

13. Ries LGK, Michaelsen SM, Soares PSA, Monteiro VC, Allegretti KMG. Adaptação cultural e análise da confiabilidade da versão brasileira da Escala de Equilíbrio Pediátrica (EEP). Rev Bras Fisioter 2012; 16:205-15.
14. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. Braz J Med Biol Res 2004; 37:1411-21.
15. Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional Reach: A new Clinical Measure of Balance. J Gerontol 1990; 45:192-7.
16. Brauer S, Burns Y, Galley P. Lateral Reach: A clinical measure of medio-lateral postural stability. Physiother Res Int 1999; 4: 81-8.
17. Mancini M, Horak FB. The relevance of clinical balance assessment tools to differentiate balance deficits. Eur J Phys Rehabil Med 2010; 46:239-48.
18. Franjone MR, Darr N, Held SL, Kott K, Young BL. The performance of children developing typically on the Pediatric Balance Scale. Pediatr Phys Ther 2010; 22:350-9.
19. Salgado NJM. Estudo do controle postural em crianças com peso normal, sobrepeso e obesidade em posição ereta [tese]. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2006.
20. Nashner LM. Adaptation of human movement to altered environments. Trends Neurosci 1982; 5:358-61.
21. Deshmukh AA, Ganesan S, Tedla JS. Normal values of Functional Reach and Lateral Reach Tests in Indian school children. Pediatr Phys Ther 2011; 23:23-30.
22. Link DM, Mota CB. Análise cinemática do andar de crianças obesas. Rev Bras Biomec 2001; 2:13-7.
23. Lemos LFC, David AC, Teixeira CS, Mota CB. Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal. Acta Fisiatr 2009; 16(3):138-41.
24. Kussuki MOM, João SMA, Cunha ACP. Caracterização postural da coluna de crianças obesas de 7 a 10 anos. Fisioter Mov 2007; 20(1):77-84.
25. Aleixo AA, Guimarães EL, Walsh IAP, Pereira K. Influência do sobrepeso e da obesidade na postura, na praxia global e no equilíbrio de escolares. J Human Growth Develop 2012; 22(2):239-45.
26. Teasdale N, Hue O, Marcotte J, Berrigan F, Simoneau M, Doré J et al. Reducing weight increases postural stability in obese and morbid obese men. Int J Obes 2007; 31:153-60.
27. Greve J, Alonso A, Bordini ACPG, Camanho GL. Correlation between body mass index and postural balance. Clinics 2007; 62(6):717-20.
28. Santana LA. Medidas da estabilidade postural: Estudo de diferenças de crianças obesas e não obesas [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1999.
29. Assaiante C. Development of locomotor balance control in healthy children. Neurosci Biobehav Rev 1998; 22(4):527-32.
30. Lemos LFC. Desenvolvimento do equilíbrio postural e desempenho motor de crianças de 4 aos 10 anos de idade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

Revisão

Schwartzman JS. Deficiência intelectual. Temas sobre Desenvolvimento 2013; 19(107):250-60.

deficiência intelectual

José Salomão Schwartzman

Médico Neurologista, Professor Titular do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

CORRESPONDÊNCIA
José Salomão Schwartzman
josess@terra.com.br

RESUMO

DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL: Esta revisão enfatiza as pessoas (crianças, jovens e adultos) que têm dificuldades em lidar com as situações do cotidiano em função de prejuízos decorrentes de disfunções do sistema nervoso central que podem ocorrer durante o desenvolvimento, e que resultam em redução significativa nas capacidades intelectuais e nas habilidades adaptativas. Refere-se, assim, aos quadros que cursam com níveis variáveis de deficiência intelectual, englobando a conceituação, a classificação e os fatores de risco mais comuns, assim como a importância do diagnóstico precoce, da investigação para identificação da etiologia do quadro, e do encaminhamento imediato para tratamento habilitador.

Descritores: Deficiência intelectual; Deficiência mental; Retardo mental.

ABSTRACT

INTELLECTUAL DISABILITY: This review emphasizes those persons (children, young and adults) presenting difficulties for dealing with daily situations because of impairments resulting from dysfunctions of the central nervous system, which can occur during development and result in significant reduction of intellectual capacities and adaptive abilities. It refers, this way, to the conditions presenting variable levels of intellectual disabilities, including definition, classification, and risk factors, as well as the importance of early diagnosis, identification of the etiology, and immediate institution of the habilitating treatment.

Keywords: Intellectual disability; Mental disability; Mental retardation.

Este artigo visa uma revisão sobre pessoas (crianças, jovens e adultos) que têm dificuldades em lidar com as situações do cotidiano em função de prejuízos decorrentes de disfunções do sistema nervoso central (SNC) que podem ocorrer durante o desenvolvimento, e que resultam

em redução significativa nas capacidades intelectuais e nas habilidades adaptativas.

Essas condições já foram denominadas no passado de idiotia, debilidade mental, prejuízo mental e subnormalidade.

de mental. Nos últimos anos, os termos em geral utilizados são Retardo Mental, Deficiência Mental e Deficiência Intelectual. Neste momento, há tendência a que se utilize Inabilidade Intelectual. Neste texto será utilizado o termo Deficiência Intelectual (DI), exceção feita quando for interessante manter a denominação encontrada em determinados artigos e critérios.

As várias condições infantis que pertencem a este grupo constituem importante problema referente à saúde e se configuram como de grande importância em vários aspectos, a saber: (1) identificação precoce; (2) diagnóstico acurado; (3) avaliação adequada; (4) identificação da etiologia; (5) oferta das intervenções necessárias; (6) adequação de recursos; e (7) estabelecimento do prognóstico¹. São, portanto, condições crônicas que compartilham distúrbios qualitativos, quantitativos ou ambos no desenvolvimento de um ou mais dos seguintes domínios: motricidade, fala e linguagem, cognição, domínio pessoal-social e atividades de vida diária.

