

**APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS DEFINIÇÕES DE
DEFICIÊNCIA MENTAL PROPOSTAS PELA
AAMR – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE RETARDO
MENTAL DE 1908 A 2002**

***PRESENTATION AND ANALYSIS OF MENTAL RETARDATION
DEFINITIONS PRESENTED BY THE AMERICAN ASSOCIATION
OF MENTAL RETARDATION (AAMR) FROM 1908-2002***

Maria Amélia ALMEIDA¹

RESUMO

Este trabalho consistiu, num primeiro momento, na apresentação e análise de todas as definições de retardo mental surgidas no período de 1908 a 2002. Num segundo momento, o trabalho apresenta, de forma mais detalhada, a definição proposta em 1992 pela AAMR e depois apresenta e discute as reações positivas e negativas em relação a ela durante seus 10 anos de vigência, bem como definições alternativas surgidas nesse período. Finalmente, o trabalho apresenta e discute a definição proposta em 2002 pela AAMR e a compara com a definição proposta em 1992. O trabalho conclui que ainda é muito cedo para avaliar como essa nova conceituação de retardo mental influenciará as práticas em Educação Especial e que no Brasil esse assunto não foi sequer discutido.

Palavras-chaves: Retardo Mental, Funcionamento Intelectual, Condutas Adaptativas.

ABSTRACT

This paper consisted, in the first moment, to present and analyse all definitions about mental retardation presented from 1908 to 2002. In a second moment, the paper presents in a more detailed way, the definition proposed em 1992 by AAMR and then, discusses the positive and negative reactions provoked by this definion during the ten years it was in operation. Also, the paper presents

⁽¹⁾ Universidade Federal de São Carlos. Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Educação Especial; Professora no Departamento de Psicologia. E-mail: amaeliama@terra.com.br

other alternative definitions proposed during this period. Finally the paper presents and discusses the definition proposed in 2002 by AAMR and discusses it with the definition proposed in 1992. The paper concludes that it is still too early to evaluate how this new definition of mental retardation will influence the Special Education practices and that in Brazil this issue has not even been discussed.

Key words: *Mental Retardation, Intellectual Functioning, Adaptive Behavior.*

A utilização do termo “retardo mental” ainda é muito questionada, principalmente no Brasil. Nos Estados Unidos o termo “retardo mental” tem sido utilizado por mais de 50 anos, muito embora mudanças estejam ocorrendo em algumas partes do país. Em alguns países, o termo “incapacidade intelectual” é mais aceito. Segundo Hardman, Drew e Egan (2005), muitos familiares e profissionais têm questionado o uso contínuo do termo “retardo mental”, pois como sugere Warren (2002), ele tem promovido estigmas e estereótipos. Outros afirmam que embora esse termo esteja perdendo o favoritismo, não há consenso sobre que outro termo poderia substituí-lo. Neste trabalho, estarei utilizando o termo “retardo mental” por ser o mais utilizado na literatura consultada, embora reconheça e concorde que deva ser substituído.

No ano de 2002, 10 anos após ter sido proposta a 9ª edição do Manual sobre “Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Suporte” por Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnick e Stark, uma comissão também indicada pela AAMR (LUCKASSON, BORTHWICK-DUFFY, BUNTINX, COULTER, CRAIG, REEVE, SCHALOCK, SNELL, SPITALNIK, SPRETTA E TASSÉ, 2002), na qual permaneceram cinco membros da comissão de 1992, sendo chefiada pelo mesmo membro que chefiou a comissão anterior, após quatro anos de estudos sobre a adesão, utilização e críticas (positivas e negativas) sobre definição, classificação e sistemas de suporte propostos em 1992, propôs a 10ª edição do Manual: “Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Suporte”.

Antes de apresentar a definição proposta em 2002, faz-se necessário fazer uma revisão de todas as definições propostas anteriormente.

Assim sendo, a primeira definição foi apresentada por Tredgold em 1908 e estabelecia que “deficiência mental era um estado de defeito mental a partir do nascimento ou idade mais precoce em função do desenvolvimento cerebral incompleto, e em consequência disso, a pessoa afetada se tornava incapaz de desempenhar suas tarefas como membro da sociedade”. Essa definição enfatizava a incurabilidade e se referia a um *status* permanente de retardo mental.

Quase 30 anos depois, Tredgold (1937) apresentou uma nova definição para a deficiência mental estabelecendo que esta “era um estado de desenvolvimento mental incompleto, em nível tal que a pessoa era incapaz de adaptar-se ao ambiente normal de seus amigos de maneira a manter existência independente de supervisão, controle e suporte externo”. Como na definição anterior, a ênfase na incurabilidade e *status* permanente de retardo mental permanecia.

Quatro anos depois, Doll (1941) define a deficiência mental como sendo “um estado de incompetência social obtido na maturidade e resultante de um desenvolvimento aprisionado na origem constitucional (hereditário ou adquirido), sendo essa condição, essencialmente, incurável por meio de tratamento e irremediável por meio de treinamento”. Da mesma forma que Tredgold (1908 e 1937), Doll (1941) manteve o conceito de incurabilidade.

Em 1959, a Associação Americana de Deficiência Mental, presidida por Rick Herber, estabeleceu a seguinte definição: “retardo mental se refere a um funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina no período de desenvolvimento e que está associado a deficiências em uma ou mais das seguintes condições: maturação, aprendizagem e ajustamento social” (HERBER, 1959). No entanto,

como não havia uma definição clara e exata sobre o que seria maturação, aprendizagem e ajustamento social, houve necessidade de uma revisão da definição proposta por Herber.

Assim, em 1961, Herber propôs a revisão da definição de 1959 estabelecendo que: “retardo mental se refere a um funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado a deficiências no comportamento adaptativo”. A diferença maior entre as duas definições (1959 e 1961) foi a introdução do termo “comportamento adaptativo” para substituir os seguintes termos utilizados em 1959: maturação, aprendizagem e ajustamento social. Na definição de 1961, a expressão “funcionamento intelectual geral abaixo da média” se referia ao desempenho de pelo menos um desvio padrão abaixo da média em teste de inteligência padronizado. Quanto ao comportamento adaptativo referido na definição, este significava uma adaptação do indivíduo às demandas de seu ambiente. Assim, um comportamento adaptativo deficiente poderia estar refletido na maturação, na aprendizagem e no ajustamento social, se comparado com padrões e normas estabelecidas para comportamentos apropriados de indivíduos da mesma idade. Embora a deficiência em comportamento adaptativo ainda estivesse pouco definida, o uso do conceito representou um avanço em relação às noções anteriores de incurabilidade indicadas por Tredgold (1908 e 1937) e Doll (1941). Quanto ao “período de desenvolvimento”, foi considerado o período entre o nascimento até 16 anos de idade.

