

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES PARA O ENSINO DE
HABILIDADES OCUPACIONAIS A ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Analice Dutra Silveira

SÃO CARLOS – SP
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES PARA O ENSINO DE
HABILIDADES OCUPACIONAIS A ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Analice Dutra Silveira

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Programa de Pós-Graduação em Educação
Especial da Universidade Federal de São Carlos,
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre em Educação Especial.

Apoio financeiro: CAPES

Orientadora:
Prof. Dra. Maria Amélia Almeida

São Carlos – fevereiro de 2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S587pc Silveira, Analice Dutra.
Programa de capacitação de cuidadores para o ensino de
habilidades ocupacionais a adultos com deficiência
intelectual / Analice Dutra Silveira. -- São Carlos : UFSCar,
2013.
219 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2013.

1. Educação especial. 2. Deficiência intelectual. 3.
Currículo funcional. 4. Capacitação de cuidadores. I. Título.

CDD: 371.9 (20ª)



Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado de **Analice Dutra Silveira**.

Profa. Dra. Maria Amelia Almeida
(UFSCar)

Ass. maalmeida

Profa. Dra. Vânia Aparecida Gurian Varoto (UFSCar)

Ass. Vania A. G. Varoto

Profa. Dra. Regina Keiko Kato Miura
(UNESP/Marília)

Ass. R. Kato Miura

Este trabalho é dedicado aos familiares e cuidadores de adultos com deficiência que, muitas vezes, sem o apoio adequado, ficam com a árdua tarefa de lidar sozinhos com os desafios que a vida lhes apresenta.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não teria acontecido sem a colaboração e o apoio de pessoas que, ao longo destes dois anos, fizeram parte da minha vida e as quais sou grata:

À Deus, pelas oportunidades, pelas amizades construídas e por me acompanhar em todas as viagens e desafios ao longo desta caminhada.

Aos participantes (cuidadores e familiares) da pesquisa que gentilmente colaboraram com esse estudo. Agradecimento também ao Centro de Arte e Cultura DiaDia que foi um grande parceiro nesse trabalho e ao colaborador Willamy Loiola por me auxiliar durante as fases do estudo.

Agradeço ao Alan, ao Wanderson e ao Guilherme por me mostrarem que a aprendizagem é possível se houver cuidado, paciência e se as ferramentas corretas forem utilizadas.

À todos os professores do PPGEES que passaram pelo meu caminho ao longo destes dois anos e que foram fundamentais nesta caminhada.

À professora Dra. Olga Maria Piazzentin Rolin Rodrigues pelas contribuições ofertadas durante a banca de qualificação; suas colocações foram muito bem vindas e de grande importância para o enriquecimento do trabalho. À professora Dra. Regina Keiko Kato Miura; a capacitação daqueles que realizam as atividades diárias com cada indivíduo com “deficiência” é a chave para um aprendizado mais efetivo. E à profa. Dra. Vânia Aparecida Varoto Gurian; o olhar da terapia ocupacional foi essencial neste processo.

À professora Dra. Deisy das Graças de Souza, pelas caronas e pelos ensinamentos compartilhados.

À Tatê pelos ensinamentos práticos da análise do comportamento, ao Tobias e Ligeirinho pelas respostas rápidas e precisas.

À Maria Isabel Pinheiro pelas generosas orientações e contribuições para o desenvolvimento desse trabalho.

À todos os amigos de São Carlos, especialmente à Thaíze; obrigada também pelos conselhos durante o processo seletivo, RS! À Lídia, Cris e Maria Clara.

Agradeço aos amigos que entraram comigo no mestrado e que compartilharam de todos os momentos, em especial à Renata Severo, Maurem Abreu e Ailton Barcelos. Que esta amizade se faça presente para sempre; sou privilegiada de conhecer pessoas tão especiais.

Agradeço profundamente ao meu grupo de estudos: Iasmin, Danúsia, Sabrina, Cleyton, Rui, Mariana, Cândice, Maria Grazia, Andrea, Sônia e Roberta (*in memoriam*). Vocês foram essenciais nesta caminhada. Obrigada pelo companheirismo e pelo apoio.

Preciso agradecer separadamente a Iasmin e Danúsia pelas contribuições teóricas e metodológicas do trabalho.

À minha família, em especial a minha mãe e aos meus tios Tania e Mario por me proporcionarem todas as oportunidades de crescimento ao longo da minha vida. Obrigada por tudo!

À Nininha, pela companhia silenciosa e pelas noites em claro.

Ao PPGEES e a todos os funcionários pela prontidão e pelo trabalho bem feito; em especial a Eliane que me auxiliou muitas vezes em questões burocráticas, sempre atenciosa.

Por último, mas não menos importante um agradecimento profundo e muito especial a duas pessoas:

À minha orientadora profa. Maria Amélia Almeida que me deu a honra e a oportunidade de trabalhar com ela. Com uma simplicidade e uma humildade ímpar, me permitiu absorver um pouquinho de toda sua bagagem de conhecimento. Aprendi muito com você e vou levar todos os ensinamentos pelo resto da vida.

À Camila Graciella Santos Gomes, minha amiga, sócia e companheira, hoje e sempre, que longe ou perto sempre esteve ao meu lado, acreditando em mim e me incentivando a crescer cada dia mais. Sem você a análise do comportamento não faria parte da minha vida, os registros não teriam ganhado forma e nada disso seria possível! Rs! Serei eternamente grata!

A caminhada valeu a pena!

Faria tudo novamente....

Obrigada a todos vocês!!!!

SILVEIRA, A. D. **Programa de capacitação de cuidadores para o ensino de habilidades ocupacionais a adultos com deficiência intelectual**. 219 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

RESUMO

O objetivo geral desse estudo foi verificar os efeitos de um programa de capacitação domiciliar de cuidadores de adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado para o ensino de habilidades ocupacionais a esses adultos. Esse apoio generalizado refere-se à necessidade de apoio constante; sendo que o apoio torna-se vital para a sustentação da vida do indivíduo. O delineamento utilizado foi o de linha de base com múltiplas sondagens entre os comportamentos, com cada um dos participantes. Participaram do estudo três adultos com deficiência intelectual, com idades entre 21 e 31 anos e 10 cuidadores, com idades variando de 19 a 78 anos de idade. O estudo foi dividido em três fases. A Fase I consistiu no levantamento de informações junto aos cuidadores para a elaboração do programa de capacitação. A Fase II buscou aplicar e avaliar os efeitos do Programa de capacitação com os cuidadores. A Fase III verificou os efeitos da intervenção e uma possível generalização das habilidades aprendidas pelos participantes, em outros ambientes. O programa foi realizado em dois momentos que ocorreram simultaneamente, a capacitação teórica e a capacitação prática. Na capacitação teórica foram apresentados aos cuidadores referenciais teóricos que pudessem auxiliá-los durante o ensino de habilidades aos adultos com deficiência intelectual. Na capacitação prática os comportamentos dos cuidadores foram modelados favorecendo a aprendizagem dessas habilidades pelos adultos com DI. Os resultados indicaram que nas sessões, após a linha de base, os participantes (cuidadores e adultos com DI) conseguem adquirir habilidades e continuar a utilizá-las nas etapas de sondagem e manutenção. Assim como, os cuidadores, por meio de orientações sistematizadas, podem ensinar novos comportamentos aos adultos com DI, no contexto das atividades do cotidiano. Por outro lado, os dados sugerem que os adultos com deficiência intelectual são capazes de aprender os comportamentos necessários para a realização das atividades do cotidiano, quando estratégias de ensino adequadas são utilizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência Intelectual, Habilidades Ocupacionais, Capacitação, Cuidadores, Educação Especial.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the effects of a teaching program for home caregivers of adults with intellectual disabilities who needed general support for teaching occupational skills to these adults. A multiple probe design was used. The study included three adults with intellectual disabilities, with ages ranging from 21 to 31 years, and 10 caregivers, with ages ranging from 19 to 78 years old. The study was divided into three phases. Phase I consisted of gathering information from caregivers to prepare the training program. Phase II sought to implement and evaluate the effects of the training program with caregivers. Phase III examined the effects of the intervention and a possible generalization of skills learned by participants in other environments. The training program was conducted in two phases that occurred simultaneously; theoretical training and practical training. In the theoretical training, it was presented to caregivers some theoretical frameworks that could assist them in teaching skills to adults with intellectual disabilities. In practical training the caregivers behaviors were modeled to favor learning skills by adults with intellectual disabilities. The results indicated that caregivers through systematic guidance were able to teach new behaviors to adults with intellectual disabilities in the context of daily activities. Moreover, the data suggest that adults with intellectual disabilities were also able to learn the behaviors necessary to perform the daily activities when appropriate teaching strategies were used.

KEYWORDS: Intellectual Disability, Occupational Skills, Training, Caregivers, Special Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1: Porcentagem de independência obtida por A1 no desempenho das três atividades selecionadas pelo cuidador no decorrer das etapas experimentais do estudo.....88
- FIGURA 2: Porcentagem de independência obtida por A2 no desempenho das três atividades selecionadas pelo cuidador no decorrer das etapas experimentais do estudo.....89
- FIGURA 3: Porcentagem de independência obtida por A3 no desempenho das três atividades selecionadas pelo cuidador no decorrer das etapas experimentais do estudo.....90
- FIGURA 4: Porcentagem de independência obtida por A1 e a porcentagem do nível de ajuda de C1a na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....96
- FIGURA 5: Porcentagem de independência obtida por A2 e a porcentagem do nível de ajuda de C2a na execução das atividades 2 e 3 no decorrer das etapas experimentais do estudo.....97
- FIGURA 6: Frequência dos comportamentos agressivos de A2 em comparação ao tempo total de permanência com C2b no decorrer das etapas experimentais do estudo.....98
- FIGURA 7: Porcentagem de independência obtida por A3 e a porcentagem do nível de ajuda dos cuidadores na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....99
- FIGURA 8: Porcentagem de independência de A3 e a porcentagem do nível de ajuda de cada um dos cuidadores na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....100

FIGURA 9:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A1 durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	104
FIGURA 10:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de C1a durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	105
FIGURA 11:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A2 durante a aprendizagem das atividades 2 e 3 no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	106
FIGURA 12:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de C2b durante o ensino da atividade 1 e de C2a nas atividades 2 e 3 no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	107
FIGURA 13:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A3 durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	108
FIGURA 14:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A3 com cada um dos cuidadores, durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	109
FIGURA 15:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos cuidadores de A3 durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	110
FIGURA 16:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de cada um dos cuidadores de A3 durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	111
FIGURA 17:	Porcentagem de independência obtida por cada um dos adultos com DI comparada à porcentagem do nível de ajuda de cada cuidador durante a atividade de banho no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	116
FIGURA 18:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos adultos com DI durante a aprendizagem da atividade de banho no decorrer das etapas experimentais	

	do estudo.....	117
FIGURA 19:	Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos cuidadores dos adultos com DI durante o ensino da atividade de banho no decorrer das etapas experimentais do estudo.....	118
FIGURA 20:	Média de desempenho dos adultos com DI e da satisfação do cuidador na avaliação da COPM (LAW <i>et al.</i> , 2009) antes e após a aplicação do programa PEHO.....	130
FIGURA 21:	Frequência do comportamento de ir ao banheiro, comparada à frequência de episódios na roupa, referente ao adulto A1.....	133
FIGURA 22:	Porcentagem de independência de A1 durante a atividade de andar de ônibus, realizada pelo cuidador C1a.....	133
FIGURA 23:	Porcentagem de independência de A1 durante a atividade de alimentação, realizada no ambiente institucional especializado frequentado por ele.....	134
FIGURA 24:	Frequência do comportamento de ir ao banheiro, comparada à frequência de episódios na roupa, referente ao adulto A1, no ambiente institucional especializado, frequentado por ele.....	134
FIGURA 25:	Porcentagem de independência de A2 durante a atividade de alimentação realizada no ambiente institucional especializado frequentado por ele.....	134
FIGURA 26:	Porcentagem de independência de A3 durante a atividade de banho, referente à etapa de generalização, realizada com o cuidador C3c.....	135
FIGURA 27:	Porcentagem de independência de A3 durante a atividade de escovação de dentes, no ambiente institucional especializado frequentado por ele.....	136

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Características Gerais do Cuidadores dos Adultos com DI.....	34
TABELA 2:	Características Gerais dos Adultos com DI.....	36
TABELA 3:	Descrição das Etapas da Coleta, dos Instrumentos, dos Objetivos e das Formas de Análise dos Dados Realizados Durante as Fases do Estudo.....	37
TABELA 4:	Descrição das Três Atividades Realizadas com Cada Adulto com DI e as áreas correspondentes.....	45
TABELA 5:	Cronograma dos Encontros da Capacitação Teórica com os Cuidadores, os Tópicos Abordados e o Material Utilizado.....	46
TABELA 6:	Descrição dos Comportamentos Alvos e dos Comportamentos Menores (passos) da Atividade de Banho Utilizados com os Três Adultos com DI.....	48
TABELA 7:	Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade de Alimentação Utilizados com o Adulto A1.....	49
TABELA 8:	Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade de Alimentação Utilizados com o Adulto A2.....	49
TABELA 9:	Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade 1 com o Adulto A1 e das Atividades 2 e 3 com o Adulto A3.....	50
TABELA 10:	Operacionalização dos Comportamentos Adequados dos Cuidadores.....	57
TABELA 11:	Operacionalização dos Comportamentos Inadequados dos Cuidadores.....	58
TABELA 12:	Operacionalização dos Comportamentos Adequados dos Adultos com DI.....	59
TABELA 13:	Operacionalização dos Comportamentos Inadequados dos Adultos com DI.....	60
TABELA 14:	Operacionalização dos Comportamentos Adequados do Cuidador de A2 durante a Realização da Atividade.....	61

TABELA 15:	Operacionalização dos Comportamentos Inadequados do Cuidador de A2 durante a Realização da Atividade.....	61
TABELA 16:	Descrição e Operacionalização dos Níveis de Ajuda Oferecidos aos Adultos com DI pelos Cuidadores na Fase II do Estudo.....	64
TABELA 17:	Exemplo de um Registro dos Observadores, Durante a Atividade de Alimentação com o Adulto 1 (A1) para Verificar a Porcentagem de Fidedignidade dos Resultados.....	70
TABELA 18:	Média e Variação da Porcentagem de Concordância Interobservadores Obtida em 25% das Observações Realizadas Durante as Etapas Experimentais do Estudo.....	71
TABELA 19:	Média e Variação da Porcentagem de Concordância Interobservadores obtida em 25% das Observações Realizadas com Relação aos Comportamentos Adequados e Inadequados Durante as Etapas Experimentais do Estudo.....	72
TABELA 20:	Comparação dos Dados Coletados por Meio da Avaliação de Medica Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM (LAW et al., 2009) Antes e Após a Aplicação do Programa PEHO com os Três Adultos com DI.....	128

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 PROCESSO HISTÓRICO DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	16
1.2 CURRÍCULO FUNCIONAL NATURAL.....	23
1.3 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA O ENSINO DE HABILIDADES OCUPACIONAIS A ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	25
2. OBJETIVO.....	32
3. MÉTODO.....	33
3.1 PARTICIPANTES.....	33
3.2 SITUAÇÕES E MATERIAIS.....	37
3.2.1 FASE I.....	39
3.2.2 FASE II.....	40
3.2.3 FASE III.....	42
3.3 PROCEDIMENTOS.....	43
3.3.1 FASE I.....	43
3.3.2 FASE II.....	45
3.3.2.1 Capacitação teórica.....	45
3.3.2.2 Capacitação prática.....	47
3.3.2.2.1 <u>Descrição dos recursos materiais</u>	51
3.3.2.2.1.1 <i>Adaptações para a atividade 1 (banho) com o adulto A1</i>	51
3.3.2.2.1.2 <i>Adaptações para a atividade 2 (alimentação) com o adulto A1</i>	51
3.3.2.2.1.3 <i>Adaptações para a atividade 3 (visita à padaria) com o adulto A1</i>	52
3.3.2.2.1.4 <i>Adaptações para a atividade 1 (aumento de comportamentos aceitos em contato com o irmão) com o adulto A2</i>	52
3.3.2.2.1.5 <i>Adaptações para a atividade 2 (alimentação) com o adulto A2</i>	53
3.3.2.2.1.6 <i>Adaptações para a atividade 3 (banho) com o adulto A2</i>	53

3.3.2.2.1.7 <i>Adaptações para a atividade 1 (banho) com o adulto A3</i>	54
3.3.2.2.1.8 <i>Adaptações para a atividade 2 (escovação de dentes) com o adulto A3</i>	54
3.3.2.2.1.9 <i>Adaptações para a atividade 3 (utilização do som) com o adulto A3</i>	54
3.3.3 FASE III	67
3.3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	68
3.3.4.1 <i>Concordância interobservadores</i>	68
4. RESULTADOS	73
4.1 FASE I	73
4.1.1 DADOS REFERENTES AO ADULTO A1 E AOS CUIDADORES C1a e C1b.....	73
4.1.2 DADOS REFERENTES AO ADULTO A2 E AO CUIDADOR C2a.....	76
4.1.3 DADOS REFERENTES AO ADULTO A3 E AO CUIDADOR C3a.....	80
4.2 APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ENSINO DE HABILIDADES OCUPACIONAIS AOS CUIDADORES DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL – PEHO	82
4.2.1 FASE II	82
4.2.1.1 Capacitação Teórica.....	83
4.2.1.2 Capacitação Prática.....	86
4.2.1.2.1 <u>Porcentagem de Independência dos Adultos com Deficiência Intelectual</u>	87
4.2.1.2.1.1 <i>Desempenho de A1 nas Atividades 1,2 e 3</i>	91
4.2.1.2.1.2 <i>Desempenho de A2 nas Atividades 1,2 e 3</i>	92
4.2.1.2.1.3 <i>Desempenho de A3 nas Atividades 1,2 e 3</i>	94
4.2.1.2.2 <u>Níveis de Independência e Níveis de Ajuda</u>	95
4.2.1.2.2.1 <i>Desempenho de A1 comparado ao nível de ajuda do cuidador nas atividades 1,2 e 3</i>	101
4.2.1.2.2.2 <i>Desempenho de A2 comparado ao nível de ajuda do cuidador nas atividades 1,2 e 3</i>	101
4.2.1.2.2.2.1 <u>Comportamentos agressivos em função do tempo</u>	101
4.2.1.2.2.3 <i>Desempenho de A3 comparado ao nível de ajuda dos cuidadores nas atividades 1,2 e 3</i>	102
4.2.1.2.3 <u>Frequência dos Comportamentos Adequados e Inadequados</u>	103
4.2.1.2.3.1 <i>Comportamentos adequados e inadequados de A1 e de C1a nas atividades 1, 2 e 3</i>	112

4.2.1.2.3.2 <i>Comportamentos adequados e inadequados de A2 e de C2a nas atividades 2 e 3</i>	112
4.2.1.2.3.3 <i>Comportamentos adequados e inadequados de A3 e dos cuidadores nas atividades 1, 2 e 3</i> ...	113
4.2.1.2.4 <u>Comparação do Desempenho dos três Adultos com DI na Atividade de Banho em Relação à Porcentagem do Nível de Ajuda dos Cuidadores</u>	115
4.3 FASE III	119
4.3.1 MUDANÇAS NOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM OS ADULTOS COM DI E DE SEUS RESPECTIVOS CUIDADORES.....	119
4.3.1.1 Dados referentes ao adulto A1 e aos cuidadores C1a e C1b.....	120
4.3.1.2 Dados referentes ao adulto A2 e ao cuidador C2a	122
4.3.1.3 Dados referentes ao adulto A3 e aos cuidadores C3a e C3d.....	124
4.3.2 MUDANÇAS NO GRAU DE DESEMPENHO DO ADULTO COM DI NA VISÃO DO CUIDADOR E MUDANÇA NA SATISFAÇÃO DO CUIDADOR DURANTE A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA ROTINA DIÁRIA JUNTO COM O ADULTO COM DI.....	127
4.3.3 OCORRÊNCIA DE GENERALIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS APRENDIDOS PELOS PARTICIPANTES (ADULTOS COM DI E CUIDADORES) EM OUTROS AMBIENTES.....	131
4.3.3.1 Dados referentes à generalização do cuidador C1a e do Adulto A1.....	132
4.3.3.2 Dados referentes à generalização do cuidador C2a e do Adulto A2.....	134
4.3.3.3 Dados referentes à generalização do cuidador C3c e do Adulto A3.....	135
5. DISCUSSÃO	137
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	156
ANEXOS	217

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROCESSO HISTÓRICO DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Os conceitos e as concepções a respeito da deficiência intelectual mudaram muito ao longo do tempo. Segundo Pessotti (1984), Rocha (2000), Pacheco e Alves (2007), para que se consiga entender como a sociedade vê a pessoa com deficiência nos dias atuais é necessário nos reportarmos ao passado, localizando nas diferentes épocas o retrato que era apresentado.

A Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD, fundada em 1876, que se tornou Associação Americana de Retardo Mental - AAMR em 1983 e que atualmente denomina-se Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento - AAIDD (2010), é uma organização em prol da defesa da qualidade de vida e dos direitos das pessoas com deficiência intelectual (DI). Desde a sua fundação a associação buscou compreender, definir e caracterizar o que é atualmente designado como deficiência intelectual. (AAIDD, 2010).

As primeiras definições de deficiência intelectual foram descritas entre as décadas de 1900 a 1940 com Tredgold (1908, 1937) e Doll (1941) que vincularam esse tipo de deficiência à ideia de incurabilidade, com um desenvolvimento aprisionado e um *status* permanente de retardo mental. Segundo os autores, as pessoas com esse tipo de deficiência eram incapazes de se adaptar ao ambiente natural e de desempenhar atividades comuns a qualquer indivíduo da mesma faixa etária. (ALMEIDA, 2004; AAMR, 2006).

No fim da década de 1950 e início de 1960, Herber (1959, 1961), por meio da AAMD, trouxe mudanças importantes à definição de deficiência intelectual ao tirar o foco do *status* permanente de retardo mental e introduzir a expressão “comportamento adaptativo”, que estava relacionada às habilidades do indivíduo em se adaptar às demandas do ambiente social (ALMEIDA, 2004; AAMR, 2006). Esse pesquisador considerou que as deficiências do

comportamento adaptativo apresentadas pelas pessoas com deficiência intelectual estavam relacionadas às demandas sociais e ambientais vivenciadas por elas ao longo da vida e não a uma situação imutável, inerente ao retardo mental, como se pensava anteriormente. (AAMR, 2006).

Na década de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1968) estabeleceu quatro níveis de quociente intelectual (QI)¹ para caracterizar o perfil dessa população em: deficiência mental profunda (QI abaixo de 20); deficiência mental severa (QI entre 20 e 35); deficiência mental moderada (QI entre 36 e 52) e deficiência mental leve (QI entre 53 e 70). O QI era determinado por meio de testes de inteligência, realizados em avaliações psicométricas. Essas avaliações eram uma maneira científica de medir os *déficits* dos indivíduos e serviam para classificá-los em categorias de normalidade e anormalidade, desconsiderando fatores sociais, econômicos ou culturais do indivíduo (SCHMIDT; ANGONESE, 2009).

Na década de 1970, Grossman (1973) sugeriu que a mensuração de *déficits* no comportamento adaptativo, juntamente com o comportamento intelectual abaixo da média, eram condições necessárias ao diagnóstico de deficiência intelectual. Anos depois, o mesmo pesquisador indicou a importância do “julgamento clínico” para auxiliar na realização do diagnóstico; nesse sentido, a tomada de decisão deveria ser realizada também com base na experiência dos profissionais envolvidos nessa tarefa. (GROSSMAN, 1977).

Na década de 1980, a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) apresentou uma nova definição de deficiência intelectual, no qual a experiência dos profissionais envolvidos permaneceu em lugar de destaque na realização do diagnóstico. Por outro lado, enfatizou-se a necessidade da construção de escalas padronizadas para a mensuração do

¹ Quociente intelectual: corresponde ao quociente entre idade mental e idade cronológica, expresso matematicamente. A pontuação do QI é calculada por meio de testes padronizados, com base no rendimento obtido pelo indivíduo, de maneira que possa ser comparado com outros indivíduos da mesma cultura (ASSUMPÇÃO; SPROVIERI, 2000).

comportamento adaptativo e, enquanto essas escalas não fossem criadas, o julgamento clínico também deveria ser utilizado. É importante enfatizar que os mesmos pesquisadores que descreveram essa definição de deficiência intelectual colaboraram na construção da definição de outros sistemas de classificação, como a nona versão da Classificação Internacional de Doenças - CID-9 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 1979) e a terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-III (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 1980), tornando esses sistemas de classificação mais integrados. Porém, esses sistemas de classificação baseavam-se nos níveis de deficiência definidos pelo quociente de inteligência (APA, 1980; OMS, 1979).

Na década de 1990, uma definição da AAMR realizada em 1992, sinalizou mudanças importantes na concepção de deficiência intelectual em relação às apresentadas anteriormente. O conceito de comportamento adaptativo foi substituído por 10 áreas amplas de habilidades adaptativas (comunicação; autocuidado; vida no lar; habilidades sociais; desempenho na comunidade; auto direção; saúde e segurança; habilidades acadêmicas funcionais; lazer e trabalho), sendo que comprometimentos em duas ou mais das 10 áreas adaptativas eram características da pessoa com deficiência intelectual. (ALMEIDA, 2004; AGUIAR, 2006; AAMR, 2006). Além disso, sugeriu-se a substituição da classificação da deficiência intelectual em leve, moderada, severa ou profunda, utilizada na CID-9 (OMS, 1979) e no DSM III (APA 1980), por uma descrição de níveis de suporte individualizados e/ou intensidade desses suportes. O suporte individualizado diz respeito aos recursos e estratégias utilizadas para a promoção do desenvolvimento, da educação, do interesse e do bem-estar do indivíduo, podendo ser desde auxílio físico ao uso de tecnologias e materiais adaptados. Os níveis de suporte estão diretamente relacionados ao desempenho máximo do indivíduo com DI e podem ser classificados em quatro tipos: 1) intermitente: oferecido em períodos curtos ou durante períodos de transição ao longo da vida; 2) limitado: oferecido quando o indivíduo

necessita de apoio em apenas uma determinada área do comportamento adaptativo, por um tempo limitado; 3) a extensivo: oferecido quando o indivíduo necessita de apoio regular em pelo menos um ambiente; 4) generalizado: oferecido quando o indivíduo necessita de apoio constante e esse apoio é vital para a sustentação de sua vida. (AAIDD, 2010). De maneira geral, essa definição da AAMR colocou em destaque a importância de se avaliar o desempenho do indivíduo levando em consideração as variáveis do ambiente e dos suportes utilizados para que a pessoa possa realizar as atividades do cotidiano, sugerindo que a melhora nas condições ambientais e/ou a presença de suportes adequados poderiam favorecer o desempenho desses indivíduos na realização das atividades comuns à rotina diária. (AAMR, 2006).

Em 2002 a definição de deficiência intelectual foi novamente modificada pela AAMR e o maior ganho dessa definição em relação às definições anteriores foi em relação à atenção dada às necessidades do indivíduo e não aos graus de comprometimento intelectual. Buscou-se eliminar a classificação baseada em níveis de QI, porém essa classificação não foi claramente substituída, uma vez que os níveis de suporte, descritos na definição anterior da AMMR, não tinham a intenção de classificar a deficiência intelectual e ainda não havia instrumentos para avaliar esses níveis de suporte. (ALMEIDA, 2004). Outro aspecto importante dessa definição refere-se ao fato do comportamento adaptativo ter sido dividido em três classes: conceitual (linguagem receptiva e expressiva, leitura e escrita, conceito de dinheiro e auto direção); social (interpessoal, ingenuidade, responsabilidade, seguir regras, autoestima, obedecer às leis) e prática (atividades instrumentais de vida diária, de vida prática, habilidades ocupacionais e segurança nos ambientes).

Em 2010 o décimo primeiro Manual da AAIDD ressaltou a necessidade da utilização de testes que determinassem as reais limitações no “comportamento adaptativo” (habilidades conceituais, sociais e práticas), além dos testes de QI que mediam o grau de limitação

cognitiva do indivíduo. O manual pontuou ainda que os profissionais envolvidos no diagnóstico deveriam considerar os fatores ambientais, culturais e sociais do indivíduo. (AAIDD, 2010; ALMEIDA, *(org.)* 2012).

Atualmente, de acordo com a última definição da AAIDD, a deficiência intelectual é caracterizada como uma incapacidade, devido a limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, com o início dos sintomas antes dos 18 anos de idade (AAIDD, 2010). É definida como uma condição permanente, mas não imutável; portanto passível de mudanças (COLL; OLIVEIRA, 2000).

O diagnóstico de deficiência intelectual deve passar por: (1) Avaliação clínica, com a realização de exames gerais e testes específicos; (2) Avaliação do comportamento adaptativo, mensurando o nível de habilidades exibidas pelo indivíduo quando responde às demandas do seu ambiente e (3) Avaliação de inteligência (AAIDD, 2010).

No Brasil, segundo Almeida (2004), a definição de 1992 da AMMR (AAMR, 2006) foi adotada nos documentos oficiais brasileiros, mas os níveis de suporte não foram adotados; atualmente o país continua utilizando a classificação baseada em QI leve, moderado, severo e profundo encontrada na CID -10 (OMS, 1993) e no DSM-IV-TR (APA, 2002). Aguiar (2006) afirmou ainda que há uma carência de instrumentos padronizados e validados designados à avaliação do comportamento adaptativo dessa população no país, porém há alguns grupos de pesquisadores brasileiros empenhados em validar escalas internacionais² para esse fim.

Considerando a população brasileira, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE 2010), cerca de 1,3% da população total (mais de 190 milhões de pessoas) declararam

² Grupo de pesquisa da profa. Dra. Maria Amélia Almeida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

possuir deficiência intelectual. Em Minas Gerais, com uma população estimada em 19.595.309, 1,5% da população apresenta deficiência intelectual.

Atualmente prevalece na sociedade brasileira o discurso e a política da inclusão social, que estão pautados na filosofia do respeito à diversidade e na equiparação de oportunidades para os grupos marginalizados da sociedade (MENDES, E. G. A., 2006). Independente do grau de deficiência apresentado nos testes de QI ou do nível de suporte que um indivíduo com deficiência intelectual necessite, a Legislação Brasileira, desde a Constituição de 1988, estabeleceu garantias a essas pessoas, resguardando seus direitos individuais e sociais; um dos aspectos fortes desse movimento é o direito a educação, preferencialmente em escolas comuns, reforçado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996). Outro aspecto importante refere-se à garantia ao trabalho, regulamentada pela Lei nº. 7853, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência pela Portaria nº. 2.344/2010, e que estabeleceu o compromisso do Estado com a formação profissional, a qualificação e o ingresso de pessoas com deficiências no mercado de trabalho (BRASIL, 1999; VELTRONE; ALMEIDA, 2010). Por outro lado, apesar da participação e do convívio social ser um direito garantido a qualquer pessoa, inclusive àquelas com deficiência intelectual, no caso dos adultos, a participação efetiva nos ambientes sociais exige habilidades mínimas de autonomia, de comunicação e de interação com outras pessoas (GOMES; DE SOUZA; LOBATO, 2008; RODRIGUES, 2004). Dessa maneira, apesar de a legislação brasileira prever o direito à educação e ao trabalho às pessoas com deficiência intelectual, muitos adultos, com *déficits* na comunicação e dificuldades comportamentais, não apresentam habilidades mínimas necessárias ao mercado de trabalho e não estão inseridas nesse mercado. Estudos sobre a profissionalização de adultos com deficiências no Brasil indicaram que a maioria dos empregados nessa situação apresentava deficiência física, pouca qualificação profissional e baixa escolaridade. (ARAÚJO, J. P. S.; SCHMIDT, 2006; FERREIRA et al.,

2006; LANCILLOTTI, 2003). No caso de pessoas com deficiência intelectual, os estudos indicaram baixa presença desse público nas empresas e reafirmam a pouca qualificação profissional e a baixa escolaridade dessa população. Um exemplo disso é o estudo de Veltrone e Almeida (2010) que descreveu o perfil das pessoas com deficiências inseridas no mercado de trabalho de uma cidade do interior de São Paulo, em relação ao tipo de deficiência, nível de escolaridade, qualificação profissional e ocupação atual. Nesse estudo as pesquisadoras constataram que os indivíduos com deficiência intelectual contratados na cidade representavam apenas 4% de toda a população com deficiência investigada. Além disso, esses trabalhadores apresentavam em quase todos os casos apenas o ensino fundamental.

No caso dos adultos com DI que necessitam de apoio generalizado³, os *déficits* são grandes, o que dificulta ainda mais a entrada e a permanência no mercado de trabalho. Uma opção a essa população seria o emprego apoiado, ou seja, empregos em que a pessoa com deficiência tenha o suporte necessário para garantir a qualidade do seu desempenho, favorecendo a ascensão profissional e melhores condições no trabalho. Segundo Veltrone e Almeida (2010), no Brasil, a modalidade do emprego apoiado para pessoas com deficiência intelectual é ainda pouco utilizada. Além dessa opção, a legislação ainda prevê a possibilidade de oficinas protegidas, que são unidades assistidas por entidades públicas ou beneficentes de assistência social e que tem por objetivo a integração social, mediante atividades de adaptação e capacitação para o trabalho. É destinada às pessoas que necessitam de suporte generalizado e que não tenham condições de ingressar no mercado de trabalho competitivo; sua função principal é a integração social (BRASIL, 1999).

Ainda que a legislação brasileira estabeleça opções para os adultos com deficiências, muitas pessoas com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, não apresentam habilidades mínimas nem para o emprego apoiado e nem para as oficinas

³ Oferecido quando o indivíduo necessita de apoio constante e esse apoio é vital para a sustentação de sua vida (AAIDD, 2010).

protegidas. Nesses casos, a legislação não prevê outras opções de ocupação e na prática observa-se que essas pessoas realizam poucas atividades e apresentam baixa participação social. Dessa maneira, não se pode considerar trabalho como uma atividade restrita ao mercado competitivo. Faz-se necessário considerar ocupação⁴ como uma forma de trabalho e de interação social. (LANCILLOTTI, 2003; ARAÚJO; SCHMIDT, 2006; FERREIRA et al, 2006; GOMES; DE SOUZA; LOBATO, 2008; RODRIGUES, 2004; VELTRONE; ALMEIDA, 2010).

Uma alternativa a essa população poderia ser o ensino de atividades ocupacionais à rotina diária desses indivíduos. Nesse sentido, o Currículo Funcional Natural pode auxiliar no planejamento de intervenções que tenham utilidade na vida da pessoa e que ocorram em ambiente natural (CARDOSO, 1997; LE BLANC, 1991; LE BLANC, 1998, CUCCOVIA, 2003, SUPLINO, 2005; MIURA, 2008; PEREIRA; *et al*, 2011; RODRIGUES; ARMELIN, 2008; e CERQUEIRA, 2008).

1.2 CURRÍCULO FUNCIONAL NATURAL

O Currículo Funcional Natural (CFN) é uma proposta de ensino projetada para oferecer oportunidades para os indivíduos aprenderem, naturalmente, habilidades que são importantes para torná-los independentes, competentes, produtivos e felizes em diversas áreas importantes da vida familiar, social e da comunidade (CUCCOVIA, 2003; MIURA, 2008, CERQUEIRA, 2008).

Surgiu na década de 70, por meio de um grupo de pesquisadores da Universidade de Kansas (USA), e se baseou historicamente na análise funcional do comportamento, que

⁴Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA): ocupação refere-se a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas e dão sentidos a suas vidas. Na terminologia da terapia ocupacional, essas atividades são denominadas áreas de performance, que podem ser divididas em atividades diárias, laborativas, produtivas e atividades de lazer e diversão (AOTA, 2008).

implica na análise de interações entre organismo e ambiente (LE BLANC, 1998; SUPLINO, 2005; PEREIRA; *et al*, 2011). A ideia era elaborar um currículo para ser utilizado com crianças típicas em idade pré-escolar, na faixa etária de quatro a cinco anos. Este currículo propunha desenvolver habilidades que ajudassem essas crianças a se tornarem mais habilidosas e produtivas, no ambiente familiar e cultural no qual elas estavam inseridas. Esse currículo, além de aumentar as respostas adaptativas da criança, deveria diminuir a emissão dos comportamentos que tornavam essas crianças menos integradas socialmente (por exemplo, comportamentos de birra). Na década de 1980, o currículo funcional foi adaptado e utilizado com pessoas com deficiências (LE BLANC, 1998; SUPLINO, 2005).

Segundo Cardoso (1992), o CFN busca um ensino que esteja ecologicamente orientado para promover a interação efetiva entre o indivíduo e o meio em que ele vive. Le Blanc (1992); Cerqueira (2008); Pereira e colaboradores (2011) e Miura (2008) buscaram direcionar o olhar para o indivíduo como pessoa e não para a sua deficiência. As habilidades deveriam ser adequadas à idade cronológica do indivíduo. Nessa perspectiva um currículo ideal deveria incluir cinco passos: 1) respeitar os valores, habilidade e limitações do indivíduo; 2) os objetivos devem ser funcionais, flexíveis e centrados nos pontos fortes do indivíduo; 3) os procedimentos para o ensino das habilidades escolhidas devem ser experimentalmente demonstrados; 4) descrever quais as atividades e ambientes que serão utilizados durante o ensino e como eles estão relacionados de forma funcional; 5) os procedimentos de avaliação devem ser suficientemente sensíveis para monitorar o aprendizado do indivíduo (LE BLANC, 1992; MIURA, 2008; CERQUEIRA, 2008; PEREIRA; *et al*, 2011).

Considerando a população com deficiência intelectual que necessita de apoio generalizado e que não apresenta pré-requisitos para a inserção no mercado de trabalho, Gomes, de Souza e Lobato (2008) descreveram uma intervenção, fundamentada no Currículo

Funcional Natural, com o objetivo de ampliar as possibilidades de ocupação de um jovem com deficiência intelectual, com comprometimento grave do desenvolvimento físico, sensorial e intelectual, que necessitava de apoio generalizado. O participante não frequentava escola especializada ou oficina protegida e passava todo o dia em sua residência, na qual realizava poucas atividades. As intervenções foram realizadas na residência e em lugares públicos próximos à residência do participante. As atividades realizadas foram divididas em três grupos: 1- atividades de autocuidados e tarefas domésticas; 2- atividades de comunicação e culinária; 3- atividades esportivas e de interação social. As atividades foram escolhidas priorizando as opções de ocupação que a residência do participante poderia oferecer, os interesses dele, os aspectos funcionais da tarefa e o favorecimento à interação social. Após a intervenção, realizada pelos próprios pesquisadores, observou-se mudanças positivas no comportamento do jovem, com melhora na mobilidade, na comunicação expressiva e compreensiva, no tempo de atividade, na participação na rotina familiar e na qualidade de vida do grupo familiar. Os pesquisadores concluíram que a exploração do ambiente doméstico, para a ocupação desses jovens/ adultos com deficiência intelectual, poderia ser uma estratégia benéfica. Apesar de essa intervenção ter sido realizada pelos próprios pesquisadores, no geral, pessoas com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, são comumente acompanhados por cuidadores e esses podem ter um papel fundamental na ocupação dessas pessoas.

1.3 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA O ENSINO DE HABILIDADES OCUPACIONAIS A ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O cuidador pode ser definido como aquele que ensina; que media a relação de ensino; que auxilia o indivíduo enquanto o mesmo ainda não aprendeu os comportamentos

necessários para a realização do que foi solicitado, e assume um papel relevante no acompanhamento de adultos com DI que necessitam de apoio generalizado.

Esse cuidador pode ser qualquer pessoa que tenha contato direto com o indivíduo que requer cuidado, como: profissionais especializados, pais, familiares ou empregadas domésticas (WANDERLEY E BLANES, 1994 e CBO, 2002; BRASIL, 2008; DUARTE, 2009).

O conceito de cuidador é muito discutido. Em muitos países, há extensas tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, cuidadores principal e secundários e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada indivíduo dependente (GARRIDO; ALMEIDA, 1999; VILAÇA et al, 2005).

De acordo com a literatura, há duas categorias de cuidadores: formal e informal. O cuidador formal é aquele que recebe treinamento específico (qualificação) para a função e que mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração (YUASO, 2000; BORN, 2006; BRASIL, 2008; SANCHEZ, 2011). Ainda segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, sob o código 5162, o cuidador formal pode ser definido como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. (CBO, 2002). O cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que assume os cuidados básicos com um indivíduo dependente, de forma parcial ou integral. Neste caso não há remuneração (DUARTE, 1997; MENDES, P. T. T., 1998; BRASIL, 1999; LEITÃO; ALMEIDA, 2000; YUASO, 2000; BORN, 2006; FIGUEIREDO, 2007; BRASIL, 2008 BICALHO; LACERDA; CATAFESTA 2008; SANCHES, 2011).

Historicamente a mulher é a cuidadora tradicional. O estudo de Pimenta; Rodrigues e Greguol, (2010), constatou que, assim como os cuidadores de idosos e de pessoas com

deficiências crônicas, descritos no estudo de Camargos, et al. (2009), os cuidadores de pessoas com deficiência são, em sua maioria, informais e do sexo feminino, em geral mães com idade média de 40 anos.

O papel da mulher cuidadora ainda é uma atribuição esperada pela sociedade e muitas vezes a mulher não assume esse papel por escolha e sim por necessidade e pela falta de opção. (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010). Para as famílias de média e baixa renda, remunerar um serviço profissional torna-se, muitas vezes, impossível (WANDERLEY E BLANES, 1994) e se tratando de adultos com deficiência intelectual que necessitam de apoio generalizado, muitas vezes não se encontra profissionais qualificados.

O cuidador pode desempenhar um papel importante na vida diária de adultos com DI, se envolvendo em praticamente todos os aspectos do cuidado, desde as atividades de vida instrumental diária, tais como tarefas de higiene, banho e alimentação, como nas atividades de vida instrumental prática, como servir um alimento, ou no lazer e na socialização (MAIA, 2010). É importante enfatizar que o papel do cuidador não deveria ser o de realizar as atividades pela pessoa cuidada e sim ensinar a ela a como executar o comportamento solicitado (MAIA, 2010).

O processo de ensino de habilidades novas para os adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, em muitas situações, pode ser lento. Assim, a atuação do cuidador pode facilitar ou limitar a aprendizagem de novas habilidades por pessoas com deficiência intelectual. (BRAGA-KENYON; KENYON; MIGUEL, 2005; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A literatura indica que o cuidador, muitas vezes, não está preparado para suprir as necessidades do indivíduo com deficiência e que há a necessidade da realização de programas

de apoio para famílias com filhos dependentes e o desenvolvimento de orientações domiciliares mais eficazes (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; MAIA, 2010).

Alguns estudos descreveram a eficácia de procedimentos que envolveram a orientação e a capacitação de cuidadores de crianças com distintas categorias de deficiência (ZEILBERGER *et al*, 1968, BARNARD *et al*, 1977; PAVÃO; SILVA; ROCHA, 2011), de cuidadores de crianças com DI (GROSSI, 1996) e de cuidadores de jovens e adultos com DI em ambiente institucional (KISSEL e col., 1983; BOUERI, 2010).

O estudo de Zeilberger *et al* (1968) descreveu a modificação no comportamento de um menino, com 4 anos e 8 meses de idade, em ambiente domiciliar, tendo a mãe como mediadora. O delineamento utilizado foi o de linha de base múltipla. Consequências diferenciais foram utilizadas para aumentar a obediência e diminuir a apresentação de comportamentos agressivos da criança. Os resultados indicaram que os comportamentos agressivos da criança foram modificados depois que a mãe alterou as consequências desses comportamentos. A mudança no comportamento foi percebida por todos os que interagiram com a criança.

Barnard *et al* (1977), descreveu o ensino do comportamento de fazer compras à três meninos com idade entre 5 e 6 anos, em ambiente natural, por meio da capacitação das mães. Inicialmente foi analisada a interação entre as crianças e as mães, assim como a satisfação dessas mães em relação ao comportamento dos filhos. O delineamento utilizado foi o de linha de base múltipla. Os resultados indicaram um aumento significativo no comportamento de fazer compras das três crianças e um aumento da satisfação das mães em relação ao comportamento dessas crianças. Os dados também indicaram que, para uma das mães, houve uma mudança positiva na forma de interação dela com o filho.

O estudo de Pavão; Silva e Rocha (2011) pretendeu avaliar o efeito de um programa de orientação domiciliar, direcionado aos cuidadores de crianças com necessidades especiais,

por meio da verificação do nível de desempenho da criança em atividades de vida diária, antes e após o programa. Participaram do estudo 31 crianças com distintas categorias de deficiência, divididas em dois grupos: experimental e controle, sendo 17 crianças no grupo experimental e 14 crianças no grupo controle. As idades variavam entre 10 meses a 12 anos de idade. Tanto o grupo controle quanto o experimental passaram por uma avaliação inicial do repertório das crianças. Ao grupo experimental foi implementado um programa para capacitar os cuidadores a como ensinar a essas crianças atividades da rotina diária, além de realizar atendimento fisioterápico convencional. O grupo controle foi submetido apenas ao atendimento fisioterápico convencional. Após três meses os grupos controle e experimental foram reavaliados. Os resultados indicaram que os cuidadores, quando orientados em ambiente domiciliar, conseguiram criar estratégias para uma maior participação da criança durante as atividades da rotina diária, o que aumentou o nível de independência das mesmas. No grupo controle não houve um aumento no nível de independência das crianças.

Em relação aos cuidadores de crianças com deficiência intelectual, o estudo de Grossi (1996) teve como objetivo capacitar duas atendedoras para ensinar uma criança com deficiência intelectual de 9 anos de idade, que residia em um abrigo, a realizar diferentes tarefas de sua rotina diária. Foi realizado um levantamento da rotina da criança e uma avaliação inicial de seu repertório. Posteriormente foi proposta uma mudança nas atividades diárias e implementado um programa para capacitar as atendedoras a como ensinar a essa criança. O delineamento utilizado foi o de linha de base múltipla entre as atividades. Os procedimentos utilizados para o ensino foram pautados no currículo funcional natural, com a utilização de níveis de ajuda. Os resultados apontaram que as atendedoras ofereciam condições para que a criança se tornasse mais independente e esta começou a participar mais ativamente das atividades diárias, adquiriu habilidades nas diferentes áreas de condutas adaptativas, e com isso houve uma diminuição da emissão de comportamentos inadequados. Os dados

indicaram que quando devidamente orientados os cuidadores ampliaram o nível de independência do indivíduo cuidado.

Kissel e colaboradores (1983) realizaram um treinamento para atendentes de adultos com deficiência intelectual severa, em ambiente institucional, como o objetivo de verificar a eficácia desse treinamento no repertório dos residentes. Foram observadas três habilidades: escovar os dentes, pentear os cabelos e lavar as mãos. Participaram do estudo quatro atendentes que foram treinadas a ensinar os comportamentos alvos com base na abordagem teórica da análise aplicada do comportamento. O delineamento utilizado foi o de linha de base múltipla entre os comportamentos dos atendentes. Apenas a habilidade de escovar os dentes foi ensinada aos atendentes. Os resultados indicaram que durante o treinamento e a manutenção dos comportamentos ensinados, os residentes aprenderam a utilizar as habilidades de maneira adequada (escovação), aplicaram os conhecimentos em situação de generalização (pentear os cabelos e lavar as mãos) e mantiveram o uso consistente e adequado das habilidades com a supervisão frequente dos atendentes. Os resultados foram satisfatórios, pois houve mudanças no comportamento dos residentes que se tornaram menos dependentes na realização das habilidades ensinadas.

O estudo de Boueri (2010) descreveu um programa educacional destinado à capacitação das atendentes/cuidadoras de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. O objetivo do programa era tornar os jovens mais independentes nas atividades instrumentais de vida diária. Os resultados indicaram a possibilidade de modificar as contingências do ambiente tornando-as favoráveis à aprendizagem de comportamentos envolvidos em diferentes atividades da rotina diária dos jovens.

Por meio de fontes consultadas (base de dados *Scientific Eletronic Library Online* - Scielo e BDTD) não foram encontrados estudos de capacitação de cuidador de jovens e

adultos com DI em ambiente domiciliar, além do estudo de Gomes, de Souza e Lobato (2008), descrito anteriormente.

