

As dimensões subjetivas da avaliação de indivíduos com deficiência intelectual

The subjective dimensions of the assessment of individuals with intellectual disabilities

Las dimensiones subjetivas de la evaluación de las personas con discapacidad intelectual

Alexandra Ayach Anache 

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil
alexandra.anache@gmail.com

Maria Amélia Almeida 

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil
ameliam@terra.com.br

Recebido em 16 de agosto de 2023

Aprovado em 09 de novembro de 2023

Publicado em 14 de dezembro de 2023

RESUMO

Este artigo aborda a avaliação da deficiência intelectual, tensionando o percurso que as pessoas com esta característica vivenciam para encontrarem respostas às questões pertinentes ao seu desenvolvimento atípico. Pretende-se Identificar e analisar as dimensões subjetivas na construção do julgamento clínico no processo de diagnóstico do indivíduo com deficiência intelectual, considerando as recomendações da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (2021). A metodologia desta pesquisa inspira-se nos princípios da Epistemologia Qualitativa. Participaram deste estudo 09 profissionais que atuam nas redes de serviço de educação especial e de Saúde de um município com mais de 500 mil habitantes, localizado em uma região do interior do Brasil. A análise dos resultados fundamenta-se na perspectiva cultural-histórica. Conclui-se que os julgamentos clínicos eram pautados na perspectiva do déficit, embora, a dimensão social fosse destacada pelos participantes, como a necessidade de interlocução com os familiares das pessoas com deficiências. Em que pese as mudanças ocorridas sobre a concepção de deficiência intelectual, no esforço de agregar os limites sociais e culturais aos orgânicos, conforme o exposto pela AAIDD (2021), as avaliações tangenciaram estes aspectos e priorizaram as características comportamentais dos indivíduos, reafirmando o fetiche da métrica para assegurar a validade dos diagnósticos.

Palavras-chave: Diagnóstico; Deficiência Intelectual; Subjetividade.

ABSTRACT

This article addresses the assessment of intellectual disability, stressing the path that people with this characteristic experience to find answers to questions relevant to their atypical development. It is intended to identify and analyze the subjective dimensions in the construction of clinical judgment in the diagnostic process of the individual with intellectual disability, considering the recommendations of the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2021). The methodology of this research is inspired by the principles of Qualitative Epistemology. Nine professionals who work in the special education and health service networks of a municipality with more than 500 thousand inhabitants, located in a region of the interior of Brazil, participated in this study. The analysis of the results is based on the cultural-historical perspective. It is concluded that clinical judgments were based on the deficit perspective, although the social dimension was highlighted by the participants, such as the need for dialogue with the relatives of people with disabilities. Despite the changes that have occurred in the conception of intellectual disability, in an effort to add social and cultural limits to the organic ones, as exposed by the AAIDD (2021), the evaluations tangencied these aspects and prioritized the behavioral characteristics of the individuals, reaffirming the metric fetish to ensure the validity of the diagnoses.

Keywords: Diagnosis; Intellectual disability; Subjectivity.

RESUMEN

Este artículo aborda la evaluación de la discapacidad intelectual, haciendo hincapié en el camino que las personas con esta característica experimentan para encontrar respuestas a preguntas relevantes para su desarrollo atípico. Pretende identificar y analizar las dimensiones subjetivas en la construcción del juicio clínico en el proceso de diagnóstico del individuo con discapacidad intelectual, considerando las recomendaciones de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2021). La metodología de esta investigación se inspira en los principios de la Epistemología Cualitativa. Participaron de este estudio nueve profesionales que actúan en las redes de educación especial y de servicios de salud de un municipio con más de 500.000 habitantes, localizado en una región del interior de Brasil. El análisis de los resultados se basa en la perspectiva histórico-cultural. Se concluyó que los juicios clínicos se basaban en la perspectiva del déficit, aunque los participantes destacaron la dimensión social, como la necesidad de diálogo con los familiares de las personas con discapacidad. A pesar de los cambios ocurridos en la concepción de la discapacidad intelectual, en un esfuerzo por agregar los límites sociales y culturales a los orgánicos, según lo establecido por la AAIDD (2021), las evaluaciones tocaron estos aspectos y priorizaron las características conductuales de los individuos, reafirmando el fetiche métrico para garantizar la validez de los diagnósticos.

Palabras clave: Diagnóstico; Discapacidad Intelectual; Subjetividad.

Introdução

Este artigo aborda as dimensões subjetivas implicadas no processo de avaliação da deficiência intelectual, com foco na produção do julgamento clínico que se expressam no conteúdo dos relatórios e nos encaminhamentos, os quais, pautaram-se em uma perspectiva biomédica, conforme constataram Anache e Rezende (2016), Anache e Almeida (2018), Nishikawa, (2019). Somada a essa situação, constatou-se que os profissionais que realizavam a avaliação e diagnóstico não usavam as recomendações da Associação Americana de Retardo Mental, por encontrarem dificuldades na organização e estruturação do processo (ALMEIDA, 2004).

A Associação Americana em Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (AAIDD) modificou a terminologia, substituindo o termo “retardo mental” pelo de “deficiência intelectual”. Almeida (2014) informa que essa mudança compreende que a situação de incapacidade se constitui na relação entre o indivíduo com o ambiente. Assim, o sistema de suportes/apoios deveria ser identificado. Na atualização desta definição, mantém-se a perspectiva socioecológica e amplia-se a idade para manifestação e identificação até os 22 anos, reforçando que os pontos fortes podem coexistir com os pontos fracos, conforme o que se segue:

A deficiência intelectual (DI) é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa deficiência se origina durante o período de desenvolvimento, que é definido operacionalmente como antes de o indivíduo atingir a idade de 22 anos. As cinco premissas a seguir são essenciais para a aplicação dessa definição: 1. As limitações no funcionamento atual devem ser consideradas no contexto de ambientes comunitários típicos da idade típica da idade, dos pares e da cultura do indivíduo. 2. Uma avaliação válida considera a diversidade cultural e linguística, bem como as diferenças de comunicação, sensoriais, motoras e comportamentais, sensoriais, motoras e comportamentais. 3. Em um indivíduo, as limitações geralmente coexistem com pontos fortes. 4. Um objetivo importante da descrição das limitações é desenvolver um perfil dos apoios necessários. 5. Com suportes personalizados apropriados durante um período prolongado, o funcionamento da vida da pessoa com DI geralmente melhorará. (SCHALOCK, R. L., LUCKASSON, R., & TASSÉ, M. J., 2021, p. 1).¹

