

---

## Capítulo II

### 2.1 A Deficiência

Não há hesitação em poder afirmar que qualquer deficiência tem que ser falada quer em termos familiares, quer em termos educacionais<sup>14</sup>. Contudo, nem sempre os ditos “deficientes” foram vistos com a mesma feição. Existe pois uma evolução no conceito de deficiência mental ao longo da história, resultante de construções no domínio do saber. Já foram rejeitados, apedrejados, protegidos, ou mesmo catalogados como «anormais».

É o século XVIII que fica marcado por desenvolvimentos científicos e da própria psicologia, a partir do qual algumas concepções se definem, nomeadamente a educabilidade da inteligência ou da distinção entre doença e deficiência mental, em cuja definição, até este momento, não fazia parte o meio envolvente a cada criança. Nesta altura, Idade Média, começam a desaparecer da Europa os leprosos, passando a dar lugar a subnormais, que se concentravam nas leprosarias, como prostitutas, vagabundos, cegos, delinquentes e loucos.

Foi no início século XX, pela altura da Revolução Francesa, que apareceram as primeiras tentativas de definição de *deficit*<sup>15</sup>, por parte de autores como Binet, Spearman e Thorndike. Estes foram os pioneiros nos estudos comparativos entre as medidas de capacidade intelectuais e as medidas de conhecimento escolares. A definição de deficiência mental passa assim por uma verificação da própria inteligência. Foi

---

<sup>14</sup> FRAZÃO, António Antunes, *Comunicação Educadora-Criança e Actividade Simbólica, Estudo Comparativo da Interação e do Jogo Simbólico em Crianças Normais e Crianças com Síndrome de Down*, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, 1994, p. 5, “Ela é capaz de desempenhar um papel activo e ser agente estruturados do envolvimento desde o seu nascimento. A criança tem portanto uma individualidade que é necessário revelar e respeitar. O desenvolvimento passa a ser conceituado como fenómeno que, sendo universal, é individual, partindo de dentro para fora sem que tal concepção implique negar os contributos exteriores.”.

<sup>15</sup> GROSSMAN, H. J., *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, Baltimore: Garamond/Preidmark Press, 1983 “limitações significativas na eficácia individual em satisfazer os padrões da maturação, aprendizagem, independência pessoal e responsabilidade sociais esperados para a sua idade e grupo cultural, tal como são determinados pela avaliação clínica e, frequentemente, por escalas, estandardizadas.”.

---

analogamente a esta altura que Pinel<sup>16</sup> chama à atenção, pela primeira vez, da sociedade sobre estas pessoas que necessitam de um trato mais humano. Por sua vez, este mesmo

autor interveio, em 1798, no estudo do caso clínico de Vitor d’Aveyron, uma criança de 12 anos que tinha o comportamento de um selvagem, já que fora encontrado numa floresta francesa agindo como um animal, e tendo sido levado para Paris, era a “criança selvagem”. Pinel afirmava que este não tinha cura possível. Contudo, um jovem médico, Jean Itard, contrariando a teoria de Pinel, e partindo da ideia de que o seu desenvolvimento era devido a uma falta de estímulos, elaborou diversos procedimentos como: banhos quentes, fricções, cócegas, emoções violentas com o objectivo de potencializar o seu crescimento integral. Pinel integra, mais tarde, este programa que teve um grande sucesso e que foi o início, o marco, da era da educação de crianças diferentes. Nomes como Seguin e Maria Montessori elaboraram, mais tarde, programas de ensino especial a partir das conclusões deste estudo.

Este menino foi observado meticulosamente durante três anos, período durante o qual teve que se adaptar a um mundo inteiramente novo para ele. Quando chegou a casa do médico, a criança foi cuidada e realizou testes médicos para verificar o seu estado de saúde, tendo sido verificado que era completamente insensível a todo o tipo de afectos. Para além disto, o médico constatou que a criança via e ouvia mas não reagia a estímulos. A partir deste momento, Itard desenvolveu métodos e técnicas apropriadas para o seu desenvolvimento cognitivo e motor. Foi então que levantou comportamentos e reacções, relacionando-os, de seguida, com os desenvolvimentos físicos que apresentava. Esta criança era “selvagem”, isto é, comportava-se com um animal, devido ao seu isolamento em relação ao mundo civilizado durante cinco ou seis anos. Ao menino foram ensinados pequenos conceitos básicos, como o andar na vertical, comer com talheres ou mesmo usar sapatos e calçar-se. Aos poucos e poucos tornou-se numa criança normal, graças ao carinho e insistência por parte Jean Itard.