De maneira geral a literatura indica a necessidade do desenvolvimento de estratégias que permitam ao cuidador ensinar adequadamente à pessoa que é cuidada, favorecendo uma aprendizagem mais efetiva, dentro do repertório pessoal apresentado. (MOREIRA, 2004; PAVÃO; SILVA e ROCHA, 2011). A literatura indica também que os programas de orientação e capacitação domiciliar podem exercer influência no desempenho funcional de pessoas com necessidades especiais. Além disso, a realização da orientação e da capacitação dos cuidadores de adultos com DI, que necessitam de suporte generalizado, pode facilitar a inclusão desses adultos nas atividades familiares e sociais (WANDERLEY E BLANES, 1994). Por outro lado há uma carência de estudos que verifiquem as influências de orientações direcionadas em ambientes domiciliares para adultos com DI que necessitam de suporte generalizado (PAVÃO; SILVA e ROCHA, 2011).

Nesse contexto o objetivo desse estudo foi verificar os efeitos de um programa de capacitação domiciliar a cuidadores de adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, para o ensino de habilidades ocupacionais a esses adultos. O estudo foi dividido em três Fases; a Fase I foi relacionada à elaboração do Programa de Capacitação com os cuidadores dos adultos com deficiência intelectual; a Fase II buscou aplicar e avaliar os efeitos do Programa de Capacitação; e a Fase III verificou os efeitos da intervenção e uma possível generalização das habilidades aprendidas pelos participantes, em outros ambientes.

2. OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo verificar os efeitos de um programa de capacitação domiciliar a cuidadores de adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, para o ensino de habilidades ocupacionais a esses adultos.

3. MÉTODO

O estudo foi dividido em três Fases. Os objetivos foram: na Fase I, elaborar um Programa de Capacitação, para os cuidadores e adultos com deficiência intelectual, ambos participantes desse estudo, a partir de dados coletados com os cuidadores. Na Fase II o Programa de Capacitação foi implementado e avaliado e na Fase III, verificou-se os efeitos da intervenção, nos cuidadores e nos adultos com deficiência intelectual e a generalização das habilidades aprendidas por esses participantes, em outros ambientes.

3.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo dez cuidadores e três adultos com deficiência intelectual. Os cuidadores tinham idades entre 19 e 78 anos; oito eram familiares e dois não eram familiares dos participantes com deficiência intelectual. Dois cuidadores eram responsáveis pelo adulto 1 (A1), outros dois eram responsáveis pelo adulto 2 (A2) e seis eram responsáveis pelo adulto 3 (A3). O participante A3 possuía seis cuidadores porque a primeira cuidadora (cuidadora principal), já é idosa, ficou doente e precisou de ajuda. Ela fez questão de continuar, mas como os irmãos de A3 realizam um rodízio para cuidar dele, duas irmãs e um irmão pediram para participar da pesquisa e durante a coleta entraram duas cuidadoras contratadas. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos cuidadores de cada um dos adultos com deficiência intelectual.

Tabela 1

Características Gerais dos Cuidadores dos Adultos com DI

Adultos com DI	Cuidador	Idade	Parentesco	Gênero	Escolarização	Ocupação	Classificação econômica	Fase I	Fase II	Fase III
A1	C1a	48	Mãe	Feminino	Fundamental completo	Do lar	B1	Sim	Sim	Sim
	C1b	59	Pai	Masculino	Técnico completo	Contador	B1	Sim	Parcialmente*	Sim
A2	C2a	52	Mãe	Feminino	Fundamental incompleto	Do lar	C1	Sim	Sim	Sim
	C2b	19	Irmão	Masculino	2º grau completo	Operador de máquina	C1	Não	Sim	Não
A3	C3a	78	Mãe	Feminino	Superior completo	Aposentada	A1	Sim	Sim	Sim
	C3b	25	Não familiar	Feminino	Ensino superior incompleto	Estudante de enfermagem	B2	Não	Sim	Não
	C3c	50	Irmã	Feminino	Superior completo	Orientadora Educacional	A2	Não	Sim	Sim
	C3d	48	Irmã	Feminino	Superior completo	Professora	B1	Não	Sim	Não
	C3e	42	Irmão	Masculino	Superior completo	Administrador de empresa	A1	Não	Parcialmente*	Não
	C3f	53	Não familiar	Feminino	Fundamental incompleto	Empregada doméstica	D	Não	Parcialmente*	Não

Nota: *C1b participou de alguns encontros da capacitação teórica na fase II do estudo. C3e não participou da capacitação teórica, mas foi orientado pelos outros cuidadores do adulto A3. C3f era contratada e saiu do emprego.

Fonte: Base de dados da pesquisa

Os adultos com deficiência intelectual eram do sexo masculino, tinham idades entre 21 e 32 anos e diagnóstico prévio realizado por médico especializado. Todos os adultos faziam uso de medicamentos, frequentavam instituição de educação especializada e necessitavam de apoio generalizado. Apesar de haver mais de um cuidador para cada adulto com deficiência intelectual, havia um cuidador principal, responsável por cada um desses adultos. Os adultos foram avaliados por uma psicóloga que tentou aplicar o teste Escala de Maturidade Mental Colúmbia (BURGEMEISTER, BLUM, LORGE, 1977), porém o repertório desses participantes não era suficiente para a realização do teste e nem de outros testes disponíveis para avaliação do quociente de inteligência. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos adultos com deficiência intelectual.

Os critérios para a seleção dos adultos com deficiência intelectual era que estes fossem dependentes na maioria das atividades de vida instrumental diária e prática, assim como apresentar limitações cognitivas e sociais que comprometessem severamente a interação social e a aprendizagem de novas habilidades. A autorização da família para a participação nesse estudo foi requerida. O critério para a seleção dos cuidadores era que fossem responsáveis pelos cuidados diários dos adultos com deficiência intelectual. Tanto o recrutamento dos participantes quanto os demais procedimentos empregados no estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos: parecer número 454/2011 (Anexo A).

Tabela 2

Características Gerais dos Adultos com DI

Adulto com DI	Idade	Diagnóstico Associado	Medicamento	QI	Nível de apoio	Instituição de Ensino	Cuidador Principal
A1	21	Deleção de parte do cromossomo 2q-	Antipsicótico	Não respondeu ao teste	Generalizado	Especializada	C1a
A2	22	DA e IPC	Antipsicótico Anticonvulsivantes Antidepressivos Imunoglobulina injetável	Não respondeu ao teste	Generalizado	Especializada	C2a
A3	31	Síndrome de Down	Antidepressivo	Não respondeu ao teste	Generalizado	Especializada	C3a

LEGENDA

DI – deficiência Intelectual DA – Deficiência Auditiva IPC – Imunodeficiência Primária Adquirida C1a – Cuidador 1a C2a – Cuidador 2a C3a – Cuidador 3a

Fonte: Base de dados da pesquisa

3.2 SITUAÇÕES E MATERIAIS

O estudo foi realizado em uma cidade de grande porte do Estado de Minas Gerais. As Fases I e II do estudo ocorreram predominantemente na residência dos adultos com deficiência intelectual. As exceções foram: a realização de duas visitas à instituição de educação especializada frequentada pelos participantes, para o contato inicial com as famílias e exposição do estudo, e locais públicos, próximos à residência de A1. A Fase III ocorreu na instituição de educação especializada frequentada pelos adultos com DI e em locais públicos frequentados por A1 e A3.

Na Tabela 3 há uma descrição geral das etapas, dos instrumentos, dos objetivos e das formas de análise dos dados realizados nas Fases I, II e III do estudo. As Fases II e III ocorreram em momentos diferentes com cada um dos participantes (cuidadores e adultos com DI).

Tabela 3

Descrição das Etapas da Coleta, dos Instrumentos, dos Objetivos e das Formas de Análise dos Dados Realizados Durante as Fases do Estudo.

FASE	ETAPA DA COLETA DE DADOS	INSTRUMENTO	OBJETIVO DO INSTRUMENTO	ANÁLISE DOS DADOS
I (Pré-teste)	Investigação da Rotina do Cuidador em Ambiente Domiciliar	Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	Verificar a partir dos relatos dos cuidadores como se dá a sua rotina com o adulto com DI	Análise do conteúdo e construção de categorias de análise.
	Seleção das atividades que serão ensinadas	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional	Verificar quais são as atividades que o cuidador acredita serem mais importantes para o adulto com DI	Escolha de três atividades relevantes utilizadas durante a capacitação.
	Observação direta	Protocolo de Registro Descritivo	Observar a sequência, o comportamento e o desempenho do participante e do adulto com DI nas atividades selecionadas.	Descrição da sequência das atividades e dos comportamentos do adulto com DI e do cuidador, assim como a descrição do ambiente domiciliar.
	Investigação do Nível Socioeconômico de cada Família	Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	Levantar o nível socioeconômico de cada família.	Correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica.

II	Capacitação Teórica	Apostila de Capacitação do Cuidador	Capacitar teoricamente o cuidador para que ele entenda o porquê dos procedimentos adotados.	Análise do conteúdo
	Capacitação Prática	Protocolo para Registro dos comportamentos ensinados	Registrar a porcentagem de independência do adulto com DI a realização das atividades	Tabelas e gráficos
		Protocolo de Registro dos Comportamentos Adequados e Inadequados dos cuidadores e dos adultos com DI	Registrar a mudança dos comportamentos dos cuidadores e dos adultos com DI durante a capacitação	Tabelas e gráficos
		Protocolo de Análise das Filmagens	Analisar com o cuidador a conduta dele durante o ensino da atividade escolhida.	Análise do conteúdo
III (pós-teste)	Modificações na rotina do cuidador e do adulto	Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (final)	Verificar os efeitos da intervenção nos cuidadores e nos adultos com DI após a capacitação dos cuidadores.	Análise do conteúdo
	Modificação da percepção do cuidador em relação às áreas de desempenho ocupacional	Reaplicação da COPM	Verificar se houve mudança no grau de desempenho do adulto com DI e no grau de satisfação do cuidador nas atividades ensinadas	Tabelas e gráficos
	Generalização dos comportamentos aprendidos	Protocolo de Generalização das Atividades	Verificar a generalização dos comportamentos aprendidos pelos adultos com DI e pelos cuidadores	Tabelas e gráficos
GERAL	Observações durante a coleta	Protocolo para Registro de Diário de Campo	Possibilitar uma análise qualitativa da rotina dos participantes	Análise do conteúdo

Fonte: base de dados da pesquisa.

3.2.1 FASE I

Na Fase I foram utilizados os seguintes materiais: (1) *Roteiro de entrevista semiestruturada inicial* (Apêndice A); (2) *Canadian Occupational Performance Measure – COPM* (LAW, et al., 2009); (3) *Protocolo de registro descritivo das atividades* (Apêndice B) e (4) *Critério de Classificação Econômica Brasil* (ABEP, 2012).

O *roteiro de entrevista semiestruturada inicial* (Apêndice A) era destinado a descrever a rotina e o tempo de ocupação e ociosidade dos adultos com deficiência intelectual, assim como obter informações a respeito de variáveis dos cuidadores no manejo desses adultos, durante a realização das atividades do cotidiano. O roteiro era composto por 33 perguntas, sendo que: treze perguntas eram referentes à prática dos cuidadores e treze perguntas referentes aos adultos com DI com os quais os cuidadores realizavam as atividades de habilidades ocupacionais. Este instrumento foi adaptado do estudo de Boueri (2010) e passou pela apreciação de três juízes, especialistas na área, para a certificação de que o roteiro atingisse os objetivos pré-estabelecidos.

A *Canadian Occupational Performance Measure - COPM* (LAW, et al. 2009) é uma avaliação que mensura, por meio de entrevista semiestruturada, a percepção do indivíduo em relação às áreas de desempenho ocupacional. O desempenho Ocupacional é o resultado da interação entre a pessoa (físico, afetivo e cognitivo), o ambiente (físico, social, cultural e institucional) e a ocupação (autocuidado, produtividades e lazer) (LAW, et al, 2009 p.17). A avaliação foi traduzida para a língua portuguesa, mas ainda não foi validada para a população brasileira. Embora a COPM não tenha sido validada, ela foi utilizada para este estudo por auxiliar na identificação das áreas problemáticas do desempenho ocupacional do indivíduo e medir as mudanças de desempenho ocupacional ao longo do processo de intervenção.

O *protocolo de registro descritivo das atividades* (Apêndice B) era destinado a avaliar as dificuldades e as facilidades encontradas pelos cuidadores durante a realização de

atividades selecionadas para o Programa de Capacitação, bem como descrever a sequência e os comportamentos dos cuidadores e dos adultos com deficiência intelectual nessas atividades. O protocolo era composto por um cabeçalho contendo data, número do registro de filmagem e identificação (do adulto com DI, do cuidador e da atividade observada pela pesquisadora) e linhas para a descrição da atividade (local, material, dificuldades e facilidades encontradas, comportamentos do adulto e do cuidador e sugestões para possíveis modificações).

O *Critério de Classificação Econômica Brasil* (ABEP, 2012). é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população em um contínuo (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E) no qual A1 representa o grau mais alto de poder aquisitivo e E representa o grau mais baixo.

3.2.2 FASE II

Na Fase II foram utilizados os seguintes materiais: (a) *Apostila: Programa de Ensino de Habilidades Ocupacionais (PEHO) aos Cuidadores de Adultos com Deficiência Intelectual* (APÊNDICE C); (b) *Protocolo para o registro dos comportamentos ensinados* (Apêndice D a F), (c) *Protocolos para registro dos comportamentos adequados e inadequados do cuidador e do adulto com deficiência intelectual* (Apêndices G e H); (d) *Protocolo para análise das filmagens* (Apêndice I).

A *apostila* era composta por 40 páginas, subdivididas em dez capítulos para facilitar o entendimento do assunto. (APÊNDICE C). Os três primeiros capítulos descreveram o papel do cuidador no ensino de habilidades aos adultos com DI, além de discutir questões relativas à definição e caracterização do adulto com deficiência intelectual e as formas de avaliar o repertório desses indivíduos por meio do Currículo Funcional Natural (Le Blanc, 1992, 1998).

Os capítulos 4 a 8 faziam referência aos conceitos básicos da Análise Aplicada do Comportamento (MARTIN; PEAR 2009). Pretendeu-se, com estes capítulos, oferecer algumas informações, de maneira simples, para que o cuidador entendesse o porquê dos registros e das formas de ensino. Os dois últimos capítulos descreviam as formas de registro, avaliação e algumas dicas importantes sobre os procedimentos de ensino. Ao final de cada capítulo o cuidador teve a oportunidade de realizar alguns exercícios, por meio de perguntas e de atividades práticas, referentes ao texto lido anteriormente, como forma de fixar o conteúdo. A apostila passou pela apreciação de dois juízes especialistas na área para que se certificasse que o roteiro atingisse os objetivos pré-estabelecidos.

(b) *Protocolo para o registro dos comportamentos ensinados* (Apêndice D a F), tinha como objetivo registrar o nível de desempenho dos adultos com DI durante a realização das atividades, sendo composto por: um cabeçalho contendo a identificação (do adulto com DI, do cuidador e da atividade realizada), o número do registro de filmagem e uma tabela a ser preenchida referente à data, tempo de duração da atividade, fase experimental; relacionada às fases utilizadas no delineamento do estudo e os passos necessários para a realização da atividade. Em cada um dos passos eram registrados os níveis de ajuda utilizados pelo cuidador durante a realização da atividade com o adulto com DI. Esses níveis de ajuda eram: não realiza; ajuda física total, ajuda física parcial, dica gestual/demonstrativa e realiza com independência.

(c) *Protocolos para registro dos comportamentos adequados e inadequados do cuidador e do adulto com deficiência intelectual* (Apêndices G e H), tinham como objetivo quantificar os comportamentos adequados e inadequados dos participantes (adultos com DI e cuidadores). Eram compostos por: um cabeçalho contendo a identificação (do adulto com DI, do cuidador e da atividade realizada), a data, o número de registro da filmagem, o tempo de duração da atividade e a fase experimental; relacionada às fases utilizadas no delineamento do

estudo. Além de uma tabela a ser preenchida referente a cada um dos comportamentos adequados e inadequados dos participantes (Tabelas 5 a 10), a quantificação destes comportamentos e o total. Os protocolos foram adaptados do estudo de Boueri (2010).

(e) *Protocolo para análise das filmagens* (Apêndice I), tinha como objetivo analisar com o cuidador a conduta dele durante o ensino da atividade e discutir sobre as modificações necessárias. Era composto por: um cabeçalho contendo a identificação (do adulto, do cuidador e da atividade realizada), a data, o número de registro da filmagem e a fase experimental; relacionada às fases utilizadas no delineamento do estudo. Assim como linhas para anotações gerais da atividade (material utilizado, adaptações, dificuldades e facilidades encontradas, comportamentos do adulto e do cuidador e modificações sugeridas).

3.2.3 FASE III

Na Fase III foram utilizados: (I) *Roteiro de entrevista semiestruturada final* (APÊNDICE J); (II) *Canadian Occupational Performance Measure - COPM* (LAW, et al., 2009) e (III) *Protocolo de Generalização das Atividades* (APÊNDICE K).

(I) *Roteiro de entrevista semiestruturada final* (APÊNDICE J) permitiu verificar as mudanças na rotina e no comportamento dos participantes após a realização do programa de capacitação. O roteiro era composto por oito perguntas relacionadas ao cuidador e oito relacionadas ao adulto com DI. Este instrumento passou pela apreciação de três juízes especialistas na área para que se certificasse que o roteiro atingisse os objetivos pré-estabelecidos.

(II) *Canadian Occupational Performance Measure - COPM*; (LAW, et al., 2009) foi novamente aplicado com o objetivo de verificar se houve mudança no grau de desempenho dos adultos com DI e no grau de satisfação dos cuidadores após a aplicação do programa.

(III) *Protocolo de generalização das atividades* (APÊNDICE K) tinha como objetivo verificar se os comportamentos aprendidos durante o programa foram utilizados pelos participantes em outras situações ou ambientes. Era composto por um cabeçalho contendo nome do adulto, do mediador (pessoa responsável pelo adulto durante a realização da atividade) e da atividade realizada, data, local e número da filmagem. Assim como, linhas para descrição das observações (descrição da atividade e dos comportamentos envolvidos).

O *Protocolo para registro de diário de campo* (Apêndice L) foi utilizado nas três Fases e teve como finalidade possibilitar uma análise qualitativa da rotina dos participantes durante a pesquisa. Era composto por: um cabeçalho contendo a identificação (do adulto e do cuidador), a data, a fase experimental e linhas para anotações gerais. Neste espaço deveria conter informações trazidas pelos cuidadores e observadas pela pesquisadora durante a coleta.

3.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente os adultos com DI foram indicados pela direção da instituição frequentada por eles, respeitando os critérios de inclusão da pesquisa. Em seguida os responsáveis e/ou cuidadores foram chamados para participar de uma reunião na instituição, onde foram expostos os objetivos da pesquisa e os procedimentos utilizados. Na sequência a anuência do cuidador e do responsável pelo adulto com deficiência intelectual foi obtida, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndices M, N e O). Em seguida, a Fase I da pesquisa foi iniciada.

3.3.1 FASE I

A Fase I consistiu no levantamento de informações junto aos cuidadores para a elaboração do programa de capacitação. Para isso, o cuidador principal de cada adulto com deficiência intelectual respondeu à entrevista semi-estruturada e à avaliação de Medida Canadense de

Desempenho Ocupacional (LAW, et al. 2009). Inicialmente, o cuidador apontou cinco atividades que considerava como as de mais difícil execução no dia a dia com o adulto com DI e, em seguida, pontuou cada uma delas, com uma nota que variou de um a dez, considerando o grau de importância. Posteriormente, o cuidador pontuou cada uma delas, com uma nota que variou de um a dez, classificando cada atividade no que diz respeito ao desempenho do adulto com DI (*performance*) e o grau de satisfação do cuidador em relação ao desempenho desse adulto nas atividades. O escore mínimo era 1 e o máximo era 10, sendo que quanto mais alta a pontuação, melhor a percepção do cuidador quanto a performance do adulto com DI e maior a satisfação desse cuidador em relação ao desempenho desse adulto. Das cinco atividades descritas, três atividades foram escolhidas para a capacitação, em comum acordo com o cuidador.

Em seguida, os cuidadores preencheram o questionário do Critério de Classificação Econômica (ABEP, 2012). Na sequência foram realizadas observações diretas no ambiente domiciliar de cada adulto com deficiência intelectual, em turnos diferentes (manhã e tarde), com duração média total de duas horas, cujos dados foram anotados no Protocolo de registro descritivo.

Foi utilizado um gravador digital de áudio para a aplicação da entrevista e da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional pela pesquisadora, folha e caneta para o preenchimento do Critério de Classificação Econômica pelo cuidador e uma filmadora para o registro das atividades desempenhadas pelo cuidador e pelo adulto com DI em ambiente domiciliar.

Com base nos dados coletados foi elaborado o Programa de Capacitação para Cuidadores, cujo nome é Programa de Ensino de Habilidades Ocupacionais – PEHO. A estrutura do programa será descrita no decorrer do estudo. O programa priorizou aspectos relativos a duas das três áreas avaliadas na COPM (LAW, et al. 2009): (1) Autocuidados:

cuidados pessoais, mobilidade funcional e independência em casa e (2) Lazer: recreação e socialização. A descrição das três atividades selecionadas para a Fase II referentes a cada um dos adultos com DI foram descritas na tabela 4.

Tabela 4

Descrição das Três Atividades Realizadas com Cada Adulto com DI e as Áreas Correspondentes.

ADULTOS COM DI	ATIVIDADES	ÁREAS
A1	Banho Alimentação Visita à padaria	Autocuidado Autocuidado Lazer
A2	Aumento de comportamentos socialmente aceitos em contato com o irmão Alimentação Banho	Lazer Autocuidado Autocuidado
A3	Banho Escovação de dente Utilizar o som	Autocuidado Autocuidado Lazer

Fonte: base de dados da pesquisa

3.3.2 FASE II

A Fase II consistiu na implementação e na avaliação do PEHO. Foi composta por sessões de “capacitação teórica” e de “capacitação prática” que aconteceram simultaneamente.

3.3.2.1 Capacitação Teórica

A capacitação teórica teve como objetivo oferecer aos cuidadores alguns referenciais teóricos que pudessem auxiliar no ensino de novas habilidades aos adultos com deficiência intelectual. Foram realizados nove encontros, como descrito na Tabela 5 e desenvolvidos da seguinte maneira: teve início após a coleta de linha de base e acontecia uma vez por semana, com cada um dos cuidadores, respeitando os horários e a disponibilidade de cada um.

Tabela 5

Cronograma dos Encontros da Capacitação Teórica com os Cuidadores, os Tópicos Abordados e o Material Utilizado.

Capacitação Teórica	Tópicos Abordados	Materiais
1º encontro	Apresentação da apostila ao cuidador O papel do cuidador	Kit de capacitação teórica
2º encontro	O adulto com Deficiência Intelectual	Kit de capacitação teórica
3º encontro	O Currículo Funcional Natural	Kit de capacitação teórica
4º encontro	O que é Comportamento	Kit de capacitação teórica
5º encontro	Como selecionar os comportamentos que se deseja ensinar A importância do ensino na rotina diária	Kit de capacitação teórica
6º encontro	Procedimentos de ensino	Kit de capacitação teórica
7º encontro	Como fortalecer um comportamento	Kit de capacitação teórica
8º encontro*	Para que serve o registro e como utilizá-lo	Kit de capacitação teórica
9º encontro	Como diminuir os comportamentos inadequados	Kit de capacitação teórica

*Nota: *A partir do 8º encontro o cuidador já apresentava repertório para preencher a folha de registro dos comportamentos ensinados.*

Fonte: base de dados da pesquisa

Os encontros foram realizados uma vez por semana para que os cuidadores tivessem tempo de ler o capítulo previamente e tiveram duração de aproximadamente 15 a 20 minutos. Inicialmente os cuidadores eram convidados a relembrar os tópicos do estudo e junto com a pesquisadora era realizada uma discussão sobre o tema. Ao final do encontro, os cuidadores poderiam responder algumas questões referentes ao texto discutido, para fixar o conteúdo.

3.3.2.2 Capacitação Prática

A capacitação prática teve como objetivo a modelagem do comportamento dos cuidadores para que eles pudessem favorecer a aprendizagem de novos comportamentos, pelos adultos com deficiência intelectual, no contexto prático em que esses comportamentos eram ensinados.

Para facilitar o ensino e a aprendizagem dos participantes, as atividades selecionadas foram divididas em etapas e cada etapa foi dividida em comportamentos alvos. Alguns comportamentos alvos foram divididos em comportamentos menores (passos). (WINDHOLZ, 1988). A descrição detalhada das atividades foi descrita nas Tabelas 6 a 9.

Tabela 6: Descrição dos Comportamentos Alvos e dos Comportamentos Menores (passos) da Atividade de Banho Utilizados com os Três Adultos com DI

1. Retirar a camisa	1. Entrar no box	1. Pegar a toalha	1. Passar desodorante (A1/A3)	3 Vestir a camisa
Segurar a Barra/gola da camisa	2. Abrir a torneira	2. Enxugar a cabeça	Pegar o desodorante	Pegar a camisa
Levantar a camisa até a altura do peito	3. Molhar o corpo	3. Enxugar o rosto	Tirar a tampa	Achar o lado correto (A3)
Puxar a camisa pela cabeça	4. Lavar a cabeça	4. Enxugar o corpo	Passar na axila	Segurar a camisa pelo cós
Pegar a manga de um dos braços	Pegar o xampu	Enxugar o peito e a barriga	Trocar de mão	Levantar a camisa até a cabeça
Puxar a manga do outro braço	Abrir o recipiente	Enxugar os braços e axilas	Passar na outra axila	Enfiar a camisa pela cabeça
2. Retirar a sandália (A1)	Colocar o xampu	Enxugar os genitais	Colocar a tampa	Puxar a camisa até o pescoço
Sentar-se	Guardar o xampu	Enxugar as pernas	Guardar o desodorante	Enfiar o braço na manga
Cruzar uma perna sobre a outra ou levantá-la	Esfregar a cabeça	Enxugar os pés	2. Pentear o cabelo (A1/A3)	Enfiar o outro braço na manga
Puxar a sandália para fora/ empurrar para baixo	Enxaguar o cabelo	5. Pendurar a toalha (A3)	Abrir a gaveta (A1)	Puxar a camisa para baixo até a cintura
Cruzar a outra perna ou levantá-la	5. Lavar o corpo		Pegar o pente	4 Vestir a cueca
Puxar a sandália para fora/ empurrar para baixo	Pegar a bucha com sabão		Levar o pente até o cabelo	5 Vestir a bermuda/calça
3. Retirar a bermuda/calça	Lavar o peito e a barriga		Pentear o cabelo de um lado	Pegar a roupa
4. Retirar a cueca	Lavar os braços e axilas		Trocar de mão	Achar o lado correto (A3)
Segurar a roupa pelo cós	Lavar os genitais		Pentear o cabelo do outro lado	Levantar/ cruzar a perna
Descer a roupa até o joelho	Lavar as pernas		Guardar o pente	Segurar a roupa pelo cós
Descer a roupa até o tornozelo	Lavar os pés		Fechar a gaveta (A1)	Enfiar a perna na roupa
Levantar a perna e retirar a roupa	Guardar a bucha			Levar/ cruzar a outra perna
Levantar a outra perna e retirar a roupa	Enxaguar o corpo			Enfiar a outra perna na roupa
	6. Fechar a torneira			Puxar a roupa até a cintura
				4. Calçar a sandália (A1)
				Pegar um pé da sandália
				Levantar/cruzar a perna
				Colocar a sandália no pé
				Pegar o outro pé da sandália
				Levantar/ cruzar a outra perna
				Colocar a outra sandália no pé

FONTE: Base de dados da pesquisa.

Tabela 7

Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade de Alimentação Utilizados com o Adulto 1.

<u>1ª ETAPA: Preparação para o Almoço</u>	<u>2ª ETAPA: Almoço</u>
1. Abrir o armário	1. Pegar a colher
2. Pegar o prato	2. Colocar a comida na colher
3. Entregar p/o cuidador	3. Levar a colher com alimento até a boca
4. Fechar o armário	4. Mastigar o alimento
5. Abrir a gaveta	5. Pegar o prato e o talher
6. Pegar a colher	6. Levar até a pia
7. Fechar a gaveta	7. Colocar o prato dentro ou em cima da pia
8. Sentar-se à mesa	

Fonte: Base de dados da pesquisa

Tabela 8

Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade de Alimentação Utilizados com o Adulto 2.

<u>1ª ETAPA: Almoço</u>	<u>2ª ETAPA: Tomar o líquido</u>
1. Sentar-se à mesa	1. Pegar o copo
2. Pegar a colher	2. Levar até a boca
3. Colocar a comida na colher	3. Manter o copo na boca e tomar o líquido
4. Levar a colher com alimento até a boca	4. Colocar o copo em cima da mesa
5. Mastigar o alimento	
6. Apoiar a colher na borda do prato	

Fonte: Base de dados da pesquisa

Tabela 9

Descrição dos Comportamentos Alvos da Atividade 1 com o Adulto A1 e das Atividades 2 e 3 com o Adulto A3.

Comportar-se adequadamente em lugares públicos (padaria)		Escovação de dentes	Manusear o Som
Adulto 1		Adulto 3	Adulto 3
1. Pegar a bolsinha de dinheiro		1. Pegar a pasta de dente	1. Pegar a caixa do CD
2. Entrar no estabelecimento		2. Abrir a pasta de dente	2. Abrir a caixa do CD
3. Pegar o (s) produto (s)		3. Pegar a escova de dente	3. Pegar o CD
4. Dirigir-se ao caixa		4. Colocar a pasta de dente na escova	4. Abrir o compartimento de CD
5. Entregar o produto para a moça do caixa		5. Escovar os dentes (arcada superior)	5. Colocar o CD no som
6. Pagar o(s) produto (s)		6. Escovar os dentes (arcada inferior)	6. Fechar o compartimento de CD
7. Pegar o (s) produto (s) de volta		7. Abrir a torneira	7. Apertar o play
8. Sair do estabelecimento		8. Lavar a boca	8. Escutar a música
9. Levar o produto até em casa		9. Lavar a escova de dente	9. Desligar o som
		10. Guardar a escova de dente	
		11. Fechar a torneira	
		12. Tampar a pasta de dente	
		13. Guardar a pasta de dente	
		14. Pegar a toalha	
		15. Enxugar as mãos e a boca	
		16. Pendurar a toalha	

Fonte: base de dados da pesquisa

3.3.2.2.1 Descrição dos recursos materiais

Para cada um dos adultos com DI foram utilizados recursos materiais tendo como objetivo facilitar o desenvolvimento da atividade por meio de adaptações ambientais e dos utensílios utilizados. Algumas das adaptações foram de uso temporário e outras de uso permanente (COOK & HUSSEY, 2002; TROMBLY, 2005; ARAUJO, 2007). As adaptações de uso temporário foram retiradas à medida que o adulto com DI foi adquirindo habilidades para realizar as atividades sem a necessidade das mesmas.

3.3.2.2.1.1. *Adaptações para a atividade 1 (banho) com o adulto A1*

O ambiente para esta atividade foi modificado. O adulto com DI retirava a roupa sentado em uma cadeira, e as colocava dentro de um cesto. A cuidadora ficava sentada à sua frente (banquinho de madeira). No banheiro foi colocado um tapete antiderrapante e um suporte na parede, (preso com ventosas), onde foram colocados o xampu e uma bucha com compartimento para sabonete. Para enxugar foi utilizada uma toalha de rosto, para facilitar o manuseio pelo adulto com DI (ver Apêndice P). Ao final do estudo todas as adaptações permaneceram.

3.3.2.2.1.2. *Adaptações para a atividade 2 (Alimentação) com o adulto A1*

O ambiente foi modificado no decorrer do estudo. Inicialmente o adulto com DI sentava-se a mesa e a cuidadora permanecia sentada ao seu lado. Como A1 começou a querer se levantar à cuidadora começou a ficar atrás de A1 para controlar tanto o movimento da mão no manuseio do talher como para impedir que ele levantasse. Porém, a cuidadora estava sentindo dores nas costas. Então, a mesa foi virada e o adulto com DI passou a sentar entre a mesa e a parede e a cuidadora começou a sentar de frente para A1. Foi colocada uma borda lateral no prato de A1 para impedir que o alimento caísse para fora, assim como a colher foi entortada e

o cabo engrossado (ver Apêndice P). Ao final do estudo A1 começou a utilizara colher com cabo engrossado, mas não mais entortada e a borda lateral do prato foi retirada.

3.3.2.2.1.3 Adaptações para a atividade 3 (visita à padaria) com o adulto A1

Para esta atividade foi providenciado uma bolsinha com zíper para guardar o dinheiro e uma sacola para carregar os produtos comprados (ver Apêndice P). Como A1 andava apenas pendurado nos ombros da cuidadora, foi solicitado a ela que começasse a se afastar, deixando que ele andasse sozinho. Inicialmente a cuidadora ficava atrás de A1, mas precisava “empurrá-lo” para que ele andasse. Em seguida a cuidadora começou a andar ao lado de A1 de mãos dadas com ele. Ao final do estudo A1 realizava todo o caminho sem o auxílio da cuidadora, que o ajudava apenas a atravessar a rua.

3.3.2.2.1.4. Adaptações para a atividade 1(aumento de comportamentos aceitos em contato com o irmão) com o adulto A2

Na atividade 1 o cuidador foi orientado a realizar comportamentos adequados, previamente selecionados, quando em contato com o adulto com DI e todas as vezes que A2 apresentasse algum comportamento inadequado deveria perder a atenção do irmão e vice-versa até que o irmão conseguisse se aproximar de A2 e este interagisse de maneira adequada com o cuidador.

Foram selecionadas algumas atividades de interesse do adulto com DI como assistir futebol na televisão da sala, assistir um filme no quarto de A2, arrumar a cama do cuidador, esperar enquanto o cuidador prepara o prato do almoço, entre outras. As atividades eram modificadas à medida que o interesse de A2 também se modificava. Ao final do estudo o cuidador conseguia permanecer no ambiente domiciliar sem que A2 o agredisse constantemente. Quando havia a emissão de algum comportamento inadequado por parte de

A2, este se apresentada com uma intensidade significativamente menor e era facilmente controlado pelo cuidador.

3.3.2.2.1.5. Adaptações para a atividade 2 (alimentação) com o adulto A2

O ambiente foi modificado. A mesa foi encostada na parede para impedir que A2 a empurrasse. A2 passou a sentar em uma cadeira de plástico com apoio de braço para impedir que o mesmo tombasse para o lado, mas não deu resultado. Então ele começou a sentar em uma cadeira com assento e encosto acolchoados. Essa cadeira era encostada na quina da parede e a mesa encaixada à frente de A2, o que propiciou um apoio de braço e um maior controle do tronco de A2, impedindo que ele caísse para os lados (ver Apêndice P). A cuidadora sentava à frente de A2.

Foi colocada uma borda lateral no prato de A2 para impedir que o alimento caísse para fora, assim como a colher foi entortada e o cabo engrossado. Ao final do estudo todas as adaptações permaneceram.

3.3.2.2.1.6. Adaptações para a atividade 3 (banho) com o adulto A2

Foi colocada no banheiro uma cadeira plástica com apoio de braço para evitar que A2 tentasse sair do banheiro e um suporte na parede, (preso com ventosas), onde foram colocados o xampu e uma bucha com compartimento para sabonete. A cuidadora ficava de frente para A2. Para enxugar foi utilizada uma toalha de rosto, para facilitar o manuseio pelo adulto com DI e este permanecia sentado no vaso sanitário, e a cuidadora de frente para ele, sentada em uma cadeira. Ao final do estudo todas as adaptações permaneceram.

5.3.2.2.1.7 Adaptações para a atividade 1 (banho) com o adulto A3

Após despirm as roupas, A2 foi ensinado a colocar a roupa suja dentro de um cesto. Foi colocado no banheiro um suporte na parede, onde foram guardados o xampu e uma bucha com compartimento para sabonete. Os cuidadores ficavam de frente para o A3. O enxugar foi realizado com A3 sentado, em uma bancada, assim como para vestir a roupa. Ao final do estudo todas as adaptações permaneceram.

5.3.2.2.1.8 Adaptações para a atividade 2 (escovação de dentes) com o adulto A3

A bancada (pia) foi organizada para que tivesse a menor quantidade de estímulo possível, para que A3 não se distraísse e deixasse de prestar atenção nos comportamentos que eram realmente relevantes. Os utensílios de A3 (escova e pasta de dente) foram separados e colocados em um recipiente (copo). Como A3 estava com dificuldade para empurrar a pasta de dente para a parte de cima do tubo, ao colocar na escova, foi providenciado um *enrolador* e colocado no corpo do tubo de pasta de dente para empurrar a pasta para cima a medida que for esvaziando (ver Apêndice P). Ao término do estudo as adaptações permaneceram.

5.3.2.2.1.9 Adaptações para a atividade 3 (utilizar o som) com o adulto A3

Para esta atividade foi utilizado um aparelho de som e selecionadas músicas de interesse de A3. Não foi necessário adaptar os materiais utilizados.

Para verificar os efeitos da intervenção foi utilizado um delineamento de múltiplas sondagens entre os comportamentos (COZBY, 2003), que envolveu quatro etapas: linha de base; intervenção; sondagens e manutenção. O delineamento de múltiplas sondagens é uma variação do delineamento de linha de base múltipla. Enquanto no delineamento de linha de base múltipla a linha de base é coletada continuamente nos comportamentos que não estão em

intervenção, no delineamento de múltiplas sondagens a linha de base é medida de forma intermitente nos comportamentos que serão submetidos à intervenção. No delineamento de múltiplas sondagens realiza-se a medida de linha de base entre sujeitos, comportamentos ou ambientes e em seguida inicia-se a etapa de intervenção. Após o primeiro comportamento atingir o critério de desempenho pré-estabelecido são realizadas as sessões de sondagens, em que todos os comportamentos alvos são novamente mensurados. Posteriormente, a variável independente é introduzida no segundo comportamento. Após atingir o critério ocorre uma nova sondagem. A intervenção e as sondagens dos comportamentos continuam até que a variável independente seja introduzida em todos os comportamentos (ALMEIDA, *no prelo*).

O delineamento de múltiplas sondagens permite apresentar a validade do controle experimental e apresenta vantagens práticas em relação ao delineamento de linha de base múltipla, uma vez que, sondagens intermitentes podem evitar a emissão de comportamentos inadequados dos indivíduos, associados a períodos longos de linha de base (ALMEIDA, *no prelo*).

Para este estudo, as etapas foram às mesmas para todos os participantes. Inicialmente, na etapa de linha e base, foram realizadas três avaliações com as três atividades selecionadas, em que a pesquisadora observava as atividades sendo realizadas pelo cuidador. Neste momento não houve intervenção por parte da pesquisadora e o objetivo era medir o desempenho dos participantes antes do início da etapa de intervenção, assim como verificar quais eram os comportamentos adequados e inadequados que seriam apresentados pelos cuidadores e pelos adultos com DI durante a realização das atividades. Esses comportamentos foram descritos e operacionalizados e podem ser observados nas Tabelas 10 a 13. As Tabelas foram adaptadas do estudo de Boueri (2010). O levantamento dos comportamentos adequados e inadequados dos participantes foi realizado por meio das filmagens. Com relação à atividade 1, realizada

pelo adulto A2, houve a emissão de comportamentos específicos à situação apresentada. Estes comportamentos foram descritos separadamente e estão representados nas Tabelas 14 e 15.

Tabela 10

Operacionalização dos Comportamentos Adequados dos Cuidadores.

COMPORTAMENTO ADEQUADO DO CUIDADOR (CAC)	
Definição geral	Instruções, por meio da apresentação de consequências reforçadoras, que favorecem o ensino dos comportamentos envolvidos nas atividades realizadas pelo adulto com DI. O cuidador deve ensinar com entusiasmo e motivação, cuidando com o tom de voz e a linguagem utilizada, sendo o mais natural possível, sem gritos e tons muito altos. O cuidador deve reforçar os comportamentos corretos e não os incorretos (o “não” deve ser pouco usado). Devem ser dadas apenas as instruções essenciais para que o adulto com DI execute o comportamento solicitado, evitando a repetição. O cuidador deve manter-se calmo e interagir de forma a favorecer a aprendizagem do adulto com DI. Os elogios devem vir seguidos da descrição do comportamento que está sendo elogiado.
Apresentar as instruções, uma de cada vez.	Solicitar que o adulto com DI execute uma instrução e aguardar a resposta dele antes de solicitar uma nova instrução. A solicitação deve ser apresentada de forma objetiva e clara. Como por exemplo: “Lucas, pegue a blusa”.
Esperar pelo tempo de resposta após a apresentação de uma instrução	Após solicitação, o cuidador deve esperar um tempo para que o adulto com DI emita uma resposta. Caso a resposta ocorra, o cuidador deve reforçá-la utilizando reforço social e diferencial, com elogios ou carícias, enfatizando o que ele fez. Caso a resposta não ocorra, o cuidador deve repetir a instrução, prestar auxílio para a execução do comportamento e esperar um tempo mínimo para verificar se haverá resposta por parte do adulto com DI.
Auxiliar o adulto com DI na execução da instrução	O cuidador deve prestar auxílio, por meio dos níveis de ajuda, para que o adulto com DI execute o comportamento solicitado. Após o término da execução do comportamento ensinado com o auxílio do cuidador, o adulto com DI deve receber reforço social e diferencial, com elogios ou carícias. Caso ele não emita o comportamento solicitado ou não deixe que o cuidador auxilie não deverá ser reforçado.
Dar funcionalidade para o uso de materiais que estão sendo manipulados de maneira inadequada pelo adulto com DI e que são necessários para a realização do comportamento que foi solicitado	Durante a execução dos comportamentos envolvidos na atividade, caso o adulto com DI manuseie algum material envolvido no comportamento que está sendo realizado, o cuidador deve solicitar a ele que utilize o material para executar esse comportamento (como por exemplo: “Lucas, passe a bucha na barriga”). Caso ele não realize o comportamento solicitado, o cuidador deverá utilizar os níveis e ajuda e fazer com que o adulto com DI realize a instrução anteriormente solicitada.
Retirar os materiais desnecessários que interfiram de forma negativa na realização do comportamento que foi solicitado	Durante a execução dos comportamentos envolvidos na atividade, caso o adulto com DI manuseie algum material que não faz parte do comportamento realizado, o cuidador deve solicitar que ele entregue o material. Caso ele não o entregue, o cuidador deve retirá-lo das mãos do adulto com DI e dizer: “Nome, este material não será utilizado agora”.
Buscar a atenção do adulto com DI para a atividade, após momento de distração dele.	Caso o adulto com DI se distraia com algum estímulo irrelevante, o cuidador deve chama-lo de volta à atividade o incentivando e solicitando que ele realize o comportamento desejado.
Perceber/aproveitar as pistas dadas pelo adulto com DI que indicam alguma iniciativa para realizar o comportamento que foi solicitado	Durante a execução dos comportamentos envolvidos na atividade, caso o adulto com DI apresente iniciativa ou movimento antecipatório para a realização de algum dos comportamentos envolvidos, o cuidador deve percebê-los e/ou aproveitá-los, incentivando esse adulto a realizar o comportamento. Caso ele realize o comportamento com ou sem auxílio, o cuidador deve reforçá-lo, com a utilização de reforço social e diferencial, com elogios ou carícias, enfatizando o que ele fez. Caso ele não realize o comportamento, o cuidador deve realizá-lo e dizer: “Nome, é assim que se faz”.

Fonte: Adaptado de BOUERI, 2010. Efeitos de um Programa Educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. Dissertação de mestrado – UFSCar.

Tabela 11

Operacionalização dos Comportamentos Inadequados dos Cuidadores.

COMPORTAMENTO INADEQUADO DO CUIDADOR (CIC)	
Definição geral	Instruções, por meio da apresentação de consequências punitivas, que não favorecem o ensino dos comportamentos envolvidos nas atividades realizadas pelo adulto com DI. O cuidador realiza as instruções com tom de voz alto e/ou sem olhar para o participante, de forma a não motivá-lo durante a realização dos comportamentos. Aponta apenas os erros cometidos por esse adulto. Apresenta várias instruções ao mesmo tempo, repetindo seguidamente a instrução e não realiza nenhum procedimento de ajuda para auxiliá-lo na realização do comportamento solicitado.
Não retirar das mãos ou do alcance do adulto com DI os objetos desnecessários para a realização do comportamento que está sendo solicitado	Durante a execução dos comportamentos envolvidos na atividade, o adulto com DI manuseia ou direciona a atenção para pegar os materiais que não estão sendo utilizados e o cuidador não os retira de suas mãos ou de seu alcance, prejudicando o desempenho desse adulto.
Não dar funcionalidade para o uso de materiais que estão sendo manipulados pelo adulto com DI de forma inadequada e que são necessários para a realização do comportamento que está sendo solicitado	Não aproveita a oportunidade para ensinar ao adulto com DI como ele deve utilizar o material selecionado por ele de maneira adequada e funcional.
Executar o comportamento pelo adulto com DI sem a apresentação prévia de uma instrução ou de algum nível de ajuda	Não oferece oportunidade para que o adulto com DI execute o comportamento envolvido na atividade que está sendo realizada e simplesmente faz por ele.
Apressar o adulto com DI durante a execução de um comportamento que está sendo solicitado de forma inadequada	Interage com o adulto com DI de maneira ríspida, chamando sua atenção quando ele demora na realização do comportamento solicitado ou utiliza palavras ofensivas para se dirigir a esse adulto.
Não esperar pelo tempo de resposta do adulto com DI	Realiza o comportamento pelo adulto com DI imediatamente após solicitar o comportamento, ou oferece instrução ou níveis de ajuda, sem dar a oportunidade para que ele realize o comportamento solicitado.
Não perceber as pistas apresentadas pelo adulto com DI que indicam iniciativa para a realização do comportamento	Durante a execução dos comportamentos envolvidos na atividade, o adulto com DI apresenta iniciativa ou movimento antecipatório para a realização de algum dos comportamentos e o cuidador não percebe e/ou aproveita esses comportamentos durante a realização do mesmo.
Não selecionar anteriormente, todos os materiais necessários para a realização da atividade antes de iniciá-la.	O cuidador deixa para pegar os materiais necessários durante a realização da atividade; interrompe a atividade; deixa o adulto com DI esperando enquanto busca o material.

Fonte: Adaptado de Boueri, 2010. Efeitos de um Programa Educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. Dissertação de Mestrado – UFSCar.

Tabela 12

Operacionalização dos Comportamentos Adequados dos Adultos com DI

COMPORTAMENTOS ADEQUADOS DO ADULTO COM DI (CAA)	
Definição geral	
	Ações que favoreçam a realização do comportamento com maior independência pelos adultos com DI e permitem que o cuidador auxilie, utilizando os procedimentos de ajuda necessários para a aprendizagem.
Tentar pegar os materiais envolvidos no comportamento que o cuidador está ensinando	Direciona a mão a um ou mais materiais utilizados durante a execução do comportamento que será ensinado.
Manusear os materiais envolvidos no comportamento que o cuidador está ensinando	Pega e manipula os materiais utilizados durante a execução da atividade por um tempo mínimo de 5 segundos.
Executar a instrução apresentada sem o auxílio do cuidador	Ao receber a instrução do cuidador para realizar algum comportamento envolvido na atividade o adulto com DI executa o comportamento sem que o cuidador precise ajudá-lo.
Executar a instrução apresentada com o auxílio do cuidador	Ao receber a instrução do cuidador para realizar algum comportamento envolvido na atividade o adulto com DI executa o comportamento solicitado com auxílio do cuidador, iniciado com dica demonstrativa e/ou pistas. Caso não haja resposta, o cuidador deve passar para o auxílio físico parcial e se ainda não houver resposta é realizado auxílio físico total.
Executar o comportamento de forma independente	O adulto com DI inicia o comportamento sem nenhuma instrução do cuidador
Apresentar iniciativa para realizar algum dos comportamentos que o cuidador está ensinando.	Durante o treino o adulto com DI apresenta iniciativa ou movimento antecipatório para a realização de algum dos comportamentos solicitados.
Solicitar auxílio do cuidador durante a realização da atividade	Diante de alguma dificuldade o adulto com DI consegue solicitar o auxílio do cuidador por meio de gestos e após algumas tentativas para realizar o comportamento solicitado.
Perceber o cuidador e/ou olhar para o cuidador quando for chamado pelo nome	Perceber o cuidador, prestar atenção no cuidador ou realizar contato visual quando chamado pelo nome.