Nesta perspectiva, a avaliação desta deficiência deve considerar estas cinco dimensões: 1) Habilidades Intelectuais: capacidade geral que envolve

aspectos relacionados à resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio de problemas (LUCKASSON, et al. 2002), as quais devem ser avaliadas por meio de testes de inteligência e observadas nas diferentes áreas que compõem o comportamento adaptativo. 2) Comportamento Adaptativo: “conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida cotidiana” (LUCKASSON, et al., 2002, p.14). Os fatores que compõem o comportamento adaptativo estão estruturados em três grupos: Habilidades Cognitivas, de comunicação e acadêmica (habilidades conceituais); Habilidades Sociais (relações interpessoais, responsabilidade, autoestima, credibilidade, ingenuidade, seguir regras, obedecer às leis e evitar vitimização). Habilidades de Vida independente: atividades de vida diária (autocuidados), atividades instrumentais, habilidades ocupacionais e manter os ambientes seguros. Thompson et al (1999) incluiu um quarto grupo de fatores na estrutura da definição de 2002: Competência Motora ou física que está na dimensão Saúde; Participação, interações, papéis sociais: refere-se ao lugar que o indivíduo ocupa no ambiente em que ele vive, portanto, avalia-se sua capacidade de interagir na sua comunidade; Saúde: refere-se ao bem-estar físico e mental do indivíduo, portanto, a avaliação dessa condição é fundamental, exigindo qualidade nos diagnósticos, observando os fatores etiológicos e de saúde física e mental e Contextos: Esta dimensão exige análise do contexto em que o indivíduo vive, relacionando-a com a qualidade de vida, previsto também na 10ª edição.

A AAIDD (2010; 2021) alertou quanto aos requisitos necessários para garantir a qualidade das avaliações e dos diagnósticos que delas depreendiam com destaque para: a) Qualidade dos instrumentos de mensuração, considerando a validade para a realidade o qual será empregado; b) competência técnica de quem irá realizar a aplicar e interpretar os resultados dos testes realizados; c) legitimidade dos informantes que irão fornecer os dados sobre a pessoa que está sendo avaliada; d) contextualização social, cultural e ambiental na avaliação dos dados informados ou mesmo ocultados; e) história clínica e social do indivíduo; f) as condições físicas, mentais que podem interferir

nas habilidades intelectuais de quem está sendo avaliado. No entanto, ainda temos dificuldades para implementar estas orientações, em decorrência da fragilidade das redes de serviços de saúde e de educação brasileira e da indisponibilidade de instrumentos com qualidade técnica e validados para a população brasileira.

Considerando que o comportamento adaptativo se manifesta nas situações de vida do sujeito, e, nele estão implicadas as questões culturais, sociais e linguísticas, os componentes subjetivos envolvidos nas relações estabelecidas, torna mais complexo o processo de sua avaliação, pois exigirão do profissional, habilidades para analisar os fatores constituintes das diferentes formas de manifestação do citado comportamento, considerando as diferenças culturais de cada região.

Os dilemas em torno da complexidade da avaliação e diagnóstico da deficiência intelectual sempre estiveram em evidência, pois havia grupos que se posicionavam a favor da necessidade de se obter medidas mais objetivas como critério de diagnóstico e outros grupos defendiam uma avaliação de natureza qualitativa sem o uso de instrumentos psicométricos, considerando a fragilidade e os limites destas ferramentas para esta finalidade, interferindo na produção do julgamento clínico que ressaltasse as possibilidades de aprendizagem das pessoas (DIAS & LOPES DE OLIVEIRA, 2013), (CHAVES, 2015), (ALLES; CASTRO; MENEZES; DICKEL, 2019).

O julgamento clínico requer a triangulação das informações, o qual deverá ser sistemático, formal e transparente e além de tudo isso, se pautar nos valores éticos que regulamentam as práticas dos profissionais envolvidos no diagnóstico da deficiência intelectual. A AAIDD (2010, 2021) recomenda que ele se baseie nos resultados dos instrumentos adequados e validados para os indivíduos (idade, gênero, grupo cultural, primeira língua, meios de comunicação e limitações físicas e sensoriais), seguir o rigor metodológico do manual do teste, relacionar os resultados das avaliações usadas com os motivos que demandaram a avaliação; usar métodos e técnicas dentro dos padrões éticos de cada profissão, considerar as especificidades de cada situação, considerando a história completa do indivíduo, integrar informações obtidas, analisar e

interpretar as informações integrando-as ao contexto de vida do indivíduo e de sua família, visando construir hipóteses e orientar o processo de intervenção, com base em um diagnóstico preciso e válido (SCHALOCK & LUCKASSON, 2014).(SCHALOCK, R. L., LUCKASSON, R., & TASSÉ, M. J., 2021).

Em 2002 a Associação indicava a aplicação do julgamento clínico nas seguintes situações: a) em que a origem cultural e/ou linguística que difere significativamente da maioria; b) as informações anteriores estão ausentes ou incompletas; c) por razões de segurança ou por razões médicas, o funcionamento do comportamento adaptativo do indivíduo não pode ser avaliado como consistente com estas definições e hipóteses de 2002; d) os procedimentos padronizados de avaliação não são apropriados porque o indivíduo tem muitas deficiências, limitações sensoriais e motoras e/ou desafios comportamentais que limitam o uso ou a interpretação válida de instrumentos padronizados; e) há um risco de efeitos práticos devido ao uso repetido do mesmo instrumento fora dos intervalos de tempo recomendados; f) o indivíduo usa um sistema de linguagem dialeto ou comunicação que difere muito daquele das populações normativas do instrumento; g) o indivíduo é muito jovem e tem uma linguagem e/ou habilidades de desempenho parcialmente limitadas; h) surgem dificuldades na seleção de informante e na validação das observações dos informantes; i) a observação direta do desempenho real do indivíduo foi limitada e a observação direta adicional e necessária e j) surgem dificuldades quando se tenta determinar se a idade do critério inicial foi satisfeita, o que é frequentemente problemático para indivíduos mais velhos. Estas orientações foram mantidas na última revisão em 2021.

O julgamento clínico deve ser considerado em todas as fases, subsidiando as tomadas de decisões para diminuir a margem de erros, sobretudo nos casos mais complexos, como ideias preconcebidas sobre a deficiência; aligeiramento do diagnóstico, enviesando os enquadramentos, as orientações e encaminhamentos. Além disso, as suas funções específicas são: (a) elaborar uma avaliação que resulte em um diagnóstico preciso e válido; (b) evitar fazer um diagnóstico incorreto relacionado ao que é chamado de falso positivo ou falso negativo; (c) resolver alegações de falsificação intencional para obter um

benefício; e (d) fazer um diagnóstico retrospectivo (SCHALOCK, R. L., LUCKASSON, R., & TASSÉ, M. J., 2021).

As análises das informações que resultam dos procedimentos metodológicos adotados pelos profissionais envolvidos com o processo avaliação estão subjugados às suas concepções sobre as deficiências as suas consequências na vida dos indivíduos. Tais concepções fazem parte da cultura da sociedade e integram as dimensões subjetivas dos seres humanos que delas fazem parte. Portanto, neste estudo, assumiu-se como referência a teoria da subjetividade, a qual está fundamentada na abordagem cultural-histórica. Ela compreende o sujeito com um ser histórico, relacional, emocional e simbólico e que se constitui nos processos educativos. Trata-se de movimento dialético entre a subjetividade social e individual que se realiza na complexa trama recursiva que ocorrem entre os indivíduos e grupos, conforme explicaram González Rey & Mitjàns Martínez (2017). Portanto, ela [...] “organiza-se pelos diferentes efeitos de uma situação e estes estão relacionados aos aspectos históricos e culturais.” (MITJÁNS MARTÍNEZ, et al., 2020, 39).