Embora muitos profissionais tenham reconhecido os avanços da definição de 1961, críticas também foram apontadas. Por exemplo, Clausen (1972 b) argumentava que os procedimentos para avaliar comportamentos adaptativos não eram adequados para diagnóstico e que, em consequência disso, este acabava sendo baseado apenas nos resultados dos testes de inteligência. De acordo com Clausen (1967), isso poderia trazer dois problemas: o primeiro é que a definição poderia ameaçar o conceito de que retardo mental como uma condição inalterada e

imutável, pois embora os resultados pudessem permanecer estáveis ao longo do tempo, era possível que mudanças ocorressem em muitos comportamentos e que não aparecessem nos testes de inteligência. A segunda crítica estava relacionada a uma definição psicométrica em que muitas crianças provenientes de diferentes *backgrounds* culturais poderiam ser erroneamente diagnosticadas como retardadas mentais. Também ficou reconhecido que, como a definição proposta por Herber em 1961 indicava um desvio padrão abaixo da média, estatisticamente estaria identificando que 16% da população apresentavam deficiência mental. Dessa forma, Clausen (1972 a) sugeriu uma definição mais rigorosa em termos de dois desvios padrões abaixo da média, ao invés de um. Outros profissionais também recomendaram um fortalecimento maior entre inteligência e comportamento adaptativo.

Assim, em 1973, uma nova comissão foi indicada pela AAMD (Associação Americana de Deficiência Mental), desta vez chefiada por Grossman, para realizar uma revisão do Manual sobre Classificação de Retardo Mental. Ficou, então aprovada a seguinte definição: “Retardo mental se refere ao funcionamento intelectual geral abaixo da média existindo concomitantemente com déficits no comportamento adaptativo e manifestada no período de desenvolvimento” (GROSSMAN, 1973). Nessa versão, “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média” significava desempenho em pelo menos dois desvios padrões abaixo da média em testes de inteligência, ou seja, apenas 2.28% de pessoas da população geral seriam identificadas como portadoras de deficiência mental, ao contrário da definição anterior que identificava 16%. Quanto ao comportamento adaptativo, este foi definido em termos de grau e eficiência com os quais os indivíduos alcançariam os padrões de independência pessoal e responsabilidade social esperados para sua idade e grupo cultural. Além dessas mudanças, o período de desenvolvimento também foi estendido para 18 anos, que coincide com a idade de conclusão da escolaridade obrigatória (ensino médio) em muitos países.

Apesar dos avanços da definição de 1973, dois documentos importantes davam suporte a uma outra definição ainda mais rígida e mais cuidadosa. O primeiro documento se referia a um artigo escrito por Lloyd Dunn em 1968, intitulado “Educação Especial para retardados mentais leves – é justificável?” Nesse documento Dunn (1968), uma autoridade respeitada no campo da Educação Especial, relatava que muitas crianças de ambientes culturais desfavorecidos estavam sendo, incorretamente, classificadas como deficientes mentais leves e colocadas em classes especiais. Ele se referia à falta de escalas adequadas para medir comportamentos adaptativos que levavam à prática de identificar alunos como retardados mentais tendo como base apenas o escore do Quociente de Inteligência – QI. Conseqüentemente, crianças não retardadas eram classificadas como retardadas. O outro documento, que deu suporte a uma definição mais rígida e mais cuidadosa, se referia a uma publicação do Comitê Presidencial sobre Retardo Mental (PCMR, 1970) intitulada “As seis horas de retardo mental” que, corroborando com as afirmações de Dunn (1968), mostrava que um número significativo de crianças provenientes de ambientes culturais desfavorecidos, especialmente as que residiam em áreas urbanas, haviam sido classificadas como deficientes mentais leves e, de forma inapropriada, tinham sido colocadas em classes especiais. Assim, elas eram identificadas como “retardadas mentais” durante as seis horas que passavam nos ambientes acadêmicos, mas funcionavam normalmente fora da escola. Esses documentos tiveram um impacto muito poderoso na área da deficiência mental, muito embora estivessem baseados em observações sistemáticas sem dados empíricos rigorosos, além de tratarem o assunto de forma emocional.

Em 1977, a AAMD publicou o sétimo manual sobre classificação e terminologia da deficiência mental (GROSSMAN, 1977). A redação da definição de 1977 foi idêntica à versão de 1973, com a diferença que o manual de 1977 trazia algumas modificações na sua interpretação. A definição de “significativamente abaixo da

média” permanecia em dois desvios padrões abaixo da média e a definição de “comportamento adaptativo” não sofreu modificações. No entanto, a mudança maior tinha como foco o “julgamento clínico”, ou seja, tomada de decisão com base na experiência e expertise de profissionais devidamente treinados. O manual também explicava, em detalhes, o problema acerca da mensuração de comportamento adaptativo.

Em 1983, a Associação Americana de Retardo Mental – AAMR publicou o oitavo manual sobre classificação e terminologia. A definição de deficiência mental ficou assim estabelecida: “retardo mental se refere ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média resultante ou associado a deficiências no comportamento adaptativo e manifestado no período de desenvolvimento” (GROSSMAN, 1983). O julgamento clínico permaneceu um assunto tão importante que o anexo do manual citava vários estudos de caso acompanhados de descrições sobre a forma como chegaram a determinadas decisões partindo das informações apresentadas nos casos. Um outro fato que merece destaque em relação à definição de 1983 é que os autores da definição colaboraram como representantes da AAMR em outros sistemas de classificação tais como: OMS (1978), CID-9 e DSM-III, de forma que tais sistemas de classificação se tornassem mais compatíveis. O uso rigoroso de desvio padrão foi desencorajado na definição de 1983 e o conceito de erro de mensuração padronizada em testes foi enfatizado, visto que nenhum teste é perfeitamente fidedigno. Assim, se uma criança recebesse um escore 72 num teste de inteligência, o examinador poderia afirmar que o QI real estaria entre 69 e 75 e poderia decidir se outras condições como, déficits no comportamento adaptativo ou diferenças culturais estavam presentes e associadas ao nível de desempenho no teste de QI. Dessa forma, o avaliador poderia decidir se classificaria essa criança como deficiente mental ou não. Assim sendo, o avaliador teria que determinar se vieses como diferenças culturais ou déficit no comportamento adaptativo teriam afetado ou não o desempenho da criança no

teste. Nessa definição, não houve mudanças em termos de comportamento adaptativo. O manual também enfatizou a necessidade de escalas padronizadas para mensuração de comportamentos adaptativos e, enquanto isso não acontecesse, o julgamento clínico tinha que ser usado.

