

EDUCAÇÃO INCLUSIVA E O DIREITO À APRENDIZAGEM

Data de aceite: 01/04/2024

Flaviane Oliveira Scheffel

Eliana Perez Gonçalves de Moura

RESUMO: O presente artigo constitui um estudo teórico que aborda a necessidade de serem revistas as práticas pedagógicas desenvolvidas nas escolas junto a estudantes com deficiência intelectual. A partir de uma pesquisa bibliográfica, pretendeu-se realizar um paralelo entre o conceito biomédico da deficiência e o modelo social. Discorre-se brevemente sobre como a aprendizagem se estabelece, em uma perspectiva sociointeracionista, ressaltando que ela só ocorrerá quando o/a professor/a lançar um olhar atencioso e efetivo para as individualidades e singularidades de cada um, deslocando-se e desapegando-se de laudos que atestem a deficiência. Visando uma aprendizagem efetiva, dentro de uma proposta de educação inclusiva, propõe-se que o planejamento para esses estudantes seja construído a partir do diagnóstico pedagógico, com olhar direcionado para a própria criança, mapeando suas possibilidades e fragilidades, estipulando estratégias acessíveis para que ela aprenda

e desenvolva ao máximo as potencialidades. Propõe-se, também, que a avaliação seja ancorada em um viés individual, sem comparação com outras crianças, com o objetivo maior de traçar novas metas especificamente para o/a estudante, sem classificação ou apontamentos de fracassos.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência Intelectual. Inclusão. Aprendizagem.

INTRODUÇÃO

Derivado da palavra latina *deficientia*, o termo deficiência sugere algo ou alguém com falhas, que é incompleto e que é imperfeito. Também costuma ser usado para designar a imperfeição de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica, referindo-se, nesse caso, à biologia da pessoa.

Na convenção da Guatemala, incorporada à Constituição Brasileira pelo Decreto nº 3.956/2001, no seu Art. 1º, define deficiência como:

[...] “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”. Essa definição ratifica a deficiência como uma situação. (BRASIL, 2007).

Na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID, 1989), a deficiência é assim referida:

[...] perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Inclui-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, define deficiência como:

Prejuízo e alguma diminuição ou anormalidade da estrutura ou das junções anatômicas, físicas ou psicológicas; [...] alguma restrição ou falta de habilidade (resultante do prejuízo) para realizar uma atividade dentro dos padrões de alcance dos seres humanos; [...] Impedimento é uma desvantagem individual, resultante do prejuízo ou da deficiência, que limita ou compromete o desempenho considerado normal, tendo de ser analisado à luz da idade, do sexo e dos fatores sociais e culturais. (TÉDDE, 2012, p. 20).

A UNICEF, em suas pesquisas, menciona que as principais causas das deficiências no Brasil são causadas pela falta de nutrição adequada durante e após a gestação, além de doenças infecciosas, acidentes e ocorrências de acontecimentos anormais nas fases pré-natais e pós-natais.

Segundo a OMS, mais de 10% da população mundial tem algum tipo de deficiência - cerca de 650 milhões de pessoas. Consideram-se entre elas deficiências visuais, auditivas, físicas, mentais, múltiplas e alguns transtornos específicos. No Brasil, segundo o IBGE de 2000, 14,5% da população possui algum tipo de deficiência. (HONORA; FRIZANCO, 2008).

Coll e colaboradores (1995) questionam o conceito de deficiência, enfatizando que a deficiência muitas vezes está intimamente ligada a fatores sociais, culturais e educacionais. Para eles, “a deficiência não é uma categoria com perfis clínicos estáveis, sendo estabelecida em função da resposta educacional”. O sistema educacional pode, portanto, intervir para favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos com algumas características *deficitárias*”. (COLL *et al.*, 1995, p. 12).