O conceito de deficiência intelectual requer que se observe os fatores culturais integrados aos elementos da atualidade como aqueles que foram produzidos no curso da vida das pessoas. “Isso resulta em diferentes sentidos subjetivos relacionados a essa vivência, que não está definida por nenhum dos sentidos subjetivos que a constituem (MITJÁNS MARTÍNEZ MITJÁNS MARTÍNEZ, et al 2020, p. 39), mas pela posição social que o indivíduo assume no grupo e com as pessoas com a qual se relaciona.

A construção julgamento clínico é mobilizado pela subjetividade individual e a subjetividade social dos profissionais envolvidos no processo de avaliação e diagnóstico, cujos produtos podem ser identificados nas escolhas teórico-metodológicas, uma vez que essas expressam as concepções de ser humano, de sociedade, de deficiência de educação e de saúde. Além disso, nos possibilitou compreender as diferentes produções subjetivas que habitavam os espaços sociais, dentre os quais estão as instituições que atendiam o público-alvo da Educação Especial. Segundo a Política Nacional de Educação Especial

(2008) são aqueles indivíduos que apresentam deficiências, altas habilidade/superdotação e Transtorno Global do Desenvolvimento.

Há uma complexa trama que promove o desenvolvimento do ser humano, mobilizada no entrelaçamento entre o social e o cultural, sendo que a educação exerce papel preponderante no desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Por isso, o processo avaliativo, que envolve a produção do julgamento clínico requer estudos aprofundados sobre a história de vida dos indivíduos, uma vez que a “[...] deficiência não determina linearmente os caminhos específicos do desenvolvimento, podendo ou não aparecer como limitação, mas como característica” (ANACHE, 2020, p. 218).

O processo de diagnóstico é complexo, requerendo perícia do profissional para planejamento e escolha de metodologias adequadas para realizá-lo, portanto, esta pesquisa teve como objetivo geral, identificar e analisar as dimensões subjetivas na construção do julgamento clínico no processo de diagnóstico do indivíduo com deficiência intelectual, considerando as recomendações da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (2021). E como objetivos específicos: Caracterizar as redes de serviços da Educação Especial que realizavam os diagnósticos da deficiência intelectual e estudar os critérios que as equipes utilizavam para construir o julgamento clínico dos indivíduos avaliados pelos profissionais que compunham as referidas equipes.

Procedimentos Metodológicos

Considerando que o foco desta pesquisa foi as dimensões subjetivas implicadas na construção do julgamento clínico, nos inspiramos nos pressupostos da Epistemologia Qualitativa para produção teórica da pesquisa, pois ela é “uma ferramenta para estender o pensamento imaginativo, criativo, à significação de novos processos humanos” (MITJÁNS MARTÍNEZ, et al, 2020, p. 41). Os princípios desta abordagem são: a) O sujeito assume a centralidade na pesquisa, pois a pesquisa só avança se houver o engajamento no processo, o qual se expressa na qualidade das informações que produz no diálogo

construído com o pesquisado. É por meio do diálogo que as produções subjetivas emergem; b) ênfase no caráter construtivo-interpretativo do conhecimento da subjetividade, pois ela não se expressa diretamente nos diálogos, é necessário elaborar instrumentos indutores que se encaixem no desenho teórico assumido no curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY & MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017); c) a pesquisa é um processo de comunicação dialógica, onde é possível emergir espontaneamente assuntos diversos, os quais, aparentemente, tangenciam o tema em referência, mas em sua essência podem expressar ideias, concepções, sentimentos que integram as dimensões subjetivas dos participantes.

Participaram deste estudo 09 profissionais que integravam as equipes de avaliação e diagnóstico das Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, duas instituições especiais que atendem indivíduos com deficiência intelectual e múltiplas de um município com mais de 500 mil habitantes, localizado em uma região do interior do Brasil. A pesquisa foi desenvolvida nos locais de trabalho dos profissionais, permitindo ao pesquisador conhecer as dependências dos estabelecimentos e respectivas dinâmicas.

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa.

Profissional	Órgão representado	Tempo profissional de experiência	Tempo de experiência no local de trabalho	Cursos na área
Fonoaudióloga Carla	Secretaria Municipal de Saúde	14 anos	5 meses	Não
Pedagoga Joana	Secretaria Municipal de Educação	30 anos	10 meses	Sim
Pedagoga (2) Sílvia	Secretaria Municipal de Educação	15 anos	1 ano	Sim
MédicaNeurologista Gislene	Instituição A	20 anos	11 anos	Sim
Médico Psiquiatra João	Instituição A	19 anos	15 anos	Sim
Médica Geneticista Ivana	Instituição A	17 anos	12 anos	Sim

Psicóloga Camila	Instituição A	10 anos	3 anos	Sim
Fisioterapeuta Raquel	Instituição A	15 anos	3 anos	Sim

Fonte: Informações organizadas pelas autoras

Esta pesquisa atendeu os critérios exigidos pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O protocolo de aprovação é 69784117.3.0000.0021 e parecer número 2.250.619. A identidade dos participantes e seus respectivos locais de trabalho serão mantidos sob sigilo. Os nomes dos participantes desta pesquisa são fictícios.

Foram empregados três instrumentos, sendo que o primeiro foi a técnica da conversação, cujo objetivo visou promover o vínculo com os participantes da pesquisa e proporcionar o diálogo sobre o tema e outros assuntos, pertinentes (GONZÁLEZ REY, 2005). Concomitante a esse processo, a observação assistemática, das características dos ambientes, das diferentes expressões de comportamentos, das relações entre os profissionais, do fluxo e o organograma das instituições pesquisadas, adensou as informações, revelando a cultura do lugar. Em tempo, por cultura integra os instrumentos, os signos, os símbolos produzidos pela atividade humana, os quais expressam a história da sociedade (VYGOTSKI, 1995).

Utilizou-se da entrevista semiestruturada para complementarmos as informações sobre os critérios empregados no processo de avaliações e diagnósticos da deficiência intelectual. As visitas às instituições duraram em média quatro horas e os diálogos foram individuais em ambientes reservados durante uma hora. O conteúdo das gravações em áudio foi transcrito na íntegra.

A pesquisa foi desenvolvida em 03 etapas, sendo que a primeira foi dedicada ao estudo exploratório para identificar as instituições e respectivas equipes que participavam do processo de avaliação e diagnóstico. A segunda foi dedicada à escolha dos profissionais que aceitaram participar deste estudo e terceira foi dedicada às entrevistas.

