

Retardo Mental: evolução histórica e concepções atuais

Rosana Ap. Salvador Rossit

Terapeuta Ocupacional, mestre em Educação Especial pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos - 1997

Resumo:

Este artigo tem por objetivo discorrer acerca das concepções históricas do retardo mental, a evolução do conceito e do pré-conceito da sociedade para com estes indivíduos. Buscou-se descrever a seqüência histórica dos fatos que marcaram o advento da deficiência mental no mundo, seguido com reflexões e discussões acerca da antiga e da nova definição sobre o retardo mental, publicada pela Associação Americana de Retardo Mental e adotada pela Política Nacional de Educação Especial. Finalmente, abordar as percepções atuais acerca da deficiência.

Palavras-chave: retardo mental, deficiência mental, concepções

Nos últimos séculos, a deficiência mental tem sofrido interferências da sociedade quanto à forma de pensar e conceber o significado do termo e a situação da pessoa com deficiência. Neste sentido, partindo-se dos relatos históricos chegar-se-á às concepções atuais.

Pessoti (1984) descreve acerca do conceito da deficiência mental relatando os fatos históricos, das

superstições até a ciência, onde menciona que com a Era do Cristianismo as pessoas com esta deficiência foram “promovidas”, ou seja, passaram a ser percebidas não mais como “coisas”, mas a partir desta época como “pessoas”.

Por volta do século XIV estabeleceu-se a diferença entre deficiente mental e doente mental. Com esta

diferenciação, os deficientes mentais passaram a ser mantidos e cuidados nos asilos que constituíam-se numa mistura de proteção/segregação, pois ao mesmo tempo em que ofereciam a proteção necessária, também os escondiam do mundo.

No século XVI, os deficientes mentais foram considerados como seres diabólicos onde prevalecia a superstição como causa e explicação dos casos detectados. Entretanto, é somente no século XVII que surge uma postura organicista diante da deficiência mental, seguida por explicações de possíveis causas desta deficiência. Pela visão naturalista, Locke (apud Pessoti, 1984) pregava que “a experiência é o fundamento de todo o nosso saber”. A deficiência passa a ser entendida como carência de experiências, cabendo à experiência e ao ensino suprir as carências detectadas no deficiente mental.

Porém, foi com Itard (1774-1838) (apud PESSOTI, 1984) no início do século XIX, que passou-se a acreditar que a deficiência era um problema médico e portanto, passível de tratamento. Itard, afirmava que era na escassez da experiência e na inércia intelectual dela resultante, que residia a origem, ou seja, a causa da deficiência; e em consequência, era na estimulação e ordenação da experiência que se encontra a “curabilidade” do retardo. Itard pregou e utilizou o método da individualização do ensino, método este entendido como o ajustamento de programas, de procedimentos e critérios de avaliação às peculiaridades dos alunos, considerando-os como pessoas com desejos, aversões, interesses e inércia. Foi através da experiência de ensino com Vitor, “o Menino de Averno” que surge a crença na educabilidade do Deficiente Mental.

Esquirol, 1818 e Seguin, 1946 (apud Pessoti, 1984) foram as pessoas que desenvolveram as primeiras tentativas de definir mais sistematicamente a condição da “idiotia”, e que consideravam a possibilidade da condição de deficiente ser adquirida, predominando a idéia de ser hereditária e indicadora de um mecanismo de degenerescência da espécie humana.

A crença na hereditariedade, na irreversibilidade e a ameaça social que representava a condição na época parecem ter sido responsáveis pela marginalização, reprovação social, confinamento em instituições, esterilizações e outros mecanismos, visando o controle social da idiotia. De acordo com Mendes (1995), a explicação da natureza das diferenças entre idiotas e normais era atribuída a fatores orgânicos, sempre considerados como patológicos; e a descrição das características comportamentais eram predominantemente compostas por atributos negativos e ameaçadores.

Nos meados e final do século XIX, é que foram descritos e diferenciados os graus de deficiência e as classificações. No âmbito educacional observou-se o desenvolvimento da pedagogia de Itard (1801), Seguin (1846) e Montessori (1897), que enfatizavam basicamente a necessidade de treino sensorial e uso do movimento, numa perspectiva de restaurar a integridade neurológica destes indivíduos (Mendes, 1995).

