

Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces

José Salomão Schwartzman

Doutor em Neurologia / Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Brasil. Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie (Mackenzie) - São Paulo, SP – Brasil. Diretor Científico e Médico da Associação Brasileira da Síndrome de Rett - São Paulo, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1470693655000888>

E-mail: josses@terra.com.br

Vivian Renne Gerber Lederman

Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (Mackenzie), Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4624068510173364>

E-mail: vlederman26@gmail.com

Submetido em: 30/07/2017. Aprovado em: 10/09/2017. Publicado em: 03/12/2017.

RESUMO

Ao longo dos últimos anos, a definição de deficiência intelectual bem como sua nomenclatura têm se modificado. A ampliação do conhecimento de suas causas, como e quando diagnosticar, bem como quais intervenções e quando iniciá-las têm sido objeto de discussões. O objetivo deste artigo é apresentar a definição de deficiência intelectual atual, suas principais causas e aspectos envolvidos em seu diagnóstico. Também se discutem a importância do diagnóstico precoce e as intervenções necessárias, tanto em relação às causas da deficiência intelectual, como para o indivíduo em si. Quanto antes o diagnóstico, mais adequadas poderão ser as intervenções, auxiliando o desenvolvimento das capacidades do indivíduo e sua inclusão social.

Palavras-chave: Deficiência intelectual. Causas da deficiência intelectual. Diagnóstico precoce. Intervenção precoce.

Intellectual disability: causes and relevance of early diagnosis and intervention

ABSTRACT

In the last years the definition of intellectual disability has been modified as well as its nomenclature. The expansion of knowledge of the causes, how and when to diagnosis, which interventions and when to star them, has been object of discussion. The aim of this article is to present the current definition of intellectual disability, main causes and aspects involved in diagnosis. We also discuss early diagnosis and necessary interventions, related to the causes of intellectual disability and interventions to the person itself. The earlier the diagnosis, more appropriate interventions are, promoting the development of individual capacities and social inclusion.

Keywords: *Intellectual disability. Intellectual disability causes. Early diagnosis. Early intervention.*

Discapacidad intelectual: causas y relevância de diagnóstico y intervención precoces

RESUMEN

En los últimos años tanto la definición de discapacidad intelectual como su nomenclatura se han modificado. La ampliación del conocimiento de las causas, como y cuando diagnosticar, así como cuales intervenciones y cuando empezarlas, han sido objeto de discusión. El objetivo deste artículo es presentar la definición actual para discapacidad intelectual, sus principales causas y aspectos involucrados em su diagnóstico. También se discute la importância del diagnóstico precoz y las intervenciones necesarias, tanto em relación a lo que causa la discapacidad intelectual, como para el individuo em si. Cuanto antes el diagnóstico, más adecuada podrán ser las intervenciones, ayudando el desarrollo de las capacidades del individuo y su inclusión social.

Palabras clave: *Discapacidad intelectual. Causas de la discapacidad intelectual. Diagnóstico precoz. Intervención precoz.*

INTRODUÇÃO

Este artigo busca analisar as causas que levam as pessoas (crianças, jovens e adultos) a ter dificuldades em lidar com as situações do cotidiano em função de prejuízos decorrentes de disfunções do sistema nervoso que podem ocorrer durante o desenvolvimento e que resultam, em última análise, em redução significativa nas capacidades intelectuais e nas habilidades adaptativas, além da importância do diagnóstico e intervenções. Essas condições já foram denominadas idiotia, debilidade mental, prejuízo mental e subnormalidade mental. Nos últimos anos, os termos em geral utilizados são retardo mental, deficiência mental e mais recentemente deficiência intelectual (DI), termo que utilizaremos. Há quem proponha o termo inabilidade intelectual.

As várias condições infantis que pertencem a esse 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 prognóstico (SHEVELL, 2008).

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.