A produção analítica foi tecida, considerando os princípios da Epistemologia qualitativa, apresentados anteriormente, e a triangulação das informações organizadas em três eixos temáticos, a saber: 1) A caracterização

dos lugares da pesquisa; 2) organização da rede de serviços de saúde e educação, considerando as relações que foram sendo construídas para identificação dos componentes das equipes que se ocupavam de realizar a avaliação e o diagnóstico de pessoas com suspeita de apresentarem deficiência intelectual; 3) dinâmica de construção do diagnóstico da deficiência intelectual, enfatizando as dimensões subjetivas do julgamento clínico.

Resultados e Discussões

A organização dos serviços impõe a dinâmica dos lugares e revelam o movimento das políticas de atenção à saúde e à educação destinada às pessoas com deficiência. Neste processo, a lógica do discurso oficial é compreendida e executada por pessoas que possuem diferentes vivências sobre este assunto. Portanto, as contradições promovidas pelos confrontos gerados nas ações e relações estabelecidas no campo de trabalho impactam a produção do julgamento clínico. Assim, no primeiro momento, identificamos as instituições e os profissionais envolvidos para escolher os participantes deste estudo.

O julgamento clínico depreende das vivências, das condições culturais do profissional, envolvendo suas emoções e sentimentos que envolve a concepção da deficiência, implicada na sua subjetividade, por ser compreendida como a

[...] capacidade humana de as emoções adquirirem um caráter simbólico, levando à formação de novas unidades qualitativas que constituem uma definição ontológica diferente dos fenômenos humanos, sejam eles sociais ou individuais; essas unidades expressam-se nos conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva. (MITJÀNS MARTÍNEZ, 2020, p. 49).

Os sentidos subjetivos, como unidade funcional do simbólico e do emocional emergem da experiência humana (GONZALEZ REY & MITJÀNS MARTÍNEZ, 2017). Assim, as configurações subjetivas reúnem grupos de sentidos subjetivos que se aproximam, e, em sua dinâmica geradora são considerados estados mais estáveis de uma experiência específica. Tanto os sentidos subjetivos, quanto as configurações subjetivas “fogem do controle consciente dos indivíduos e grupos” (MITJÀNS MARTÍNEZ, 2020, p. 49), e se organizam de forma simultânea e recursiva tanto no âmbito social quanto no

individual, o que torna a pesquisa uma prática desafiadora, pois nos coube compreender a rede de relações implicadas nas ações dos participantes deste estudo, por serem constituídas por processos subjetivos distintos que revelam sistemas valores, crenças, normatizações instituídos e aqueles que depreendem das aprendizagens individuais, os quais são socialmente constituídos.

Segundo a informação dos gestores da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação do município pesquisado, as avaliações do indivíduo com suspeita de deficiência intelectual se iniciavam nas unidades de saúde a partir da queixa informada pela família ou responsáveis e pelos(as) professores(as) das escolas dos diferentes níveis de ensino. Neste processo inicial, estavam envolvidos os profissionais da enfermagem e da medicina, integram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Registre-se que esta prática é comum em todo o Estado onde está localizado o município pesquisado.

Quando havia suspeita de deficiência intelectual, a qual era informada pela família ou detectada por algum profissional das Unidades Básicas de Saúde, o médico da Unidade de Atenção Básica encaminhava os indivíduos para os especialistas, que em regra, integravam as equipes de saúde das Instituições Especializadas não governamentais do Município, as quais estavam cadastradas no Sistema de Regulação (SISREG) do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar que, embora a maioria dos municípios possuíssem os serviços mencionados, os quais eram ofertados pelas organizações não governamentais, eram os da capital do Estado que concentravam a maior parte dos atendimentos (OLIVEIRA, 2019).

Em situações em que os(as) professores(as) da educação básica identificavam os comportamentos incompatíveis com a faixa etária das crianças, a equipe do Núcleo Municipal de Apoio Psicopedagógico da Secretaria Municipal de Educação era acionada. Na época desta pesquisa, o setor que atendia os estudantes com deficiência era denominado de Núcleo de Educação Especial, vinculado à Coordenadoria de Educação Básica, integrava a estrutura da Superintendência de Políticas Educacionais da Secretaria Municipal de

Educação do município pesquisado. Mas recentemente, ele foi denominado de Divisão de Educação Especial deste órgão.

A equipe do referido Núcleo era composta por psicólogos e professores pedagogos especializados em educação especial que se ocupavam de pesquisar a história do estudante e faziam observação do comportamento adaptativo, com foco nas dificuldades de aprendizagem. Se a suspeita fosse confirmada, os membros da equipe elaboravam um relatório e encaminhavam para o setor de rede de cuidados da pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde direcionava este indivíduo para a fila de atendimento especializado para confirmação do diagnóstico intermediado pelo SISREG, conforme a informação concedida por Sílvia: “Quando o professor percebe que o aluno não está aprendendo, nós chamamos a família e a equipe de atenção especializada para investigação e encaminhamento para atendimento nas instituições especializadas.”

A representante do Serviço de Atenção à saúde da Pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, a Sra. Carla, relatou que encaminhava as crianças para as instituições especializadas, com base nas informações dos responsáveis. Outrossim, o site da Secretaria Municipal de Saúde não disponibilizava informações acessíveis sobre o atendimento em saúde para as pessoas com deficiência intelectual. Este procedimento também era realizado por Joana e Sílvia, representantes da Secretaria Municipal de Educação.

O Núcleo de Educação Especial estava organizado em equipes de serviço que visavam oferecer Atendimento Educacional e outros serviços especializados para o público da Educação Especial eram organizados em equipes, a saber: Equipe de Apoio pedagógico ao aluno com surdez; Equipe de Apoio pedagógico ao aluno com deficiência visual, Equipe de Tecnologia Assistiva e Acessibilidade; Equipe de Apoio Pedagógico aos Centros de Educação Infantil; Equipe de Apoio Pedagógico ao aluno com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Equipe de Apoio Pedagógico às Salas de Recursos Multifuncionais. No documento ofertado pela chefe do Núcleo, o público alvo da Educação Especial é o mesmo que fora indicado pela Política Nacional de Educação Especial (2008).

Os diagnósticos para fins de Identificação realizados pelas instituições especializadas, até o final da pesquisa era condição necessária para que os estudantes tivessem acesso à escola desta rede. Segundo as estatísticas oficiais, em 2016, havia 1760 estudantes considerados o público da Educação Especial, sendo que 872 receberam diagnóstico de deficiência intelectual.

Após a realização da matrícula, a escola entrava em contato com a equipe do Núcleo de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação para que ela pudesse oferecer orientações sobre o estudante e solicitar os serviços de apoio para assegurar a permanência e o sucesso da escolarização. Para uma melhor organização do trabalho, as escolas de educação comum foram divididas em 6 polos e segundo o documento oficial desta Secretaria, a avaliação visava subsidiar o processo de aprendizagem, por meio da oferta de Atendimento Educacional Especializado, disponibilizando professores de apoios.