O modelo médico da deficiência, segundo Westmacott (1996), “tenta melhorar” as pessoas com deficiência para adequá-las aos padrões da sociedade. A seguir, serão apresentados os conceitos da Deficiência Intelectual segundo os modelos biomédico e social, além da posição da criança com Deficiência Intelectual no contexto escolar. Podemos acompanhar também como a aprendizagem acontece, segundo a visão interacionista defendida por Vygotsky - ressaltando que a aprendizagem é um direito de todos os estudantes, e cabe à escola e seus professores transformarem suas práticas pedagógicas para que esse direito venha se efetivar de fato.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NO MODELO BIOMÉDICO

A Deficiência Intelectual aparece a partir da idealização de um ser humano perfeito, quando a criança ou adulto não corresponde às expectativas em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor esperado, acarretando num sofrimento e exclusão social. Assim, “A questão é que a atribuição de limitações à atividade e à participação social ao corpo dito deficiente, tende a naturalizar poderosamente o vínculo à inferioridade e à experiência da exclusão social.” (MARTINS, 2017, p. 18).

Quando se fala em Deficiência Intelectual surgem muitas dúvidas, principalmente em relação à sua classificação, lembrando que o sujeito com a deficiência já já foi nomeada como retardado mental, excepcional, deficiente, retardada, mongoloide e outros.

Tão antiga quanto a própria humanidade, a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), designação preferível às anteriores terminologias de Atraso Mental, Retardo Mental ou de Deficiência Mental, é, de entre todas as Perturbações do Neurodesenvolvimento, a mais grave, a de mais difícil diagnóstico (sobretudo nas situações estado-limite), a que determina uma intervenção mais complexa e a de pior prognóstico. Uma vez que se trata de uma patologia que tem origem e afeta obrigatoriamente o Sistema Nervoso Central. (PALHA, 2015, p. 01).

Nos últimos tempos essa nomenclatura deixou de ser o problema e a dúvida se instalou em torno da classificação entre Deficiência Intelectual (DI) e Deficiência Mental (DM). A partir da Declaração de Salamanca em 1994, além do posicionamento de reconhecidas associações (*American Association of Mental Retardation* — AAMR — e *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* — AAIDD), ficou definido como terminologia correta “Pessoa com Deficiência Intelectual”.

Conforme Pan (2008), a evolução do conceito de DI ficou evidente após as considerações dos modelos da AAIDD e da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), validando que a pessoa com esse diagnóstico é uma pessoa que tem uma forma particular e a sua dinâmica de pensamento é diferente, com possibilidades abertas para seu desenvolvimento. Dessa maneira, “dentro de sua condição específica, dada pelo seu diagnóstico, merece ser levada ao mais alto nível de progresso possível no contexto de suas interações.” (TÉDDE, 2012, p. 22).

A característica mais evidente da DI é o desenvolvimento cognitivo menor. Dentro da perspectiva médica é dita e avaliada como um menor QI, ou seja, com o desenvolvimento cognitivo muito abaixo do que é esperado para a sua idade cronológica, sendo que na maioria das vezes com um comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor ou na fala. A partir dessas considerações, “A Deficiência Intelectual não é considerada uma doença ou um transtorno psiquiátrico, e sim, um ou mais fatores que causam prejuízo das funções cognitivas que acompanham o desenvolvimento diferente do cérebro.” (HONORA; FRIZANCO, 2008, p. 103).

O diagnóstico acertivo da DI pressupõe fatores biomédicos, etiológicos, comportamentais, sociais e educacionais. São diversas as finalidades desse diagnóstico: elegibilidade; concessão de benefícios e assistência previdenciária; concessão de proteção legal; acesso a cotas para o ensino superior e a vagas de emprego, sendo utilizados diferentes instrumentos e recursos para essa avaliação. No campo da psiquiatria são apresentados, junto dos sistemas internacionais de classificação, possibilidades de recursos confiáveis para esse procedimento tais como a anamnese (entrevistas) e alguns testes psicológicos, entre outras técnicas.

Apenas 50% dos casos de DI apontam uma causa, que pode ser congênita, genética ou até mesmo adquirida por acidentes. A ONU classifica as causas da deficiência intelectual em ambientais e genéticas. As causas ambientais de maneira mais genérica são classificadas em: a) problemas durante a gravidez, como infecções virais ou bacterianas; b) complicações no parto; c) exposição a toxinas como chumbo ou mercúrio; d) doenças como meningite, sarampo ou tosse convulsa; e) desnutrição; f) exposição ao álcool e outras drogas; g) trauma e outras causas desconhecidas.

O termo Deficiência Intelectual (DI) corresponde ao retardo mental na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), que utiliza a pontuação do QI (quociente de inteligência) como aspecto mais importante para defini-la, de acordo com o seguinte sistema de classificação: a) retardo mental leve (F70); b) retardo mental moderado (F71); c) retardo mental grave (F72); d) retardo mental profundo (F73).