Definição proposta em 1992

Em 1992, a 9ª edição do Manual “Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Suporte” foi publicado pela AAMR, cujo comitê Ad Hoc foi chefiado por Ruth Luckasson (LUCKASSON et al, 1992). Essa nova definição sinalizava mudanças em relação às definições anteriores. Era de natureza muito mais funcional e enfatizava a interação entre três grandes dimensões: capacidade da pessoa, ambiente onde a pessoa funcionava e a necessidade de vários níveis de suporte. A definição de 1992 ficou assim estabelecida: “retardo mental se refere a limitações substanciais no funcionamento atual dos indivíduos, sendo caracterizado por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitante com relativa limitação associada a duas ou mais áreas de condutas adaptativas, indicadas a seguir: comunicação, auto cuidado, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, habilidades acadêmicas funcionais, lazer e trabalho. O retardo mental se manifesta antes dos 18 anos” (LUCKASSON et al, 1992).

As explicações sobre a definição estavam relacionadas ao fato de que o retardo mental:

1. Refere-se a limitações substanciais do funcionamento presente, sendo definido como uma dificuldade fundamental em aprender e desempenhar certas habilidades de vida diária. As capacidades pessoais as quais apresentam limitações substanciais são de ordem conceitual, prática e inteligência social. Essas três áreas são especificamente afetadas no retardo mental, enquanto que outras capacidades pessoais (como por exemplo: saúde e temperamento) não são.

2. É caracterizado por funcionamento intelectual significativamente abaixo da média definido como escore padronizado de QI de aproximadamente 70 a 75 ou abaixo, baseado em avaliação que inclui a aplicação de um ou mais testes de inteligência aplicados individualmente com o objetivo de avaliar o funcionamento intelectual. Esses dados deveriam ser revisados por uma equipe multidisciplinar e validados por teste educacional ou informação avaliativa.

3. Existe de forma concomitante com as limitações em habilidades adaptativas, que estavam relacionadas mais de perto com a limitação intelectual do que com alguma outra circunstância, como diversidades lingüísticas e culturais ou limitações sensoriais.

4. Estava associado a duas ou mais áreas de conduta adaptativa sendo, portanto, necessário verificar evidência de limitações em condutas adaptativas porque o funcionamento intelectual sozinho seria insuficiente para o diagnóstico de retardo mental. O impacto do funcionamento dessas limitações deveria ser suficientemente compreensivo para incluir pelo menos duas áreas de condutas adaptativas, demonstrando assim uma limitação generalizada que possibilitasse a redução de probabilidade de erro na mensuração.

5. Habilidades de comunicação, cuidados pessoais, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, habilidades acadêmicas funcionais, lazer e trabalho eram importantes para o sucesso funcional e estavam freqüentemente relacionadas à necessidade do apoio que as pessoas com retardo mental apresentavam. Devido à relevância de cada uma dessas habilidades, que poderiam variar, a avaliação do funcionamento deveria ter como referência a idade cronológica da pessoa.

6. A manifestação do retardo antes dos 18 anos estava relacionada ao fato de que o 18º aniversário aproxima a idade quando o indivíduo, em muitas sociedades, assume as responsabilidades típicas de um adulto.

Para melhor compreensão dessas habilidades adaptativas, as definições abaixo podem esclarecer o significado de cada uma delas em termos mais práticos:

1. Comunicação – diz respeito às habilidades para compreender e expressar informações por meio de comportamentos simbólicos (Ex. palavras faladas e escritas/ortografia; linguagem gestual, digital e de sinais; símbolos gráficos,) ou comportamentos não simbólicos (Ex. expressões faciais, movimentos corporais, toques, gestos). Exemplos específicos incluem a habilidade para compreender e/ou receber uma solicitação, uma emoção, um cumprimento, um comentário, um protesto ou uma rejeição. Habilidades comunicativas de alto nível (Ex. escrever uma carta) estão relacionadas com habilidades acadêmicas funcionais.
2. Auto cuidado – refere-se às habilidades que asseguram higiene pessoal, alimentação, vestuário, uso do sanitário, etc.
3. Vida no lar – diz respeito às habilidades necessárias para uma adequada funcionalidade no lar, que inclui cuidado com roupas, com o ambiente doméstico, com a manutenção da propriedade, preparação dos alimentos, planejamento e orçamento das compras, segurança no lar, agenda diária. Habilidades relacionadas incluem orientação e comportamento no lar e vizinhança, comunicação de escolhas e necessidades, interação social e aplicação das habilidades acadêmicas funcionais no lar.
4. Habilidades sociais – dizem respeito às trocas sociais com outros indivíduos, incluindo início e término das interações com outros; receber e responder às situações adequadamente; reconhecer sentimentos; oferecer *feedback* positivo ou negativo; demonstrar autocontrole; estar ciente dos comportamentos dos pares e ser aceito pelos mesmos; demonstrar regulação quanto ao tipo e quantidade de interação com outros; ajudar os outros; conquistar e manter amizades e relacionamentos amorosos; demonstrar enfrentamento em relação às exigências de outros; compartilhar e cooperar; compreender honestidade e justiça; controlar impulsos; respeitar limites e normas; demonstrar comportamento social e sexual apropriado.
5. Desempenho na comunidade – habilidades relacionadas ao uso apropriado dos recursos da comunidade, incluindo deslocamento na comunidade; compras em lojas e mercados; obtenção de serviços na comunidade (Ex. postos de gasolina, oficinas de consertos, consultórios médicos, escritórios, etc.); freqüentar igrejas ou sinagogas; utilização de transporte e serviços públicos, tais como: escolas, bibliotecas, parques, áreas de recreação, ruas, calçadas; freqüência a teatros, cinemas e visitas a outros centros culturais e eventos. As habilidades relacionadas ao desempenho na comunidade são: comunicação de escolhas e necessidades, interação social e aplicação das habilidades acadêmicas funcionais.
6. Auto-direção – refere-se às habilidades de fazer escolhas; cumprir planejamento; tomar iniciativas de acordo com as demandas do ambiente, condições, horários e interesses pessoais; completar tarefas necessárias e exigidas; buscar assistência quando necessária; resolver problemas familiares ou em situações novas; demonstrar assertividade apropriada e demonstrar habilidades de auto-advocacia.
7. Saúde e Segurança – dizem respeito às habilidades para cuidar da saúde em termos de alimentação, identificação de tratamento e prevenção de doenças; cuidar da própria segurança (Ex. seguir leis e regras, utilizar cinto de segurança, atravessar ruas, saber interagir com