Neste texto discutiremos os quadros que cursam com graus variáveis de DI, e é importante deixar claro como se conceitua a DI atualmente. A melhor forma de definir a DI parte de uma visão multidimensional, de acordo com a qual a DI seria uma incapacidade caracterizada por limitação significativa no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo expresso nas habilidades conceituais, sociais e práticas². As dificuldades adaptativas resultantes dos prejuízos cognitivos são fortemente influenciadas por fatores ambientais, como precocidade do diagnóstico, preconceitos, qualidade dos serviços de apoio, inclusão familiar etc.

As estimativas sobre a prevalência da DI variam em função dos critérios de inclusão e das metodologias utilizadas. No Brasil os estudos epidemiológicos são escassos, e frequentemente são citadas cifras na ordem de 5% da população. Segundo Krynski³, a prevalência seria de 5% a 8%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das pessoas do Terceiro Mundo, em tempo de paz, apresentam algum tipo de deficiência. No Brasil, o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) estimou, no ano de 2000, a existência de 24,5 milhões de brasileiros com deficiência⁴, e estima-se que 50% deles tenham algum grau de DI.

A codificação das doenças no Brasil segue, em geral, aquela definida pela décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde – CID-10⁵, na qual se utiliza o termo Retardo Mental, e que assim o classifica:

Retardo mental (F70-F79)

As subdivisões de quatro caracteres que se seguem se destinam ao uso com as categorias F70-F79 para identificar a extensão da deficiência de comportamento:

.0 Com o estabelecimento de nenhum, ou mínimo, comprometimento de comportamento.

.1 Comprometimento significativo de comportamento requerendo atenção ou tratamento.

.8 Outros comprometimentos de comportamento.

.9 Sem menção a comprometimento de comportamento.

Se desejar, use o código adicional para identificar condições associadas, como autismo, outros transtornos do desenvolvimento, epilepsia, distúrbios de conduta ou deficiência física severa.

F70 Retardo mental leve: extensão aproximada de QI de 50 a 69 (em adulto, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente vai resultar em algumas dificuldades de aprendizagem na escola. Muitos adultos conseguirão trabalhar, manter bons relacionamentos sociais e contribuir para a sociedade.

F71 Retardo mental moderado: extensão aproximada de QI de 35 a 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente vai resultar em marcantes atrasos no desenvolvimento na infância, mas a maioria pode aprender a desenvolver algum grau de independência no autocuidado e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos vão necessitar de graus variados de apoio para viver e trabalhar na comunidade.

F72 Retardo mental grave: QI aproximado de 20 a 34 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Pode resultar em necessidade contínua de apoio.

F73 Retardo mental profundo: QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Resulta em limitação severa no autocuidado, na continência, na comunicação e na mobilidade.

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

Outra conceituação da DI é a proposta pelo DSM-IV-TR⁶, a saber:

A. Funcionamento intelectual significativamente inferior à média: QI igual ou inferior a 70, em teste individualmente administrado (para bebês, um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente inferior à média);

B. Déficits ou comprometimentos concomitantes no funcionamento adaptativo atual (isto é, a eficiência do indivíduo em atender aos padrões esperados para sua idade por seu grupo cultural) em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais / interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança;

C. Início anterior aos 18 anos de idade.

Mais recentemente foi proposta nova classificação e conceituação da DI pela *American Association on Mental*

*Retardation*², segundo a qual a DI é “uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos 18 anos de idade” (Figura 1).

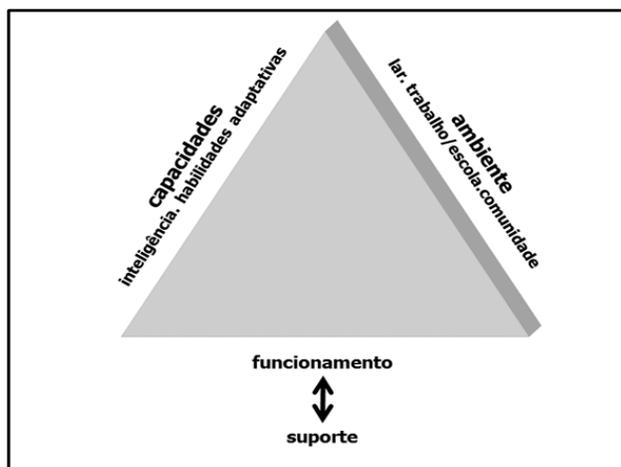


Figura 1.
Estrutura geral da definição de deficiência intelectual².

Incapacidade é definida como um problema importante no funcionamento e caracterizada por prejuízos marcantes e severos na capacidade para desempenhar (deficiência), na habilidade para desempenhar (limitações de atividade) e na oportunidade para funcionar (restrições da participação).

Outras condições deverão ser consideradas para a conceituação dos quadros de DI, a saber:

1. As limitações no funcionamento atual devem ser avaliadas em relação ao contexto das condições ambientais, faixa etária e cultura do indivíduo.
2. A avaliação deve levar em consideração a diversidade cultural e linguística bem como as características da comunidade, fatores sensoriais, motores e comportamentais.
3. As limitações, em geral, coexistem com potencialidades.
4. A descrição das limitações deve servir para o desenvolvimento de um perfil dos apoios necessários.
5. Com os apoios apropriados, o funcionamento das pessoas com DI deve melhorar.

Na grande maioria dos critérios propostos para o diagnóstico da DI se ressalta a importância da avaliação do QI. Apesar das críticas que são feitas a esse parâmetro, é quase que uma constante observarmos nas inúmeras

definições de DI que um dos itens é a presença de QI inferior a 70.

Não há dúvida alguma de que essa medida pode não representar de forma absoluta as capacidades intelectuais do testando, mas alguns cuidados podem ser tomados, de modo a tornar a avaliação da inteligência por meio de um teste mais fidedigna, ou seja, o teste deve ser aplicado por psicólogo(a) competente, com experiência na área; a aplicação deve ser feita individualmente; a avaliação deve ser quantitativa e qualitativa; os resultados devem enfatizar as áreas de inabilidade bem como as de competência. Além disso, o resultado deve ser considerado como uma medida transversal que pode se alterar de forma significativa em aplicações posteriores. Finalmente, o QI não deve ser considerado como variável única, mas como parte de um processo mais amplo de diagnóstico.

