

PROPOSTA DE QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

HELENICE DOS SANTOS ROSA MATIAS

Graduação em Pedagogia pela Faculdade Uninove (2013); Especialista em (2013) pela Faculdade Uninove (2013); Professora de Educação Infantil Professor de Educação Infantil – CEI Onadyr Marcondes, Professor de Educação Infantil.



RESUMO

Deficiência intelectual (anteriormente conhecida como retardo mental) é um termo usado quando uma pessoa tem certas limitações no funcionamento mental e habilidades como comunicação, autocuidado e habilidades sociais. Essas limitações fazem com que o Aluno aprenda e se desenvolva mais lentamente do que um aluno normal. Os Alunos com deficiência intelectual podem levar mais tempo para aprender a falar, andar e aprender habilidades de autocuidado, como vestir-se ou comer, afetando assim sua qualidade de vida. O objetivo deste artigo é descrever cada uma dessas mudanças, focando primeiro no conceito de DI e, em seguida, discutindo a distinção entre nomeação aberta, definições; a estrutura multidimensional de funcionamento em alunos com deficiência intelectual e o alinhamento dos conceitos de qualidade de vida com paradigmas de apoio. Por fim, embora o significado e a aplicação do conceito de qualidade de vida variem conforme a idade e o contexto, concordamos em entendê-lo como um conceito subjetivo no qual a satisfação com a experiência do indivíduo está relacionada à cobertura em casa, na escola, no trabalho e na comunidade. No entanto, embora seja um conceito subjetivo, refere-se a condições objetivas de vida que, em geral, não são muito diferentes daquelas dos alunos sem deficiência. Portanto, acredita-se que a qualidade de vida inclui necessariamente indicadores subjetivos e objetivos, ou seja, construtos que incluem tanto a experiência humana subjetiva (indicadores psicológicos) quanto as condições objetivas de vida (indicadores sociais e ecológicos). Além disso, é uma estrutura multidimensional.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência intelectual; Aluno; Conceito.

INTRODUÇÃO

Segundo Caiado et al (2017), o conceito atual de DI é construído dentro do conceito geral de deficiência, que concentra a atenção na expressão das limitações funcionais do indivíduo em um contexto social e representa uma desvantagem significativa do indivíduo. As deficiências estão enraizadas em distúrbios de saúde, levando a defeitos nas funções corporais. O corpo e sua estrutura,

limitações de atividade e limitações de participação no contexto de fatores ambientais e pessoais

O conceito socioecológico de deficiência evoluiu de uma característica ou característica de uma pessoa (muitas vezes referida como “deficiência”) para um fenômeno humano que deriva de fatores orgânicos e/ou sociais. Esses fatores orgânicos e sociais levam a limitações funcionais que refletem uma incapacidade ou limitação do desempenho, funcionamento e tarefas de uma pessoa em um ambiente social.

O significado dessa mudança evolutiva no conceito de deficiência é que o DI não é mais visto como uma característica absoluta e imutável da pessoa, mas como uma limitação do funcionamento humano que incorpora a interação entre a pessoa e seu ambiente.

O objetivo deste artigo é descrever cada uma dessas mudanças, concentrando-se primeiro no conceito de DI e depois passando para a distinção entre abertura de nomenclatura, definição; a estrutura multidimensional do funcionamento humano com deficiência intelectual e alinhamento de conceitos de qualidade de vida com paradigmas de suporte.

ANÁLISE DO CONCEITO, TERMO E DEFINIÇÃO DE DI

Grande parte da história do campo DI é refletida na terminologia, definições e sistemas de classificação usados para explicar e descrever os “distúrbios” que caracterizam o que hoje chamamos de deficiência intelectual. Crucial para nossa compreensão atual do termo DI e sua definição e uso em sistemas de classificação é a importante distinção entre nomear, definir e classificar (RICALDI et al, 2020).

