

**GT 15 – Educação Especial****A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA ESCOLA REGULAR:  
DESCREVENDO CASOS**

Josenildo Pereira da Silva (UFRN/CNPq / SME-NATAL-RN)

Rita de Cássia P. B. Magalhães (UFRN)

Érica Nazaré A. P. Pereira (SUESP)

**INTRODUÇÃO**

O conhecimento das características da pessoa com Deficiência Intelectual/DI pode representar grande importância para os profissionais da educação que lidam com o processo inclusivo, principalmente, para quem mantém contato direto com a pessoa que apresenta tal deficiência. Com relação a mudança de nomenclatura de Deficiência mental para deficiência intelectual, Sasaki (2008) afirma que em 2002, a Confederação Espanhola de Organizações para Pessoas com Deficiência Mental substituiu a palavra “Mental” por “Intelectual”. O autor acrescenta que em 2003, nos Estados Unidos, o então Comitê Presidencial de Deficiência Mental passou a ser Comitê Presidencial para Pessoas com Deficiência Intelectual, e a Associação Internacional para o Estudo Científico da Deficiência Mental substituiu a palavra “Mental” por “Intelectual” (SASSAKI, 2008).

Atualmente, ainda, encontramos profissionais das diversas áreas, principalmente da educação, que associam deficiência intelectual<sup>1</sup> a doença ou, apenas, a pessoa com síndrome de down, isso quando não a consideram “idiota, cretino, imbecil”. O que revela marcas do processo de estigmatização historicamente vivenciado por estas pessoas.

---

<sup>1</sup>O Decreto nº 5.296/2004 passa tratar (capítulo II, art. 5º, parágrafo 1º) a “deficiência mental” de deficiência intelectual quando a considera funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (BRASIL, 2004).

Entendemos que pode representar grande relevância consideraro diagnóstico emitido por determinada equipe médica, conforme a complexidade de tal deficiência, no contexto escolar. Ressaltamos que não se trata de defender uma perspectiva clínica ou médica de deficiência intelectual, mas de considerar que os diagnósticos e classificações implicam em ônus e bônus para a pessoa diagnosticada como deficiente. Como informa Mendes (1995) o ônus associa-se aos processos de estigmatização que, em geral, acompanham os diagnósticos de DI. O bônus refere-se ao fato do diagnóstico poder direcionar os tipos de atendimentos possíveis para os considerados DI.

A deficiência intelectual é uma condição complexa e para chegar ao diagnóstico é necessário, segundo Carvalho e Maciel (2012, p. 148), envolver a “compreensão da ação combinada de quatro grupos de fatores etiológicos: biomédicos, comportamentais, sociais e educacionais”.

No que se refere ao atendimento pedagógico os estudantes com DI revela-se como o grande desafio para o Atendimento Educacional Especializado<sup>2</sup> e para os processos de inclusão em sala de aula. A acessibilidade não depende apenas de suportes externos ao sujeito, mas relaciona-se com a elaboração de estratégias que permitam que este aluno se aproprie de conteúdos escolares de forma ativa. Assim, o AEE está voltado à dimensão subjetiva do processo de conhecimento, entende-se, então, que enquanto na sala de aula o aluno tem acesso aos conteúdos curriculares, o profissional do AEE trabalha com a significação que o aluno tem do conhecimento que lhe é apresentado.

Atualmente para que o aluno com DI participe do atendimento educacional especializado não precisa, necessariamente, que o mesmo tenha um laudo de identificação de sua deficiência. No entanto, o Censo Escolar, dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação, exige a comprovação dos dados informados, segundo INEP<sup>3</sup> (2011).

Como mostram Silva, Pereira e Magalhães (2012) as políticas públicas direcionadas ao atendimento das pessoas com DI já vigoram há algumas décadas, as mudanças são mínimas e ocorrem de forma muito lenta. O Governo Federal, através de

---

<sup>2</sup>Serviço ofertado em Salas de Recursos Multifuncionais/SEM ou em Centros de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos. Tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidades e estratégias que eliminem as barreiras para a sua plena participação na sociedade e desenvolvimento e sua aprendizagem, conforme Resolução nº 4/2009, parágrafos 1º e 2º (BRASIL, 2009).

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/educacenso/educacao-especial>. Acesso 28/05/2014.

Universidades públicas, vem procurando viabilizar, de forma alternativa, formação continuada para os professores da rede pública de ensino no sentido de associar às experiências práticas.

O objetivo geral deste artigo é analisar como laudos médicos, professores e pais descrevem estudantes com DI matriculados em determinada escola pública de Natal-RN.