DEFINIÇÕES E DIAGNÓSTICO DE DI

A melhor forma de definir a DI é por 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 práticas (AMMR, 2006).

Embora as dificuldades resultem dos prejuízos cognitivos, é evidente que são fortemente influenciadas por fatores ambientais, como precocidade do diagnóstico, preconceitos, qualidade dos serviços de apoio, inclusão familiar, entre outros.

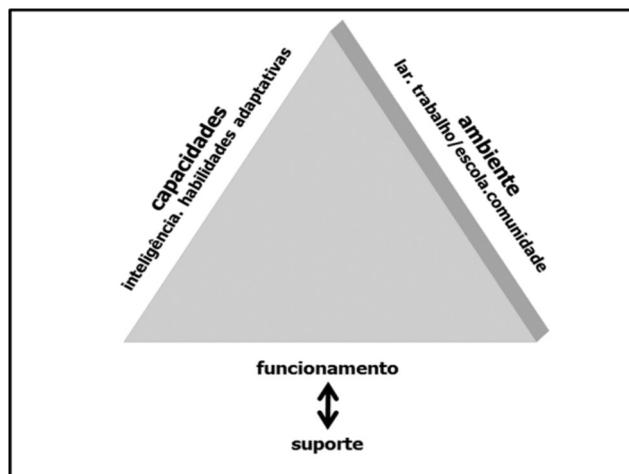
As estimativas sobre a prevalência da DI variam em função dos critérios de inclusão e das metodologias utilizadas. No Brasil os estudos epidemiológicos são escassos e frequentemente são citadas cifras na ordem de 5% da população. Segundo Krynski (1969), a prevalência seria de 5% a 8%.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), 10% das pessoas do Terceiro Mundo, em tempo de paz, são portadoras de 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 portadores de deficiência⁴, e se estima que 50% deles tenham algum grau de DI.

A codificação das doenças no Brasil segue, em geral, aquela definida pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10) (OMS, 1993), que utiliza o termo retardo mental e o classifica desde retardo mental leve (F-70) até retardo mental profundo (F-73), outro retardo mental (F-78) e retardo mental não-especificado (F-79), sendo os escores de quociente de inteligência (QI) um dos principais quesitos.

Outra conceituação da DI é a proposta pelo DSM-5 (APA, 2014), a saber: deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais (como raciocínio, planejamento e soluções de problemas e aprendizagem acadêmica, entre outros) quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático, que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social.

Figura 1 – Estrutura geral da definição de deficiência intelectual



Fonte: AMMR, 2006

O DSM-5 (2013) propõe a classificação da DI em leve à profunda, sendo os vários níveis de gravidade definidos com base no funcionamento adaptativo, e não em escores de QI, uma vez que é o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário. Além disso, medidas de QI são menos válidas na extremidade inferior da variação.

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

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

Na maioria dos critérios propostos para o diagnóstico da DI se ressalta a importância da avaliação do QI. Apesar das críticas que são feitas a este 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 esta 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 deverá ser aplicado por psicólogo(a) competente, com experiência na área; a aplicação deverá ser feita individualmente; a avaliação deverá ser quantitativa e qualitativa; os resultados deverão enfatizar as áreas de inabilidade bem como as de competência. Além disso, o resultado deverá ser considerado como uma medida transversal que poderá se alterar de forma significativa em aplicações posteriores.

Finalmente, o QI não deverá ser considerado como variável única, mas como parte de um processo mais amplo de diagnóstico.

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 dimensões (APA, 1994):

1. a existência de DI em oposição a outras condições incapacitantes;
2. consideração da participação, interações e papéis sociais da pessoa na vida atual, escola ou trabalho e 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 ante os fatores mencionados anteriormente.

Todos os autores são unânimes ao afirmar que a maioria dos indivíduos com DI (85%) se situa na faixa classificada como leve (50 a 70) e apenas cerca de 15% apresentam DI moderada (35 a 50), severa (20 a 35) e profunda (abaixo de 25) (APA, 1994).