- estranhos, buscar ajuda); realizar *consultas dentárias e físicas*; demonstrar hábitos pessoais. Habilidades relacionadas incluem: proteger-se contra comportamentos criminosos, demonstrar comportamentos apropriados nas comunidades; comunicar escolhas e necessidades; interagir socialmente de forma adequada e utilizar-se de habilidades acadêmicas funcionais.
8. Habilidades acadêmicas funcionais – referem-se a habilidades cognitivas relacionadas à aprendizagem dos conteúdos curriculares propostos pela escola, que têm relação com a qualidade de vida da pessoa como: ler, escrever, e utilizar conceitos básicos e práticos de matemática, geografia e estudos sociais. É importante ressaltar que o foco dessa área não é o desempenho num determinado nível acadêmico de ensino, mas na aquisição de habilidades acadêmicas que são funcionais em termos de vida independente.
 9. Lazer – diz respeito às habilidades para desenvolver interesses e participar de atividades de entretenimento individual e coletivo, que reflete preferências e escolhas pessoais de acordo com a idade e com o ambiente cultural e comunitário. Tais habilidades incluem: escolhas e interesses, apreciação das atividades de lazer e recreação no lar e na comunidade, sozinho ou em companhia de outros; jogar socialmente com outros; assumir a vez; encerrar ou recusar atividades de lazer e recreação; aumentar participação ou expandir repertórios de interesse, consciência e habilidades. Habilidades relacionadas inclui comportar-se apropriadamente em ambientes de lazer e recreação, comunicação de escolhas e necessidades, participação em interações sociais, utilização de habilidades acadêmicas funcionais e exibição de habilidades de mobilidade.
 10. Trabalho – refere-se às habilidades para manter um trabalho em tempo parcial ou total ou manter trabalhos na comunidade em termos de atividades específicas; comportamentos sociais apropriados e habilidades relacionadas ao trabalho (Ex. completar tarefas; cumprir horários; buscar assistência; enfrentar críticas; gerenciamento do dinheiro; aplicação das habilidades acadêmicas funcionais; habilidades relacionadas a ir e voltar do trabalho; preparar-se para o trabalho; auto gerenciamento enquanto trabalha e interação com colegas de trabalho).

Pressupostos

A definição de 1992 indicava quatro pressupostos, que eram considerados essenciais para a aplicação da definição, uma vez que essas afirmações eram essenciais para o significado da mesma e não poderiam ser conceitualmente separadas. A aplicação da definição deveria incluir tais pressupostos, uma vez que eles apresentam implicações claras para posterior avaliação e intervenção.

1. Uma avaliação válida deveria considerar diversidades culturais e lingüísticas bem como diferenças na comunicação e fatores comportamentais;
2. A existência de limitações em condutas adaptativas ocorre dentro do contexto de ambientes comunitários típicos da idade dos pares do indivíduo e estão indexadas às necessidades de ajuda individual da pessoa.
3. Limitações adaptativas específicas geralmente coexistem com certa frequência com os pontos fortes de outras habilidades adaptativas ou outras capacidades pessoais.
4. Com suporte apropriado por um determinado período de tempo, a vida funcional de indivíduo com deficiência mental, geralmente demonstrará melhoras.

Dimensões da Definição

A definição de retardo mental proposta pela AAMR em 1992 também estava baseada na abordagem multidimensional. Essa abordagem permitia uma descrição acurada das mudanças que ocorrem com o passar do tempo, da mesma forma que avaliava as respostas dos indivíduos relacionadas ao crescimento, mudanças ambientais, atividades educacionais e intervenção terapêutica. A intenção da abordagem multidimensional era:

1. Ampliar a conceituação de retardo mental;
2. Evitar a confiança em QI para determinar o nível de deficiência;
3. Relacionar as necessidades do indivíduo com os níveis apropriados de apoio.

Esta intenção era completamente justificada pelo enfoque dado às quatro dimensões, relacionadas abaixo, no processo de definição, classificação e sistemas de apoio.

Dimensão I. Funcionamento intelectual e habilidades adaptativas;

Dimensão II. Considerações psicológicas/emocionais;

Dimensão III. Considerações físicas/saúde/etiológicas;

Dimensão IV. Considerações ambientais.

Embora alguns aspectos da definição de 1983, tais como, capacidade, ambiente e funcionamento, permanecessem, mudanças significativas, estavam evidentes na definição de 1992:

1. Especificação do comportamento adaptativo por meio da identificação das dez áreas de condutas adaptativas;
2. Diagnóstico, classificação e sistema de suportes estavam baseados em um procedimento que envolvia três passos;
3. Novo sistema para classificar indivíduos em termos de níveis de suporte necessários recomendava que os níveis de severidade da deficiência (leve, mode-

rado, severo e profundo) não mais fossem utilizados.

4. Desenvolvimento de um modelo de suporte necessário foi baseado em quatro dimensões: funcionamento intelectual e habilidades adaptativas; considerações psicológicas e emocionais; considerações etiológicas e de saúde física; considerações ambientais.
5. Similaridades com outras definições funcionais de incapacidade.