A Revolução Industrial e a institucionalização da escolaridade obrigatória, trouxeram novas demandas. A incapacidade de atender às exigências acadêmicas da escola pública recém instituída resultou na criação de classes especiais em tais escolas para atender aos indivíduos que não apresentavam sinais evidentes de anormalidade, mas que fracassavam na aquisição de

habilidades acadêmicas. Começa portanto a haver uma mudança no conceito predominante da deficiência.

A deficiência mental chega no século XX com etiologia orgânica nervosa, diagnóstico clínico e estatístico, sintomatologia, tudo no campo das ciências médicas. Foi Binet (1905 - apud Pessoti, 1984) quem propôs um dualismo metodológico que levou em conta a sintomatologia anatomofisiológica ao lado da avaliação psicológica.

A partir deste século, aqueles que não conseguiam atender às exigências da escola popularizada e não conseguiam manter-se no sistema produtivo passavam a ser considerados também **deficientes**.

E educação dos deficientes tinha um objetivo duplo: o de atender às necessidades especiais desta clientela, e também como forma de excluí-lo do ensino regular.

A partir da década de 30 a 40 do presente século, as definições de Tredgold (1937) e Doll (1941) vieram reafirmar o critério de organicidade, que Binet tentara abolir; o déficit intelectual passível de comprovação e a natureza irreversível da condição (apud Mendes, 1995).

Após a segunda Guerra Mundial começa a vigorar uma filosofia mais humanista, com maior valorização do ser humano, onde a deficiência passou a ser concebida como uma condição determinada por variáveis orgânicas e ambientais. As pessoas deveriam ser tratadas com maior igualdade e dignidade.

Na metade deste século, três condições favoreceram a compreensão das condições da deficiência mental: (a) o progresso no diagnóstico psicológico; (b) o avanço da medicina em descrever novas entidades clínicas nas áreas de audiologia, fonação, neurologia e

psiquiatria infantil; e, (c) a descoberta da possibilidade de prevenção da deficiência mental e do uso de técnicas especiais de educação.

A partir destes progressos e dos avanços nas áreas da genética médica, obstetrícia, bioquímica, embriologia entre outras, vários outros distúrbios puderam ser explicados. Heber (1959 e 1961 apud Mendes, 1995) foi o primeiro a incluir uma definição sócio-educacional e classificação comportamental da deficiência mental, além das tradicionais classificações etiológicas. Ele manteve o critério psicométrico, associado ao déficit no comportamento adaptativo, e determinou que o aparecimento do problema deveria ser evidenciado no período de desenvolvimento, estipulado do nascimento até os 16 anos.

Até meados deste século, prevalecia um modelo ainda médico ou clínico, na área da pedagogia do deficiente, embasado numa concepção organicista. A partir da década de 60 observou-se uma evolução na metodologia do ensino especial, representadas basicamente por duas correntes da psicologia: a abordagem comportamental, onde derivam vários procedimentos para o ensino de habilidades mais práticas para indivíduos com prejuízos mais demarcados; e, a abordagem cognitivista-desenvolvimentalista, onde derivam procedimentos para a remediação e ensino de problemas relacionados às habilidades acadêmicas (Mendes, 1995).

Na classificação das pessoas com diferentes graus de deficiência ou retardo mental começa a ser utilizado os termos “educáveis”, “treináveis” e “dependentes”, e a segregação educacional, anteriormente vista como um benefício para a aprendizagem dos deficientes mentais, passou a ser vista como mecanismo de marginalização e

discriminação social de grupos em desvantagem sócio-cultural. A partir da década de 70 passou-se a adotar da filosofia da normalização e a tentativa de integrar as pessoas com deficiência em ambientes educacionais menos segregadores, que se aproximassem ao máximo dos ambientes naturais.

Cabe esclarecer que estes fatos históricos se sucederam em outros países, especialmente nos Estados Unidos da América. No Brasil o que pode-se observar, é que estes fatos também foram ou estão sendo evidenciados (como no caso das tentativas de integração), entretanto, as épocas em que eles ocorrem é que destoam do relatado para os outros países mais desenvolvidos.

Na década de 70 a 80, a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) publicou alguns manuais contendo a definição do termo Deficiência/Retardo Mental, e as alterações ocorridas e adotadas ao longo do período.