Tal como as c.c.t 21, também Vitor foi aprendendo a língua através do reconhecimento de imagens apresentadas pelos seus patologistas. Todas as crianças com características diferentes devem ter direito a uma educação especializada. C.c.t. 21 necessitam de um acompanhamento diário e persistente, tal como aconteceu com Vitor d’Aveyron.

---

<sup>16</sup> LÓPEZ, Miguel, *Teoría y práctica de la educación especial. – Educación Intelectual del niño trisómico-21 (mongólico)*, Madrid: Narcea, 1986.

---

Após a década de 40, do século XX, iniciou-se uma nova forma de contemplar o conceito de inteligência, já que, para se verificar esta em cada pessoa com deficiência mental, passa a ter-se em consideração a escolarização, a socialização e mesmo uma

integração e interação social<sup>17</sup>. Inicia-se uma luta pela igualdade de direitos e uma reivindicação de grupos socialmente desfavorecidos, passando por uma cooperação entre pais de crianças deficientes e professores.

Contudo, foi em 1866, que o médico inglês Langdon Down<sup>18</sup> propõe uma denominação específica para um determinado tipo de crianças que supunha serem afectadas por uma *degeneração racial*. Denominou a doença de *mongolismo*.

Entretanto, diversas teorias têm vindo a ser desenvolvidas à volta de todas estas situações. A partir do seu nascimento, a criança é sujeita a todo um conjunto de situações que a transformam e a fazem parte integrante de uma sociedade, tendo como principal ajudante na sua sobrevivência a sua própria mãe. Como António Antunes Frazão afirmou “a mãe constituiu-se no primeiro e mais potente agente de socialização e de desenvolvimento”<sup>19</sup>.

Não pode ser questionável o facto da criança realizar uma melhor e mais eficaz aprendizagem, quer da língua quer da simbologia através do desenho, através de um contacto e com uma adaptação à realidade<sup>20</sup>, não se podendo categorizar cada criança apenas realizando uma medição quantitativa da sua inteligência.

A Associação Americana para a Deficiência Mental (A.A.D.M.) tem vindo a fazer um esforço no sentido de conseguir uma definição de deficiência mental o mais contíguo possível à realidade: “o atraso mental refere-se a um funcionamento geral significativamente inferior à média que resulta ou se manifesta durante o período de desenvolvimento.”<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> *Idem, Ibidem*, p.22 “...(sistema interpessoal, que pode ser encarado como um circuito de retroalimentação em que cada pessoa afecta e é afectada pelo comportamento do outro.) ...”.

<sup>18</sup> EY, Henry, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Edition Masson, 1972, p.34.

<sup>19</sup> FRAZÃO, António Antunes, *Comunicação Educadora-Criança e Actividade Simbólica, Estudo Comparativo da Interação e do Jogo Simbólico em Crianças Normais e Crianças com Síndrome de Down*, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, 1994, p. 21.

<sup>20</sup> GROSSMAN, H. J., *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, Baltimore: Garamond/Preidmark Press, 1983 “...a qualidade do funcionamento diário mediante as exigências ambientais.”.

<sup>21</sup> *Idem, ibidem*.

---

Mesmo assim, é sabido que cada um de nós passa por determinadas fases, tendo, em cada uma delas, que nos adaptarmos em termos comportamentais. Segundo Grossman são:

- a) Infância – desenvolvimento de habilidades sensório-motores, de comunicação, de entreaajuda e socialização;
- b) Adolescência – desenvolvimento de habilidades acadêmicas básicas à vida diária, aplicação de juízo e raciocínio apropriados no domínio do ambiente e habilidades sociais;
- c) Idade adulta – execução e responsabilidades sociais e profissionais.

Será que podemos classificar o atraso mental como um déficit de rendimento, uma incapacidade de demonstrar uma conduta social e intelectual proporcional à idade?

Entre os anos 60 e 80, outras noções e definições sobre o assunto se poderão resumir da seguinte maneira:

- Incorporação do conceito de comportamento adaptativo como parte integrante da definição;
- Redução do limite da pontuação do Q.I. para 70/75;
- Extensão do limite superior da idade para o diagnóstico inicial;
- Desenho da noção de permanência ao longo de toda a vida como parte do conceito (Landesman & Ramey, 1989, cit. Maria Isabel Santo de Miranda Cunha, 1997).

Assim, pode concluir-se que a integração social pode facilitar a recuperação de qualquer deficiência.