Sistemas para descrever os vários níveis de deficiência mental (leve, moderado, severo e profundo) foram usados por décadas, apesar do constante clamor (BEIRNE-SMITH, ITTENBACH e PATTON, 2002) para que isso fosse mudado. O manual da AAMR de 1992 sugeriu a adoção de um sistema que descrevesse os níveis de suportes necessários ao desenvolvimento de cada área de conduta adaptativa. A intenção desse sistema tinha como único objetivo explicar as limitações funcionais de um indivíduo em termos do nível de suporte que ele ou ela necessitava para poder crescer e desenvolver-se. Os quatro possíveis níveis de apoio necessário estavam assim definidos:

Apoio Intermitente

O apoio é oferecido conforme as necessidades do indivíduo. É caracterizado de natureza episódica, pois a pessoa nem sempre necessita de apoio. O apoio geralmente se faz necessário por períodos curtos durante transições ao longo da vida, como por exemplo, perda do emprego ou uma crise médica aguda. Apoio intermitente pode ser de alta ou baixa intensidade.

Apoio Limitado

A intensidade de apoio é caracterizada por consistência ao longo do tempo. O tempo é limitado, mas não de natureza intermitente, podendo exigir poucos membros do staff e de custo menor, se comparado com outros níveis de apoio mais intensivos. Um exemplo desse tipo

de apoio poderia ser o treinamento para o emprego no mercado competitivo por um tempo limitado ou apoio na transição da vida escolar para a vida adulta.

Apoio Amplo

O apoio amplo é caracterizado pelo apoio regular (por exemplo, apoio diário) em pelo menos alguns ambientes (por exemplo, no trabalho, na escola) e não por tempo limitado (por exemplo, apoio permanente nas atividades de vida diária).

Apoio Permanente

Apoio caracterizado pela sua constância e alta intensidade. É oferecido nos ambientes onde a pessoa vive e é de natureza vital para sustentação da vida do indivíduo. O apoio permanente tipicamente envolve mais membros do staff e é mais intensivo que o apoio por tempo limitado ou apoio amplo em ambientes específicos.

Apesar de todas as mudanças que essa definição trouxe para a área, ocorreram muitas situações favoráveis e contrárias. As maiores preocupações estavam relacionadas ao nível de corte do QI, às áreas de condutas adaptativas e aos níveis de suporte necessário. Greenspan (1997) levanta sinais indicativos de descontentamento em relação à definição, tais como: poucas secretarias estaduais de Educação Especial adotaram a definição; a publicação de um novo manual sobre retardo mental pela Associação Americana de Psicologia; recusa de outros comitês que estavam trabalhando na revisão de outros manuais de definição em incluir elementos da definição de 1992. Assim, surgem duas outras alternativas de definição de retardo mental que serão apresentadas a seguir.

Definição pela APA – Associação Americana de Psicologia

Em 1996, a Associação Americana de Psicologia publicou o Manual de Diagnóstico e

Prática Profissional em Retardo Mental (JACKBSON & MULLICK, 1996). A publicação do manual tinha como objetivo tornar disponível uma afirmação compreensível sobre o que é Retardo Mental, o que ele significa para o indivíduo e sociedade bem como atender as necessidades dos indivíduos afetados. A definição foi assim descrita: “Retardo mental se refere a limitações significativas no funcionamento intelectual geral; limitações significativas no funcionamento adaptativo, que podem coexistir de forma concorrente com o funcionamento intelectual; as limitações intelectuais e adaptativas devem ocorrer antes da idade de 22 anos”. Segundo Beirne-Smith, Ittenback e Patton (2002), essa definição proposta pela APA acabou sendo um retorno à definição proposta pela AAMR em 1983, com algumas pequenas mudanças. O termo “funcionamento adaptativo” foi utilizado no lugar de “comportamento adaptativo” e o limite da idade de instalação da deficiência foi estendido de 18 para 22 anos. O manual da APA promove o sistema de classificação retornando aos quatro níveis de severidade da deficiência mental: leve, moderado, severo e profundo.

Definição proposta por Greenspan

Greenspan (1997) também propôs uma definição à qual incluiu inteligência conceitual (QI), inteligência prática e inteligência social como componentes fundamentais. Sua conceitualização difere substancialmente do modelo de inteligências múltiplas proposto por Gardner (2000). Fundamentalmente, Greenspan (1997) afirma que retardo mental é claramente uma desordem cognitiva, mas cognição pode ser usada para vários objetivos. A definição proposta por Greenspan está assim descrita: “Pessoas com retardo mental são amplamente percebidas por necessitarem amplo suporte, acomodação e proteção em função de limitações persistentes em inteligência social, prática e conceitual resultantes da incapacidade de alcançar as exigências intelectuais de uma variedade de ambientes e papéis. Essas limitações, na maioria das vezes, são resultantes de anormalidades ou

eventos que ocorrem durante o período de desenvolvimento e que tem efeitos permanentes no desenvolvimento e funcionamento do cérebro”. Essa proposta de definição de retardo mental contém alguns elementos da AAMR (suportes, variedade de ambientes), enquanto mantém a ênfase na competência social (Luckasson et al, 1992). O sistema de classificação também inclui aspectos da filosofia da AAMR e sugere que retardo mental pode ser dividido em três subcategorias baseadas no grau da deficiência: limitada, extensiva e permanente. Esses níveis devem estar baseados na necessidade de suportes e não nas dimensões intelectuais.

Definição proposta em 2002

Essas duas propostas alternativas de definição para “retardo mental” mostram, de certa forma, uma insatisfação por parte da comunidade acadêmica e científica da área em relação à definição proposta em 1992. Assim, a AAMR nomeou uma nova comissão, mais uma vez chefiada por Luckasson (LUCKASSON et al, 2002), para realizar um estudo sobre os dez anos de utilização do sistema proposto em 1992. O estudo realizado pela comissão mostra que houve tanto reações positivas quanto reações negativas ao sistema de 1992. Dentre as reações positivas, ressaltam:

1. Mudança do foco na deficiência para a necessidade de apoio. Essa mudança estava ligada à eliminação da classificação dos níveis retardo mental (leve, moderado severo e profundo).
2. Uma outra vantagem da definição estava baseada no modelo baseado em suporte em substituição ao modelo baseado no déficit, muito embora Greenspan (1977) afirmasse que o suporte não foi incluído na definição.
3. A mudança de uma conceituação global de “comportamento adaptativo” para áreas de habilidades adaptativas.