No DSM-5 (sigla para Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o retardo mental foi substituído por Deficiência Intelectual, tendo seu início no período do desenvolvimento, com déficits funcionais - tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático.

Segundo o DSM-5, há três critérios que devem ser preenchidos para o diagnóstico de DI:

A. Déficit em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.

B. Déficit em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, além de limitantes em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.

C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Especificadores: a caracterização da Perturbação do Desenvolvimento Intelectual deixou de se basear no nível de QI. Os diferentes níveis de gravidade são definidos de acordo com o funcionamento/comportamento adaptativo, o qual determina o nível de apoio necessário.

O DSM-5 ainda classifica níveis de gravidade da deficiência em ligeiro, moderado, grave e profundo, de acordo com as disfuncionalidades que cada pessoa apresenta no desempenho de suas funções cognitivas, sociais e práticas, ou seja, nas funções necessárias para a realização de tarefas do cotidiano.

Atualmente, elevado número de pessoas no mundo é classificado com essa deficiência, tornando-se um alerta para a Saúde Pública e para a Academia. Palha (2015, p. 5) sinaliza esse dado como uma epidemia mundial:

A DI afeta, aproximadamente, 1% da população (a taxa de prevalência da DI está estimada entre 0,4 a 1,4%). É um importante problema de Saúde Pública, não só pela sua elevada prevalência, mas, sobretudo, pela extensa necessidade de suporte. Parece ser mais frequente no sexo masculino, embora não haja uma boa concordância entre todas as casuísticas publicadas. Parece ser mais prevalente em famílias de mais baixos rendimentos, em zonas rurais e em países mais pobres.

Frequentemente, a criança ao entrar na escola e comparada às demais, pode vir a mostrar uma grande diferença no seu desenvolvimento, geralmente e de forma mais severa no que se refere ao cognitivo e à linguagem. É aí que se inicia um processo de investigação, muitas vezes de cunho neurológico. Esse diagnóstico, se muito precoce, favorece a estimulação também precoce, porém e na maioria das vezes, marca a criança como incapaz, sendo que o investimento em relação aos estímulos são minimizados pela não credibilidade de que ela, a criança, possa evoluir nos seus processos cognitivos.

O escritor e poeta Carpinejar (2012, p. 2), escreveu uma crônica baseada em sua história de infância - publicada na sua coluna semanal do jornal Zero Hora:

Mãe é exagerada. Sempre romantiza a infância do filho. A minha, Maria Carpi, dizia que eu fui um milagre, que enfrentei sérias rejeições, que não conseguia ler e escrever, que a professora recomendou que desistisse de me alfabetizar e que me colocasse numa escola especial.

Eu permitia que contasse essa triste novela, dava os devidos descontos melodramáticos, entendia como licença poética.

Até que mexi na estante do escritório materno em busca do meu histórico escolar.

E achei um laudo, de 10 de julho de 1980, assinado pelo famoso neurologista e endereçado para a fonoaudióloga Zulmira.

"O Fabrício tem tido progressos sensíveis, embora seja com retardo psicomotor, conforme o exame em anexo. A fala, melhorando, não atingiu ainda a maturidade de cinco anos. Existe ainda hipotonia importante. Os reflexos são simétricos. Todo o quadro neurológico deriva de disfunção cerebral."

Caí para trás. O médico informou que eu era retardado, deficiente, não fazia jus à mentalidade de oito anos. Recomendou tratamento, remédios e isolamento, já que não acompanharia colegas da faixa etária.

Fico reconstituindo a dor dela ao abrir a carta e tentar decifrar aquela letra ilegível, espinhosa, fria do diagnóstico. Aquela sentença de que seu menino loiro, de cabeça grande, olhos baixos e orelhas viradas não teria futuro, talvez nem presente.

Deve ter amassado o texto no bolso, relido sem parar num cantinho do quintal, longe da curiosidade dos irmãos.

Mas não sentiu pena de mim, ou de si, foi tomada de coragem que é a confiança, da rapidez que é o aperto do coração. Rejeitou qualquer medicamento que consumisse a deficiência, qualquer internação que confirmasse o veredito.