Fonte: Adaptado de BOUERI, 2010. Efeitos de um Programa Educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. Dissertação de mestrado – UFSCar.

Tabela 13

Operacionalização dos Comportamentos Inadequados dos Adultos com DI

COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DO ADULTO COM DI (CAA)	
Definição geral	Ações que dificultam o desenvolvimento das atividades que estão sendo realizadas ou impossibilitam que o cuidador auxilie o adulto com DI na realização dos níveis de ajuda.
Impedir que o cuidador auxiliasse quando necessário	Impossibilita o auxílio do cuidador na realização do comportamento envolvido na atividade empurrando-o, enrijecendo o corpo ou agredindo os cuidador.
Desviar a atenção para os estímulos externos à atividade e/ou tentar pegar ou manusear materiais desnecessários que interfiram de forma negativa na realização do comportamento que está sendo solicitado.	Não presta atenção no cuidador durante a realização do comportamento e/ou direciona a atenção ou o olhar para estímulos irrelevantes. Pega os materiais que não serão utilizados e os seguram e/ou os observam e manipulam de forma que interfira na execução da atividade.
Apresenta movimentos estereotipados ou comportamentos (irritabilidade, etc) que interfiram na realização da atividade.	O adulto com DI desvia a atenção durante movimentações corporais ou vocais, assim como em momentos de irritação e nervosismo, atrapalhando o seu desempenho durante a realização da atividade.
Não percebe o cuidador e/ou não olha em direção ao cuidador quando chamado pelo nome	Não percebe que o cuidador solicitou um comportamento e/ou não realiza contato visual; olha em direção contrária aos cuidadores.
Solicita ao cuidador que realize a atividade por ele.	Demonstrar de alguma forma (entregar o objeto ao cuidador, puxar o cuidador, etc) que quer que os cuidador faça por ele o comportamento solicitado.

Fonte: Adaptado de BOUERI, 2010. Efeitos de um Programa Educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. Dissertação de mestrado – UFSCar.

Tabela 14

Operacionalização dos Comportamentos Adequados do Cuidador de A2 durante a Realização da Atividade 1

COMPORTAMENTOS ADEQUADOS DO CUIDADOR (CAC)	
Definição geral	Ações por meio da apresentação de consequências reforçadoras, que favoreçam a emissão do comportamento adequado por parte do adulto com DI. O cuidador deverá interagir com entusiasmo e motivação, cuidando com o tom de voz e a linguagem utilizada com o adulto com DI sendo o mais natural possível, sem gritos e tons muito altos. O cuidador deve reforçar os comportamentos corretos e não os incorretos (o “não” deve ser pouco usado). A atenção deve ser oferecida apenas quando o adulto com DI se comportar-se de maneira adequada. O cuidador deve manter-se calmo e interagir de forma a favorecer a interação do participante com o irmão.
Agir de maneira adequada quando o adulto com DI emitir comportamentos inadequados (gritar e agredir fisicamente: chutar, empurrar, segurar grosseiramente, etc).	Agir calmamente e sem gritos durante os momentos em que o adulto com DI estiver próximo ou em contato com o irmão e emitir comportamentos inadequados (morder, beliscar, apertar, etc).
Ignorar os comportamentos inadequados do adulto com DI	Não dar atenção aos comportamentos inadequados (tentar morder, beliscar, puxar o cabelo, etc) do adulto com DI, saindo de perto, não falando com ele, não oferecendo nada em troca.
Chamar a atenção do adulto com DI para algum comportamento ou atividade do contexto	Chamar o adulto com DI para participar das atividades comuns à rotina, como assistir televisão com o irmão, comer alguma coisa, passear, pedir que ajude o irmão a realizar alguma atividade, etc. Mostrar ao adulto com DI como ele deve se comportar para ter a atenção do irmão.

Fonte: Base de dados da pesquisa

Tabela 15

Operacionalização dos Comportamentos Inadequados do Cuidador de A2 durante a Realização da Atividade 1

COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DO CUIDADOR (CIC)	
Definição geral	Ações por meio da apresentação de consequências punitivas que não favorecem a emissão do comportamento adequado por parte do adulto com DI. O cuidador interage com tom de voz alto e/ou sem olhar para o participante de forma a não motivá-lo durante a emissão do comportamento adequado. Dá maior importância aos erros cometidos pelo adulto com DI e não elogiam ou dá atenção aos comportamentos adequados ao contexto.
Agir grosseiramente com o adulto com DI após emissão do comportamento inadequado (gritar e agredir fisicamente: chutar, empurrar, segurar grosseiramente, etc).	Empurrar, sacudir, bater, pegar com força, entre outros comportamentos, durante os momentos em que o adulto com DI estiver agressivo (morder, beliscar, apertar, etc) quando próximo ou em contato com o irmão.
Não ignorar os comportamentos inadequados do adulto com DI	Dar a atenção ao adulto com DI toda vez que ele emitir um comportamento inadequado. Falar, brigar, gritar, entrar em contato físico ou dar algum objeto de interesse.
Não chamar a atenção do adulto com DI para algum comportamento ou atividade do contexto	Não chamar o adulto com DI para participar das atividades comuns à rotina, como assistir televisão com o irmão, comer alguma coisa, passear, pedir que ajude o irmão a realizar alguma atividade, etc.

Fonte: Base de dados da pesquisa

Após a etapa de linha de base, teve início a etapa de intervenção com a primeira atividade. Neste momento a pesquisadora realizou os comportamentos junto com o cuidador, modelando o comportamento dele durante o ensino ao adulto com DI. Após a etapa de intervenção, o cuidador passou pela etapa de sondagem 1, que foi realizada após o adulto com DI atingir o critério; realizar 60% dos comportamentos com dicas/demonstrações ou de maneira independente, três vezes consecutivas, durante a execução da atividade 1. A etapa de sondagem consistiu na avaliação das três atividades realizadas pelo cuidador com o adulto com DI sem qualquer intervenção da pesquisadora, assim como na etapa de linha de base. O objetivo foi verificar se o desempenho do adulto com DI se mantinha na atividade 1 e se, nas atividades 2 e 3, que não haviam passado pela etapa de intervenção, o nível de dependência iria continuar o mesmo. Em seguida, a intervenção com a segunda atividade foi iniciada. Enquanto a atividade 2 estava na etapa de intervenção, a atividade 1 passou pela etapa de manutenção 1, em que foi realizada três avaliações esporádicas para verificar se a mudança ocorrida durante a intervenção estava sendo mantida mesmo após um período em que não houve intervenção contínua. Após o adulto com DI atingir novamente o critério, foi realizada a sondagem 2 com as três atividades e posteriormente iniciou-se a etapa de intervenção com a atividade 3. Enquanto a atividade 3 estava na etapa de intervenção, a atividade 1 passou pela etapa de manutenção 2 e a atividade 2 passou pela etapa de manutenção 1. Assim que o adulto com DI conseguiu atingir novamente o critério com a atividade 3, ocorreu a etapa de sondagem 3 com as três atividades. Após a sondagem 3 a atividade 1 passou pela etapa de manutenção 3; a atividade 2 pela etapa de manutenção 2 e a atividade 3 pela etapa de manutenção 1. As etapas de sondagem e manutenção ocorreram até que houvesse três medidas de manutenção em cada uma das atividades, totalizando cinco sondagens. A escolha de três medidas na etapa de manutenção teve como objetivo verificar a consistência dos

resultados e possível aumento na porcentagem de independência dos adultos com DI ao longo do tempo (COZBY, 2003).

Em cada uma das etapas experimentais, os cuidadores realizaram os diferentes níveis de ajuda, de acordo com a necessidade de cada adulto com DI. Na Tabela 16 foram descritos os níveis de ajuda, ou seja, o tipo de auxílio oferecido pelo cuidador para que o adulto com DI executasse os comportamentos alvos, assim como o código, o conceito e a operacionalização; forma como o cuidador deveria executar cada nível de ajuda. A Tabela foi adaptada do estudo de Boueri (2010).

Tabela 16

Descrição e Operacionalização dos Níveis de Ajuda Oferecidos aos Adultos com DI pelos Cuidadores na Fase II do Estudo.

TIPO DE AUXÍLIO	CÓDIGO	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Executa com Independência	I	O adulto com DI realiza o comportamento sem qualquer auxílio do cuidador	<p>O cuidador deve apresentar a instrução, por exemplo: “nome, realize_____.” (a frase deve ser completada com a instrução de qual atividade será desempenhada pelo adulto com DI ou com uma instrução adequada ao comportamento ensinado). O adulto com DI deve realizar o comportamento de maneira independente, sem auxílio. O cuidador deve dar um tempo mínimo para que o adulto com DI consiga realizar o que foi solicitado (pelo menos cinco segundos). Se o adulto com DI realizar a instrução apresentada, o cuidador deve elogiar com entusiasmo. Se o adulto com DI não realizar a instrução apresentada, o cuidador deve recorrer à dica gestual ou demonstrativa (nível de auxílio 3).</p> <p>Comportamento ADEQUADO Instrução: Pedro pegue o xampu (espera-se um tempo mínimo para que ele responda) Pedro direciona a mão até o recipiente e o pega O cuidador o elogia com entusiasmo: “Muito bem, Pedro, você pegou o xampu”</p> <p>Comportamento INADEQUADO Instrução: Pedro pegue o xampu Pedro demora a responder (cuidador não respeita o tempo do adulto com DI para responder ao que foi solicitado). E o cuidador realiza o comportamento por ele; pega o xampu para ele.</p>
Dicas / Demonstrações	D	O cuidador mostra (aponta, toca o objeto, oferece modelo) para o adulto com DI como ele deve realizar o comportamento.	<p>Se o adulto com DI não realizar a instrução de maneira independente, o cuidador deve apontar ou encostar no objeto, na parte do corpo, ou oferecer qualquer outra dica que ajude o adulto com DI a realizar o comportamento solicitado. Se o adulto com DI realizar a instrução apresentada, o cuidador deve elogiar com entusiasmo. Se o adulto com DI não realizar a instrução apresentada, o cuidador deve recorrer ao auxílio físico parcial (nível de auxílio 2).</p> <p>Comportamento ADEQUADO Instrução: Pedro passe a bucha no pé Pedro levanta a perna, mas não realiza o comportamento, mesmo após o cuidador esperar pelo tempo de resposta do adulto com DI. Neste caso o cuidador aponta para o pé de Pedro ou encosta na bucha e no pé de Pedro, ou dá qualquer outra dica que ajude o adulto com DI a entender o que o cuidador deseja que ele faça. Pedro realiza o movimento de ensaboar o pé O cuidador o elogia com entusiasmo: “Muito bem Pedro, você passou a bucha no pé”.</p> <p>Comportamento INADEQUADO Instrução: Pedro passe a bucha no pé Antes que Pedro consiga realizar qualquer movimento o cuidador pega a bucha e passa no pé de Pedro.</p>

e/ou

Se o adulto com DI não realizar a instrução de maneira independente, o cuidador deve dizer o comportamento solicitado, por exemplo: “nome, você deve ___ assim olhe.” (a frase deve ser completada com a instrução adequada a ao comportamento ensinado). E em seguida, apresentar o comportamento com o próprio corpo, demonstrando como o comportamento deve ser realizado. Se o adulto com DI realizar a instrução apresentada, o cuidador deve elogiar com entusiasmo. Se o adulto com DI não realizar a instrução apresentada, o cuidador deve recorrer ao auxílio físico parcial (nível de auxílio 2).

Comportamento ADEQUADO

Instrução: Pedro passe a bucha no pé

Pedro levanta a perna, mas não realiza o comportamento, mesmo após o cuidador esperar pelo tempo de resposta do adulto com DI. Neste caso o cuidador mostra no próprio corpo qual é o movimento necessário para realizar o comportamento ensinado.

Pedro realiza o movimento de ensaboar o pé, imitando o cuidador.

O cuidador o elogia com entusiasmo: “Muito bem Pedro, você passou a bucha no pé”.

Comportamento INADEQUADO

Instrução: Instrução: Pedro passe a bucha no pé

Antes que Pedro consiga realizar qualquer movimento o cuidador pega a bucha e passa no pé de Pedro.

**Auxílio Físico
Parcial** **AP**

O cuidador diminui o contato físico com o adulto com DI e este consegue realizar pelo menos parte do comportamento.

Se o adulto com DI não realizar a instrução com auxílio de dicas /demonstrativa, o cuidador deve dizer o comportamento solicitado, por exemplo: “nome, você deve ___ deste jeito.” (a frase deve ser completada com a instrução adequada a do comportamento ensinado). Em seguida, auxiliar o adulto com DI na execução do comportamento solicitado. O adulto com DI deve começar ou terminar o comportamento sem auxílio. Se o adulto com DI realizar a instrução apresentada, o cuidador deve elogiar com entusiasmo. Se o adulto com DI não realizar a instrução apresentada, o cuidador deve recorrer ao auxílio físico total (nível de auxílio 1).

Comportamento ADEQUADO

Instrução: Pedro pegue a toalha

Pedro começa a puxar a toalha, mas não termina. O cuidador já deu dica, já demonstrou e Pedro não realiza o restante do comportamento. O cuidador, pega na mão de Pedro e o auxilia, terminando de puxar a toalha.

OU

Pedro não realiza o comportamento. O cuidador, pega na mão de Pedro e começa a fazer junto com ele, soltando em seguida. Pedro consegue terminar de realizar o comportamento, puxando a toalha.

O cuidador o elogia com entusiasmo: “Muito bem Pedro, você conseguiu pegar a toalha”.

Comportamento INADEQUADO

Instrução: Pedro pegue a toalha

Pedro começa a puxar a toalha, mas o cuidador não dá tempo para que ele termine e realiza a atividade para Pedro ou o cuidador não espera a resposta de Pedro, pega a mão dele, coloca na toalha e a puxa para ele.

Auxílio Físico Total	AT	Envolve o fazer com o outro. O cuidador executa o comportamento junto com o adulto com DI	Se o adulto com DI não realizar a instrução com auxílio físico parcial, o cuidador deve dizer o comportamento solicitado, por exemplo: “nome, você deve____ deste jeito.” (a frase deve ser completada com a instrução adequada a do comportamento ensinado). Em seguida, o cuidador deve realizar o comportamento solicitado junto com o adulto com DI; segurando na sua mão. O adulto com DI deve aceitar fazer junto com o cuidador. Se o adulto com DI realizar a instrução apresentada com o cuidador, este deve elogiar com entusiasmo. Se o adulto com DI não realizar a instrução apresentada, o cuidador deve recorrer à dica gestual ou demonstrativa (nível de auxílio 1). Comportamento ADEQUADO Instrução: Pedro pegue a toalha Pedro começa a puxar a toalha, mas não termina. O cuidador já deu dica, já demonstrou e Pedro não realizou o restante do comportamento. O cuidador, pega na mão de Pedro e começa a fazer junto com ele, soltando em seguida. Pedro não consegue terminar de realizar o comportamento. O cuidador termina o movimento junto com Pedro. O cuidador o elogia com entusiasmo: “Muito bem Pedro, você conseguiu pegar a toalha”. Comportamento INADEQUADO Instrução: Pedro pegue a toalha Pedro começa a puxar a toalha, mas não termina. O cuidador já deu dica, já demonstrou e Pedro não realizou o restante do comportamento. O cuidador, pega na mão de Pedro e começa a fazer junto com ele, mas não solta em seguida, não dando oportunidade para que Pedro realize o restante do comportamento. O cuidador realiza o comportamento para o Pedro.
Não Realiza	NR	O adulto com DI não aceita realizar o comportamento com o cuidador.	Se o adulto com DI não aceitar realizar a instrução com auxílio físico total, o cuidador deve dizer o comportamento solicitado, por exemplo: “nome, você deve____ deste jeito.” (a frase deve ser completada com a instrução adequada a do comportamento ensinado). Em seguida, o cuidador deve realizar o comportamento solicitado pelo adulto com DI. Comportamento ADEQUADO Instrução: Pedro veste a cueca Pedro não realiza o comportamento. O cuidador já deu dica, já demonstrou, já deu auxílio parcial, total, mas Pedro resiste e não aceita vestir a cueca. O cuidador pega a cueca, veste em Pedro, mas não dá nenhum tipo de atenção para ele (não fala ou direciona o olhar para Pedro). Neste caso, o cuidador não elogia Pedro. Comportamento INADEQUADO Instrução: Pedro veste a cueca Pedro não realiza o comportamento. O cuidador já deu dica, já demonstrou, já deu auxílio parcial, total, mas Pedro resiste e não aceita vestir a cueca. O cuidador pega a cueca, veste em Pedro, e começa a brigar com ele, falar que ele não pode fazer isso, etc. O cuidador dá atenção para o comportamento inadequado do adulto com DI.

Fonte: Adaptado de BOUERI, 2010. Efeitos de um Programa Educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados. Dissertação de mestrado UFSCar.

Para esta Fase, foi utilizado o protocolo para registro dos comportamentos ensinados; exceto para a realização da atividade 1 com o adulto A2. Como o objetivo foi a diminuição dos comportamentos agressivos do adulto em contato com o irmão e o aumento dos comportamentos socialmente aceitos; foi necessário, a criação de protocolos específicos, (Apêndices E e F). O protocolo foi composto por: um cabeçalho contendo a identificação do adulto, do cuidador e da atividade realizada, o número do registro de filmagem, a descrição da operacionalização (descrição dos passos para realizar a marcação) e uma tabela a ser preenchida referente à data, tempo de duração da atividade, fase experimental, quantificação do comportamento observado e total desses comportamentos. Todos os protocolos foram preenchidos por meio das filmagens realizadas durante as etapas experimentais.

Outro recurso utilizado foi a análise das filmagens com os cuidadores, com início após a linha de base, para que eles tivessem a oportunidade de avaliarem seus comportamentos e os comportamentos dos adultos com DI durante a capacitação prática. Neste momento eram oferecidas orientações sobre os procedimentos de ensino. A análise das filmagens acontecia de uma a duas vezes por semana, de acordo com a disponibilidade e necessidade dos cuidadores durante todas as etapas experimentais.

3.3.3 FASE III

A Fase III foi realizada dois meses após o término do programa de capacitação com cada participante. A pesquisadora retornou à residência dos participantes para aplicar uma entrevista semiestruturada final (Apêndice K) com objetivo de verificar as mudanças dos efeitos da intervenção e para reaplicar a COPM (LAW, et al. 2009) para verificar se houve mudança no grau de desempenho do adulto com DI e no grau de satisfação do cuidador durante a realização das atividades da rotina diária junto com os adultos com DI. Foi realizada também uma avaliação de cada um dos adultos com DI na realização de pelo menos uma das três atividades ensinadas

durante a capacitação em outros ambientes, para verificar se houve uma generalização dos comportamentos aprendidos. Os dados foram anotados no protocolo de generalização (Apêndice L). A generalização dos comportamentos dos cuidadores foi verificada por meio dos registros da pesquisadora e dos registros dos cuidadores durante a realização do programa de capacitação.

Foi utilizado um gravador digital para a aplicação da entrevista e reaplicação da COPM (LAW, et al. 2009); pela pesquisadora, e uma filmadora para registro das atividades desempenhadas pelo adulto com DI em outros ambientes.

3.3.4 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

3.3.4.1. Concordância interobservadores

No decorrer da pesquisa, foram utilizados protocolos de registros de eventos, preenchidos por meio das filmagens realizadas nas fases II e III do estudo. Para garantir a fidedignidade dos dados obtidos, foi realizada a porcentagem de concordância interobservadores em 25% dos registros realizados em cada etapa experimental, por meio da análise das filmagens, dos comportamentos dos cuidadores e dos adultos com DI para cada uma das três atividades ensinadas a cada um dos adultos com deficiência intelectual e dos registros do Protocolo de registro de concordância. Esses protocolos estão descritos nos Apêndices Q e R. As lacunas eram preenchidas com as marcações realizadas pelo pesquisador e pelo auxiliar. Em seguida eram comparados os itens de concordância e discordância de cada observador e posteriormente calculava-se a porcentagem. As datas dos registros foram escolhidas aleatoriamente e os observadores foram: a própria pesquisadora como observadora principal e uma pessoa ingênua em relação aos objetivos do estudo, como observador auxiliar. Ele passou por um período de treinamento e orientações, realizados pela pesquisadora.

A concordância foi realizada ponto a ponto; a pesquisadora verificou o registro da atividade em relação ao nível de ajuda em cada um dos comportamentos avaliados. O mesmo

aconteceu para o número de comportamentos adequados e inadequados registrados. Em seguida, a porcentagem de concordância foi calculada.

A porcentagem de concordância foi obtida dividindo-se o número de concordâncias pelo número de concordâncias somado ao de discordância e o resultado multiplicado por 100 (COZBY, 2003):

$$\frac{\text{Concordância}}{\text{Concordância} + \text{Discordância}} \times 100 = \text{Porcentagem de Concordância}$$

Inicialmente calculou-se a porcentagem de concordância de cada registro, separados por participante e por atividade ensinada. E posteriormente calculou-se a média de porcentagem de concordância dos registros.

Como pode ser observado na Tabela 17, ao analisar o registro da pesquisadora e do auxiliar, em relação à atividade de alimentação com o adulto A1, foi possível verificar o total de registros, relacionados aos níveis de ajuda, que estavam em concordância e em discordância entre os observadores. Este procedimento foi realizado com todos os registros de cada um dos participantes da pesquisa. Ao serem calculadas as porcentagens de concordância de cada registro separadamente, estas foram somadas e divididas pela quantidade total de registros realizados, dando um valor médio de concordância, que neste caso foi de 94,4%. Para esta atividade, foram analisadas doze filmagens sendo: uma filmagem relacionada à etapa de linha de base, duas filmagens relacionadas à etapa de intervenção, uma filmagem de cada uma das etapas de sondagem e manutenção e uma filmagem relacionada à etapa de generalização.

Tabela 17

Exemplo de um Registro dos Observadores, Durante a Atividade de Alimentação com o Adulto 1 (A1), para Verificar a Porcentagem de Fidedignidade

REGISTRO DE FIDEDIGNIDADE																									
Atividade: Alimentação											Total de comportamentos: 15 comportamentos														
Etapa experimental	LB2	LB2	INT3	INT3	INT5	INT5	S1¹	S1¹	M13	M13	S2¹	S2¹	M2²	M2²	S3²	S3²	M3¹	M3¹	S43	S43	S53	S53	G¹	G¹	
Comportamentos	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	
1. Abrir o armário	NR	NR	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
2. Pegar o prato	NR	NR	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
3. Fechar o armário	NR	NR	D	D	I	I	I	I	D	D	D	D	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
4. Entregar o prato para o cuidador	NR	NR	D	I	D	D	I	I	I	I	I	I	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
5. Abrir a gaveta	NR	NR	D	D	I	I	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
6. Pegar a colher	NR	NR	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
7. Fechar a gaveta	NR	NR	NR	NR	AT	AT	AP	AP	D	D	D	D	D	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	---	---
8. Sentar-se à mesa	NR	NR	AP	AT	D	D	AP	AP	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
9. Pegar a colher	NR	NR	AP	AP	I	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
10. Colocar a comida na colher	NR	NR	AP	AP	D	D	AP	D	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	AP	AP	
11. Levar a colher à boca	NR	NR	AP	AP	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
12. Mastigar o alimento	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
13. Pegar o prato e o talher	NR	NR	AP	AP	D	D	D	AP	D	D	D	D	D	D	D	I	I	I	D	I	I	I	I	I	I
14. Levar até a pia	NR	NR	AP	AP	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
15. Colocar dentro da pia	NR	NR	AT	AT	AP	AP	AP	AP	D	AP	D	D	I	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
TOTAL	C	15	C	12	C	14	C	13	C	14	C	15	C	14	C	14	C	15	C	14	C	15	C	8	
	D	0	D	3	D	1	D	2	D	1	D	0	D	1	D	1	D	0	D	1	D	0	D	0	
%	100		80		93,4		86,7		93,4		100		93,4		93,4		100		93,4		100		100		

LEGENDA: (P) Pesquisador (A) Auxiliar

Nota: As lacunas devem ser preenchidas com as marcações realizadas pela pesquisadora e pelo auxiliar. Em seguida contasse os itens de concordância e discordância de cada um e calcula-se a porcentagem, por meio da fórmula: divide-se o número de concordâncias pelo número de concordâncias somado ao de discordância e o resultado multiplicado por 100 (COZBY, 2003).

Fonte: Dados da pesquisa

Nas Tabelas 18 e 19 podem ser observados os coeficientes de fidedignidade encontrados nas três atividades com cada um dos adultos com deficiência intelectual, referentes aos níveis de ajuda oferecidos pelo cuidador e aos comportamentos adequados e inadequados emitidos pelo adulto com DI e pelo cuidador. Também foi apresentada a variação obtida no cálculo da porcentagem.

Tabela 18

Média e Variação da Porcentagem de Concordância Interobservadores Obtida em 25% das Observações Realizadas, Durante as Etapas Experimentais do Estudo.

Participante	Atividade	Média da Porcentagem de Concordância	Variação da porcentagem de Concordância
A1	Banho	95,8%	71,9% a 100%
A1	Alimentação	94,4%	86,7% a 100%
A1	Visita à padaria	96,8%	77,7% a 100%
A2	Interação com o irmão	86,3%	70,6% a 100%
A2	Alimentação	90%	70% a 100%
A2	Banho	89%	70,3% a 100%
A3	Banho	97,5%	76,5% a 100%
A3	Escovação de dentes	93,7%	87,5% a 100%
A3	Manusear o som	91,6%	77,8% a 100%

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 19

Média e Variação da Porcentagem de Concordância Interobservadores Obtida em 25% das Observações Realizadas com Relação aos Comportamentos Adequados e Inadequados, Durante as Etapas Experimentais do Estudo.

Participante	Atividade	Média da Porcentagem de Concordância	Variação da porcentagem de Concordância
A1	Banho	81,3%	72,1% a 96,4%
A1	Alimentação	94,5%	83,3% a 94,5%
A1	Ida a padaria	97,3%	84,1% a 100%
C1a	Banho	80,3%	72,5% a 98,3%
C1a	Alimentação	86,9%	75,6% a 100%
C1a	Visita à padaria	94,4%	83,2% a 100%
A2	Interação com o irmão	89,2%	73,2% a 100%
A2	Alimentação	89,5%	81,4% a 100%
A2	Banho	83,6%	78,1% a 91,1%
C2a	Interação com o irmão	87%	78,2% a 100%
C2a	Alimentação	92,2%	88,7% a 100%
C2a	Banho	80,1%	76,5% a 93,2%
A3	Banho	80,7%	70,3% a 96,3%
A3	Escovação de dentes	90,4%	86,9% a 98,2%
A3	Manusear o som	89%	83,5% a 100%
C	Banho	90,2%	70,3% a 86,7%
C	Escovação de dentes	96,8%	91,6% a 100%
C	Manusear o som	85,3%	86,7% a 100%

Fonte: Base de dados da pesquisa

4. RESULTADOS

4.1 FASE I

Na Fase I foram coletados por meio das entrevistas, os dados com os cuidadores, a respeito da rotina deles, das atividades desempenhadas por eles com os adultos com deficiência intelectual, das dificuldades encontradas, além de informações referentes aos adultos com deficiência intelectual, com o objetivo de elaborar o Programa de Capacitação, realizados na fase II. A seguir serão apresentados os dados coletados por meio do roteiro de entrevista semiestruturado.

Os dados, referentes a cada um dos cuidadores e dos adultos com DI, serão apresentados separadamente, considerando a seguinte sequência: 1) rotina dos cuidadores; 2) as atividades desempenhadas por eles com os adultos com deficiência intelectual e 3) as dificuldades encontradas pelos cuidadores na realização das atividades. Em seguida serão apresentadas as informações referentes aos adultos com deficiência intelectual como: interesses e facilidades, atividades desempenhadas na rotina diária e dificuldades apresentadas na realização dessas atividades. Posteriormente serão explicitados os sentimentos e as expectativas dos cuidadores em relação a esses adultos. Participaram dessa fase dois cuidadores (C1a e C1b) para o adulto com deficiência intelectual A1, um (C2a) para A2 e um (C3a) para A3.

4.1.1 DADOS REFERENTES AO ADULTO A1 E AOS CUIDADOR C1a E C1b

O participante A1 era totalmente dependente para realizar as atividades da rotina e C1a era quem realizava todas as atividades diárias com A1 e C1b ajudava eventualmente:

- C1a: *“O período é de domingo a domingo, tirando os horários dos atendimentos... fico com ele 24 horas. Estou fazendo as coisas e ele atrás de mim”.*

- C1b: *“Não estou com ele, apesar de estar dentro de casa. Quando precisa de ajuda me chama e eu venho”.*

- C1a: *“Faço tudo pra ele. Ele não faz nada... não consegue fazer nada. É tudo por minha conta”*.

Segundo os cuidadores, A1 não se comportava bem em ambientes sociais, e por isso eles evitavam algumas atividades externas, fora da residência, como passeios, festas e saídas e se preocupavam com o julgamento das outras pessoas:

- C1b *“Quando vamos fazer compras no supermercado ele vai sempre junto, mas fica dentro do carro. Ele não entra, fica muito agitado e dá trabalho”*.

- C1a: *“Não dá pra levar em uma festa ou restaurante. É muito difícil... come e cai no chão... joga as coisas no chão... pega a comida das outras pessoas... Ele realmente apronta”*.

-C1a: *“ele (se referindo a C1b) tem vergonha, fica incomodado com o comportamento dele (se referindo a A1)”*.

C1b: *“... faz muita sujeira, mexe com as pessoas... as pessoas não tem culpa dele ser assim... elas ficam olhando... as pessoas não tem que se adaptar a ele, ele que tem que se adaptar às pessoas”*.

A maior dificuldade dos cuidadores no manejo com o adulto dizia respeito à agressividade de A1:

-C1a: *“Ele fica muito agressivo, morde a mão, bate o pé, fazendo birra, às vezes morde até na minha cabeça, meu braço, bate a cabeça dele na parede, no chão... os dentes estão bambos porque ele morde a quina dos móveis”*.

-C1b: *“Há momentos que a gente fica desesperado, sem saber o que fazer... e chorar, às vezes, e ficar sentido com isso”*.

Para os cuidadores, apesar das dificuldades de A1, ele demonstrava alguns interesses e para C1b, A1 era capaz de aprender novas habilidades:

- C1a: *“... tomar água, pega um copo, entrega pra gente ou abre a torneira da pia e bebe a água”*.

- C1b: *“... a facilidade dele é, se ele quer sair, às vezes, ele pega o sapato e põe na minha mão, pra eu calçar nele pra sair. Ele tenta abrir a porta, pegar a chave, me puxa ou puxa ela (se referindo a C1a)”*.

- C1b: *“... acho que se ensinar ele aprende. Ele faz essas coisas (se referindo aos itens descritos acima), porque ele não iria aprender outras. É porque ninguém ensinou... na verdade, a gente só não sabe como fazer isso (risos)”*.

Os cuidadores relataram algumas dificuldades que interferiam no desempenho de A1 durante a realização das atividades da rotina diária. C1a relatou o uso da fralda 24 horas por dia, os engasgos frequentes durante a alimentação e a dependência máxima nas atividades

diárias como sendo os fatores mais complicados de lidar. C1b relatou a dificuldade de A1 para se comunicar como sendo um fator importante e o que, segundo ele, poderia corroborar com o aumento dos comportamentos inadequados de A1:

- C1a: “... não consegue manifestar a vontade de ir ao banheiro... tem que ficar de fralda... pra limpar é muito difícil, tem que por no colo, eu consigo, mas, ele (referindo-se a C1b), tem dificuldade”.

- C1a: “... deu aspiração. Ficou internado já duas vezes por causa disso. Não tem muito tempo. Ele engasga muito...”.

- C1a: “...nas atividades assim, básicas, tudo é eu que faço. Eu e o... (se referindo a C1b). Se ele ajudasse em alguma coisa...facilitaria muito”.

- C1b: “...se a gente pudesse fazer o ... (se referindo a A1) entender o que a gente quer... se ele conseguisse falar o que precisa, o que ele quer... ficaria mais fácil... ele não ficaria tão nervoso”.

De acordo com C1a e C1b, a rotina de A1, desde a hora em que acorda até a hora de dormir, normalmente seguia uma mesma sequência, não variando muito. Nas horas livres A1 ficava andando atrás de C1a, sem demonstrar interesse por nada:

- C1a: “tudo tem um horário. Ele levanta, vem pra cozinha, dou o café, o remédio... troco a fralda e ele fica aqui até a hora do almoço. Dou o almoço pra ele... dou sempre o banho no horário das 11h pra levar pra escola... quando eu não saio eu dou mais no final da tarde o banho... lanche... e no tempo livre, ele fica atrás de mim... depois a janta... ele dorme lá pelas nove horas... o final de semana segue o mesmo ritmo”.

Com relação a outras atividades, A1 frequentava escola especial e tratamento de terapia ocupacional e os cuidadores relataram insatisfação em relação a esses atendimentos. Os cuidadores estavam tentando mudar A1 de escola, mas devido a problemas financeiros, ainda não tinham conseguido, embora já tenha escolhido a nova instituição especializada:

- C1a: “não estou gostando da escola. Ele fica lá o ano inteiro e no final do ano eles mandam o caderno dele com cinco páginas de exercícios... e as atividades são de criança, pintura com tinta, colagem, desenho de patinho... acho que isso não está certo”.

- C1a: “Ele (se referindo a A1) levou uma mordida de algum colega lá da escola. Eu só vi depois. Ele estava agitado, já veio pra casa assim... mas na hora não reparei... depois que eu fui ver... eles não disseram nada (se referindo aos profissionais da escola). Mas, isso acontece direto. São muitos meninos graves na mesma sala. Eles (se referindo aos funcionários da escola) não conseguem ter controle”.

- C1a: “Vamos colocar ele na (nome da nova instituição), mas, temos que esperar porque é muito cara. Temos que nos organizar, mas ele vai pra lá!”.

- C1b: *“Ele faz terapia, mas ela nunca orientou a gente, nunca ensinou a gente a fazer as coisas com ele... sei que ele faz algumas atividades com jogos, aqueles de encaixar...”*

Durante a entrevista, C1a e C1b relataram várias vezes, um sentimento de culpa por A1 ser tão dependente:

- C1b: *“nós não deixamos ele fazer nada... nós acabamos fazendo por ele... muitas das coisas acho que é uma certa proteção. É culpa da gente... a gente não solta ele muito!”*.

-C1a: *“é... tem coisa... muitas coisas a gente precisa mudar o hábito pra ajudar mais ele (se referindo a A1). Nós temos que mudar, a gente agora tem consciência disso... a culpa é nossa também”*.

Ao final da entrevista, foi perguntado a C1a e C1b o que eles esperavam com a capacitação. Foi possível observar que apesar de toda a dificuldade apresentada por A1 havia uma esperança de que ele pudesse aprender e participar mais das atividades da rotina diária, além da crença na capacidade deles mesmos de aprenderem a como ensinar A1:

- C1a: *“Nunca, ninguém me ensinou a ensinar ele (se referindo a A1)... gente não sabia o que ele estava aprendendo; o que ele conseguia fazer. Espero que a gente aprenda a como fazer isso... a ajudar ele a ser mais independente, alimentar sozinho, tomar banho, usar o banheiro... tentar tirar a fralda seria muito bom...”*.

-C1b: *“eu concordo com ele... em tudo... é isso mesmo. Se a gente aprender a como ensinar ele, fica mais fácil... espero que a gente consiga”*.

Em seguida foi perguntado à C1a e C1b quem seria o cuidador participante da Fase II e o por que. C1a respondeu que seria ela, pelo fato de C1b trabalhar e não ter tempo para realizar as atividades com A1. Além disso, era C1a quem realizava as atividades da rotina com A1. Porém C1b relatou que queria participar também, mesmo que indiretamente:

-C1a: *“Vai ser eu... o (nome de C1b) trabalha e não pode ficar com o (nome de A1). Sou eu mesmo que faço tudo... que fico com ele (se referindo a A1)... eu que tenho que aprender...”*

- C1b: *“Eu quero ajudar também, mesmo que não esteja aqui o tempo todo... eu posso aprender também, né?”*.

4.1.2 DADOS REFERENTES AO ADULTO A2 E AO CUIDADOR C2a

O participante A2 era totalmente dependente para realizar as atividades da rotina e C2a era quem realizava todas as atividades diárias com A2:

- C2a: *“Eu acompanho ele desde a hora que ele acorda até a hora de dormir... faço tudo pra ele, não dá conta de ficar sozinho e não tem ninguém pra me ajudar”*.

- C2a *“Ele não sabe fazer nada! Só mastigar a comida, o resto sou eu que faço”*.

Segundo a cuidadora, pelo fato de A2 ser muito agressivo, ela evitava algumas atividades externas, fora da residência, como passeios, festas e saídas:

- C2a *“A gente abdica de muita coisa por causa dele (se referindo a A2). Queria poder ir à casa da minha irmã, num shopping, no cinema, no parque. Fazer coisas que as outras mães fazem com seus filhos, mas não dá”*.

- C2a *“Ele fica muito nervoso (se referindo a A2). Ele começa a agredir, se morder e ai como diz: começa o espetáculo e você acaba com aquele monte de gente que fica parado, olhando e eu acabo indo embora”*.

Para C2a as saídas eram apenas aquelas indispensáveis como ir ao médico, à escola, ou quando ela precisava resolver algum problema, como ir ao banco, por exemplo. A cuidadora levava A2 a todos os lugares que ela ia, pois não tinha com quem deixá-lo. Porém, ele ficava muito nervoso e agredia as pessoas:

- C2a: *“Quando tenho que ir ao banco pagar uma conta ou resolver algum problema, ir ao supermercado, ele vai (se referindo a A2), porque não tem com quem deixar. Mas, é muito difícil. Principalmente se o lugar estiver muito cheio. Ele fica muito nervoso e eu fico cansada, exausta”*.

- C2a: *“Saímos a semana inteira. É médico, escola... a gente anda demais de ônibus. Fora isso, a gente não sai. Ficamos em casa no final de semana”*.

A maior dificuldade da cuidadora no manejo com o adulto dizia respeito à agressividade de A2:

-C2a: *“Quando ele (se referindo a A2) está nervoso, é muito difícil. É o dia todo... Principalmente quando o irmão está em casa. Final de semana aqui em casa é complicado. Ele (se referindo a A2) se agride o tempo todo e fica atrás do irmão. O irmão tem que ir pra rua, não pode ficar em casa”*.

- C2a: *“No ônibus ele (se referindo a A2) agride as pessoas, o motorista não tem paciência, não espera subir, sentar, as pessoas não dão lugar, é muito difícil”*.

Para a cuidadora, A2 não apresentava nenhum interesse e não conseguia realizar nenhuma atividade de maneira independente:

- C2a: *“...(risos) não sei! Não! Não tem nada, assim, que ele faça, que fale que ele faz bem não! Ele não sabe fazer nada!”*

- C2a: *“Qual atividade ele sabe fazer? (pausa). Sozinho... nada!”*

C2a relatou algumas dificuldades que interferiam no desempenho de A2 durante a realização das atividades da rotina diária. O fato de A2 não conseguir realizar as atividades básicas era um fator, mas o que mais angustiava C2a era a alta frequência do comportamento agressivo. O que dificultava o ensino de novas habilidades ou a interação dele com outras pessoas:

- C2a: “... fralda ele usa só pra sair e dormir. Em casa, o cocô muitas vezes eu consigo correr com ele para o vaso, mas xixi tá muito difícil... faz aonde ele estiver, se fizer deitado, fica em cima do xixi... do mesmo jeito que ele tiver ele fica”.
- C2a: “Não tem nenhuma atividade que ele faz sozinho... eu é que faço pra ele, não consegue tomar banho sozinho, vestir uma roupa. É tudo por minha conta”.
- C2a: “... está agredindo demais as pessoas, quando vai pra escola... em casa com o irmão... comigo quando fica nervoso. Ele fica mordendo. Se agredindo”.
- C2a: “Em casa, com o (irmão) eu tento separar... seguro ele... se soltar ele vai pra cima. Mas, na verdade ele deve machucar mais ele do que o próprio irmão. Ele quer contato, ele quer pegar, apertar o irmão, mas, ao mesmo tempo se morde”.
- C2a: “... já peguei o irmão empurrando ele (se referindo a A2), batendo nele, ele já ficou com marca de mordida. Ele morde o irmão e o irmão revida do mesmo jeito... já viu... ele fica mais nervoso ainda”.

De acordo com a cuidadora, a rotina de A2, desde a hora em que acorda até a hora de dormir, seguia uma mesma sequência, não variando muito. Os momentos livres eram ociosos, o que parecia contribuir para o aumento dos comportamentos inadequados:

-C2a: “não tem muita diferença do dia anterior, acorda, toma café, escova os dentes, vai ao banheiro... toma banho, almoça e vai pra escola. Enquanto espera dar o horário, vou fazer minhas coisas e ele fica por aí. Quando chega direto pro banho, toma remédio, janta e dorme. fica pra lá e pra cá. Quando não tem escola é pior ...a rotina é a mesma, mas ele fica agitado e nervoso dentro de casa.”

Para C2a os finais de semana eram os mais complicados porque toda a família estava em casa: a mãe, o pai e o irmão e era quando A2 ficava mais agitado:

- C2a: “Chega o final de semana a rotina muda um pouco, porque o irmão está em casa. Enquanto o irmão está no quarto com a porta trancada tudo bem. Mas, na hora que ele levanta... grita, morde a mão... e já vai pra cima. Com a mão na boca e se agredindo”.
- C2a: “O pai até que ele não está agredindo tanto, mas quando ele (se referindo a A2) agarra o pai, ele (se referindo ao pai) começa a xingar...diz que o filho não tem jeito”.

Com relação a outras atividades, A2 frequentou uma escola especial e neta escola, os profissionais não sabiam lidar com ele. C2a precisava ficar dentro da escola e era ela quem realizava as atividades com A2. Quando os profissionais da escola tentavam fazer alguma atividade, ele ficava muito agressivo e era necessário separá-lo dos outros alunos:

- C2a: *“Era muito difícil, os profissionais não conseguiam lidar com ele. Eu é que dava o lanche pra ele... ele mordida, agredia os estagiários... eu é que ficava com ele... trocava fralda... ele ficava andando no pátio...”*.

C2a também relatou que já havia dois anos que A2 vinha apresentando melhoras no comportamento e que ela estava muito satisfeita com as mudanças:

- C2a: *“... desde que ele entrou para a (nome da instituição) melhorou muito... eu estou achando que ele está se dando bem na (nome da instituição) agora, ele tá percebendo que lá é diferente... as pessoas não fogem dele...”*.

-C2a: *“... estou feliz... é por isso que eu insisto, apesar das dificuldades (se referindo a questões financeiras e ao deslocamento)... eu falo: eu não vou deixar de levar ele pra escola, por causa disso”*.

Durante a entrevista, C2a relatou várias vezes, um sentimento de angústia por A2 apresentar comportamentos tão inadequados:

-C2a: *“Se ele fosse um pouquinho mais calmo eu conseguiria mais coisas... a agressão dele... dificulta muito... quando eu falo com ele... eu peço pra ele fazer as coisas, mas ele não faz... eu acabo ficando nervosa”*.

-C2a: *“... a relação dele com o irmão... isso é o que me deixa mais chateada. Ele com o (nome do irmão) me magoa demais”*.

Ao final da entrevista, foi perguntado a C2a o que ela esperava com a capacitação. Foi possível observar que havia uma esperança de que ela pudesse aprender a ensinar A2 a realizar algumas atividades da rotina diária com maior independência:

- C2a: *“... eu quero conseguir pedir mais a ajuda dele... ele pode me ajudar mais... vestir uma roupa, comer sozinho”*.

Em seguida foi perguntado à C2a quem seria o cuidador participante da Fase II e o por que. C2a respondeu que seria ela, por ser a única que cuidava de A2. Relatou que o irmão e o pai não dão nenhuma assistência:

-C2a: *“Sou eu, quem seria... não tem mais ninguém. Eu é que faço tudo pra ele. O (nome do irmão) não ajuda e o pai não quer nem saber... falou que se esse trabalho dependesse do dinheiro dele, não ia ter nada.”*

4.1.3 DADOS REFERENTES AO ADULTO A3 E AO CUIDADOR C3a

O participante A3 apresentava mais de um cuidador e C3a, eventualmente, contava com a ajuda de auxiliares. Porém, a auxiliar que ficava com A3 pediu demissão:

- C3a: *“Eu ajudo quando precisa... estava cuidando pouco dele porque minha auxiliar me ajudava. Quando não tem uma pessoa, eu faço... quando tem uma funcionária, ela assume”*.

- C3a: *“A ... (nome da auxiliar que saiu) me ajudava muito, mas ela pediu para sair mês passado e está cumprindo aviso”*.

A cuidadora também contava com um rodízio realizado pelos filhos, para cuidar de A3 à noite, até ele dormir. Porém, na maioria das vezes era C3a quem ficava com A3, pois os irmãos acabavam programando outras atividades:

- C3a: *“A auxiliar chega cedo e fica até cinco horas, depois os irmãos assumem”*.

- C3a: *“Tem um plantão noturno, pra colocar ele na cama, porém ninguém cumpre o plantão (se referindo aos irmãos)... vai ali, acabam programando outras coisas e... então quer dizer, acaba sobrando pra mim mesmo”*.

Apesar de A3 conseguir realizar alguns comportamentos durante as atividades da rotina diária, era totalmente dependente da cuidadora:

- C3a *“Ele tem muita dificuldade e apesar de ajudar em uma coisa ou outra precisa de ajuda generalizada”*.

A maior dificuldade da cuidadora no manejo com o adulto dizia respeito aos comportamentos inadequados de A3:

- C3a: *“É muito limitado. Ele faz só o que quer, quando quer. Se é forçado a alguma coisa fica nervoso, agarra a pessoa, crava a unha, grita,.. ele é muito forte... ninguém segura... não dá”*.

Para C3a, apesar das dificuldades de A3, ele demonstrava alguns interesses e habilidades:

-C3a: *“em casa ele pede algumas coisas, fala água... faz o sinal (fala sinalizada). Biscoito, suco, sopa... não passa fome não. O que ele tem mais facilidade é comer (risos)”*.

- C3a: *“ele gosta muito de música... televisão não interessa muito, mas quando liga o rádio ele escuta...”*.

A cuidadora relatou algumas dificuldades que interferiam no desempenho de A3 durante a realização das atividades da rotina diária, como não conseguir se limpar depois de utilizar o vaso sanitário, não conseguir tomar um banho, vestir uma roupa ou escovar os

dentes. C3a classificava A3 como um indivíduo preguiçoso e o fato dele não fazer nada angustiava muito a família, assim como a dificuldade dele para se comunicar:

-C3a: "... vai ao banheiro e não limpa... Chega perto das pessoas e tá com a roupa suja, com um cheiro ruim... a gente não vê".

-C3a: "...dificuldade generalizada... Essas atividades diárias ele não faz sozinho. A gente que dá banho, passa sabão nele, enxuga, quando escova os dentes ele fica igual estátua".

-C3a: "...ele não faz, não é só por causa da limitação, ele é preguiçoso, ele é manhoso, e ele quer chamar a atenção sobre ele, quer atenção da gente. Além da dificuldade, mas ele é muito preguiçoso".

-C3a: "... essa coisa da fala. O fato dele não falar... ele até usa uns sinais, mais usa o mesmo sinal para um monte de coisa. Tem sinal que a gente não sabe o que é... não adianta".

De acordo com C3a, a rotina de A3 durante a semana, seguia uma mesma sequência, não variando muito. Aos finais de semana apresentava uma variedade de atividades. Saia com algum profissional contratado (educador físico, auxiliar) ou algum dos irmãos. Quase nunca ficava em casa:

- C3a: "...ele acorda, toma banho, faz a higiene, toma café, escova os dentes e pega a van para a escola. Fica lá o dia todo...segunda, terça e quinta... na quarta e sexta vai pra natação de manhã e escola a tarde... quando chega toma banho, janta, escova os dentes e fica por aqui até a hora de ir pra cama, por volta das oito nove horas... No sábado e domingo o (educador físico) vem passear com ele... ou sai com uma auxiliar, um dos irmãos... ou fica por ai, sentado no sofá, pedindo as coisas. Mas, a gente quase não deixa ele ficar em casa".