Na definição da antiga Associação Americana para a Deficiência Mental, atualmente Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), a definição mental é caracterizada pelo “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, que dá lugar a deficiências no comportamento adaptativo e que tem origem no período de desenvolvimento” (Grossman, 1973, apud Pérez-Ramos, 1982, p. 20). Em 1983, houve uma nova publicação adotando modificações mínimas na definição, e que foi amplamente utilizada nos últimos 10 anos.

A definição atual de retardo mental (Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnik & Stark, 1992) adotada pela AAMR, caracteriza o retardo

mental por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho.

Esta definição atual, tenta introduzir mudanças que permitam caracterizar a importância do ambiente no funcionamento presente da pessoa com retardo mental, e prescrever os tipos de apoios necessários para cada indivíduo.

Dentro desta nova proposta, os diferentes níveis de apoio poderão ser oferecidos conforme as necessidades individuais de cada pessoa. Os níveis de apoio foram definidos da seguinte maneira:

Apoio Intermitente - é de natureza episódica, pois nem sempre a pessoa precisa de apoio. O apoio geralmente se faz necessário por períodos curtos, durante transições ao longo da vida. Este tipo de apoio pode ser de alta ou baixa intensidade.

Apoio limitado - a intensidade do apoio é caracterizada por consistência ao longo do tempo. O tempo é limitado porém não de natureza intermitente.

Apoio amplo - apoio caracterizado pelo envolvimento regular, diário, em pelo menos alguns ambientes, como: escola e lar, ou trabalho e lar; e não por tempo limitado.

Apoio permanente - apoio caracterizado pela sua constância e alta intensidade. É oferecido nos ambientes

onde a pessoa vive, sendo de natureza vital para a sustentação da vida do indivíduo. Geralmente envolve vários membros da equipe profissional e é mais intensivo.

Na definição antiga predominava a avaliação do indivíduo, que era realizada geralmente por um médico e validada por um psicólogo que o rotulava de acordo com a seguinte classificação: Limítrofes com Quociente de Inteligência = Q.I. de 85-70; Leves com Q.I. de 69-55; Moderados com Q.I. de 54-40; Severos com Q.I. de 39-25; e, Profundos com Q.I. de 24-10. O diagnóstico era considerado irreversível, ou seja, uma vez diagnosticado como deficiente mental moderado, este indivíduo permaneceria com este rótulo. Não se acreditava na possibilidade de estimulação, de desenvolvimento do potencial cognitivo, da evolução e, talvez, da mudança de diagnóstico.

De acordo com Almeida (1994) com a aplicabilidade da nova definição, termos como retardo mental, leve, moderado, severo e profundo não são mais usados. Assim, o diagnóstico deveria ser formulado da seguinte maneira: “uma pessoa com retardo mental que necessita de apoio limitado em habilidades de comunicação e socialização”. Um outro exemplo de diagnóstico, segundo a autora, poderia ser: “uma pessoa com retardo mental que necessita de apoio amplo (regular) nas habilidades sociais e de auto-direção”. Estas descrições são mais funcionais e relevantes do que o sistema de rótulos correntemente usado.

A utilização da nova definição cria expectativas positivas no sentido de extinguir/minimizar a condição de permanência e irreversibilidade da deficiência; acredita-

se que é possível investir no sentido de proporcionar o desenvolvimento de algumas ou muitas áreas de condutas adaptativas, desmitifica-se a questão do rótulo permanente e acredita-se nas potencialidades e possibilidades do indivíduo.

Um outro aspecto da nova definição que merece ser comentado é a questão da alteração no ponto de corte do Q.I., para ser considerado como retardado mental.

Segundo Nunes e Romero, a “nova definição assume um patamar mais alto para o ponto de corte no Q.I., antes era de 70 e agora passou para 75” (Nunes e Romero, 1994, p.51). Com esta alteração, vê-se que há um aumento no número de pessoas consideradas como deficientes/ retardadas mentais, pois antes eram considerados somente aqueles com Q.I. igual ou abaixo de 70, e agora incluiu-se os igual ou abaixo de 75. Ou seja, algumas pessoas que antes não eram diagnosticadas como tal agora passam a ser também.

