar seus resultados.