Cinco fatores importantes a serem considerados na escolha dos termos. Primeiro, o termo deve ser específico, deve se referir a uma única entidade, deve permitir a diferenciação de outras entidades e deve melhorar a comunicação. Em segundo lugar, deve ser usado de forma consistente por grupos relevantes (ou seja, indivíduos, famílias, escolas, médicos, advogados, médicos, organizações profissionais, pesquisadores e formuladores de políticas). Terceiro, o termo deve representar adequadamente o conhecimento atual e deve ser capaz de incorporar novos conhecimentos à medida que surgem os avanços científicos. Quarto, sua operacionalidade deve ser robusta o suficiente para permitir que seja usada para vários propósitos, incluindo definição, diagnóstico, classificação e planejamento de suporte. Quinto, deve transmitir valores importantes (RICALDI et al, 2020).

É geralmente aceito que o termo deficiência intelectual não apenas atende a esses cinco critérios, mas é preferível por várias razões. Destes, o termo “deficiência intelectual”: reflete o conceito modificado de deficiência para a idade, está mais alinhado com a prática profissional atual com foco em fatores comportamentais e contextuais funcionais; fornece uma justificativa para fornecer suporte individualizado, pois é baseado em um quadro socioecológico; é menos agressivo em relação às alunos com deficiência; está mais alinhado com a terminologia internacional, incluindo títulos de publicações acadêmicas, pesquisas (PEREIRA, 2017).

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Definição significa interpretar precisamente o termo e determinar seu significado e limites. A psicologia tem uma história de definição de conceitos de várias maneiras, principalmente no que diz respeito à relação de um conceito com outros conceitos, que são chamados de definições teóricas ou constitutivas, e no que diz respeito a operações ou propriedades, chamadas operações ou constitutivas (ALLLES et al, 2019).

A deficiência intelectual é caracterizada por limitações marcantes no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, manifestadas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. A deficiência começa antes dos 18 anos (ALLLES et al, 2019).

Os pré-requisitos são partes explícitas da definição, pois esclarecem o contexto no qual a definição começa e indicam como a definição deve ser aplicada. Portanto, a definição de DI deve levar em consideração diversos fatores (REDIG et al, 2017). As cinco premissas a seguir são essenciais para a aplicação da definição de deficiência intelectual:

- As atuais limitações funcionais devem ser consideradas no contexto de outros ambientes comunitários de idade e cultura semelhantes.
- Avaliações eficazes consideram a variedade linguística e cultural, bem como as diferenças de comunicação, fatores sensoriais, motores e comportamentais.
- Em uma pessoa, as limitações geralmente coexistem com os pontos fortes.
- Um objetivo importante da descrição das restrições é desenvolver uma visão geral do suporte necessário.
- Durante um período prolongado de tempo, com suporte individualizado apropriado, o funcionamento da vida em pacientes com DI geralmente melhora.

A forma como um termo é definido pode levar a consequências significativas. Uma definição pode tornar alguém: elegível ou não para determinados serviços, sujeito ou não a algo (por exemplo, compromisso involuntário), isento ou não de algo (por exemplo, pena de morte), incluído ou não em algo (como proteção contra discriminação e igualdade de oportunidades) e com direito ou não a algo (por exemplo, a benefícios sociais), segundo Reis et al (2019).

Todos os sistemas de classificação têm como objetivo básico o fornecimento de um plano organizado para a categorização dos diferentes tipos de observação. Atualmente, os sistemas de classificação são usados para quatro propósitos: financiamento, pesquisa, serviços/apoios e comunidade (REIS et al, 2019).

À medida que o campo do DI se move progressivamente para uma compreensão socioecológica do funcionamento humano e um paradigma de suportes que aprimoram esse funcionamento, surgiram uma série de políticas e práticas que exigem uma abordagem multidimensional mais ampla.