Os quadros que cursam com DI podem apresentar níveis bastante variáveis quanto ao grau de severidade, e segundo o DSM-IV-TR⁶ devemos considerar a seguinte classificação (tomei a liberdade de utilizar o termo Deficiência em substituição a Retardo, como está no DSM, por considerar o primeiro mais adequado):

- Deficiência mental leve: QI de 50-55 a aproximadamente 70
- Deficiência mental moderada: QI de 35-40 a 50-55
- Deficiência mental grave: QI de 20-25 a 35-40
- Deficiência mental profunda: QI abaixo de 20-25
- Deficiência mental com gravidade inespecífica: quando existe forte suspeita de deficiência intelectual, mas não é possível testar a inteligência do indivíduo com um instrumento padronizado.

Apesar de o nível do QI ser uma das condições necessárias para o diagnóstico da DI, ele não é suficiente para descrever o indivíduo avaliado, uma vez que temos que admitir a multidimensionalidade dos quadros que cursam com DI. Descrição abrangente de uma pessoa com DI requer que sejam observadas as seguintes dimensões⁶:

1. A existência de DI em oposição a outras condições incapacitantes.
2. Consideração da participação, das interações e dos papéis sociais da pessoa na vida atual, na escola ou no trabalho e em ambientes comunitários que facilitam ou restringem fatores de bem-estar pessoal.
3. Consideração da condição de saúde, incluindo saúde física, mental e fatores etiológicos.
4. Os ambientes de sistemas de apoio adequados que facilitam a independência da pessoa, seus relacionamentos, contribuições, participação na escola e na comunidade e bem-estar pessoal.

5. Perfil dos apoios necessários frente aos fatores mencionados anteriormente.

Todos os autores são unânimes ao afirmar que a grande maioria dos indivíduos com DI se situa na faixa classificada como leve, e apenas cerca de 15% apresentam DI moderada, severa e profunda⁷ (Figura 2).

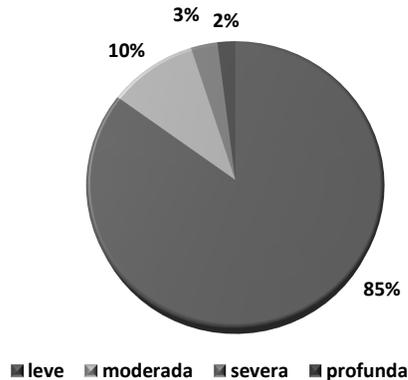


Figura 2.
Distribuição percentual estimada de acordo com o nível de deficiência intelectual.

Possivelmente, por conta do número bem superior de pessoas com níveis discretos de DI é que muitos discordam dos números de prevalência que têm sido publicados. Boa parte das pessoas desse grupo não é identificada como tendo DI. Some-se a isso uma tendência que tem se fortalecido a não se aplicarem testes de inteligência como rotina em estudos psicológicos, cuja consequência acarreta uma subestimativa da população com DI.

Como veremos adiante, há vários fatores de risco que devem ser considerados quando tentamos estabelecer a etiologia dos quadros que cursam com DI. Desde já é importante deixar assinalado que, apesar da utilização de protocolos de investigação bastante abrangentes, em um número significativo de casos não conseguiremos identificar a causa. Nesse sentido, uma variável importante é a severidade da DI, pois se sabe que, nos casos de DI leve, a possibilidade de se identificar uma etiologia é bastante remota, enquanto essa possibilidade é bem maior nos casos mais severos. Segundo Shevell¹, em cerca de três quartos dos 50% dos casos em que chegamos à etiologia, encontraremos um dos seguintes fatores de risco (em ordem decrescente de frequência): síndromes genéticas ou anormalidades cromossômicas, asfixia intraparto, disgenesia cerebral, severa privação psicossocial e exposição pré-natal a agentes tóxicos, como, por exemplo, álcool ou outras drogas.

Cerca de 10% das crianças com retardo global no desenvolvimento ou com DI apresentam alguma anormalida-

de citogenética, e em 40% delas não há alterações dismórficas evidentes.

Os fatores de risco que podem ser identificados em casos que cursam com DI foram estudados por Hagberg e Kyllerman⁸ em população em idade escolar na Suécia. Esses autores analisaram as possíveis causas da DI levando em conta dois níveis de deficiência: Discreta e Severa, para os quais encontraram prevalência de 0,3% e 0,4%, respectivamente. Entre os casos de DI Severa foram identificadas causas pré-natais em 15%-20% e perinatais em 55%; em 18% não foi possível identificar uma causa definida (Figura 3). Entre os casos de DI Discreta essas taxas foram de 23%, 18% e 55%, respectivamente (Figura 4).

Nessa população, a síndrome de Down foi a maior causa de DI Severa. Alterações cromossômicas foram detectadas em 29% dos casos também de DI Severa.

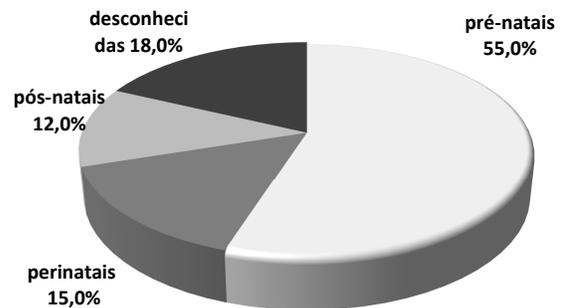


Figura 3.
Etiologia identificada em casos de deficiência intelectual severa, cf. Hagberg e Kyllerman⁸.