4. Julgamento clínico para determinar “pontos fortes e pontos fracos” no comportamento adaptativo e no diagnóstico de retardo mental.
5. A definição foi elogiada por outras organizações por acreditarem que o modelo de suporte baseado na comunidade prometia estimular melhores serviços. No entanto, durante toda essa década, consumidores expressavam uma tremenda insatisfação devido ao uso contínuo do termo “retardo mental”.
6. A eliminação da classificação dos níveis de severidade baseado em QI e o aumento do ponto de corte do QI, para muitos, foi entendida como uma redução da importância do QI, que correspondeu a uma menor importância do mesmo.

Em termos de reações negativas, ressaltam:

1. A adoção da nova definição foi muito menor do que se esperava. Um *survey* realizado com os diretores de Educação Especial dos 50 estados americanos mostrou que 44 estados continuaram usando a definição proposta por Grossman em 1983. Apenas 4 Diretorias de Educação Especial utilizavam a definição proposta em 1992, embora nenhuma delas utilizasse os níveis de suporte. As principais razões indicadas por não adotarem a definição de 1992, foram: (a) inexistência de instrumentos padronizados ou outras formas de avaliar condutas adaptativas; (b) a eliminação da classificação baseada em níveis de QI significou a mudança de uma terminologia amplamente utilizada que não foi claramente substituída uma vez que os níveis de suporte não tinham tal função (DENNING, CHAMBERLAIN E POLLOWAY, 2000).
2. As principais críticas da literatura estavam relacionadas a: (a) eliminação dos níveis de severidade; (b) substituição

dos níveis de suporte por níveis de severidade, muito embora nunca se pretendeu tal substituição; (c) critério de QI de 70 para 75; (d) imprecisão quanto ao uso de habilidades de comportamento adaptativo e suas mensurações; (e) segundo MacMilan, Gresham, Bocian e Lambos (1998), com a eliminação da classificação níveis de severidade, a categoria “retardo mental leve” foi eliminada da definição de 1992 e questionaram se a definição estaria servindo essa população que segundo Field e Sanchez (1999) representa 75% a 89% da população com diagnóstico de “retardo mental”. Um estudo realizado por MacMilan, Gresham, Siperstein e Bocian (1996), com 150 crianças do ensino fundamental, indicou que as escolas se mostraram hesitantes em diagnosticar crianças como portadoras de “deficiência mental leve” e preferiam classificá-las tendo “dificuldades de aprendizagem”; (f) Pesquisas desenvolvidas por Kaufman e Dopleit (1976) e MacMilan, Gresham, e Siperstein (1993) sugeriram que o ponto de corte do QI em 75 considerava como tendo retardo mental 18.4% das crianças americanas africanas e 2.62% das crianças brancas. Esse resultado levou a uma super representação de grupos minoritários.

Diante de tantos problemas, uma nova definição foi proposta em 2002 pela AAMR que definiu retardo mental como “uma incapacidade caracterizada por limitações significativas em ambos, funcionamento intelectual e comportamento adaptativo e está expresso nas habilidades sociais, conceituais e práticas. A incapacidade se origina antes da idade de 18 anos” (LUCKASSON et al, 2002).

Explicações da definição

1. Retardo mental é uma incapacidade expressa por limitações no funciona-

mento individual dentro do contexto social e representa uma desvantagem substancial para o indivíduo. A incapacidade do indivíduo pode ser caracterizada por problemas severos na capacidade, habilidade e oportunidade de funcionamento. A incapacidade da pessoa, no entanto, deve ser considerada dentro do contexto do ambiente, fatores pessoais e necessidade de suportes individualizados.

2. Dependendo do objetivo da aplicação da definição (diagnóstico, classificação, ou planejamento de níveis de suporte), um indivíduo que é considerado elegível para um serviço destinado a pessoas com retardo mental, podendo a deficiência mental ser classificada de várias formas: pela intensidade de suporte, pela variação de QI, pelas limitações no comportamento adaptativo, etiologia, categorias de saúde mental, etc.
3. A incapacidade se origina antes dos 18 anos. Como na definição de 1992, o 18º aniversário aproxima a idade quando o indivíduo, na sociedade, assume o papel adulto.
4. Comportamento adaptativo está expresso em termos de habilidades adaptativas, conceitual e prática que as pessoas aprendem para funcionar no dia a dia de suas vidas. As limitações no comportamento adaptativo afetam habilidades para responder às mudanças da vida e demandas do ambiente. Em termos operacionais, essas limitações são medidas por dois desvios padrões abaixo da média na avaliação de um dos três componentes (conceitual, prático e social) ou escore geral de medida dos três componentes. O quadro 1 ilustra exemplos de habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas.

Quadro 1. Exemplos de Habilidades Adaptativas Conceituais, Sociais e Práticas.

CONCEITUAL	SOCIAL	
1. Linguagem (Receptiva e Expressiva)	5. Interpessoal	9. Ingenuidade
2. Leitura e Escrita	6. Responsabilidade	10. Seguir Regras
3. Conceito de Dinheiro	7. Auto Estima	11. Obedecer Leis
4. Auto Direção	8. Gullibility (ser enganado ou manipulado)	12. Evitar Vitimização
PRÁTICA		
13. Atividades Instrumentais de Vida Diária	Comer	
	Transferência/Mobilidade	
	Toailete	
	Vestir-se	
14. Atividades Instrumentais de Vida Diária	Preparação de Alimentos	
	Atividades Domésticas	
	Transporte	
	Tomar Remédios	
	Gerenciamento do Dinheiro	
	Uso do Telefone	
15. Habilidades Ocupacionais		
16. Mantém a Segurança dos Ambientes		

Fonte: Adaptado de: Luckasson, R. Borthwick-Duffy, S. Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M.; Reeve, A.; Schalock, R. I., Snell, M. E., Spitalnik, D.M. E, Spreat, S., & Tassé, M. J.. (2002). **Mental Retardation – Definition, Classification, and Systems of Supports**. 10. ed. Washington (DC): American Association on Mental Retardation.

O sistema de 2002 constrói e amplia o sistema proposto em 1992, incorporando os recentes desenvolvimentos ocorridos na área de retardo mental.

Comparando os sistemas propostos em 1992 e em 2002, nota-se que:

1. O sistema de 2002 mantém: (a) o termo “retardamental”; (b) ênfase na orientação funcional e níveis de suporte; (c) as três características de diagnóstico, relacionadas ao funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, e idade de instalação da deficiência; e, (d) um compromisso forte em relação a intensidade de apoio necessário que deve ser o foco principal do sistema de classificação.