TIPOS DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Quando falamos em deficiência intelectual nos referimos ao termo que substitui o retardo mental como parte da mudança de linguagem para se referir aos alunos que possuem essa condição. A deficiência intelectual é uma limitação no funcionamento intelectual e adaptativo que se manifesta na dificuldade de desenvolver habilidades conceituais, sociais e de adaptação ao meio, limitações que coexistem com outras que podem ser desenvolvidas por meio de uma boa intervenção (SCHWARTZMAN, 2017).

As causas da deficiência intelectual são variadas, desde questões relacionadas ao desenvolvimento cromossômico, como no caso da Síndrome de Down, até infecções, desnutrição grave, traumas, dificuldades metabólicas, entre outras, e embora há vários anos seja classificada a deficiência intelectual de acordo com “níveis” como leve, moderado, grave ou profundo, de acordo com os resultados dos testes psicométricos, o que se recomenda agora é a utilização de abordagens multidimensionais e mais focadas no ambiente, que o foco da intervenção seja a avaliação e desenvolvimento de habilidades não apenas cognitivo, mas também social (por exemplo, comportamento adaptativo), autocuidado (como higiene e hábitos) e para a vida prática (independência na mobilidade, relacionamento com os outros), de acordo com Schwartzman (2017).

Deficiência intelectual leve, caracteriza-se pelo fato de que aqueles que a possuem estão entre 50 e 70 do Quociente Intelectual apresentando um atraso cognitivo e uma leve afetação do campo sensorio-motor, são alunos capazes de fazer parte do sistema educacional, formação e mesmo tendo atividade profissional, sim, seu aprendizado demora muito mais do que o de outros alunos (BUENO et al, 2019).

Na deficiência intelectual moderada, este nível, que está abaixo de 50 no quociente de inteligência, o que gera a necessidade constante de supervisão, tanto na educação quanto no trabalho, embora, com muita terapia, possam ter um certo grau de autonomia (BUENO et al, 2019).

Deficiência intelectual grave, é quando o Quociente Intelectual está entre 20 e 35, fazendo com que quem sofre com isso precise de supervisão constante, pois quase sempre apresenta danos neurológicos. Isso faz com que o indivíduo tenha habilidades reduzidas, pouca ou nenhuma leitura e compreensão numérica. Aqui, os alunos geralmente se comunicam com holofrases. Legalmente, eles são considerados incapazes de tomar suas próprias decisões (ALBUQUERQUE et al, 2017).

E deficiência intelectual profunda é uma das mais raras, e é um dos diferentes tipos de deficiência intelectual que é o mais temido pelos pais, já que quem a sofre tem uma capacidade de QI inferior a 20. Isso implica permanente cuidados e a taxa de sobrevivência é muito baixa, pois geralmente aparece acompanhada de problemas neurológicos, entre outros. Suas habilidades motoras são limitadas e suas habilidades de comunicação são bastante baixas ou inexistentes (ALBUQUERQUE et al, 2017).

No caso de condições que se apresentam de diferentes formas, alguns alunos com deficiência intelectual podem apresentar aspectos relacionados à deficiência motora, por isso é necessário reconhecer que cada pessoa é única em sua situação e na forma como se relaciona de acordo com

sua evolução.

ESTRUTURA CONCEITUAL DO FUNCIONAMENTO HUMANO NA ID

Ao contrário de uma definição operacional de ID, uma definição constitutiva de ID define a noção em relação a outras noções relacionadas e, portanto, ajuda a compreender melhor os fundamentos teóricos da noção de DI. A atual estrutura conceitual do funcionamento humano tem dois componentes principais: cinco dimensões (habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, saúde, participação e contexto) e uma descrição do papel que suporta o jogo. Juntos, esses componentes representam a definição constitutiva subjacente à noção de DI (MASCARO, 2017).