As participantes informaram que não realizavam o Julgamento Clínico de acordo com as orientações da AAIDD, mas os seus encaminhamentos fundamentavam-se na compreensão de que os problemas de aprendizagens podiam ser justificados pelo mau funcionamento das funções cognitivas dos estudantes. Esta é uma concepção recorrente no campo da Educação sobre os processos de aprendizagens dos alunos com deficiência intelectual, conforme estudos já realizados por Dias & Oliveira (2013), Mendes et al. (2015); Anache & Rezende (2016). Os referidos encaminhamentos, para fins de identificação eram realizados majoritariamente para a Instituição A.

A Instituição A foi criada no final da década de 1960 e estruturou o seu Centro de Saúde em 2013, pelo programa Viver sem Limite do Ministério da saúde. Ela foi e ainda é credenciada ao SUS e realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva e reabilitação às pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva, visual e múltipla. Desse modo, ela é considerada referência para a rede de atenção básica à saúde do Estado e do Município, lócus desta pesquisa, para o atendimento deste público. A Instituição A proporcionava atendimento para 16 cidades vizinhas em um raio de 330 quilômetros e são atendidos, em média, 3.800 pacientes/mês.

Ela possuía os serviços de: Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Hidroterapia e o setor de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM). A equipe médica é composta de: pediatra, psiquiatra, neurologista geneticista, oftalmologista, otorrinolaringologista, gastropediatra e ortopedista. O setor de Psicologia era composto por 18 psicólogos clínicos; 5 psicólogos que realizam atendimento externo (acompanhante terapêutico); 2 psicólogos para atendimento adulto; 11 psicólogos no atendimento infantil. Estes setores tinham os seus respectivos coordenadores e todos eram incentivados a participarem de cursos na área.

Eixo 1: A organização da equipe

No processo de avaliação e diagnóstico para fins de identificação e triagem os profissionais mais envolvidos eram os médicos e os psicólogos, sendo que os demais, ofereciam informações complementares sobre o paciente, quando solicitados por eles. Este modelo de organização é hegemônico no âmbito das redes de serviço da Educação Especial.

Embora, a triagem fosse realizada pelo setor de Serviço Social, não identificamos a sua presença no fluxo da avaliação, sugerindo que a sua função era restrita às recepções e orientações de cunho administrativo ou burocrático para viabilizar os atendimentos, quando o foco deveria ser a análise dos encaminhamentos para subsidiar a equipe na construção do raciocínio clínico.

Segundo Raquel, os encaminhamentos são justificados pelo atraso no desenvolvimento dos indivíduos, em decorrência de causas orgânicas ou pelos déficits de inteligência: “Eu não realizo a avaliação porque eu não sou psicóloga, porque tem que aplicar um teste [...]”. nesta direção, a Neurologista Gislene realizava a avaliação inicial e elaborava a sua hipótese e “aí o pessoal da psicologia vai fazer outros trabalhos para poder identificar exatamente o cognitivismo, essa parte aí, mas o diagnóstico é aqui comigo.”

Do mesmo modo, a médica geneticista argumentou que para “chegar na avaliação genético clínica, ela passa pela triagem” realizada pelos médicos neurologista e pediatra. No entanto, ela participava do processo da construção

do diagnóstico da deficiência, aprofundando a pesquisa sobre os fatores genéticos das síndromes, e, argumentou que “a minha função aqui “neste universo de deficiência, separar o que é ambiental e genético”, ou seja, ela foi adquirida em decorrência de fatores ambientais ou determinantes genéticos, como por exemplo, os erros inatos do metabolismo. No entanto, ela reconhecia a complexidade do tema para área médica, sobretudo quando a “criança não venha com o diagnóstico”.

João informou que conhecia parte do fluxo dos atendimentos iniciais e atribuiu aos psicólogos a função de acolhimento e de triagem “para ver se confirma a deficiência intelectual ou TEA e aí na sequência vão passar por outros profissionais, [...] em um dado momento, isso passa por mim para ver se fecha o diagnóstico da deficiência intelectual ou não.” Este relato se coaduna com o informado pela psicóloga Camila, quando afirmou que as crianças encaminhadas passavam por este setor, pois “toda parte de queixa intelectual, passa por mim, ou alguém do setor de psicologia, então é algo que a gente faz todos os dias”.

Reconhecemos a existência de produções subjetivas que expressavam fragilidades nas relações intersubjetivas mediatizadas pela prática dos processos avaliativos, os quais não estavam alinhados com as orientações da AAIDD (2010; 2021), pois os encaminhamentos demonstravam ser protocolares, com propostas intervencionistas, fundamentadas no modelo médico, os quais visavam a reabilitação das pessoas. Portanto, os indicadores de análise sugeriram que, em parte, as configurações subjetivas da subjetividade social da Instituição A, se assentavam na perspectiva (corpo)normativa em relação às pessoas com deficiência. Somavam-se a isso, a importância conferida aos instrumentos psicométricos e aos exames médicos, os quais se atribuiu centralidade aos profissionais desta área.

O julgamento clínico é construído no processo de análise das informações que depreendem do domínio do método e de seus instrumentos. Esses devem ser planejados de acordo com as características do indivíduo com suspeita de deficiência intelectual, sobretudo no caso daqueles que a AAIDD (2010; 2021) recomendou. No entanto, entendemos que ele está na base do raciocínio e

decisões que o profissional adotava, requerendo conhecimentos extensivos, ou seja, de informações que depreendiam de outras fontes, que não seja só a advinda do próprio indivíduo. Em que pese a sua importância neste processo, ele não fora mencionado por nenhum dos participantes do estudo. Soma-se a isso que, excetuando a Enfermeira Selma e a Fisioterapia, os demais participantes deste estudo afirmaram conhecer as orientações da referida Associação.

Considerando que todos os participantes ressaltaram a importância do trabalho em equipe e a realização do estudo de caso para a construção do Projeto Terapêutico Singular, eles não deveriam estar alinhados com os pressupostos e orientações da AAIDD? As análises que resultaram das observações realizadas, demonstraram que estas orientações nem sempre foram consideradas pelos profissionais. Ademais, eles precisavam cumprir metas de atendimentos, uma vez que o SUS financiava os serviços de saúde ofertados por estes setores. Assim, o volume de trabalho, dificultava a observância das 5 dimensões previstas por esta Associação.

A ênfase nos determinantes biológicos sobre as causas dos problemas de aprendizagens na escola, justificadas pelo atraso no desenvolvimento neuro motor, dificuldades comportamentais foram os principais motivos que orientaram os encaminhamentos para os processos avaliativos dos indivíduos que chegaram a esta Instituição. Os participantes deste estudo apresentaram versões convergentes quanto aos critérios para considerar o estudante elegível para o processo de avaliação.