---

No século XX, Tredgoid e Doll<sup>22</sup> dão a seguinte definição biológica da atraso mental:

- Atraso mental será um estado de desenvolvimento mental incompleto, de um grau e categoria tal que o indivíduo é incapaz de adaptar-se à volta do normal dos seus congêneres e manter uma vida independente, livre de supervisão, controlo ou apoio escolar.

A A.A.D.M., num manual publicado em 1959, deu uma definição que fora corrigida em 1961 por Heber (citado por Heward e Orlansky, p. 75, 1992)<sup>23</sup> :

- O atraso mental refere-se a um funcionamento intelectual geral abaixo da média, tem origem durante o período de desenvolvimento e está relacionado com transtornos da conduta adaptativa e manifesta-se durante o período de desenvolvimento.

A última definição da A.A.D.M., utilizada no PL 94-142 implica que o atraso mental inclua tanto um funcionamento intelectual, muito por baixo da média, como um défice na conduta adaptativa, que se manifestam entre o nascimento e os 18 anos de idade.

Mais recentemente, Kirk e Gallagher<sup>24</sup> apresentaram uma evolução na concepção de atraso mental para três níveis de deficiência mental: educável, treinável e grave/profundo, respectivamente aliando com a expectativa de educação e de profissão:

---

<sup>22</sup> HEWARD, William L., e ORLANSKY, Michael, D., *programas de educación especial 1*, Barcelona, Ediciones CEAC, SA, 1992.

<sup>23</sup> Idem, *ibidem*.

<sup>24</sup> KIRK & GALLAGHER, *Educação da criança excepcional*, São Paulo: Martins Fontes, 1996.

	<i>Educável</i>	<i>Treinável</i>	<i>Grave/Profundo</i>
<i>Etiologia</i>	Predominantemente considerada uma combinação do factor genético, com más condições económicas e sócias.	Grande variedade de problemas ou distúrbios neurológicos glandulares ou metabólicos, que podem resultar em retardo grave ou moderado.	
<i>Prevalência</i>	Aproximadamente 10 em cada 1000 pessoas.	Aproximadamente 2 a 3 em cada 1000 pessoas	Aproximadamente 1 em cada 1000 pessoas
<i>Expectativas Educacionais</i>	Terá dificuldade no programa escolar normal para uma educação adequada.	Necessita maiores adaptações nos programas educacionais; foco em cuidar de si mesmo ou nas habilidades sociais; esforço limitado nas matérias tradicionais	
<i>Expectativas Para a vida adulta</i>	Com treinamento, pode-se, adaptar produtivamente a nível qualificado ou não-qualificado.	Pode-se adaptar social e economicamente em oficinas especiais ou, em alguns casos, em tarefas rotineiras, sem supervisão.	Sempre precisará de assistência.

**Tabela 2 : Expectativas vivacionais das crianças**

É essencial pensar-se que o homem, enquanto ser vivo, é distinto de todos os outros seres vivos, mas é igual no sentido da subsistência de uma necessidade física de se adaptar às diversas situações. Contudo, existe uma interindividualidade entre cada ser humano, havendo a necessidade de definir quais as diferenças entre cada um. Daí a carência evidente em esclarecer noções como o atraso mental, de que se tem vindo a falar. O direito à diferença existe mas está longe de se conseguir aplicar a cada ser humano de uma maneira coerente e verídica.

Porém, esta dissemelhança torna-se ainda mais significativa quando o desenvolvimento chega à fase da aquisição da língua (comportamento verbal). Sem esta seria difícil, se não mesmo impossível, ao homem realizar uma aprendizagem simbólica, bem como chegar a determinados comportamentos sociais inerentes. Torna-se então fundamental que esta aprendizagem se realize.

Mesmo quando existem algumas perturbações, à criança devem ser facultadas experiências no sentido de as ultrapassar para, posteriormente, se poder integrar na sociedade. Contudo, tanto a criança irá aprender inserida numa determinada sociedade, como esta última irá aprender com a primeira (interacção sociedade/ser humano).

---

Todavia, mesmo antes da aquisição da linguagem a criança principia a sua comunicação através dos gestos, de expressões faciais, que ganham sentido, utilizando o próprio corpo para manifestar os seus sentimentos, designando-se este por comportamento não-verbal. É quando este interage com o comportamento verbal que

surge a verdadeira comunicação, sem problemas de compreensão, o que origina a mensagem, não querendo com isto dizer que só com o comportamento não-verbal sozinho não se consiga realizar comunicação<sup>25</sup>, ou não se consiga enviar uma mensagem (comunicação sem linguagem mas com sentido). Desde o nascimento a criança apercebe-se de comportamentos e de vocalizações que constituem um estímulo com significado, que poderá vir a reproduzir futuramente.