O funcionamento humano é um termo global que agrupa todas as atividades vitais e engloba as funções e estruturas do corpo, atividades pessoais e participação. As limitações no funcionamento são rotuladas de “incapacidade”, que pode ser o resultado de problemas de função e estruturas corporais e atividades pessoais. Para entender a que se refere o DI, as dimensões da PIC de “funções do corpo” (funcionamento intelectual deficiente) e “atividades” (limitações no comportamento adaptativo) são importantes, pois fazem referência aos critérios diagnósticos especificados na definição operacional de DI (MASCARO, 2017).

A inteligência é uma capacidade mental geral. Inclui raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, aprendizado rápido e aprendizado através da experiência. O critério de funcionamento intelectual para diagnóstico de DI é aproximadamente dois desvios padrão abaixo da média, considerando o erro padrão de medida para o instrumento de avaliação específico utilizado e os pontos (DA SILVA et al, 2019).

O comportamento adaptativo é um conjunto de habilidades práticas, sociais e conceituais que os alunos aprenderam a funcionar em suas vidas diárias. O conceito de habilidades adaptativas implica uma série de competências e oferece a base para três pontos-chave, de acordo com Da Silva et al (2019):

- A avaliação do comportamento adaptativo é baseada no desempenho típico do indivíduo durante as rotinas diárias e mudanças de circunstâncias, não no desempenho máximo;
- As limitações nas habilidades adaptativas geralmente coexistem com pontos fortes em outras áreas das habilidades adaptativas;
- E os pontos fortes e as limitações de uma pessoa em habilidades adaptativas devem ser documentados no contexto da comunidade e ambientes culturais típicos de colegas da mesma idade que a pessoa e vinculados às suas necessidades de apoio individualizadas.

Para o diagnóstico de DI, limitações significativas no comportamento adaptativo são operacionalmente definidas como desempenho (em uma medida padronizada que é tipificada pela população em geral) que é pelo menos dois desvios padrão abaixo da média de cada um: um dos três tipos de comportamento adaptativo como conceitual, social ou prático; ou uma pontuação geral em uma medida padronizada de habilidades conceituais, sociais e práticas.

QUALIDADE DE VIDA NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Historicamente, o conceito de qualidade de vida tem sido utilizado no campo da DI principalmente como uma noção de consciência que durante as décadas de 1980 e 1990 estabeleceu as bases e marcou o caminho do que uma pessoa valorizava e desejava. Ao longo da última década, seu papel se expandiu para incluir uma estrutura conceitual para avaliar resultados pessoais e uma noção social que norteará as práticas dos programas e a melhoria da qualidade (TOMAZ et al, 2017).

A estrutura conceitual e de medição da qualidade de vida tem dois componentes: as dimensões de qualidade de vida que representam o alcance sobre o qual se estende o conceito de qualidade de vida e, portanto, definem a multidimensionalidade de uma qualidade de vida, e os indicadores de qualidade de vida que indicam são percepções, comportamentos e condições relacionadas a ela que definem operacionalmente cada dimensão da qualidade de vida (TOMAZ et al, 2017).

Ao mesmo tempo, a partir de meados do séc. 80, o paradigma de apoio alcançou pelo menos dois impactos significativos nas políticas e práticas relacionadas aos alunos com DI. Primeiro, o aconselhamento de apoio agrupou (geralmente com o Plano de Apoio Individualizado) as práticas relacionadas de planejamento centrado na pessoa, oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal, inclusão na comunidade, autodeterminação e capacitação (CORREIA et al, 2018).

Em segundo lugar, a implementação de apoios individualizados levou à expectativa de melhores resultados pessoais, que geralmente estão relacionados às dimensões básicas da qualidade de vida e a indicadores como os apresentados cada vez mais, estamos vendo internacionalmente a integração de uma estrutura de qualidade de vida, em um processo de planejamento individualizado para alinhar a provisão de suportes com a estrutura de qualidade de vida e, assim, enfatizar o papel que individualizou apoia o jogo na melhoria dos resultados pessoais relacionados com a qualidade de vida. Essa integração e alinhamento está ocorrendo em três níveis: conceitual, de conteúdo e de processo (CORREIA et al, 2018).

