

## COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO RETARDO MENTAL

### PSYCHIATRIC COMORBIDITIES IN MENTAL RETARDATION

#### Resumo

Retardo mental (RM) é uma condição extremamente heterogênea em sua etiologia, definida como grupo por um funcionamento adaptativo e intelectual abaixo da média, cujo surgimento ocorre antes dos 18 anos. A ocorrência de vários transtornos mentais é mais comum nesse grupo do que na população geral. Ainda que sejam essencialmente os mesmos transtornos incidindo nesses indivíduos com RM, sua apresentação clínica pode variar em função das contingências pessoais e habilidades linguísticas do indivíduo afetado, o que pode mascarar a sintomatologia comportamental francamente observável.

**Palavras-chave:** Retardo mental, transtornos mentais.

#### Abstract

Mental retardation (MR) is a condition with an extremely heterogeneous etiology, collectively defined as adaptive and intellectual functioning below the average, with onset before 18 years of age. Several mental disorders are more common in this group than in the general population. Even though the disorders present in subjects with MR are essentially the same, their clinical presentation may vary depending on the personal contingencies and language skills of the individual affected, which may mask the behavioral symptoms easily observed.

**Keywords:** Mental retardation, mental disorders.

*É melhor ser infeliz, porém estar inteirado disso, do que ser feliz e viver sendo feito de idiota.<sup>1</sup>*

Um dos mais importantes eventos da história da psiquiatria da infância e da adolescência ocorreu no

final do século XVIII<sup>2</sup>. Victor (*L'enfant sauvage d'Aveyron*<sup>a</sup>) é conduzido para ser avaliado por Jean Itard, fato que se constituiu no primeiro investimento médico-pedagógico em uma criança portadora de um distúrbio do desenvolvimento, abordada numa linha de trabalho reabilitadora, voltada para a recuperação das faculdades atingidas pelo transtorno<sup>2-4</sup>, sob influência (à época) das ideias de Locke e Condillac (ver Malson<sup>5</sup>).

A psiquiatria da infância e da adolescência primordialmente se relacionou diretamente com o estudo do retardo mental<sup>b</sup> (RM), com Falret agrupando na Salpêtrière as então chamadas crianças idiotas<sup>c</sup> (em 1821), e Voisin organizando num hospício, na Rue de Sévres, um serviço temporário para crianças epilêpticas e idiotas (em 1833)<sup>2</sup>. Já no século XX, observou-se uma

<sup>a</sup> Em 1800 (concomitantemente à publicação do *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, de Pinel), chega a Paris este indivíduo, encontrado sobrevivendo (sem contato humano) em meio a bosques nos arredores de Saint-Serin. Foi paciente do então especialista em surdos-mudos, Jean Itard (a quem François Truffaut fez questão de interpretar durante a realização de seu filme sobre o caso, *L'enfant sauvage*, de 1970).

<sup>b</sup> Apesar de as associações especializadas paulatinamente homogeneizarem a utilização do termo deficiência intelectual, a classificação médica vigente em território nacional até o presente momento (10ª edição da Classificação Internacional de Doenças, CID-10) utiliza o termo retardo mental, que seguiremos utilizando no presente texto.

<sup>c</sup> Termo equivalente (quanto ao valor histórico) ao atualmente denominado retardo mental profundo: idade mental abaixo de 2 anos ou quociente de inteligência (QI) < 20. A idiotia era frequentemente associada a outros déficits sensoriais, com indivíduos em geral totalmente dependentes nas atividades de vida diária. A imbecilidade, por sua vez, corresponderia aos atualmente denominados retardo mental grave e moderado (QI 21-50), e a debilidade mental, ao retardo mental leve (QI 51-70). A conotação pejorativa de uso popular aboliu o uso desses termos, antes de natureza médica e técnica.

divisão do estudo da psiquiatria da infância em duas áreas principais, uma ligada ao RM e outra aos distúrbios de conduta, na forma apresentada pelo tratado de Nobécourt & Baboneix<sup>6</sup>, caracterizando as duas maiores preocupações da época<sup>5</sup>.

Contrariando algumas correntes psicológicas em nosso meio (que desvalorizam e desconsideram as avaliações psicométricas e consideram o diagnóstico de RM como “uma construção do social”<sup>7,8</sup>), a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)<sup>9</sup> preconiza um diagnóstico baseado não só na avaliação clínica, mas também na testagem paramétrica da inteligência. Ele recomenda priorizar a gravidade do funcionamento adaptativo em relação ao índice isolado do quociente de inteligência (QI<sup>d</sup>), mas enfatiza sua importância no processo de diagnóstico. O QI está incluído na descrição textual da deficiência intelectual, dando prova de que não está ultrapassado (com especial relevância em casos forenses). Ainda que não citado entre os critérios de diagnóstico do RM, deve ser parte integrante da avaliação<sup>9</sup>.