Não é simples o processo que envolve a aquisição da linguagem, já que são os primeiros sons que dão, posteriormente, origem a significações mais elaboradas. Desde cedo, a criança aprende a ser, a fazer, a agir e a interagir de um modo significativo (sistema semiótico<sup>26 27</sup>) dentro de uma sociedade<sup>28</sup>, onde o papel dos adultos é tentar compreender tais mensagens. Segundo Halliday<sup>29</sup>, as funções da linguagem tendem a ser de ordem:

- instrumental;

- reguladora;

---

<sup>25</sup> FRAZÃO, António Antunes, *Comunicação Educadora-Criança e Actividade Simbólica, Estudo Comparativo da Interação e do Jogo Simbólico em Crianças Normais e Crianças com Síndrome de Down*, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, 1994, p. 25 “Mas a ausência da palavra não implica obviamente a falta de comunicação significativa”.

<sup>26</sup> Saussure, Ferdinand, *Curso de Linguística Geral*, Editorial D.Quixote, 7ª Edição, Janeiro de 1995, pp.48 e 49 [...] a língua é necessária para que a fala seja inteligível e produza todos os seus efeitos; mas esta é necessária para que a língua se estabeleça; historicamente, a fala precede sempre. Como seríamos capazes de associar uma ideia a uma imagem verbal se antes não tivéssemos surpreendido uma associação num acto de fala? Por outro lado, é ouvindo os outros que aprendemos a nossa língua materna; ela só se instala no sosso cérebro após inúmeras experiências. Por último, é a fala que faz evoluir a língua: são as impressões recebidas ao ouvirmos os outros que modificam os nossos hábitos linguísticos. Há, portanto, interdependência da língua e da fala; aquela é, ao mesmo tempo, o instrumento e o produto desta. Mas tudo isto não as impede de serem duas coisas absolutamente diferentes.

<sup>27</sup> *Idem, ibidem* pp.123 e 124 Chamamos signo à combinação do conceito e da imagem acústica [...] Propomos manter a palavra signo para designar o total e substituir conceito e imagem acústica respectivamente por significado e significante.

<sup>28</sup> ZIEGLER, E. & HODAOO, R. M., *Understanding Mental Retardation*, New York: Cambridge University Press, 1986 “...a adaptação social é o resultado da personalidade e de factores motivacionais, afectando todas as pessoas com ou sem deficiência mental...”.

<sup>29</sup> HALLIDAY, M. A. K., *Learning how to mean*, London: Edward Arnold, 1975.

- 
- interaccional;
  - pessoal;
  - heurística;
  - imaginativa;
  - informativa.

Daqui se deduz a importância de atingir o nível verbal, quando a criança se torna capaz de produzir sons que são identificáveis e assimiláveis, quer do ponto de vista fonético, quer semântico.

Naturalmente, não pode haver aquisição da língua sem se estabelecer uma relação entre a produção vocal e o estado físico, psicológico (memória), afectivo e emocional da criança. Só depois existirá uma significação atribuída entre a o signo linguístico e o objecto apresentado. A partir deste momento, ela estará preparada para aprender a gramática, a articular, a expandir o vocabulário e detectar os seus sentidos.

Pelo que se tem vindo a estudar, existem dois tipos de vocabulário na criança, a saber:

- vocabulário activo (constituído pelo conjunto de palavras que a criança é capaz de produzir e que está na base da sua linguagem expressiva);

- vocabulário passivo (conjunto de palavras conhecidas ou compreendidas pela criança e que corresponderá à sua linguagem receptiva)

Antes de usar as palavras, a criança percebe a expressão formal fónica dos signos linguísticos. Todavia, poderá ser através do vocabulário que se pode avaliar o progresso da criança, ou mesmo ajudar a criar condições para um melhor desenvolvimento. Para tal é elementar que se conjuguem factores como a família, o sexo, o nível intelectual, o nível sócio-económico, e as diferenças individuais, onde o

---

sentido das palavras não se torna independente das relações, dos interesses, dos objectos e das pessoas.