Organizamos o presente trabalho em quatro partes, após esta introdução. Na primeira discutimos dimensões conceituais, na segunda apresentamos aportes metodológicos, na terceira apresentamos os resultados do estudo, seguido pelas considerações finais

## **DISCUTINDO A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

Para tratarmos de Deficiência, precisamos nos reportar a história, há alguns séculos, no Continente Europeu aonde ocorreram algumas situações de abandono e eliminação. Nesse sentido, Pessotti (1984) assegura que,

[...] até a difusão do cristianismo na Europa, a sorte dos deficientes mentais e de outras pessoas excepcionais é praticamente a mesma, nas regiões europeias, o que não é surpreendente uma vez que até a mulher normal só adquire status de pessoa, no plano civil, e alma, no plano teológico, após a difusão europeia da ética cristã (PESSOTTI, 1984, p. 03).

Pessotti (1984), afirma ter sido no século XIII, o surgimento da primeira instituição para abrigar deficientes mentais: uma colônia agrícola, na Bélgica. No século seguinte, 1325, temos a primeira legislação sobre os cuidados a tomar com a sobrevivência e, sobretudo, com os bens dos deficientes mentais. No “De praerogativa Regis<sup>4</sup>” baixado pelo rei da Inglaterra, Eduardo II.

Nesse sentido, o autor destaca a teologia de Lutero e assegura o seguinte:

A confusão entre ser humano tomado pelo demônio e ao mesmo tempo ‘sobrenatural’, que ‘morre’, por efeito de preces que se destinavam a salvá-lo pela ‘expulsão do demônio’, revela a curiosa natureza do deficiente mental na teologia de Lutero. Em verdade, trata-se de uma concepção primária e tendenciosa, a misturar a fúria depuradora à oração caritativa, um purismo mórbido a uma concepção mitológica e fanática do deficiente mental: afogá-lo ou orar por ele são práticas igualmente eficazes e igualmente morais (PESSOTTI, 1984, p. 14).

O autor aborda uma época na qual o sofrimento era marcado tanto pelo preconceito e fanatismo religioso, como pela aparência física ou, ainda, pela carência de esclarecimento

---

<sup>4</sup> Para Dickerson (1981), tratava-se de um "guia para proteger os direitos e as propriedades dos “idiotas e para os cuidados quotidianos” de que necessitam. O rei devia “zelar primeiramente, para que os idiotas fossem plenamente satisfeitos em todas as suas necessidades, pois ele se apropriava da parte de seus bens”.

sobre as pessoas que nasciam com deficiência, transtornos ou prejuízos mais graves muitas vezes devido a causas patológicas e meios sociais desprovidos de cuidados com a higiene.

No Brasil, podemos destacar, segundo Mendes (2010, p. 95), que foram os médicos os primeiros a estudar os casos de crianças com prejuízos mais graves e criaram instituições para crianças junto a sanatórios psiquiátricos no período da Primeira República do Brasil. A autora afirma que,

Em 1900, durante o 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro, Carlos Eiras apresentou sua monografia intitulada: “A educação e Tratamento Médico-Pedagógico dos Idiotas”, que versava sobre a necessidade pedagógica dos deficientes intelectuais (PEREIRA, 1993, apud. MENDES, 2010, p. 2010).

Nesse contexto, foi durante as duas primeiras décadas do século XX que o país “vivenciou uma fase de estruturação da república e emergiram discrepâncias regionais mais acentuadas, além de uma série de transformações político-sociais que resultaram em mudanças no panorama da educação” (MENDES, 2010, p. 95).

Mendes (2010) e Mazzotta(1995) destacam também a criação da primeira escola especial da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no Rio de Janeiro. Ocorreu sob a influência de um casal de norte-americano: Beatrice Bemis e George Bemis, membros da National Association for Retarded Children e a atual National Association for Retarded Citizens (NARCH), que em visita ao Brasil tentava estimular a criação de associações destanatureza com o intuito de ajudar, de assistir as pessoas com tais características.

Além de organizações internacionais, preocupadas com o conceito de deficiência mental, podemos citar alguns documentos importantes voltados à promoção dos direitos humanos, como: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Salamanca (1994); Convenção da Guatemala (1999); Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual (2004); Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

No final da década de 1950 o Ministério da Educação começou a prestar assistência técnica-financeira às secretarias de educação e instituições especializadas, lançando as campanhas nacionais para a educação de pessoas com deficiências, dentre elas a “Campanha Nacional de Educação do Deficiente Mental (Cademe), em 1960”(MENDES,2010).

