



ENTENDIMENTO E PERCEÇÃO DOS RESPONSÁVEIS SOBRE DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM REABILITAÇÃO

LAÍS BURATO; MARIA MADALENA SANTIAGO; ANTÔNIO AUGUSTO SCHÄFER;
FERNANDA DE OLIVEIRA MELLER.

RESUMO

Estima-se que 15% da população mundial possua alguma deficiência, sendo 10% em crianças ou adolescentes. Dentre esses, 1,4% apresentam diagnóstico de Deficiência Intelectual (DI). Indivíduos com DI precisam de uma rede de apoio, e para isso, é essencial o entendimento sobre a DI por parte dos responsáveis. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos pais e responsáveis sobre DI em crianças e adolescentes de um Centro Especializado em Reabilitação (CER). Foi realizado através de um estudo descritivo realizado com todos os pais e responsáveis por crianças ou adolescentes com DI, atendidos no CER II de um município do sul do Brasil. Foram coletados dados sobre conhecimento, necessidades e desafios dos pais ou responsáveis em relação à DI das crianças e adolescentes, bem como informações relacionadas ao CER. Para a construção do questionário, utilizou-se como referência o Manual de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria e a pesquisa europeia Fenacerci. Todas as variáveis estudadas foram apresentadas através de análise descritiva utilizando o programa Stata versão 12.1. Observou-se então, que a maioria das crianças e adolescentes era do sexo feminino, tinha em média 11,5 anos e estava acompanhada pela mãe no atendimento. A maior parte não apresentou problemas de saúde após o parto, mas possuíam alterações no desenvolvimento. Quase a totalidade das crianças ou adolescentes apresentavam problemas na escola e mais da metade já havia repetido de ano. A maioria dos pais não conhecia a DI até o momento de diagnóstico do menor. Ademais, quase unânime entre os pais foi o relato de que recomendariam o CER e estavam satisfeitos com o serviço. A visão positiva do CER e seus profissionais relatada pelos pais ou responsáveis por indivíduos com DI destaca a importância deste serviço especializado e da atuação multiprofissional para o fechamento de diagnóstico de DI, bem como acompanhamento e orientação da família frente a esta situação.

Palavras-chave: Déficit cognitivo; Centro Especializado em Reabilitação; Crianças; Adolescentes; Transtorno do desenvolvimento intelectual.

1 INTRODUÇÃO

A deficiência pode ser definida como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica temporária ou permanente (AMIRALIAN et al., 2000). Incluem-se nessas, as funções mentais, podendo ser um distúrbio orgânico ou uma perturbação no órgão (AMIRALIAN et al., 2000). Para a American Psychiatric Association, a deficiência intelectual (DI), também chamada de transtorno do desenvolvimento intelectual, é caracterizada por déficit em algumas funções, como aprendizado, raciocínio, planejamento, compreensão e pode ser classificada em: leve, moderada, grave e profunda (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

São considerados fatores de risco para a DI erros metabólicos, síndromes genéticas, doenças maternas e fatores ambientais, como o uso de algumas drogas ou toxinas durante a gestação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; VIEIRA; GIFFONI, 2017). O diagnóstico pode ser feito a partir dos cinco anos de idade, sendo ele de extrema importância, tanto para a criança quanto para os familiares, que são peças-chave na vida desses indivíduos, principalmente quando realizado o mais precocemente possível (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; MATA, 2018).