Para a criança é difícil dominar o sentido (relação dos símbolos aos objectos) das palavras, pelo que é essencial realizar a relação entre certos signos e outros signos. Esta aquisição depende de factores como: da actividade da criança ou de factores

intelectuais. Segundo Piaget<sup>30</sup>, as reacções verbais são fonte de acção sobre os objectos e a inteligência constitui-se a partir de esquemas sensoriomotores que assimilam a experiência e são a fonte de uma certa generalidade das respostas da criança. Só mais tarde ela será capaz de criar frases com sentido e lógica, constituindo assim um sistema articulatorio particular, garantindo uma melhor comunicação entre ela e o meio em que se encontra envolvida. Todavia, a criança deve adquirir certas regras que são aplicadas na comunicação, como:

- ser capaz de dominar e organizar uma pluralidade de elementos;
- subordinar a sua linguagem a regras gramaticais próprias da linguagem adulta;
- ser capaz de obedecer a regras que não são regras de correspondência directa com os objectos.

Mais difícil se tornam ainda estes aspectos se considerarmos que existem crianças que nascem já com dificuldades físicas e psicológicas que, por sua vez, as impossibilitam de conseguir adquirir a língua de uma forma normal e que englobe todos estes aspectos referidos.

Durante muito tempo, existiram afirmações completamente contrárias e que não podem, nem devem, aplicar-se relativamente às pessoas com diferenças físicas e psicológicas. Eram rotulados de anormais, deficientes, atrasados, logo o conceito de deficiência mental esteve sempre ligado a aspectos negativos. Deficientes mentais são simplesmente pessoas mais lentas para a aprendizagem do que outras, mas que podem e conseguem aprender, quando estimulados desde o nascimento.

---

<sup>30</sup> PIAGET, J., *La Formation du Symbole chez l'Énfant: Imitatio. Jeu et Rêve, Image et Representation*, Delachaux et Niestlé – Paris, 1976.

---

Já em 1534 Anthony Citz Herbert<sup>31</sup> definiu o deficiente como “uma pessoa que não pode contar ou enumerar 20 moedas nem pode dizer quem é o seu pai ou sua mãe, nem que idade tem, de maneira que parece que não compreendeu ou raciocinou sobre o que poderia ser seu benefício ou sua carência”.

Os deficientes poderão assim integrar-se perfeitamente na sociedade que os envolve. As c.c.t 21 não são excepção à regra. Existem crianças com profissões, como qualquer pessoa dita “normal”.

A Trissomia 21 é uma condição que afecta todos os processos de desenvolvimento simultaneamente. Lenneberg defendeu que a preservação da sincronia entre o desenvolvimento motor e o marco do discurso, em casos da Trissomia 21, era uma forte evidência para a aquisição da linguagem, regulada pela maturação orgânica. Este autor mostrou que a aquisição do discurso por estas crianças é determinada pelo atraso da maturação, afirmando que, uma das hipóteses será que esta aquisição é independente da influência ambiental. Ao contrário, Stedman e Eichorn demonstraram que o uso da língua e as habilidades motoras diferenciavam as crianças com Trissomia 21, que viviam em diferentes locais da sociedade. De estudos posteriores pôde concluir-se que o atraso na aquisição da língua, típico nestas crianças, pode ser modificado.

A segunda parte dos estudos de Lenneberg passou pelo ponto da sincronia entre o desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento geral motor. Análises demonstraram que esta deficiência é uma contínua mal função na transacção entre o organismo e o ambiente no decorrer do tempo, que não deixa a criança adaptar-se ao mundo que a rodeia. Assim, poder-se-á afirmar que a Trissomia 21 é uma contínua malformação na transacção entre o organismo e o ambiente durante a vida, impedindo a criança de se organizar e de se adaptar ao seu próprio mundo.

O comportamento da criança com esta deficiência é uma consequência tanto das suas propriedades físicas e genéticas, como do ambiente pré-natal que as mães estabeleceram. O comportamento (incluindo actividades seleccionadas) dos adultos face a estas crianças é igualmente influenciado pelas suas características genéticas. Contudo, estas tais actividades devem ter em conta as características físicas e psicológicas, relacionadas com todo o ambiente, igualmente físico e psicológico, que as envolve, partindo do princípio que a interacção social é muito relevante na aquisição da língua.

---

<sup>31</sup> LÓPEZ, José F., *Nuevas perspectivas en la educación e integración de niños com síndrome de Down*, Barcelona: Editorial Paidós, 1995, p.27.