Segundo a definição da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) – antiga American Association on Mental Retardation (AAMR) –, deficiência intelectual seria uma incapacidade, originada antes dos 18 anos, caracterizada por limitações significativas tanto quanto ao funcionamento intelectual (a chamada inteligência) como quanto ao comportamento adaptativo, que abrange muitas habilidades sociais e práticas da vida diária<sup>10</sup>.

Inteligência nos remete à capacidade mental geral, como aprendizado, raciocínio, resolução de problemas, etc. Uma maneira de medir o funcionamento intelectual é o teste de QI. Geralmente, um teste de QI abaixo de 70-75 já indica limitação do funcionamento intelectual<sup>10</sup>. Já o comportamento adaptativo é um conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas que são

aprendidas e desempenhadas pelas pessoas em suas vidas cotidianas. Seu comprometimento também pode ser avaliado a partir de testes estandardizados<sup>10</sup>. Os seguintes domínios fazem parte do comportamento adaptativo: 1) conceitual: linguística e alfabetização, aritmética, habilidade temporoespacial e monetária, auto-orientação; 2) social: habilidades interpessoais, responsabilidade social, autoestima, ingenuidade, resolução de problemáticas sociais, habilidade de seguir regras, obedecer leis e evitar se vitimizar; 3) prático: atividades de vida diária (cuidado pessoal), ocupacionais, cuidados com a saúde, mobilidade, rotinas e compromissos, segurança, uso do dinheiro, uso do telefone.

Assim sendo, ainda em nossos dias, o RM é também definido por um QI de valor 2 desvios padrão abaixo da população, o que equivale a um valor igual ou abaixo de 70, em se considerando a distribuição populacional normal (curva gaussiana, ou em sino) da inteligência<sup>11</sup>.

Como (infelizmente) é comum em nosso país, não temos estudos recentes, realizados em nível nacional, que definam a prevalência populacional do RM (ou de qualquer outro transtorno mental). Assim sendo, temos que nos ater a dados organizados e coletados em outras realidades, o que, na prática, não deveria ser simplesmente transposto para o nosso meio<sup>12</sup>. Uma metanálise de 52 estudos (publicados de 1980 a 2009) produziu uma estimativa geral da prevalência de RM da ordem de 10,37 para cada 1.000 habitantes (1,04%), variando em função da classe econômica do país de origem, da faixa etária da população estudada e das peculiaridades dos aspectos metodológicos de cada estudo<sup>13</sup>. Contrariando o desejo das mentes mais politicamente corretas, o estudo também detectou altas taxas de prevalência do RM em países com baixa e média renda. Também foi evidente que os estudos de identificação de casos baseados na aplicação de avaliações psicológicas foram capazes de identificar uma maior prevalência de RM do que os que utilizavam instrumentos de rastreamento e sistemas de diagnóstico mais básicos, bem como do que os que se baseavam na avaliação de crianças e adolescentes (em detrimento dos adultos). A Tabela 1 mostra a prevalência da distribuição dos casos de RM em graus<sup>12</sup>.

<sup>d</sup> Popular abreviação do termo quociente de inteligência, que consiste em uma medida obtida por meio de testes desenvolvidos para avaliar as capacidades cognitivas (inteligência) de um sujeito, em comparação ao seu grupo etário. A medida do QI é normalizada para que o seu valor médio seja 100 e para que tenha um determinado desvio padrão. Corresponde à idade mental, dividida pela idade cronológica, multiplicada por 100 (IM/IC x 100).

Pediatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Médica assistente, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. Médica comissionada da Secretaria de Saúde junto ao Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica, Instituto da Criança do HC-FMUSP, São Paulo, SP. Pesquisadora voluntária, Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP.

**Tabela 1** - Classificação e distribuição do retardo mental proposta pelo Comitê de Experts em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde<sup>12</sup>

Grau de retardo	QI	Prevalência (%)
Profundo	0-20	5
Grave	20-35	} 20
Moderado	35-50	
Leve	50-70	75

QI = quociente de inteligência.

Portadores de RM apresentam uma prevalência de três a quatro vezes maior de transtornos mentais do que a população geral. Em alguns casos, pode haver uma etiologia compartilhada, comum ao RM e ao transtorno mental associado<sup>14</sup>. Todos os tipos de transtorno mental podem ser diagnosticados nessa população específica, sem evidências de alterações na natureza de um determinado transtorno por se manifestar em um indivíduo com RM de base<sup>15</sup>. Exemplos incluem: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (transtorno hipercinético segundo o CID-10), transtornos do humor, transtornos invasivos do desenvolvimento (transtornos do espectro do autismo segundo o DSM-5), transtorno de movimento estereotipado e transtornos mentais devido a uma condição médica geral<sup>14</sup>. Contudo, o diagnóstico de transtornos mentais comórbidos ao RM pode ser (e, na prática, é) prejudicado pelas peculiaridades de apresentação clínica em função da gravidade do RM concomitante (e por outras deficiências associadas).