Conforme vem sendo construído a luta por mais atenção às pessoas com deficiência, mais especificamente, pessoas com deficiência intelectual, tratado por muito tempo de

“retardado mental”, segue alguns dados coletados no Censo Demográfico 2010<sup>5</sup> realizada no período de 1º de agosto a 30 de outubro de 2010, utilizando a base territorial que se constituiu de 316.574 setores censitários. Foi perguntado se a pessoa tinha alguma deficiência intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.

Para o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) deficiência mental é um retardo no desenvolvimento intelectual caracterizado pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar etc. O Instituto garante que, em geral, “a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos. Não foram consideradas as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose” (IBGE, 2010, p. 16).

Os dados mostram que a população residente com Deficiência Intelectual da Região Nordeste é liderada pelo Estado da Bahia/BA com 26% do total da região, ou seja, 211.402 pessoas. O Rio Grande do Norte/RN possui 6% ou 52.026 pessoas com tal deficiência num universo de, aproximadamente, 3.168.027 habitantes, conforme dados do Censo de 2010. A população masculina se sobressai da feminina e, ambos, estão na zona urbana do estado, conforme podemos observar no quadro 1.

Quadro 1 - População residente com deficiência intelectual em pessoas

População RN	Deficiência Intelectual	Masculina		Feminina	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural
3.168.027	52.026	22.360	6.019	18.792	4.856

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010 – tabela elaborada pelo autor.

É interessante destacar que o fato de a quantidade de pessoas com deficiência intelectual ser maior na zona urbana pode estar ligada a maior concentração populacional do que na rural.

Analisando o quadro 2, podemos inferir que a região Nordeste tem a 2ª maior população de pessoas com deficiência intelectual, ficando atrás apenas da região sudeste (ver quadro 2).

<sup>5</sup>Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares da Amostra. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_preliminares\\_amostra/notas\\_resultados\\_preliminares\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf). Acesso: 12 out. 2012.

Quadro 2 – População residente com deficiência intelectual por região

Regiões do Brasil	Sudeste	Sul	Norte	Nordeste	Centro Oeste	Total
Nº de pessoas	1.053.911	378.124	183.588	826.181	169.743	2.611,55

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010<sup>6</sup> – tabela elaborada pelo autor.

Para Fernandes (2011, p. 22), a Deficiência Intelectual/DI, pode ser considerada uma síndrome clínica, isto é, um transtorno cuja sintomatologia é variável e com diversos mecanismos causadores. O autor afirma que “quanto mais leve o grau de DI, mais difícil será a determinação de sua causa”. Existem causas pré-natais, perinatais e pós-natais, de natureza genética ou não.

Fernandes (2011, p. 22) afirma que as causas pré-natais respondem por cerca de 60 a 80% dos casos de pacientes com DI. Nessa categoria, incluem-se “as doenças genéticas, a exposição fetal a substâncias tóxicas (álcool, cocaína, medicamento etc.), as malformações cerebrais e algumas infecções congênitas (rubéola, sífilis, toxoplasmose, HIV e herpes)”.

Para o autor, as alterações cromossômicas são as desordens genéticas que mais frequentemente causam DI, geralmente causam alterações características na face (que são denominadas genericamente como disformismo), e o principal exemplo desse grupo de condições é a síndrome de Down.

Fernandes (2011) assegura ainda que “as crianças com essa síndrome apresentam comprometimento cognitivo que geralmente é de intensidade leve a moderada”. Outra alteração cromossômica causadora de Deficiência Intelectual, predominantemente em meninos, é a síndrome do X-frágil. Esta síndrome causa “alterações cognitivas de intensidade moderada a grave (muitas vezes com alterações de comportamento características do espectro autista) e é bastante prevalente em nosso meio” (FERNANDES, 2011, p. 22).

Outra causa que merece destaque, conforme Fernandes (2011, p. 23), “é a exposição fetal ao álcool, chamada de síndrome do Álcool Fetal. De acordo com a literatura internacional, essa é a principal causa de DI nos países da América do Norte e da Europa”.

As complicações que podem ocorrer durante o nascimento (ou logo após) podem causar DI em uma parcela significativa de crianças. “Estima-se que cerca de 8 a 12% dos indivíduos apresentam DI por intercorrências ocorridas no período perinatal, que inclui o intervalo de tempo imediatamente anterior ao nascimento até o 28º dia de vida” (FERNANDES, 2011, p. 23-24). Entre essas causas, a paralisia cerebral/PC é talvez a mais

<sup>6</sup>[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=df&tema=censodemog2010\\_defic](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=df&tema=censodemog2010_defic). Acesso: 12 out. 2012.

frequente. O autor garante ainda que “a prematuridade e o baixo peso ao nascer vêm se tornando uma causa de DI cada vez mais verificada em nossa prática clínica” (2011, p. 24).