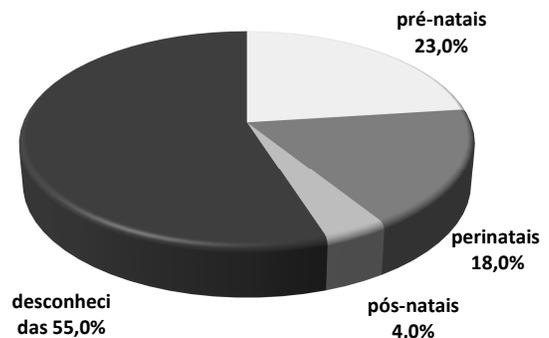


Figura 4.
Etiologia identificada em casos de deficiência intelectual discreta, cf. Hagberg e Kyllerman⁸.

Síndrome do X-frágil foi associada à causa de 4% dos casos de DI Severa e de 10% dos casos de DI Discreta. Síndrome fetal alcoólica foi identificada em 8% dos casos urbanos de DI discreta. Por fim, erros inatos do metabolismo foram identificados em menos de 1% de toda a população. A despeito da importância dos dados reportados, devemos levar em conta que esse trabalho foi publicado em 1983 e que, desde então, além de outras condições terem sido identificadas, houve grande desenvolvimento na semiologia laboratorial, razão pela qual devemos considerar esses números dentro do contexto em que foram obtidos. Em outras palavras, caso se realize algum estudo similar nos dias atuais, muito provavelmente resultados diferentes seriam encontrados.

Em estudo realizado no estado de São Paulo em 1999⁹, procurou-se determinar o perfil de indivíduos com DI atendidos em várias instituições especializadas. Para tanto, embora os autores desse levantamento não informem os critérios de escolha das instituições contatadas, foram enviados questionários a 178 das 366 instituições então existentes no estado de São Paulo. Os questionários foram respondidos por 140 delas, envolvendo 11.020 pessoas com DI, com informações sobre sexo, idade e cor desses indivíduos, além do grau (Leve, Moderada, Grave e Profunda) e das hipóteses etiológicas da DI.

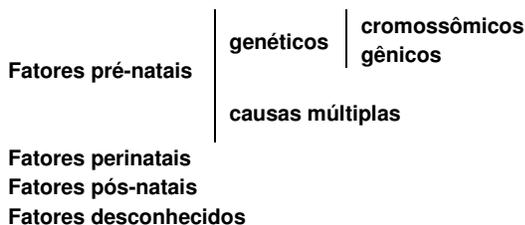
Apesar de os próprios autores terem chamado a atenção para os problemas metodológicos envolvendo esse levantamento, já que não foi possível analisar a confiabilidade das respostas às questões, especialmente no que se refere à avaliação do QI e às etiologias, os dados assim obtidos revelaram que 62,6% dessa população se referiam ao sexo masculino. No que se refere ao grau de DI, 27,7% teriam DI Leve; 39,9%, DI Moderada; 7,3%, DI Severa; e 11,2%, DI Profunda. Esse dado não foi fornecido (a esclarecer) para 13,8% dessa população. Nesse estudo, portanto, não foi observada a maior frequência de DI Leve geralmente citada por outros estudiosos por se tratar de amostra composta de pessoas institucionalizadas e, por isso, possivelmente mais comprometidas do que as atendidas em outras circunstâncias. As frequências encontradas para as hipóteses diagnósticas informadas se encontram na Tabela 1.

Como podemos observar, o número de diagnósticos a esclarecer se mostrou bastante elevado, chegando a quase 50%. Além disso, é importante assinalar que as categorias Anóxia Perinatal e Traumatismo de Parto são frequentemente supervalorizadas em pesquisas baseadas em questionários. Infelizmente, as hipóteses diagnósticas não foram cruzadas com os graus de DI, o que seria bastante desejável.

Tabela 1.
Hipóteses diagnósticas para DI entre 11.020 indivíduos institucionalizados no Estado de São Paulo, 1999⁹.

Hipóteses diagnósticas	n	%
A esclarecer	5.454	49,49
Síndrome de Down	1.598	14,50
Anóxia perinatal	1.344	12,20
Outras causas genéticas	1.098	9,96
Traumatismo de parto	407	3,69
Infecções pré-natais	368	3,34
Infecções pós-natais	322	2,92
Prematuridade	271	2,45
Traumatismos crânio encefálicos	127	1,15
Intoxicações pós-natais	24	0,22
Radiação	7	0,06
Total	11.020	100,00

Uma forma relativamente simples e didática de classificar os fatores de risco de condições que podem cursar com DI é a seguinte:



Os fatores de risco pré, peri e pós-natais podem ser classificados segundo aspectos biomédicos, sociais, comportamentais ou educacionais², conforme relacionados na Tabela 2. Além desses fatores de risco, de algumas décadas para cá deve sempre ser lembrada a infecção perinatal pelo HIV. Rocha et al.¹⁰ estudaram 173 crianças e adolescentes expostos e infectados pelo HIV-1 no período perinatal. A maioria apresentava sinais e sintomas de mais de um dos seguintes problemas: encefalopatia, deficiência intelectual, atraso de linguagem, sinais piramidais, microcefalia, desordens do comportamento e do humor. Dessa forma, é importante que a investigação sorológica para infecção por HIV-1 faça parte do protocolo de investigação laboratorial nos casos de DI sem etiologia determinada.

Os exames de imagem podem auxiliar na identificação de possíveis causas de DI, embora se deva enfatizar que a normalidade desses exames não afasta a possibilidade de problemas neuropsicológicos de modo geral, e de DI em particular.

Tabela 2.
Fatores de risco pré, peri e pós-natais segundo aspectos biomédicos, sociais, comportamentais ou educacionais, conforme a Associação Americana de Retardo Mental².