Com esta mudança, há um aumento significativo no número de casos e surge uma questão: onde estes indivíduos estão sendo atendidos? Existe oferta de serviços que atenda a toda esta demanda?

Não cremos que exista serviços especializados para atender a toda esta demanda. A própria Política Nacional de Educação Especial (Brasil, 1994) indica que cerca de 10% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência e que somente 1% desta população tem acesso à atendimentos específicos. Então, se não existe estes serviços, onde estão “ficando” estes indivíduos que não conseguem integrar-se à escolarização regular? Com o respaldo legal da nova definição, eles podem ser encaminhados para outros serviços, provavelmente em ambientes mais segregadores

como, por exemplo, as escolas especiais. Mas, será que estes indivíduos necessitariam estar alocados em ambientes segregacionistas? Não deveriam estes estarem inseridos na escolarização regular recebendo os tipos de apoio necessários?

É uma grande polêmica, e acreditamos que não há respostas definidas até o momento. Vê-se que na Política Nacional de Educação Especial não há resoluções; há propostas de individualização do ensino para atender às necessidades educacionais especiais, mas não há uma política definida quanto ao oferecimento real de recursos especiais. O que transparece desta questão é que uma parcela desta clientela que por direito legal tinha seu espaço garantido no ensino regular passam a não tê-lo mais. Mais uma questão a se refletir, será que realmente existe algum espaço garantido para esta clientela? E, se não há estes espaços, onde estão estes indivíduos? Em casa? Na rua?

Alguns autores (Enumo, 1985; Nunes e Romero, 1994; Ferreira, 1993; Mendes, 1995) têm discutido e publicado acerca das concepções e percepção sobre o retardo mental.

De acordo com Nunes e Romero (1994) há diversas maneiras de conceber e efetuar o diagnóstico do retardo mental inseridos nos modelos: médico; psicopedagógico; e, social.

Conforme o modelo médico, o qual enfatiza as bases orgânicas do retardo mental, a busca de fatores etiológicos constitui-se na essência do processo de diagnóstico. Neste processo, o médico detém o poder de decisão, cabendo a outros profissionais a função de apenas confirmar as conclusões, identificando as expressões mentais e/ou comportamentais dos problemas

orgânicos revelados (Enumo, 1985).

No modelo psicopedagógico, o alvo do diagnóstico pode ser: (a) quociente intelectual; (b) nível de maturidade psicomotora; (c) estágio do desenvolvimento cognitivo; (d) nível de pensamento conceitual; ou, (e) repertório comportamental, dependendo da teoria psicológica na qual as ações pedagógicas se fundamentam. Neste modelo outros profissionais da equipe assumem papel central no processo.

Sob a perspectiva social da deficiência, Nunes e Romero (1994) apontam que os processos de diagnóstico e encaminhamento aos serviços especiais são bastante questionados. Neste modelo, o diagnóstico dirigido para simples identificação e conseqüente rotulação é fortemente criticado; a única forma justificável de diagnóstico é aquela dirigida para o ensino, no qual são levantados dados educacionais que contribuam efetivamente para o planejamento e implementação de programas educativos eficazes.

Ferreira (1993) ao analisar diversas publicações quanto à questão do encaminhamento para serviços de Educação Especial no Brasil, revela que: “as crianças de baixo nível sócio-econômico são super-representadas nas classes especiais; os instrumentos de diagnóstico utilizados para o encaminhamento valorizam certas habilidades intelectuais e de ajustamento que não coincidem com a escala de valores das classes de baixa renda; a ênfase em medidas como o Q.I., em detrimento da avaliação de outras áreas, não favorece a indicação de objetivos e procedimentos de ensino; na ausência de testes padronizados para o diagnóstico, ocorre o encaminhamento arbitrário de alunos que, de acordo com a ótica dos professores e diretores perturbam o bom andamento das atividades em sala de aula; alunos

atendidos nas classes especiais dificilmente retornam para as classes regulares, a despeito da orientação preconizada nos planos institucionais e dispositivos legais; a eventual integração física (colocação dos alunos especiais no mesmo ambiente físico dos alunos regulares) não garante a integração curricular e social, principalmente porque o sistema que segrega é o mesmo que se responsabiliza por integrar” (p. 64).