Em todo o mundo, estima-se que 15% da população possua alguma deficiência, sendo 10% correspondente a crianças ou adolescentes. Dentre esses, 1,4% apresentam diagnóstico de DI (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)². Devido as dificuldades provenientes deste diagnóstico clínico, indivíduos com DI necessitam de uma rede de apoio. Para que os responsáveis possam fornecer tal apoio, o conhecimento sobre DI é essencial para o estabelecimento de vínculo e do cuidado apoiado (KRUITHOF et al., 2020). Assim sendo, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos pais/responsáveis sobre DI em crianças e adolescentes de um Centro Especializado em Reabilitação (CER).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no CER II, localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do município de Criciúma, Santa Catarina. O CER II atende toda região da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), contando com uma equipe multiprofissional. Além da avaliação multiprofissional, é um serviço que realiza atendimento individualizado, em grupos e familiares, bem como atividades complementares. Os participantes do estudo foram todos os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes com diagnóstico de DI atendidos pelo CER II no período de agosto de 2016 a junho de 2018, totalizando 23 indivíduos. Foram excluídos os pais ou responsáveis que não moravam com a criança ou adolescente ou que, mesmo morando, eram incapazes de responder ao questionário.

Para a realização da pesquisa, os pais ou responsáveis foram contatados por telefone e, após o aceite para participar, procuraram o CER II para a aplicação do questionário. Antes da entrevista, foram esclarecidas as dúvidas, os riscos e os benefícios da pesquisa. O questionário foi aplicado logo após, por uma entrevistadora treinada e a coleta dos dados ocorreu em uma sala de atendimento do CER II. O questionário continha perguntas sobre o conhecimento, a percepção e as necessidades dos pais ou responsáveis em relação à DI das crianças e adolescentes, bem como relacionadas ao CER. Para a construção do questionário, utilizou-se como referência o questionário sobre DI do projeto europeu Fenacerci (FEDERAÇÃO NACIONAL DE COOPERATIVA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL, 2006) e o manual de transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Foram investigadas variáveis demográficas, gestacionais e de nascimento, comportamentais, escolares, sentimentais e de conhecimento sobre DI e sobre o CER.

Foi realizada dupla digitação dos dados no programa Microsoft Excel® e análises descritivas foram conduzidas. As variáveis categóricas foram apresentadas através das frequências absoluta (n) e relativa (%) e a variável numérica idade foi apresentada através de média e desvio padrão. Para a realização destas análises, o programa Stata versão 12.1 foi utilizado.

Todos os participantes forneceram consentimento livre e esclarecido para sua participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade

do Extremo Sul Catarinense, sob protocolo nº 2.621.152 (CAAE: 88010518.9.0000.0119).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características demográficas das crianças ou adolescentes, foi observado que a maioria pertencia ao sexo feminino (69,6%) e tinha em média de 11,5 (desvio padrão: $\pm 2,9$) anos de idade. Além disso, a maior parte das crianças e adolescentes estavam acompanhados pela mãe no momento do atendimento (61,0%). Similarmente, Souza (2016) ao estudar crianças com deficiência intelectual de quatro escolas municipais da rede regular de ensino, evidenciou que a mãe era o familiar que mais participava das atividades da escola, seguido de avós e bisavós. Isso indica uma forte presença feminina na vida dos indivíduos com DI, mesmo que a escola estimule a presença de ambos (pai e mãe). Segundo Silva et al., (2016) a presença materna é de suma importância para o desenvolvimento da criança, pois transmite segurança e possibilita à criança compreender o significado de relações sociais.

No que diz respeito às características intelectuais e de saúde das crianças e adolescentes estudados, evidenciou-se que a maioria deles não apresentou problemas de saúde após o parto (82,6%) e nunca teve sarampo (95,7%). Além disso, nenhum indivíduo estudado tinha histórico de caxumba ou meningite. Observou-se, também, que mais da metade deles (52,2%) apresentava alteração no desenvolvimento, segundo o responsável. Ademais, também segundo os responsáveis, a grande maioria das crianças e adolescentes apresentava dificuldades de memória (82,6%) e de gerenciamento de dinheiro (69,6%), bem como boa convivência com as pessoas (60,9%). Por outro lado, também segundo os responsáveis, 69,6% das crianças e adolescentes não tinham discernimento das consequências de suas ações/atividades, 65,2% não conseguiam pensar de forma lógica e 73,9% apresentavam maturidade menor do que de outras crianças da mesma idade. A maioria apresentava autonomia (65,2%).