O participante A3 realizava várias atividades, mas com o objetivo de ocupar o tempo, pois a cuidadora relatava que não conseguia permanecer perto de A3, sem que ele estivesse realizando algo, além de ser cansativo ficar com ele o tempo todo:

- C3a: "Ele (se referindo a A3) não faz nada... fica parado, sentado no sofá. Eu não sei o que fazer pra tirar ele dali, não gosta de nada. Por isso o coloquei em um monte de coisa, pelo menos fica ocupado".

-C3a: "Coloquei ele na escola em tempo integral e quando não está na escola tem outras coisas. No fim de semana vem alguém pra passear com ele na rua, sai com os irmãos, vai para o clube, pra não ficar em casa."

- C3a: "...coloquei ele num monte de coisas, pelo menos fica ocupado. Eu não sei mais o que fazer pra tirar ele do sofá. Não dá pra ele ficar sentado sem fazer nada".

Durante a entrevista, C3a relatou várias vezes, um sentimento de desânimo por A3 apresentar comportamentos inadequados e por ser tão dependente:

- C3a: "ninguém da família consegue sair com ele, em lugares diferentes... ele empaca, não sai do lugar... ele não aproveita... fica lá parado, sem fazer nada... não se interessa por nada".

- C3a: *“Ele não tem iniciativa. Ele foi sempre comandado. A família acostumou com ele assim, a família acha que ele não tem condição, então faz por ele”.*

- C3a: *“...e cansativo. Ninguém quer ficar atrás de menino...”.Se a gente obriga ele fica bravo e agride. Não dá pra segurar...”.*

Ao final da entrevista, foi perguntado a C3a o que ela esperava com a capacitação. Foi possível observar que apesar de todas as dificuldades apresentadas por A3 havia uma esperança de que ela pudesse aprender a como ensinar A3 a ser mais independente e participativo nas atividades da rotina diária:

- C3a: *“...espero conseguir ensinar ele a fazer as coisas, escolher uma roupa, vestir uma blusa, calçar um sapato, tomar um banho... Ensinar a ele a ter mais iniciativa, ser mais independente... conseguir ir nos lugares...”.*

Em seguida foi perguntado à C3a quem seria o cuidador participante da Fase II e o por que. C3a respondeu que seria ela, pelo fato das cuidadoras contratadas não ficarem muito tempo no emprego, pelos filhos não assumirem de fato o cuidado com A3 e por ser ela quem, na maioria das vezes, acabava realizando as atividades com A3:

- C3a: *“Encontrar uma auxiliar hoje é muito difícil, as mocinhas tem filhos, tem que buscar menino na escola, querem sair cedo, arrumam outro trabalho, acabam saindo... se elas saem o trabalho acaba... Quem tem que aprender são as pessoas de casa, pra dar continuidade”.*

- C3a: *“Sou eu mesmo que faço tudo com ele (referindo-se a A3). Ninguém cumpre o plantão. Sobra pra mim mesmo. Por isso eu quero ser a cuidadora”.*

4.2. APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ENSINO DE HABILIDADES OCUPACIONAIS AOS CUIDADORES DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL – PEHO

4.2.1 FASE II

Na Fase II, o Programa de Capacitação elaborado na Fase I foi implementado e avaliado. O programa PEHO foi dividido em capacitação teórica e em capacitação prática.

4.2.1.1 Capacitação Teórica

A capacitação teórica teve como objetivo oferecer aos cuidadores alguns referenciais teóricos que pudessem auxiliar no ensino de novas habilidades aos adultos com deficiência intelectual. Além disso, foi utilizado um protocolo de registro de diário de campo. Os cuidadores receberam um Kit contendo o material de apoio (caderno, apostila, lápis). O desempenho geral dos cuidadores será apresentado da seguinte maneira: serão expostos os dados referentes ao desempenho geral dos cuidadores nos assuntos discutidos durante a capacitação e exemplificados com fragmentos das falas desses cuidadores e dos registros da pesquisadora.

Ao se discutir sobre o papel do cuidador e sobre quem era o adulto com DI, os mesmos percebiam o “cuidador” como aquela pessoa que dava assistência; que realizava os cuidados básicos e necessários para o bem estar e a sobrevivência do indivíduo.

- C1a: “quem cuida dele precisa dar a comida na hora certa; os remédios, dar banho, levar ao médico, manter ele sempre limpo e saudável... sempre estar atento às necessidades dele, acho que é esse o papel do cuidador”.

Essa forma de cuidado estava relacionada a uma falta de orientação dos profissionais aos cuidadores dos adultos com DI e a uma incredibilidade dos cuidadores às potencialidades desses indivíduos, que eram vistos como pessoas incapazes de aprender.

- C3a: “ O papel do cuidador deveria ser estimular, mas naquela época não havia uma compreensão do que poderia ser feito... nem os profissionais sabiam muitas vezes, então a gente acabava fazendo por ele... os cuidadores hoje também acabam realizando as atividades (se referindo aos cuidadores contratados)... dão banho, comida, veste uma roupa... não se preocupa em ensinar... não aprenderam a fazer isso, embora a (se referindo à C10) pedia muita coisa para o (nome de A3) porque ela foi orientada na escola”.

- C1a: “... é aquela pessoa que não tem condição de aprender nada”.

- C2a: “...uma pessoa dependente para o resto da vida. Um bebê num corpo de adulto... que depende de mim pra tudo...”.

- C3e: “É muito difícil pra ele aprender... tem muita dificuldade para compreender as coisas, é muito devagar...”.

Aos poucos os cuidadores foram percebendo que o cuidar não estava relacionado ao fazer pelo outro e sim a ajudar o outro a ser mais independente. Perceberam que os adultos

com DI, apesar das dificuldades que apresentavam eram capazes de aprender, de adquirir novas habilidades e poderiam participar mais ativamente das atividades da rotina diária.

- C1a: *“O ensinar entra no cuidado, faz parte... o cuidador deve ensinar o outro (se referindo ao indivíduo com deficiência) a fazer as coisas”.*

- C3a: *“...agora eu acredito que ele tem potencial... pode se desenvolver... só é preciso ensinar”*

- C2a: *“a gente tem que dar liberdade pra ele aprender... eles são capazes... podem ser mais independentes”*

Ao abordar a importância da escolha de atividades funcionais, por meio do Currículo Funcional Natural, alguns cuidadores apresentaram uma visão infantilizada e outros apresentaram estranhamento em relação às atividades que deveriam ser desempenhadas pelos adultos com DI:

- C1a: *“Na escola eles só dão essas atividades de criança, colar papel, colorir, mas nem sei se é ele (se referindo a A1) mesmo quem faz...”*

- C2a: *“a terapeuta disse que ele (se referindo a A2) não quer mais ficar na sala dela, não sabe porque... ela coloca ele sentado no colchão e ele fica brincando com aquelas peças de encaixar, como chama... esses brinquedos de montar... acho que ele não se interessa mais por isso... precisa aprender outras coisas... como você diz... úteis pra ele”.*

- C3a: *“Ele tem um monte de brinquedo de madeira, aqueles de encaixar as formas, cores... tem com animais... brinquedos pedagógicos... mas, ele não se interessa, nem olha. Quem sabe ele se interessa agora”.*

Os cuidadores entenderam que os adultos com DI precisavam aprender habilidades mais úteis para a vida, que eles pudessem usufruir no dia a dia, sendo mais participativos no meio familiar e social.

- C2a: *“...ensinar a ele a brincar não vai ajudar na vida dele, mas aprender a tomar um banho, vestir uma roupa, sim”*

- C1a: *“...atividades que façam sentido pra ele... que ele realiza no dia a dia dele”*

- C1b: *“ele precisa aprender a se comportar na rua... pra poder sair com a gente, frequentar um shopping, comer uma pizza...”*

Nos capítulos referentes aos conceitos básicos da Análise Aplicada do Comportamento os relatos mostraram que os cuidadores realizavam as atividades automaticamente e não paravam para pensar em como poderiam ensinar atividades simples, do cotidiano ou mesmo,

como ofereceriam oportunidade para que os adultos com DI manifestassem as suas vontades ou pudessem fazer escolhas.

- C3c: *“...tem que ter calma, a gente pede, mas ele não faz direito, fica mal feito... é muito preguiçoso. Tá acostumado a ter tudo na mão... pra ser bem feito a gente precisa fazer”*.

- C3d: *“... é tão automático que a gente nem para pra pensar em como a atividade é realizada, são tantos comportamentos”*

Após aprenderem conceitos que explicam o porquê de um ensino em passos menores, por meio da modelagem, dos níveis de ajuda e do uso de consequências reforçadoras, os cuidadores foram entendendo como fica mais fácil ensinar aos adultos com DI comportamentos importantes para a vida deles.

- C1a: *“A gente tem que reforçar quando ele faz alguma coisa certa se não ele perde o interesse e para de fazer... ele adora andar de carro, se o pai dele pudesse sair com ele depois de tomar banho ele já estava independente (risos)”*

- C1a: *“a gente vai ensinando uma coisa de cada vez. Primeiro eu ensinei ele a puxar a cueca, mas eu deixava a cueca lá em cima e quando ele começou a puxar eu fui abaixando ela... agora ele puxa sozinho e tá aprendendo a retirar o pé”*

- C2a: *“ele ainda precisa de ajuda parcial para pegar a comida com a colher, mas ele vai conseguir... ele já faz o movimento, só que não coloca força na mão pra empurrar a comida, tem que retirar a ajuda aos poucos”*

- C3b: *“a gente não aprende isso na faculdade... vai me ajudar não só com o (nome de A3), mas com os outros pacientes que eu atendo... a gente acaba prestando atenção nos cuidados básicos e não incentivamos a família a manter a independência deles”*

- C3b: *“Ele consegue, é inteligente, mas tem que ter paciência... é lento mesmo... tem que fazer igual todo dia...”*

Com relação às formas de registro, os cuidadores perceberam a importância dos mesmos para verificar inicialmente o repertório de habilidades dos adultos com DI e ao longo do ensino, para verificar a efetividade do ensino.

- C1a: *“...serve pra gente saber qual o nível de aprendizagem dele, pra ver se ele sabe fazer ou se a gente precisa ensinar”*

- C2a: *“... pra ver se ele está aprendendo ou não”*

- C3b: *“É muito importante sim, quando a gente avalia ficamos sabendo quais habilidades precisamos ensinar e quais ele já faz sozinho”*

- C3c: *“...pra verificar se está tendo evolução; se ele está aprendendo”*

Ao final da apostila foram apresentadas algumas maneiras para lidar com comportamentos inadequados, visto que essa era a maior dificuldade dos cuidadores e o que limitava qualquer intervenção por parte dos mesmos. Os cuidadores perceberam que a forma como eles lidavam com os adultos com DI acabava aumentando a frequência desses comportamentos e que a melhor forma era ignorá-los, ensinando a eles comportamentos funcionais e mantendo-os ocupados (reforço diferencial), embora para alguns cuidadores esse “manter ocupado” era muitas vezes difícil.

- C1a: *“quando ele faz alguma coisa errada eu não dou atenção... fico parada e deixo ele acalmar,, eu vou mostrando pra ele que daquele jeito não vai conseguir o que ele quer”*.

- C1b: *“às vezes é difícil, eu fico com pena dele e faço o que e quer, mas ela (se referindo a C1) chama a minha atenção e fala que desse jeito eu atrapalho... e sei que atrapalho mesmo... tenho que parar com isso”*.

- C2a: *” É muito difícil manter ele ocupado o tempo todo... eu que faço tudo em casa e ninguém me ajuda... como ele não tem nada pra fazer fica atrás de mim o tempo todo... se eu não faço o que ele quer fica nervoso e começa...”*

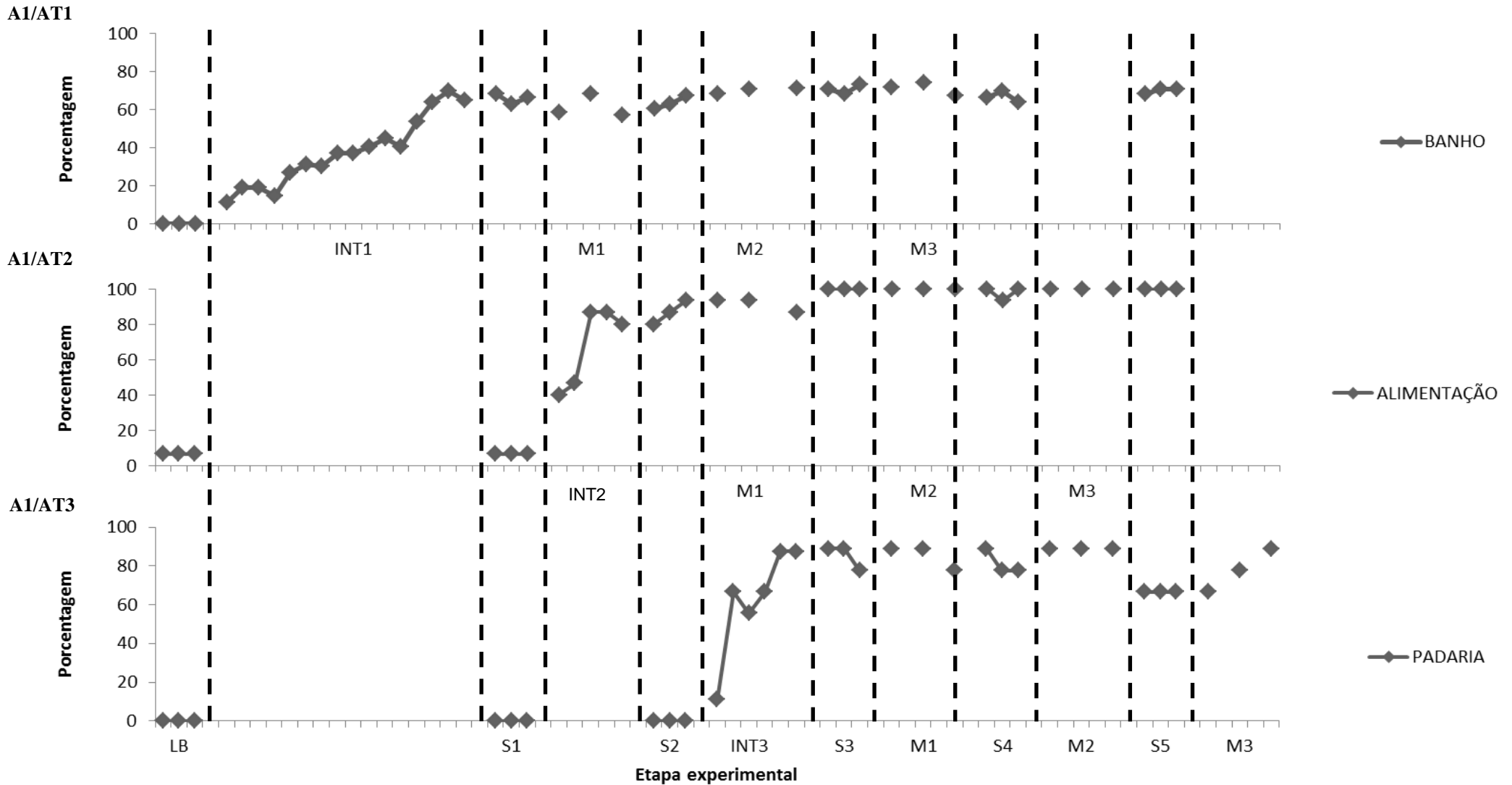
- C3d: *“a gente sabe que a forma como lidamos com ele não é correta, mas eu não moro aqui, embora cuide dele no plantão, os irmãos; os homens, não têm muito jeito pra ensinar e a mamãe já não dá conta... fica difícil, mas sei que é preciso... se tivesse alguém por conta seria muito mais fácil... uma ajudante...”*

4.2.1.2 Capacitação Prática

A capacitação prática teve como objetivo aplicar o programa de capacitação de cuidadores para o ensino de habilidades ocupacionais aos adultos com deficiência intelectual. Os dados da capacitação prática, referentes a cada uma das três atividades de cada participante (adultos com deficiência intelectual e cuidadores) foram obtidos pelos protocolos de registro dos comportamentos ensinados e do diário de campo preenchidos durante as etapas experimentais. A seguir serão apresentados, separadamente, os resultados obtidos com cada um dos participantes, conforme mostram as figuras de 1 a 19.

4.2.1.2.1. Porcentagem de Independência dos Adultos com Deficiência intelectual

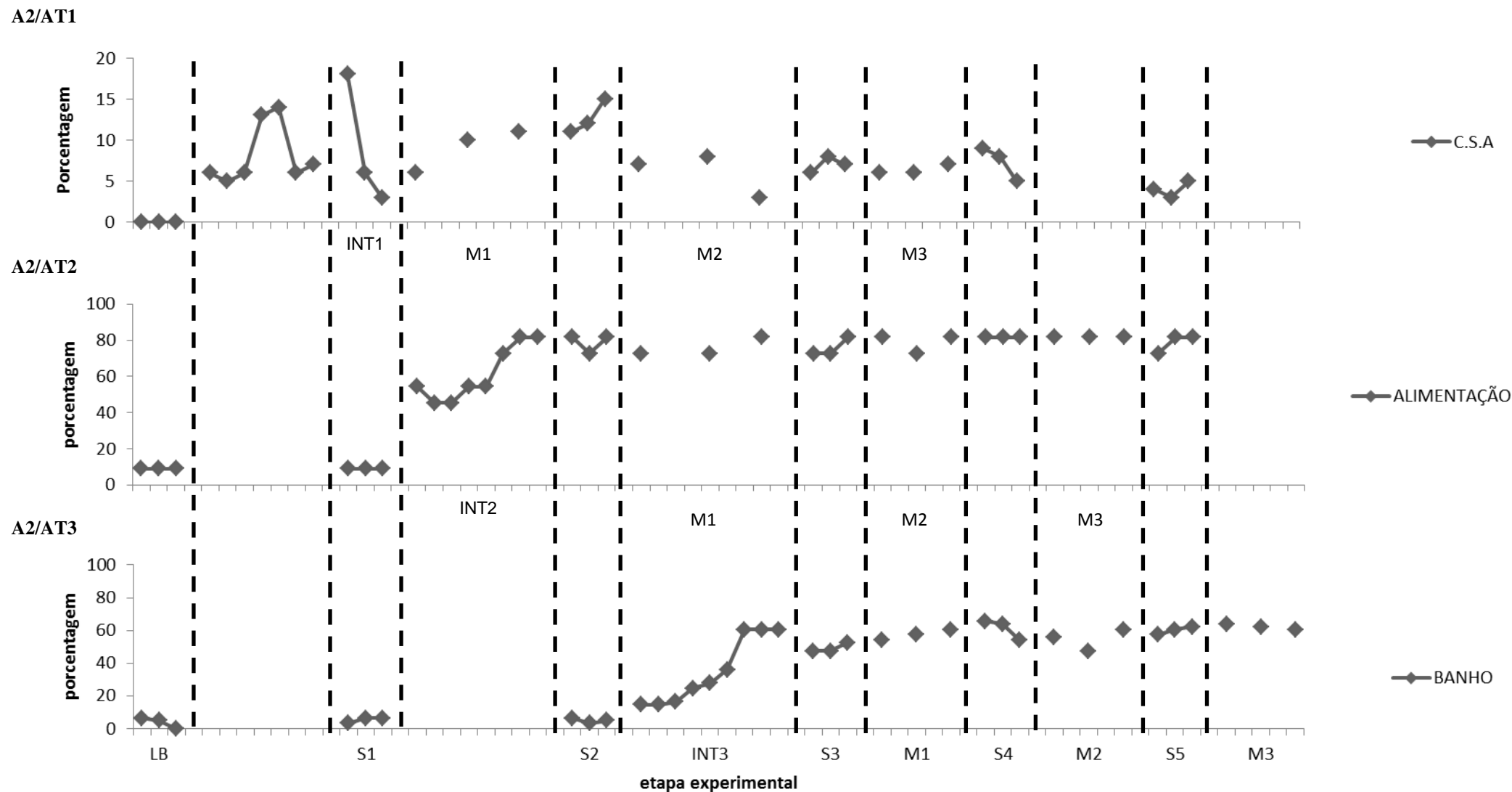
Nas Figuras 1 a 3, conforme o delineamento experimental adotado no estudo, as linhas tracejadas indicaram a mudança da fase experimental. Os cuidadores responsáveis pelos adultos com DI iniciaram o ensino da atividade 1 logo após o término da medida de linha de base. O ensino da atividade 2 foi iniciado após a sondagem 1 e da atividade 3 após a realização da sondagem 2. Foi possível observar que as mudanças no desempenho dos adultos com DI só ocorreram após o início da etapa de intervenção, o que reforça a eficácia do delineamento utilizado. É importante ressaltar que todos os cuidadores receberam orientação e treinamento durante a etapa de intervenção.



Legenda:

- | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| A1 - adulto 1 | AT3 - Atividade 3 | INT 2 - Intervenção 2 | S2- Sondagem 2 | S5 - Manutenção 5 | M3 - Manutenção 3 |
| AT1 - Atividade 1 | LB - Linha de base | INT 3 - Intervenção 3 | S3 - Manutenção 3 | M1 - Manutenção 1 | |
| AT2 - Atividade 2 | INT 1- Intervenção 1 | S1- Sondagem 1 | S4 - Manutenção 4 | M2 - Manutenção 2 | |

Figura 1: Porcentagem de independência obtida por A1 no desempenho das três atividades selecionadas pelo cuidador no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

A2 - adulto 2

AT3 - Atividade 3

INT 2 - Intervenção 2

S2- Sondagem 2

S5 - Manutenção 5

M3 - Manutenção 3

AT1 - Atividade 1

LB - Linha de base

INT 3 - Intervenção 3

S3 - Manutenção 3

M1 - Manutenção 1

AT2 - Atividade 2

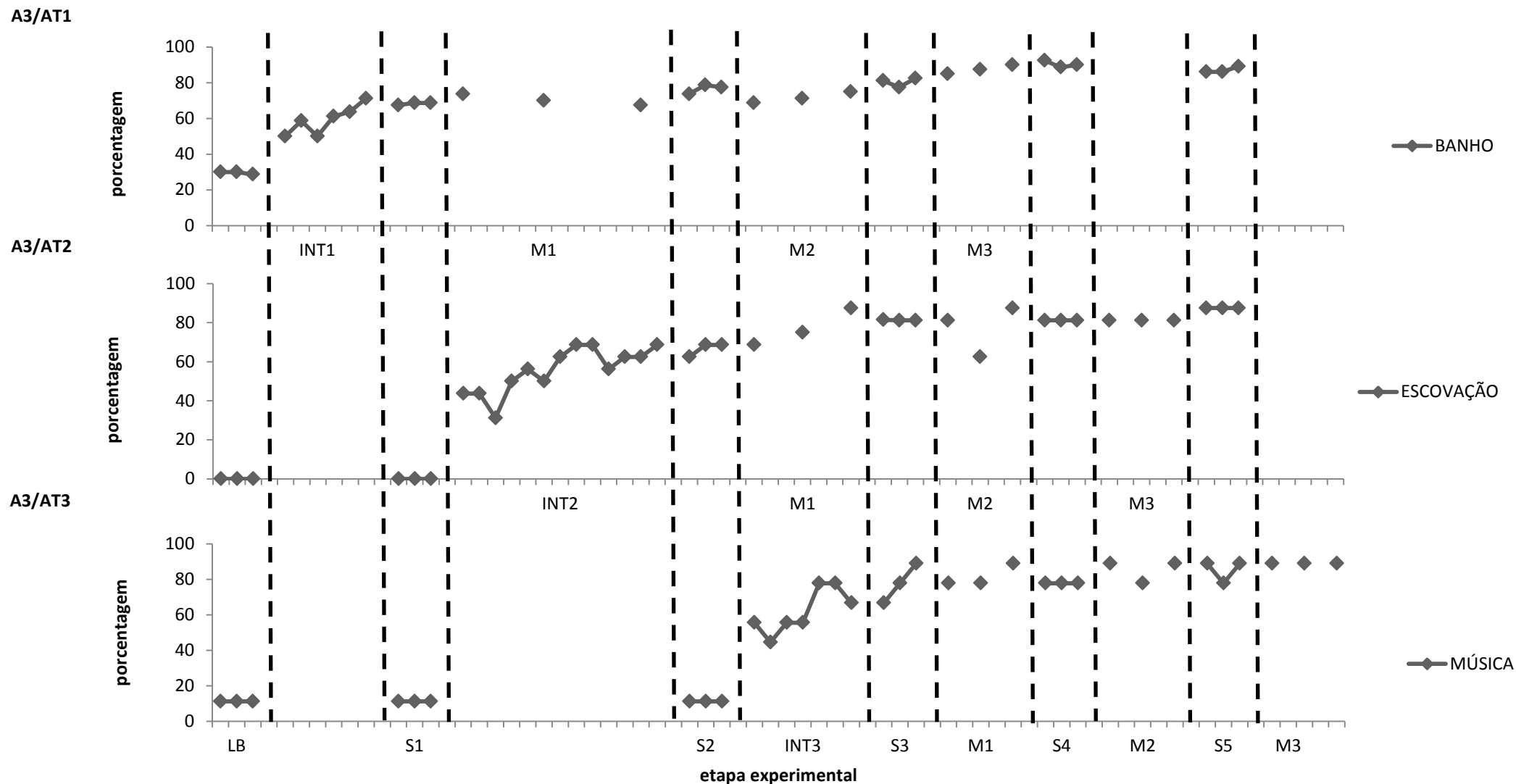
INT 1- Intervenção 1

S1- Sondagem 1

S4 - Manutenção 4

M2 - Manutenção 2

Figura 2: Porcentagem de independência obtida por A2 no desempenho das três atividades selecionadas por C2a no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

A3 - adulto 3	AT3 - Atividade 3	INT 2 - Intervenção 2	S2- Sondagem 2	S5 - Manutenção 5	M3 - Manutenção 3
AT1 - Atividade 1	LB - Linha de base	INT 3 - Intervenção 3	S3 - Manutenção 3	M1 - Manutenção 1	
AT2 - Atividade 2	INT 1- Intervenção 1	S1- Sondagem 1	S4 - Manutenção 4	M2 - Manutenção 2	

Figura 3: Porcentagem de independência obtida por A3 no desempenho das três atividades selecionadas pelo cuidador no decorrer das etapas experimentais do estudo.

4.2.1.2.1.1. Desempenho de A1 nas atividades 1, 2 e 3.

A Figura 1 apresenta os dados de A1 nas atividades de banho (AT1), alimentação (AT2) e visita à padaria (AT3). Nos dados referentes à linha de base foi possível observar que A1 apresentava uma porcentagem de independência para o desempenho das atividades 1 e 3 de 0%. Na atividade 2, a porcentagem de independência de A1 era de 6,7%. Ao iniciar a intervenção, observa-se que A1 adquiriu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da atividade 1 conseguindo alcançar um desempenho entre 60 e 70% em três sessões consecutivas. Após o período de intervenção com a atividade 1 foi realizada a primeira sondagem com a avaliação das três atividades escolhidas. Foi possível observar que na atividade 1 houve um aumento na porcentagem de independência de A1 quando comparada à linha de base e que não houve alteração na porcentagem de independência nas atividades 2 e 3. Em seguida deu-se início à intervenção da segunda atividade e A1 adquiriu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da mesma conseguindo alcançar um desempenho entre 80 e 87% em três sessões consecutivas. Após o período de intervenção com a atividade 2 foi realizada a segunda sondagem com a avaliação das três atividades. Foi possível observar que na atividade 2 também houve um aumento na porcentagem de independência de A1 quando comparada à linha de base e que a porcentagem de independência na atividade 3 manteve-se estável. Em seguida deu-se início a intervenção da terceira atividade. A1 aprendeu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da mesma conseguindo alcançar um desempenho entre 60 e 80% em três sessões consecutivas. O próximo passo foi a realização da terceira sondagem com a avaliação das três atividades. Observa-se que os comportamentos necessários para a realização das três atividades permaneceram ausentes no repertório de A1 e a mudança na porcentagem de independência se modificou apenas quando submetidas às etapas de intervenção. Durante as etapas de intervenção posteriores à etapa de intervenção 1 foram realizadas etapas de

manutenção em que as atividades que já haviam passado por intervenção eram avaliadas de tempos em tempos para verificar se a porcentagem de independência se mantinha embora não houvesse um acompanhamento contínuo. Foi possível observar que a porcentagem de independência de A1 na atividade 1 nas manutenções 1, 2 e 3 se manteve igual ou superior à 60% indicando que A1 conseguiu manter os comportamentos aprendidos, necessários para a realização das atividades, e que os ganhos foram sendo adquiridos, embora lentamente. Na atividade 2 observa-se que a porcentagem de independência de A1, durante as etapas de manutenção se mantiveram entre 80 e 100% indicando que A1 aprendeu os comportamentos necessários para a realização desta atividade. Na atividade 3, é possível observar que durante as etapas de manutenção a porcentagem de independência de A1 se mantém acima de 70% indicando que houve um aprendizado gradativo dos comportamentos necessários para a realização da mesma.

4.2.1.2.1.2. Desempenho de A2 nas atividades 1, 2 e 3.

A Figura 2 apresenta os dados de A2 nas atividades de aumento dos comportamentos socialmente aceitáveis (AT1), alimentação (AT2) e banho (AT3). No gráfico A2/AT1, foi possível observar o número de comportamentos socialmente aceitáveis em função do tempo de observação realizado nas etapas experimentais. O tempo de observação variou em cada etapa experimental devido ao interesse do adulto com deficiência intelectual na atividade e a média de observação, nas diferentes etapas experimentais foi: na linha de base de 7 minutos, durante a intervenção de 17 minutos, nas etapas de sondagem de 32 minutos e nas etapas de manutenção de 36 minutos. Foi possível observar que a ocorrência desses comportamentos foi apresentada após a etapa de intervenção. Nas atividades 2 e 3, os dados referentes à linha de base apresentaram uma porcentagem de independência para o desempenho da atividade 2 de 9% e da atividade 3 entre 3 e 6%. Ao iniciar a intervenção, observa-se que A2 adquiriu

gradualmente os comportamentos necessários para a realização dessas atividades conseguindo alcançar um desempenho entre 70 e 80% em três sessões consecutivas na atividade 2 e de 60% na atividade 3. Após o período de intervenção com a atividade 1 foi realizada a primeira sondagem com a avaliação das três atividades escolhidas. Durante a sondagem 1 observa-se um acréscimo dos comportamentos aceitáveis seguido de queda. Essa queda foi devido a questões medicamentosas. Nas atividades 2 e 3 não houve alteração na porcentagem de independência. Em seguida deu-se início à intervenção da segunda atividade e A2 adquiriu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da mesma conseguindo alcançar um desempenho entre 72 e 81% em três sessões consecutivas. Após o período de intervenção com a atividade 2 foi realizada a segunda sondagem com a avaliação das três atividades. Foi possível observar que na atividade 2 também houve um aumento na porcentagem de independência de A2 quando comparada à linha de base e que a porcentagem de independência na atividade 3 manteve-se estável. Em seguida deu-se início a intervenção da terceira atividade. O próximo passo foi a realização da terceira sondagem com a avaliação das três atividades. Na atividade 3 o desempenho de A2 apresentou uma queda ficando entre 47 a 52%, mas ainda manteve-se acima do desempenho apresentado na etapa de linha de base. Observa-se também que os comportamentos necessários para a realização das três atividades permaneceram ausentes no repertório de A2 e a mudança na porcentagem de independência se modificou apenas quando submetidas às etapas de intervenção. Durante as etapas de intervenção posteriores à etapa de intervenção 1 foram realizadas etapas de manutenção em que as atividades que já haviam passado por intervenção eram avaliadas de tempos em tempos para verificar se a porcentagem de independência se mantinha embora não houvesse um acompanhamento contínuo. Foi possível observar durante a etapa de manutenção 1 que A2 voltou a apresentar comportamentos aceitáveis em contato com o irmão e a média dos comportamentos adequados de A2 nas etapas de manutenção foi de 7 comportamentos por

minuto. Na atividade 2 observa-se que a porcentagem de independência de A2, durante as etapas de manutenção se mantiveram entre 72 e 81% indicando que A2 estava aprendendo gradativamente os comportamentos necessários para a realização da atividade. Na atividade 3, foi possível observar que durante as etapas de manutenção a porcentagem de independência de A2 se manteve acima de 60% indicando que houve uma manutenção dos comportamentos aprendidos durante a etapa de intervenção e que, embora de maneira lenta, A2 vinha aprendendo gradativamente os comportamentos necessários para a realização da atividade.

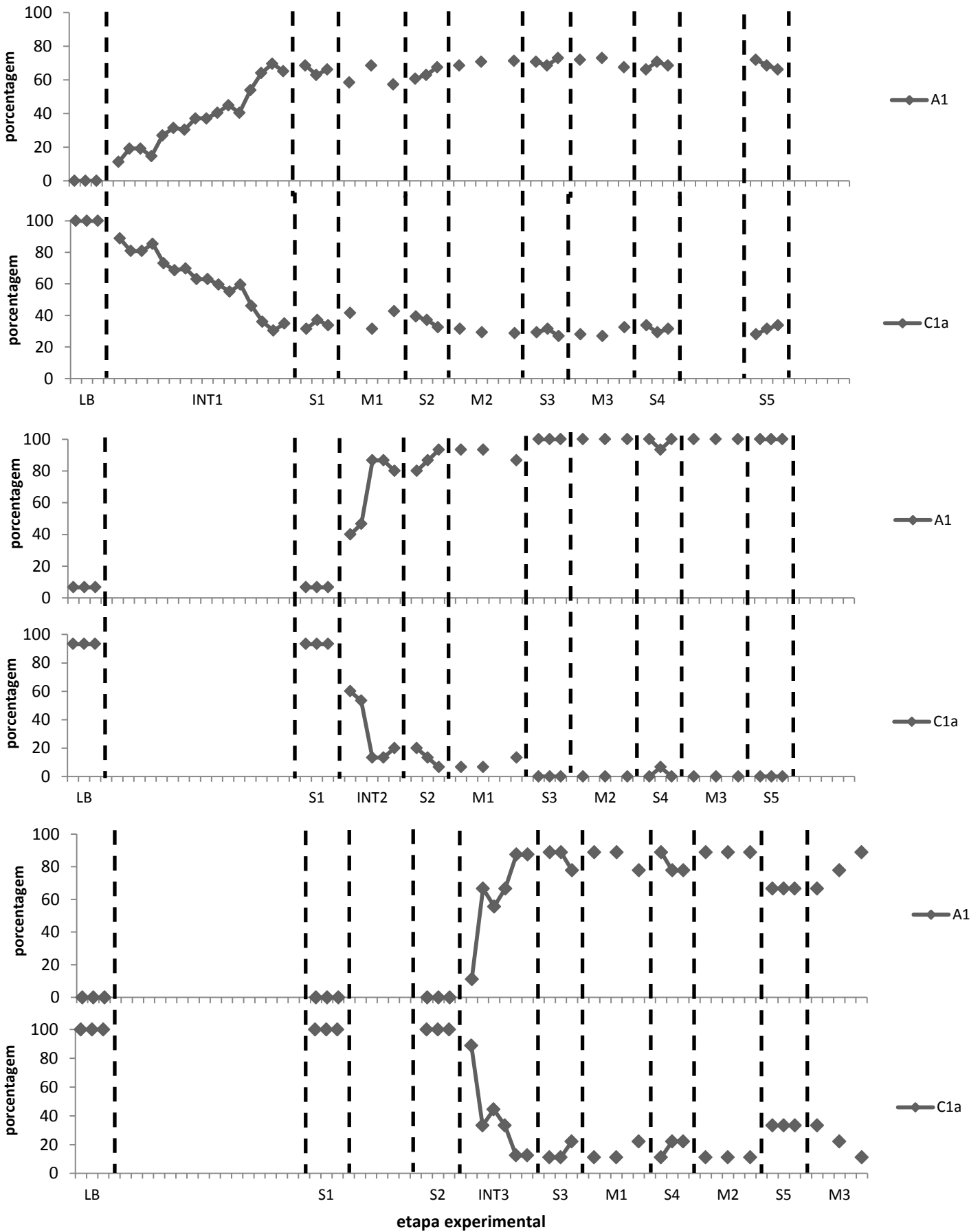
4.2.1.2.1.3. Desempenho de A3 nas atividades 1, 2 e 3.

A Figura 3 apresenta os dados de A3 nas atividades de banho (AT1), escovação (AT2) e manusear o aparelho de som (AT3). Nos dados referentes à linha de base foi possível observar que A3 apresentava uma porcentagem de independência para o desempenho da atividade 1 entre 28 e 30%, na atividade 2 de 0% e na atividade 3 de 11%. Ao iniciar a intervenção, observa-se que A3 adquiriu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da atividade 1 conseguindo alcançar um desempenho entre 60 e 70% em três sessões consecutivas. Após o período de intervenção com a atividade 1 foi realizada a primeira sondagem com a avaliação das três atividades escolhidas. Foi possível observar que na atividade 1 houve um aumento na porcentagem de independência de A3 quando comparada à linha de base e que não houve alteração na porcentagem de independência nas atividades 2 e 3. Em seguida deu-se início à intervenção da segunda atividade e A3 adquiriu gradualmente os comportamentos necessários para a realização da mesma conseguindo alcançar um desempenho entre 62 e 69% em três sessões consecutivas. Após o período de intervenção com a atividade 2 foi realizada a segunda sondagem com a avaliação das três atividades. Foi possível observar que na atividade 2 também houve um aumento na porcentagem de independência de A2 quando comparada à linha de base e que a porcentagem

de independência na atividade 3 manteve-se estável. Em seguida deu-se início a intervenção da terceira atividade. A2 aprendeu gradativamente os comportamentos necessários para a realização da mesma apresentando um desempenho entre 67 e 69% nesta atividade. Observa-se que os comportamentos necessários para a realização das três atividades permaneceram ausentes no repertório de A3 e a mudança na porcentagem de independência ocorreu apenas quando submetidas às etapas de intervenção. Durante as etapas de intervenção posteriores à etapa de intervenção 1 foram realizadas as manutenções em que, as atividades que já haviam passado por intervenção eram avaliadas de tempos em tempos para verificar se a porcentagem de independência se mantinha embora não houvesse um acompanhamento contínuo. Foi possível observar que a porcentagem de independência de A3 na atividade 1, nas manutenções 1, 2 e 3, se mantiveram entre 67,5 e 90%, na atividade 2 o desempenho variou de 68 a 87% e na atividade 3 entre 77,8 e 88,9%

4.2.1.2.2. Nível de Independência e Nível de Ajuda

As Figuras 4 a 8 são referentes ao nível de independência dos adultos com DI comparado à frequência dos níveis de ajuda dos cuidadores. Foi possível verificar as mudanças na porcentagem do nível de independência desses adultos e na porcentagem do nível de auxílio do cuidador no decorrer das etapas.

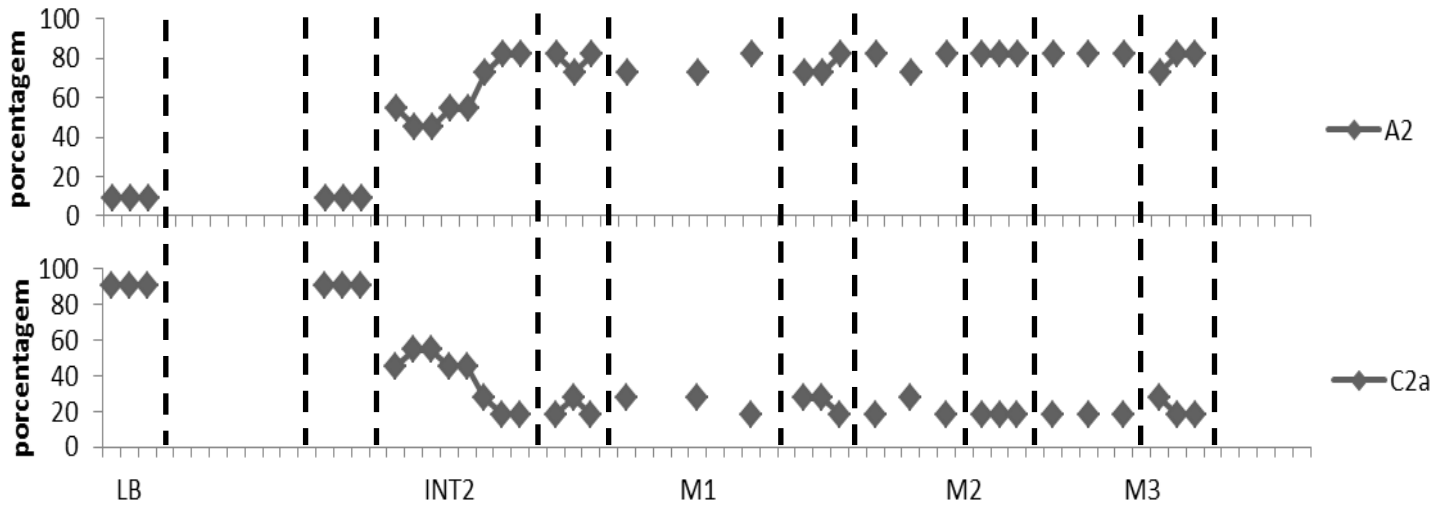


Legenda:

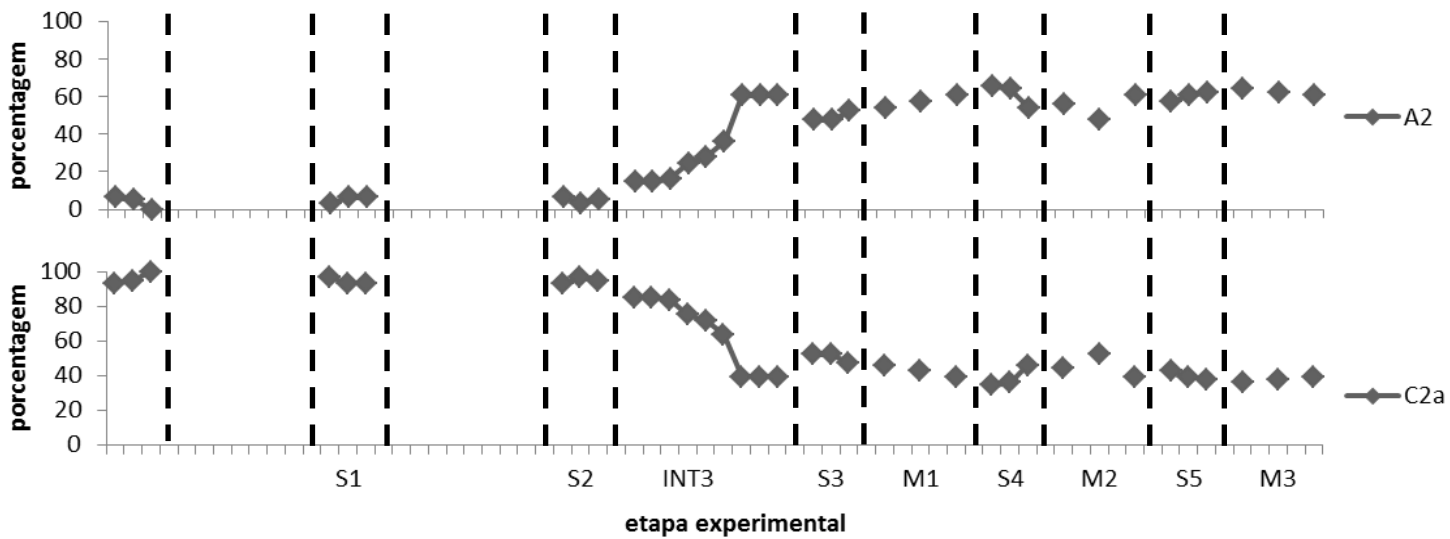
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| AT1 - Atividade 1 | A1 - Adulto 1 | INT 1 - Intervenção 1 | S1 - Sondagem 1 | S4 - Sondagem 4 | M2 - Manutenção 2 |
| AT2 - Atividade 2 | C1a - Cuidador 1a | INT 2 - Intervenção 2 | S2 - Sondagem 2 | S5 - Sondagem 5 | M3 - Manutenção 3 |
| AT3 - Atividade 3 | LB - Linha de Base | INT 3 - Intervenção 3 | S3 - Sondagem 3 | M1 - Manutenção 1 | |

Figura 4: Porcentagem de independência obtida por A1 e a porcentagem do nível de ajuda de C1a na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.

A2/AT2



A2/AT3

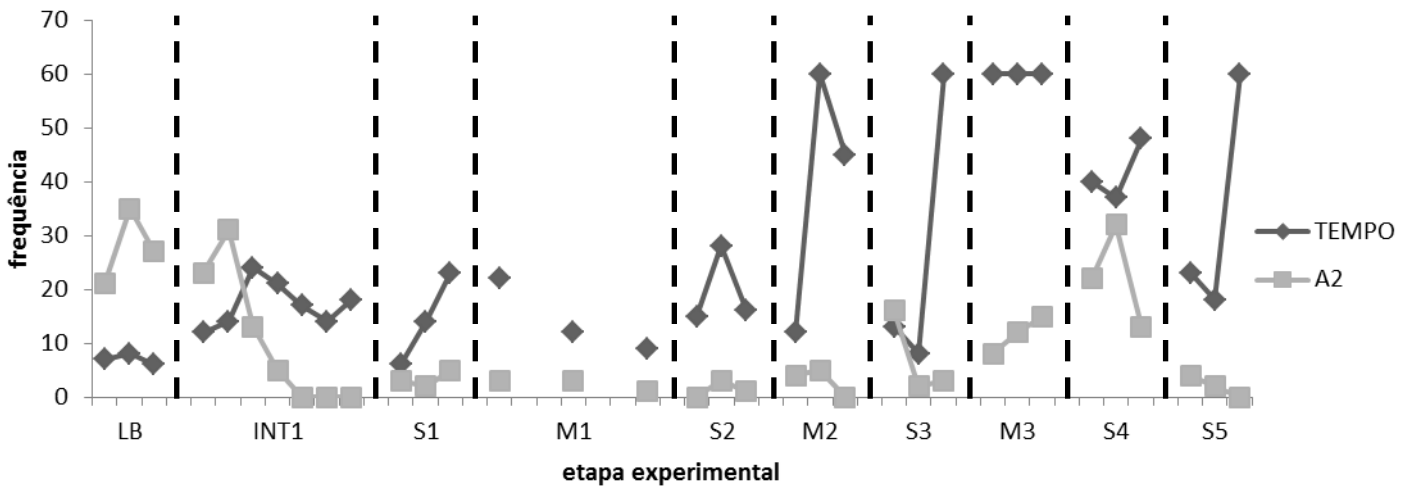


Legenda:

- | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| AT2 - Atividade 2 | C2a - Cuidador 2a | INT 2 - Intervenção 2 | S2 - Sondagem 2 | S5 - Sondagem 5 | M2 - Manutenção 2 |
| AT3 - Atividade 3 | LB - Linha de Base | INT 3 - Intervenção 3 | S3 - Sondagem 3 | M1 - Manutenção 1 | M3 - Manutenção 3 |
| A2 - Adulto | INT1 - Intervenção 1 | S1 - Sondagem 1 | S4 - Sondagem 4 | | |

Figura 5: Porcentagem de independência obtida por A2 e a porcentagem do nível de ajuda de C2a na execução das atividades 2 e 3 no decorrer das etapas experimentais do estudo.

AT1



Legenda:

AT1 - Atividade 1 LB - Linha de Base S1 - Sondagem 1 S2 - Sondagem 2 S3 - Sondagem 3 S4 - Sondagem 4
 A2 - Adulto 2 INT 1 - Intervenção 1 M1 - Manutenção 1 M2 - Manutenção 2 M3 - Manutenção 3 S5 - Sondagem 5

Figura 6: Frequência dos comportamentos agressivos de A2 em comparação ao tempo total de permanência com C2b no decorrer das etapas experimentais do estudo.