Poderia ter sido considerada negligente na época, mas preferiu minha caligrafia imperfeita aos riscos definitivos do eletroencefalograma. Enfrentou a opinião de especialistas, não vendeu a alma a prazo.

Ela me manteve no convívio escolar, criou jogos para me divertir com as palavras e dedicou suas tardes a aperfeiçoar minha dicção (lembro que me fazia ler Dom Quixote, e minha boca andava apoiada no corrimão dos desenhos).

Em vez de culpar o destino, me amou mais. Na vida, a gente somente depende de alguém que confie na gente, que não desista da gente. Uma âncora, um apoio, um ferrolho, um colo. Se hoje sou escritor e escrevo aqui, existe uma única responsável: Maria Carpi, a Mariazinha de Guaporé, que transformou sua teimosia em esperança. E juro que não estou exagerando.

Se todas as mães agissem como a dona Maria Carpi, talvez mais adultos viessem alcançar o mesmo nível de sucesso de Fabrício. O problema é que inúmeras vezes um laudo médico precoce pode acabar com sonhos e investimentos de uma mãe e de uma criança. Sendo assim, é necessário problematizar com a escola o que é deficiência intelectual, retomando sempre os três critérios de análise, exposto no DSM 5 e explorando o máximo os recursos para sua estimulação.

A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL DE ACORDO COM O MODELO SOCIAL

A Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência, em 2006, apresenta uma nova perspectiva para o conceito de deficiência, reconhecendo, no seu Artigo 1º, que o conceito de deficiência está em constante evolução, resultante da interação entre as pessoas e as barreiras que impedem a participação plena na sociedade em igualdade de oportunidade. Em linhas gerais, estabelece que “[...] não é o limite individual que determina a deficiência, mas sim as barreiras existentes nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação, na comunicação e nos serviços.” (CSDPD, 2008, p. 05).

Essa ideia, mesmo tendo sido mais difundida na década passada, surgiu já nos anos 1980 como uma resposta ao modelo médico (ou clínico). A partir dessa perspectiva, a tarefa do médico, psicanalista, professor, da família, não está em “tratar” a pessoa ou

esperar que ela “mude” ou “se cure”, mas identificar e eliminar as barreiras existentes nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação, na comunicação, nos serviços e atitudes que impedem ou atrapalhem sua plena participação em todos os aspectos da vida. Assim, “as alternativas para romper com o ciclo de segregação e opressão não deveriam ser buscadas nos recursos biomédicos, mas especialmente na ação política capaz de denunciar a ideologia que oprimia os deficientes.” (DINIZ, 2007, p. 09).

A ideia não é desfazer do investimento biomédico, mas a ele agregar a acessibilidade que venha romper as barreiras que impedem a pessoa com deficiência de participar da sociedade, como Diniz (2007) esclarece: “[...] os teóricos do modelo social não recusavam os benefícios dos avanços biomédicos para o tratamento do corpo com lesões. A ideia era simplesmente ir além da medicalização da lesão e atingir as políticas públicas para a deficiência” (p. 09).

Outro ponto que é estabelecido uma reflexão se dá sobre a medição dos quocientes de inteligências a partir de uma análise individual. Leontiev (2005 apud KRANZ; CAMPOS, 2020, p. 03) afirma que “no melhor dos casos, as medições que se obtêm com os testes apenas dão uma ideia superficial do nível do desenvolvimento” (p. 89), visto que esses “não descobrem nunca a natureza do atraso, nem permitem interpretá-lo em absoluto. Apenas dão a ilusão de uma explicação da causa do fracasso.” (p. 89).

A deficiência, a partir do modelo social, numa perspectiva inclusiva, faz suas reflexões também a partir da análise de que o ser humano não nasce pronto e acabado. O ser humano nasce prematuro para a vida, do ponto de vista físico e psíquico. O bebê, ao nascer, já provoca algumas interações, sua fome de contato é anterior à fome de leite, ele nasce imerso em palavra - é falado muito antes de falar. Mas, para se tornar um ser falante, é preciso incorporar a ele um banho de linguagem. O caminho que conduz a criança a adentrar ao reino em que as palavras ganham valor de significantes, produzindo sentido, é o que vai constituindo a subjetivamente.

A reflexão a partir dessa perspectiva de desenvolvimento, na qual cada sujeito vai se constituindo a partir do desejo do outro, e posteriormente vai tomando ou não como seu - e a partir das relações que ele vai fazendo as suas interações - pensar e realizar um diagnóstico médico de Deficiência Intelectual fechado, na infância, é muito delicado e imaturo.