Crianças com DI apresentam alterações significativas em relação ao processamento de informações para sua idade (DUARTE; VELLOSO, 2017). A caracterização clínica da DI está relacionada com alterações cognitivas que intervêm na organização de distintas funções. No geral, as funções cognitivas com baixo desempenho na DI são: memória de trabalho, capacidade de planejamento e de resolução de problemas, controle da atenção e velocidade de processamento.

Acerca das variáveis escolares, pôde-se verificar que a maioria das crianças ou adolescentes apresentava problemas na escola (95,7%) e já tinha repetido o ano (60,9%). A maioria dos pais ou responsáveis relatou que a escola os chamou para conversar sobre a criança ou adolescente (91,3%) e que existe o segundo professor em sala de aula (95,7%). Gil (2018) destaca questões sobre avaliação e reprovação escolar, citando que os alunos considerados capazes, a é que realizavam os exames avaliativos e podem ser reprovados ou aprovados, o que pode aumentar o número de reprovações, uma vez que há falta de avaliações comportamentais e de desenvolvimento cognitivo específicas para cada estudante.

Ademais, Oliveira & Lima (2019) citam que as condições para a realização de uma avaliação de aprendizagem dependem das práticas pedagógicas adotadas. Elas devem respeitar a faixa etária e as necessidades especiais dos alunos, uma vez que uma avaliação mal realizada, seja na aplicação de provas ou na avaliação comportamental, pode ocasionar prejuízos no processo de ensino e aprendizagem, refletindo no atraso do desenvolvimento do aluno, na reprovação anual e na falta de interesse deste indivíduo para continuação da busca de conhecimento. Para Barbosa & Moreira (2009) mesmo que haja um modelo educacional inclusivo, o processo educacional acaba sendo pouco efetivo e os resultados obtidos são inexpressivos e parecem ser falhos na concretização das políticas de inclusão. Além disso, crianças, mesmo que matriculadas, podem não construir conhecimentos formais necessários como a escrita e a leitura, podendo sofrer por isso, restrição sociais de seus pares (PLETSCH;

GLAT, 1969; SILVA; CARVALHO, 2017).

A política de inclusão de alunos que apresentam necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino não consiste apenas na permanência física desses alunos junto aos demais, mas representa a ousadia de rever concepções e paradigmas, bem como desenvolver o potencial dessas pessoas, respeitando suas diferenças e atendendo suas necessidades (BRASIL, 2011). Um dos modos de auxílio para estes alunos é a existência do segundo professor em sala de aula, o qual é de suma importância para a permanência do aluno com deficiência na escola, já que poderá estimular a interação com os demais colegas e aprendizagem deste aluno. A atuação desse profissional é indispensável e valiosa para o bem-estar dos alunos com DI, uma vez que fornece uma resposta educativa mais diversificada e individualizada, beneficiando toda classe (MENDONÇA AAS; NETO WG, 2019). Neste estudo, grande parte dos entrevistados referiram haver um segundo professor na sala de aula do seu filho.

Em se tratando do conhecimento dos pais ou dos responsáveis sobre DI, foi constatado que a maioria deles nunca tinha ouvido falar em DI (78,3%) até o momento do diagnóstico da criança ou adolescente e que 20% ficaram sabendo sobre deficiência apenas após o diagnóstico da criança ou adolescente. Sobre as causas da doença, grande parte se referiu à genética como possível causa (87,0%), seguido por problemas na gestação e lesões cerebrais decorrentes de queda (65,2% em ambos) e por sarampo e meningite (52,2%). No estudo de Gilissen et al., (2014) salientam que as causas etiológicas da DI são heterogêneas e que seu quadro clínico pode ser determinado por fatores genéticos e/ou ambientais. Já no que diz respeito ao conhecimento dos pais ou responsáveis sobre o DI, este estudo evidenciou que a maioria dos pais nunca tinha ouvido falar em DI.

Quanto à percepção dos pais ou responsáveis sobre a DI, a maioria referiu boa aceitação após o diagnóstico (91,3%) e não ter se sentido zangado (91,4%), frustrado (78,4%), sofrido (73,9%) ou chocado (78,3%) com o diagnóstico. Além disso, os responsáveis, em sua maioria, também relataram ser fundamental o recebimento de informação detalhada no momento do diagnóstico (91,3%) e o contato com associações de pais (95,7%), sendo que todos citaram ser fundamental o recebimento de suporte emocional e psicológico e de informações sobre o desenvolvimento da criança a longo prazo, no momento do diagnóstico. Ao receber o diagnóstico de DI é usual que os pais iniciem um processo de luto, que só irá evoluir à medida que as necessidades da criança são identificadas, possibilitando a criação de um laço afetivo mais forte. Isso faz com que os pais desfaçam os sentimentos depositados numa criança “perfeita” e o luto decorrente do diagnóstico, favorecendo a criação de uma nova imagem da criança com DI (CAMARGO; LONDERO, 2008).

Ainda segundo Camargo & Londero (2008), os efeitos psicológicos imediatos da informação da DI sobre os pais e o processo de aceitação variam de acordo com a história familiar, patologia da criança e percepção do seu entorno, como o relacionamento prévio de cada casal, a estrutura de personalidade de cada um, as experiências vividas individual e coletivamente, bem como a cultura com a qual foram educados: convivência com as diferenças e enfrentamento da frustração.

Em relação às consequências da doença para a vida cotidiana dos responsáveis, evidenciou-se que, aproximadamente, um terço referiu que a doença influenciou suas relações sociais (34,7%), seu emprego (34,7%) e seu bem-estar individual (30,4%), sendo a maioria afetado também em suas condições socioeconômicas (91,3%) e a minoria em sua vida conjugal (13,3%). Quase metade também referiu que a deficiência afetou seu nível de estresse (43,4%) e 17,3% relataram que afetou suas relações familiares. O diagnóstico de DI em uma família pode requerer que algum dos familiares, normalmente a mãe, pare de trabalhar, para cuidados específicos com esta pessoa (SILVA; DESSEN, 2001). A Lei Complementar n.º 142, de 2013, que instituiu a aposentadoria para pessoa com deficiência, considera os beneficiários como aqueles que têm um impedimento de longo prazo de natureza física, mental intelectual ou

sensorial (BRASIL, 2013). O requerimento da aposentadoria nesses casos poderia amenizar o impacto socioeconômico nessas famílias.

Quanto aos sentimentos, cerca de dois terços dos responsáveis referiram sentir ansiedade (60,9%), tristeza (69,6%) e insegurança (65,2%) quando pensam no futuro da criança ou do adolescente. Apenas 21,7% se sentiam sem esperança quando pensam no futuro da criança ou do adolescente e a maioria sentia sentimento de proteção (82,6%), felicidade (95,7%) e satisfação (87,0%). Sobre a opinião frente a imagem de pessoa com deficiência apenas 8,7% e 4,3% dos responsáveis referiram achar negativa a imagem divulgada pela televisão e por jornais/revistas, respectivamente. As imagens divulgadas pela internet, pela escola e por profissionais de saúde foi considerada positiva ou muito positiva, em sua totalidade.

A maioria dos pais ou responsáveis, se não sua totalidade, referiu ser importante a reabilitação (95,7%), o bem-estar (100,0%), o sucesso escolar (100%), a autonomia na vida diária (100%), a felicidade (100%), as experiências (95,7%), os amigos e as relações sociais (95,7%) e os cuidados pessoais (100%) para a criança ou adolescente com DI. Já em relação ao suporte recebido, verificou-se que a maioria dos pais ou dos responsáveis referiu ter recebido informação (95,7%) ou suporte emocional e psicológico (95,7%) após o diagnóstico. No entanto, 52,2% dos responsáveis relataram não ter recebido apoio familiar, 73,9% relataram não ter recebido treinamento, 65,2% não receberam atividades de lazer e 91,3% não tiveram o suporte de outros pais. Além disso, 39,1% dos responsáveis relataram que a criança não recebeu encaminhamento para serviço especializado após o diagnóstico.

O enfrentamento dos pais diante do diagnóstico de DI é influenciado pela maneira como o diagnóstico é apresentado pelos profissionais de saúde, assim como suporte fornecido e esclarecimento de dúvidas. Isso pode influenciar os pais positiva ou negativamente e, como consequência, pode propiciar ou não o vínculo afetivo com seu filho. Para enfrentar a situação inicial, a busca por associações e apoio e informações em mídias (TV, rádio, revistas, jornais, redes sociais) parece ser essencial para os pais (BOGO MLF; CAGNINI ZVS; RAUDUENZ M, 2014). Tais afirmativas corroboram com este estudo, onde a maioria dos pais relatou ser fundamental o apoio de associações e o recebimento de informações detalhadas sobre o diagnóstico.

A reflexão que os pais fazem acerca do futuro da criança transcorrem em indagações sobre o desenvolvimento da criança (escolar, social e pessoal) (VITIRITTI; MARCHETI; GIULIANI, 2015). A esperança de que o filho pode ter um futuro com melhores condições serve como uma mola propulsora para os pais, favorecendo o incentivo e a construção de novas oportunidades para os indivíduos com DI (VITIRITTI; MARCHETI; GIULIANI, 2015). De acordo com isso, no presente estudo a minoria dos pais sentiam ansiedade, tristeza ou insegurança sobre o futuro dos filhos.

Por fim, quanto ao conhecimento dos pais ou dos responsáveis sobre o CER, verificou-se que a maioria (73,9%) não conhecia o CER antes do diagnóstico, mas quase sua totalidade se sentia satisfeito com os profissionais. Ainda sobre os profissionais, a maioria relatou que eles eram muito eficientes (87,0%), possuíam empatia (78,4%) e eram competentes nos cuidados fornecidos às crianças/adolescentes (87,0%). Por outro lado, 17,4% relataram que os profissionais eram um pouco estressados, 13,0% relataram que os profissionais eram um pouco ansiosos e 8,7% que eram um pouco rígidos. Por fim, todos pais ou responsáveis recomendariam os serviços do CER e apenas 30,4% conheciam os direitos e leis sobre inclusão de crianças e adolescentes com deficiência intelectual. O CER, constituído a partir das Portarias GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, GM/MS 835 de 25 de abril de 2012, tem entre suas responsabilidades, em parceria com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, realizar fechamento de diagnóstico na área de deficiência intelectual em crianças e adolescentes, além de orientar e apoiar os familiares perante o cotidiano do paciente. Ademais, neste serviço também são realizados atendimentos individuais e em

grupos, reavaliações periódicas do projeto terapêutico, reuniões multiprofissionais para troca de conhecimentos e a articulação com outros pontos da rede de saúde. Ao chegar ao CER, o indivíduo é acolhido e realiza-se a aplicação de uma anamnese específica, que posteriormente é discutida em reunião em equipe para avaliar o caso, bem como seus critérios de inclusão no serviço. Se incluso é realizado uma avaliação global individual com a equipe multiprofissional é realizada. O fechamento do diagnóstico é realizado pelo médico neurologista, que também compõe a equipe multiprofissional. Com o fechamento do diagnóstico, é então realizado encaminhamento ao serviço de referência de cada município para continuidade no cuidado.

Dessa forma, é possível evidenciar a importância da qualificação profissional para o atendimento de indivíduos com DI. O acompanhamento e integralidade do cuidado é essencial para este paciente e sua família. Todos os serviços de saúde são responsáveis pela criação de um ambiente que atenda aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade em saúde (BOGO MLF; CAGNINI ZVS; RAUDUENZ M, 2014)

4 CONCLUSÃO

Através da pesquisa realizada, foi possível identificar que a grande maioria dos pais ou responsáveis nunca tinha ouvido falar em DI até o momento do diagnóstico da criança ou adolescente, sendo o CER conhecido apenas após esta descoberta. As referências positivas dos profissionais deste serviço, conforme apontado pelos pais ou responsáveis, destaca a importância do serviço especializado, com uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, para o fechamento de diagnóstico de DI, bem como acompanhamento e orientação da família frente a esta realidade. A partir deste conhecimento, a família do indivíduo com DI é capaz de construir uma base sólida para o cuidado continuado do indivíduo com DI.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMIRALIAN, M. L. et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97–103, fev. 2000.

BARBOSA, A. J. G.; MOREIRA, P. DE S. Deficiência mental e inclusão escolar: produção científica em Educação e Psicologia. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 15, n. 2, p. 337–352, ago. 2009.

BOGO MLF; CAGNINI ZVS; RAUDUENZ M. Momento do Diagnóstico de Deficiência: sentimentos e modificações na vida dos pais. **Psicólogo**, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. BRASIL. **Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013**. , 2013.

CAMARGO, S. P. H.; LONDERO, A. D. Implicações do diagnóstico na aceitação da criança com deficiência: um estudo qualitativo. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, 31 dez. 2008.

DUARTE, C. P.; VELLOSO, R. DE L. Linguagem e comunicação de pessoas com deficiência intelectual e suas contribuições para a construção da autonomia. **Inclusão Social**, v. 10, n. 2, 2017.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE COOPERATIVA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL. **Questionário para a família.** , 2006.

GIL, N. DE L. Reprovação escolar no Brasil: história da configuração de um problema político-educacional. **Revista Brasileira de Educação**, v. 23, n. 0, 26 jul. 2018.

GILISSEN, C. et al. Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. **Nature**, v. 511, n. 7509, p. 344–347, 4 jul. 2014.

KRUITHOF, K. et al. Parents' knowledge of their child with profound intellectual and multiple disabilities: An interpretative synthesis. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 33, n. 6, p. 1141–1150, 5 nov. 2020.

MATA, A. S. DA. Deficiência intelectual: análise da produção científica com base no modelo biomédico e modelo social da deficiência. **Filosofia e Educação**, v. 10, n. 2, p. 350–378, 15 out. 2018.

MENDONÇA AAS; NETO WG. Educação inclusiva: a atuação do professor de apoio. **Poésis Pedagógica** , v. 17, n. 1, p. 111–125, 2019.

PLETSCH, M. D.; GLAT, R. A escolarização de alunos com deficiência intelectual: uma análise da aplicação do Plano de Desenvolvimento Educacional Individualizado. **Linhas Críticas**, v. 18, n. 35, p. 193–208, 31 dez. 1969.

SILVA, J. et al. Perfil do Desempenho Motor de Crianças com Deficiência Intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 123–126, 2016.

SILVA, N. C.; CARVALHO, B. G. E. Compreendendo o Processo de Inclusão Escolar no Brasil na Perspectiva dos Professores: uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 23, n. 2, p. 293–308, jun. 2017.

SOUZA, A. DE P. **Relação escola e família de alunos com deficiência intelectual: o ponto de vista dos familiares.** Programa de Pós-Graduação em Educação—Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2016.

VIEIRA, E. C. M.; GIFFONI, S. D. A. Avaliação de preditores de risco para deficiência intelectual. **Revista Psicopedagogia**, v. 34, n. 104, 2017.

VITIRITTI, B.; MARCHETTI, M. A.; GIULIANI, L. DE R. Percepções paternas quanto as suas expectativas sobre o futuro do filho com deficiência mental. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1346–1353, 2015.