2. O sistema de 2002 incorpora: (a) o critério de desvio padrão para os componentes relacionados a comportamento intelectual e adaptativo; (b) uma quinta dimensão que envolve participação, interações e papéis sociais; (c) fator analítico e conceitual no comportamento adaptativo, sugerindo que habilidades sociais, conceituais e práticas podem representar adequadamente o componente multidimensional da definição; (d) pesquisa recente sobre avaliação de níveis de suportes e determinação da intensidade de suporte; (e) expansão dos três passos do processo de avaliação; (f) discussão expandida do julgamento clínico, das circunstâncias em que ele é exigido, sua definição; (g)

discussão da relação entre o Sistema Proposto em 2002 e outros sistemas de classificação, tais como: Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM-IV-TR, manual editado pela Associação Americana de Psiquiatria, 2000); Classificação Internacional de Doenças (CID 10), manual editado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Classificação, Funcionamento, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Pressupostos

Como em 1992, pressupostos importantes estão incluídos como parte da definição de retardo mental e são necessários para o entendimento da definição. Os pressupostos adotados em 2002 são os mesmos adotados em 1992, com a diferença que, na definição de 2002, o pressuposto relacionado à validade da avaliação estende a consideração para fatores comportamentais, sensoriais e motores. Além do mais, acrescenta um quinto pressuposto que indica que a descrição das limitações deve estar relacionada ao desenvolvimento do perfil dos suportes necessários.

Modelo Teórico: dimensões da definição

O quadro 2 compara as dimensões da definição de retardo estabelecidas em 1992 e

2002. O modelo de 2002 demonstra uma preocupação com o indivíduo em relação a sua participação, interação e papéis sociais, bem como com a sua saúde mental e cultura. O modelo também manteve o enfoque ecológico como elemento chave para o entendimento da condição de retardo e funcionamento do indivíduo, mostrando assim a relação entre funcionamento do indivíduo, suporte e as cinco dimensões estabelecidas. Tudo vem reforçar ainda mais o modelo multidimensional estabelecido na definição de 1992 e reflete o papel da mediação que os suportes exercem no funcionamento do indivíduo. Esse modelo se torna operacional quando a equipe descreve os pontos fortes e pontos fracos do indivíduo em cada uma das cinco dimensões. Essas descrições são chaves, porque servirão de base para o planejamento dos suportes necessários à melhoria do funcionamento diário.

O Processo de diagnóstico

O sistema de diagnóstico, classificação e indicação de suportes constitui um processo fácil de usar que incide diretamente na necessidade de suporte. A utilização e acompanhamento do sistema envolvem três funções:

FUNÇÃO 1. Diagnóstico de retardo mental: Determinação de elegibilidade.

Quadro 2. Dimensões estabelecidas em 1992 e em 2002.

Dimensões de 1992	Dimensões de 2002
Dimensão I: Funcionamento Intelectual e Habilidades Adaptativas	Dimensão I. Habilidades Intelectuais
Dimensão II. Considerações Psicológicas e Emocionais	Dimensão II. Comportamento Adaptativo (Habilidades Conceituais, Sociais e Práticas)
Dimensão III. Considerações Etiológicas, Físicas e de Saúde	Dimensão III. Participação, Interação e Papéis Sociais
Dimensão IV. Considerações ambientais	Dimensão IV. Saúde (Física, Mental e Etiologia)
	Dimensão V. Contexto (Ambiente e Cultura)

O Diagnóstico de retardo mental existe se: (a) forem constatadas limitações significativas no funcionamento intelectual; (b) forem constatadas limitações significativas no comportamento adaptativo; (c) a idade de instalação da deficiência foi antes dos 18 anos.

FUNÇÃO 2. Classificação e descrição: Identifica pontos fortes e pontos fracos nas cinco dimensões e a necessidade de suporte.

Devem ser descritas capacidades e limitações em cada uma das cinco dimensões: (a) habilidades Intelectuais; (b) comportamento adaptativo; (c) participação, interação e regras sociais; (d) saúde (física, mental e etiologia); (e) contexto (ambiente e cultura).

FUNÇÃO 3. Perfil da necessidade de suporte: identifica os suportes necessários para melhorar o funcionamento.

Deve-se identificar o tipo e a intensidade de suporte necessário, bem como a pessoa responsável por esse suporte em cada uma das nove áreas: (a) desenvolvimento humano; (b) ensino e educação; (c) vida no lar; (d) vida na comunidade; (e) emprego; (f) saúde e segurança; (g) comportamento; (h) social; (i) proteção e advocacia.

Conclusão

Fazendo-se uma análise comparativa entre as duas definições (1992 e 2002), conclui-se que:

1. Apesar da insatisfação por parte dos consumidores, o termo “retardo mental” foi mantido. Segundo a comissão (LUCKASSON et al, 2002), o termo foi mantido por não terem ainda encontrado um outro que melhor o substitua.
2. Os três critérios de diagnóstico foram mantidos: funcionamento intelectual e comportamento adaptativo abaixo da média, idade da instalação da deficiência.
3. A orientação funcional e ênfase nos sistemas de suporte foram mantidas.

4. O compromisso com a classificação que leva em conta os sistemas de suporte foi mantido, embora outros sistemas de classificação sejam aceitos.
5. Manteve-se o contexto de que a condição de deficiência continue sendo encarada como uma expressão da interação entre a pessoa com limitação no funcionamento intelectual e o ambiente.
6. Reorganiza o comportamento adaptativo em três categorias: habilidades conceituais, sociais e práticas.
7. Reorganiza as dimensões da definição e acrescenta uma quinta dimensão à abordagem multidimensional relacionada à participação, interação e papéis sociais.
8. Adiciona o critério de desvio padrão para os componentes do comportamento intelectual e adaptativo.
9. Incorpora resultados de pesquisas descritas sobre a determinação, intensidade e avaliação de suportes.
10. Amplia o processo anterior de diagnóstico, classificação e níveis de suporte.
11. Amplia a discussão de julgamento clínico fornecendo informações importantes em relação a este aspecto.
12. Discute a relação entre o sistema de 2002 com outros sistemas de classificação, tais como: DSM-IV-TR; CID-10 e ICF.
13. Apresenta um modelo ampliado de abordagem multifatorial para etiologia, que aponta quatro fatores causais: biomédico, social, comportamental e educacional.