Nos estudos de Vygotsky (apud MOREIRA, 1995, p.9), “o desenvolvimento cognitivo da criança se dá por meio da interação social, ou seja, de sua interação com outros indivíduos e com o meio que vive”.

Nessa perspectiva, a deficiência não pode ser marcada apenas pelas limitações, mas pelo investimento de possibilidades.

[...] para além do desenvolvimento real do sujeito há que se considerar suas possibilidades de aprendizagens, quando em contextos colaborativos e mediados. Tais aprendizagens são fonte de novos desenvolvimentos, os quais possibilitarão novas e mais complexas aprendizagens. (KRANZ; CAMPOS, 2020, p.03).

Sugere um redirecionamento do olhar e rompe com a ideia do senso comum, que faz a associação entre a noção de deficiência e a ideia de uma doença, limitando as possibilidades do ser humano, principalmente em relação à sua aprendizagem.

Orientar a Educação Especial pelo conceito clínico-médico, que individualiza e medicaliza a deficiência, constitui um retrocesso em face dos avanços inclusivos mais recentes; significa manter a concepção tradicional, historicamente adotada nesta modalidade. (KRANZ; CAMPOS, 2020, p. 05).

Contraopondo-se à integração - onde o estudante precisa se adaptar à escola, a perspectiva de educação inclusiva, vislumbra que a escola se transforme, no que se refere às suas concepções e acessibilidades, garantindo o acesso, a permanência e a aprendizagem de todos. A reorganização do sistema de ensino a partir de uma nova cultura de adequação às necessidades de cada sujeito é o que pode vir a garantir esse direito. Glat e Estef (2021) afirmam que, para que todos sejam atendidos, a escola precisa se transformar, adaptando-se às necessidades de cada um. Segundo Glat e Estef (2021, p. 161),

[...] para poder ser, de fato, efetivada, essa proposta demanda o desenvolvimento de práticas pedagógicas diferenciadas que possibilitem a aprendizagem do conteúdo escolar por alunos com necessidades educacionais especiais, sobretudo Deficiência Intelectual.

Para o atendimento específico das necessidades de cada criança/estudante, é necessário a articulação e a participação direta de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem: profissionais, família e o próprio sujeito, rompendo desde o princípio com a noção de deficiência como incapacidade. Glat e Estef (2021) sinalizam em seus estudos que, quando é falado sobre a pessoa com deficiência intelectual, sobre as decisões em relação aos seus processos de aprendizagem ou relações sociais, normalmente essas ficam a cargo de profissionais - geralmente percebidos como vanguardas de um saber superior. Dessa forma, “tal relação de autoridade fundou uma desqualificação das perspectivas das pessoas com deficiência, perspectivas onde os limites e desigualdades impostos pela ordem social tendem a ocupar lugar central.” (GLAT; ESTEF, 2021, p. 22). Assim também, é fundamental o reconhecimento das diferenças. Paganelli (2018, p. 3) preceitua que “A implementação da Educação Inclusiva exige uma profunda reformulação dos princípios e das práticas que regem as atividades pedagógicas do cotidiano escolar. E compreender a deficiência como responsabilidade de todos faz parte desse processo”.

Diante das referências do modelo social, o sujeito que tem atrasos no seu desenvolvimento cognitivo (como a pessoa com deficiência intelectual) é alguém que precisa ser investido de possibilidades de aprendizagem para sua vida cotidiana. Portanto, “As dimensões do desafio docente em contexto de inclusão escolar expõem o quanto necessitamos de aprofundamentos que nos auxiliem a colocar em suspensão a dimensão pragmática do ato que educa.” (BAPTISTA, 2011, p. 14). A partir dessas considerações é necessário e urgente que a escola se desacomode e invista em estratégias pedagógicas adequadas para a garantia de aprendizagem.

A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E A APRENDIZAGEM

O aprender está presente o tempo inteiro e todo o tempo em nossa vida. Nos tornamos sujeitos pelo olhar de um outro - que nos nomeia, que nos reveste de desejos, nos investe de possibilidades e nas relações que vamos construindo no decorrer do tempo. Sabe-se que o sujeito constrói seus saberes a partir da relação entre o conhecimento, quem o oferece e sua história, como referido por Moura e Zucchetti (2019, p. 155), falando da ação de interferência sobre o outro na sua história de aprendizagem.