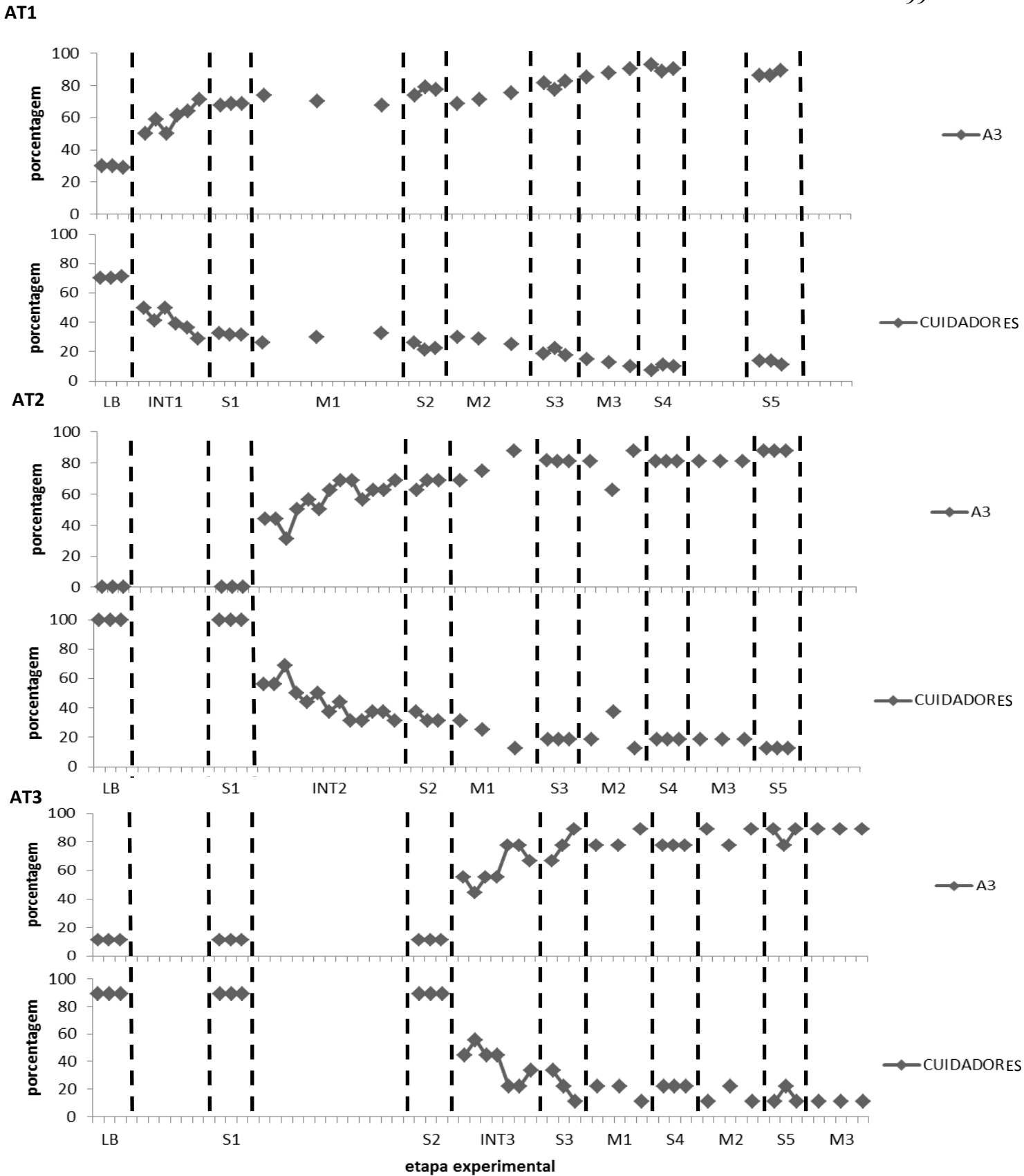
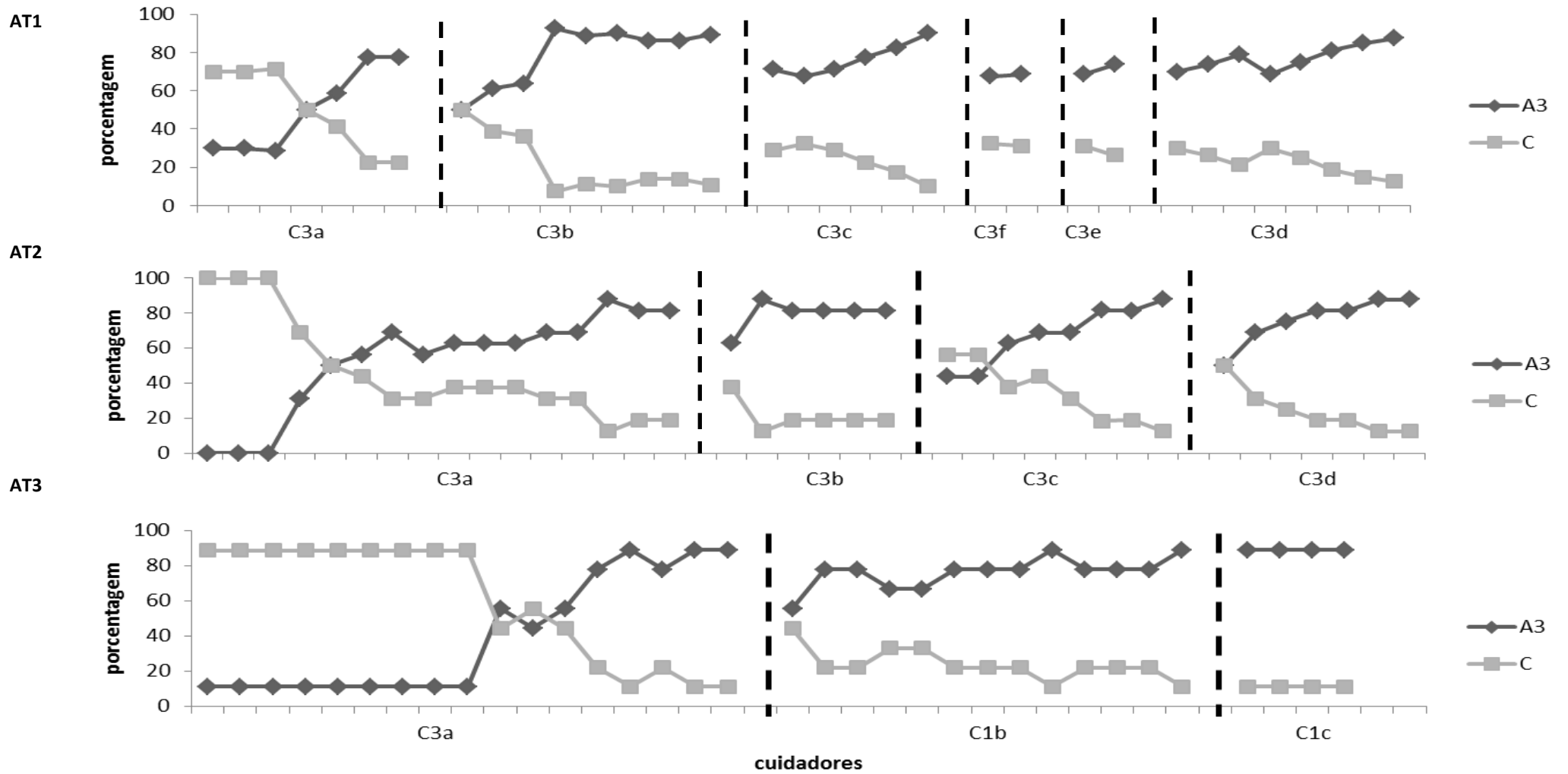


Figura 7: Porcentagem de independência obtida por A3 e a porcentagem do nível de ajuda dos cuidadores na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

A3 - Adulto 3 AT1-Atividade 1 AT3 - Atividade 3 C3b - Cuidador 3b C3d - Cuidador 3d C3f - Cuidador 3f
 C - Cuidador AT2 - Atividade 2 C3a - Cuidador 3a C3c - Cuidador 3c C3e - Cuidador 3e

Figura 8: Porcentagem de independência de A3 e a porcentagem do nível de ajuda de cada um dos cuidadores na execução das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.

4.2.1.2.2.1. *Desempenho de A1 comparado ao nível de ajuda do cuidador nas atividades 1, 2 e 3*

Na figura 4 observa-se que na etapa de linha de base, a porcentagem de ajuda de C1a era de 100% e a porcentagem de independência de A1 de 0% nas atividades 1 e 3. Na atividade 2, a porcentagem de ajuda de C1a era de 94% e a porcentagem de independência de A1 de 6%. A porcentagem de ajuda de C1a foi modificada, apenas quando as atividades passaram pela etapa de intervenção e diminuiu progressivamente, à medida que A1 aprendeu os comportamentos necessários para a realização das atividades, aumentando o nível de independência, que encontrava-se entre 70 e 80% na AT1; em 100% na AT2 e entre 70 e 90% na AT3.

4.2.1.2.2.2.. *Desempenho de A2 comparado ao nível de ajuda do cuidador nas atividades 1, 2 e 3*

Na figura 5 foram apresentados os dados obtidos por C2a e por A2, nas atividades 2 e 3. Na etapa de linha de base, observa-se que a porcentagem de ajuda de C2a na atividade 2 era de 93% e a porcentagem de independência do adulto com DI de 7%. Na atividade 3, a porcentagem de ajuda do cuidador estava entre 92 e 100% e a porcentagem de independência de A2 entre 0 e 8%. A porcentagem de ajuda de C2a foi modificada, apenas quando as atividades passaram pela etapa de intervenção e diminuiu progressivamente, à medida que A2 aprendeu os comportamentos necessários para a realização das atividades, aumentando o nível de independência, que se encontrava entre 72 e 81% na AT2 e entre 60 e 64% na AT3.

4.2.1.2.2.2.1 Comportamentos Agressivos em Função do Tempo

A Figura 6 apresenta o número de comportamentos agressivos em função do tempo de observação realizado nas etapas experimentais de A2 durante a realização da atividade 1. O tempo de observação variou em cada etapa experimental devido ao comportamento do adulto

com deficiência intelectual; em alguns momentos as agressões dele eram tão intensas que era necessário interromper a atividade para não colocar em risco a integridade física de C2b e como o objetivo era ensinar a A2 a permanecer no mesmo ambiente que o irmão se comportando de maneira adequada, foram selecionadas algumas atividades como: assistir TV na sala, ver um filme no quarto de A2, servir A2 durante a alimentação, auxiliar C2a a arrumar a cama de C2b, guardar a roupa de C2b no armário, entre outros, levando em consideração o interesse de A2. A média de observação, nas diferentes etapas experimentais foi: na linha de base de 7 minutos, durante a intervenção de 17 minutos, nas etapas de sondagem de 32 minutos e nas etapas de manutenção de 36 minutos. Foi possível observar que durante a etapa de intervenção e sondagem, à medida que a frequência dos comportamentos agressivos diminuía o tempo na atividade aumentava, salvo algumas exceções (mudança de medicamento) e, durante as etapas de manutenção, o tempo na atividade aumentou enquanto os comportamentos agressivos mantiveram-se próximos à zero.

4.2.1.2.2.3. *Desempenho de A3 comparado ao nível de ajuda do cuidador nas atividades 1, 2 e 3*

A Figura 7 apresentou os dados obtidos pelos cuidadores de A3 e por A3 durante a realização das atividades. Na etapa de linha de base, observa-se que a porcentagem de ajuda dos cuidadores era de 70% na atividade 1 de 100% na atividade 2 e de 90% na atividade 3. A porcentagem de ajuda dos cuidadores foi modificada, apenas quando as atividades passaram pela etapa de intervenção e diminuiu progressivamente, à medida que A1 aprendeu os comportamentos necessários para a realização das atividades, aumentando o nível de independência, que se encontrava entre 86 e 89% na AT1; em 87% na AT2 e em 89% na AT3.

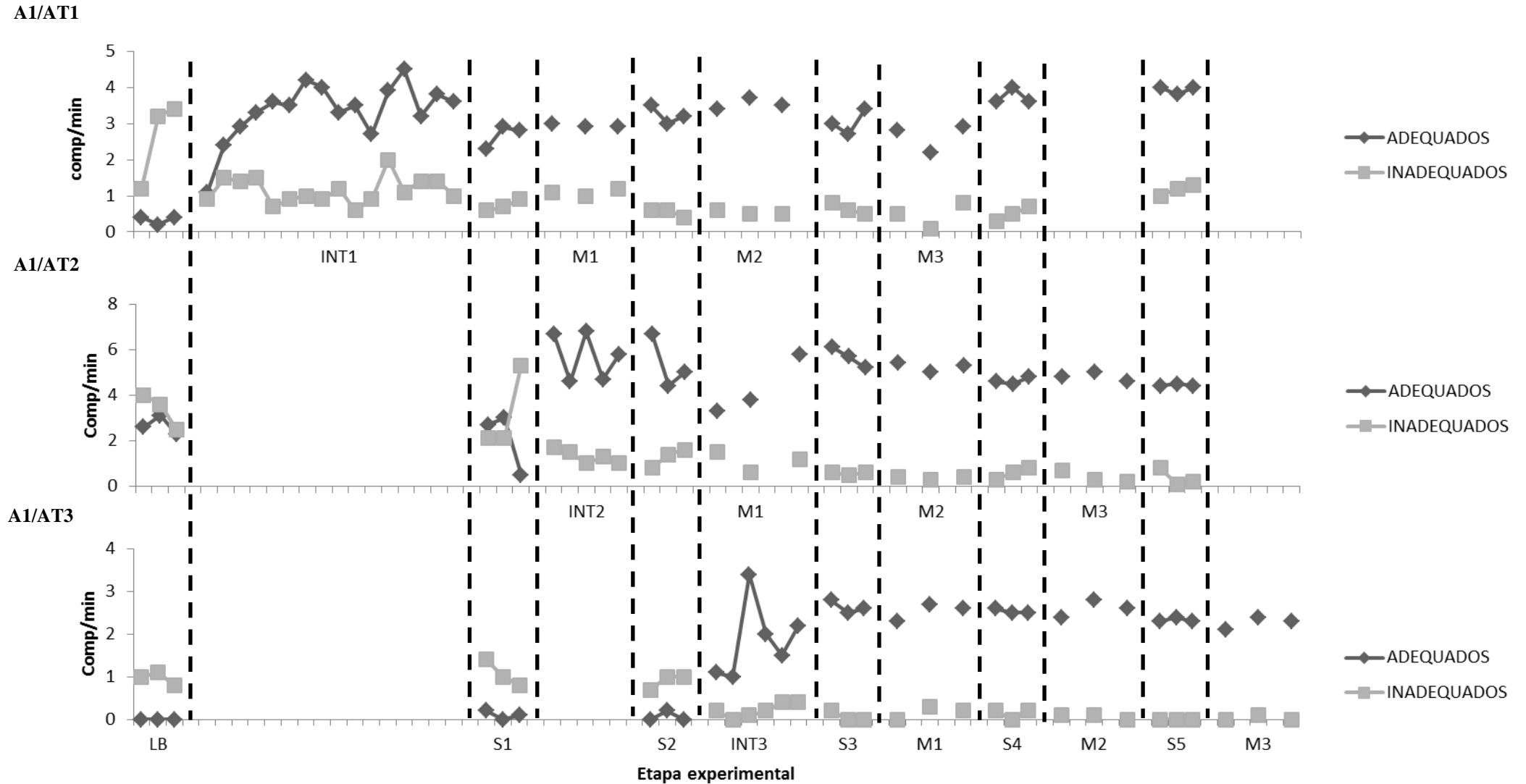
Como A3 conta com vários cuidadores, os dados relativos ao nível de ajuda desses cuidadores foram descritos também separadamente, como pode ser observado na Figura 8.

Esses dados possibilitaram verificar as mudanças na porcentagem de ajuda de cada cuidador. Observa-se que nas atividades 1 e 3 todos os cuidadores envolvidos evoluíram no decorrer do ensino, mantendo o nível de independência de A3 maior do que o nível de ajuda. Em AT2, C3c inicialmente apresentou um aumento do nível de ajuda nas duas intervenções iniciais.

4.2.1.2.3. Frequência dos Comportamentos Adequados e Inadequados

As Figuras 9 e 10 apresentam a frequência dos comportamentos adequados e inadequados de A1 e de seu cuidador. As Figuras 11 e 12 apresentam os comportamentos de A2 e de seus cuidadores e as figuras 13 a 16 os comportamentos de A3 e de seus cuidadores.

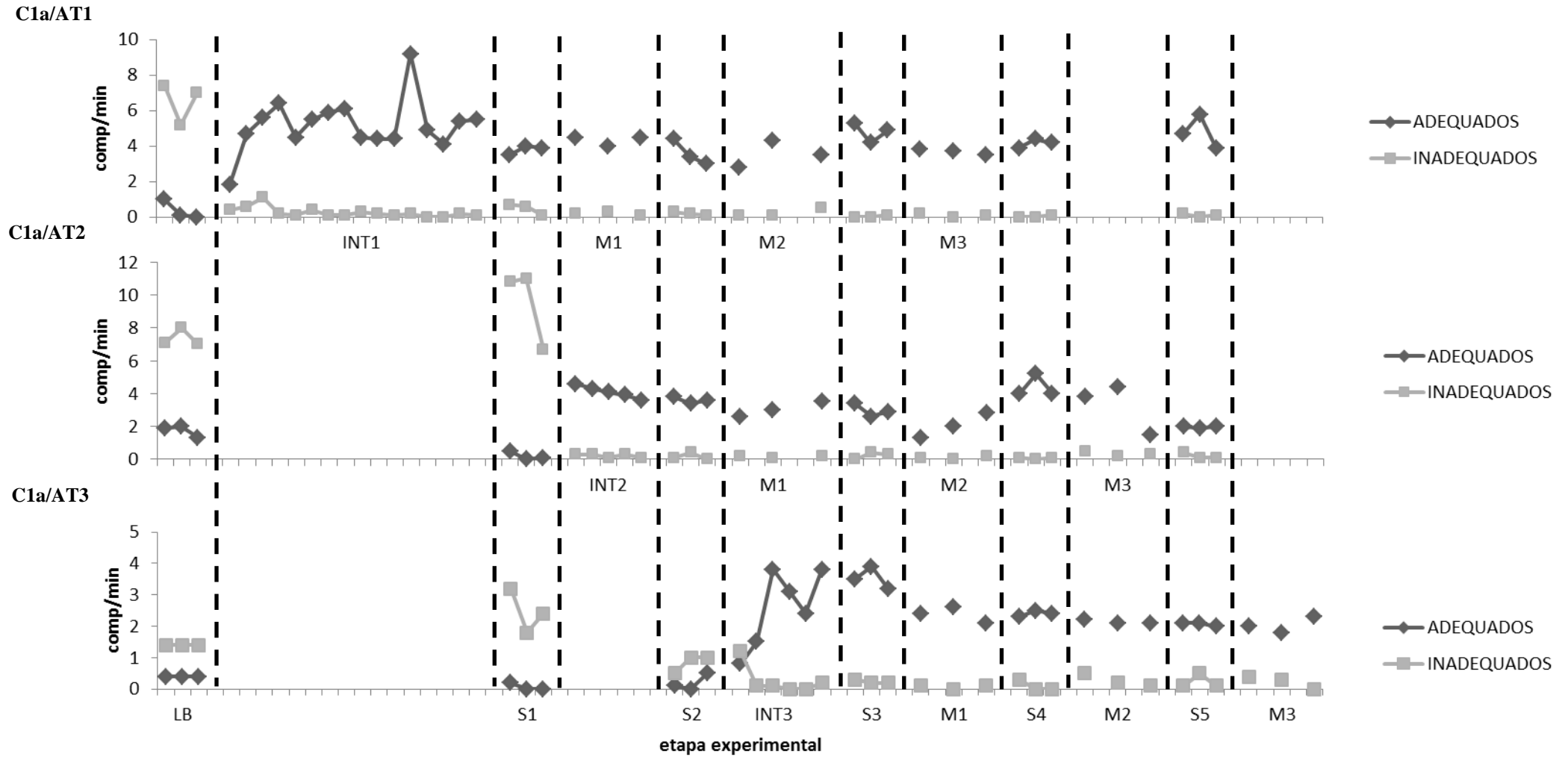
As linhas com marcadores em losango representam o número de ocorrências dos comportamentos adequados por minuto e as linhas com marcadores quadrados o número de ocorrências dos comportamentos inadequados por minuto. Foi possível observar mudanças no número de ocorrência dos comportamentos no decorrer das etapas experimentais.



Legenda:

- | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| A1 - adulto 1 | AT3 - Atividade 3 | INT 2 - Intervenção 2 | S2- Sondagem 2 | S5 - Manutenção 5 | M3 - Manutenção 3 |
| AT1 - Atividade 1 | LB - Linha de base | INT 3 - Intervenção 3 | S3 - Manutenção 3 | M1 - Manutenção 1 | |
| AT2 - Atividade 2 | INT 1- Intervenção 1 | S1- Sondagem 1 | S4 - Manutenção 4 | M2 - Manutenção 2 | |

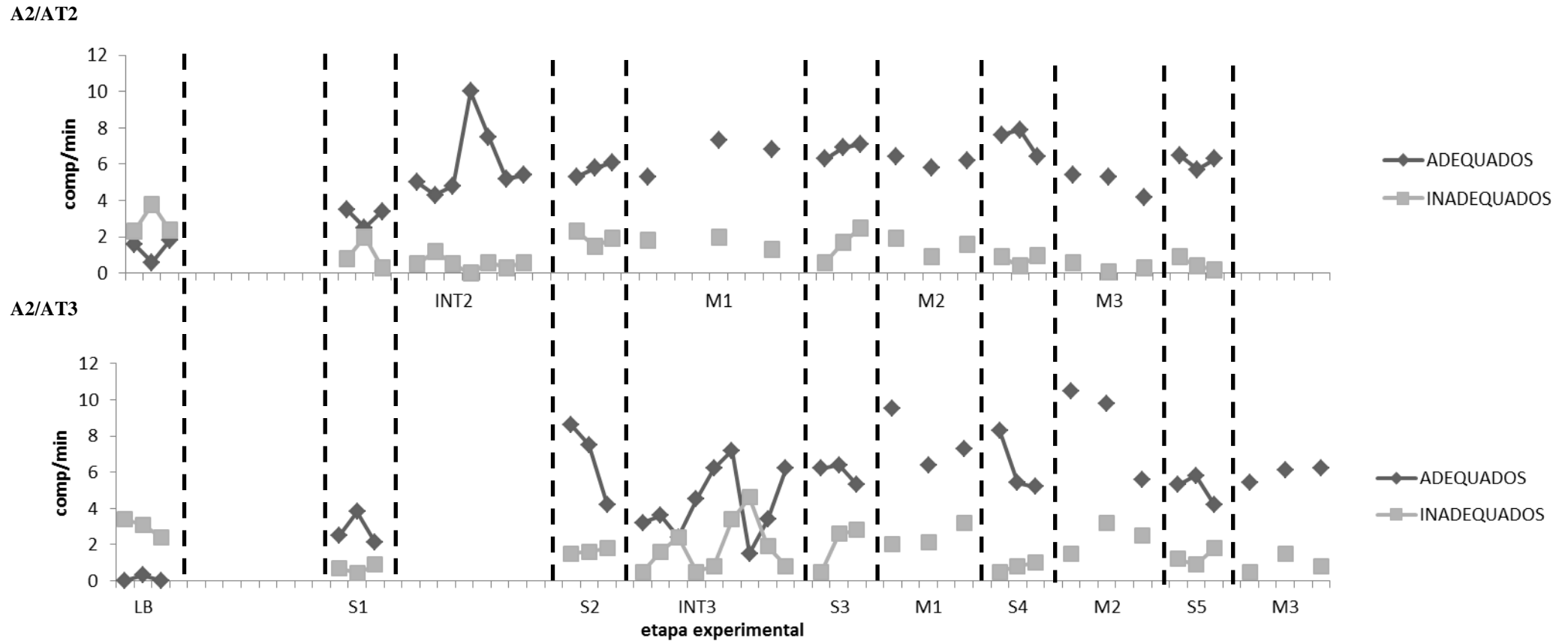
Figura 9: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A1 durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

A1 - adulto 1	AT3 - Atividade 3	INT 2 - Intervenção 2	S2- Sondagem 2	S5 - Manutenção 5	M3 - Manutenção 3
AT1 - Atividade 1	LB - Linha de base	INT 3 - Intervenção 3	S3 - Manutenção 3	M1 - Manutenção 1	
AT2 - Atividade 2	INT 1- Intervenção 1	S1- Sondagem 1	S4 - Manutenção 4	M2 - Manutenção 2	

Figura 10: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de C1a durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

A2 - adulto 2

LB - Linha de base

INT 3 - Intervenção 3

S3- Sondagem 3

M1 - Manutenção 1

AT2 - Atividade 2

INT 1 - Intervenção 1

S1 - Manutenção 1

S4 - Manutenção 4

M2 - Manutenção 2

AT3 - Atividade 3

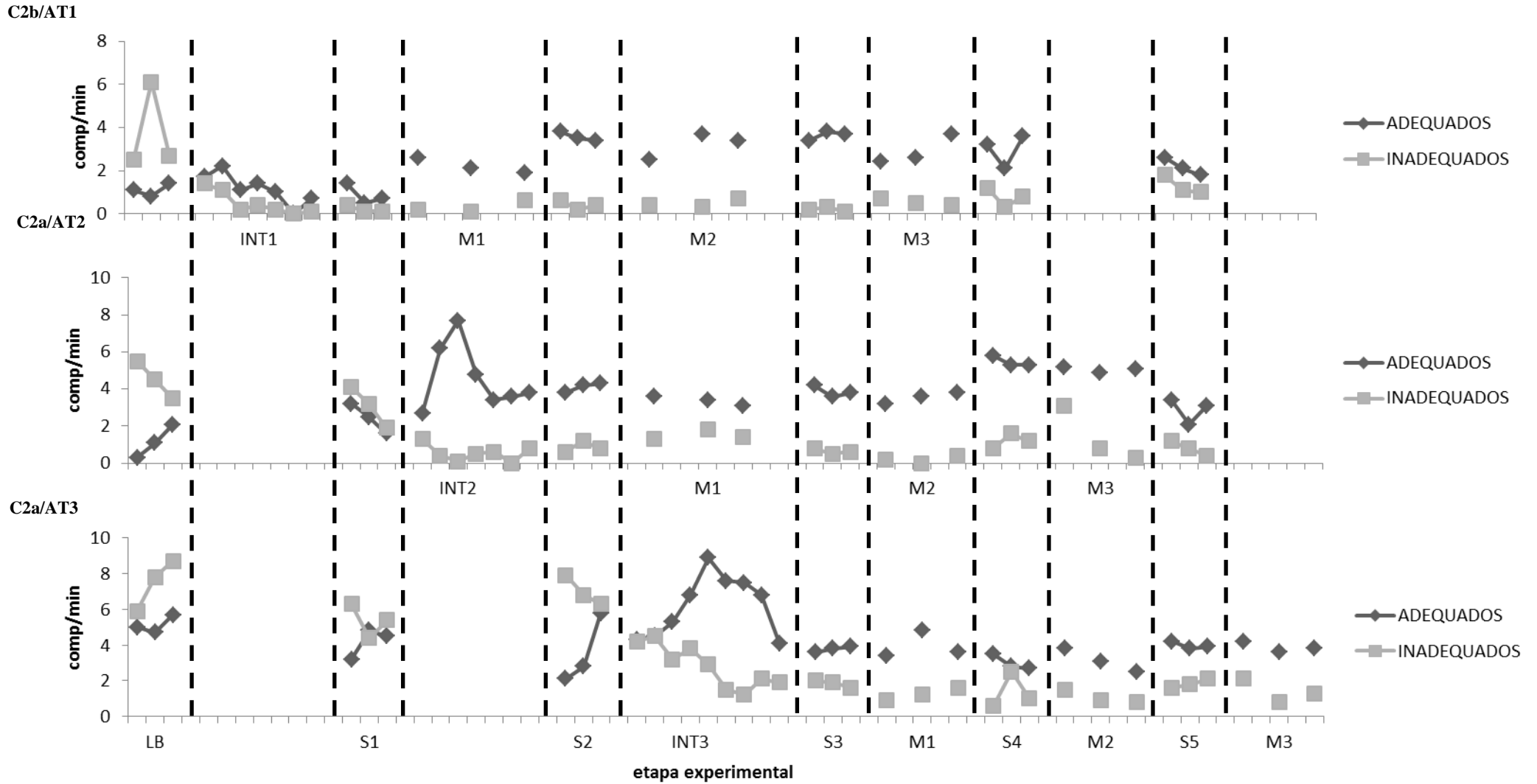
INT 2- Intervenção 2

S2 - Sondagem 2

S5 - Manutenção 5

M3 - Manutenção 3

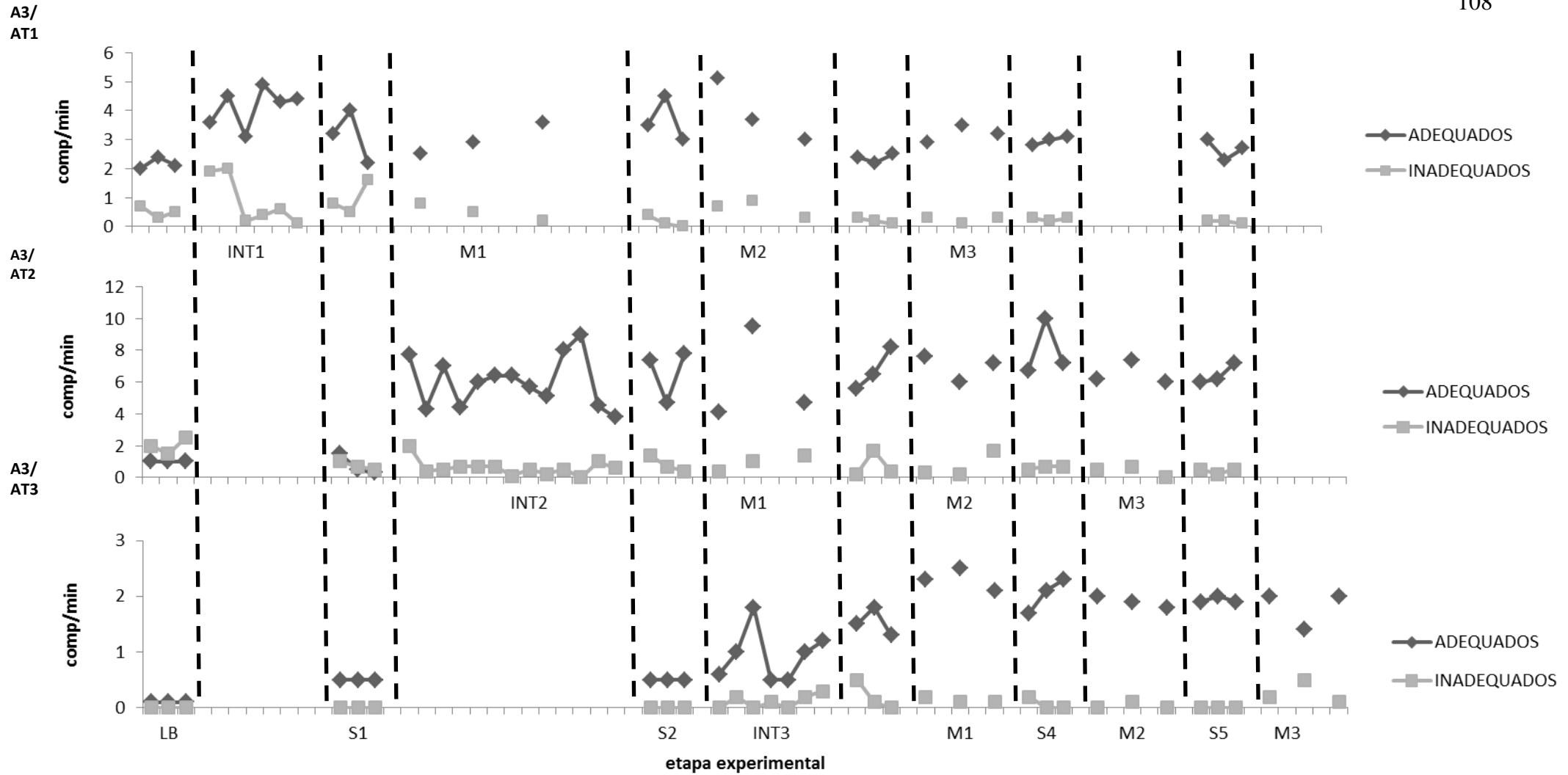
Figura 11: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A2 durante a aprendizagem das atividades 2 e 3 no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| C2a – Cuidador 2a | AT2 – Atividade 2 | INT 1 – Intervenção 1 | S1 – Sondagem 1 | S4 – Sondagem 4 | M2 – Manutenção 2 |
| C2b – Cuidador 2b | AT3 – Atividade 3 | INT 2 – Intervenção 2 | S2 – Sondagem 2 | S5 – Sondagem 5 | M3 – Manutenção 3 |
| AT1 – Atividade 1 | LB – Linha de base | INT 3 – Intervenção 3 | S3 – Sondagem 3 | M1 – Manutenção 1 | |

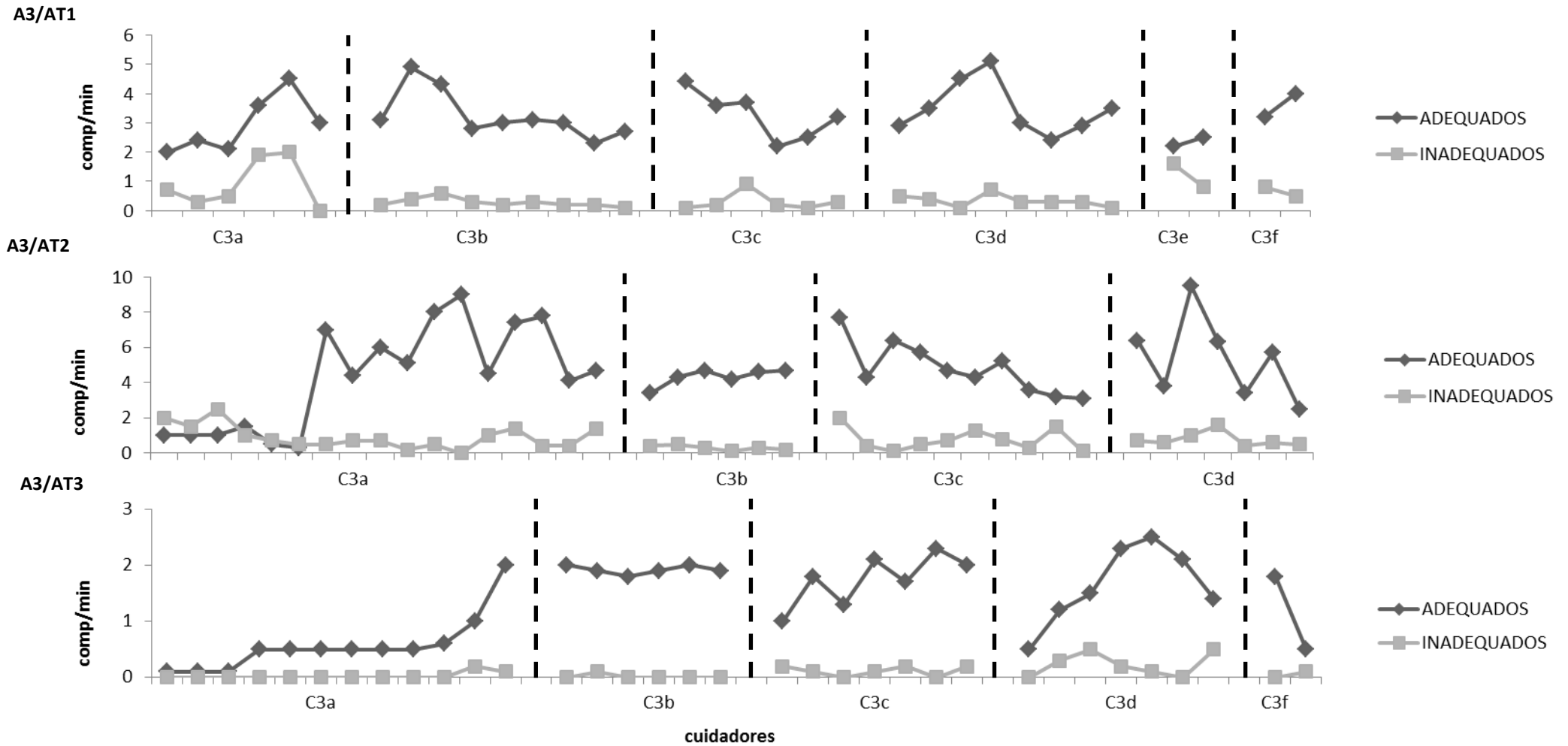
Figura 12: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de C2b durante o ensino da atividade 1e de C2a nas atividades 2 e 3, durante as etapas experimentais do estudo.



Legenda:

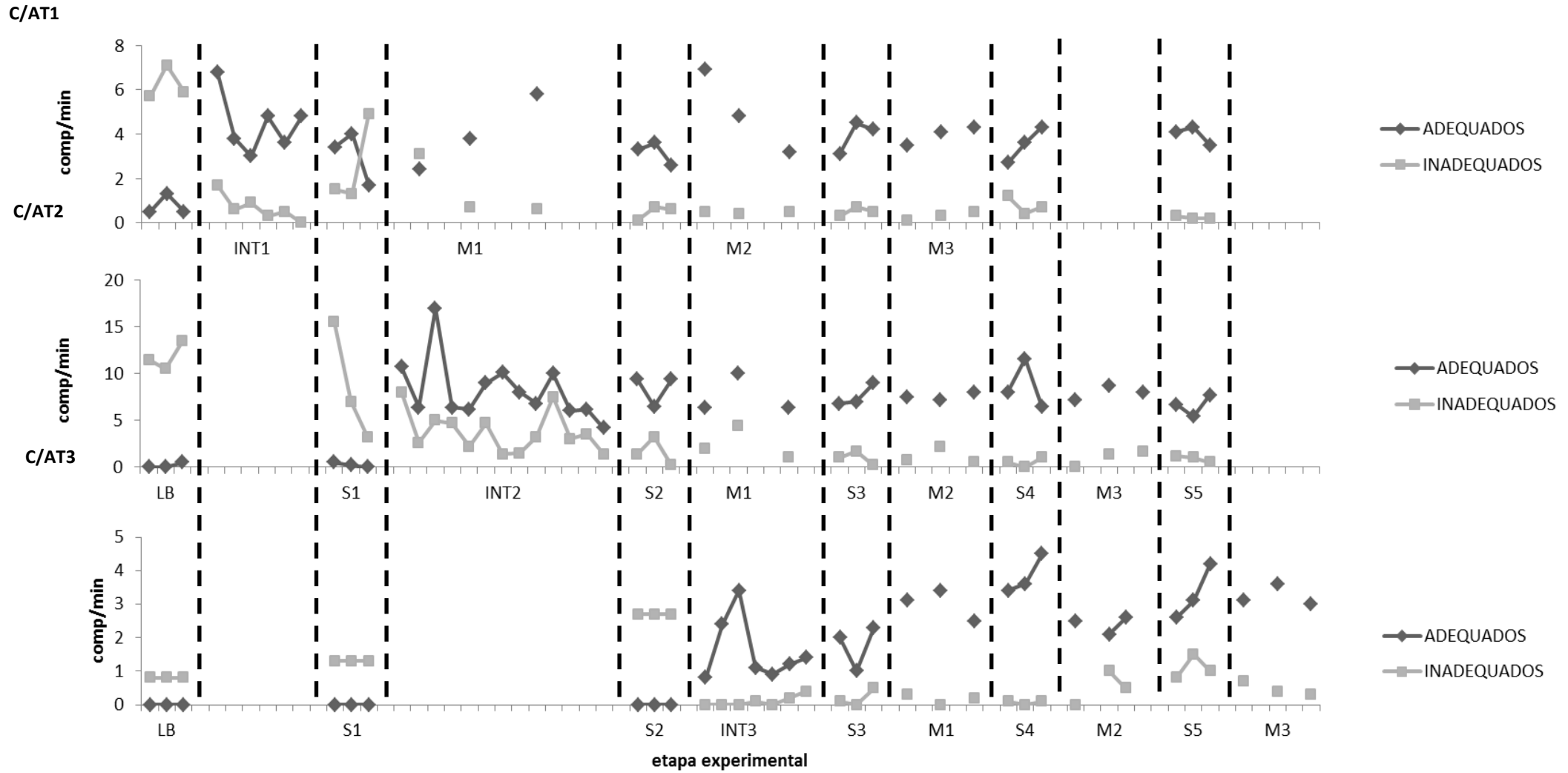
- | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| AT1 – Atividade 1 | LB - Linha de Base | INT 3 - Intervenção 3 | S3 - Sondagem 3 | M1 - Manutenção 1 | A3 – Adulto 3 |
| AT2 – Atividade 2 | INT 1 - Intervenção 1 | S1 - Sondagem 1 | S4 - Sondagem 4 | M2 - Manutenção 2 | |
| AT3 - Atividade 3 | INT 2 - Intervenção 2 | S2 - Sondagem 2 | S5 - Sondagem 5 | M3 - Manutenção 3 | |

Figura 13: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de A3 durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:
 A3 - Adulto 3 AT2-Atividade 2 C3a - Cuidador 3a C3c - Cuidador 3c C3e - Cuidador 3e
 AT1 - Atividade 1 AT3 - Atividade 3 C3b - Cuidador 3b C3d - Cuidador 3d C3f - Cuidador 3f

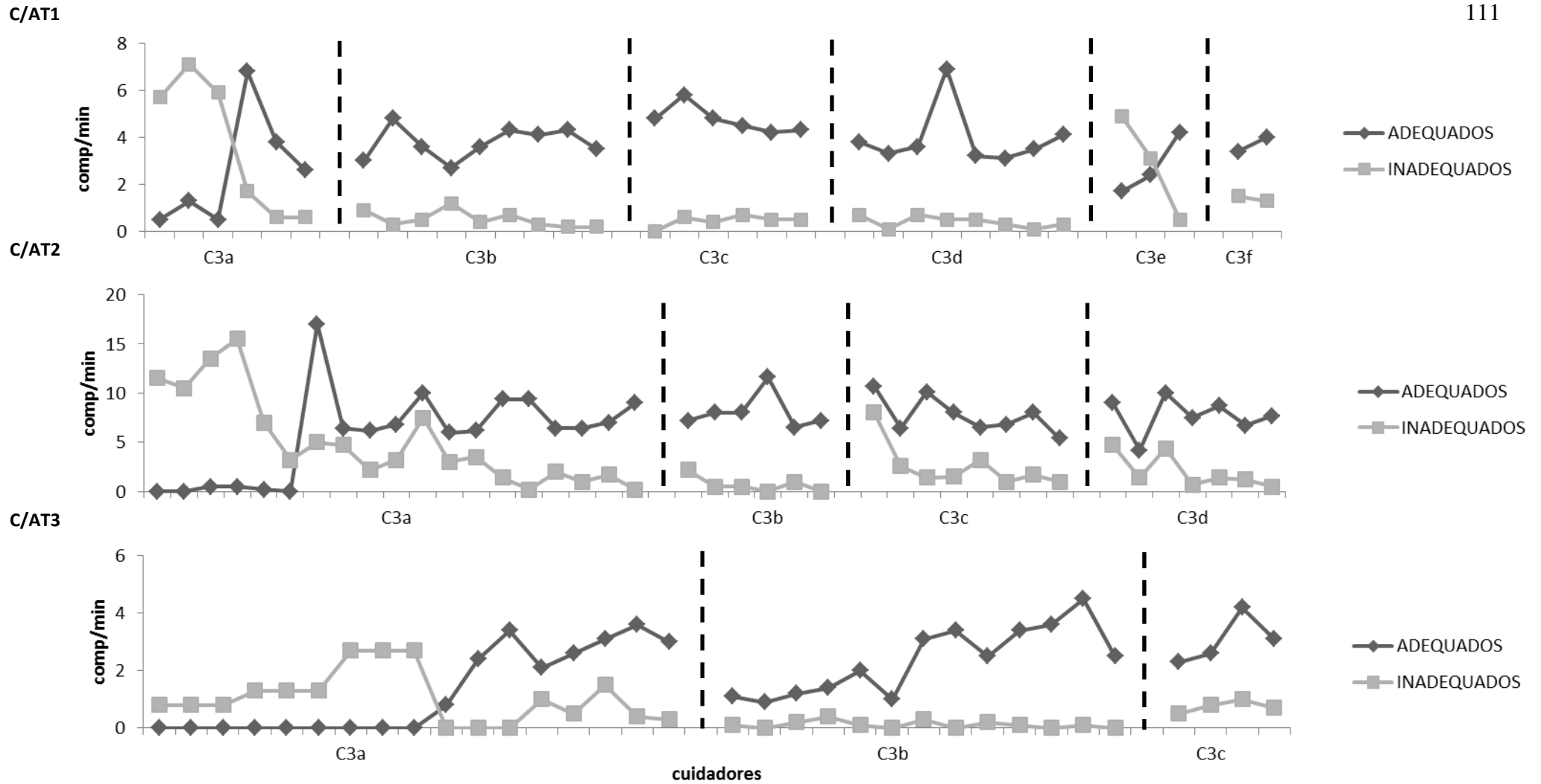
Figura 14: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados A3 com cada um dos cuidadores, durante a aprendizagem das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

C - Cuidador	AT3 – Atividade 3	INT 2 - Intervenção 2	S2 - Sondagem 2	S5 - Sondagem 5	M3 - Manutenção 3
AT1 - Atividade 1	LB - Linha de Base	INT 3 - Intervenção 3	S3 - Sondagem 3	M1 - Manutenção 1	
AT2 - Atividade 2	INT 1 - Intervenção 1	S1 - Sondagem 1	S4 - Sondagem 4	M2 - Manutenção 2	

Figura 15: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos cuidadores de A3 durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

C – Cuidador AT2-Atividade 2 C3a - Cuidador 3a C3c - Cuidador 3c C3e - Cuidador 3e
 AT1 - Atividade 1 AT3 - Atividade 3 C3b - Cuidador 3b C3d - Cuidador 3d C3f - Cuidador 3f

Figura 16: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados de cada um dos cuidadores de A3 durante o ensino das três atividades no decorrer das etapas experimentais do estudo.

4.2.1.2.3.1 Comportamentos adequados e inadequados de A1 e de C1a nas atividades 1, 2 e 3

Na Figura 9 os comportamentos inadequados de A1 na etapa de linha de base foram maiores que os comportamentos adequados nas três atividades, chegando a 3,4 comportamentos inadequados por minuto na atividade 1. Esses comportamentos foram modificados apenas após as etapas de intervenção. Durante as fases de sondagem e manutenção, após a etapa de intervenção, os comportamentos adequados mantiveram-se acima dos inadequados ficando entre 2,3 e 3,6 comportamentos por minuto na atividade 1, entre 4,4 e 6,7 comportamentos por minuto na atividade 2 e entre 2,3 e 2,8 comportamentos por minuto na atividade 3. Com relação aos comportamentos adequados e inadequados de C1a, é possível observar na Figura 10 que, na etapa de linha de base, os comportamentos inadequados foram maiores que os comportamentos adequados nas três atividades, chegando a 7,4 comportamentos inadequados por minuto na atividade 1. Esses comportamentos foram modificados apenas após as etapas de intervenção. Durante as fases de sondagem e manutenção, após a etapa de intervenção, os comportamentos adequados mantiveram-se acima dos inadequados chegando a zero ou próximo de zero.

4.2.1.2.3.2. Comportamentos adequados e inadequados de A2 e de C2a nas atividades 2 e 3

Na Figura 11 os comportamentos inadequados de A2 na etapa de linha de base foram maiores que os comportamentos adequados nas duas atividades, chegando a 3,8 comportamentos inadequados por minuto na atividade 3. Na etapa de sondagem 1 ocorreu uma inversão entre os comportamentos inadequados e adequados de A2, nas duas atividades, sugerindo uma possível generalização dos comportamentos aprendidos por A2 durante a atividade 1. Na etapa de intervenção com AT1, os comportamentos adequados se mantiveram acima dos comportamentos inadequados, que ficaram próximos à zero; apresentando de cinco a sete comportamentos adequados por minuto. Após A2 atingir o critério na atividade 2 foi realizada uma nova sondagem e os comportamentos adequados mantiveram-se acima dos

inadequados nas duas atividades. Na etapa de intervenção com AT2 há um aumento dos comportamentos inadequados, porém os comportamentos adequados mantiveram-se elevados. Após intervenção com a terceira atividade, houve novamente períodos de sondagens e manutenções. Os comportamentos adequados permaneceram elevados nas duas atividades, chegando a 7,9 comportamentos adequados na atividade 2 e 10,5 comportamentos adequados na atividade 3. Porém, A2 apresentou oscilação nos comportamentos inadequados na atividade 3 ficando entre 0,5 e 3,2 comportamentos inadequados por minuto.