O componente de qualidade de vida no nível conceitual concentra-se nas dimensões e indicadores de qualidade de vida. A importância deste componente de alinhamento é que ele fornece a estrutura conceitual para: organizar o Plano de Apoio Individualizado (ISP), avaliando os resultados pessoais e orientando as práticas do programa e a melhoria da qualidade (DA SILVA REIS et al, 2017).

O segundo componente do modelo concentra-se nas necessidades de apoio avaliadas da pessoa. Determinar essas necessidades dentro da estrutura das principais áreas de atividade da vida fornece uma base e estrutura para o desenvolvimento do Plano de Apoio Individualizado. A importância desse componente de alinhamento é que os suportes precisam de uma avaliação que não apenas identifique as necessidades de suportes individualizados, mas também ajude a entender melhor o tipo e o nível de suportes necessários para melhorar os resultados pessoais, mobilizar recursos, organizar as tarefas da equipe, treinar os provedores de suporte, auxiliar no desenvolvimento profissional e fornecer subsídios para a prática baseada em evidências (DA SILVA REIS et al, 2017).

A terceira componente do modelo de alinhamento conceptual centra-se no Plano de Apoio Individualizado como mecanismo de integração e alinhamento das dimensões da qualidade de vida com as áreas e atividades de apoio individualizado. A importância de entender o Plano de Apoio Individualizado como um mecanismo de integração e alinhamento é que ele fornece um modelo para orientar a equipe em sua abordagem para o desenvolvimento e implementação do plano a partir da perspectiva do planejamento futuro centrado na pessoa. como base para maximizar o potencial humano e subjetivo bem-estar, apoio individualizado como veículo para melhorar a qualidade de vida (DA SILVA et al, 2017).

Historicamente, o conteúdo de um plano individualizado foi baseado em metas e objetivos específicos determinados a partir de uma ampla variedade de fontes, como necessidades individuais ou objetivos do programa. Além disso, o principal dado para esses planos era o nível de comportamento adaptativo da pessoa: o plano se concentrava em melhorar a competência pessoal por meio da aquisição de habilidades adaptativas. Em contraste, dentro do paradigma de suportes, a avaliação de necessidades determina os suportes extraordinários que uma pessoa precisa para participar com sucesso das principais atividades da vida e, assim, experimentar oportunidades para melhores resultados pessoais (DA SILVA et al, 2017).

Então, o conteúdo de um Plano de Apoio Individualizado é o padrão e a intensidade dos apoios necessários para ter sucesso nas principais atividades da vida, como aquelas avaliadas na Escala de Intensidade de Apoios. As informações de avaliação do suporte estão organizadas no Plano de Suporte Individualizado com base nas dimensões básicas da qualidade de vida (CORREIA et al, 2018).

A abordagem proposta para o desenvolvimento e implementação de um Plano de Apoio Individualizado implica vincular as experiências de vida e os objetivos desejados pela pessoa a uma ou mais dimensões básicas da qualidade de vida; identificar os apoios específicos necessários para os objetivos e experiências de vida desejados pela pessoa e desenvolver objetivos de apoio com base nas subáreas de atividades vitais da escala.

MELHORIA E INCLUSÃO DA QUALIDADE DE ALUNOS COM DI

O termo “melhoria da qualidade” refere-se à capacidade de um sistema ou organização de melhorar o desempenho e a responsabilidade por meio da coleta e análise sistemática de dados e informações, e a implementação de ações (ou seja, estratégias de melhoria da qualidade). Na área de DI, o objetivo da melhoria da qualidade é melhorar os resultados pessoais por meio das seguintes estratégias:

Os valores refletem os modelos mentais que são premissas, generalizações e imagens profundamente arraigadas que usamos para entender o mundo. Os modelos mentais moldam a visão e a cultura de uma organização e servem de base para a formação de valores e liderança (FONSECA et al, 2020).