Com relação às causas pós-natais, “estão os agravos à saúde da criança que ocorrem após o primeiro mês de vida e que acabam por interferir diretamente sobre as funções cognitivas do indivíduo” (FERNANDES, 2011, p. 24). O autor destaca que a desnutrição talvez seja uma causa das DI mais lamentáveis em nossa sociedade. Fato lamentável se considerarmos a riqueza do Brasil tendo em vista as suas dimensões continentais, sua produção de alimentos, bens e serviços.

Para Fernandes (2011), outro grupo de doenças deve ser considerado:

[...] um grupo de doenças deve ser destacado: as doenças endócrinas e metabólicas, como o hipotireoidismo congênito e a fenilcetonúria. Essas condições são de rastreamento obrigatório pelo teste do pezinho, e o diagnóstico em início precoce do tratamento previne a ocorrência de DI nessas crianças. Portanto, essa é uma causa passível de prevenção e que jamais deve ser esquecida por qualquer profissional que atue com a população pediátrica (FERNANDES, 2011, p. 25).

O autor destaca ainda que as questões culturais e familiares também podem ser causa de Deficiência Intelectual. Sabe-se, por exemplo, que “as crianças que se desenvolvem em meios sociais em que são pouco estimuladas ou em famílias de baixa condição socioeconômica ou culturais têm uma chance maior de apresentar DI que as demais” (FERNANDES, 2011, p. 25).

Frisamos que as descrições de ordem clínica devem ser consideradas numa perspectiva associada aos seus significados no contexto escolar inclusivo. Por exemplo, a mudança do termo “deficiência mental” por “deficiência intelectual” que propõe uma revisão conceitual ao considerar aspectos ambientais e culturais na determinação e/ou no agravamento do quadro de DI.

Segundo Silva (2011 p. 34) que assim se reporta ao termo Deficiência Intelectual:

Expressão foi usada oficialmente em 1995, quando a Organização das Nações Unidas, juntamente com The National Institute of Child Health and Human Development, The Joseph P. Kennedy, Jr. Foundation, e The 1995 Special Olympics World Games, realizaram em Nova York o simpósio chamado “Intellectual disability: programs, policies, and planning for the future” (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro). A substituição teve o intuito de diferenciar melhor a deficiência mental dos quadros de doença mental.

Para Oliveira (2004) a condição de deficiência intelectual não pode servir como marco limitador da aprendizagem e desenvolvimento da pessoas. A educação na área da deficiência intelectual deve atender às suas necessidades educacionais especiais, considerando as proposições curriculares da escola. Numa perspectiva inclusiva as crianças com DI devem desde cedo frequentar a escola a qual cabe desenvolver seus potenciais.

Fernandes e Magalhães (2003, p. 110), com base na abordagem vygotiskiana, defendem que o desenvolvimento da criança com DI é semelhante ao da criança dita “normal”. Informam, ainda, que muitas das funções intelectuais/psicológicas desta criança podem não terem sido atingidas pela incapacidade. Estas autoras afirmam, ainda, que a criança com DI:

Apresenta um ritmo mais lento na interiorização da linguagem, que, por sua vez, configura-se como origem do ato voluntário consciente. Com efeito, pode-se inferir que a criança com DM demonstra uma alteração de conduta diante das instruções verbais, devido ao prejuízo na internalização da linguagem e à sua dificuldade de auto-regulação(FERNANDES e MAGALHÃES, 2003, p. 110).

Nesta abordagem o reconhecimento da origem orgânica da deficiência não implica em reduzir a DI a uma análise meramente biológica, mas reconhecer que o ensino – como atividade mediada – pode fomentar habilidades de auto-controle e auto-regulação do comportamento. A escola deve, assim considerar ritmos de desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com DI.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório sobre três estudantes com deficiência intelectual de uma dada escola pública de Natal-RN. Conforme Gil(2008) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das característicasde determinada fenômeno. O aspecto exploratório em pesquisas proporcionamuma perspectiva geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Escolhemos três estudantes com DI matriculados na referida escola(para preservarmos a identidade/integridade dos sujeitos utilizamos nomes fictícios): **Olímpia**, com Déficit cognitivo e Distúrbio de conduta;**Quélpes**, com Deficiência Mental e **Patrício** com DI,epilepsia e distúrbio de conduta. Todos atestados em laudo por médico, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID10).

O estudo consistiu em entrevista com as mães dos três sujeitos, com seus professores de ensino regular, do AEE e análise de documentos relacionados aos sujeitos com faixa etária



de 10 a 13 anos de idade, cursavam o 4º e 5º ano do ensino fundamental em sala de aula comum e frequentaram o AEE da mesma escola.