Período	Aspectos			
	Biomédicos	Sociais	Comportamentais	Educacionais
Pré-natal	1. desordens cromossômicas 2. desordens causadas por mutações em um gene 3. síndromes 4. desordens metabólicas 5. disgenesia cerebral 6. idade parental (precoce ou avançada)	1. pobreza 2. desnutrição materna 3. violência doméstica 4. falta de cuidados pré-natais adequados	1. uso de drogas pelos pais 2. uso de álcool pelos pais 3. hábito de fumar dos pais 4. imaturidade parental	1. prejuízos cognitivos dos pais (sem suporte) 3. falta de preparo para a função parental
Perinatal	1. prematuridade 2. insulto de parto 3. desordens neonatais	1. falta de acesso aos cuidados de parto	1. rejeição parental 2. abandono parental	1. falta de encaminhamento para intervenção após a alta
Pós-natal	1. lesão cerebral traumática 2. desnutrição 3. meningoencefalites 4. desordens convulsivas 5. desordens degenerativas	1. relação criança-cuidador comprometida 2. falta de estimulação adequada 3. pobreza familiar 4. doença crônica na família 5. institucionalização	1. abuso e negligência 2. violência doméstica 3. falta de medidas de segurança 4. privação social 5. comportamentos infantis difíceis	1. paternagem inadequada 2. diagnóstico tardio 3. serviços de intervenção precoce inadequados 4. serviços inadequados de educação especial 5. suporte familiar inadequado

Rocha et al.¹¹ estudaram imagens de ressonância magnética (RM) de 140 crianças com QI inferior a 70. Exames normais foram obtidos em 50% delas, enquanto na outra metade várias alterações foram observadas, dentre as quais as mais frequentes foram adelgaçamento focal na junção do corpo e esplênio do corpo caloso; assimetria ventricular; leucomalácia periventricular; cistos aracnóides e pequenos focos de aumento de sinal com formato arredondado ou ovoide na substância branca periventricular e subcortical. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor

foi encontrado em 80% das crianças estudadas. Estresse materno e alteração da pressão arterial foram achados muito frequentes, e antecedentes familiares de DI estavam presentes em 30% dos casos.

Entre as pessoas com DI, além dos problemas inerentes às dificuldades intelectuais e aos outros sinais e sintomas eventualmente presentes, há também incidência aumentada de problemas de saúde geral (Tabela 3), e as comorbidades psiquiátricas são bastante comuns (Tabela 4).

Tabela 3.
Frequências relatadas de problemas de saúde geral em pessoas com DI.

Problemas de saúde geral	Frequências
Doença gengival	60% a 90%
Obesidade	29% a 50%
Cáries dentárias	24% a 56%
Doenças respiratórias (em pessoas institucionalizadas)	10% a 33%
Manifestações convulsivas	9% a 32%
Doenças cardiovasculares	7% a 55%
Câncer	7% a 34%
Diabetes	2% a 9%
Doenças respiratórias em pessoas não institucionalizadas	1% a 5%

Tabela 4.
Frequências de comorbidades psiquiátricas em pessoas com DI.

Comorbidade psiquiátrica	Frequências
Esquizofrenia	3% em contra 0,8% na população geral
Doença bipolar	2 a 3 vezes maior nos indivíduos com DI do que na população geral
TDA+H	8% a 15% das crianças com DI e 17% a 52% dos adultos com DI
Autoagressão	3% a 15% dos indivíduos com DI

A ocorrência de asfixia por engasgo com alimentos ou pequenos objetos foi estudada em população de indivíduos com DI institucionalizados em Israel¹², tendo sido reportadas cinco mortes (0,245%). Com base em seus achados, os autores sugerem que os cuidadores devam ser instruídos sobre como evitar esse tipo de acidente, quando possível.

No que se refere à epilepsia, devemos chamar a atenção para as dificuldades que podem estar presentes no diagnóstico dessa condição em indivíduos com DI, os quais, em boa parte dos casos, não podem ou não sabem como relatar crises ou sintomas subjetivos. Dificilmente o médico terá a oportunidade de presenciar um episódio paroxístico, e nem sempre os pais / cuidadores terão a sensibilidade e o

conhecimento para identificar como fenômeno epilético manifestações não convulsivas. Obviamente, a falta de identificação e de tratamento adequado dessas manifestações poderá repercutir de forma significativa no quadro geral do paciente, podendo, inclusive, determinar agravamento no prejuízo intelectual e no comportamento.

Steffenburg et al.¹³ avaliaram um grupo de 90 crianças com diagnóstico de DI e epilepsia não controlada do ponto de vista psiquiátrico. Entre as crianças examinadas, 53 (57%) tinham ao menos um diagnóstico psiquiátrico (Tabela 5).

Em revisão mais recente¹⁴ sobre a relação entre epilepsia e DI são assinaladas tanto a elevada frequência com que essa associação pode ser observada quanto a grande diversidade das manifestações epiléticas nessa população.

Tabela 5.
Frequências de condições psiquiátricas em pacientes com DI e epilepsia ativa.

Diagnóstico psiquiátrico	DI Discreta	DI Severa	Amostra total
Autismo	8 (23%)	16 (29%)	24 (27%)
Autismo-like	8 (23%)	2 (4%)	10 (11%)
Síndrome de Asperger	3 (9%)	-	3 (3%)
Traços autísticos	-	3 (5%)	3 (3%)
Transtorno de estereotipia	-	1 (2%)	1 (1%)
Mutismo eletivo	1 (3%)	-	1 (1%)
TDAH	6 (18%)	-	6 (7%)
Transtorno de conduta	-	1 (3%)	1 (1%)
Transtorno crônico de tiques	1 (3%)	-	1 (1%)
Transtorno de ansiedade	2 (6%)	1 (2%)	3 (3%)
Condições não identificadas e demência	1 (3%)	31 (56%)	32 (36%)
Ausência definida de desordens psiquiátricas	2 (2%)	1 (2%)	5 (6%)

Também é enfatizado o alto grau de morbidades presentes, uma vez que essas pessoas são mais sujeitas a acidentes que, com frequência, resultam na ocorrência de fraturas. Um possível fator predisponente dessas fraturas talvez seja a osteoporose que pode se instalar com o uso em longo prazo de medicação anticonvulsivante. Ainda segundo o mesmo autor¹⁴, a longevidade de pessoas com DI, Paralisia Cerebral (PC) e/ou epilepsia é menor do que a da população geral. Cita trabalhos segundo os quais pessoas com epilepsia e PC teriam taxa de mortalidade duas vezes maior

do que pessoas com PC sem epilepsia. Por fim, relaciona algumas condições que costumam estar associadas com DI e que sabidamente são acompanhadas por manifestações epiléticas, a saber: síndrome de Sturge-Weber, neurofibromatose I, *incontinentia pigmenti*, síndrome de Rett, PC, esquizencefalia, lisencefalia, síndrome do X-frágil, síndrome de Angelman, entre outras.