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 de não se aplicarem testes de inteligência como rotina em estudos psicológicos, cuja consequência acarreta uma subestimativa da população com DI, o que por sua vez impacta no estabelecimento de políticas públicas de intervenções.

CAUSAS DA DI

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 número significativo de casos não conseguiremos identificar a causa. Estima-se que isso ocorra em cerca de 50% dos casos.

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 Shevell (2008), 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 (por exemplo, álcool ou outras drogas).

Cerca de 10% das crianças com retardo global no desenvolvimento ou com DI apresentam alguma anormalidade citogenética, e em 40% destas não há alterações dismórficas evidentes.

Os fatores de risco que podem ser identificados em casos que cursam com DI foram estudados por Hagberg e Kyllerman (1983) em população em idade escolar na Suécia. Esses autores analisaram as possíveis causas da DI levando em conta dois níveis de deficiência: discreta (*mild*) e severa (*severe*), para os quais encontraram prevalência de 0,3% e cerca de 0,4%, respectivamente. Entre os casos de DI severa foram identificadas causas pré-natais em 55% e perinatais entre 15-20%; em 18% não foi possível identificar uma causa definida. Entre os casos de DI discreta essas taxas foram de 23%, 18% e 55%, respectivamente.

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. Síndrome do X-frágil foi a etiologia identificada em 4% dos casos de DI severa e de 10% dos 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. Deve-se levar em conta que este estudo é da década de 80, e caso se realize algum estudo similar nos dias atuais, muito provavelmente resultados diferentes seriam encontrados.

Em estudo realizado no estado de São Paulo (ASSUMPÇÃO JR et al, 1999), procurou-se determinar o perfil de indivíduos com DI atendidos em várias instituições especializadas. Os questionários foram respondidos por 140 instituições, envolvendo 11.020 pessoas com DI. Apesar das limitações metodológicas do estudo, os dados obtidos revelaram 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.

Tabela 1 – Hipóteses diagnósticas para DI entre 11.020 indivíduos institucionalizados no Estado de São Paulo, 1999

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

Fonte: Assumpção Jr. et al., 1999

Como podemos observar, o número de diagnósticos a esclarecer se mostrou bastante elevado, chegando a quase metade da população. 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.

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

fatores pré-natais (genéticos: cromossômicos e gênicos) e causas múltiplas, fatores perinatais, fatores pós-natais e fatores desconhecidos.

Os fatores de risco pré, peri e pós-natais podem ser classificados segundo aspectos biomédicos, sociais, comportamentais ou educacionais (AMMR, 2006), conforme relacionados na tabela 2.

Dentre os fatores de risco, de algumas décadas para cá devem sempre ser lembradas as infecções virais perinatais, como HIV e Zika. Rocha et al. (2005) 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. Mais recentemente, a infecção pelo vírus da Zika tem sido apontada como potencial novo teratógeno, sendo necessário desvendar seus mecanismos patogênicos, reconhecer o amplo espectro de manifestações clínicas, em especial sobre o desenvolvimento cognitivo-comportamental (BRUNONI et al., 2016).

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

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

Fonte: AMMR, 2006

Rocha et al. (2006) 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 Peri ventricular; cistos aracnoides e pequenos focos de aumento de sinal com formato arredondado ou ovoidelar 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, como manifestações convulsivas (9 a 32%), obesidade (29% a 50%) e doenças cardiovasculares (7% a 55%), e as comorbidades psiquiátricas bastante comuns (tabela 3).

Tabela 3 – 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

Fonte: Alvarez, 2004

No que se refere à epilepsia, observa-se elevada frequência de associação entre esta condição e DI (ALVAREZ, 2004). 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 epiléptico 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.(1996) 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, entre os quais destacam-se o autismo (23%) e TDAH (18%)no caso de DI discreta e autismo (29%), e condições não identificadas e demência (56%) naqueles com DI severa.