Denominamos as duas professoras de Vera e Lúcia e o professor do AEE de Joaquim, chamaremos pelo nome fictício de forma a preservar sua identidade.

As entrevistas foram transcritas e optamos por apresentar os resultados através de casos individuais.

## RESULTADOS

Iniciamos informando que a Professora Vera do 4º ano, pedagoga desde 2008, com vínculo efetivo no município, viúva, atua há mais de 20 anos na docência, ainda não tem pós-graduação, afirma que a primeira experiência junto aluno com deficiência intelectual “não foi muito boa, porque falta a formação”. A Professora Lúcia do 5º ano, cursando pedagogia, com contrato temporário, casada, atua há quase cinco anos no ensino fundamental, considera a primeira experiência “muito gratificante”. O professor de Joaquim é pedagogo, psicopedagogo, com formação continuada em educação inclusiva, efetivo no ensino municipal, casado, leciona há seis anos sendo dois no AEE, acredita que cada pessoa tem as suas especificidades e potencialidades a serem estimuladas, exploradas.

Abaixo um quadro sinóptico de deficiência mental peculiar aos alunos sujeitos desta investigação, em seguida, realizamos uma breve comparação destacando algumas peculiaridades e características entre os três casos apresentados, com vistas a uma síntese dos resultados:

Quadro 3 - Peculiaridades e características das três pessoas

Caso/No me	Idade/ano de escolaridade	Deficiência	CID	Data/laudo ou atestado	Laudo/atestado na íntegra
1º caso: Olímpia	13 anos/4º	Déficit cognitivo e Distúrbio de conduta	F70	2011	Atesto para os devidos fins que "Olímpia" é portadora de Déficit Cognitivo e Distúrbio de conduta (Centro de Reabilitação Infantil - CRI)

2º caso: Quélpes	11 anos/4º	Deficiência mental	F72	2011	Atesto que o menor "Quélpes" é portador de deficiência mental e que precisa de acompanhamento em sala de aula especial (Núcleo de Atenção Especial - NAE)
3º caso: Patrício	10 anos/5º	Deficiência mental, epilepsia e distúrbio de conduta	F72 G40.4	2007	Atesto para os devidos fins que Patrício é portador de deficiência mental, epilepsia e Distúrbio de conduta (Centro de Reabilitação Infantil - CRI)

Fonte: Dados coletados e organizados pelos autores(2012)

Observamos que um dos atestados informa que “o aluno precisa acompanhamento em sala de aula especial - Núcleo de Atenção Especial/NAE” (trecho do laudo de Quélpes), questionamos o conhecimento do médico da perspectiva da educação inclusiva para alunos com DI. Frisamos, novamente, que os laudos foram transcritos na íntegra. Os referidos laudos não apresentavam nenhum aspecto descritivo ou analítico.

O **caso Olímpia** revela um diagnóstico de Déficit cognitivo e Distúrbio de conduta (F70), a pré-adolescente de 13 anos de idade que, segundo a mãe,

não faz nada em casa, tem preguiça. De tarde não sei, por que saio muito cedo (4horas) pra trabalhar e chego tarde da noite. Ela fica com minha mãe que tem mais dois netinhos gêmeos e ela ajuda a cuidar deles. Ajuda a minha mãe a fazer alguma coisa, pedindo pra ela fazer alguma coisa ela faz, esperar que faça, por vontade própria, não faz (Mãe de Olímpia, 2012).

Ao perguntar sobre quais as atividades acadêmicas realiza em casa a mãe responde que ela não pega no caderno em casa, só na escola. Contudo observamos que a mãe dadas as suas condições de vida revela pouco tempo para lidar com as tarefas escolares de sua filha.

Olímpia faz tratamento medicamentoso, controlado pelo médico, uma vez ao dia, é acompanhada por psicopedagoga no Centro de Reabilitação Infantil/CRI, um dia por semana. A mãe afirma que vai começar atendimento com psicóloga e grupo de jovens. A mãe completa: “Vou até falar pra ser na quinta já para irmos, apenas na quinta”.

Sobre a vida diária de Olímpia, atualmente, a Mãe (2012), afirmou o seguinte:

Agora ela ver mais gente porque vim de João Câmara pra morar com minha mãe - tem eu, minha mãe, os irmãos dela, que é dois, tem meus sobrinhos, minha irmã, mora todo mundo, mas antigamente, morava só nós quatro, eu, ela, o irmão e o pai (até o ano passado). Agora, domingo (24/06), vai fazer um ano que eu e o pai dela se separou. Ora, ela demonstra alguma coisa desde que o pai saiu, ao mesmo tempo

mostra a mesma coisa. Quando ele (pai) estava em casa tratava ela como uma bebê, é muito difícil ele vim vê-la, acho que faz quase um mês que não vem”.