Os tratamentos a serem propostos para pessoas com DI devem ser planejados caso a caso, uma vez que cada

indivíduo apresenta peculiaridades únicas. Nesse planejamento devem ser considerados o grau de DI, o grau de comprometimento nas várias áreas adaptativas, outras características presentes, eventuais comorbidades, características das famílias, os recursos comunitários etc.

O fato é que devemos identificar a deficiência o mais cedo possível, a fim de poder tentar minimizar os efeitos do insulto sobre o sistema nervoso. O tratamento das condições que cursam com DI é, em geral, caro, prolongado e com resultados, habitualmente, apenas sofrível. O indivíduo terá que ser diagnosticado e tratado por uma equipe multidisciplinar e, em alguns casos, terá que frequentar uma escola especializada e, eventualmente, alguma Instituição.

A conduta ideal, quando se pretende reduzir de forma significativa o número e a severidade dos quadros das deficiências seria, sempre que possível, prevenir sua ocorrência, o que corresponde a um tipo de intervenção que é mais barato, mais eficaz e com resultados muito mais interessantes não só do ponto de vista do indivíduo, mas também no que se refere aos problemas de saúde pública envolvidos.

Uma vez que boa parte dos quadros de deficiência decorre de problemas que podem ocorrer durante ou logo após a gestação, é evidente que um bom atendimento à gestante poderia reduzir bastante a sua frequência. A vacinação preventiva contra a rubéola de todas as mulheres, por exemplo, poderia evitar os graves problemas decorrentes da síndrome da rubéola congênita. A identificação de sífilis na mãe pode evitar o quadro da sífilis congênita. A detecção de incompatibilidade Rh materno-fetal pode evitar os graves quadros neurológicos que resultam da eritroblastose fetal. A prevenção da infecção materna pelo HIV evitaria as severas sequelas observadas nas crianças infectadas no período perinatal.

A educação das mulheres no sentido de evitar o uso de substâncias tóxicas, como é o caso de alguns medicamentos, assim como a divulgação dos efeitos deletérios do uso de bebidas alcoólicas pela mãe sobre a criança podem contribuir para a redução do número de bebês afetados. Sabe-se que um em cada 750 bebês nascidos vivos, no mundo todo, apresenta sinais e sintomas da síndrome fetal alcoólica. Esse número elevadíssimo de crianças afetadas de forma permanente e severa poderia ser evitado caso as mulheres em idade de engravidar se abstivessem da ingestão de bebidas alcoólicas. O uso de outras drogas durante a gestação também deveria ser evitado a todo custo.

Campanhas de esclarecimento público para tornar mais difundido o conhecimento do risco de mulheres mais idosas terem maior probabilidade de dar à luz crianças com problemas cromossômicos, como a Síndrome de Down, que afeta um em cada 600 bebês nascidos vivos, poderiam ajudar a diminuir a incidência dessa condição.

Os problemas obstétricos que afetavam as crianças com muita frequência têm diminuído de forma muito importante, fazendo com que os grandes traumatismos, habituais há poucas décadas, estejam se tornando cada vez mais raros. A presença do neonatologista na sala de parto tem oferecido aos recém-natos a possibilidade de atendimento urgente e mais eficiente na eventualidade de uma hipoxemia, evitando, muitas vezes, as sequelas neurológicas.

A realização do teste do pezinho ampliado identifica desde cedo a presença da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito e de várias outras condições que podem cursar com DI. As duas primeiras, se identificadas cedo e se adequadamente tratadas, não trarão prejuízos significativos para o desenvolvimento das crianças afetadas.

Por tudo o que foi exposto, deverá ter ficado claro que todos os nossos esforços devem convergir para a adoção de medidas que possam levar à prevenção dos quadros descritos, já que a prevenção, nesses casos, é o melhor remédio.

É importante chamar a atenção para a importância da identificação correta dos casos de DI o mais precocemente possível, para que tenhamos a possibilidade de oferecer aconselhamento genético adequado aos pais e para desenvolvimento do plano de tratamento mais adequado.

Na nossa estrutura de atendimento primário, compete ao médico de crianças identificar, o quanto antes, aquelas com suspeita de atrasos no desenvolvimento, de modo que o encaminhamento ao especialista possa ser feito sem demora. A percepção que temos, baseada em atendimento em consultório privado, de que com grande frequência o pediatra não identifica adequadamente esses casos é corroborada pelo trabalho de Tanaka et al.¹⁵, no qual analisaram a atenção prestada a 411 crianças de 5 a 11 anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de São Paulo. Os resultados desse estudo revelaram baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental em crianças entre os pediatras daquela UBS. Os principais fatores relacionados a esse baixo desempenho foram: deficiência na formação e carência de oportunidades de atuação concreta frente à queixa ou à hipótese diagnóstica. Esse trabalho deveria ser ampliado, de modo a contemplar outras UBS, no sentido de investigar se dados similares são obtidos de modo mais generalizado. Se esse for de fato o caso, seria imprescindível centrar os esforços no sentido de melhorar a formação do pediatra no campo da saúde mental infantil como forma de atender a população em risco da maneira mais adequada e precoce possível.