A Figura 12 apresenta os comportamentos adequados e inadequados de C2a nas três atividades. É possível observar que na etapa de linha de base, os comportamentos inadequados foram maiores que os comportamentos adequados nas três atividades, chegando a 8,7 comportamentos inadequados por minuto na atividade 3. Durante a etapa de sondagem, os comportamentos inadequados apresentaram uma diminuição, mas continuaram com uma frequência maior que os comportamentos adequados, que por sua vez, não sofreram modificações. Esses comportamentos foram modificados apenas após as etapas de intervenção. Durante as etapas de sondagem e manutenção, após o período de intervenção com as três atividades, os comportamentos adequados mantiveram-se acima dos inadequados chegando a 5,8 comportamentos adequados por minuto na AT2.

4.2.1.2.3.3. Comportamentos adequados e inadequados de A3 e dos cuidadores nas atividades 1, 2 e 3

Na Figura 13 os comportamentos inadequados de A3 na etapa de linha de base foram menores que os comportamentos adequados nas atividades 1 e 3, e maiores na atividade 2. Durante a etapa de intervenção da primeira atividade, os comportamentos adequados aumentaram e permaneceram maiores que os inadequados em todas as etapas experimentais. Na atividade 2, durante a sondagem 1, os comportamentos inadequados diminuíram, mas sem

o aumento dos comportamentos adequados, que sofreram modificação somente após a etapa de intervenção. Durante as etapas de sondagem e manutenção os comportamentos adequados mantiveram-se elevados e os inadequados chegaram próximos a zero. Na atividade 3, durante a etapa de intervenção houve um aumento dos comportamentos adequados, que permaneceram acima dos comportamentos inadequados durante as etapas de sondagem e manutenção.

Como A3 conta com vários cuidadores, os dados relacionados aos comportamentos adequados e inadequados de A3 em relação a cada um dos cuidadores estão descritos na Figura 14. Observa-se que nas três atividades, A3 apresentou uma frequência maior de comportamentos adequados com todos os cuidadores em todas as etapas experimentais. Na atividade 2 é possível observar uma frequência maior de comportamentos inadequados com C3a. Esses comportamentos são referentes à etapa de linha de base e sondagem 1, em que não houve nenhum tipo de intervenção relacionada à atividade 2 por parte da pesquisadora.

Na Figura 15, é possível observar os comportamentos adequados e inadequados dos cuidadores de A3. Na etapa de linha de base, os comportamentos inadequados são maiores que os adequados nas três atividades. Com o início da etapa de intervenção da atividade 1 houve um aumento dos comportamentos adequados e uma diminuição dos comportamentos inadequados.

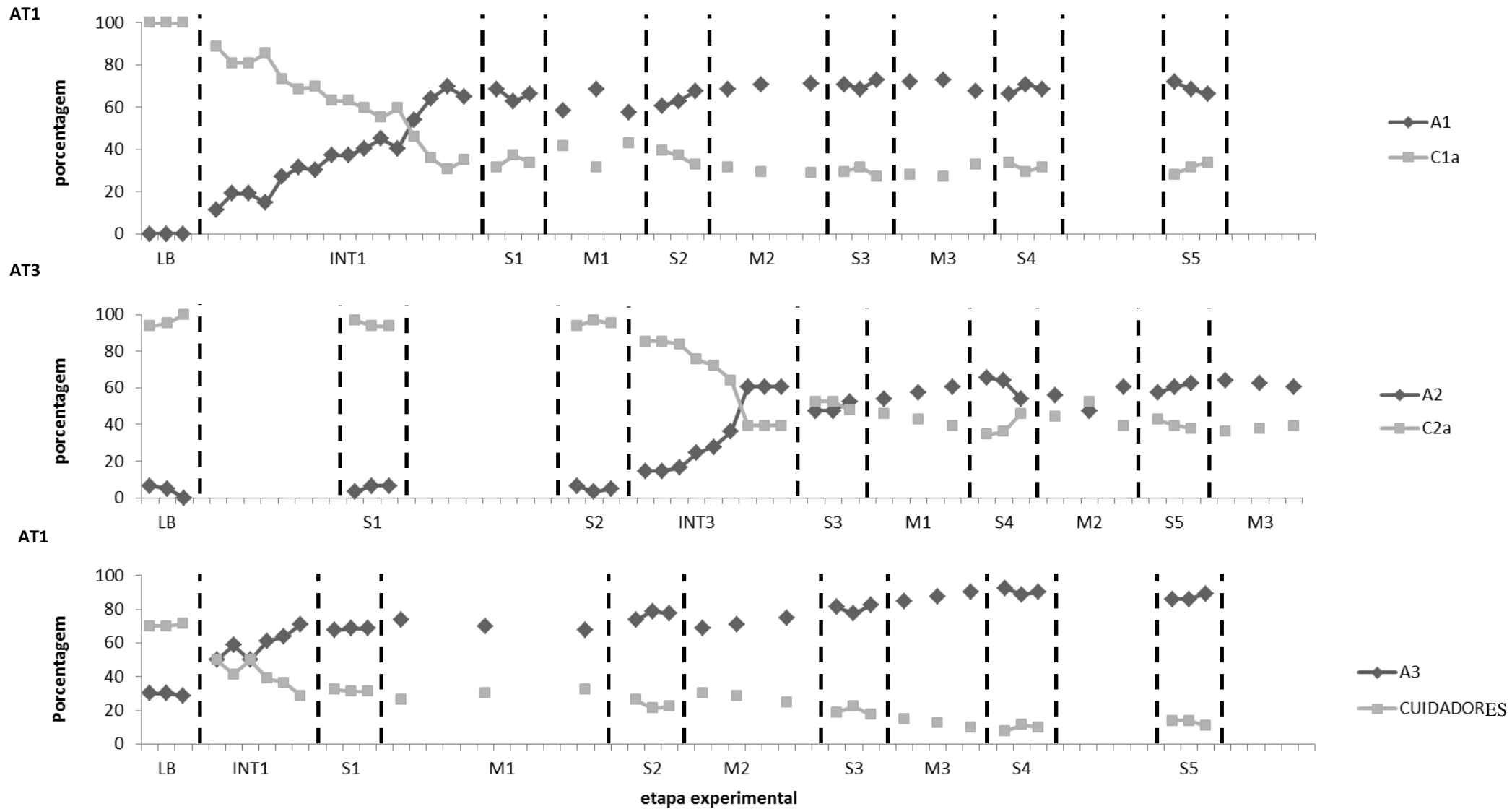
Nas etapas de sondagem e manutenção, após a etapa de intervenção observa-se que os comportamentos adequados mantiveram-se acima dos inadequados que chegaram próximos a zero. Na etapa de manutenção 1 com a atividade 1 é possível observar um aumento no número de comportamentos inadequados. Essa medida é referente à C3e na atividade 1 (Figura 16). Durante a sondagem 2 com a atividade 2 houve uma diminuição dos comportamentos inadequados, mas sem a presença de comportamentos adequados. Esses comportamentos foram emitidos após o início da etapa de intervenção e mantiveram-se

elevados nas etapas de sondagem e manutenção. Durante os períodos de sondagem 1 e 2 da atividade 3 houve um aumento dos comportamentos inadequados sem a emissão de comportamentos adequados. Esses comportamentos também só foram modificados após a etapa de intervenção e mantiveram-se nas etapas subsequentes.

Como A3 apresenta mais de um cuidador, na Figura 16 é possível observar os comportamentos adequados e inadequados de cada um dos cuidadores. Observa-se que na primeira atividade, C3a apresentou uma incidência maior de comportamentos inadequados que coincide com a etapa de linha de base e C3e também apresentou um aumento na ocorrência desses comportamentos em uma das avaliações. C3a também realizou as etapas de linha de base nas atividades 2 e 3; sondagem 1 na atividade 2 e sondagem 1 e 2 na atividade 3 apresentando uma maior incidência de comportamentos inadequados nestas etapas que só diminuíram após o início da etapa de intervenção em cada uma das atividades.

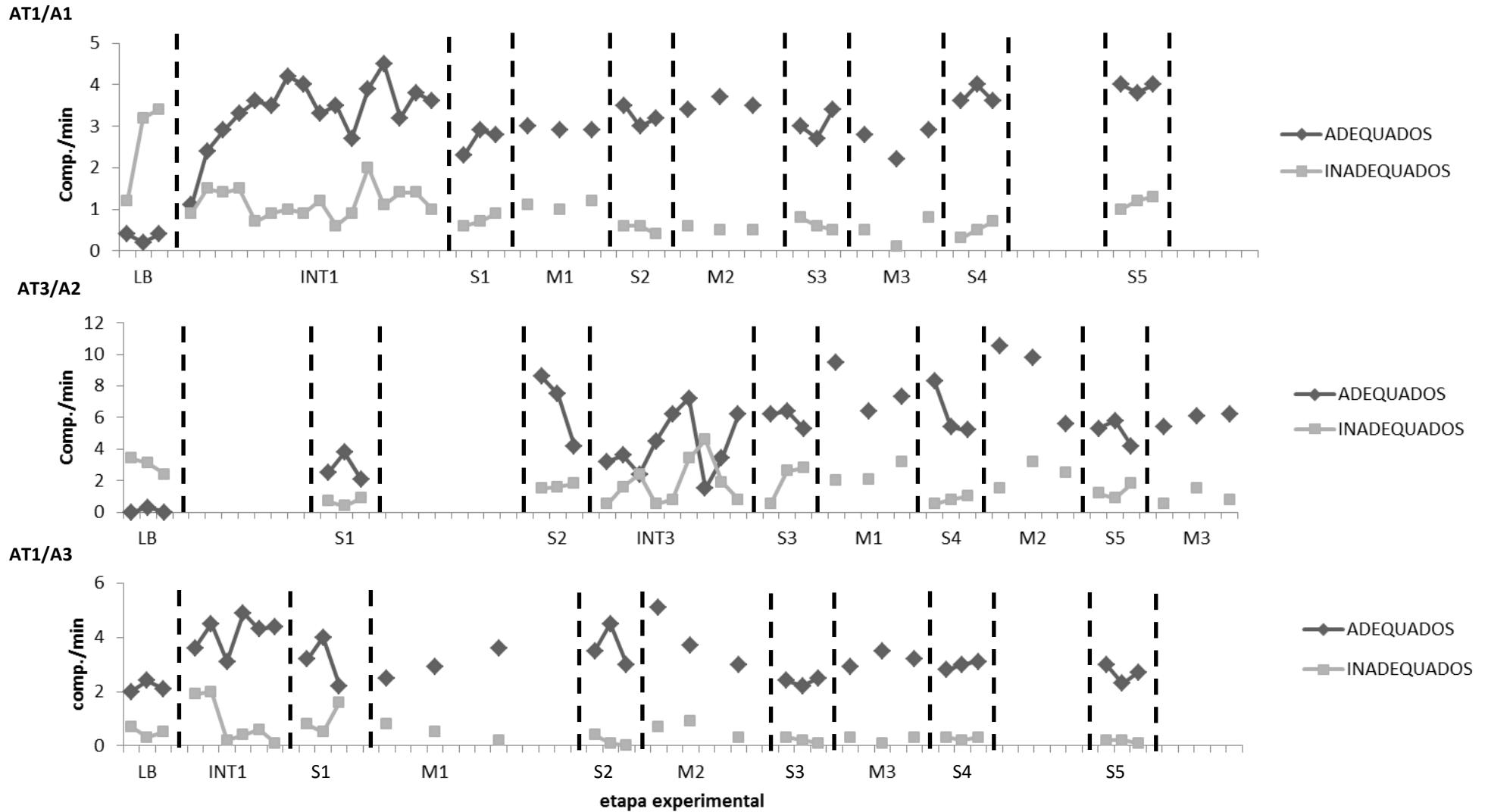
4.2.1.2.4 Comparação no Desempenho dos três Adultos com DI na Atividade de Banho em relação à Porcentagem do nível de ajuda dos cuidadores

Todos os três adultos com DI passaram pelo aprendizado da atividade de banho em algum momento da capacitação com seus respectivos cuidadores. Foi possível observar nas Figuras 17 e 18 que o desempenho de cada um dos participantes foi alterado apenas após a etapa de intervenção. Houve um aumento na porcentagem de independência dos adultos com DI e uma diminuindo no nível de ajuda do cuidador (Figura 17), assim como o aumento dos comportamentos adequados e a diminuição dos comportamentos inadequados de todos os participantes (Figura 18 e 19), o que demonstrou a eficácia do programa. Durante as etapas de sondagem e manutenção, foi possível observar que houve a manutenção no desempenho desses adultos. Sendo que, o desempenho final de A1 foi de 70,7%, de A2 de 64% e de A3 de 90%.



Legenda:
 A1 - adulto 1 A3 – Adulto 3 AT3 – Atividade3 INT 1 - Intervenção 1 INT 3- Intervenção 3 S2- Sondagem 2 S4- Sondagem 4 M1 - Manutenção 15 M3 – Manutenção 3
 A2 – Adulto 2 AT1 - Atividade 1 LB – Linha de base INT 2 - Intervenção 2 S1 - Sondagem 1 S3 – Sondagem 3 S5 - Sondagem 5 M2 - Manutenção 2

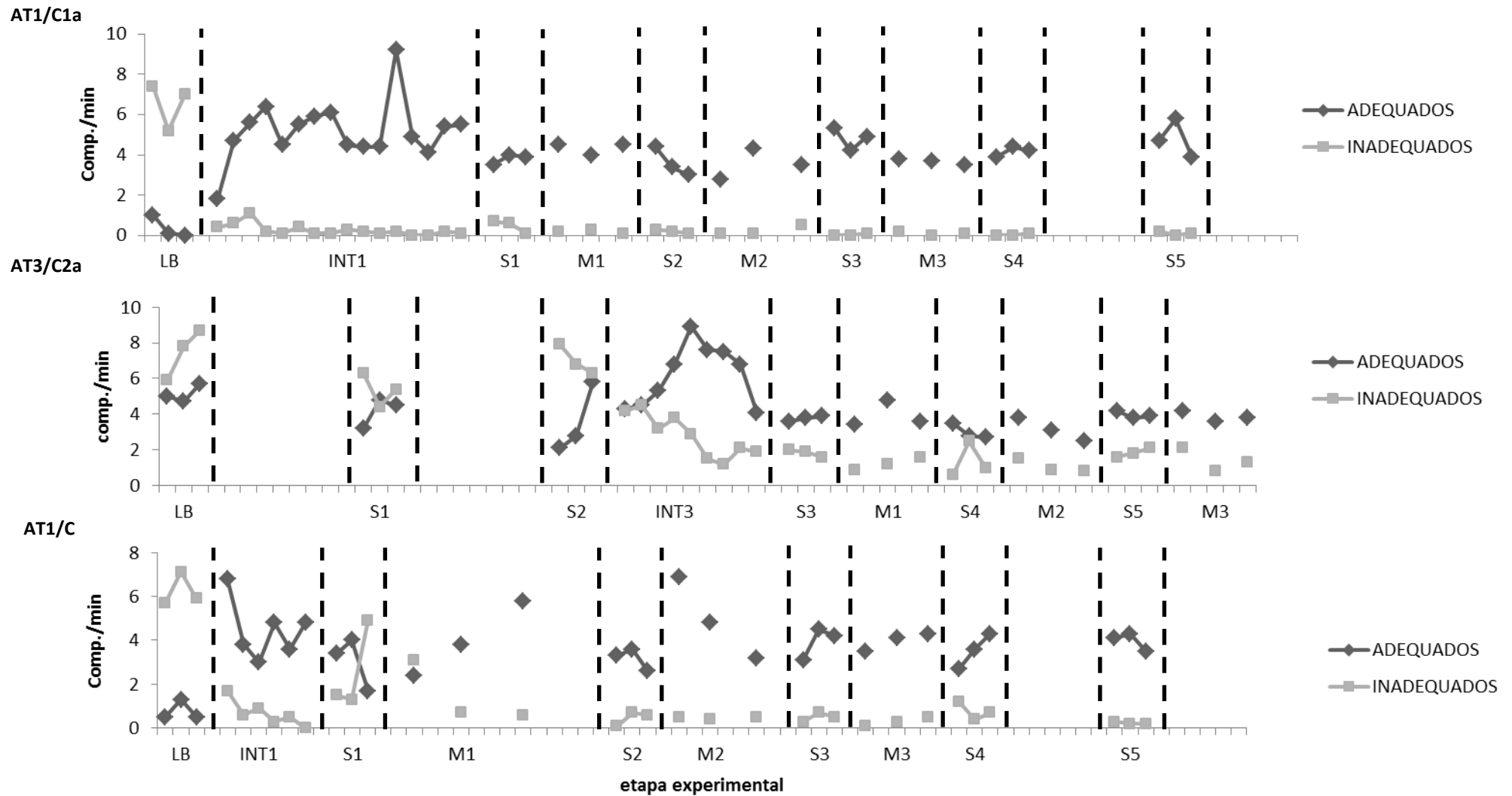
Figura 17: Porcentagem de independência obtida por cada um dos três adultos com DI comparada à porcentagem do nível de ajuda de cada cuidador durante a atividade de banho no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

- | | | | | | |
|---------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| A1 - adulto 1 | AT1 – Atividade1 | INT 1 - Intervenção 1 | S1- Sondagem 1 | S4 - Sondagem 4 | M2 - Manutenção 2 |
| A2 – Adulto 2 | AT3 - Atividade 1 | INT 2 - Intervenção 2 | S2 - Sondagem 2 | S5 - Sondagem 5 | M3 - Manutenção 3 |
| A3 – Adulto 3 | LB – Linha de base | INT 3- Intervenção 3 | S3- Sondagem 3 | M1 - Manutenção | |

Figura 18: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos adultos com DI durante a aprendizagem da atividade de banho no decorrer das etapas experimentais do estudo.



Legenda:

C1a – Cuidador 1a	AT1 – Atividade1	INT 1 - Intervenção 1	S1- Sondagem 1	S4 - Sondagem 4	M2 - Manutenção 2
C2a – Cuidador 2a	AT3 - Atividade 1	INT 2 - Intervenção 2	S2 - Sondagem 2	S5 - Sondagem 5	M3 - Manutenção 3
C- cuidadores	LB – Linha de base	INT 3- Intervenção 3	S3- Sondagem 3	M1 - Manutenção	

Figura 19: Ocorrência por minuto dos comportamentos adequados e inadequados dos cuidadores dos adultos com DI durante o ensino da atividade de banho, no decorrer das etapas experimentais do estudo.

4.3 FASE III

A Fase III teve como objetivos: (1) verificar as mudanças dos efeitos da intervenção com os adultos com DI e de seus respectivos cuidadores; (2) verificar se houve mudança no grau de desempenho do adulto com DI, na visão do cuidador e mudança na satisfação do cuidador durante a realização das atividades da rotina diária junto com o adulto com DI e (3) verificar a ocorrência de uma possível generalização dos comportamentos aprendidos pelos participantes (adultos com DI e cuidadores) em outros ambientes.

4.3.1 MUDANÇAS NOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM OS ADULTOS COM DI E DE SEUS RESPECTIVOS CUIDADORES

A seguir serão apresentados os dados coletados por meio do roteiro de entrevista semiestruturado final. Os dados serão apresentados separadamente, referentes a cada um dos participantes, considerando a seguinte sequência: 1) mudanças ocorridas na rotina dos cuidadores após a implementação do programa de capacitação; 2) aquisições dos adultos com DI; 3) mudanças no comportamento dos adultos com DI; 4) dificuldades apresentadas pelos cuidadores; 5) percepção de outros membros da família em relação ao adulto com deficiência intelectual e 6) percepção dos cuidadores em relação ao programa de capacitação. Participaram dessa fase dois cuidadores (C1a e C1b) para o adulto com deficiência intelectual A1, um (C2a) para A2 e três (C3a, C3c e C3d) para A3.

4.3.1.1 Dados referentes ao adulto A1 e aos cuidadores C1a e C1b

Após a implementação do programa de capacitação houveram mudanças na rotina dos cuidadores. Essas mudanças foram desde modificações dos comportamentos dos cuidadores à realização de atividades evitadas anteriormente:

- C1a: *“Hoje eu peço a ajuda dele (se referindo a A1)... espero pela resposta. Não faço mais nada pra ele”.*

- C1b: *“...a forma como lidamos com ele (se referindo a A1)A gente fazia tudo pra ele... tudo era dado pra ele. Hoje a gente deixa o (nome de A1) fazer as coisas”.*

- C1a: *“Eu saiu mais com ele. Mudou muita coisa no (nome de A1), mas em mim também... eu arrisco mais... já fui ao shopping, supermercado, banco, lojas... antes ele nem entrava, agora... no banco leva a mão e empurra a porta eletrônica”.*

- C1b: *“... já sai umas duas vezes com ele esses dias... fomos andando... ficou tranquilo, comportou bem. Então, dá pra voltar a sair com ele”.*

De acordo com os cuidadores, A1 adquiriu habilidades, melhorou a percepção e o entendimento de ordens e estava demonstrando interesses e necessidades:

- C1b *“aprendeu muita coisa... os comportamentos necessários para realizar as atividades que a gente ensinou pra ele... pegar o prato, tirar a roupa, levar o prato na pia...”*

- C1a: *“aprendeu até o que a gente não ensinou... abrir a geladeira e pegar o que ele quer lá dentro. Me mostrar o que ele tá querendo de maneira bem elaborada (risos)... igual o dia do ovo... (A1 pegou o utensílio que C1a utiliza para cozinhar o ovo e entregou na mão dela. Depois a puxou até a geladeira, abriu e pegou o ovo, entregando pra ela)... outro dia foi até a geladeira e pegou o todinho... vê lá quando ele ia fazer isso! Nem olhava pra geladeira.. (risos)”*

-C1a: *“não usa mais fralda. Nem pra dormir... de vez em quando escapa ainda, mas tá acordando seco, na maioria dos dias... dependendo do lugar também não uso pra sair. Só se não tiver jeito”.*

- C1a: *“ainda não vai ao banheiro sozinho, mas às vezes, começa a tirar a roupa, me puxa pra porta do banheiro ou entra no banheiro... quando ele faz isso já fico atenta...”.*

- C1b: *“...reconhece dinheiro... não pode ver um dinheiro por aí que pega e coloca na minha mão... às vezes, vai lá na cozinha e pega a sacola de compras e volta rindo...”.*

- C1a: *“depois que a gente ensinou ele a ir à padaria, não tenho mais sossego... (risos). Às vezes cisma e pega a sacola... a carteira... moeda... até moeda ele sabe o que é...”.*

- C1a: *“ele não pegava uma toalha... não entendia o que a gente falava... Agora, eu falo e ele faz... Ele vai no varal e busca a toalha. Quando ele fazia isso? Tá entendendo muita coisa... falo com ele pra pegar a carteira do pai dele pra gente sair e ele vai. Pega dentro da gaveta, no guarda-roupa...(risos)!”*

- C1a: “parece que percebe mais a casa... anda mais pela casa... não fica grudado em mim... às vezes acorda, toma café e volta pra cama... ou á tarde vai lá e deita... anda pelo quintal, vai lá embaixo no pai dele...”

- C1a: “ele tá dando mais trabalho... ele tá mais exigente... solicita mais as coisas...”.

Houve mudanças importantes no comportamento de A1 após o programa de capacitação:

- C1b: “Nossa... o comportamento melhorou muito. É outra pessoa. Não tá mais nervoso”... e se fica nervoso acalma rápido e não é tão nervoso como antes...”

- C1b: “antes ele mexia em tudo. Abria a gaveta e jogava tudo no chão, fazia a mesma coisa com a roupa passada e com as vasilhas no armário da cozinha... agora abre e pega só o que quer...”

- C1a: “...ele ficava só na cozinha pendurado no meu pescoço... só atrás de mim...”

- C1a: “... para andar com ele na rua era muito difícil... era uma canseira... agora tá tranquilo... antes ele jogava o peso todo... agora ele só apoia a mão e vai andando... é uma maravilha...”.

- C1a: “parar para conversar... era impossível... ele não deixava a gente em paz... mexia em tudo... quando ele ia ficar sentado quieto assim... (referiu-se a A1 que estava sentado na escada enquanto conversávamos)”

- C1b: “Nas festinhas ele ainda avança na comida (risos), mas o comportamento melhorou bastante. Era insuportável ficar com ele lá... impossível. Agora ele chega e senta... fica bem e tranquilo...”.

Quando foi perguntado sobre as dificuldades encontradas durante a capacitação, C1a relatou o quanto era difícil no início do programa e na mudança dos próprios comportamentos. Ao final, a dificuldade estava em alguns comportamentos de A1 para aceitar alguns comandos e C1a acreditava que estes comportamentos eram inerentes ao aumento da percepção e do entendimento de A1 de modo geral:

- C1a: “no início eu achei que não ia dar conta... foi muito cansativo... achei bem pesado... achei que não ia dar conta de ensinar para o (nome de A1). Achei até que estava entrando em depressão (risos). Muda muito a rotina...a gente precisa mudar também.”

- C1a: “... as anotações (se referindo aos registros)... O pior de tudo eram as anotações, que eu esquecia... mas ajudaram muito... depois a gente acostuma”.

- C1a “Agora... que ele ficou chato ele ficou (referindo-se a A1)... efeito colateral... como você diz (se referindo à pesquisadora)... Ele ficou mais esperto... não aceita qualquer coisa mais”.

- C1a: “A discriminação das pessoas na rua... fiquei muito chateada quando aconteceu (referindo-se ao episódio de discriminação na atividade de “ir a padaria”). Fiquei com

vontade de não voltar mais... mas percebi que era importante continuar indo... não é todo mundo que entende..."

Ao final da entrevista, foi perguntado aos cuidadores se outras pessoas da família perceberam melhoras no adulto com deficiência intelectual e o que eles acharam do programa de capacitação:

- C1a: *"o (nome do tio), os irmãos do (nome de C1b) e minhas irmãs... todo mundo... todos ficaram encantados de ver ele indo ao banheiro... comendo sozinho... A (nome da irmã) acha lindo as coisas que ele tá fazendo... fica encantada também... Até a (nome da sobrinha de 3 anos) fica encantada... ela fala: "olha vovó que lindo o tio (nome de A1) comendo sozinho" (risos).*

- C1a: *"Quando você (se referindo á pesquisadora) fez a proposta eu achava que o (nome de A1) não ia ter condição de aprender nada... agora eu vi que ele tem condição de aprender muita coisa..."*

- C1a: *"... pra mim, a coisa básica que ajudou mesmo foram as suas orientações. O (nome de A1) aprendeu muito... isso de você (se referindo á pesquisadora) ensinar a gente a fazer foi muito importante e o que fez a diferença..."*

- C1b: *"Ninguém nunca deu esse tipo de orientação... porque a terapeuta dele que atendia ele toda semana não orientou?... não estou falando de atendimentos de quando ele era pequeno, mas de agora, ano passado... não fez... parece que os profissionais não sabem o que estão fazendo... ou não tem interesse..."*

4.3.1.2 Dados referentes ao adulto A2 e ao cuidador C2a

Após a implementação do programa de capacitação C2a também relatou mudanças na própria rotina. Essas mudanças estavam relacionadas às modificações nos comportamentos do cuidador:

- C2a: *"... a mudança foi no lidar com ele (referindo-se a A2)... não dar atenção para o que ele faz de errado... não ficar gritando... empurrando ele... dar atenção quando ele se comportar bem... ficar calmo..."*

De acordo com o cuidador A2 adquiriu habilidades, melhorou a percepção e o entendimento de ordens e estava demonstrando interesses e necessidades:

- C2a: *"Aprendeu muita coisa... durante o banho... pegar e guardar a bucha, o xampu... abrir o xampu... esfregar a cabeça... ajudar a vestir a roupa... comer sozinho... foi o que ele aprendeu mais rápido (risos) Faz direitinho"*

- C2a: *"ele tá compreendendo mais o que a gente fala com ele. Quando quer alguma coisa vai e pega... não fica esperando a gente dar pra ele... recolhe a roupa no varal...ajuda a guardar ... quando quer comer mais me entrega o prato... Me puxa*

para o quarto pra eu arrumar a cama do (nome de C2b)... coloca o edredom na minha mão...”.

- C2a: “quando quer sair e a gente não dá atenção pra ele, ele pega a bolsa e coloca na minha mão... pega a mochila dele...”

- C2a: não está usando mais fralda... está indo e voltando sem fralda da escola e não tem feito xixi na rua... espera chegar em casa... tá conseguindo segurar... na maioria dos dias está acordando seco...”

- C2a: “Ele tem buscado o (nome de C2b) de maneira adequada... esses dias ele acordou molhado... foi até o quarto do (nome de C2b) e puxou ele para trocar a roupa dele (se referindo a A2). Normalmente ele ia pro meu quarto...”

Houveram mudanças importantes no comportamento de A2 após o programa de capacitação, principalmente no contato com o irmão:

- C2a: “Houve melhora no comportamento sim... principalmente com o (nome de C2b)... Ele aprendeu a lidar com o (nome de A2)... na maioria das vezes tenta seguir as orientações... mas sabe como é irmãos... as vezes chega perto e as vezes nem olha...”

- C2a: “...tem momentos que eles ainda se pegam, mas sem aquela agressividade toda... Está mais fácil controlar...”

- C2a: “tem dia que está ótimo... o (nome de C2b) está em casa e ele fica tranquilo... chama o irmão... de vez em quando o (nome de C2b) coloca o almoço pra ele, oferece um suco... ele fica quietinho esperando (se referindo a A2)”

- C2a: “teve um final de semana que o (nome de C2b) chegou com uns amigos... ele ficou quietinho... no meio dos meninos... não mexeu com ninguém...”

Quando foi perguntado sobre as dificuldades encontradas durante a capacitação, C2a relatou que estava sendo difícil realizar as atividades com A2. Essa dificuldade estava relacionada ao cansaço físico e a falta de uma pessoa para ajuda-la, já que o cuidado de A2 e as atividades de casa eram responsabilidades dela. C2a relatou também a oscilação no comportamento de A2, devido à quantidade de medicamentos como uma dificuldade:

- C2a:.. é muito cansativo... eu faço tudo sozinha... cuido dele, arrumo a casa, cozinho... levo na escola, pego dois ônibus pra ir e pra voltar, às vezes três... fico esperando lá... levo ao médico... no final do dia estou morta...”

- C2a: “... pior dia é domingo... é um dia pra descansar... todo mundo sai, vai passear e eu fico aqui... com ele (se referindo a A2)... acabo lavando, passando, cozinhando... o que eu faço a semana inteira eu faço no domingo... porque ele (se referindo a A2) não me deixa quieta... me puxa o dia todo pra eu fazer alguma coisa...”

- C2a: “... tem coisas que eu acabo fazendo porque não tenho paciência para esperar... estou tão cansada e é um cansaço físico... eu sei que não é culpa dele... mas eu acabo fazendo...”

- C2a: “ Ele aumentou a percepção... o entendimento das coisas e isso tá fazendo com que seja mais difícil lidar com ele...ele está mais exigente... insiste mais com as coisas..”.

- C2a: “ Tá muito pesado... muito cansativo... tem hora que dá vontade de desistir de tudo... mas... ao mesmo tempo eu não quero... peço a Deus pra não deixar eu desistir...”

- C2a: “ Tem dia que ele está tão mole que não consigo fazer nada com ele... nem andar na rua... e tem dias que ele está muito agitado... também... são dezessete comprimidos por dia... ninguém aguenta...tenho vontade de parar com tudo... limpar o organismo... é muito remédio...”

Ao final da entrevista, foi perguntado a C2a se outras pessoas da família perceberam melhoras no adulto com deficiência intelectual e o que C2a achou do programa de capacitação:

- C2a: “ Se eu fosse escutar o povo aqui de casa já tinha desistido a muito tempo... não valoriza o nosso esforço... as coisas que ele (referindo-se a A2) já conquistou... desanima a gente...”

- C2a: “ ...mas, ele (referindo-se ao pai) tá percebendo que o (nome de A2) está aprendendo... Só não fala... às vezes, quando ele (referindo-se ao pai) vem almoçar, para do lado do (nome de A2) e fica olhando... passa a mão na cabeça dele...mas não posso falar nada... quando o (nome de A2) está tranquilo ele tenta se aproximar...”

- C2a: “Esse trabalho é que fez eu não desistir... a escola também ajudou muito... mas se eu não tivesse a sua orientação... me ensinando a lidar com ele, estaria tudo mais difícil... nenhum profissional fez isso, e olha que ele já passou por várias terapias... ninguém me ensinou a ensinar ele...”

4.3.1.3 Dados referentes ao adulto A3 e aos cuidadores C3a e C3d

Após a implementação do programa de capacitação, os cuidadores de A3 relataram mudanças na rotina, principalmente em relação aos próprios comportamentos com o adulto com deficiência intelectual:

- C3a: “...mudou sim. Eu estou solicitando mais dele. Estou tentando não dar tudo na mão. Tenho incentivado ele a pedir mais as coisas, a mostrar o que quer... eu tenho me esforçado!”

- C3b: “Agora está todo mundo mais preocupado em deixar o (nome de A3) fazer mais as coisas... estamos estimulando ele mais nas atividades... estamos mais atentos”.

De acordo com os cuidadores, A3 adquiriu habilidades, melhorou a percepção e o entendimento de ordens e estava demonstrando interesses e necessidades:

- C3a: *“...com certeza... aprendeu muita coisa. Durante o banho, a escovação e até em atividades que a gente não ensinou diretamente. Está mais atento, percebendo mais as coisas*

- C3a: *“...Antes eu precisava ir até o portão e abrir pra ele. Agora, ele já sabe. Quando eu aperto o interfone aqui de dentro ele percebe o barulho... vai lá, puxa o portão e sai”.*

- C3a: *“...ele está mais participativo... está mais esperto... está buscando as pessoas... Quer sempre ficar perto de alguém, não quer mais ficar sozinho”.*

- C3d: *“Tem algumas coisas que a gente não treinou, mas que ele tá tendo mais iniciativa pra fazer, como colocar o prato na pia, pegar alguma coisa que a gente pediu pra ele. Antes ele ficava preso no sofá, não queria fazer nada”.*

Houve mudanças importantes no comportamento de A3 após o programa de capacitação:

- C3a: *“Agora ele dá muito menos trabalho... está se comportando melhor e não empaca mais”*

- C3a: *“Ele tá mais ativo... olha mais pra gente... levanta a cabeça...”*

- C3d: *“O principal foi para de empacar... Não está empacando mais, parou... ele está andando melhor, mais solto...”*

- C3a: *“ficou na festa junina da escola até o final. E aproveitou... dançou... ele não ficava, puxava pra ir embora... acho que por causa do barulho”*

- C3d: *“quando a gente pede pra ele fazer alguma coisa não fica bravo, não grita, não fica resmungando... às vezes demora um pouquinho, mas depois faz”.*

Quando foi perguntado sobre as dificuldades encontradas durante a capacitação, os cuidadores relataram o quanto foi difícil no início do programa e na mudança dos próprios comportamentos. Estas dificuldades estavam relacionadas à falta de credibilidade depositada em A3 por não acreditar que ele daria conta de aprender e à dificuldade na organização das atividades:

- C3d: *“mudar a rotina é difícil... até a gente pegar o jeito... depois a gente vai aprendendo e fica mais fácil... Na verdade, eu sempre acreditei no (nome de A3), mas depois que a gente vê as coisas acontecerem na prática a gente acredita mais...”*

- C3a: *“O trabalho com o CD... achei o mais difícil... não conseguimos colocar na rotina dele ainda... às vezes ainda tem alguém que liga pra ele... Ele faz todos os passos, mas precisa que alguém direcione... achava difícil isso pra ele, coordenar os movimentos, segurar a caixa do CD e abrir... achei que não ia dar conta e deu!”.*

Em relação ao participante A3, houve algumas conquistas importantes com a introdução de passeios com os colegas da instituição frequentada por ele e viagens com a família:

- C3a: “*está viajando com a escola. Achei que isso foi ótimo... um ganho muito importante... essa foi uma mudança pra ele e pra mim também ... achava que as pessoas não iam dar conta, que ele iria dar muito trabalho, que seria muito cansativo pra ele... eu soltei as amarras e ele tá podendo evoluir...*”

- C3d: “*Em janeiro vamos viajar com ele... vamos para a praia... andar de avião... vamos ver como vai ser... se correr tudo bem vamos levar mais vezes*”.

- C3a: “*São avanços tão grandes, uma esperança para a gente acreditar que outras coisas boas podem vir a acontecer*”.

Ao final da entrevista, foi perguntado aos cuidadores se outras pessoas da família perceberam melhoras no adulto com deficiência intelectual e o que eles acharam do programa de capacitação:

- C3d: “*O pessoal aqui em casa é muito difícil... Ter muita gente em casa... cada um pensa de uma maneira, quer mandar de um jeito. Os homens não assumem de fato... até o plantão, as mulheres que assumem mais... eles acabam fazendo, mas é do jeito deles... mas, já ouviram falar tanto aqui que seria até um absurdo não seguir, então tentam fazer um pouco... mas, não conseguem seguir muito... não tem muita paciência de ficar esperando a resposta*”.

- C3a: “*O s irmãos estão percebendo as mudanças. O (nome de um dos irmãos) viu que o (nome de A3) está conseguindo vestir a roupa sozinho. A (nome de C3c) mostrou a filmagem do banho para o marido. Ele fazia piada, não acreditava e ficou surpreso*”.

- C3a: “*Eu não acreditava muito nele. O fato de ter alguém para orientar ajudou muito. Ensinar como fazer, como ensinar a ele...a forma como foi feito, você (se referindo a pesquisadora) vindo aqui, ensinando como fazer, foi muito bom. Agora a gente acredita que ele pode aprender... que a família precisa mudar também..*”.

- C3d: “*Foi ótimo... foi um presente pro (nome de A3), mas pra família também. Foram ajudas muito práticas que acabaram mexendo muito na vida de todo mundo... mudou a estrutura da casa, a rotina da família... todo mundo ficava por conta... fazia tudo pra ele...*”.

- C3d: “*Depois desse trabalho fiquei pensando em algumas coisas... com relação às atividades da escola... tem alguns programas que por mais que o (nome de A3) apresente evolução, são pequenas e pouco práticas, pensando no tanto de coisas que ele precisa aprender que tem mais sentido na vida dele... atividades que ele pode reproduzir em casa e que faz parte da rotina dele*”.

- C3d: “*A forma como são estruturadas as atividades também é outro ponto. As atividades não tem continuidade e se tem o tempo de continuidade é muito longo. Aquela sequência para ele perceber que aquilo que ele fez vai virar algo que serve pra alguma coisa... O processo, início, meio e fim... as atividades precisam ter uma sequência e num período mais curto de tempo, pra que ele consiga dar sentido pra aquilo... ser mais funcional*”.

4.3.2. MUDANÇA NO GRAU DE DESEMPENHO DO ADULTO COM DI, NA VISÃO DO CUIDADOR E MUDANÇA NA SATISFAÇÃO DO CUIDADOR DURANTE A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA ROTINA DIÁRIA JUNTO COM O ADULTO COM DI.

Antes e após a etapa de intervenção a COPM (LAW, et al. 2009) foi aplicada. Participaram dessa etapa um cuidador (C1a) para o adulto A1, um cuidador (C2a) para o adulto com DI 2 (A2) e um cuidador (C3a) para o adulto com DI 3 (A3).

A Tabela 20 apresenta a pontuação dada pelos cuidadores, considerando: (1) a importância de cada uma das atividades na vida do adulto com DI; (2) ao desempenho dos adultos com DI em cada uma das atividades listadas, selecionadas pelo cuidador e (3) à satisfação do cuidador durante a realização das atividades da rotina diária junto com o adulto com DI, numa escala de 1 a 10, onde 1 é o valor mínimo e 10 o valor máximo. No item (1) os cuidadores responderam a seguinte pergunta: “O quanto é importante para você que o adulto com DI seja capaz de fazer esta atividade?”, sendo que 1 estava relacionado à “sem nenhuma importância” e 10 à “extremamente importante”; no item (2) os cuidadores responderam a seguinte pergunta: “Como você pontuaria a maneira como o adulto com DI realiza esta atividade agora?”, sendo que 1 estava relacionado à “incapaz de fazer” e 10 à “faz extremamente bem” e no item (3) os cuidadores responderam a seguinte pergunta: “O quanto você está satisfeito com a maneira como o adulto com DI realiza esta atividade agora?”, sendo que 1 estava relacionado à “nada satisfeito” e 10 à “extremamente satisfeito”.

Tabela 20

Comparação dos Dados Coletados por Meio da Avaliação de Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (LAW *et al.*, 2009) Antes e Após a Aplicação do Programa com os Três Adultos com DI.

Adultos com DI	PROBLEMAS	PRÉ-INTERVENÇÃO			PÓS-INTERVENÇÃO	
		Importância	Desempenho	Satisfação	Desempenho	Satisfação
A1	1. Comer sozinho	10	1	1	10	10
	2. Tomar banho sozinho	10	1	1	7	10
	3. Comportar-se em lugares públicos	10	1	1	8	10
	4. Vestir a roupa	10	1	1	7	10
	5. Despir a roupa	10	1	1	10	10
	6. Utilizar o banheiro	10	1	1	8	10
	TOTAL	-----	6	6	50	60
A2	1. Interagir adequadamente com o irmão	10	1	1	8	8
	2. Tomar banho	10	2	2	7	7
	3. Vestir a roupa	10	2	2	7	7
	4. Despir a roupa	10	2	2	6	8
	5. Comer sozinho	10	2	2	8	8
	TOTAL	-----	9	9	36	38
A3	1. Tomar banho	10	3	3	8	10
	2. Escovar os dentes	10	1	1	9	10
	3. Aprender a utilizar o som	6	1	1	6	10
	4. Limpar-se após ir ao banheiro	10	2	1	2	1
	5. Comportar-se à mesa	10	1	1	6	8
	TOTAL	-----	8	7	31	39

Nota: O cuidador de A1, na etapa de pré intervenção selecionou cinco atividades, sendo que uma delas estava relacionada à vestir e despir a roupa. Na etapa de pós intervenção, C1a pediu para dar notas diferentes para despir e vestir, o que não havia acontecido na etapa anterior, justificando seis problemas ao invés de cinco e em relação a A3, no item 4 - "limpar-se após ir ao banheiro" não houve alteração na pontuação final porque, embora pontuada como 10 (importância), essa atividade não foi escolhida e consequentemente não foi ensinada e devido a complexidade da tarefa, não houve a generalização por parte dos cuidadores.

Foi possível observar na Tabela 20 que todos os problemas selecionados pelos respectivos cuidadores apresentavam importância igual a 10, exceto o terceiro problema (aprender a utilizar o som) do adulto A3 com 6 pontos. Ou seja, os cuidadores consideraram a maioria das atividades como de extrema importância para os adultos com DI. Em relação ao desempenho dos adultos com deficiência intelectual durante a realização das atividades, todos os cuidadores classificaram com um escore entre 1 e 3 pontos, representando um desempenho insatisfatório. O mesmo ocorreu em relação à satisfação dos cuidadores ao desempenho dos adultos com DI, estando os cuidadores extremamente insatisfeitos com os adultos com DI durante a execução dos itens selecionados. Após a etapa de intervenção foi possível observar um aumento considerável na pontuação, tanto no item desempenho como em satisfação com todos os participantes.

Em seguida as pontuações de DESEMPENHO foram somadas e divididas pelo número de problemas selecionados, gerando a média. O mesmo foi feito para as pontuações de SATISFAÇÃO. Este procedimento foi realizado antes e após a etapa de intervenção para verificar as mudanças ocorridas após a aplicação do programa.

É possível observar na Figura 20 que, na etapa anterior ao programa, a média relacionada ao desempenho dos adultos com DI e à satisfação dos cuidadores encontravam-se abaixo de 2. Após a aplicação do programa de capacitação essa média aumentou consideravelmente, sendo que o desempenho de A1 passou para 8,3; de A2 para 7,2 e de A3 para 6,2 e a satisfação de C1a para 10; C2a para 7,6 e de C3a para 7,8.

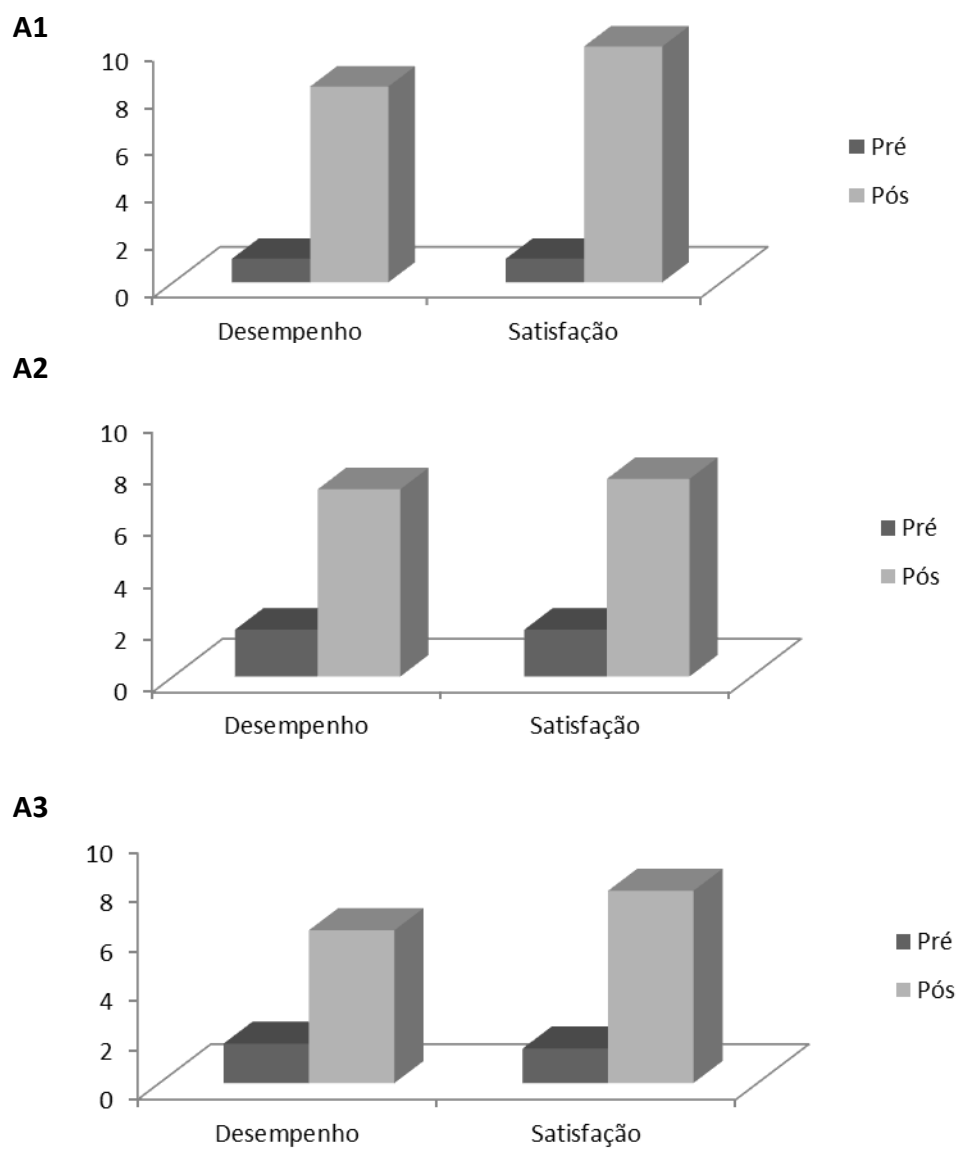


Figura 20: Média de desempenho dos adultos com DI e da satisfação do cuidador na avaliação da COPM programa (LAW et al, 2009) antes e após a aplicação do programa PEHO.