O **segundo caso** é o de **Quélpes** que é, conforme laudo médico, “portador de deficiência mental grave” (CID 10 - F72). Segundo sua mãe o pai de Quélpes nunca assumiu a paternidade. Quando o filho questiona sobre a situação, a avó diz que o pai saiu para trabalhar e nunca mais retornou.

Quélpes mora com a mãe, uma irmã e a tia que chama de mãe/avó. A mãe/tia/avó afirma que é um garoto bom, gosta muito dos afazeres de casa, faz comida, café, passa pano na casa, etc., detesta varrer o quintal. Em conversa com ele, disse que a avó o tirou do Programa Mais Educação porque perdeu a sandália na escola.

Para sua professora da sala de aula regular, Vera, ele demonstra conhecimento dos números, mas nas operações de adição e subtração, troca as unidades pelas dezenas trabalhadas no ábaco. Não conhece, nem consegue compreender ou realizar operações com dois algarismos, classe simples de 1ª e 2ª ordem. Apresenta muita dificuldade de articular as palavras na formação de frases, lê com muita dificuldade, esquece a pronúncia, assim como, o som de algumas letras e palavras.

O **terceiro caso** é **Patrício** cujo laudo médico revela ser portador de deficiência mental, epilepsia e Distúrbio de conduta (CID 10 - F72/40.4). Conforme informa professor Joaquim, consegue recontar uma história, criando uma nova sequência diferente da que foi utilizada, usando as doze peças como combinado antes de iniciar a atividade.

Segundo a mãe, Patrício age com agressividade em certos momentos que alguém o contraria. Fez uso de medicamento até o ano passado (carbamazepina, neozine e tegretol). Percebeu um leve avanço na aprendizagem, depois que começou a dormir melhor sem precisar tomar medicamentos. Em seguida, o tratamento foi suspenso pelo/a médico/a.

Para o professor Joaquim, o aluno tem dificuldade de reconhecer o som das consoantes como P e B, de soletrar, sílabas, etc., apresenta falta de concentração, distrai-se com facilidade, apresenta cansaço (segundo o mesmo foi dormir de 5 horas da madrugada assistindo TV).

O professor revela, ainda, que Patrício apresenta:

Características do Transtorno de aprendizagem (Transtornos da leitura, da matemática e da escrita) considerando que o mesmo apresenta uma inabilidade específica, como de leitura, escrita ou matemática, assim como, resultados significativamente abaixo do esperado para seu nível de desenvolvimento,

escolaridade e capacidade intelectual, conforme professora de sala” (professor do AEE).

Patrício - pelo relato da professora Lúcia – está em defasagem com relação ao conteúdo curricular de sua série (5º ano do ensino fundamental), algo que tende a acontecer com estudantes com deficiência intelectual. Isso ocorre dadas as dificuldades de organizar processos de mediação pedagógica que considere suas peculiaridades como está evidenciado na pesquisa de Silva(2011) e não, necessariamente, por impossibilidades inerentes à deficiência intelectual. No caso de Patrício a deficiência mental estava associada a epilepsia, o que pode agravar, ainda, mais seu quadro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na década de 80, século passado, refletindo sobre a preocupação com a educação dos educandos com deficiência, no século passado, Pessotti já alertara o seguinte:

Para que a sociedade admita e assuma a tarefa de educar o deficiente será necessário algum tempo, até que surja o grande movimento libertário e naturalista e pregar a igualdade de direitos entre os homens e a combater a artificialidade dos fins, métodos e conteúdos do ensino usual, mesmo que destinado, então, apenas a educandos normais” (PESSOTTI, 1984, p.26).

Abordamos a deficiência intelectual em nosso estudo conforme a tabela do censo de 2000, ou seja, uma pessoa com diagnóstico de Deficiência Mental/Intelectual; uma com Deficiência Mental/Intelectual e Epilepsia e, a seguinte, com Déficit Cognitivo e Distúrbio de Conduta. Todas com laudo médico apontando para a “deficiência mental”, conforme a Classificação Internacional de Doenças/CID”. Apresentam idade entre 10 e 14 anos pertencendo ao grupo com maior número de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos com 48.315 pessoas com Problema Mental + Outra incapacidade, como mostrado na tabela 1.

Tabela 1 – Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com diferente tipo de incapacidade por grupo de idade, Brasil – 2000.