Considerando que as funções psicológicas superiores se constituem nas relações concretas de vida, e por conseguinte, a depender da situação social de desenvolvimento dos indivíduos, há necessidade de se avançar para além dos critérios pautados em normativas de aprendizagens hegemônicas, pois há situações em que o atraso do desenvolvimento de uma criança pode ser atribuído para outros fatores, que não os de ordem biológica. Em tempo, conforme Vygotsky (1996, p. 264), “a situação social de desenvolvimento é o ponto de partida para todas as mudanças dinâmicas que se produzem no desenvolvimento durante o período de cada idade”. Assim, a qualidade das

relações que são vivenciadas pela criança pode proporcionar condições de aprendizagens e promover o seu desenvolvimento. Não obstante, esta perspectiva não desconsiderava os determinantes orgânicos que ocasionavam as deficiências, no entanto, as dificuldades impostas pelas condições do seu meio, podem gerar danos, impactando ainda mais o seu desenvolvimento.

Neste sentido, nas configurações subjetivas de Ivana, observou-se que, embora ela considerasse as causas orgânicas como importantes, ela também relativizou, afirmando que “não é fazer o diagnóstico da deficiência e sim o diagnóstico do conjunto dessa pessoa, então a avaliação médica genético clínica vai avaliar fatores pré-natais e pós-natais que vão contribuir para aquela criança ter atraso do desenvolvimento”.

Em meio às contradições, sobre os fatores determinantes da deficiência intelectual, Ivana argumentou que [...] “ou não é esse atraso do desenvolvimento, às vezes pode estar associado com o atraso cognitivo ou não.” Vale ressaltar que os fatores determinantes da deficiência intelectual merecem estudos, pois 30 a 50% dos casos ainda permanecem sem causa definida. (DECOUFLÉ, et al. 2001), (VASCONCELOS, 2004). No entanto, Karam (2014) informou que, parte dos casos que ela pesquisou, decorreriam de fatores não-biológicos, os quais poderiam ser evitados. Certamente, investimentos neste campo, se mostraram necessários para a construção de políticas de saúde, educação, entre outras.

O atraso no desenvolvimento que se expressam no comportamento adaptativo, orientavam a condução do julgamento clínico de Gislene, quando exemplificou o seu raciocínio: “por exemplo, chega uma criança de 10 anos que fala errado, que ainda usa fralda, uma criança que tem dificuldade em saber cores, só sabe branco e preto, não sabe cores realmente.” Assim, “[...] **mais ou menos você consegue identificar que nível, que idade mental aproximada ele está. E então o nível da deficiência intelectual dele.**” Na linha da realização do diagnóstico baseado nas informações colhidas durante o exame clínico, o Psiquiatra João, considerava os sinais e sintomas como sendo indicadores de “[...] **uma síndrome deficitária global, que é a investigação do atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, você avalia a incongruência**

entre a idade cronológica e a idade mental e a desadaptação psicossocial da pessoa.”

Observamos que os testes psicométricos foram posicionados pela Gislene como coadjuvantes e pelo João como protagonistas para a formulação de hipóteses diagnóstica. João afirmava que

[...] “quando a gente tem a psicometria para ajudar, é bastante valioso para o nosso diagnóstico e no caso do TEA, também a questão do diagnóstico sintômico que por mais que tenha roteiro de CID 10 de DSM 5, a gente se baseia no clínico, que é a alterações da motricidade, da linguagem, do isolamento do tipo autístico, a gente vem trabalhando com isso desde essa época.”

Camila considerava como critérios de diagnóstico da deficiência intelectual, QI abaixo de 80 e atraso no desenvolvimento dos indivíduos, diferente do que se é preconizado pela AAIDD, conforme já mencionado anteriormente.

Não obstante, alguns encaminhamentos para avaliação e diagnóstico da deficiência intelectual já vinha com a indicação para se aplicar o WISC 4, conforme explicou Raquel. Camila complementou que, para este fim, fazia-se o uso de escalas de desenvolvimento, como o “Portage e o Cars, WISC IV² e o teste não verbal de inteligência SON-R”. Além deles, ela realizava observações do comportamento das crianças quando elas estavam executando as atividades propostas. Ela usava como parâmetro de análise das respostas das crianças, comparando-as com a idade cronológica do grupo de referência delas.

Nas expressões de João, Camila, Ivana e Raquel evidenciaram a presença de um indicador relacionado à produção de sentido subjetivo, conectado ao fetiche do teste psicométrico, pois na história da concepção destes instrumentos, havia a promessa de que eles poderiam garantir imparcialidade do avaliador e possibilitar informações mais precisas sobre a inteligência dos indivíduos em um curto espaço de tempo, no entanto, a avaliação psicológica não se reduz ao uso de testes, ela é um processo amplo que envolve outros métodos e requerem a perícia e a experiência do avaliador.

Pode-se afirmar que, alguns critérios usados para orientar o julgamento clínico dos profissionais se aproximavam dos apresentados pela AAIDD (2010; 2021), como o déficit intelectual, atraso no desenvolvimento, problemas de

aprendizagem e comportamentos considerados inadequados, uma vez que na nova versão da definição da deficiência intelectual, a avaliação da inteligência, realizada por meio de testes psicométricos, assumiu centralidade, assim como a necessidade de se avaliar os comportamentos adaptativos que se expressam no curso da vida dos indivíduos, com o máximo de imparcialidade.

Alguns aspectos foram mais enfatizados do que outros, como foi o valor atribuído aos testes psicológicos, e à Psicologia para subsidiar a avaliação, conforme o relato do João:

[...] se a gente for ver os diagnósticos de deficiência intelectual, lá consta a questão de psicomетria. Então como o médico vai fazer psicomетria, sem ser instrumento do psicólogo? [...] O psicólogo se vira com a psicomетria dele, eu sei que tem como aplicar lá o WISC.

Camila atendia a expectativa de João, afirmando que [...] quando não tem diagnóstico, passa para gente e se a faz aplicação dos testes e encaminha para o setor médico. Logo em seguida, ela afirmava que [...] aí o setor médico faz o diagnóstico baseado no relato que a gente fez, do relatório, da avaliação do psicólogo e dos outros setores também. A indagação de João sobre o lugar destas ferramentas no processo de avaliação posicionava o valor atribuído à Psicologia, restringindo-a à realização dos testes. Nesta perspectiva, Camila havia assumido esta função quando informava que [...] quando não tem diagnóstico, passa a gente faz aplicação dos testes e encaminha para o setor médico. Logo em seguida, ela afirmava que [...] aí o setor médico faz o diagnóstico baseado no relato que a gente fez, do relatório, da avaliação do psicólogo e dos outros setores também.