Baseados nesta caracterização da população destinadas aos serviços de Educação Especial, podemos indagar: Qual é o conceito de “retardo/deficiência mental” que permeia estas resoluções?

Para Mendes, o “termo ‘deficiência mental’ é um construto científico, ou um artifício linguístico que tem permitido classificar ou categorizar eventos de acordo com normas particulares de grupos; normas estas que são circunstanciais e que tem variado ao longo do tempo” (Mendes, 1995, p.11). Esta mesma autora menciona que não existe o fenômeno da “deficiência mental” mas sim eventos diferenciados agrupados com base em critérios culturais convencionados. Tenta-se, portanto, relacionar o conceito com eventos do mundo real, e neste sentido Szacz (1974, apud Mendes, 1995) traça uma metáfora interessante que ilustra tal ponto. Ele afirma que se desejamos compreender o significado do conceito da *água benta*, não adiantaria estudar as propriedades físico-químicas desta água, mas sim as suposições e crenças das pessoas que a usam. O mesmo pode ser dito a respeito do conceito de deficiência mental.

A definição científica atual do retardo mental está baseada em construtos secundários como “déficit intelectual” e “comportamento adaptativo”, que são igualmente simbólicos e cuja operacionalização tem sido

difícil e constantemente questionada. Desta forma, Mendes comenta que “a deficiência mental não pode ser entendida como algo inscrito no sujeito, onde testes ou exames irão detectar... mas trata-se de uma condição inferida a partir do funcionamento do sujeito na sociedade” (Mendes, 1995, p.13).

Os autores mencionados anteriormente deixam transparecer que o processo de avaliação, de encaminhamento e de atendimento especializado oferecido às pessoas com retardo mental podem estar relacionadas com a maneira de pensar, de conceber o conceito de retardo mental.

Desta forma, pode-se concluir que estas e outras características acerca do conceito de retardo mental, podem ter implicações importantes no processo de formação de recursos humanos na área, no sentido de que a falsa crença, o mitos e estereótipos relacionados à condição de deficiência não sejam acentuadas, o que provavelmente poderia comprometer os resultados da atuação profissional futura.

Talvez possamos fazer uma inferência, colocando que o atendimento oferecido às pessoas com deficiência teria uma relação direta com a forma de pensar do profissional que a atende, ou seja, se o profissional possui concepções realistas e acredita nas capacidades e potencialidades da pessoa com deficiência, esta provavelmente terá oportunidade de usufruir das experiências necessárias para o aprendizado de determinada tarefa, melhorando o seu desempenho e mostrando-se para a sociedade como “pessoa capaz”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.A. **Uma análise da nova definição e classificação do retardo mental.** Trabalho apresentado no IV Encontro Londrinense de Odontologia para o Paciente Especial (material não publicado), 1994.
- BRASIL, Secretaria de educação especial. **Política Nacional de Educação Especial** (livro 1). Brasília: MEC/SEESP, 1994.
- ENUMO, S.R.F. **A formação universitária em educação especial - deficiência mental - no Estado de São Paulo: suas características administrativas, curriculares e teóricas.** São Carlos: Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, 1985.
- FERREIRA, J.R. **A exclusão da deficiência.** Piracicaba: Ed. Unimep, 1993.
- LUCKASSON, R.; COULTER, D.L.; POLLOWAY, E.A.; REISS, S.; SCHALOCK, R.J.; SNELL, N.E.; SPITALMIK, D.M. & STARK, J.A. **Mental retardation.** Definition, Classification, and systems of supports (9. ed.) Washington. D. C.: American Association of Mental Retardation, 1992.
- MENDES, E.G. **Evolução histórica da concepção científica de deficiência mental.** Trabalho apresentado no VIII Ciclo de Estudos sobre Deficiência Mental. UFSCar. São Carlos: material não publicado, 1995.
- NUNES, L.R.P. e ROMERO, J. **Deficiência mental: o que as pesquisas Brasileiras têm revelado.** In: Eunice M.L. Soriano de Alencar. **Tendências e desafios da educação especial.** Brasília: MEC/SEESP, 1994.
- PÉREZ-RAMOS, A. **Diagnóstico psicológico - implicações psicossociais na área do retardo mental.** São Paulo: Cortez Editora/Editora Autores Associados, 1982.
- PESSOTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência.** São Paulo: EDUSP, 1984.