Nesse sentido, defendemos que, o durante diz respeito ao exercício de uma ação de interferência que se exerce sobre um si, abrindo-se para o amplo espectro de diferentes formas de sensibilidade, em um exercício que se alimenta de uma relação possível entre sujeitos educador-educando, baseada em uma relação de horizontalidade. Trata-se de um processo interativo, dialógico entre sujeitos que estão em processo de (trans)formação pela aprendizagem de si e dos outros no mundo.

Os vínculos e as condições que definem as concepções pessoais sobre si e os demais são estabelecidos nas relações construídas a partir das experiências. Zaballa (1998) afirma que não é possível ensinarmos sem nos determos nas referências de como os alunos aprendem, chamando a atenção para as particularidades dos processos de aprendizagem de cada aluno (diversidade). Sendo assim, o aspecto de maior relevância para ocorrer a aprendizagem é o processo de interação com o meio em que se vive e com o outro. Na escola os atores que dela participam interagem, e, nessa perspectiva, constroem o processo de ensino e aprendizagem, ocorrendo quando o ser humano ouve e vivencia novas informações, adquirindo também novos comportamentos, assim como atitudes, desenvolvendo em todas as áreas da sua vida, inclusive na constituição de um desenvolvimento social e afetivo.

Para Maturana (2001), a aprendizagem tem a ver com o modo de vida. A palavra aprendizagem vem de apreender, quer dizer, pegar, ou captar algo. No entanto, “[...] a aprendizagem não é a captação do nada: é o transformar-se em um meio particular de interações recorrentes.” (p. 102).

A aprendizagem acontece pelo desejo de quem aprende e de quem ensina, sendo que os dois processos acontecem de modo síncrono, todo o tempo, se, neste caso, o ensinante estiver atento, ouvindo e observando o aprendente. Dessa forma, “[...] independentemente de condições intrínsecas, a atuação docente é fator decisivo na aprendizagem. Indo mais além, a postura do professor e sua convicção sobre as possibilidades ou descrença no potencial de desenvolvimento do aluno determinará em grande parte seu encaminhamento pedagógico.” (GLAT; ESTEF, 2021, p. 161). A partir dessa convicção cabe se perguntar:- como despertar na criança com diagnóstico médico de DI, o desejo de aprender? - uma vez que já está predestinada a não aprender, pois o prognóstico fala de incapacidades.

Quando o sujeito é visto a partir da sua falta, da sua deficiência, ou seja, quando a escola tem o laudo clínico como principal elemento norteador de suas práticas, quando ele se constitui instrumento mediador, a mediação pedagógica que se efetiva tende a ser de baixa qualidade, infantilizadora. (KRANZ; CAMPOS, 2020, p. 6).

Na escola, é necessário que o/a professor/a se distancie do diagnóstico médico de DI da criança e que diante de suas possibilidades, lhe seja apresentado todas as estratégias possíveis para que ela venha a aprender de fato. É importante investir no desejo de aprender, reconhecer o que a criança sabe, o que ela consegue, quais suas potencialidades e quais seus desejos, para que a partir desse diagnóstico pedagógico se realize um planejamento que oriente sua aprendizagem, eliminando qualquer barreira que venha impedi-la. Dessa forma, “Vale o que os alunos são capazes de aprender hoje e o que podemos oferecer-lhes de melhor para que se desenvolvam em um ambiente rico e verdadeiramente estimulador de suas possibilidades.” (MANTOAN, 2015, p. 66).

Fernández (2001, p. 59), por sua vez, enuncia que para aprender é preciso “conectar-se com o que já conhece e autorizar-se a ‘mostrar’, a fazer visível aquilo que conhece”. Olhando por essa perspectiva de aprendizagem, o ensinante (nesse caso, o/a professor/a) se descola do currículo formal - do desenvolvimento cognitivo esperado para a faixa etária da criança e se concentra nas possibilidades apresentadas por ela. O planejamento é desenvolvido tendo em vista o diagnóstico pedagógico, a partir do que a própria criança apresentou como possibilidade e fragilidade, estipulando estratégias acessíveis para que ela aprenda e desenvolva suas potencialidades ao máximo. A avaliação do/a professor/a precisa ser sob uma dimensão mais ampla, reconhecendo os progressos em relação a todos os aspectos cognitivos, de linguagem, de comportamento e de socialização.