---

Estudos feitos entre 1979 e 1980 a grupos de crianças com a Trissomia 21 demonstraram certos e determinados comportamentos em relação a alguns objectos, tendo estes sido interpretados e alguns, inclusive, estimulados pelas mães. Assim sendo, a cooperação dos pais na aquisição da língua, e no desenrolar do comportamento, torna-se muito importante já que, estas crianças, necessitam de mais tempo para organizar e relacionar as suas acções para com o objecto. Os pais acabam muitas vezes por perder a paciência como que eles vêem ser aprendizes muito lentos, utilizando, por isso mesmo, a imitação dos próprios movimentos das crianças como um recurso para uma tentativa de comunicação, de acordo com suas próprias interpretações. Numerosos pais indicam que os seus filhos têm dificuldade em se concentrarem, que são, muitas vezes, impulsivos, tendo problemas em dormir, exibindo hiperactividade o que leva a desobediências, tanto em casa como na escola, exigindo pois uma grande atenção por parte dos educadores.

Os progenitores dos pequenos seres com Trissomia 21, tendem a encorajá-los através do sorriso ou por uma activa estimulação física, visto que, tais intervenções, são recompensadoras na medida em que a criança emite expressões emocionais através da estimulação próxima. Mas há quase sempre um exagero na estimulação por parte das mães, minimizando algumas formas de discurso, tendo em conta que a aquisição de tais formas dependem de factores maturativos e de competências motoras<sup>32</sup>.

Ainda relativamente à aprendizagem da língua em crianças com a Trissomia 21, não se pode deixar de fazer alguma alusão à tão fundamental ajuda maternal, podendo afirmar que as mães tendem a falar ao mesmo tempo que as suas crianças vocalizam algum som, de uma maneira rápida, directa, intrusiva e controladora, o que nem sempre beneficia tais novas aprendizagens.

Deve-se então perceber que o desenvolvimento da língua nestas crianças é muito determinado por um plano orgânico. Estas criam ainda o seu próprio ambiente através de uma deficiente aprendizagem, dando aos seus pais menos oportunidades para uma boa interpretação do seu comportamento comunicacional, tendo estes um papel preponderante neste mesmo.

---

<sup>32</sup> GALABURDA, Albert M. *The psychobiology of Down Syndrome*, a Bradford Book, s.d., the MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, p. 153 "...the emergence of Language skills in man is relatively independent of intellectual factors. Rather he saw the synchrony between motor and language milestones during development as strong evidence that language acquisition is regulated by maturational factors."

---

Não existe um só perfil linguístico para as crianças com Trissomia 21. Miller, um dos grandes estudiosos da aprendizagem da linguagem nestas crianças, mostra-nos uma visão diferente no desenvolvimento e aquisição da linguagem que parecem estar, aparentemente, ligadas com a idade das mesmas. Afirma que crianças com dois, três ou quatro anos de idade exibem características linguísticas que decrescem com o desenrolar dos anos, comparando-as com outras características cognitivas.

Estudos relacionados com este tema mostram que crianças classificadas como retardadas mentalmente não desenvolvem a competência linguística nem certas características da comunicação, ao mesmo tempo daquelas cujas características e capacidades se dizem serem normais, com a mesma idade. Para além disso, usam formas normais de linguagem e não produzem linguagem bizarra, nem combinações únicas de linguagem, ou mesmo palavras inventadas.

Mas qual a verdadeira origem deste atraso mental, condicionando, por conseguinte, o comportamento da criança? Miller diz ser fruto de uma variedade de etiologias, incluindo síndromes metabólicas e genéticas ou mesmo doenças traumáticas de antes ou depois do parto, bem como influências culturais ou familiares<sup>33</sup>. Outra questão que posso colocar é o porquê de já, previamente, esperarmos que estas crianças tenham dificuldades na aprendizagem da linguagem relativamente a outras capacidades. A esta questão não pode responder-se senão explicando algumas das suas deficientes construções físicas, designadamente:

- Infecções no ouvido, que podem resultar na perda de audição, às quais quase, sempre, associamos problemas linguísticos<sup>34</sup>;

- Deficiências na coordenação motora e na adaptação associada com a Síndrome de Down, que afectam a sistema de produção de discurso, incluindo a respiração e a articulação da língua, lábios e maxilares;

---

<sup>33</sup> *Idem Ibidem*, p. 168 “It is impressive that despite a variety of brain syndromes, mentally retarded children learn the standard from of their native language. Variation in the rate of language and asynchrony of development between comprehension and production have been reported for retarded populations.”.

<sup>34</sup> *Idem Ibidem*, p. 178 “...hearing status was assessed through measures of middle ear integrity and acuity. Neither of these measures predicted productive language development in these children.”.