A seguir foram descritos alguns trechos das falas dos cuidadores dos três adultos com deficiência intelectual que exemplificam algumas das pontuações dadas:

- C1a: *“Fico encantada quando ele vai com a mão e esfrega a cabeça. Eu não acreditava. Isso me motiva cada dia mais”*.

- C1a: *“Para mim está sendo tudo diferente, porque eu achava mesmo que ele não daria conta, que ele não conseguiria aprender e conseguiu. Estou muito satisfeita e a minha nota não poderia ser menor que dez”*.

- C2a: *“Eu estou feliz pelo que ele alcançou... o problema está mais comigo do que nele... eu estou cansada e dependendo do dia não espero a resposta dele ... quero que ele faça tudo rápido e acabo fazendo mais...”*

- C3a: *“a minha satisfação é 10 pra tudo. Eu não estava esperando nada disso”*.

- C3a: *“apesar da minha nota 6 para o desempenho, a minha satisfação é 10 porque pra mim era impossível ele aprender isso. Mas, acho que pode melhorar mais e depende mais da gente do que dele. Afinal ele realiza todos os passos, mas a família continua ligando o som pra ele, na maioria das vezes”*.

4.3.3 OCORRÊNCIA DE GENERALIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS APRENDIDOS PELOS PARTICIPANTES (ADULTOS COM DI E CUIDADORES) EM OUTROS AMBIENTES.

Para avaliar a generalização dos adultos com DI foram realizadas filmagens de algumas das atividades ensinadas em outros ambientes. A generalização dos comportamentos dos cuidadores de A1 e de A3 foi verificada por meio do relato e registros desses cuidadores durante a realização do programa de capacitação. Os cuidadores de A2 não apresentaram generalização dos comportamentos aprendidos.

As atividades selecionadas para cada um dos adultos com DI foram: para o adulto A1 a atividade de alimentação, para A2 a atividade de alimentação e para o adulto A3 a atividade de escovação de dentes. Como o cuidador de A1 ensinou a atividade de uso do banheiro, também foi avaliada a generalização desta atividade em outro ambiente.

Todas as atividades foram avaliadas na instituição de ensino frequentada por eles. Serão apresentados os dados coletados por meio do protocolo para o registro dos comportamentos ensinados e protocolo de registro de generalização, referentes a cada um dos adultos com deficiência intelectual e de seus cuidadores.

4.3.3.1 Dados referentes à generalização do cuidador C1a e do adulto A1

O cuidador C1a realizou o ensino de duas atividades com o adulto A1, sem o acompanhamento da pesquisadora: (1) uso do banheiro e (2) andar de ônibus. Na atividade do uso do banheiro, o adulto A1 não apresentava controle esfinteriano e era totalmente dependente de fralda. O cuidador começou o ensino retirando a fralda de A1 e anotando em um caderno o horário, todas as vezes que A1 fazia suas necessidades na roupa. Essa anotação permaneceu durante todo o treino. Ao mesmo tempo a cuidadora começou a levá-lo de tempos em tempos no banheiro. Aos poucos ela foi percebendo que ele fazia suas necessidades mais ou menos de 40 em 40 minutos. Aos poucos esse tempo foi aumentando e ao final do estudo chegou a um intervalo de três em três horas. Inicialmente A1 não percebia que havia sujado a roupa e não aceitava sentar no vaso sanitário. Aos poucos a cuidadora foi percebendo mudanças; A1 começou a retirar a roupa toda vez que queria ir ao banheiro, embora não apresentasse iniciativa para entrar, necessitando do auxílio da cuidadora e ao ser colocado no vaso sanitário, permanecia. Ao final do estudo A1 estava utilizando o vaso sanitário 100% das vezes, mas com auxílio do cuidador. Quando sai com a cuidadora, a mesma o leva antes de sair e logo quando chega e A1 consegue segurar a vontade até chegar em casa, sem a ocorrência de acidentes; chegando a quatro horas.

Na atividade de andar de ônibus, A1 precisava de muito auxílio para subir, se locomover e descer do ônibus, exigindo muito esforço físico do cuidador. As Figuras 21e 22 apresentam os dados antes, durante e após a etapa de intervenção.

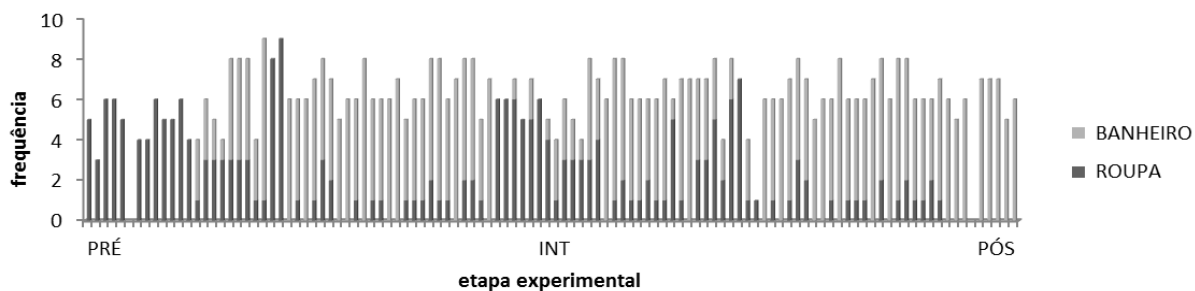


Figura 21: Frequência do comportamento de ir ao banheiro, comparada à frequência de episódios na roupa, referente ao adulto A1.

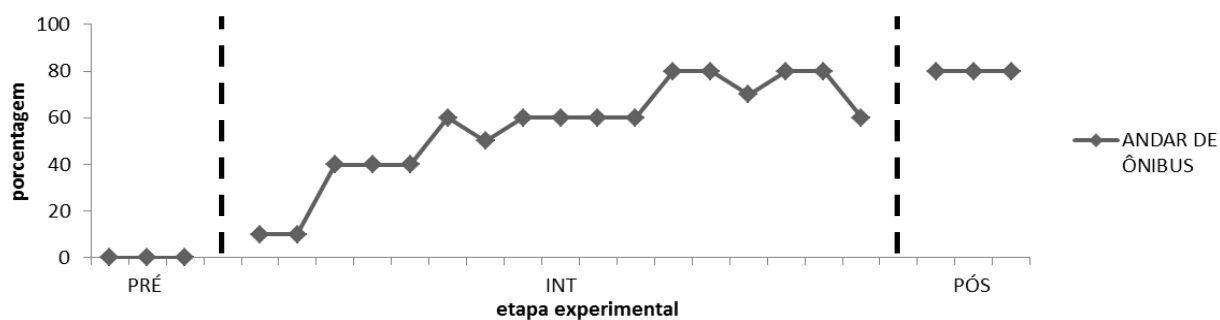


Figura 22: Porcentagem de independência de A1 durante a atividade de andar de ônibus, realizada pelo cuidador C1a.

O participante A1 conseguiu realizar com maior independência os comportamentos aprendidos durante a atividade de alimentação na instituição educacional frequentada por ele, indicando uma generalização desses comportamentos. O uso do banheiro também foi avaliado e A1 conseguiu utilizar o banheiro, com o auxílio do estagiário que o acompanhava. Esta estagiária foi orientada pela cuidadora de A1 que passou os horários e os procedimentos necessários para auxiliá-lo no uso do banheiro. Nas Figuras 23 e 24 encontram-se os dados da generalização desses comportamentos no ambiente institucional frequentado por ele. A porcentagem de independência na atividade de alimentação chegou a 100%. Para esta atividade foram avaliados os comportamentos referentes à 2ª etapa da descrição da atividade, visto que a primeira não era realizada na instituição. Porém A1, como todos os outros colegas, levou os utensílios utilizados no lanche (prato e copo) até a pia.

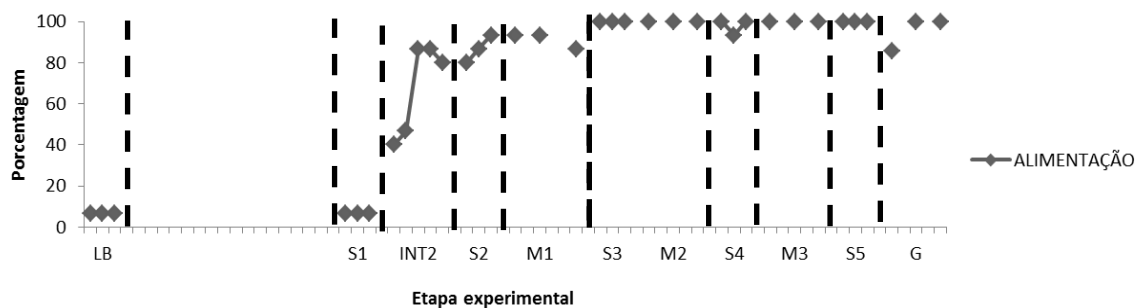


Figura 23: Porcentagem de independência de A1 durante a atividade de alimentação realizada no ambiente institucional especializado frequentado por ele.

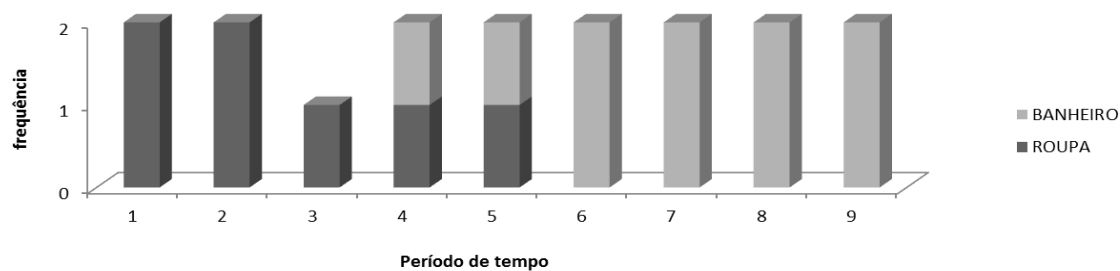


Figura 24: Frequência do comportamento de ir ao banheiro, comparada à frequência de episódios na roupa, referente ao adulto A1 no ambiente institucional especializado frequentado por ele.

4.3.3.2 Dados referentes à generalização do cuidador C2a e do adulto A2

O participante A2 conseguiu realizar os comportamentos referentes à alimentação, que foram ensinados durante o programa, no ambiente institucional frequentado por ele, com maior independência. A porcentagem de independência chegou a 81,8%. Os dados foram descritos na Figura 25.

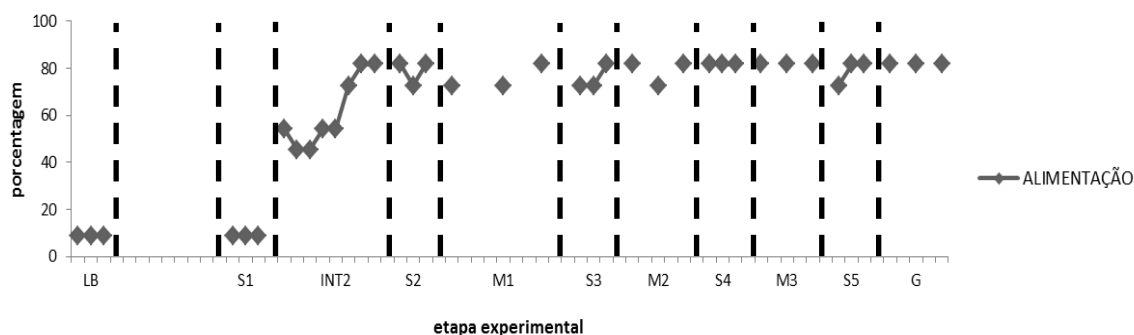


Figura 25: Porcentagem de independência de A2 durante a atividade de alimentação realizada no ambiente institucional especializado frequentado por ele.

A cuidadora de A2 não apresentou a generalização dos comportamentos ensinados. Este fato pode estar relacionado a uma sobrecarga de atividades que são de responsabilidade dela no cuidado com o adulto A2, da casa entre outras responsabilidades. Essa cuidadora não pode contar com nenhum tipo de auxílio da família, sendo uma variável importante, já que acaba dificultando o ensino ao adulto com DI.

4.3.3.3 Dados referentes à generalização do cuidador C3c e do adulto A3

O cuidador C3c realizou a atividade de banho em outro ambiente, sem o acompanhamento da pesquisadora. Os dados foram descritos na Figura 26 e a porcentagem de independência chegou a 95,3%.

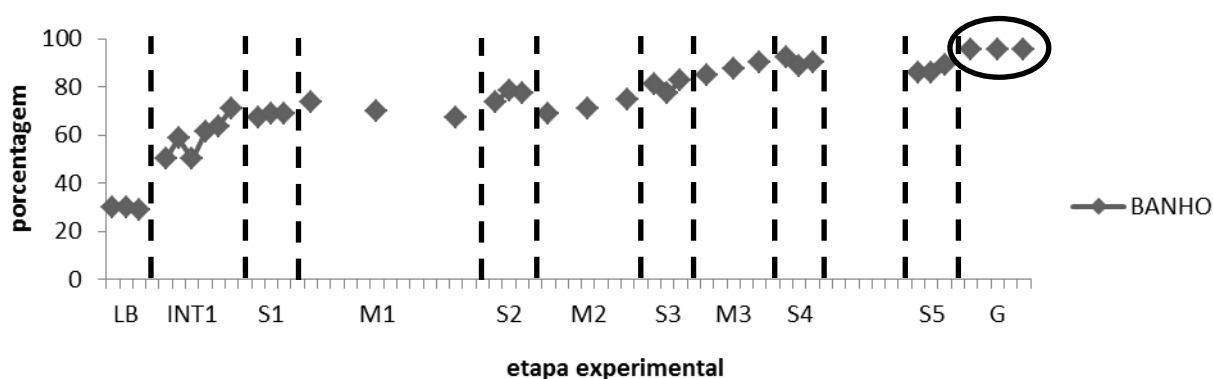


Figura 26: Porcentagem de independência de A3 na atividade de banho, referente à etapa de generalização, realizada com o cuidador C3c.

O participante A3 apresentou os comportamentos ensinados durante a atividade de escovação de dentes no ambiente institucional frequentado por ele, com auxílio de um estagiário. Este estagiário não recebeu orientações dos cuidadores de A3, mas o mesmo apresentou iniciativa para realizar os passos e o cuidador aguardava a resposta de A3, o que potencializou o desempenho dele. Na Figura 27 encontram-se os dados da generalização desses comportamentos, chegando a 80,9%.

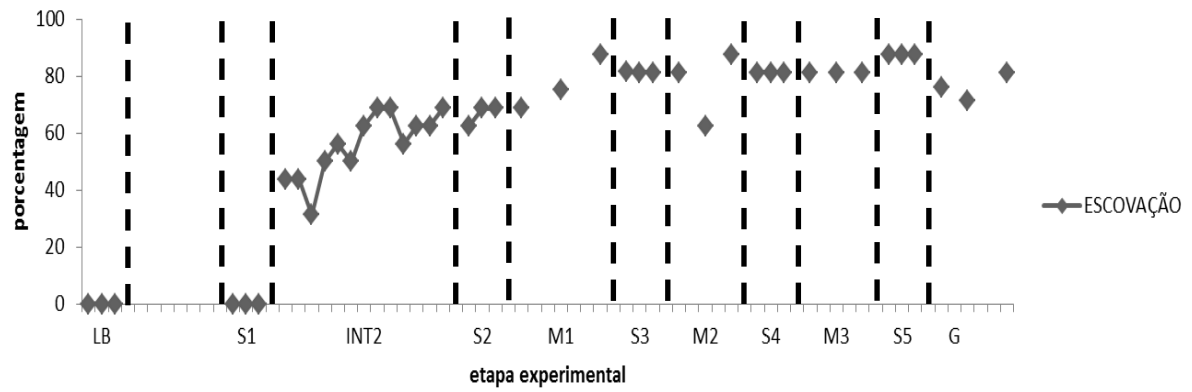


Figura 27: Porcentagem de independência de A3 durante a realização da atividade de escovação de dentes no ambiente institucional especializado frequentado por ele.

5. DISCUSSÃO

O objetivo geral desse estudo foi verificar os efeitos do Programa de Ensino de Habilidades Ocupacionais - PEHO aos cuidadores de adultos com deficiência intelectual, que necessitavam de apoio generalizado, para o ensino de habilidades ocupacionais a esses adultos. As condições previamente planejadas incluíram: 1) coleta de informações a respeito do relato da percepção dos cuidadores em relação aos adultos com DI, de modo que fosse possível, após a realização do programa, verificar as mudanças ocorridas; 2) elaboração e aplicação do programa de capacitação domiciliar denominado PEHO, por meio dos cuidadores dos adultos com DI, tendo como foco o aumento a independência desses adultos; 3) verificação das implicações desse programa no desempenho dos adultos com DI, visando uma alternativa para o ensino a essa população e 4) verificação da manutenção e da generalização dos comportamentos aprendidos pelos participantes após a realização do programa.

Assim como nos estudos de Grossi (1996) e Boueri (2010), os dados desse estudo indicaram que os adultos com DI eram totalmente dependentes de seus cuidadores e estes apresentavam uma visão infantilizada desses adultos, não oferecendo a eles nenhuma atividade comum aos pares de idade. Quando os cuidadores tentavam ensinar aos adultos com DI uma nova atividade, essas eram referentes às tarefas de rotina ou tinham a função de preencher o tempo ocioso, não levando em consideração o interesse do adulto com DI. Isso demonstra a descrença por parte da família em relação à aprendizagem desses indivíduos, que tipicamente são vistos como incapazes de fazer escolhas (CUCCOVIA, 2003). Segundo Glat (1996) a influência da família no processo de interação social é uma questão que deve ser analisada levando-se em consideração a facilitação ou o impedimento que a família traz para a integração da pessoa com deficiência no meio familiar e na comunidade.

As mulheres eram as principais responsáveis pelos adultos com DI; elas que ficavam com a tarefa de dar assistência às necessidades básicas desses indivíduos. Esses dados corroboram com os dados de Santos (2003), Guimarães (2008) e Maia (2010) que indicaram que o cuidado destinado à pessoa com deficiência no contexto familiar, no geral, ainda é função predominantemente feminina; as mulheres são as principais figuras que exercem o papel de cuidado. Esse contexto é frequentemente entendido como algo natural, integrado com as demais funções relativas às atividades familiares e domésticas (GUIMARÃES, 2008).

Os dados indicaram também que havia queixas por parte dos cuidadores em relação aos atendimentos prestados por profissionais e por instituições especializadas a esses adultos durante a vida, além de pouca orientação, por parte desses profissionais, para esses cuidadores. Diversos estudos indicaram que as famílias não estão preparadas para suprir sozinhas todas às necessidades de seus filhos com deficiência e que os programas de apoio que existem estão mais direcionados para as famílias com crianças do que para as famílias com adultos com deficiências (WANDERLEY; BLANES, 1994; YUASU, 2000; SOUZA, 2010; PAVÃO; SILVA; ROCHA, 2011). Porém, os dados apresentados nesse estudo indicaram que essa falta de orientação é sentida pelos cuidadores já na infância e não apenas na idade adulta.

Em relação às expectativas dessas famílias, a busca pela melhora no desempenho destes adultos tinha como maior preocupação a necessidade deles serem menos dependentes, para darem menos trabalho às outras pessoas, principalmente no caso da ausência do cuidador principal. Heller (1993) apontou duas grandes preocupações enfrentadas pelos pais de adultos com deficiência: a primeira era relacionada à incerteza de poderem continuar a cuidar de seus filhos e a segunda estava ligada aos planos para o futuro, quando já não puderem assegurar os cuidados necessários ao filho. Essa situação parece favorecer o aparecimento de sentimentos negativos, pelo fato destes adultos terem chegado à idade atual com tanta dependência.

Estudos indicaram que é comum os pais vivenciarem perspectivas diferentes em diferentes fases da vida, sendo mais evidente na vida adulta, pois estes pais, envelhecidos, apresentam uma incerteza em relação ao futuro do filho deficiente (MAIA, 2010).

Em relação à capacitação dos cuidadores, os dados desse estudo corroboram com os dados de outros trabalhos ao indicar que a realização de atividades práticas e teóricas foi importante para a aprendizagem dos participantes (LAUAND, 2000; DAREZZO, 2004; CARNEIRO, 2006; PRADA, 2007; BOUERI, 2010). Quando os cuidadores foram capacitados, eles conseguiram aplicar os conceitos e os procedimentos aprendidos e passaram a aproveitar a rotina dos adultos com DI, promovendo uma maior participação dos mesmos nas atividades do cotidiano.

Os comportamentos dos cuidadores foram modelados ao longo do programa de capacitação. Durante as primeiras sessões práticas os cuidadores necessitaram de maior auxílio por parte da pesquisadora para realizar as atividades que estavam sendo ensinadas; eles não conseguiam esperar o tempo de resposta do adulto com DI e acabavam auxiliando mais que o necessário. À medida que a capacitação teórica acontecia observou-se maior precisão nas instruções dos cuidadores. As filmagens também foram um recurso valioso, pois, por meio delas, os cuidadores puderam analisar os próprios comportamentos, faziam as modificações necessárias e acompanhavam a evolução do adulto com DI.

Os dados indicaram também a potencialidade dos adultos com DI, já que mudando as contingências ambientais foi possível observar mudanças no repertório destes adultos. Ao final do estudo, na maioria dos comportamentos ensinados, era necessário apenas o auxílio de dicas para que os adultos conseguissem realizar a atividade. Um ponto importante observado foi a necessidade de ensino sistematizado (WINDHOLZ, 1988, MARTIN; PEAR, 2009); os adultos conseguiram aumentar a participação em cada uma das atividades em um intervalo de tempo que variou de uma semana a um mês, mas, para isso, as atividades precisaram ser

realizadas pelos cuidadores todos os dias da semana e a pesquisadora orientava cada cuidador três vezes por semana.

O uso de adaptações, tanto dos utensílios como nos ambientes, também auxiliaram na realização das atividades pelos adultos com DI, promovendo maior grau de independência (COOK & HUSSEY, 2002; TROMBLY, 2005; ARAUJO, 2007).

Durante a aplicação do programa os cuidadores apresentaram algumas dificuldades: (1) dificuldade em modificar os próprios comportamentos como, por exemplo, deixar de fazer tudo pelo adulto com DI e esperar pela resposta dele; (2) dificuldade em modificar a rotina domiciliar, conciliando o ensino ao adulto com DI e as obrigações, o que acabava gerando momentos de tensão, cansaço e desânimo, (3) dificuldade para entender alguns conceitos teóricos, devido aos diferentes graus de escolaridade (4) dificuldade para realizar os registros, apesar dos mesmos possibilitarem uma maior atenção dos cuidadores aos comportamentos emitidos por eles e pelos adultos com DI. Isso pode ter ocorrido pela dificuldade de organização desses cuidadores, pela sobrecarga de afazeres domésticos e pelo desgaste destes cuidadores na lida diária com o adulto com DI. Em relação ao material impresso torna-se necessária a adaptação do mesmo, com a utilização de recursos visuais, mais explicativos (fotos/ilustrações) para facilitar o entendimento dos cuidadores.

De maneira geral os dados indicaram que os três adultos com DI aprenderam mais de 60% dos comportamentos necessários para a realização das atividades. O auxílio dos cuidadores foi diminuindo à medida que os adultos aprendiam os comportamentos necessários e, por outro lado, os comportamentos adequados dos participantes aumentaram enquanto os inadequados diminuíram progressivamente após o início da etapa de intervenção.

O fato dos procedimentos utilizados terem sido embasados no CFN e na análise aplicada do comportamento também possibilitou o ensino em ambiente natural, utilizando-se reforçadores naturais e estratégias de ensino sistematizadas. O ensino em ambiente doméstico

proporcionou experiências significativas para o indivíduo com DI, possibilitou o aproveitamento de todas as oportunidades que este ambiente oferecia e aumentou a probabilidade de generalização da aprendizagem tanto dos adultos com DI como de seus cuidadores (MIURA, 2008).

Diversas mudanças foram observadas no comportamento e na rotina dos participantes. O adulto A1 começou a sair mais com a família a frequentar estabelecimentos comerciais, ampliou as formas de comunicação, levando o cuidador até o item de interesse ou fazendo uso de objetos, e diminuiu a frequência e a intensidade dos comportamentos inadequados. Começou a apresentar mais iniciativa e a perceber mais o ambiente domiciliar (olhar e mexer em objetos nunca antes percebidos).

O adulto A2 passou a demonstrar preferências e a fazer escolhas, seja levando o cuidador até o item de interesse ou fazendo o uso de objetos. Apresentou iniciativa para auxiliar em tarefas de casa, como retirar as roupas do varal e guardá-las no armário. A frequência dos comportamentos inadequados oscilou devido a questões medicamentosas e à dificuldade do cuidador em consequenciar de maneira apropriada as respostas deste adulto. Essa dificuldade pode estar relacionada ao cansaço físico e emocional da cuidadora.

O adulto A3 também diminuiu a frequência e a intensidade dos comportamentos inadequados e passou a participar de passeios e viagens com os colegas da instituição frequentada por ele e com a família. Embora a família tenha percebido que A3 pode aprender a realizar as atividades de maneira mais independente e que o ambiente pode ou não favorecer essa independência, como havia vários cuidadores, foi mais difícil a adesão de todos.

Um ponto em comum a todas as famílias foi que após a aplicação do programa os cuidadores ficaram mais críticos em relação às atividades que são oferecidas aos adultos com DI nas terapias e nas instituições frequentadas por eles e passaram a buscar mudanças em relação a isso.

De acordo com a literatura (SKINNER, 1972; MATOS, 1993) para que seja propiciada aprendizagem torna-se necessário um arranjo de contingências que vise um conjunto de relações funcionais entre as condições ambientais e os desempenhos estipulados. O estudo vai de encontro à literatura já que os cuidadores conseguiram, por meio do programa, modificar as contingências, mudar a relação deles com os adultos com DI durante a realização das atividades e aumentar a emissão de comportamentos adequados, o que aumentou a independência desses adultos. Quase todos os cuidadores, exceto o cuidador de A2, generalizaram o que foi aprendido para outras atividades que não foram mediadas pela pesquisadora. Assim como os adultos com DI, que começaram a emitir em outros contextos comportamentos que não foram ensinados diretamente durante o programa de capacitação.

Em relação à avaliação da COPM, as mudanças no grau de desempenho dos adultos com DI e no grau de satisfação dos cuidadores sofreram modificações significativas. O desempenho e a satisfação inicial eram muito pequenos. Após o programa de capacitação essa pontuação aumentou significativamente, chegando ao máximo. Os cuidadores perceberam que os adultos com DI conseguem aprender quando os procedimentos adequados são implementados.

Os resultados do estudo indicaram que foi possível promover mudanças nas contingências presentes no ambiente domiciliar de adultos com deficiência intelectual, tornando-as mais favoráveis à emissão de comportamentos que propiciaram a autonomia e independência deles. Por outro lado os dados indicaram também que o cuidador responsável por esse adulto foi capaz de aprender comportamentos que favoreceram uma maior participação destes indivíduos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa PEHO pode ser considerado uma alternativa para se ensinar habilidades ocupacionais aos adultos com deficiência intelectual em ambiente domiciliar, por meio de seus cuidadores.

Ao capacitar o cuidador em ambiente domiciliar torna-se possível acolher esse cuidador, colaborar para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que facilitem a tarefa de cuidar, promovendo um nível menor de desgaste, uma vez que realizando esse cuidado de maneira adequada, esse cuidador terá facilidade no planejamento do seu cotidiano e um tempo maior para suas próprias necessidades (BICALHO, et al., 2008).

O ensino de habilidades ocupacionais a adultos com DI que necessitam de apoio generalizado, tem recebido pouca atenção de estudos científicos. Isso não quer dizer que esses adultos não possam aprender e se desenvolver. O estudo indica que com estimulação adequada e procedimentos empíricos essa população pode participar mais ativamente no meio familiar e serem verdadeiramente incluídos na sociedade.

O programa foi adequado ao contexto ambiental e socioeconômico de cada família, de maneira que pudesse ser efetivamente realizado pelo cuidador e favorecesse uma maior participação dos adultos com DI nas atividades diárias, assim como nas atividades familiares e na interação com outras pessoas do seu convívio social.

Durante a aplicação do programa, o relato dos cuidadores sugeriram algumas questões interessantes: (1) porque os cuidadores não sabem ensinar aos adultos com DI que necessitam de apoio generalizado, se durante toda a vida eles frequentaram instituições de ensino especializadas e foram acompanhamentos com profissionais especializados? (2) Orientações ministradas por essa intervenção não deveriam ter sido feitas no início da infância por esses mesmos profissionais especializados? (3) Será que a escola é o melhor lugar para desenvolver as habilidades necessárias para a vida desses adultos? Parece haver uma falta de profissionais

qualificados para atender a essa população e pouco se tem feito no âmbito da educação, da legislação e da inserção na sociedade quando se fala de “adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado”. Sem estimulação adequada a probabilidade desses adultos se tornarem mais ativos e participativos na sociedade diminui muito.

Frente aos resultados obtidos abrem-se questionamentos e a necessidade de mais pesquisas que busquem:

1. Uma atenção maior para esse cuidador familiar, pois o desgaste físico é perceptível, uma vez que as necessidades deles, muitas vezes, não são atendidas. Esses cuidadores assumem a condição de *cuidador* e não são reconhecidos como seres humanos, dignos de respeito, carinho, atenção, lazer, férias e cuidados (BICALHO, et al., 2008).
2. A necessidade de um ensino mais efetivo aos adultos com deficiência intelectual, que necessitam de apoio generalizado, por meio de seus cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais contratados, para uma inclusão mais efetiva e um desenvolvimento mais adequado.

Seria interessante também a realização de estudos posteriores comparando adultos com deficiência que necessitam de diferentes níveis de apoio; estudos longitudinais que pudessem acompanhar a manutenção, o progresso e o desenvolvimento desses adultos com deficiência intelectual na rotina familiar ao longo dos anos e estudos que comparassem a utilização do programa com cuidadores de adultos com diferentes deficiências.

Toda pessoa tem direito a uma vida autônoma e mais independente, mas quando se fala em adultos com DI, que necessitam de apoio generalizado, o que se observa são indivíduos totalmente dependentes e que necessitam do auxílio de outra pessoa para realizar a maioria ou todas as atividades da rotina diária. A colaboração entre o profissional e o cuidador pode ser a chave para uma organização de apoio mais eficiente. Os cuidadores que

conseguem participar ativamente no desenvolvimento dos recursos necessários para tornar o ensino em ambiente domiciliar possível adquirem mais controle sobre as variáveis que determinaram um resultado mais satisfatório.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. R. **Construção e avaliação de um programa multimodal de habilidades comunicativas para adultos com deficiência intelectual**. 202 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

ALMEIDA, M. A. Apresentação e análise das definições de deficiência mental proposta pela AMMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. **Revista de Educação**. PUC – Campinas, Campinas, n. 16, p. 33-48, 2004.

ALMEIDA, M. A. (Org.). O Caminhar da Deficiência Intelectual e Classificação pelo Sistema de Suporte/Apoio in: **Deficiência Intelectual: Realidade e Ação**. 1. ed. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo e FDE, 2012. v. 10.000. 153p .

ALMEIDA, M. A. **Delineamento de linha de base múltipla**. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Artigo não publicado (no prelo).

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports**. 11 ed. Washington, DC, 2010.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. **Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio**. [tradução: LOPES, M. F.]. 10. ed. Porto Alegre, 2006.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). The Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 2nd Edition (Framework - II). **The American Journal of Occupational Therapy**, v.62, n.6, nov/dez 2008, p.625-683.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 3rd ed. Washington, DC., American Psychiatric Press Inc. 1980.

ARAUJO, P. M. P. Adaptações. In: GREVE, J. M. A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Roca, p. 325-329, 2007.

ARAUJO, J. P.; SCHMIDT, A. A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: a visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v. 12, n. 2, p. 241-254, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB** (2012). Disponível em: < <http://www.abep.org/novo/content.aspx?ContentID=302> >. Acesso em 10 dez. 2011.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** – texto revisado. 4ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002.

ASSUMPCÃO, F. B, SPROVIERI, M. H. **Introdução ao Estudo da Deficiência Mental**. São Paulo. ed Memnon, 2000.

BARNARD et al., Teaching Children Appropriate Shopping Behavior Through Parent Training in The Supermarket Setting in: **Journal Of Applied Behavior Analysis**. n.1 p. 49-59, Winter, 1977.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. **Refletindo sobre quem é o cuidador familiar**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.13, n.1, p.118-123, jan/mar, 2008.

BOUERI, Z. I. **Efeitos de um programa educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados**. 210 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

BRAGA-KENYON, P.; KENYON, S. E.; MIGUEL, C. F. Análise Comportamental Aplicada (ABA). In: CAMARGO JUNIOR, W. e col. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**. 3º Milênio. 2ª edição. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração de Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, p. 148-154, CORDE, 2005.

BRASIL. **Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm>. Acesso em: ago. 2011.

BRASIL. **Guia prático do cuidador.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999:** Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, CORDE, 1999.

BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. **Seminário Velhice Fragilizada.** SESC, São Paulo, 2006.

BURGMEISTER, B. B.; BLUM, L. H.; JORGE, I. **Manual da Escala Columbia de Maturidade Mental.** São Paulo: Vetor, ed Pedagógica Ltda, 1977.

CAMARGOS, A. C. R. et al. Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil,** v 9. N. 1, p. 31-37, 2009.

CARDOSO, M.S.F. **Abordagem ecológica em educação especial:** fundamentos básicos para o currículo. Brasília: CORDE, v.1, 1997.

CARNEIRO, M. S. C. **A deficiência mental como produção social:** de Itard à abordagem histórico-cultural. In: BAPTISTA, C. R.; et al.(org.). **Inclusão e escolarização:** múltiplas perspectivas. Porto Alegre: Mediação, 2006.

CERQUEIRA, M.T.A. **Currículo Funcional na Educação Especial para o Desenvolvimento do Aluno com Deficiência Intelectual de 12 a 18 anos.** 2008. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducação.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1068-4pdf>> Acesso em 23 de março de 2013.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. CBO. **Códigos, Títulos e Descrições**. Livro 3. Brasília, MTE, SPPE, 2002. Disponível em: < www.mec.org.br >. Acesso em: maio de 2011.

COLL, C.; OLIVEIRA, C. M. DE. **Psicologia do ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

COOK, A. HUSSEY, S. **Tecnologias Assistivas: Princípio e Prática**. 2ed. St. Louis. Mosby, 2002.

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. 1 ed. São Paulo: Atlas S.A, p. 238-255, 2003.

CUCCOVIA, M. M. **Análise de procedimentos para avaliação de interesses baseado em um currículo funcional natural e seus efeitos no funcionamento geral de indivíduos com deficiência mental e autismo**. 186 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

DAREZZO, M. **Impacto de um programa de ensino para cuidadoras de creches: música como condição facilitadora de condutas humanas ao lidar com bebês**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Programa de Pós-graduação em Educação Especial – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

DUARTE, Y. A. O. DE. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009.

DUARTE Y. A. O. DE. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **Revista o Mundo da Saúde**. v. 21, n. 4, p. 226-230, 1997.

FARIAS, N; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8 n. 2, p.93-187, 2005.

FERREIRA, J. R. et al. Estado da arte das pesquisas sobre profissionalização do portador de deficiência. **Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 1-20, 2006.

FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa. Ed. Climepsi, 2007. 238 p. (Coleção Cadernos de saúde).

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivo de neuropsiquiatria**. v.57, n.2B, p.427-434, 1999.

GLAT, R. *O papel da família na interação do portador de deficiência*. **Revista Brasileira de Educação Especial**, vol.02, n.4, p. 111-118, 1996.

GUIMARÃES, R. Deficiência e Cuidado: por quê abordar gênero nessa relação? **Revista SER Social**, Brasília, v. 10, n.22, p. 213-238, jan/jun, 2008.

GOMES, C. G.; DE SOUZA, R. A.; LOBATO, R. D. Desenvolvendo ações no ambiente natural para favorecer a participação social de um adulto com deficiência mental grave. **Anais do V Seminário Sociedade Inclusiva**. Belo Horizonte, 2008.

GROSSI, R. **Capacitação de atendentes em situação natural**: um programa de ensino de tarefas de cuidados pessoais para criança portadora de deficiência mental. 143 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1996.

GROSSMAN, H. J. *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1977.

HELLER, T. **Aging family caregivers: planning for the future**. **IMPACT**, v. 6, n. 1, P. 16-17, 1993.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br> >. Acesso em: set. de 2012.

KISSEL e col. Na Institutional Staff Training And Self-Management Program for Developing Multiple Self-Care Skills in Severely/ Profoundly Retarded Individuals. **Journal of Applied Behavior Analysis**. v. 16. n. 4. p. 395-415, Winter, 1983.

LANCILLOTTI, S. S. P. **Deficiência e trabalho**: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas- SP. Autores Associados, 2003. 111 p.

LAUAND, G. B. A. **Acessibilidade e formação continuada na inserção escolar de crianças com deficiências físicas e múltiplas**. 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

LAW, M. et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional**. [tradução MAGALHÃES, L. V.; MAGALHÃES, L. C.; CARDOSO, A. A.] UFMG, Belo Horizonte, 63 p, 2009.

_____. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional**. [tradução MAGALHÃES, L. V.; MAGALHÃES, L. C.; CARDOSO, A. A.] UFMG, Belo Horizonte, p. 17. 2009.

LE BLANC, J. M. **El Curriculun Funcional/ Natural para la vida, definición y desarrollo histórico**. Centro Ann Sullivan del Peru, Peru, 1998.

LE BLANC, J, M. El Curriculun Funcional en la Educación de la Persona com Retardo Mental. Texto apresentado no **Simpósio Internacional COANIL**. Santiago – Chile, 1991.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. DE. **O cuidador e a sua qualidade de vida**. Acta Paulista de enfermagem. v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000.

MAIA, S. D. B. **O Bem-estar dos pais cuidadores de filhos adultos portadores de deficiência**. 47 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

MARTIN, G; PEAR. J. **Modificação de Comportamento: o que é e como fazer.** [tradução AGUIRRE, N. C; revisão científica GUILHERDI, H.J.] 8ed. ROCA. São Paulo, 2009.

MATOS, M. A. Análise de contingências no aprender e no ensinar. In: ALENCAR, E. M. L. S. (org). **Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem.** São Paulo, Cortez, p. 140-163, 1993.

MENDES, E. G. A. radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 33, v. 11, p. 387-559, set/dez. 2006.

MENDES. P. T. T. **Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano.** 95f. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

MIURA, R.K.K. Considerações sobre o currículo funcional natural in: OLIVEIRA, A.A.S.; OMOTE, S.; GIROTO, C.R.M. (org). **Inclusão escolar: as contribuições da Educação Especial.** São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, Marília: Fundepe Editora, 2008.

MOREIRA, M. B. “Em casa de ferreiro, espeto de pau”: o ensino de Análise Experimental do Comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.** v.VI, n. 1, p. 73-80, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, ed Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças:** manual de lesões e causas de óbito; n. 9, 1975. São Paulo, Centro Brasileiro Classificação Doenças em Português, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1968).

PACHECO. K. M. B; ALVES. V. L. R. **A história da deficiência, da marginalização à inclusão social:** uma mudança de paradigma. ACTA Fisiátrica, São Paulo, dez. 2007.

PAVÃO, S. L. SILVA, F. P. S.; ROCHA, N. A. C. Efeitos da orientação domiciliar no desempenho funcional de crianças com necessidades especiais. **Revista Motricidade** © FTCD/CIDESD, vol. 7, n.1, p. 21-29, 2011.

PEREIRA, A.C.D.V.; APORTA, A.N.; SILVA, E.R. et al. **Currículo Funcional Natural na Abordagem Ecológica**: manual prático para aplicação na Escola de Educação Especial da APAE de Bauru. Bauru, 2001 Disponível em <<http://www.bauru.apaebrasil.org.br/artigo.phtml/17553>> Acesso em: 23 de março de 2013.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo, editora da Universidade de São Paulo, 1984. 204p.

PRADA, C. G. **Avaliação de um programa de práticas educativas para monitoras de um abrigo infantil**. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PIMENTA, R. DE A.; RODRIGUES, L. A.; M. GREGUOL. Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 14. n. 3. p. 69-76, 2010.

ROCHA, M. S. **O processo de inclusão na percepção do docente do ensino regular e especial**. Monografia (Pós-graduação em Educação Especial) – Área de deficiência mental. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

RODRIGUES, J. L. Reflexões sobre a trajetória da pessoa em condição de deficiência mental e sua transição para a vida adulta. In: MENDES, E, G; ALMEIDA, M, A.; WILLIAMS, L, C, A. **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. São Carlos: Edufscar, Cap. 15, p. 343-349, 2004.

RODRIGUES, O.M.P.R.; ARMELIN, R.G. Implementação de estratégias metodológicas junto a uma instituição para deficientes mentais. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, n.32, p.201-210, 2008. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas>> Acesso em: 23 de maio de 2013.

SANCHES et al., Impacto sobre el cuidador principal de uma intervenção realizada a personas mayores dependientes. **Revista Atención Primaria**, 2011.

SAMPAIO, et al., Treinamento de mães no auxílio à execução da tarefa de casa. In: BRANDÃO e org. **Sobre Comportamento e Cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. V. 14 p. 295- 309. Santo André, ed. Arbytes, 2004.

SANTOS, S. M. A. DOS. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, ed Alínea, 2003.

SCHMIDT, A.; ANGONESE L. S. O Adulto com Deficiência Intelectual: Concepções de Deficiência e Trajetória Escolar. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia**. PUCPR, Paraná, 2009.

SKINNER, B.F. **Tecnologia de ensino**. São Paulo: E.P.U. 1972.

SOUZA, M. M. Programa de Atendimento Domiciliar e Famílias Apoiadas. In: **Das Margens ao Centro: perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva**. Cap. 35, p. 409-414, São Paulo, 2010.

SUPLINO, M. **Currículo funcional natural: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; São Paulo: AMA, 73 p, 2005. (Coleção de Estudos e Pesquisa na Área da Deficiência; v. 11).

TROMBLY, C. A. Ocupação. In: TROMBLY, C. A. RADOMSKI, M.V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. [tradução de *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*], 5.ed, São Paulo - Santos, p. 255-281, 2005.

VELTRONE, A. A.; ALMEIDA, M. A. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos-SP. **Revista Educação Especial (UFES)**, v. 23, p. 73-90, 2010.

VILAÇA, et al., O Autocuidado de Cuidadores Informais em Domicílio: Percepção de Acadêmicos de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 221-226, 2005.

WANDERLEY, M.B; BLANES, B. Publicização do Papel do Cuidador Domiciliar no âmbito da Política de Assistência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. ano XV n 46, p.86-103, 1994.

WINDHOLZ, M.H. **Passo a passo, seu caminho:** Guia Curricular para o Ensino de Habilidades Básicas. São Paulo: Edicon, 1988.

YUASO, D. **Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial) Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ZEILBERGER et al., Modification of a Child's Problem Behaviors in the Home with the Mother as Therapist. **Journal of Applied Behavior Analysis**. n.1. p. 47-53. Spring, 1968.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CUIDADORES DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

CARACTERÍSTICAS GERAIS (as perguntas 1 a 3 devem ser respondidas tanto pelo cuidador familiar e pelo cuidador não familiar).

1. Qual seu nome?
2. Qual sua idade?
3. Qual o seu grau de escolaridade?

CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR FAMILIAR (as perguntas 4 a 13 deverão ser respondidas somente pelos pais ou alguém da família que mora com o participante com DI).

4. Com o que você trabalha atualmente?
5. Qual o período que você fica com o participante?
6. Qual a sua rotina com o participante?
7. Vocês costumam fazer alguma atividade diferente, juntos? Se sim, o que?
8. Tem algum dia da semana que você fica com o participante que é cansativo? Se sim, qual? Por quê?
9. Como você se sente ao final do período em que ficou com o participante?
10. Quais os momentos do dia que são mais difíceis?
11. Quais momentos do dia que são mais prazerosos?
12. Como você se sente ao final do dia/semana?
13. Há tempo para cuidar de você? Realizar as atividades que você gosta?

CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR NÃO FAMILIAR/ CONTRATADO (as perguntas 4 a 10 deverão ser respondidas somente pelos cuidadores contratados para tal finalidade, podendo ser empregada doméstica, entre outros).

4. Antes de iniciar o trabalho nesta residência, já teve chance de trabalhar com pessoas com deficiência? Se sim onde? Qual a tarefa que desempenhava? Por quanto tempo?
5. Há quanto tempo trabalha aqui?
6. Há quanto tempo está cuidando dessa pessoa?
7. Qual a sua rotina de trabalho?
8. Tem algum dia da semana que o trabalho é cansativo? Se sim, qual? Por quê?
9. Como se sente ao final do período de trabalho?
10. Quais os momentos do dia que são mais difíceis?

CARACTERÍSTICA DO PARTICIPANTE COM D.I.

1. Qual o nome dele?
2. Qual a idade dele?
3. Ele toma alguma medicação? Se sim, qual?
4. O que ele sabe fazer bem (facilidades)?
5. O que ele tem dificuldade para realizar?
6. Ele apresenta alguma dificuldade com relação ao comportamento? Quais? Como você lida com essas dificuldades?
7. Qual é a rotina dele, desde a hora que ele acorda até a hora de dormir? Quais atividades ele realiza?
8. Para desenvolver essas atividades, ele conta com a ajuda de alguém ou realiza sozinho? Quem? Como é?
9. Para você como é desenvolver essas atividades todos os dias?
10. Em sua opinião, pode ter algo que dificulte a execução dessas atividades pelo participante? Se sim, o que?
11. Como você lida com essas dificuldades?
12. E o que facilita a realização dessas atividades? Se não tiver, o que você acha que facilitaria?
13. O participante apresenta algum interesse? Tem alguma preferência? Tem alguma coisa que ele gosta de fazer, que chama muito a atenção dele, quando ele tem um tempo livre?
14. Você gostaria de me contar mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta?
15. Você quer fazer alguma pergunta?

APÊNDICE C - APOSTILA DE CAPACITAÇÃO AO CUIDADOR

**Programa de Ensino de Habilidades Ocupacionais
aos Cuidadores de Adultos com Deficiência Intelectual - PEHO**

Mestranda: Analice Dutra Silveira - UFSCar

Orientadora: Dra. Maria Amélia Almeida - UFSCar

São Carlos – SP
2012

INDICE

Agradecimentos.....	2
Aos cuidadores.....	4
Apresentação.....	5
Introdução.....	7
Capítulo 1: O papel do cuidador.....	9
Capítulo 2: O adulto com deficiência intelectual.....	11
Capítulo 3: Currículo Funcional Natural.....	14
Capítulo 4: Comportamento.....	16
Capítulo 5: Estabelecendo comportamentos.....	18
Capítulo 6: O ensino na rotina diária.....	20
Capítulo 7: Procedimentos de ensino.....	21
Capítulo 8: Fortalecendo um comportamento.....	26

Reforçamento positivo.....	26
Tipos de reforçadores.....	27
Como e quando devemos reforçar.....	28
Estímulo que não fortalece o comportamento.....	28
Capítulo 9: Formas de registro.....	30
Capítulo 10: Parte Prática.....	32
Apêndice.....	34
Referências Bibliográficas.....	35
Anexo.....	36
Folha de registro do programa.....	37

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pais e cuidadores pela confiança, pela parceria e acima de tudo, por acreditarem que na vida tudo pode ser modificado.

Analice

“Não tenhamos pressa, mas não percam tempo”.

(José Saramago)

Aos cuidadores

Trago a você uma proposta de parceria, com o objetivo de descobrir na rotina diária do _____, momentos que possam servir para o ensino de habilidades, necessárias para o desenvolvimento da autonomia e independência dele, com maior participação no ambiente familiar e social.

Para que esta parceria dê certo é importante que vocês tenham consciência que são partes imprescindíveis neste processo. Suas dúvidas e sugestões serão muito bem vindas e possibilitarão um maior crescimento de todos os envolvidos neste trabalho.

Esta apostila traz os assuntos abordados durante a capacitação e servirá como apoio para vocês, nos momentos de dúvidas. Vocês verão como ela é simples e fácil de ler e entender.

Desejo a vocês um ótimo aprendizado!