INTERVENÇÕES

Os tratamentos a serem propostos para pessoas com DI deverão ser planejados caso a caso, uma vez que cada indivíduo apresenta peculiaridades únicas. Nesse planejamento deverão 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 entre outros.

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 sofríveis. O indivíduo terá que ser diagnosticado e tratado por uma equipe multidisciplinar e, em alguns casos, terá que frequentar uma escola especializada.

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 deficiências decorre de problemas que podem ocorrer durante ou logo após a gestação, é evidente que um bom atendimento à gestante poderia reduzir bastante sua frequência. A vacinação preventiva contra a rubéola de todas as mulheres, por exemplo, evita 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 pelo HIV materna evitaria as severas sequelas observadas nas crianças infectadas no período perinatal.

A educação das mulheres no sentido de evitarem 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.

Com relação específica aos transtornos do espectro do autismo (TEA), a identificação de fatores de risco tais como obesidade materna, excessivo aumento de peso durante a gestação, uso de determinados anticonvulsivantes e antidepressivos, todos suspeitos de aumentarem o risco do nascimento de uma criança com TEA, sugere que, uma vez inteiramente comprovados, sejam devidamente publicitados.

Os problemas obstétricos que afetavam as crianças com muita frequência têm diminuído de modo 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, crianças com suspeita de atrasos no desenvolvimento, de modo que o encaminhamento ao especialista possa ser feito sem demora.

Embora todas as pessoas envolvidas no atendimento de crianças devam ser plenamente capacitadas para identificar aquelas com algum tipo de deficiência, o grupo mais importante é, sem dúvida alguma, o dos médicos pediatras, pela sua posição única, uma vez que são os que atendem as crianças mais cedo, repetidas vezes e têm a completa confiança dos familiares.

Frases tais como “cada criança têm o seu tempo”, “calma, a senhora está muito ansiosa” “não se deve comparar uma criança com outra” são ouvidas frequentemente por pais que, suspeitando de um atraso no desenvolvimento do seu filho, teriam ouvido de seus médicos.

Se é verdade que cada criança tem seu tempo e que com frequência pais são ansiosos com relação ao desempenho de seus filhos, é necessário levar em conta que essas explicações não devem ser colocadas prioritariamente, e que em muitos casos a preocupação com a criança tem fundamento.

Ênfase especial, portanto, deveria ser a plena capacitação dos pediatras para a identificação precoce de crianças em risco. Vale a pena citar o trabalho de Tanaka et al. (2009), no qual foi analisada 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 do estudo revelaram baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental em crianças entre os pediatras daquela UBS. Os principais fatores relacionados ao baixo desempenho foram: deficiência na formação e carência de oportunidades de atuação concreta diante da queixa ou da hipótese diagnóstica.

Esse trabalho deveria ser ampliado, para contemplar outras UBS, no sentido de investigar se dados similares são obtidos de modo mais generalizado.

Como já mencionamos, o tratamento, da mesma forma que o diagnóstico e avaliação dos quadros que cursam com DI, deverá ser sempre que possível multidisciplinar, uma vez que essas pessoas apresentam prejuízos em várias áreas adaptativas. O perfil de avaliação determinará o delineamento do plano terapêutico e deverá ser determinado 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. Reconhece-se que quanto antes iniciada a intervenção e se possível com equipe multidisciplinar, melhor o prognóstico.

A participação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisiatras, ortopedistas, psicólogos, pedagogos, pediatras, neurologistas, oftalmologistas e psiquiatras deverá 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 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 deverão 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, também, direito que tem de 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 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 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 esta 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?