Grupo de idade, em anos	Crianças e adolescentes por tipo de incapacidade			
	Somente Problema Mental	Problema Mental + Outra incapacidade	Somente outro tipo de incapacidade	Total

<b>0 a 3</b>	60.920	,5%	16.656	,1%	99.782	,8%	177.358
<b>4 a 6</b>	66.864	,7%	17.305	,2%	22.215	,2%	106.384
<b>7 a 14</b>	271.965	1%	48.315	,2%	71.298	,3%	391.578
<b>15 a17</b>	117.854	1,1%	18.001	,2%	32.134	,3%	167.989
<b>Total</b>	517.603	,8%	100.277	,2%	225.429	,4%	<b>843.309</b>

Fonte: IBGE<sup>7</sup>/microdados do Censo Demográfico, 2000 – Tabulação: CIESP, adaptado pelos autores.

Analisando a tabela, podemos inferir, ainda que é na faixa de idade entre 7 a 14 anos, correspondendo ao ensino fundamental com “Somente Problema Mental, que tínhamos o maior número de crianças: 271.965, seguida da faixa entre 15 e 17 anos, referente ao ensino médio, com 117.854 adolescentes. Vale salientar que o grupo com menor incidência da deficiência, conforme dados do censo, foi aquele com faixa etária entre 4 e 6 anos de idade, ou seja, com 106.384 crianças, com destaque para o Problema Mental + Outra incapacidade, com 17.305.

A deficiência intelectual não deve ser confundida com doença mental. É relevante saber, portanto, que não sendo uma doença, também não faz sentido procurar ou esperar uma cura para ela. A maioria das pessoas com deficiência intelectual consegue avançar em sua aprendizagem e socialização, contanto que lhe sejam oferecidas oportunidades adequadas de ensino e de convivência social, desde os primeiros anos de vida. (FERNANDES, 2011, p. 13).

O tratamento da criança com DI é multidisciplinar, interdisciplinar e deve incluir, necessariamente, todos os profissionais envolvidos no atendimento à criança. Médicos (pediatras, neurologistas e psiquiatras) precisam interagir com fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos e professores (FERNANDES, 2011, p. 28). Não há terapêutica farmacológica (medicamentosa) disponível para melhora das funções cognitivas.

O autor afirma, ainda, que o uso de medicamentos,

se restringe apenas àquelas crianças cuja sintomatologia comportamental ou comorbidade<sup>8</sup> põe a criança (ou a família) em uma situação de risco ou interfere

<sup>7</sup> Disponível: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010>. Acesso: 12 out. 2012.

<sup>8</sup> Chama-se comorbidade a situação onde mais de uma doença ou transtorno ocorre em um mesmo indivíduo. Esta situação pode ocorrer de modo simultâneo (as duas doenças existem ao mesmo tempo) ou de modosequencial (a primeira doença surge, e em seguida a outra). Disponível: <http://medico-psiquiatra.com/artigos/comorbidades-psiQuiatricas.html>. Acesso: 18 mai. 2014.

diretamente sobre a socialização e sobre o seu rendimento nas diversas modalidades terapêuticas em que ela está inserida e na escola (FERNANDES, 2011, p. 28).

A melhora das funções cognitivas dependerá sobremaneira do processo de socialização e de escolarização das crianças com deficiência e não apenas dos aspectos clínicos dos casos como apontam Fernandes e Magalhães (2003).

Portanto, sabemos que cada caso tem suas peculiaridades, não podemos agir como se todos fossem iguais, parecidos, pois, mesmo sendo pessoas com deficiência intelectual sem características da síndrome de down, não fogem a regra e podem necessitar de diferentes atendimentos clínicos e educativos.

Observamos que os laudos médicos eram pontuais e não traziam informações que pudessem colaborar na construção de formas de atendimentos adequados a este aluno. Os laudos assim serviam para prover o encaminhamento para o AEE e/ou para fazer parte do censo da educação inclusiva, um rótulo que torna a criança população da educação especial e, assim, tem direito ao AEE em sala multifuncional. Mas o trabalho de organização de flexibilização curriculares capazes de ajudá-lo em seu processo de escolarização fica à cargo da escola.

Mostramos que os pais podem dar pistas importantes sobre o comportamento dos seus filhos e parecem necessitar de orientação para lidar com a condição de seu filho. O estudo de Torres e Magalhães(2004) já evidenciava que as mães de crianças com deficiência intelectual necessitavam de espaços na escola para trocarem experiências sobre a educação de seus filhos com deficiência intelectual.

Os professores, notadamente, da sala de aula descrevem os alunos com DI enfatizando suas dificuldades no processo de escolarização e não seus possíveis potenciais de aprendizagem.