[...] compreendemos a avaliação como uma prática que resulte em estratégias de intervenção pedagógica que flexibilizem o ensino, considerando as adaptações necessárias para contemplar a singularidade de cada sujeito, sem deixar de atender ao processo de escolarização. (GLAT; ESTEF, 2021, p. 163).

A avaliação precisa ser individualizada, sem comparações com outros, olhando o cada um nas suas singularidades, com o objetivo maior de traçar novas rotas, novas metas para essa criança especificamente, sem classificação ou apontamentos de fracassos. Para que esse trabalho seja realizado com sucesso, é necessário um trabalho de equipe entre professores da classe comum, professor de Atendimento Educacional Especializado (AEE) e outros profissionais, bem como a equipe diretiva da escola. Glat e Estef (2021) sugerem que o professor busque no Plano Educacional Individualizado - PEI, objetivos que norteiam a avaliação dos estudantes.

Uma estratégia norteadora para organizar a avaliação escolar de alunos com Deficiência Intelectual, ou outras necessidades educacionais especiais, é o chamado Plano Educacional Individualizado (PEI), que direciona os objetivos curriculares para o processo de ensino de um determinado sujeito. Em termos gerais, o PEI consiste em um documento que possibilita delinear, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do aluno em relação ao planejamento didático pedagógico, em toda a sua trajetória escolar, inclusive facilitando a transição para a vida pós-escola. (GLAT; ESTEF, 2021, p. 163).

Dessa forma, todos os profissionais, envolvidos no processo de ensino e aprendizagem dos estudantes precisam juntos pensar nas estratégias que irão compor o currículo escolar dessa criança, para o seu pleno desenvolvimento. É importante lembrar que, tendo ou não uma deficiência, todas as crianças têm o direito à aprendizagem. Também as autoras Glat e Estef (2021) relatam em suas pesquisas com estudantes com Deficiência Intelectual que a aprendizagem colaborativa, entre estudantes, é uma excelente estratégia para incentivar a aprendizagem significativa.

Alguns sujeitos que estudam na escola comum relataram a ajuda que recebem de seus colegas de turma. A colaboração entre estudantes, denominada por alguns autores de “aprendizagem cooperativa” ou “sistema de tutoria por pares, no qual um aluno mais adiantado no processo auxilia um colega que ainda está elaborando o conceito em foco na atividade” (FONTES et al., 2015, p. 92), é uma excelente estratégia para incentivar a participação e a aprendizagem. (GLAT; ESTEF, 2021, p. 164)

É relevante mencionar ainda, que cabe à escola romper com os paradigmas de não aprendizagem, contrapor-se à formatação do currículo formal e propor aprendizagens significativas e possíveis às crianças com Deficiência Intelectual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Classificar e conceituar uma deficiência é hoje tema de muitas pesquisas no mundo, dentro de perspectivas que buscam se enquadrar em um contexto normalizador da sociedade. O modelo biomédico apresenta os conceitos a partir de características que, além de classificarem as pessoas, enfatizam as defasagens e impossibilidades - apontando as causas por vezes. Como consequência, o laudo desponta igual a uma marca que impõe impedimentos à pessoa para sua vida toda. No caso da deficiência intelectual, as defasagens se apresentam de forma mais explícita em relação ao processo cognitivo e adaptativo, sendo que, na maioria das vezes elas surgem já nos primeiros anos escolares.

Na visão do modelo social sobre a deficiência, por sua vez, a pessoa que apresenta dificuldades cognitivas deixa de ser o centro da análise. As razões das dificuldades passam a ser buscadas nas barreiras que o meio lhe oferece, levando em conta seu histórico biopsicossocial - e a partir do mapeamento das suas possibilidades e potencialidades, são

pensadas estratégias funcionais para que o sujeito saia do estado de não aprendiz.

A escola tem papel primordial na vida da criança que apresenta limitações cognitivas e adaptativas. Cabe pensar e questionar se o laudo médico, ou uma avaliação cognitiva que estabeleça o diagnóstico de deficiência intelectual, irá favorecer o desenvolvimento integral do sujeito. Qual a idade mais apropriada para o estabelecimento de tal diagnóstico é outro fator passível de questionamento.