Como já mencionamos, o tratamento, da mesma forma que o diagnóstico e a avaliação dos quadros que cursam com DI, deve ser sempre que possível multidisciplinar, uma vez que essas pessoas apresentam prejuízos em várias áreas adaptativas. O perfil de avaliação é necessá-

rio para ajudar no delineamento do plano terapêutico e deve ser definido caso a caso. Profissionais de vários setores deverão participar do tratamento, dependendo do grau e da qualidade dos prejuízos, da idade do paciente e dos objetivos que estiverem sendo colocados como os mais apropriados. A participação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisiatras, ortopedistas, psicólogos, pedagogos, pediatras, neurologistas e psiquiatras deve ser requisitada sempre que necessária. O trabalho de uma assistente social pode ser igualmente muito útil.

Assume especial interesse a questão da escolarização dessas pessoas. O primeiro ponto a ser lembrado é que, levando em conta a grande variabilidade no que se refere aos prejuízos presentes em indivíduos com DI, de imediato deve ficar evidente que não se pode pretender que uma determinada escola, por mais preparada que esteja, possa atender a todos esses indivíduos. Obviamente, aqueles com prejuízos discretos poderão se beneficiar das escolas regulares, desde que sejam levadas em consideração as suas peculiaridades no que se refere ao modo e à velocidade com que aprendem e ao modo como devem ser avaliados do ponto de vista escolar. Já para as pessoas com prejuízos intelectuais mais acentuados será necessário discutir, de forma individual, qual o tipo mais indicado de escola.

Vivenciamos no Brasil um processo ativo de inclusão dos deficientes na sociedade, e tanto essa inclusão social quanto o reconhecimento de que pessoas com DI são cidadãos com direitos inquestionáveis devem ser defendidos por todos. Assim, o direito à educação desses indivíduos é, da mesma forma, direito que tem que ser garantido. "Todos na escola" é um lema que não pode ser questionado; mas o que pode e deve ser questionado é se "todos na mesma escola". Assistimos um movimento em nosso país que refuta a necessidade de escolas e/ou classes especiais, propondo que todos os deficientes sejam recebidos (incluídos) em classes regulares. Estamos, na verdade, vivenciando o desmantelamento da Educação Especial, uma vertente da educação que obteve sucesso inquestionável nas últimas décadas. Quando o que mais necessitamos é justamente uma ampla variedade de opções para que possamos, como pais ou profissionais, decidir por aquela que nos pareça a mais indicada, vemos crescer um movimento oposto, qual seja, o de diminuir o leque de alternativas e restar com a escola regular como única opção possível. Como resultado dessa forma radical de ver a educação, especialmente no que se refere aos indivíduos com DI, assistimos a procedimentos discutíveis do ponto de vista do que se denomina de inclusão escolar. Um desses modelos é aquele em que crianças com vários

tipos de deficiências, inclusive DI, são incluídos em classes regulares, mas com a presença de uma auxiliar ou assistente ou tutora. É de se perguntar, então, que inclusão é essa que acaba por estigmatizar e, por conseguinte, segregar a criança dentro da sala de aula, mostrando aos colegas que ela é a única a necessitar de um acompanhante?

A alternativa interessante, já colocada em prática por alguns estabelecimentos de ensino, é aquela em que estudantes com necessidades especiais frequentam classes regulares quando o que está sendo apresentado aos alunos é do interesse deles e, quando se trata de estudantes com DI, está ao alcance da sua compreensão, e ainda é oferecido a essas crianças um ambiente pedagógico diferente, dentro do espaço físico da escola, onde terão assistência individual e especializada. Dessa forma, promove-se a inclusão social, da qual faz parte a inclusão escolar, sem, contudo, deixar de oferecer à criança especial a possibilidade de um aprendizado que seja de fato compatível com suas potencialidades e interesses.

Levando-se em conta essas últimas considerações, podemos observar na Figura 5 a hierarquia de serviços educacionais que possibilitam a escolha dos ambientes menos restritivos para os diversos tipos de pessoas, conforme proposta de Beirne-Smith et al.¹⁶.

Devemos preparar os estudantes de modo que eles possam dar conta das demandas da vida adulta e para que vivam da maneira a mais independente possível. No planejamento da atenção a ser dada ao indivíduo, devem ser levadas em conta as demandas específicas do ambiente em que ele está inserido. Além disso, o programa deve variar em função da idade e do grau de escolarização formal que o sujeito tenha atingido. Frequentemente vemos que, em muitos casos, há uma ênfase exagerada no aspecto acadêmico, enquanto outras habilidades adaptativas são ignoradas. Por isso, no decorrer do processo educacional, recomenda-se a variação da ênfase curricular¹⁶, conforme ilustra a Figura 6.

Nesta sumária discussão a respeito de quadros que cursam com níveis variáveis de DI procuramos descrever de forma bastante sintética a conceituação, a classificação e os fatores de risco mais comuns. Chamamos ainda uma vez a atenção para a importância crucial do diagnóstico precoce, seguida da investigação para identificar a etiologia do quadro, e do encaminhamento imediato para tratamento habilitador. Não nos parece exagerado insistir na importância dos testes de inteligência frente a qualquer criança que apresente atraso significativo no desenvolvimento.