Embora não seja o objetivo deste estudo, supomos que os professores da sala regular precisam utilizar ferramentas que possibilitem uma melhor avaliação das aprendizagens escolares de seus alunos com DI para prover formas de planejamento escolar e flexibilização de currículo. Quanto ao professor da educação especial(professor do AEE) que atende a criança com DI, a própria legislação, mostra a necessidade de promover articulação entre sua prática e a do professor de sala de aula. Neste escola observamos que a articulação entre o trabalho destes dois profissionais estava em fase inicial de organização.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Brasília, 2004. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm). Acesso: 25 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico de 2010. Resultados Preliminares da Amostra. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_preliminares\\_amostra/notas\\_resultados\\_preliminares\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf). Acesso: 12 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.611/2011 dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm). Acesso: 12 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 4/2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasil, 2009. Disponível: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=14906&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14906&Itemid=866). Acesso: 13 mai. 2014.

CARVALHO, Eunice N. S.; MACIEL, Diva M. A. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation<sup>9</sup> - AAMR: sistema, 2002. Temas em Psicologia da SBP-2003, Vol. 11, nº 2, 147 - 156.

FERNANDES, Alexandre R. Deficiência Intelectual. In: MAIA, Heber (org.). Necessidades educacionais especiais. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. Neuroeducação; v. 3. p. 19-32.

FERNANDES, Maria de Lourdes C. N.; MAGALHÃES, Suzana M. A deficiência mental na perspectiva na perspectiva de Vygotsky. In: MAGALHÃES, Rita de Cássia B. P. **Reflexões sobre a diferença**: uma introdução à educação especial. 2ª ed. Fortaleza: Ed. UECE/ Ed. FDR, 2003, p. 92 - 114.

LEON, Viviane Costa de. (et. al.). A especificidade da compreensão metafórica em crianças com altismo. Revista PSICO, v. 38, n. 3, pp. 269-277, set./dez. 2007. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1454/2174>. Acesso: 10 mai. 2014.

MAZZOTTA, Marcos. **Educação especial no Brasil**. Cortez, São Paulo, 1995.

MENDES, Enicéia G. **Notas sobre a definição da área de educação especial**. Texto não publicado: Universidade Federal de São Carlos, 1995.

\_\_\_\_\_. Breve histórico da educação especial no Brasil. Revista Educación y Pedagogía, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, vol. 22, núm. 57, mayo-agosto, 2010, pp. 93-109.

---

<sup>9</sup>Trabalho apresentado na mesa redonda *Deficiência mental: diagnóstico, classificação e sistemas de apoio segundo o modelo 2002 da American Association on Mental Retardation – AAMR*, na XXXII reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Florianópolis – SC, outubro de 2002. Endereços para correspondência: SQS 216 – Bloco F – Apto 103 CEP: 70 295-060 Brasília-DF - E-mail: erenice@terra.com.br.

OLIVEIRA, A. A. S. Formas de organização escolar: desafios na construção de uma escola inclusiva In: OMOTE, S. **Inclusão: intenção e realidade**. Marília: fundepe publicações, 2004, p. 77-112.

PESSOTTI, Isaías. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz - Ed. da Universidade de São Paulo, 1984.

RIZZINI, Irene; MENEZES, Cristiane Diniz. **Crianças e adolescentes com deficiência mental no Brasil: um panorama da literatura e dos dados demográficos**. – Rio de Janeiro: CIESPI: PUC-Rio, 2010.

SASSAKI, Romeu K. Deficiência Intelectual e Inclusão. Planeta Educação, 2008. Disponível: <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=1320>. Acesso: 25 mai. 2014.

SILVA, Fabrícia Gomes da. **Inclusão Escolar De Alunos Com Deficiência Intelectual: o Atendimento Educacional Especializado (AEE) em discussão**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

SILVA, J. P. ; PEREIRA, E. N. A. P. ; MAGALHÃES, R. C. B. P. Educação inclusiva no contexto de uma escola pública em Natal-RN: percurso em construção. In: Luzia Guacira dos Santos Silva; Maria da Conceição Bezerra Varela; Cláudia Kranz (Org.). Educação inclusiva e formação continuada de professores: diálogos entre teoria e prática. 1ed. Natal: Ed. UFRN, 2012, v. 1, p. 25-37.

TORRES, Bergilde; MAGALHÃES, Rita de Cássia. B. P. Temas sobre Desenvolvimento (2003). Educação de alunos com deficiência mental na perspectiva de mães: construindo um olhar compreensivo. Temas sobre Desenvolvimento, 2003, 12(67), p. 11-15.