O que se pode afirmar é que, se desde muito cedo a escola estabelecer objetivos e estratégias adaptadas às necessidades e possibilidades de cada um, estará no caminho certo para garantir a aprendizagem e permanência dos estudantes. A aprendizagem só se estabelece pela interação e pelo desejo de quem ensina e de quem aprende.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES – AAIDD. Disponível em: <<http://www.aaid.org>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

AMIRALIAN, Maria *et al.* Conceituando a deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rj/rsp/a/HTPVXH94hXtm9twDKdywBgy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: APA, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2008. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

_____. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: A Escola Comum Inclusiva**. Fascículo I, Brasília: SEESP/ SEED/ MEC, 2010.

_____. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: O Atendimento Educacional Especializado para Alunos com Deficiência Intelectual**. Fascículo II. Brasília: SEESP/ SEED/ MEC 2010.

BAPTISTA, Cláudio Roberto. Pontos e Nós: diálogos sobre educação especial e políticas de inclusão. **Revista Práxis Educativa**, Ponta Grossa, 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116611/000967533.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

CARPINEJAR, Fabricio. Retardado aos oito anos. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 2, ed. n. 16950, 17 jan. 2012. Disponível em: <<http://carpinejar.blogspot.com/2012/01/retardado-aos-oito-anos.html>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

CARVALHO, Rosita Edler. **A Nova LDB e a Educação Especial**. São Paulo: WVA, 2007.

COLL, Cezar *et al.* **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. v. 3.

_____. **Desenvolvimento psicológico e educação** – v. 2. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2004.

CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do Corpo**. v. 1: Da Renascença às Luzes. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. Brasiliense, São Paulo, 2007.

FERNÁNDEZ, Alicia. **Os idiomas do aprendente**: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas, e meios de comunicação. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

_____. **O saber em jogo**: a psicopedagogia propiciando autorias de pensamento. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

_____. **A inteligência aprisionada**: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KRANZ, Cláudia Rosana; CAMPOS, Herculano Ricardo. Educação Especial, Psicologia e Políticas Públicas: O Diagnóstico e as Práticas Pedagógicas. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal – RN, 2020.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér, **Inclusão Escolar**. Pontos e Contrapontos. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

_____. **Inclusão escolar**: O que é? Por quê? Como Fazer? São Paulo: Summus, 2015.

MATURANA, Humberto (org.). **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Trad. Cristina Magro; Víctor Paredes. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MENDONÇA, F.L.R.; SILVA, D.N.H. **A formação docente no contexto da inclusão**: para uma nova metodologia. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v.45, n.57, p.508-526, 2015.

MOREIRA, Marco Antônio. **Teorias de Aprendizagens**, EPU, São Paulo, 1995.

_____. **Unidades de Enseñanza Potencialmente Significativas-UEPS**. Aprendizagem Significativa em Revista, Porto Alegre, v.1, n.2, p.43-63, 2011.

MOURA, Eliana Perez Gonçalves de; Zucchetti, Dinora Tereza. **A dimensão educativa da educação não escolar**: tem sentido este debate? Educação (Porto Alegre), v. 42, n. 1, p. 150-158, jan.- abr. 2019, disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/27950/17874>>. Acesso em 31 out. 2020.

MARTÍNEZ A. M. & TACCA M. C. V. R., **Possibilidades de aprendizagem**: ações pedagógicas para alunos com dificuldade e deficiência. Campinas: Alínea, 2011.

PAN M., **O direito à diferença**. Curitiba: IBPEX, 2008.

PALHA, Miguel. **Perturbação do Desenvolvimento Intelectual**. Revista Diferenças. Lisboa, 2015.

PAGANELLI, Raquel. Na educação inclusiva, a pessoa vem antes da deficiência. **Diversa**: Educação inclusiva na prática. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://diversa.org.br/artigos/na-educacao-inclusiva-a-pessoa-vem-antes-da-deficiencia/ultimo>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

UNESCO, **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**. Plano de Ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Nova Iorque: WCEFA, 1990.

VASCONCELOS, M. M. **Retardo mental**. Jornal de pediatria, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S71-S82, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/CfpXsHsxCgjFyNB6KkSSGWH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

VYGOTSKY, Lev S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.