Como afirma Heward (2003, p. 202): “ainda é muito cedo para avaliar como essa nova conceituação de retardo mental vai influenciar as práticas em Educação Especial no futuro”. Nos Estados Unidos já se têm notícias de que a Divisão de Retardo Mental e Deficiências no

Desenvolvimento do Conselho da Criança Excepcional (CEC) elogiou a nova definição por dar uma atenção maior às necessidades do indivíduo e não aos graus de deficiência que a pessoa apresenta. No Brasil, o assunto ainda não foi sequer discutido. A definição de 1992 foi adotada nos documentos oficiais brasileiros, mas os níveis de suporte não foram discutidos e tão pouco adotados. Durante esses 10 anos, o país continuou utilizando a classificação de retardo mental baseada em QI (grau de severidade: leve, moderado, severo e profundo), talvez por não dispor de escalas que avaliem comportamentos adaptativos, como aconteceu com a maioria dos estados americanos. Porém, como afirmam Hallahan e Kauffman (2003), a maioria das autoridades na área, concordam que a definição de retardo mental não deve (nem pode) ser baseada apenas nos escores de QI. As definições propostas em 1992 e 2002 discutem exaustivamente a importância das áreas de condutas adaptativas na determinação do retardo mental. Espera-se que no Brasil, enquanto não dispomos de escalas que avaliem comportamentos adaptativos, os profissionais da área, ao menos as utilizem em seus “julgamentos clínicos”.

Referências Bibliográficas

- BEIRNE-SMITH, M.; ITTENBACK, F. & PATTON, J. R. **Mental Retardation**. Columbus (OH): Merrill Prentice Hall, 2002.
- CLAUSEN, J. A Mental Deficiency Development of a concept. **American Journal of Mental Deficiency**, v.71, p.727-745, 1967.
- CLAUSEN, J. A The continuing problem of defining mental deficiency. **Journal of Special Education**, v. 6, p. 727-745, 1972a.
- CLAUSEN, J. A Quo vadis, **Journal of Special Education**, v. 6p. 52-60, 1972b.
- DENNING, C. B., CHAMBERLAIN, J. A., POLLOWAY, E., A. An evaluation of state guidelines for mental retardation: Focus on definition and classification practices. **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, v. 35, p. 226-232, 2000.
- DOLL, E. A The essential of an inclusive concept of mental deficiency. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 46, p. 214-229, 1941.
- DUNN, L. M. Special Education for the mildly retarded—Is much of it justifiable? **Exceptional Children**, v. 35, p. 5-22, 1968.
- FIELD, M. A E SANCHEZ, V. **A Equal treatment for people with mental retardation: Having and raising children**. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- GARDNER, H.. **Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century**. New York: Basic Books, 2000.
- GREENSPAN, S. Dead manual walking? Why the 1992 AAMR definition needs redoing. **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, v. 32, p.179-190, 1997.
- GROSSMAN, H. J.(Ed.) **Manual on terminology and classification in mental retardation**. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1973.
- GROSSMAN, H.J. (Ed.) **Manual on terminology and classification in mental retardation**. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1977.
- GROSSMAN, H. J.(Ed.) **Classification in mental retardation** (rev. Ed.). Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1983.
- HARDMAN, M. L, DREW, C. J. E EGAN, M. W. **Human Exceptionality – School, community and family**. Boston: Allyn and Bacon, 2005.
- HERBER, R. E. A Manual on terminology and classification in mental retardation **Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency**, v. 6, 1959.
- HERBER, R. E. A manual on terminology and classification in mental retardation (rev. ed.)..

Monograph supplement to the American Journal of Mental Deficiency, v. 64, 1961.

HEWARD, W. L. **Exceptional Children** – an introduction to Special Education. Columbus: Merrill Prentice Hall, 2003.

JACKBSON, J. W. & MULICK, J. A. **Manual on diagnosis and professional practice in mental retardation**. Washington (DC): American Psychological Association, 1996.

KAUFFMAN, A. S. & DOPPELT, J. E. Analysis of WISC – R standardization data in terms of the stratification variables. **Child Development**, v. 47, p.165-171, 1976.

LUCKASSON, R., COULTER, D. L., POLLOWAY, E. A., REISS, S., SCHALOCK, R. I., SNELL, M. E., SPITALNIK, D. M. & STARK, J. A. **Mental Retardation – Definition, Classification, and Systemas of Supports**. 9. ed. Washington (DC): American Association on Mental Retardation, 1992.

LUCKASSON, R. BORTHWICK-DUFFY, S. BUNTINX, W. H. E., COULTER, D. L., CRAIG, E. M.; REEVE, A.; SCHALOCK, R. I., SNELL, M. E., SPITALNIK, D. M. E, SPREAT, S., & TASSÉ, M. J.. **Mental Retardation – Definition, Classification, and Systemas of Supports**. 10. ed. Washington (DC): American Association on Mental Retardation, 2002.

MACMILLAN, D. L., GRESHAM, FM. B, K. M. E LAMBOS, K. M.. Current plight of borderline students: Where do they belong? **Education and Training in Mental Retardation and**

Developmental Disabilities, v. 33, p. 83-94, 1998.

MACMILLAN, D. L., GRESHAM, FM., SIPERSTEIN, G. N. E BOCIAN, K. M The labyrinth of IDEA: School decision on referred students with subaverage general intelligence. **American Journal on Mental Retardation**, v. 101, p.161-174, 1996.

MACMILLAN, D. L., GRESHAM, F. N. E SIPERSTEIN, G. N.. Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation. **American Journal of Mental Retardation**, 98, 325-335, 1993.

PCMR – PRESIDENT’S COMMITTEE ON MENTAL RETARDATION. **The six hour retarded child**. Washington (DC): US Government Printing Office, 1970.

TREDGOLD, A E. **Mental Deficiency**. London: Tindall & Fox, 1908.

TREDGOLD, A E. **A textbook of mental deficient**. Baltimore: Wood, 1937.

WARREN, S. F. Mental retardation: Course, characteristic, or coin of realm? **AAMR News and Notes**, v.I, p. 10-11, maio/junho, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of functioning, disability and health (ICIDH-2)**. Geneva: WHO, 2000a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION). **International Classification of functioning and disability (ICIDH-2)**. Full version. Geneva: WHO, 2000b.