Em situações em que os indivíduos não usavam a linguagem verbal para se comunicarem, os profissionais optavam pelo exame clínico, considerando as especialidades de cada um dos participantes. Os principais instrumentos empregados para isso eram: entrevistas com os familiares ou responsáveis, observações do comportamento da criança realizado principalmente pela psicologia e exames físicos e clínicos, no caso do setor médico e demais profissionais da área de saúde, como os fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Pode-se afirmar que os participantes se aproximavam das orientações da AAIDD (2010; 2021), quando recomendou que o uso do julgamento clínico fosse empregado em situações em que o indivíduo apresentasse quadros graves e com muita dificuldade para responder aos instrumentos padronizados. No entanto, a construção da hipótese diagnóstica principalmente em crianças menores, Ivana considerava que “[...] o atraso no desenvolvimento, seguido das dificuldades de autocuidados pode ser um sinal de alerta e que poderá evoluir para uma dificuldade escolar uma deficiência leve ou para uma deficiência intelectual.” Ela reconhecia a importância de analisar vários aspectos da história da criança, como comportamento adaptativo, por isso solicitava os pareceres dos colegas de outras áreas, pois “[...] o social (ela se referia ao Serviço Social) tem que estar envolvido, o psicológico tem que estar envolvido, o TO tem que estar envolvido nesse processo, a fono tem que ver se não tem alteração auditiva, então eu não consigo ver as coisas separadas. De outro modo, Gislene informava que na Instituição A havia mais pacientes graves, e, por isso, [...] “o grave, dificilmente vai ter só a deficiência mental, vai ter deficiência física associada, a maioria deles são epiléticos, alguns são autistas”, demandando investimentos da equipe multidisciplinar para a construção do Plano Terapêutico Singular. Ela não usava nenhum instrumento para isso, a não ser [...] a avaliação comparativa do desempenho normal e faixa etária e no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) para “laudar o indivíduo para ele ter direito aos benefícios, então seria o F70, 71, 2 e 3.”

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) era um documento escrito pelos profissionais da equipe, coordenado por supervisoras das áreas, nas quais participavam a família, o paciente e os profissionais dos diferentes setores. Ele é reavaliado no período de um ano. No entanto, a fisioterapeuta Raquel, afirmava que a dinâmica da elaboração deste Projeto é considerada um problema, porque “não havia um responsável direto por este PTS.” Note-se que o fluxo do trabalho estava organizado na linha de produção, tornando a dinâmica difícil para seguir as recomendações da referida Associação.

A planificação dos suportes é fundamental para mitigar as dificuldades advindas da situação de incapacidade gerada pela deficiência intelectual e

outras associadas. Para este fim, é necessário avaliar as discrepâncias entre as habilidades adquiridas e aquelas que precisam ser desenvolvidas para integrarem-se no ambiente. Desse modo, estas informações são necessárias para identificar a área, a intensidade, e a função dos apoios para prover a aprendizagem nas diferentes áreas da vida do ser humano. Estes dados, quando delineados nos documentos, se constituem ferramentas de monitoramento sobre o desenvolvimento dos indivíduos, oferecendo condições aos profissionais para mudarem ou ajustarem as suas condutas.

Embora o estudo de caso tenha sido apresentado no fluxograma desta instituição, geralmente, eles eram realizados em situações consideradas mais graves. Segundo Camila [...] “se é um paciente que está regredindo, aí a gente senta todo mundo para conversar, algum paciente que não está respondendo a nenhuma terapêutica. E vai chamando os setores necessários.” E João afirmou que os estudos servem para [...] fazer revisão dos casos.”

Quanto à finalidade da avaliação e diagnóstico, havia controvérsias, pois Gislene entendia que o setor de Psicologia era o responsável em dizer se o indivíduo apresenta deficiência intelectual “leve, moderado, grave, severo e quem realiza esta avaliação é o pessoal da neuropsicologia”. No entanto, a atual definição da AAIDD não utiliza esta classificação e nem tão pouco o diagnóstico é de competência exclusiva da Psicologia.

Os fundamentos dos julgamentos clínicos realizados pelos participantes da pesquisa, fundamentavam-se na perspectiva biomédica de deficiência intelectual e no modelo descritivo classificatório segundo o CID 10 e DSM V. No entanto, contraditoriamente, João afirmava que [...] eu não fiz medicina pra seguir parâmetro de CID 10 e DSM-V. Eu tenho raciocínio clínico.” De outro modo, Gislene afirmava ser necessário integrar as informações dos resultados das imagens com as informações sobre o desempenho social e pedagógico. E nesse sentido, Camila registrava a importância da experiência profissional para realizar o julgamento clínico.

No movimento da subjetividade social dos profissionais desta Instituição, coexistem contradições entre o que eles consideravam como diretrizes para a realização do diagnóstico da deficiência intelectual e o que estava proposto nos

documentos institucionais, e a organização dos serviços. O confronto entre estas instâncias distanciavam-se do que estava preconizado pela AAIDD (2010; 2021). Esta dinâmica de avaliação expressava-se na ênfase atribuída à mensuração do déficit de inteligência e do comportamento adaptativo, ou seja, a deficiência intelectual era identificada quando o indivíduo se distanciava dos comportamentos normativos do seu grupo de referência.

Considerações Finais

Esta pesquisa abordou um tema que tem sido pouco estudado no campo da Educação e da Saúde, pois, as pesquisas sobre o processo de identificação da deficiência intelectual apontaram que há necessidade de análise da complexa trama implicada nas condições que afetam este grupo de pessoas. Um dos pontos nevrálgicos da pesquisa foram os aspectos teóricos e metodológicos para a construção do julgamento clínico. Somam-se a isso, os poucos recursos adequados para a população em referência.

A Instituição A concentrava a maior parte dos serviços de avaliações e diagnóstico do Estado onde a pesquisa foi realizada, pois, a sua equipe de profissionais especializados na área era a mais completa. Sobre isso, vale lembrar que a história da Educação Especial no Brasil registrou a presença das instituições especiais no atendimento de pessoas com deficiências. As Unidades Básicas de Saúde os enfermeiros e médicos faziam a triagem inicial dos indivíduos com suspeita de deficiências. No entanto, eram os médicos que realizavam os encaminhamentos, baseados nos exames clínicos e nas informações trazidas pelos membros das famílias sobre atraso do desenvolvimento e em algumas situações escolares sobre as dificuldades de aprendizagens de seus filhos e de suas filhas.

O NUESP, órgão da Secretaria Municipal de Educação tinha a função de triar, orientar e encaminhar para avaliações específicas os estudantes que apresentavam indicadores de deficiência intelectual ou transtornos de aprendizagem, e, quando os alunos apresentavam os laudos, os professores eram orientados pelos técnicos deste Núcleo. Nesta linha de trabalho, a

Instituição P proporcionava os atendimentos específicos no setor de saúde e processos educativos em outros setores, como por exemplo o Atendimento Educacional Especializado e os setores que preparam os jovens para a inserção ao mundo do trabalho. Registre-se que a Instituição A, além da oferta destes serviços, era a mais indicada pelos órgãos públicos para a realização dos diagnósticos da deficiência intelectual, demonstrando a histórica parceria entre o público e o privado para a oferta de serviços diferenciados foi sempre reverenciada pelos gestores do Estado brasileiro como essencial. Para tanto, as subvenções de recursos públicos sempre foram destinadas para esta finalidade, conforme apresentou Jannuzzi (1985), Laplane; Caiado; Kassar (2016) entre outros estudos.