No campo da DI, existem três modelos mentais que historicamente impediram a mudança:

modelos de deficiência que se concentram na defectologia pessoal, uma ênfase excessiva na qualidade do cuidado em detrimento da qualidade de vida e organizações como entidades mecânicas. do que sistemas auto-organizados que reafirmam pensamento e ação, coordenação e definição de prioridades. Como um processo de qualidade de vida, é importante identificar e entender esses modelos mentais inibidores e inculcar valores contemporâneos e modelos mentais que facilitem a mudança centrada na pessoa: uma abordagem multidimensional do funcionamento humano; ênfase no empoderamento, inclusão, equidade, desenvolvimento pessoal e oportunidades de crescimento; bem como a prestação de apoio individualizado (FONSECA et al, 2020).

No campo da DI, assistimos a uma transformação para equipas de aprendizagem que se baseiam no conceito de sinergia e cujos esforços estão centrados no alinhamento do conceito de qualidade de vida com o paradigma dos suportes (ROOKE et al, 2017).

Para isso, esses esforços estão concentrados em determinando preditores de resultados pessoais e direcionando esses preditores para intervenção ou modificação usando uma ou mais das estratégias.

Em todo o mundo, três mudanças significativas estão ocorrendo em organizações que prestam serviços e suporte a alunos com DI. Primeiro, eles estão se tornando mais horizontais em sua estrutura, envolvendo clientes e funcionários na administração e operação da organização (ROOKE et al, 2017).

Em segundo lugar, elas estão se tornando organizações de aprendizagem que se veem como coletoras de dados e produtoras de conhecimento. Este novo papel exige que tenham uma mentalidade de avaliação e pesquisa, bem como um sistema de informação interno funcional que alinha as variáveis de entrada, processo e resultados. Terceiro, essas mesmas organizações se veem como pontes para a comunidade, uma vez que a comunidade fornece importantes redes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, essas mudanças que estão ocorrendo internacionalmente no campo da DI não estão apenas mudando a maneira como vemos os alunos com DI, mas também nossa terminologia, práticas profissionais e expectativas sobre alunos com DI. Melhores resultados pessoais para os destinatários dos serviços. Essa nova maneira de pensar o DI inclui um modelo multidimensional do funcionamento humano e uma noção socioecológica do DI.

Além disso, essa nova maneira de pensar amplia a abordagem aos alunos com deficiência de um foco estreito na pessoa e em sua deficiência para uma perspectiva mais ampla de como melhorar o funcionamento humano por meio da redução da assimetria entre os alunos e seus ambientes por meio do uso de suportes individualizados e informações sobre resultados pessoais de qualidade de vida para pesquisa, relatórios e melhoria da qualidade. Para muitos, é uma nova jornada; para outros, é uma jornada que continua.

Por fim, embora o significado e a aplicação do conceito de qualidade de vida variem de acor-

do com a idade e o contexto, concordamos em entendê-lo como um conceito subjetivo sobre o grau de satisfação que a pessoa experimenta em relação ao nível de cobertura de suas necessidades no entorno ambiente em casa, na escola, no trabalho e, finalmente, na comunidade. Mas, embora seja um conceito subjetivo, refere-se a condições objetivas de vida que, em geral, não são muito diferentes daquelas da população sem deficiência. Por esta razão, entende-se que a qualidade de vida inclui necessariamente indicadores subjetivos e objetivos, ou seja, é um construto que inclui tanto a experiência subjetiva dos alunos (indicadores psicológicos) quanto as condições objetivas de vida (indicadores sociais e ecológicos). E além disso, é uma construção multidimensional.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, João. **Avaliação de patologia psiquiátrica pelo instrumento ChA-PAS (versão para Alunos e adolescentes da PAS-ADD) numa população de Alunos e jovens com deficiência intelectual grave e profunda.** Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n. 2, p. 15-20, 2017.