APRESENTAÇÃO⁵

O interesse pelo projeto de capacitação de cuidadores surgiu por meio de minha experiência junto aos indivíduos com diferentes deficiências, sejam eles: crianças, jovens, adultos ou idosos, ao longo de onze anos de trabalho. Começou logo no início da graduação no curso de Terapia Ocupacional, onde vivenciei experiências em diversas áreas, levando comigo a vontade e a determinação de fazer um bom trabalho. Por meio dos estágios pude aprender e experienciar situações que me ajudaram a atuar de maneira mais eficiente e humana. Porém, foi quando comecei a oferecer os atendimentos a crianças, jovens e adultos com autismo e deficiência intelectual, em ambiente domiciliar, que percebi como era imprescindível verificar quais eram as verdadeiras dificuldades e demandas das famílias, fazendo parte, verdadeiramente, da realidade de cada uma delas.

Para este projeto a escolha da população alvo foi feita a partir da constatação, na minha prática profissional, que a maioria dos adultos com deficiência intelectual não realizam qualquer tipo de acompanhamento, no que se refere ao ensino de habilidades da rotina diária, visando uma maior independência e autonomia, embora alguns frequentem instituições especializadas, que na maioria das vezes oferecem atividades inadequadas à idade do indivíduo. O que ocorre é que, na maior parte do tempo, quando

⁵ Esta apostila faz parte de um projeto de pesquisa de mestrado da UFSCAR, desenvolvido pela autora. Fica proibida qualquer reprodução, mesmo que parcial, ficando seu uso restrito à capacitação dos cuidadores envolvidos nesta pesquisa.

estão em ambiente domiciliar não possuem ocupações que são comuns á qualquer indivíduo de mesma faixa etária, permanecendo a maior parte do tempo atoa, apresentando problemas comportamentais e um baixo desempenho nas habilidades básicas.

Busca-se, com a capacitação do cuidador, fazer com que os mesmos percebam a sua importância no meio familiar e proporcionem a esse adulto com habilidades diferentes⁶, o ensino de comportamentos que sejam verdadeiramente significativos para esses indivíduos e que são essenciais para a aquisição da autonomia e independência, com uma maior participação no meio familiar e social.

⁶ A frase "pessoas com habilidades diferentes" foi criado em 1998 por Judith LeBlanc, Ph.D do Centro Ann Sullivan do Peru (CASP).

INTRODUÇÃO

Muitas vezes, os cuidadores se queixam de não saberem lidar com os adultos com deficiência intelectual. Trazem dúvidas com relação ao que eles são ou não capazes de realizar e os veem como pessoas dependentes e frágeis.

Quando os cuidadores são orientados com relação à forma de estimulação adequada em casa, os resultados são mais efetivos.

Este programa foi organizado com o intuito de ensinar aos cuidadores formas possíveis e adequadas de ensino buscando:

- desenvolver nos cuidadores habilidades que são importantes para o desenvolvimento do indivíduo com deficiência intelectual;
- ensinar aos cuidadores formas de modificar os comportamentos inadequados apresentados pelos adultos com deficiência intelectual;
- ensinar aos cuidadores a como ajudar o adulto com deficiência intelectual a adquirir novas habilidades.

Os três primeiros capítulos da apostila descrevem sobre o cuidador e qual é o seu papel no ensino de habilidades aos adultos com DI. Em seguida busca-se discutir sobre quem é esse adulto com deficiência intelectual, suas características e qual a melhor

estratégia para ensiná-lo, por meio do Currículo Funcional Natural. Os capítulos 4 a 8 fazem referência aos conceitos básicos da análise aplicada do comportamento. Pretende-se com estes capítulos apenas oferecer algumas informações, de maneira bem simples, para que o cuidador entenda o porquê dos registros e das formas de ensino. Os dois últimos capítulos descrevem as formas de registro, avaliação e algumas dicas importantes. Ao final de cada capítulo o cuidador terá algumas questões ou exercícios práticos para responder referentes ao texto lido anteriormente, como forma de fixar o conteúdo.

As propostas de adequações apresentadas aos cuidadores deverão ser pertinentes e cabíveis ao contexto ambiental e socioeconômico de cada família, de maneira que possa ser efetivamente realizada pelo cuidador e favoreça uma participação mais ativa desses indivíduos nas atividades diárias, uma maior participação na sociedade, nas atividades familiares e na interação com outras pessoas do seu convívio social.

CAPÍTULO 1: O papel do cuidador

Algumas pessoas apresentam dificuldades que prejudicam ou impedem a realização de atividades comuns à rotina diária e quando isso acontece os mesmos acabam recorrendo ou necessitando do auxílio de outra pessoa. Essa pessoa é aquela que normalmente está mais próxima á esse indivíduo, podendo ser um familiar ou uma empregada doméstica, por exemplo. Assim, o cuidador é aquele que deve estar apto a dar atenção, orientação ou auxiliar na realização de alguma atividade realizada pelo indivíduo, tendo como foco ensinar a ele “como fazer”, em diferentes situações.

No caso dos adultos com deficiência intelectual, o cuidador é aquele que permanece a maior parte do tempo junto a esse indivíduo e por isso sua atuação é de grande importância, podendo determinar a forma como esse indivíduo atua no seu meio familiar e social. Esse acompanhamento se dá tanto nas atividades instrumentais de vida diária (higiene pessoal, vestuário, alimentação), como nas atividades instrumentais de vida prática (cuidado com seus pertences, auxílio em casa), no lazer (escutar uma música, passear) e na socialização (ir a festas, casa de familiares).

Sendo assim, o cuidador deve ensinar ao adulto com deficiência intelectual a ser mais ativo na sua rotina diária, aumentando sua participação nas atividades comuns às pessoas que convivem com ele.

No decorrer do estudo discutiremos sobre algumas das características desses indivíduos e conheceremos alguns procedimentos que auxiliam no ensino de habilidades comuns à rotina deles. Além de formas possíveis de monitoramento das habilidades aprendidas, pois, após a aprendizagem das atividades por essas pessoas, é necessário que o cuidador realize um monitoramento do que foi aprendido e realize eventuais modificações para que esses adultos continuem desenvolvendo as habilidades ensinadas com independência.

EXERCÍCIOS

1. Para você o que é ser cuidador?

2. Pense na sua rotina com o adulto com DI. Tente perceber e descrever: quais são os comportamentos emitidos por você que contribuem para a independência do adulto com DI e quais são os comportamentos emitidos por você que não contribuem para a independência do adulto com DI.

COMPORTAMENTOS QUE CONTRIBUEM	COMPORTAMENTOS QUE NÃO CONTRIBUEM

CAPÍTULO 2: O adulto com deficiência intelectual

A deficiência intelectual ocorre quando um indivíduo apresenta dificuldades importantes; que atrapalham o seu desenvolvimento.

As pessoas com deficiência intelectual podem apresentar algumas limitações. Mas o que significa isso? Isso quer dizer que alguns desses indivíduos podem apresentar dificuldades para se comunicar; para entender o outro; na interação com outras pessoas ou para seguir regras; nas atividades diárias como comer, tomar banho, vestir uma roupa; nas atividades práticas como servir um alimento, escolher uma roupa, etc.

O nível de dificuldade apresentado por cada indivíduo com deficiência intelectual é diferente e, sendo assim, a quantidade de ajuda oferecida deve ser diferente. Deve-se ter atenção para o quanto de ajuda cada indivíduo necessita para realizar de maneira satisfatória as atividades comuns à sua rotina. Para isso dá-se o nome de “nível de suporte”. Ou seja, precisamos observar a quantidade de ajuda que oferecemos ao indivíduo com deficiência intelectual durante a realização das atividades. Ela pode ser desde uma ajuda mínima até um auxílio total, dependendo da real dificuldade que o indivíduo apresentar.

Conhecer as características de um indivíduo ao planejar o ensino aumenta as chances de acerto. No caso dos adultos com deficiência intelectual, conhecer as suas características pode aumentar a eficácia na forma como ensinamos a eles. Sendo assim, foram listadas algumas das características presentes em indivíduos com deficiência intelectual. São elas:

- 1) Eles podem apresentar dificuldades relacionadas à compreensão do que está sendo falado e/ou do que está sendo pedido (pode não compreender o que o outro está pedindo para ele fazer);
- 2) Podem apresentar dificuldades relacionadas à expressão de desejo e necessidade (não consegue dizer o que quer);
- 3) Podem apresentar alterações no comportamento devido à dificuldade de entender o que está sendo solicitado ou da dificuldade em expressar seus desejos (ele não entende o que você quer ou você não entende o que ele quer e ele fica nervoso, podendo se agredir ou agredir o outro);
- 4) Podem apresentar dificuldades em interagir com o outro (se relacionar com outras pessoas);
- 5) Podem ser mais lentos ao se aprender algo (necessitam de paciência por parte do cuidador e de um tempo maior para aprender as novas habilidades);
- 6) Podem necessitar de adaptações e mudanças no ambiente para facilitar a aprendizagem (diminuir os estímulos do ambiente, pistas visuais, por exemplo).

Isso quer dizer que um adulto com deficiência intelectual, pode apresentar alguns comportamentos que dificultam a sua participação em atividades que são comuns a indivíduos de mesma faixa etária e indispensáveis para uma vida mais autônoma e independente. Diante disso, qual será a melhor estratégia para o ensino de habilidades? Para isso, discutiremos sobre o Currículo Funcional Natural.

EXERCÍCIOS

1. Para você o que é deficiência intelectual?

2. Você consegue identificar alguma das características discutidas anteriormente no adulto com deficiência intelectual que você acompanha? Quais?

CAPÍTULO 3: Currículo Funcional Natural

Após descrevermos quais as características do adulto com deficiência intelectual, qual será a melhor estratégia para o ensino de novas habilidades?

Para isso, recorreremos ao Currículo Funcional Natural (CFN). Ele nos dá a oportunidade de criar um currículo funcional em ambiente natural. Isso significa que, as habilidades que serão ensinadas terão uma função imediata ou em curto prazo para o indivíduo e que, o ensino se dará em ambiente natural; as situações e procedimentos, além dos materiais utilizados, deverão ser o mais semelhante possível àqueles encontrados no cotidiano; no dia a dia do adulto com DI.

Quando nos propomos a ensinar as habilidades básicas para esses adultos, estamos proporcionando a eles uma maior independência no desenvolvimento de atividades como tomar banho, se vestir, comer sozinho, interagir com outras pessoas, se comunicar de maneira eficiente e assim compreender o mundo ao seu redor. Visto que os mesmos poderão utilizar esta aprendizagem em sua rotina e isto proporcionará maior adaptação ao ambiente familiar e social. Portanto, o ensino destas habilidades pode ser considerado funcional.

Precisamos ficar atentos a alguns pontos importantes. São eles:

- ✓ Todas as pessoas devem ser respeitadas e valorizadas por aquilo que elas fazem bem
- ✓ Todas as pessoas possuem o direito de aprender para terem a chance de ser o mais independente possível;

- ✓ Cada pessoa é capaz de aprender e se desenvolver. Se uma pessoa não aprende, o problema está na forma como ensinamos.

Temos que ter em mente que o objetivo principal com esta capacitação é tornar o adulto com deficiência intelectual o mais independente e participativo possível em seu ambiente familiar e social. Assim, vamos refletir sobre cinco etapas importantes:

- ✓ É preciso escolher a atividade que se deseja ensinar
- ✓ É preciso estabelecer os comportamentos que compõem a atividade que se deseja ensinar
- ✓ É preciso verificar quais os momentos que podem ser utilizados para o ensino da atividade selecionada, durante a rotina diária do cuidador;
- ✓ É preciso escolher a forma como irá ensinar cada comportamento da atividade
- ✓ É preciso avaliar de tempos em tempos se o ensino está dando certo. Estas avaliações possibilitarão verificar se a forma como você está ensinando está dando certo ou não.

EXERCÍCIOS

1. O que você entendeu sobre o Currículo Funcional Natural?

CAPÍTULO 4: Comportamento

O que é comportamento?

Durante todo o estudo iremos falar sobre a aquisição e/ou modificação de comportamentos. Sendo assim, inicialmente precisamos conhecer o significado da palavra “comportamento”.

O comportamento é tudo aquilo que fazemos ou dizemos, levando em consideração o contexto e o ambiente em que o comportamento ocorre.

Há cinco características do comportamento que podem ser medidas ou ensinadas, são elas:

1. Forma: o movimento utilizado pelo indivíduo para realizar determinada atividade.

Por exemplo: O adulto com DI recebe comida na boca porque não consegue segurar a colher. A forma como ele segura a colher impede que ele consiga colocar a comida na colher.

2. Duração: período de tempo que dura um comportamento.

Por exemplo: O adulto com DI não consegue permanecer sentado durante a alimentação. Levanta o tempo todo da cadeira.

3. Frequência: Número de vezes que o comportamento ocorre em um dado período de tempo.

Por exemplo: O número de vezes que o adulto com DI derrama o suco na mesa porque não consegue parar sentado na cadeira.

4. Tempo de reação: Tempo entre um comando e uma resposta.

Por exemplo: O cuidador pede ao adulto com DI que pegue o talher e leve a boca e o adulto com DI demora muito tempo para realizar o que foi solicitado.

5. Intensidade ou força: Esforço físico ou energia envolvida para realizar o que foi solicitado

Por exemplo: O adulto com DI não consegue segurar a colher adequadamente porque não coloca força suficiente para segurar o cabo da colher.

EXERCÍCIOS

1. Pense em uma atividade realizada pelo adulto com DI e tente identificar alguma das características do comportamento envolvidas na atividade:

CAPÍTULO 5: Estabelecendo comportamentos

Agora, o que você acha de ensinarmos ao adulto com deficiência intelectual a ser mais independente na realização de algumas atividades da rotina dele? Para isso, é preciso que você o observe e verifique se, para que ele consiga realizar determinada atividade é necessário que você: FAÇA POR ELE? Se a sua resposta for sim então é importante que esta atividade seja ensinada.

Após você decidir qual a atividade que será ensinada, o próximo passo será selecionar quais os comportamentos que estão envolvidos nas atividades escolhidas. Para cada atividade é preciso ser descrito todos os comportamentos envolvidos. Isso quer dizer uma sequência de ações que devem ser realizadas pelo adulto com DI para se completar a atividade escolhida.

Devemos prestar atenção na ordem em que eles ocorrem, para que ao final, tenhamos a sequência correta para se chegar ao resultado final, ou seja, ao objetivo estabelecido.

Como exemplo, podemos pegar a atividade de banho. Esta atividade pode ser dividida em quatro etapas: 1ª etapa: despir, 2ª etapa: banho, 3ª etapa: enxugar e 4ª etapa: vestir. Para descrever os comportamentos envolvidos nas etapas é importante lembrar a forma como essa atividade é realizada. E então, é só estabelecer uma ordem para descrevê-los.

EXERCÍCIOS

1. Escreve uma atividade que você precisa "FAZER POR ELE", pensando no adulto com DI que você acompanha.

2. Agora, tente descrever os comportamentos necessários para realização da atividade que você escreveu na questão 1. Lembre-se que a ordem dos comportamentos pode alterar o resultado final esperado.

Depois que você estabeleceu os comportamentos necessários para realizar a atividade que deseja ensinar, é preciso escolher qual o momento e/ou local mais adequado para ensinar esta atividade. Lembre-se que quando estudou sobre o Currículo Funcional Natural viu a importância do ensino realizado em ambiente natural, o que facilita a aprendizagem do adulto com deficiência intelectual.

O mesmo deve ocorrer com qualquer outra atividade da rotina dele que você queira ensinar. Deve sempre pensar em quais momentos do dia ele deveria realizar essa atividade e aproveitar este tempo para ensiná-lo. Assim, além de aprender a executar a atividade ele também aprenderá aonde e quando realizá-la.

EXERCÍCIOS

1. Descreva qual seria o melhor momento para ensinar a atividade escolhida no exercício anterior, considerando a rotina do adulto com DI que você acompanha.

Agora você precisa estabelecer alguns critérios para possibilitar o ensino da atividade escolhida. Isso porque, quando um comportamento não existe no repertório do indivíduo é necessário ensiná-lo gradualmente. É preciso apresentar e reforçar os comportamentos mais próximos da forma como é esperado que ele ocorra.

A seguir serão apresentados alguns princípios básicos da análise do comportamento que podem auxiliar na instalação ou fortalecimento dos comportamentos desejados.

1) O cuidador deve aceitar inicialmente comportamentos parciais ou que apenas se assemelhem ao comportamento desejável

Quando o indivíduo nunca realizou o comportamento, o cuidador deve reforçar movimentos aproximados até que o indivíduo consiga realizar o comportamento de forma adequada.

Exemplo: Um indivíduo está aprendendo a se comunicar e utiliza uma figura. Inicialmente eu entrego a ele o objeto de desejo assim que ele coloca a mão ou pega a figura. Assim que ele aprender que para ele ganhar o objeto ele precisa pegar aquela figura eu começo a exigir mais dele. O próximo passo será entregar a figura. E assim, sucessivamente, até que de maneira espontânea e toda vez que ele quiser aquele objeto ele pegue a figura e entregue para a pessoa mais próxima.

2) O cuidador deve dividir o comportamento em partes menores e ensiná-las sequencialmente

A atividade pode ser dividida em partes menores e cada uma dessas partes pode ser ensinada separadamente, aceitando movimentos aproximados, como descrito no item 1 ou com o auxílio de procedimentos de ajuda, descrito no item 3 deste capítulo.

Exemplo: Para que o indivíduo aprenda a vestir uma bermuda é necessário que ele aprenda inicialmente a pegar a bermuda na gaveta, achar o lado correto, segurar no có, colocar uma perna, colocar a outra perna e subir a bermuda até a cintura.

Há três formas de ensinar esses comportamentos. São elas:

- I) **Apresentando a sequência toda da tarefa:** Em cada tentativa o indivíduo realiza todos os passos do início até o final da cadeia e continua com repetições de toda a tarefa, até que ele consiga realizar a atividade de maneira independente.
- II) **Apresentando a sequência de trás para frente:** o ensino começa do último passo. Se pegarmos o exemplo citado anteriormente, iniciariamos o treino de vestir a bermuda solicitando ao indivíduo que puxe a bermuda até a cintura. Após aprender esse passo pediríamos para colocar uma das pernas no buraco da bermuda e assim sucessivamente até realizar todas as etapas.

III) Apresentando a sequência de frente para trás: O primeiro passo da sequência é ensinada em primeiro lugar. Depois a primeira e a segunda são ensinadas e ligadas, depois as três primeiras etapas e assim por diante, até que toda a cadeia seja adquirida. Depois que um passo é aprendido, a próxima é introduzida.

Alguns autores relatam que a apresentação da tarefa total possui várias vantagens. Com a apresentação da tarefa total parece que o indivíduo aprende ao mesmo tempo todos movimentos necessários para realização dos comportamentos envolvidos, assim como a sequência em que estes comportamentos ocorrem. O que deve produzir resultados mais rápidos, aumentando a independência do indivíduo desde o início do ensino, especialmente se ele já estiver familiaridade com alguma etapa.

3) O cuidador deve oferecer ajuda para que o indivíduo apresente respostas corretas, facilitando a aprendizagem do comportamento necessário para realização da atividade.

Os tipos de auxílio oferecido pelo cuidador para que o indivíduo adquira o comportamento que se deseja ensinar é chamado níveis de ajuda. A quantidade, intensidade e duração do contato entre o cuidador e o indivíduo deve variar ao longo do ensino, indo desde uma ajuda total até um contato mínimo entre eles, necessitando apenas de dicas ou demonstrações até alcançar a independência.

A seguir serão descritos os níveis de ajuda que podem se utilizados durante o treino dos comportamentos alvos:

- a) **Auxílio físico total:** envolve o fazer com o outro. É quando o cuidador executa o comportamento junto com o indivíduo.
- b) **Auxílio físico parcial:** Quando o cuidador diminui o contato físico com o indivíduo e este consegue realizar pelo menos parte do comportamento alvo.
- c) **Dicas gestuais ou demonstrativas:** Quando o cuidador aponta, toca o objeto ou oferece o modelo, mostrando ao indivíduo como é que ele deve realizar o comportamento (imitação).

Os níveis de ajuda devem ser utilizados para cada comportamento da atividade que será ensinada. Quando é verificado que o indivíduo não sabe realizar o comportamento deve-se iniciar com auxílio total e ir retirando a ajuda gradativamente. Quando o indivíduo apresenta respostas aproximadas a do comportamento alvo deve-se avaliar qual o tipo de auxílio é necessário para que ele execute o comportamento solicitado. Pode começar apenas solicitando o comportamento e caso não haja resposta por parte do mesmo parte-se para os demais níveis de ajuda.

O cuidador pode passar de um nível de ajuda para outro quando o indivíduo precisar de menos ajuda do que ele está oferecendo. Caso ele erre ou tenha dificuldade o cuidador deve retornar ao nível de ajuda anterior.

Os procedimentos de ensino devem ser realizados de maneira natural, deve ser prazeroso e adequado á faixa etária do indivíduo. Serão momentos em que você estará proporcionando a ele as oportunidades de aprendizagem de comportamentos envolvidos nas atividades diárias, prática, de lazer e de socialização. Visando uma melhor adaptação dele no ambiente no qual ele está inserido.

EXERCÍCIOS

1. Pense na atividade que você escolheu no capítulo 5 e descreva como você pode ensiná-la ao adulto com DI, pensando nos pontos discutidos neste capítulo:

CAPÍTULO 8: Fortalecendo um comportamento

Tudo que o indivíduo faz produz efeitos no ambiente e este pode tanto aumentar, como diminuir as probabilidades do comportamento voltar a ocorrer em uma mesma condição ou em condições semelhantes.

Exemplo: Lucas era um jovem de 16 anos que não obedecia aos pais. Inicialmente os pais de Lucas acabavam fazendo tudo por ele, porque se não fizessem acabavam tendo problemas. Lucas deitava no chão, chorava, batia nos pais; aprontava um escândalo. Não aguantando mais a situação, os pais de Lucas resolveram mudar a estratégia e começaram a ser muito positivos e aprovar qualquer exemplo de comportamento em que Lucas conseguisse agir adequadamente à situação e ao contexto e começaram a ignorar completamente os comportamentos de gritos, choros e de birras que ele apresentava. Com o tempo Lucas começou a emitir mais comportamentos adequados e cada vez menos comportamentos inadequados.

8.1. Reforçamento Positivo

É uma recompensa que, quando apresentada imediatamente após a ocorrência de um comportamento faz com que esse comportamento aumente as chances de ocorrer novamente, com uma frequência maior, numa intensidade maior e com uma duração maior.

Exemplo:

Situação	Resposta	Consequência imediata	Efeitos
O cuidador ajudando o adulto com DI a vestir a blusa	O adulto com DI pega a gola da blusa e tenta colocar na cabeça	O cuidador imediatamente o elogia mostrando a ele que o que ele fez foi muito legal	Das próximas vezes, a chance dele repetir o comportamento anteriormente apresentado será maior, devido à atenção dada a ele.

8.2. Tipos de reforçadores

As recompensas podem ser de vários tipos. São eles:

Reforçador social: É o mais comum e o mais desejável por ser importante para a socialização (“muito bem”; “parabéns” entre outros)

Reforçadores sensoriais: atividades que envolvam estímulos auditivos, visuais, táteis, olfativos, entre outros. Para isso é importante conhecer as preferências sensoriais do indivíduo.

Objetos: Podem ser utilizados após a ocorrência de comportamentos desejáveis.

Reforçadores comestíveis: São fortes reforçadores, quando outros não trazem muito efeito. Devem ser oferecidos junto ao reforço social e retirados gradativamente.

8.3 Como e quando devemos reforçar

Para que se consiga reforçar um comportamento de maneira eficiente, deve-se: reforçar imediatamente após a emissão do comportamento, ser consistente/firme, ter certeza que o reforço utilizado será eficaz, ter vários tipos de reforços, e utilizar junto com as atividades e itens tangíveis, o elogio (reforço social).

O reforço pode ser feito de forma contínua ou intermitente. Quando reforçamos de maneira contínua, o indivíduo é reforçado toda vez que emitir o comportamento desejado. Esse tipo de reforçador é utilizado quando o indivíduo está aprendendo uma habilidade. Após a aquisição desta habilidade, ou seja, quando o indivíduo já aprendeu passa-se para o reforço intermitente, ou seja, o reforço é oferecido, hora sim, hora não, com o objetivo de mantê-la.

8.4. Estímulos que não fortalecem o comportamento

Deve-se observar se o estímulo escolhido está fortalecendo o comportamento desejável. Caso não esteja é preciso verificar quais as razões. Será que está sendo oferecido imediatamente após a ocorrência do comportamento? É consistente? A quantidade é suficiente? Será que ele está recebendo o estímulo em outros momentos do dia e isso está enfraquecendo o estímulo que antes era

reforçador? Será que o comportamento que foi solicitado está fácil ou difícil demais? Caso haja algum problema deve-se fazer modificações.

EXERCÍCIOS

1. O que é reforçamento positivo?

2. Pense e tente descrever quais reforçadores você acredita que podem ser potencialmente eficazes durante o ensino da atividade selecionada no capítulo 5?

3. Qual a diferença entre o reforço contínuo e o reforço intermitente? Quando deve ser utilizado cada um deles?

4. O que pode estar ocorrendo quando um estímulo não está fortalecendo o comportamento desejado? O que deve ser feito neste caso?

CAPÍTULO 9: Formas de registro

Antes de iniciar o treino, é preciso avaliar o que o indivíduo já sabe; é preciso verificar o repertório inicial dele. Verifique se ele executa com independência alguns comportamentos descritos na atividade que você deseja ensinar (devem ser realizados no mínimo três registros antes de iniciar o treino).

Após a realização destes primeiros registros você saberá quais os comportamentos que o indivíduo tem maior dificuldade e quais ele já sabe. Ao iniciar o ensino, os registros devem se manter, pois isso possibilitará o acompanhamento da aprendizagem do indivíduo e você saberá se ele está aprendendo ou não.

Os procedimentos devem ser constantemente avaliados. Ao verificar na cadeia de comportamentos a conduta executada pelo indivíduo, é possível perceber em quais ele necessita de menos ajuda (quando comparado aos registros anteriores) e assim, pode-se verificar se ele está ou não aprendendo.

O modelo de folha de registro (anexo) para anotação dos níveis de ajuda, utilizados para cada comportamento envolvido, na cadeia da atividade que estará sendo ensinada, possibilitará a você verificar qual é o nível de ajuda que será necessário para que o indivíduo realize cada um dos comportamentos descritos, e como consequência, ajudará você a planejar quais os procedimentos de ajuda que poderá utilizar no próximo momento de ensino.

Uma observação importante é que tudo que acontece com o indivíduo influencia no comportamento dele. Os reforçadores que você utilizou durante o ensino, as mudanças nos procedimentos realizadas ao longo do ensino, as alterações de rotina ou saúde (medicação nova, doença, mudança do cuidador, entre outros) devem ser sempre anotados, uma vez que são informações importantes na análise dos resultados do treino.

EXERCÍCIOS

1. Porque é importante avaliar antes de iniciar o treino?

2. Porque é tão importante avaliar constantemente o treino da atividade que está sendo ensinada?

3. Escolha uma atividade* diferente da realizada na pesquisa e que você queira ensinar ao adulto com DI que você acompanha. Monte a folha de registro com os passos necessários para a realização da atividade escolhida e tente ensiná-lo, utilizando os conceitos que você aprendeu.

*Se a atividade descrita no capítulo 5 não for uma das selecionadas para pesquisa, você pode utilizá-la.

CAPÍTULO 10: Parte prática

Agora que você já aprendeu todos os passos necessários para o ensino de novos comportamentos, você pode colocá-los em prática. Nas primeiras vezes que você for realizar os procedimentos de ensino podem ocorrer dúvidas, mas não se desespere. Anotando os níveis de ajuda que utilizou e completando as folhas de registro logo após a realização do procedimento de ensino, você poderá monitorar se o indivíduo está realmente aprendendo ou não o que você está ensinando e aos poucos você vai se familiarizando com os procedimentos.

Lembretes importantes

1. Ensine com entusiasmo e motivação;
2. Procure dar oportunidade para que o indivíduo realize a atividade, oferecendo o mínimo de ajuda possível.
3. A atenção do indivíduo deve ser garantida antes de dar uma instrução ou fazer um pedido;
4. Os comportamentos corretos devem ser mais enfatizados do que os incorretos (o “não” deve ser evitado);
5. Elogie o indivíduo após cada comportamento correto; garanta consequências imediatas e eficazes e ao elogiar, descreva o que ele fez.

6. Realize o registro sempre logo após a realização dos procedimentos de ensino, assim você garante maior fidedignidade nos seus resultados.
7. As instruções devem ser simples, direta e objetiva.
8. As instruções dadas não devem ser repetidas mais de uma vez; ao mesmo tempo;
9. Deve ser dado um tempo suficiente para que o indivíduo consiga dar uma resposta;
10. Direcione sempre, não deixe livre.
11. Tente garantir a previsibilidade.
12. O tom de voz e a linguagem utilizada deve ser o mais natural possível, sem gritos e tons muito altos;
13. Verifique se estão ocorrendo as mudanças esperadas; se ele está aprendendo, ou seja, se seu procedimento é eficaz.
14. Você deve interagir com o indivíduo de forma a favorecer a aprendizagem dele.

BOA SORTE!!!!

APÊNDICE

Comportamentos indesejáveis

A atenção dada ao outro pode atuar como reforçador. Sendo assim o grito, o castigo, o bater, entre outros estímulos, podem fortalecer alguns comportamentos. O que auxilia no enfraquecimento e eliminação de comportamentos indesejáveis?

Quando o indivíduo apresenta comportamentos indesejáveis, como agressão, estereotípias, dentre outros, precisamos enfraquecê-los. Se pararmos de reforçar uma resposta que anteriormente era aumentada pela atenção que era dada a ela, ela irá diminuir a frequência. Para isso dá-se o nome de extinção.

É importante destacarmos que a extinção é uma das formas mais eficazes de enfraquecer o comportamento, porém nem sempre é possível utilizá-la. Há casos de agressão e autolesão onde simplesmente não é possível ignorar o comportamento, por uma questão de integridade física. Assim, a extinção deve ser utilizada apenas nos casos em que o cuidador tem certeza de que não irá dar o reforçador. Caso contrário, o cuidador estará ensinando ao indivíduo que ele conseguirá o que quer caso insista com o comportamento inadequado. Para aquelas situações em que é impossível ignorar o comportamento apresentado (auto lesivo, agressão) a melhor estratégia é a prevenção. Deve-se evitar que esses comportamentos ocorram, seja organizando o ambiente, antecipando uma resposta ou mantendo o indivíduo em atividade.

Referências Bibliográficas

- BOUERI, Z. I. **Efeitos de um programa educacional para atendentes visando a independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, 2010.
- GOMES, C. G. S. **Desempenhos Emergentes e Leitura Funcional em Crianças com Transtornos do Espectro Autístico.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, 2007.
- HALLAHAN, P, D; KAUFFMAN, M, J; PULLEN, C, P. **Exceptional Learners: An Introduction to Special Education.** 11.ed. Boston: Allyn & Bacon., p. 146-150, 2009.
- HARDMAN, M., DREW, C.; EGAN, M.W. **Human exceptionality: Society, school, and family** 6.ed. Boston: Allyn; Bacon, p. 226-233, 2002.
- LEBLANC, J. **El Currículun Funcional en la Educación de la Persona con Retardo Mental.** Texto apresentado no simpósio internacional COANIL. Santiago – Chile, 1992.
- MARTIN, G; PEAR, J. **Modificação de comportamento: O que é e como fazer.** 8.ed. Roca, 2009.
- PINHEIRO, M. I. S. **Treinamento em habilidades sociais educativas para pais de crianças em trajetória de risco.** Dissertação de Mestrado. Curso de Pós- Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, SP. (2006).
- SMITH, D, D.; TYLER, C,N. **Introduction to Special Education: Making a Difference.**7.ed. Merrill, p. 264-272, 2010.
- SUPLINO, M. **Currículo funcional natural: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005.
- WINDHOL Z, H, M. **Passo a passo seu caminho: guia curricular para o ensino de habilidades básicas.** São Paulo: Edicon, 1988.

APÊNDICE

APÊNDICE H - PROTOCOLOS PARA REGISTRO DOS COMPORTAMENTOS ADEQUADOS E INADEQUADOS

Avaliação dos Comportamentos do Adulto com DI

Cuidador: _____ Participante: _____ Data: ___/___/___ Atividade: _____ Filmagem ___ Tempo total: ___:___

Fase Experimental: () Linha de base __ () Intervenção__ () Sondagem ___ () Manutenção___ () Generalização___

COMPORTAMENTOS ADEQUADOS DO ADULTO COM DI (CAA)	QUANTIFICAÇÃO	
		TOTAL
COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DO ADULTO COM DI (CIA)	QUANTIFICAÇÃO	
		TOTAL

**APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA FINAL
PARA CUIDADORES DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

Cuidador: _____ Data: ___/___/___

1. Houve alguma mudança na sua rotina com o adulto com DI depois da pesquisa?
Você mudou a forma de lidar com ele?
2. Há alguma atividade que vocês estão fazendo agora e que não faziam anteriormente?
Se sim, qual?
3. Você acha que o adulto com DI adquiriu habilidades? Quais?
4. Ele melhorou a percepção e o entendimento de ordens?
5. O adulto com DI tem demonstrado interesses e preferências que antes não eram observadas? Quais?
6. Houve alguma mudança no comportamento do adulto com DI? Quais?
7. Houve alguma mudança na rotina do adulto com DI? Se sim, quais?
8. Quais atividades o adulto com DI ainda apresenta dificuldades para realizar?
9. Quais as dificuldades encontradas por você durante o trabalho?
10. Outros membros da família perceberam melhoras no adulto com DI? Quais?
11. Para você como foi participar da pesquisa? Como foi desenvolver as atividades com o adulto com DI?
12. Você quer contar mais alguma coisa? Quer dar alguma sugestão?

APÊNDICE M - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

À Instituição _____,

Este trabalho busca verificar os efeitos de um processo de capacitação do cuidador na aprendizagem de habilidades ocupacionais de adultos com deficiência intelectual no ambiente domiciliar.

Para isso serão realizadas entrevistas com os cuidadores que estejam envolvidos nas atividades diárias dos participantes com deficiência intelectual, com o intuito de conhecer o ambiente, a rotina desses participantes e as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das atividades diárias, e concomitantemente, serão realizadas avaliações dos adultos com deficiência intelectual e de seus cuidadores, envolvidos no estudo. Esta avaliação será composta pela observação das habilidades desempenhadas pelos adultos com deficiência intelectual nas diversas atividades diárias, como banho, vestuário, escovação de dentes, realizadas junto ao seu cuidador. Posteriormente será estruturado, a partir das habilidades escolhidas, um programa de capacitação para os cuidadores que será implementado durante aproximadamente seis meses. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho. Durante e após a implementação do programa serão aplicadas avaliações para verificar se há mudança ou não no comportamento tanto do cuidador como do adulto com deficiência intelectual.

Após o término do estudo a pesquisadora se compromete a retornar à instituição para passar as orientações para os responsáveis pelos adultos com deficiência intelectual para que possam dar continuidade ao trabalho realizado.

Sendo assim, venho por meio desta, solicitar a autorização para que a seleção dos participantes seja feita por meio desta instituição de ensino. Esta instituição está sendo convidada a participar da pesquisa por atender adultos com deficiência intelectual e oferecer atendimento especializado. Importante lembrar que a participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar o consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, Universidade Federal de São Carlos.

O procedimento não causará nenhum dano à integridade dos participantes ou à instituição e as informações obtidas nesse estudo serão confidenciais; a identificação de ambos, participantes e instituição, serão mantidas sob sigilo. Os nomes e endereços dos participantes, ou qualquer outra informação de identificação dos mesmos serão substituídos por informações fictícias, impossibilitando a identificação.

Os resultados obtidos a partir do desenvolvimento desta pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou desfavoráveis, por meio de publicações e/ou apresentações em eventos de pesquisas científicas da área.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento. Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Qualquer gasto eventual por parte da instituição para o desenvolvimento da pesquisa será ressarcido.

 Mestranda: Analice Dutra Silveira
 RG: MG11. 578.372 SSP-MG
 Rua Tuiuti 1280, AP 103 A
 Padre Eustáquio – Belo Horizonte- MG
 Telefone: 031 9731-9563

 Prof. Dra. Maria Amélia Almeida
 RG: 865599-5 SSP – PR
 Telefone: 016 3351-8487

Eu _____, portador do RG _____, diretor (a) da instituição _____ autorizo a seleção dos alunos para participar da pesquisa mediante liberação dos pais.

Declaro estar ciente dos objetivos, riscos e benefícios da participação dos educandos na pesquisa e também declaro estar ciente de que a participação da instituição é voluntária, podendo ser solicitado o desligamento a qualquer momento e que o nome da instituição será preservada.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – caixa postal 676. – CEP: 13.565-905. São Carlos – SP – Brasil. Fone: (016) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

 Assinatura do responsável pela instituição

Data ____/____/____

APÊNDICE N - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao responsável,

Seu filho juntamente com o cuidador, está sendo convidado a participar de uma pesquisa que irá verificar os efeitos de um processo de capacitação do cuidador no ensino de habilidades ocupacionais de adultos com deficiência intelectual no ambiente domiciliar.

A Participação de seu filho e do respectivo cuidador nesse estudo consiste em: o cuidador que esteja envolvido nas atividades diárias com seu filho irá responder a uma entrevista, com gravação em áudio, com o intuito de o pesquisador conhecer o ambiente, a rotina dos mesmos e as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das atividades diárias. Concomitantemente, será realizada uma observação do participante com deficiência intelectual e de seu respectivo cuidador, envolvidos no estudo. Esta observação será das habilidades desempenhadas pelo participante na rotina diária e o registro da mesma será feito através de filmagens. Posteriormente será estruturado, a partir das habilidades escolhidas, um programa de capacitação para o cuidador, que será implementado durante aproximadamente seis meses. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante a pesquisa. Sendo assim, solicito a autorização para filmagem em áudio e vídeo das avaliações e dos procedimentos que serão realizados com o seu filho (a) e cuidador para facilitar a análise dos dados obtidos.

O programa será realizado no ambiente domiciliar do participante com deficiência intelectual. Assim, solicito a autorização para execução das atividades referentes à pesquisa nas dependências de sua residência. Durante e após a implementação do programa serão aplicadas avaliações para verificar se há mudança ou não no comportamento tanto do cuidador como do adulto com deficiente intelectual.

Informo que as informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os nomes e endereços dos participantes, ou qualquer outra informação de identificação dos mesmos serão substituídos por informações fictícias, impossibilitando a identificação.

Os resultados obtidos a partir do desenvolvimento desta pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou desfavoráveis, por meio de publicações e/ou apresentações em eventos de pesquisas científicas da área.

Após a análise dos dados, as filmagens e transcrições dos registros em áudio serão guardados durante cinco anos no Laboratório de Currículo Funcional na Universidade Federal de São Carlos. Após esse tempo, elas serão destruídas, assim como todo o material coletado.

Seu filho (a) está sendo convidado a participar da pesquisa por apresentar os pré-requisitos necessários e o cuidador por desempenhar atividades diárias junto ao adulto com deficiência intelectual e por ser a pessoa que passa a maior parte do tempo com ele. Importante lembrar que a participação de seu filho (a) e do cuidador não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar o consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Universidade Federal de São Carlos. Os benefícios relacionados com a participação de seu filho (a) será o aprendizado de novas habilidades e a ampliação do nível de independência e autonomia. O procedimento não causará nenhum dano à integridade dos participantes. Poderá haver desagrado em alguns momentos com relação às mudanças que serão propostas. A participação de seu filho (a) e do cuidador auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos proporcionando maiores informações e discussões que podem trazer benefícios para a área de Educação Especial, com a capacitação do cuidador. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Qualquer gasto eventual por parte da família para o desenvolvimento da pesquisa será ressarcido.

Mestranda: Analice Dutra Silveira
RG: MG11. 578.372 SSP-MG
Rua Tuiuti 1280, AP 103 A
Padre Eustáquio – Belo Horizonte- MG
Telefone: 031 9731-9563

Prof. Dra. Maria Amélia Almeida
RG: 865599-5 SSP – PR
Telefone: 016 3351-8487

Eu, _____ portador do RG _____, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para que meu filho (a) _____, e seu cuidador _____ participe deste estudo.

Declaro estar ciente de que a pesquisa será desenvolvida num período de seis meses. Declaro aceitar que meu filho (a) e seu respectivo cuidador participem da pesquisa e também declaro estar ciente de que a participação dos mesmos é voluntária, podendo ser solicitado o desligamento a qualquer momento e que a minha identidade, assim como dos participantes serão preservadas. Alego que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação de meu filho (a) e de seu cuidador na pesquisa. Autorizo também a execução das atividades referentes à pesquisa nas dependências de minha residência, pela qual assino como responsável. Autorizo a filmagem em áudio e vídeo das avaliações e intervenções que serão realizadas para facilitar a análise dos dados obtidos.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – caixa postal 676. - CEP: 13.565-905. São Carlos - SP – Brasil. Fone: (016) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Assinatura do responsável

Data ____/____/____

APÊNDICE O - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao cuidador,

Este trabalho busca verificar os efeitos de um processo de capacitação do cuidador na aprendizagem de habilidades ocupacionais de adultos com deficiência intelectual no ambiente domiciliar. Para isso será realizada uma entrevista com o cuidador que esteja envolvido nas atividades diárias do participante, com o intuito de conhecer o ambiente, a rotina do mesmo e as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das atividades diárias. O participante com deficiência intelectual também passará por uma avaliação. Esta avaliação será composta pela observação das habilidades desempenhadas pelos adultos com DI nas diversas atividades diárias, como banho, vestuário, escovação de dentes, realizada juntamente pelo seu cuidador. Posteriormente será estruturado, a partir das habilidades escolhidas um programa de capacitação do cuidador, que será implementado durante aproximadamente seis meses. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante a pesquisa. O programa será realizado no ambiente domiciliar do participante com deficiência intelectual. Durante e após a implementação do programa serão aplicadas avaliações para verificar se há mudança ou não no comportamento tanto do cuidador como do participante com deficiência intelectual.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa por desempenhar atividades diárias junto ao adulto com deficiência intelectual e por ser a pessoa que passa a maior parte do tempo com ele. Importante lembrar que a sua participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar o consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, Universidade Federal de São Carlos.

O procedimento não causará nenhum dano à sua integridade e as informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os nomes e endereços dos participantes, ou qualquer outra informação de identificação dos mesmos serão substituídos por informações fictícias, impossibilitando a identificação. Os resultados obtidos a partir do desenvolvimento desta pesquisa serão tornados públicos, sejam favoráveis ou desfavoráveis, por meio de publicações e/ou apresentações em eventos de pesquisas científicas da área.

Poderá haver desagrado em alguns momentos com relação às mudanças que serão propostas. Sua participação auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos proporcionando maiores informações e discussões que podem trazer benefícios para a área de Educação Especial, com a capacitação do cuidador.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento. Qualquer gasto eventual que por ventura tiver para o desenvolvimento da pesquisa será ressarcido

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Qualquer gasto eventual por parte da família para o desenvolvimento da pesquisa será ressarcido.

Mestranda: Analice Dutra Silveira
RG: MG11. 578.372 SSP-MG
Rua Tuiuti 1280, AP 103 A
Padre Eustáquio – Belo Horizonte- MG
Telefone: 031 9731-9563

Prof. Dra. Maria Amélia Almeida
RG: 865599-5 SSP – PR
Telefone: 016 3351-8487

Eu, _____, portador do RG _____, aceito participar do estudo de livre e espontânea vontade.

Declaro estar ciente de que o trabalho será desenvolvido num período de seis meses e que a minha participação é voluntária, podendo ser solicitado o desligamento a qualquer momento e que a minha identidade será preservada. Alego que entendi os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. Autorizo a filmagem em áudio e vídeo das avaliações e intervenções que serão realizadas para facilitar a análise dos dados obtidos.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – caixa postal 676. - CEP: 13.565-905. São Carlos - SP - Brasil. Fone: (016) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Assinatura do cuidador

Data ___/___/___

APÊNDICE P – REPRESENTAÇÃO DOS MATERIAIS E ADAPTAÇÕES UTILIZADAS



1. Bucha com compartimento para sabonete



2. Borda lateral para prato



3. Prato com borda lateral



4. Colher entortada com cabo engrossado



5. Garfo com cabo engrossado



6. Colher com cabo engrossado



1. Garrafinha com tampa



2. Cadeira plástica com borda lateral



3. Suportes para guardar utensílios de banho e escovação



4. Tapete antiderrapante



5. Toalha de rosto



6. Espremedor para tubo de pasta de dente

APÊNDICE R: PROTOCOLO DE REGISTRO DE CONTROLE DE FIDEDIGNIDADE DOS COMPORTAMENTOS DOS PARTICIPANTES

<i>REGISTRO DE FIDEDIGNIDADE</i>																		
Atividade:	Participante:								Total de comportamentos:									
Etapa experimental	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Comportamentos adequados	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
	C		C		C		C		C		C		C		C		C	
<i>TOTAL</i>	D		D		D		D		D		D		D		D		D	
%																		

LEGENDA: (P) Pesquisador (A) Auxiliar

Nota: As lacunas devem ser preenchidas com o número de vezes que o comportamento foi apresentado, de acordo com cada um dos observadores. Em seguida calcula-se a porcentagem, por meio da fórmula: divide-se o número de concordâncias pelo número de concordâncias somado ao de discordância e o resultado multiplicado por 100 (COZBY, 2003). O Protocolo foi adaptado do estudo de Boueri (2010).

Fonte: Base de dados da pesquisa

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA
COMITÊ DE PESQUISA COM SERES HUMANOS – UFSCAR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propq.ufscar.br>

Parecer N°. 454/2011

Título do projeto: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES NO ENSINO DE HABILIDADES OCUPACIONAIS DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
Área de conhecimento: 7.00 - Ciências Humanas / 7.08 - Educação
Pesquisador Responsável: ANALICE DUTRA SILVEIRA
Orientador: MARIA AMELIA ALMEIDA
CAAE: 0185.0.135.000-11 **Processo número:** 23112.002850/2011-75 **Grupo:** III

Análise da Folha de Rosto

A Folha de Rosto está completamente preenchida e devidamente assinada.

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

O objetivo do projeto é verificar os efeitos de um programa de capacitação do cuidador no ensino de habilidades ocupacionais de adultos com deficiência intelectual no ambiente domiciliar.

Metodologia aplicada

A metodologia é quali-quantitativa, através de utilização de escalas, entrevistas, filmagens e diário de campo. Os sujeitos de pesquisa serão três adultos com deficiência intelectual e os respectivos cuidadores.

Identificação de riscos e benefícios

A análise de riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa está adequada.

Cronograma

O cronograma apresentado está adequado às necessidades do projeto e ao comprometimento ético.

Orçamento financeiro detalhado

A pesquisadora indica que não há patrocínio para a realização da pesquisa e que os custos correrão por sua conta.

Forma de recrutamento

Os participantes serão recrutados em uma instituição de educação especializada (escola especial destinada à educação de adultos), sediada em uma cidade de grande porte do estado de Minas Gerais. Quanto ao número da amostra será composta por três pessoas adultas, em idades acima de 18 anos, com diagnóstico prévio compatível com a caracterização de deficiência intelectual que necessitem de apoio generalizado, e seus respectivos cuidadores (pais, parentes ou empregados), contabilizando três cuidadores. Como critério de inclusão, os adultos com deficiência intelectual deverão ser completamente dependentes nas atividades de vida instrumental diária e atividades de vida instrumental prática, assim como apresentar limitações cognitivas e sociais que comprometam severamente a interação social e a aprendizagem de habilidades novas. Os cuidadores convidados para participar da pesquisa deverão ser aqueles que desempenham as atividades diárias junto aos adultos com deficiência intelectual, passando a maior parte do tempo com eles.

Adequação do TCLE

O TCLE está adequado.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Currículos foram apresentados e demonstraram que a pesquisadora e orientadora têm formação e experiência na área e temática de pesquisa.

Conclusão

Trata-se de um trabalho relevante dos pontos de vista científico e social, com preocupação ética. Tendo em vista os comentários acima, o projeto de pesquisa está adequado em todos os aspectos pertinentes à



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br


<http://www.pronq.ufscar.br>

Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Opino, portanto, que o projeto seja incluso na categoria *aprovado*.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.

São Carlos, 21 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar