

Deficiência intelectual: origens e tendências em conceitos sob a ótica do constructo social

Intellectual disability: origins and trends in concepts from the perspective of social construction

Leandro Martinez Vargas
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa – Brasil
leandro.vargas@uol.com.br

Thaiane Moleta Vargas
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa – Brasil
thaiane_moleta@yahoo.com.br

José Roberto Herrera Cantorani
Instituto Federal de São Paulo – IFSC – Registro – Brasil
cantorani@yahoo.com.br

Gustavo Luis Gutierrez
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas – Brasil
gutierrez@fef.unicamp.br

Luiz Alberto Pilatti
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPr – Ponta Grossa – Brasil
Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2 - CA ED - CNPQ
lapilatti@utfpr.edu.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi apresentar as recentes e mais relevantes informações a respeito da construção do termo e conceito de deficiência intelectual (DI) sob a ótica do constructo social. Foi utilizada a pesquisa documental como metodologia, na perspectiva de revisar tanto os conceitos atribuídos à DI como às pessoas acometidas por esse transtorno, no sentido de esclarecer as diversas tendências e fatores de influência à utilização de determinado termo e método de classificação. Verificou-se que em relação à conceitualização da DI o grande salto em direção a um entendimento mais globalizado do termo foi a introdução, para fins de diagnóstico, do critério que considerava os défices nas áreas do comportamento adaptativo. Tal fato deslocou a importância atribuída ao Quociente de Inteligência (QI) para o déficit comportamental e fez com a conceitualização da DI rompesse com a definição e classificação baseada no déficit de natureza individual e passasse a ser considerada como expressão de interação entre o sujeito e o meio ambiente. Sob a ótica do constructo social, percebeu-se que a proclamação do ano de 1981 como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes” oficializou a adoção da palavra “deficiente” como adjetivo, sendo-lhe acrescentado o substantivo “pessoa”. Essa evolução terminológica deu início ao entendimento de que a pessoa com deficiência tem os mesmos direitos e deveres que qualquer cidadão.

Palavras-chave: pessoa com deficiência, deficiência intelectual, conceitualização.

Abstract

The aim of this study was to present the latest and most relevant information about the construction of the term and concept of intellectual disability (ID) from the perspective of the social construct. A documental research was performed as methodology, with a view to reviewing both the concepts attributed to ID as people affected by this disorder, to clarify the various trends and factors affecting the use of certain term and classification method. It was found that for the conceptualizing of ID, the biggest leap towards to a more global understanding of the term was the introduction, for diagnostic purposes, of the criteria that considered the deficits in the adaptive behavior areas. This fact shifted the emphasis to the Intelligence Quotient (IQ) for the behavioral deficit and made the conceptualization of ID break with the definition and classification based on the individual nature of deficit and passed to be regarded as an expression of interaction between the subject and the environment. From the perspective of social construct, it was realized that the proclamation of 1981 as the "International Year of Disabled Persons" officialized the adoption of the "disability" word as an adjective, and it added the noun "person". This terminological evolution initiated the understanding that the person with disability has the same rights and duties as any citizen.

Keywords: person with disability, intellectual disability, conceptualization.

1. Introdução

Dados do Censo Demográfico de 2010 apontam que dos 2 milhões e meio de pessoas com deficiência intelectual (DI) no Brasil, 300 mil possuem entre 6 e 14 anos de idade (CANTORANI et al., 2015), e, entre essas, 67% frequentam a escola (educação especial ou regular) (IBGE, 2012). Entre as crianças entre 2 e 11 anos de idade, estima-se que a DI afeta 1% em todo o mundo e 0,9% no Brasil (IBGE, 2010).

A *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) define a DI como uma condição caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas) como no comportamento adaptativo (comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, habilidades educacionais, trabalho e lazer) (AAIDD, 2014).

A DI também é considerada como um atraso no desenvolvimento intelectual, caracterizado por problemas de origem cerebral que causam baixa produção de conhecimento, dificuldade de aprendizagem e diminuição da capacidade cognitiva. Entre as causas mais comuns dessa perturbação estão os fatores de ordem genética, as complicações ocorridas ao longo da gestação ou durante o parto e pós-natal (HARRIS, 2005; WINNICK, 2011).

Embora o termo "retardo mental" continue sendo utilizado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pela razão de que vários países ao redor do mundo adotam esse termo como oficial para se referir aos transtornos nas áreas cognitivas e adaptativas, o termo "deficiência intelectual" foi utilizado nesse trabalho ao invés do termo "retardo mental" para refletir as perspectivas mais recentes em relação ao tratamento devido às pessoas acometidas de tal transtorno.

Outros termos serão mencionados ao longo do texto, como "deficiência mental", "defeituoso", ou "excepcional", para mostrar as variações terminológicas ocorridas ao longo dos últimos cem anos e as perspectivas culturais e sociais que interferiram no processo de evolução até chegar ao termo deficiência intelectual.

O objetivo do presente estudo é apresentar aos profissionais da área da saúde, ciências sociais e da educação as recentes e mais relevantes informações a respeito da origem e tendências em conceitos da DI sob a ótica do constructo social.

2. Desenvolvimento

2.1 Marcas históricas no trato da pessoa com deficiência intelectual

A DI é o transtorno neuropsiquiátrico mais comum entre crianças e adolescentes. A taxa de prevalência desse transtorno é de 1% em países desenvolvidos (CROEN; GREYER; SELVIN, 2001), mas pode chegar a 10% em países subdesenvolvidos (BATTAGLIA; CAREY, 2003). Entre os sexos, a DI é mais comum nos homens, fato justificado pelo grande número de transtornos intelectuais ligados às mutações nos genes do cromossomo X (PATTERSON; ZOGHBI, 2003). Geralmente, a suspeita da presença de DI na criança se dá pela queixa dos pais ao pediatra sobre a demora em apresentar sinais de fala/linguagem, alterações comportamentais e/ou baixo rendimento escolar (VASCONCELOS, 2004).

Desde 1908 até o presente momento, a AAIDD, a mais prestigiada organização no âmbito da DI, atualizou 10 vezes a definição da referida terminologia. Tais mudanças ocorreram a partir do surgimento de novas informações, da alteração da prática clínica e de novos dados provenientes de investigação científica (BELO et al., 2008). Num resgate histórico acerca da pessoa com deficiência (PCD) é possível perceber que as transformações e adaptações ocorreram em diferentes etapas e que essas foram fortemente influenciadas por exigências sociais, culturais, políticas e econômicas (BELO et al., 2008).

A Idade Antiga compreendeu a etapa do extermínio, período em que as pessoas com deficiência (PCDs) eram classificadas como inválidas. Nesse período, conforme pontua Cantorani (2013), a PCD era considerada socialmente inútil, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família, alguém sem valor profissional. Em algumas culturas negava-se à PCD o direito à vida, e muitas foram usadas em rituais de sacrifício e em oferenda aos deuses (PEREIRA; ALVES, 2013).

Na etapa filantrópica, durante a idade média, período marcado por ações assistencialistas, paternalistas, segregadoras e excludentes, a PCD era considerada uma eterna criança, ou eterno doente, cercado por sentimentos de lástima e pena (PARANÁ, 2009). Já na etapa científica – durante a idade moderna – pesquisadores e estudiosos iniciaram as primeiras discussões acerca das causas e consequências da deficiência, e, sobretudo, dos direitos das PCDs. No princípio, as decisões eram pautadas nas limitações dessas pessoas, mas com o passar do tempo, as suas capacidades e potencialidades começaram a ser reconhecidas e levadas em consideração para compreender o papel das PCDs na sociedade (PARANÁ, 2009).

No século XVIII, a etapa científica continua, mas divide espaço com a etapa de integração, período em que se consolidam os movimentos sociais e a elaboração de modelos de convivência social em prol das PCDs. Nessa etapa, num primeiro momento, tentava-se trabalhar com a PCD fora do convívio social, e, “depois de pronto”, buscava-se integrá-lo à sociedade (MACHADO; VERNICK, 2013).

Na etapa atual, a da inclusão, iniciada a partir dos anos de 1990, foram propostas ações no sentido de revolucionar valores e atitudes, sobretudo o respeito à diversidade humana (SILVEIRA; NEVES, 2006). Mudanças na estrutura social foram realizadas. No ambiente educacional, exigiu-se que a escola criasse condições para incluir o aluno com deficiência, proporcionando-o convívio social, a fim de atendê-lo de forma eficiente em todos os níveis de ensino.

2.2 Conceitualização da DI: da noção de inteligência à inclusão dos domínios do comportamento adaptativo

A DI é retratada com um atraso no desenvolvimento intelectual, caracterizado por problemas no sistema nervoso central que causam diminuição na habilidade de raciocínio, dificuldade de aprendizagem e baixo nível cognitivo (IBGE, 2010). Entre as principais causas dessa condição estão os fatores de ordem genética, as complicações ocorridas ao longo da gestação ou durante o parto, e situações ocorridas pós-parto, como as doenças desmielinizantes (sarampo e caxumba), traumas encefálicos, privação familiar, cultural ou nutricional, e exposição à radiação (GIMENEZ, 2013).

Até a primeira metade do século XX, o quociente de inteligência (QI) foi entendido como o único instrumento de estimativa do potencial intelectual nato, do reflexo da inteligência geral, unidimensional e unideterminada (WINNICK, 2011). Por um longo período da história tornou-se indissociável do conceito de DI a noção de inteligência mensurada por meio de testes de QI (BELO et al., 2008).

A partir da década de 1950, o crescimento do número de investigações sobre a DI em todo o mundo, bem como as críticas aos tradicionais testes de QI, resultaram em diversos debates e discussões sobre o tema. A principal crítica se referia à conceitualização unidimensional da DI, que até então limitava-se ao aspecto cognitivo. Outra crítica foi feita sobre o emprego isolado dos testes de QI para classificação da deficiência, que desconsiderava a origem social e cultural do indivíduo, e se resumia apenas na avaliação das capacidades verbais e acadêmicas da pessoa (BELO et al., 2008; FEGAN, 2011).

O grande salto em direção a um entendimento mais globalizado da DI foi a inovação quando introduziu-se, para fins de diagnóstico, o critério que considerava os défices nas áreas do comportamento adaptativo. Tal fato deslocou a importância atribuída ao QI para o défice comportamental.

Nesse contexto, em 1973, uma nova comissão, chefiada pelo Professor Herbert J. Grossman¹, foi indicada para realizar uma revisão no Manual sobre Classificação de Retardo Mental da *American Association of Mental Deficiency* (AAMD), atual AAIDD. A comissão aprovou a seguinte definição: “deficiência mental se refere ao funcionamento intelectual geral abaixo da média, existindo concomitantemente com défices no comportamento adaptativo e manifestada no período de desenvolvimento” (GROSSMAN, 1983, p. 11).

Segundo Grossman (1983, p. 160), entende-se por défice no comportamento adaptativo o “desenvolvimento prejudicado ou anormal nos controles ou mecanismos internalizados com que os indivíduos podem efetivamente lidar com as demandas naturais e sociais do seu meio ambiente”.

A partir dessa nova conceitualização surgiu o sistema de classificação que define a DI em cinco categorias de intensidade: limítrofe, ligeira ou leve, moderada, severa e profunda (BATISTA; MONTOAN, 2007; BELO et al., 2008). Classicamente, correlaciona-se a intensidade da DI com o escore do QI. Dessa forma, as pessoas com QI entre 71-79 apresentavam DI limítrofe; de 50-55 a 65-70 possuíam DI leve; as com QI de 35-40 a 50-55, DI moderada; aquelas com QI de 20-25 a 35-40 DI severa; e com QI inferior a 20-25, DI profunda (VASCONCELOS, 2004).

Todavia, a inexistência de um limiar ou indicador quantitativo da presença de défices nas áreas do comportamento adaptativo comprometia a identificação da DI ligeira,

¹ Dr. Herbert J. Grossman foi presidente da Associação Americana de Deficiência Mental. Em 1973 a 1977 chefiou a comissão que definiu a terminologia e classificação da deficiência intelectual da Associação Americana de Retardo Mental. Em 1983 e 1987, publicou os primeiros artigos sobre a deficiência intelectual nas revistas da Associação Americana de Deficiência Mental e da Associação Americana de Medicina.

já que neste caso os défices adaptativos podem ser imperceptíveis e difíceis de identificar (BELO et al., 2008). Assim, segundo Albuquerque (1996), a avaliação dos domínios que compõem o comportamento adaptativo necessitava ser complementada com entrevistas abertas com os pais ou responsáveis pela PCD, pela observação direta e outras fontes de informações disponíveis.

Com base nesse novo modelo de avaliação, a *American Association of Mental Retardation* (AAMR), antiga AAMD, apresenta, em 1992, uma nova definição de DI:

Caracterizada por significativas sub-média do funcionamento intelectual, existindo em coerência com as limitações relatadas em duas ou mais das seguintes áreas aplicáveis no comportamento adaptativo: comunicação, auto-cuidado, vida no lar, habilidades sociais, convivência, auto-direção, saúde e segurança, funções académicas. A deficiência se manifesta antes da idade de 18 anos (LUCKASSON et al., 1992 apud GORLA, 2004, p. 59).

A definição é semelhante a primeira, porém, facilita a especificação e a operacionalização do conceito abrangente de comportamento adaptativo. Pela nova definição, os défices globais da DI dão lugar às limitações circunstanciais de duas ou mais áreas do comportamento adaptativo entre as dez previstas.

Segundo Belo et al. (2008), a grande contribuição dessa definição está no novo sistema de classificação. Ao invés de graus de intensidade da DI, considera-se a necessidade de apoio que o indivíduo necessita nos diversos domínios do funcionamento (intelectual, adaptativo, emocional e físico) e para cumprir as 10 habilidades adaptativas. Desse modo, a classificação divide-se em necessidade de apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente.

Em síntese, a conceitualização da DI rompe com a definição e classificação baseada no défice de natureza individual e passa a ser considerada como expressão de interação entre o sujeito e o meio ambiente, em termos de apoios necessários para o exercício de diferentes papéis sociais.

Assim, com a intenção de compreender a deficiência de modo mais globalizado e social, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, estabeleceu um conceito que rompeu com o isolamento, introduzindo o funcionamento global da PCD em relação aos fatores contextuais e do meio (WHO, 2001). Tal fato iniciou a consolidação do entendimento de que o ambiente não adaptado é que impõe barreiras à PCD. Em contrapartida, quando há transformações no ambiente para atender as necessidades especiais do indivíduo, esse se sente acolhido e a deficiência deixa de ser um fator impeditivo (BATISTA; MONTOAN, 2007).

A partir da nova compreensão da deficiência, a OMS criou o documento denominado *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, também chamado de ICFDH 2. A ICF constitui-se de uma classificação que visa avaliar situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições (CANTORANI, 2013). A base conceitual que sustenta a ICF, e a compreensão dos segmentos que influenciam na estruturação da deficiência – funções e estruturas do corpo, atividade e participação, fatores ambientais, fatores pessoais – é chamada de modelo biopsicossocial, a qual resulta da interação do modelo biomédico e das abordagens sociais da deficiência (CANTORANI, 2013).

Seguindo a mesma vertente da OMS, a atual definição de DI fornecida pela AAIDD estabelece que “a deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas tanto na função intelectual como no comportamento adaptativo, expresso pelas habilidades adaptativas académicas, sociais e práticas. Essa condição se origina antes dos 18 anos” (AAIDD, 2014, p. 1).

Nessa nova definição, os termos “retardo mental” ou “deficiência mental” cedem lugar ao termo “deficiência intelectual”, o qual é mais humanizado e menos ofensivo do

que os anteriores. Essa nova abordagem também apresenta um avanço na compreensão das desvantagens apresentadas pela pessoa com DI, ao considerar que as limitações no sistema cognitivo, e os défices no comportamento adaptativo, são o que definem as habilidades e capacidades de realizar as atividades acadêmicas, do cotidiano, no convívio social e de comunicação.

O modelo proposto pela AAIDD é baseado em cinco dimensões do comportamento humano e nos níveis de necessidade de apoio que permitem que o indivíduo participe da vida familiar e comunitária, juntamente com as necessidades de apoio médico (SCHALOCK et al., 2011). Essas cinco dimensões são: 1) capacidade intelectual abaixo da média, demonstrada por meio do teste de QI; 2) comprometimento em duas ou mais áreas do comportamento adaptativo; 3) saúde (inclui física, mental, e as práticas de saúde); 4) participação (refere-se à papéis e interações nas áreas da vida doméstica, trabalho, educação, lazer e práticas espirituais e culturais); 5) contexto (as condições inter-relacionadas no âmbito do cotidiano) (FEGAN, 2011).

No que se refere à forma ideal de avaliar e classificar as pessoas com DI, englobando as diversas dimensões que a compõem, alguns cuidados se revelam necessários ao se abordar o tema enquanto objeto de estudo. Esses cuidados estão relacionados à verificação da utilização, ou não, dos sistemas de classificação convencionados pelos principais órgãos que tratam do tema, pelas instituições educacionais especializadas.

Na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ponta Grossa (APAE/PG) o processo de recebimento e triagem inicia-se pelo atendimento do aluno e seus responsáveis pela assistente social, coordenadora pedagógica e psicólogo da instituição. Esta avaliação inicia-se pela entrevista psicológica com os pais da criança, momento em que se investigam questões relacionadas às condições de vida da família, práticas de saúde, histórico de transtornos psicológicos e intelectuais dos pais e outros membros da família e as capacidades ligadas às áreas do comportamento adaptativo da criança. Na segunda fase da avaliação, são aplicados testes de psicologia cognitiva na criança, como a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4.^a edição (WISC-IV) ou o Teste de Inteligência Geral - Não Verbal (TIG-NV) para averiguação das dificuldades/potencialidades psico-cognitivas. Por fim, é realizada a avaliação do QI (APAE, 2014).

A WISC-IV é usualmente utilizada nas escolas especiais do Brasil como instrumento de avaliação da inteligência. Os subtestes do WISC-IV são designados para medir os seguintes aspectos da inteligência: compreensão verbal, raciocínio abstrato, organização perceptual, raciocínio quantitativo, memória e a velocidade de processamento de informação (PRIFITERA; SAKLOFSKE; WEISS, 2008).

O TIG-NV tem como objetivo avaliar desempenhos característicos dos testes de inteligência não verbais, e possibilita uma análise neuropsicológica, que permite identificar os tipos de raciocínios errados e os processamentos envolvidos na sua execução, além das classificações habituais do potencial intelectual (THADEU; FERREIRA, 2013).

Eventualmente também é aplicado o KTK, um teste que avalia a coordenação motora grossa em crianças, focando principalmente na capacidade de equilíbrio (GORLA; ARAÚJO; RODRIGUES, 2014). Com os resultados deste teste pode-se ter uma visão geral da capacidade coordenativa do avaliado e se há a necessidade de intervenção de ordem fisioterápica (APAE, 2014).

Ainda, quando necessário, realiza-se um teste para prontidão da leitura/escrita, de forma a orientar os professores quanto às potencialidades de o aluno ser alfabetizado (APAE, 2014). Mesmo as crianças que possuem pareceres de psicólogos ou médicos, atestando o comprometimento a nível psíquico (doença mental) ou de DI fruto de alguma das situações abordadas no início deste capítulo, são encaminhadas para a avaliação com o psicólogo.

O método de classificação da DI utilizado pela APAE/PG vai diretamente ao encontro do que Gorla (2004), baseado em Kirk e Gallagher (1991), aponta em sua tese. Segundo o autor é preciso ter cautela para definir o diagnóstico e classificar uma pessoa com DI apenas tendo como base o conceito de DI, pois nem os testes de QI e nem a avaliação das áreas do comportamento adaptativo pode ser suficiente, entendendo que se faz necessário complementar a avaliação por meio de uma análise clínica e informação biomédica.

2.3 A definição da deficiência sob a ótica do constructo social

Quanto à evolução terminológica, constatou-se que desde o início do reconhecimento da deficiência em meio à sociedade, vários foram os termos utilizados para se referir a PCD. A partir da década de 1960, pode-se encontrar menções à PCD em registros acadêmicos e jornalísticos como “inválido”, ou “incapacitado”, no sentido de “indivíduos sem capacidade”. Entre 1960 e 1980, surgem novos termos, como “defeituoso”, “retardado mental” ou “excepcional” (nesse caso especificamente em referência a pessoa com DI) (SASSAKI, 2003).

Segundo Cantorani (2013), baseado em Zola (1993), as mudanças ocorridas ao longo dos anos foram mais que uma simples troca de termos. Os adjetivos e nomes adotados para fazer referência a PCD igualavam o indivíduo a própria deficiência, e por essa razão, termos como inválido ou defeituoso causavam a depreciação da pessoa. Em sentido oposto, comenta Cantorani (2013), preposições descrevem relações e estimulam a separação entre a pessoa e a deficiência, como no exemplo: um homem com deficiência, pois o verbo “ser” é menos adequado do que o “ter”, e dessa forma, afirmar que “ele tem uma incapacidade” causa melhor impressão do que “ele é incapacitado”.

Assim, o grande salto ocorre a partir da década de 1980, quando da proclamação do ano de 1981 como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes” (CANTORANI, 2013). Pela primeira vez o substantivo “deficiente”, passou a ser utilizado como adjetivo, sendo-lhe acrescentado o substantivo “pessoa”. Essa evolução terminológica, segundo relata Sasaki (2003), foi um ato que deu início ao entendimento de que a PCD tem os mesmos direitos e deveres que qualquer cidadão.

Foi a partir de então que a sociedade começou a elaborar alternativas terminológicas buscando destacar a importância da pessoa quando em referência à deficiência, como por exemplo, “pessoa portadora de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais”, “pessoas especiais” e, por último, “pessoa com deficiência” (SASSAKI, 2003).

Também cabe ressaltar que os debates acerca da terminologia foram causados muito mais por envolver lutas por direitos das PCDs, sobretudo pela igualdade e dignidade, do que simplesmente pela adoção de termos mais adequados para se referir a uma determinada parcela da população (CANTORANI, 2013). Segundo o mesmo autor, os “termos condizentes à condição em voga estão relacionados a uma condição de dignidade” (p. 8).

No entanto, tendo passado por essa transição terminológica, de conceitualização e de métodos de classificação, ainda inexistente um consenso a nível da terminologia e dos critérios de classificação em todo o mundo, como exemplificam os dados do projeto Atlas – *Global Resources for Person with Intellectual Disabilities* (WHO, 2007).

O procedimento de coleta do referido projeto envolveu a aplicação de um questionário organizado em seções, e uma delas tratava especificamente de questões relacionadas à forma de definição e dos métodos de classificação da DI mais utilizados em cada país. O questionário deveria ser respondido por especialistas no campo da DI de seus respectivos países – agentes do ministério da saúde, membros de organizações que

tratam especificamente da DI, ou pesquisadores renomados da área da DI vinculados à uma instituição pública de ensino. Ao todo, a pesquisa envolveu 147 países (WHO, 2007).

No que diz respeito à terminologia, o termo “retardo mental” foi o termo mais utilizado pelos países investigados (76,0%), seguido por “deficiência intelectual” (56,8%), “atraso mental” (39,7%) e “deficiência mental” (39,0%). A prevalência do uso do termo “retardo mental” decaía conforme a renda do país crescia, ou seja, o termo foi mencionado menos em países com alta renda per capita (60,0%) do que em países com renda mais baixa (WHO, 2007).

Relativamente aos instrumentos de diagnóstico e aos sistemas de classificação, a Classificação Internacional de Doenças (CID) foi o instrumento de diagnóstico ou sistema de classificação mais frequentemente utilizado para se referir à DI (62,3%), seguido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (39,7%), e do parecer profissional ou clínico (31,5%) (WHO, 2007).

Cabe ressaltar que, embora o termo “retardo mental” seja o mais utilizado em diversos países e literaturas ao redor do mundo (BELO et al., 2008; WINNICK, 2011), a adoção do termo “deficiência intelectual” é a forma mais contemporânea e apropriada (AAIDD, 2014). A mudança no sistema unidimensional de classificação por meio do teste de QI para um método multidimensional permitiu que todas as características e necessidades de apoio das pessoas com DI fossem contempladas (BELO et al., 2008).

3. Conclusão

Em síntese, a definição da DI implica em três palavras-chave: deficiência, inteligência e comportamento adaptativo. Por deficiência, entendem-se as limitações que colocam o indivíduo em desvantagem quando atua em sociedade, bem como as necessidades de apoios individualizados que promovam o funcionamento, a autodeterminação, e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa. O segundo conceito, a inteligência, remete a capacidade de pensar, planejar, resolver situações-problema, compreender e aprender. Apesar das críticas, esse atributo é melhor representado pelos resultados dos testes padronizados de QI. Por último, o comportamento adaptativo, que representa as competências conceituais, práticas sociais que as pessoas adquirem e as utilizam no cotidiano. Essas, por sua vez, causam um impacto na vida das pessoas e interferem diretamente na capacidade de enfrentar situações particulares do dia a dia.

Referências

AMERICAN ASSOCIATION OF INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual Disability**: Definition. Disponível em: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.U7_4BfldVps>. Acesso em: 08 jul. 2014.

ALBUQUERQUE, M. C. P. A. **A Criança com deficiência mental ligeira**. 1996. 327 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

APAE. Processo de avaliação e classificação da Deficiência Intelectual. Entrevista com o psicólogo e terapeuta da APAE de Ponta Grossa-PR, 2014. Gravação em mp3 (10 min).

BATISTA, C. A. M.; MONTOAN, M. T. E. Atendimento Educacional Especializado em Deficiência Mental. In: GOMES, A. L. L. et al. (Org.). **Atendimento Educacional Especializado**. MEC: Brasília, 2007.

BATTAGLIA, A.; CAREY, J. C. Diagnostic evaluation of developmental delay/mental retardation: an overview. **American Journal of Medical Genetics**, v. 117, Part C, p. 3-14, feb. 2003.

BELO, C. et al. Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. **Revista Diversidades**, v. 22, p. 4-8, out./nov./dez. 2008.

CANTORANI, J. R. H. et al. A dimensão da deficiência e o olhar a respeito das pessoas com deficiência a partir dos recenseamentos no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 21, n. 1, p. 159-176, jan./mar. 2015.

CANTORANI, J. R. H. **Lazer nas atividades de aventura na natureza e qualidade de vida para pessoas com deficiência**: um estudo a partir do caso da cidade de Socorro – SP. 2013. 274 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CROEN, L. A.; GREYER, J. K.; SELVIN, S. The epidemiology of mental retardation of unknown cause. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. E86, jun. 2001.

FEGAN, P. L. Intellectual disabilities. In: WINNICK, J. P. **Adapted Physical Education and Sport**. 5. ed. Champaign: Human Kinetics, 2011. p. 151-172.

GIMENEZ, R. Atividade Física e deficiência intelectual. In: GREGUOL, M.; COSTA, R. F. **Atividade física adaptada**: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Barueri: Manole, 2013. p. 78-129.

GORLA, J. I. **Desenvolvimento de Equações Generalizadas para Estimativa da Coordenação Motora em Crianças e Adolescentes Portadores de Deficiência Mental**. Campinas, 2004. 213 f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GORLA, J. I.; ARAÚJO, P. F.; RODRIGUES, J. L. **Avaliação motora em Educação Física Adaptada**: teste KTK. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2014.

GROSSMAN, H. J. (Editor). **Classification in Mental Retardation**. Washington, DC: american associaton on mental deficiency, 1983.

HARRIS, J. C. **Intellectual disability**: understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment. Oxford: University Press, 2005.

IBGE. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência - Censo Demográfico 2010**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf >. Acesso em: 10 de jan. 2014.

_____. **Estatísticas de Gênero - Deficiência Intelectual - 2012**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0>>. Acesso em: 16 de fev. 2015.

MACHADO, E. M.; VERNICK, M. G. L. P. Reflexões sobre a política de educação especial nacional e no estado do Paraná. **Nuances: Estudos Sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 24, n. 2, p. 49-67, mai./ago. 2013.

PARANÁ. **Marcas históricas no conceito da deficiência intelectual.** Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional. 2009. Disponível em:< <http://www.nre.seed.pr.gov.br/londrina/arquivos/File/1encontrogedideein.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

PATTERSON, M. C.; ZOGHBI, H. Y. Mental retardation: x marks the spot. **Neurology**, v. 61, n. 2, p. 156-57, jul. 2003.

PEREIRA, M. C.; ALVES, P. S. B. Redefinição constitucional de pessoa com deficiência e o direito à diferença. **Revista Brasileira de Tradução Visual**, v. 15, n. 15, 2013.

PRIFITERA, A.; SAKLOFSKE, D. H.; WEISS, L. G. **WISC-IV clinical assessment and intervention.** Elsevier, 2008. Disponível em:< <https://books.google.com/?hl=pt-BR>>. Acesso em: 16 out. 2014.

SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. In: VIVARTA, V. (Org.). **Mídia e deficiência.** Brasília: Andi/Fundação Banco do Brasil, 2003. p. 160-165.

SCHALOCK, R. L. The evolving understanding of the construct of intellectual disability. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 36, n. 4, p. 227-237, dec. 2011.

SILVEIRA, F. F.; NEVES, M. M. B. J. Inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla: concepções de pais e professores. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 79-88, jan./apr. 2006.

THADEU, S. H.; FERREIRA, M. C. A validade da avaliação psicológica em um processo seletivo na área de segurança pública. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**, v. 2, n. 36, p. 117-145, 2013.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 71-82, apr. 2004.

WHO. Intellectual Disabilities definition. 2001. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 04 jul. 2014.

_____. Atlas - Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. 2007. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 04 fev. 2015.

WINNICK, J. P. Program organization and management. In: WINNICK, J. P. **Adapted Physical Education and Sport.** 5. ed. Champaign: Human Kinetics, 2011, p. 3-20.