---

- Variedades ambientais, como por exemplo a não correcta interacção maternal;

- São crianças organicamente debilitadas que, conseqüentemente, não obtêm uma aquisição linguística. De igual forma sofrem de problemas significativos de saúde, e aparentam deficiências do coração ou gastro-intestinais, que podem reduzir a vitalidade tão requisitada pelo desenvolvimento motor.

Por conseguinte, a perda da audição ou de algum tipo de percepção, fazem prever uma perda da compreensão e da produção, bem como o imperfeito controlo motor faz prever uma deficiente produção linguística. Por outro lado, podem associar-se deficiências a nível da compreensão e da produção a factores de ordem ambiental.

Antes de se avançar com este tópico devo dar uma pequena definição de comunicação<sup>35</sup>. Esta é pois um processo através do qual uma pessoa formula uma mensagem que, por sua vez, é enviada para outra que a irá descodificar, utilizando tanto palavras, como gestos, expressões faciais, ou mesmo sinais de fumo. As pessoas tendem ainda a utilizar símbolos que representam objectos, sendo criado um código de símbolos para fins comunicativos, através do uso da linguagem. Discurso será um processo de produção de sons, combinando-se com palavras para comunicar, tendo igualmente de ser utilizadas, em conjunto, algumas partes físicas do nosso organismo.

Assim sendo, será muito mais fácil para os pais conseguirem perceber os seus pequenos filhos, já que utilizam um discurso específico, o que não acontece com pais de crianças com Trissomia 21, uma vez que estas não conseguem ter uma boa coordenação motora e de utilização da linguagem. Apesar disto, são crianças que conseguem transmitir as suas mensagens muito bem, desde muito cedo, visto pertencerem a um grupo de pessoas que as conhece e as entende de uma forma única, tornando-se importante o constante contacto com o ambiente familiar.

Para ajudar à compreensão destas crianças, ou de crianças com o tal atraso mental, importa considerar três teorias para explicar a estrutura da inteligência:

---

<sup>35</sup> <http://pt.wikipedia.org/wiki/Comunica%C3%A7%C3%A3o> 21 de Outubro de 2008 “A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações, e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim. Estão envolvidos neste processo uma infinidade de maneiras de se comunicar: duas pessoas tendo uma conversa face-a-face, ou através de gestos com as mãos, mensagens enviadas utilizando a rede global de telecomunicações, a fala, a escrita que permitem interagir com as outras pessoas e efectuar algum tipo de troca informacional.”

---

- Teoria Monárquica (uma só característica) defende que a inteligência é uma faculdade única ou unitária não composta por outras faculdades inferiores;

- Teoria Oligárquica ou Bifactorial defende a existência de um Factor G denominado Inteligência Geral, e um segundo factor específico, constituído pela capacidade concreta para cada tipo de actividade (Factores S);

- Teoria Multifactorial sustenta a existência de um conjunto de factores (treze factores, dos quais os seis primeiros podem ser considerados como capacidades primárias: Compreensão Verbal, Fluência Verbal, Factor Espacial, Factor Numérico, Factor Memória e Factor Raciocínio ou Indução), independentes entre si, que constituem o que chamamos Inteligência.<sup>36</sup>

O nível de Quociente de Inteligência (QI) encontra-se ligado às diferentes capacidades de resposta e de adaptação ao meio. Segundo alguns autores a inteligência será:

- Capacidade para aprender, capacidade para pensar abstractamente, capacidade de adaptação a novas situações;

- Conjunto de processos cognitivos como memória, categorização, aprendizagem e solução de problemas, capacidade linguística ou de comunicação, conhecimento social.<sup>37</sup>

Torna-se importante verificar o grau de inteligência para se poder classificar o nível da deficiência da criança. Segundo Stern, QI é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da Idade Média (IM) pela Idade Cronológica (IC):

$$QI = \frac{IM}{IC} \times 100$$

---

<sup>36</sup> BAUTISTA, Rafael (coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, colecção Saber Mais, 2.ª edição, Dinalivro, 1997.

<sup>37</sup> SAINZ SÁNCHEZ J. e MAYOR SÁNCHEZ J., *Procesos cognitivos en los deficientes mentales*, in Manual de Educación Especial, Anaya, Madrid, 1989.

---

Acompanhando o QI existem cinco graus de deficiência mental propostos pela AADM e pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Deficiência Mental	QI
1. Limite <sup>38</sup>	68-85
2. Ligeira <sup>39</sup>	52-68
3. Média <sup>40</sup>	36-51
4. Severa <sup>41</sup>	20-35
5. Profunda <sup>42</sup>	inferior a 20

---

<sup>38</sup> Não pode dizer-se que estas crianças sejam mentalmente imperfeitas já que são crianças com muitas possibilidades, manifestando apenas um atraso nas aprendizagens, ou algumas dificuldades concretas. Podem incluir-se aqueles provenientes de ambientes socioculturais desfavorecidos.

<sup>39</sup> Estão incluídas aqui crianças com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental. Podem desenvolver-se aprendizagens sociais e de comunicação e têm capacidade para de adaptar e integrar no mundo laboral. Apresentam um atraso mínimo nas áreas perceptivas e motoras. Na escola apresentam dificuldades de aprendizagem das técnicas instrumentais. Contudo, não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar e social.

<sup>40</sup> Podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, e aprender a comunicar pela linguagem verbal, mas apresentam dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais. Apresentam um desenvolvimento motor aceitável e têm possibilidade para adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhes permitam realizar algum trabalho.

<sup>41</sup> Necessitam de protecção ou ajuda, já que não possuem uma grande autonomia social e pessoal. Apresentam problemas psicomotores importantes. Podem aprender algum sistema de comunicação, mas a linguagem será sempre muito deficiente. Contudo, podem ser treinados em algumas actividades da vida diária básicas e em aprendizagens pré-tecnológicas muito simples.

<sup>42</sup> Grupo que apresenta grandes problemas sensoriomotores e de comunicação com o meio. São dependentes dos outros em quase todas as funções e actividades, pois os seus *handicaps* físicos e intelectuais são graves. Só serão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de auto-ajuda.

---

Para este tipo de deficiência subsistem diversos factores como:

- 1) Factores genéticos – a origem da doença está já determinado pelos genes ou herança genética. São factores de tipo endógeno e existem dois tipos de causas genéticas possíveis: *genopatias* (Metabolopatias<sup>43</sup>, Endocrinopatias<sup>44</sup>, Síndromes

Polimalformativos<sup>45</sup>, Espinha Bífida, Encefalocelo, etc.) e *cromossomopatias* (Síndromes autossómicos específicos<sup>46</sup>, Síndromes autossómicos não específicos<sup>47</sup> e Síndromes gonossómicos<sup>48</sup>).

- 2) Factores Extrínsecos: *factores pré-natais* (embriopatias<sup>49</sup>, fetopatias<sup>50</sup>, endocrinometabolopatias<sup>51</sup>, intoxicações<sup>52</sup>, radiações, perturbações psíquicas), factores peri-natais e neonatais (prematividade, metabolopatias, síndrome de sofrimento cerebral, infecções, incompatibilidade RH entre a mãe e o recém-nascido) e factores pós-natais (infecções, endocrinometabolopatias, convulsões, anoxia, intoxicações, traumatismos crânio-encefálicos, factores ambientais).

Contudo, nenhum destes factores poderá impedir que cada criança consiga algum desenvolvimento e uma aprendizagem quando integrados numa sociedade que se dedica a ensinar e a criar condições para que tal aconteça.

---

<sup>43</sup> Aminoácidos, Lípidos, Carbo-hidratos, Acidose Láctea, entre outros.

<sup>44</sup> Alterações endócrinas e hormonais tais como hipotirodismo, Pseudo-hipoparatiroidismo, apenas para referir algumas.

<sup>45</sup> Tais como Síndrome de Prader-Willi, Cornélia de Lange, Anemia aplástica de Fanconi, entre outros.

<sup>46</sup> As seguintes Trissomias: Trissomia G (Trissomia 21 ou síndrome de Down), Trissomia E (Trissomia 18 ou síndrome de Edward) e Trissomia D (Trissomia 13 ou síndrome de Patau).

<sup>47</sup> Encontram-se aqui todas as Trissomias que não são tão conhecidas como as anteriores.

<sup>48</sup> Alterações ligadas aos cromossomas sexuais, sendo os mais conhecidos os síndromes de Turner e de Klinefelter.

<sup>49</sup> Actuam durante ou três primeiros meses de gestação.

<sup>50</sup> Actuam a partir do terceiro mês de gestação. Factores como infecções podem ainda dar origem a outras deficiências.

<sup>51</sup> Alterações endócrinas como perturbações da tiróide, diabetes, défices nutritivos, avitaminoses.

<sup>52</sup> Produtos tóxicos como: álcool, tabaco, fármacos, drogas, mercúrio, chumbo, entre outros.