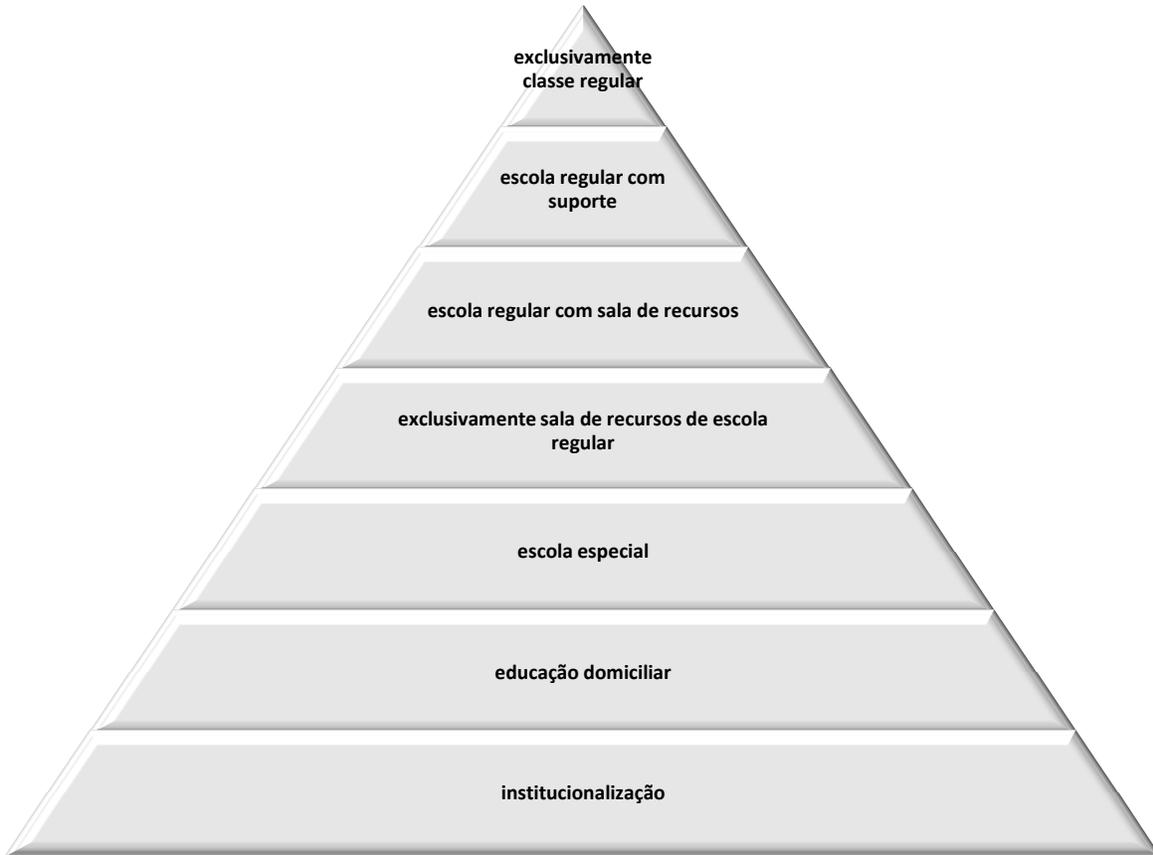


Figura 5. Continuum de serviços educacionais (modificado de Beirne-Smith et al.¹⁶).

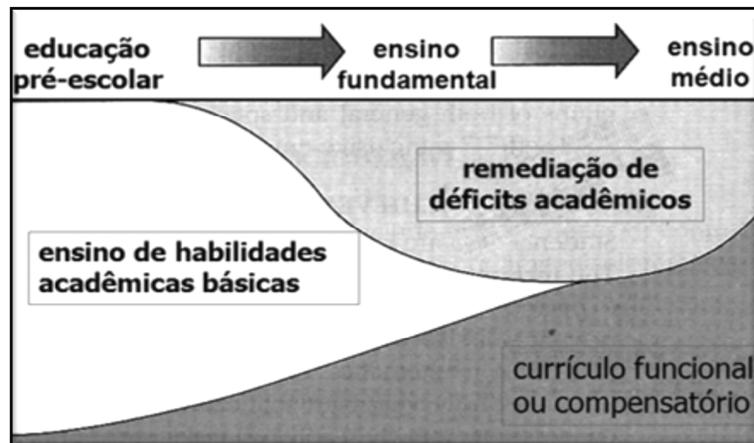


Figura 6. Diferentes ênfases curriculares ao longo do processo educacional do estudante com necessidades especiais (Modificada de Beirne-Smith et al.¹⁶).

Referências

1. Shevell M. Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability : conceptualization , evaluation, and etiology. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55:1071-84.
2. American Association on Mental Retardation – AMMR. Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio. [Tradução de Magda França Lopes]. 10. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Krynski S. Deficiência mental. Rio de Janeiro: Atheneu; 1969.
4. Silva OMP, Panhoca L, Blanchman IT. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita* 2004; 23(1):109-16.
5. Organização Mundial da Saúde – OMS. Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados. 10th ed. Genebra: OMS; 1993.
6. American Psychiatric Association – APA. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. [Tradução de Maria Cristina Ramos Gularte]. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
7. American Psychiatric Association – APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington, DC: APA; 1994.
8. Hagberg B, Kyllerman M. Epidemiology of mental retardation: a Swedish survey. *Brain Dev* 1983; 5(5):441-9.
9. Assumpção Jr. FB, Sprovieri MH, Assumpção TM. Deficiência mental em São Paulo: perfil de uma população atendida institucionalmente. *Pediatria Moderna* 1999; 53(11):883-93.
10. Rocha C, Gouvêa A, Machado D, Cunegundes L, Beltrão S, Bononi F, Succi RC. Manifestações neurológicas em crianças e adolescentes infectados e expostos ao HIV-1. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63(3B):828-31.
11. Rocha AF, Leite CC, Rocha FT, Massad E, Cerri GG, Angelotti SAO, et al. Mental retardation: a MRI study of 146 Brazilian children. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64(2-A):186-92.
12. Morad M, Kandel I, Ahn J, Fuchs BS, Merrick J. Trends in pediatric mortality from food choking in children with intellectual disability during 1991-005. *Int J Adolesc Med Health* 2008; 20(4):547-51.
13. Steffenburg S, Gillberg C, Steffenburg U. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. *Arch Neurol* 1996; 53:904-12.
14. Alvarez N. Epilepsy in children with mental retardation. Disponível em: <http://www.emedicine.com/NEURO/topic550.htm>. Atualizado em 2004. Acesso em 01/03/2007.
15. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cienc Saúde Coletiva* 2009; 14(2):477-86.
16. Beirne-Smith M, Ittenbach RF, Patton JR. Mental retardation. 5. ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.; 1998.