Observou-se que os julgamentos clínicos eram pautados na perspectiva do déficit, embora, a dimensão social fosse destacada pelos participantes, como a necessidade de interlocução com os familiares das pessoas com deficiências. Em que pese as mudanças ocorridas sobre a concepção de deficiência intelectual, no esforço de agregar os limites sociais e culturais aos orgânicos, conforme o exposto pela AAIDD (2010; 2021), as avaliações tangenciaram estes aspectos e priorizaram as características comportamentais dos indivíduos, reafirmando o fetiche da métrica para assegurar a validade dos diagnósticos.

Referências

ALMEIDA, Maria Amélia. Apresentação e análise das definições deficiência mental propostas pela AAMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. **Revista de Educação**. PUC – Campinas, Campinas, n.16, p. 33-48, junho. 2004. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reeducacao/article/view/284/267>. Acesso em: 01 fev. 2021.

ALLES, Elisiane Perufo, et.al. (Re)Significações no Processo de Avaliação do Sujeito Jovem e Adulto com Deficiência Intelectual. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 25, n. 3, p. 373–388, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000300002>. Acesso em: 01 fev. 2021.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES – AAIDD. **Intellectual Disability: definition, classification and Systems of Supports**. Washington, USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data: AAIDD, 2021.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION – AMMR. **Retardo mental: Definição, classificação e sistemas de apoio.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-V.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANACHE, Alexandra Alexandra. Dimensão subjetiva da deficiência no processo de inclusão escolar. In: MITJÀNS MARTÍNEZ, Albertina; TACCA, M. C. V. R.; PUENTES, Roberto. Valdés. **Teoria da Subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional.** Campinas, SP: Alínea, 2020, p. 215 – 230.

ANACHE, Alexandra Ayach; ALMEIDA, Maria Amélia. Os Desafios na Identificação do Público-Alvo da Educação Especial: O Julgamento Clínico. Em: MENDES, Enicéia Gonçalves; ALMEIDA, Maria Amélia de; LOURENÇO, Gersa Ferreira (Org.). **Aparando arestas: das políticas às práticas de Inclusão Escolar.** 1ed. Marília: Editora da ABPEE. 2018b.v. 1, p. 31-51

ANACHE, Alexandra Ayach; REZENDE, Dannielly Araújo. Rosado. Caracterização da avaliação da aprendizagem nas salas de recursos multifuncionais para alunos com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 66, p. 569–591, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/YpfntDqmH7QgrHZKRZDYBsP/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 19 jul. 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva.** Brasília: MEC/SEESP, 2008a. _____. Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008.

CHAVES, Fernanda Ferreira. **Análise das dimensões subjetivas dos psicólogos implicadas no processo de avaliação psicológica do aluno com deficiência intelectual.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, p.169. 2015.

DECOUFLÉ Pierre, et al. Increased Risk developmental Disabilities in Children Who Have Major Birth Defects: A population-Based Study. **Pediatrics**, v 108, n. 3, p. 728-734, 2001. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article->

abstract/108/3/728/66635/Increased-Risk-for-Developmental-Disabilities-in?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 21 jul. 2020.

DIAS, Sueli de Souza; LOPES DE OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. **Revista brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 19, n.2, p. 169-182, abr.- jun., 2013.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. & MITJÀNS MARTÍNEZ, Albertina. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas, SP: Alínea, 2017. *Kindle file*.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

JANNUZZI, G.M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2004.

KARAM, Simone de Menezes. **Deficiência Intelectual em uma coorte de nascimentos: prevalência, etiologia e determinantes**. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. 2014.

LAPLANE, Adriana Lia Friszman de; CAIADO, Katia Regina Moreno; KASSAR, Mônica de Carvalho Magalhães. As relações público-privado na Educação Especial: Tendências atuais no Brasil. **Revista Teias**. v. 17, n.46 jul./set – 2016. Observatórios de Educação Especial e Inclusão Escolar.

LUCKASSON, Ruth. et al. **Mental Retardation – Definition, Classification, and Systemas of Supports**. 10ª ed. Washington (DC): American Association on Mental Retardation. 2002.

MENDES, Enicéia Gonçalves.; CIA, Fabiana, D’AFFONSECA, Sabrina Mazo. **Inclusão escolar e a avaliação do público-alvo da Educação Especial**. Série: Observatório Nacional de Educação Especial, São Carlos, SP: Marquezzine e Manzini, ABPEE, 2015. vol 2.

MITJÀNS MARTÍNEZ, A. et al. Subjetividade Social: desafios de um conceito. In: MITJÀNS MARTÍNEZ, A; TACCA, M. C. V. R.; PUENTES, R. V. **Teoria da Subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional**. Campinas, SP: Alínea, 2020, p. 47 – 66.

MITJÀNS MARTÍNEZ, Albertina. et al. Teoria da Subjetividade: contribuições em diferentes campos e contextos. MITJÀNS MARTÍNEZ, Albertrina; TACCA, Maria Carmem Vilela Rosa; PUENTES, Roberto. Valdés. **Teoria da Subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional**. Campinas, SP: Alínea, 2020, p. 15 – 44.

NISHIKAWA, Cintia, H. **Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista: contribuições da avaliação psicológica**. Dissertação (Mestrado em psicologia) UFMS, Campo Grande, MS. 2020.

OLIVEIRA, Vanessa Rodrigues. **Critérios de avaliação e diagnóstico para identificação de pessoas com deficiência intelectual: estudo exploratório nas redes de serviço de saúde de Campo Grande – MS**. Trabalho de conclusão de curso (Psicologia), UFMS. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª. Revisão São Paulo: EDUSP, 2011.

SCHALOCK, R. L., LUCKASSON, R., & TASSÉ, M. J. **Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports**, 12th ed.. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2021.

SCHALOCK, Robert. L. & LUCKASSON Ruth. **Clinical Judgement**. 2a ed. Washington, D. C.: American Association on Intellectual Developmental Disabilities. 2014.

SHOGREN, Karrie. A. et al. **Intellectual Disability: definition, classification and systems of support**. Washington (DC): AAIDD, 2021.

THOMPSON, James R. et al. **Supports Intensity Scale user's manual**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. 2004.

VASCONCELOS, Marcio M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 71–82, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300010&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300010>. Acesso em: 31 jan. 2021.

VYGOTSKI, Lev Semionovitch. **Obras Escogidas**. Tomo III. Madri: Visor. 1995.

VYGOTSKI, Lev Semionovitch. **Obras Escogidas**. Tomo IV: Psicologia Infantil. 2. ed Madrid: Visor. 1996.

VYGOTSKI, Lev Semionovitch. **Obras Escogidas**. Tomo V: Fundamentos de defectologia. Madrid: Visor, 1997.

¹O texto original foi traduzido pelas autoras

²A Escala Wechsler (*Wisc IV*).



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)