ALLES, Elisiane Perufe et al. (Re) **Significações no Processo de Avaliação do Sujeito Jovem e Adulto com Deficiência Intelectual.** Revista Brasileira de Educação Especial, v. 25, p. 373-388, 2019.

BUENO, Olga Mara; DA SILVA OLIVEIRA, Rita de Cássia. **O desenvolvimento adulto do sujeito deficiente intelectual e a relação com a Educação para Jovens e Adultos (EJA): uma análise, a partir da perspectiva docente.** Revista Educação Especial, v. 32, p. 1-15, 2019.

CAIADO, Katia Regina Moreno; BAPTISTA, Claudio Roberto; JESUS, Denise Meyrelles. **Deficiência mental e deficiência intelectual em debate. Deficiência mental e deficiência intelectual em debate,** p. 15-47, 2017.

CORREIA, Raquel Alveirinho; SEABRA-SANTOS, Maria João. **Qualidade de vida familiar na deficiência intelectual: revisão sistemática de estudos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 34, 2018

DA SILVA, Claudemir João; ALVARENGA, Hugo Horta Tanizaka; DA SILVA, Rosa Maria Frugoli. **Práticas interventivas facilitadoras do desenvolvimento cognitivo do deficiente intelectual.** Revista da Universidade Ibirapuera Jan/Jun, n. 17, p. 64-72, 2019.

DA SILVA, João Henrique; ALMEIDA, Míriam Elena Cesar; CAIADO, Kátia Regina Moreno. **Produção do conhecimento sobre as instituições especializadas para a pessoa com deficiência intelectual (1996-2015).** Perspectiva, v. 35, n. 3, p. 859-886, 2017.

DA SILVA REIS, Monalisa et al. **Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de alunos com deficiência física e intelectual: um estudo com Whoqol-Bref.** RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v. 11, n. 67, p. 399-404, 2017.

FONSECA, Sarah Cecílio; DE CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda; ALVES, Beatriz André. **Investigação-ação com mães de alunos com deficiência intelectual: a redução da sobrecarga como um projeto de vida.** Revista Educação Especial, v. 33, p. 1-21, 2020.

MASCARO, Cristina Angélica Aquino de Carvalho. **O atendimento pedagógico na sala de recursos sob o viés do plano educacional individualizado para o aluno com deficiência intelectual: um estudo de caso.** 2017. 154 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

PEREIRA, Márcio. **Notas sobre a deficiência Intelectual.** Ciências Gerenciais em foco, v. 8, n. 5, 2017.

REDIG, Annie Gomes; GLAT, Rosana. **Programa educacional especializado para capacitação e inclusão no trabalho de alunos com deficiência intelectual.** Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 25, p. 330-355, 2017.

REIS, Joab Grana; ARAÚJO, Suéllen Melo; GLAT, Rosana. **Autopercepção de alunos com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito.** Revista Educação Especial, v. 32, p. 1-16, 2019.

RICALDI, Tiago Anunciação; BERKENBROCK, Carla Diacui Medeiros; DA SILVA LIMA, Larissa Alexandra. **EzCom: um recurso de comunicação aumentativa e alternativa para promover a comunicação de Alunos com histórico de deficiência intelectual.** RENOTE, v. 18, n. 1, 2020.

ROOKE, Mayse Itagiba; ALMEIDA, Bruna Rocha de; MEJÍA, Cristina Fuentes. **Intervenção com famílias de alunos com deficiência intelectual: análise da produção científica.** 2, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 92-100, jul./dez. 2017.

SCHWARTZMAN, José Salomão; LEDERMAN, Vivian Renne Gerber. **Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces.** Inclusão Social, v. 10, n. 2, 2017.

TOMAZ, Rodrigo Victor Viana et al. **Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00096016, 2017.