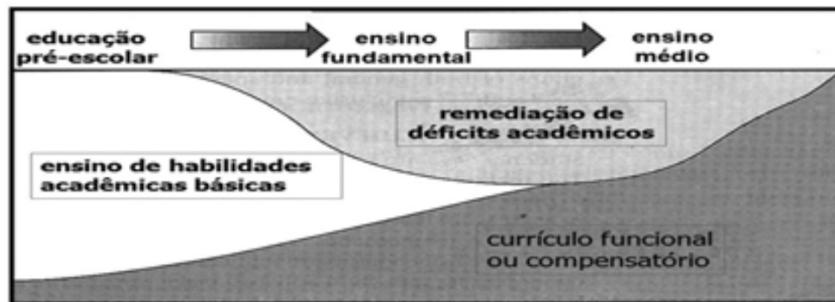
A alternativa interessante, já colocada em prática por alguns estabelecimentos de ensino, é aquela em que estudantes com necessidades especiais frequentam classes regulares quando o que está sendo apresentado aos alunos é do interesse deles e, quando se trata de estudantes com DI, está ao

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, parece-nos relevante que a pessoa com DI tenha opção de diversos métodos pedagógicos, como proposta por Beirne-Smith et al. (1998): escola regular, escola regular com suporte, escola regular com sala de recursos, exclusivamente sala de recursos de escola regular, escola especial, educação domiciliar, e em alguns casos específicos, colocação institucional.

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 estará inserido. Além disso, o programa variará em função da idade e do grau de escolarização formal que o sujeito tenha atingido. Frequentemente vemos que, em muitos casos, há ênfase exagerada no aspecto acadêmico, enquanto outras habilidades adaptativas são ignoradas. Por isso, no decorrer do processo educacional, recomenda-se a variação da ênfase curricular (BEIRNE-SMITH et al., 1998), conforme ilustra a figura 2.

Figura 2 – Diferentes ênfases curriculares ao longo do processo educacional do estudante com necessidades especiais



Fonte: Beirne-Smith et al., 1998

CONCLUSÃO

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, seguido 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 ante qualquer criança que apresente atraso significativo no desenvolvimento. Aliados às avaliações de funcionalidades e competências, intervenções multidisciplinares podem promover o desenvolvimento da potencialidade individual. Assim, contribui-se de maneira efetiva para a promoção da autonomia possível e identificação dos apoios necessários da pessoa com DI.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION – AMMR. *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio*. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington, DC: APA, 1994.

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B.; SPROVIER, I.M.H.; ASSUMPÇÃO, T.M. Deficiência mental em São Paulo: perfil de uma população atendida institucionalmente. *Pediatria Moderna*, v. 53, n.11, p.883-93, 1999.

ALVAREZ, N. *Epilepsy in children with mental retardation*. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/NEURO/topic550.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BEIRNE-SMITH, M.; ; ITTENBACH, R.F.; PATTON, J.R. *Mental retardation*. 5. ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.,1998.

BRUNONI, D. et al. Microcephaly and other Zika virus related events: the impact on children, families and health teams. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 21, n.10, p. 3297-302, 2016.

HAGBERG, B.; KYLLERMAN, M. Epidemiology of mental retardation: a Swedish survey. *Brain Dev.*, v.5, n.5, p.441-449,1983.

KRYNSKI, S. *Deficiência mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados*. 10 ed. Genebra: OMS, 1993.

ROCHA, C.et al. Manifestações neurológicas em crianças e adolescentes infectados e expostos ao HIV-1. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 63, n.3b, p.828-831, 2005.

ROCHA, A. F. da. et al . Mental retardation: a MRI study of 146 Brazilian children. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 64, n.2a, p.186-192, 2006.

SHEVELL, M. Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatr Clin North*, v. 55, p.1071-84, 2008.

SILVA, O.M.P.; PANHOCA, L.; BLANCHMAN, I.T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, Bauru, v. 23, n.1, p.109-116, 2004.

STEFFENBURG, S.; GILLBERG, C.; STEFFENBURG, U. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. *Arch Neurol*, v. 53, p.904-912, 1996.

TANAKA, O.U.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.477-486, 2009.