Outro aspecto de especial relevância para o surgimento de sintomas comportamentais de monta nessa população é a institucionalizada negligência para com condições e doenças físicas que afetam essa população. Um estudo retrospectivo<sup>16</sup> incluindo 198 prontuários de casos de RM admitidos em enfermaria psiquiátrica (média de permanência de 17,6 dias) constatou que o maior número de diagnósticos clínicos se associou a mais dias de internação ( $p < 0.0001$ ). Também foi identificada uma correlação positiva entre o número de problemas clínicos e o número de substâncias psicoativas prescritas ( $p < 0.0001$ )<sup>e</sup>. A mais

frequente comorbidade clínica nesse estudo<sup>16</sup> foi a obstipação (em 60% dos pacientes,  $n = 118$ ), seguida de refluxo gastroesofágico (em 38%,  $n = 75$ ). Indivíduos mais velhos (obviamente) se correlacionavam a um aumento no número de problemas clínicos, mas o gênero do paciente e o grau do RM ou sua associação a um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo não tiveram um efeito detectável sobre as taxas de diagnósticos médicos (nem de medicações).

Em 13 dos admitidos, portadores de trissomia 21 (síndrome de Down), foram detectadas as maiores taxas de osteoartrite, problemas cardíacos, perda auditiva, hipotireoidismo e apneia do sono (quando comparados aos pares sem síndrome de Down), o que é plenamente compatível com a literatura sobre a síndrome. Além disso, muitos casos foram encaminhados para admissão psiquiátrica devido a comportamentos agressivos, disruptivos e autolesivos<sup>16</sup>. De fato, indivíduos com RM devido à síndrome de Down apresentam maior risco para o desenvolvimento de demência do tipo Alzheimer. As alterações patológicas do cérebro associadas com esse transtorno geralmente se desenvolvem à época em que esses indivíduos estão na casa dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência sejam evidentes apenas mais tarde<sup>17</sup>.

*O homem com retardo mental como portador de aumento de libido e pobre controle de impulsos se trata de pura mitologia, verificando-se (na grande maioria dos casos nos quais o ofensor é uma pessoa com RM) que o fato resulta mais de uma educação insuficiente ou inapropriada.*<sup>18</sup>

Uma revisão de trabalhos que investigaram a prevalência de transtornos mentais em crianças e/ou adolescentes com RM<sup>19</sup> (levantando artigos desde 1970) identificou nove estudos com condições metodológicas consideradas aceitáveis. Destes, quatro comparavam a prevalência de transtornos mentais entre grupos (com ou sem RM), e outros cinco traçavam uma estimativa das taxas de comorbidade psiquiátrica entre portadores de RM. Coletivamente,

(após psicotrópico...), mas não raro jamais será encaminhado para investigação de uma possível afecção clínica associada (e que pode ser a principal causa de seus distúrbios comportamentais).

<sup>e</sup> Este dado contribui para fundamentar minha experiência pessoal de que um portador de RM está (via de regra) fadado a receber psicotrópico

os autores identificaram taxas de comorbidade entre 30 e 50%, com um risco relativo associado entre 2,8 e 4,5. Segue desconhecida a associação da comorbidade psiquiátrica com a idade e o gênero do paciente, com a gravidade do RM e com *status* socioeconômico. O artigo conclui que a avaliação de comorbidades clínicas necessita ser componente fundamental e imprescindível nos serviços de atendimento a doentes mentais e a deficientes intelectuais<sup>19</sup>.

É bem difundido pela classe médica (e psiquiátrica) o mito de que portadores de RM estão protegidos de outros problemas mentais pelos seus déficits intelectuais. Também partimos frequentemente de outra premissa errada, a de que o indivíduo pode ou ter somente RM ou apresentar transtornos mentais, esquecendo que as duas categorias são absolutamente sobreponíveis. Também há sintomas psiquiátricos que são interpretados como decorrentes do RM<sup>15</sup>. Quadros do espectro da ansiedade, por exemplo, são bem comuns, baseados no fato de que o déficit intelectual aumenta as dificuldades educacionais e sociais associadas a experiências emocionais aversivas, a partir das quais se observa a ansiedade<sup>20</sup>.

O maior problema do psiquiatra frente ao RM e sua relação com outros quadros psiquiátricos é sua ignorância quanto aos aspectos cardinais que justificam o diagnóstico, o que faz com que o profissional não consiga identificá-lo de forma adequada, ficando limitado à sintomatologia decorrente do próprio déficit cognitivo, para então identificar outros sinais e sintomas psiquiátricos que se sobrepõem ao RM<sup>21</sup>.

*E não me assustem com o vosso bem-estar, com vossas riquezas, com a raridade da fome e a rapidez das vias de comunicação! Há riquezas porém menos força; não resta mais uma ideia agregadora; tudo amoleceu, tudo mofou e vai mofar! Todos nós mofaremos.<sup>1</sup>*

A autora informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Evelyn Kuczynski, Rua Borges Lagoa, 1080/908, CEP 04038-002, Vila Clementino, São Paulo, SP. E-mail: ekuczynski@uol.com.br

## Referências

1. Dostoiévski F (1869). O idiota. São Paulo: Editora 34; 2002.
2. Postel J, Quétel J. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 1994.
3. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Deficiência mental. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E, editores. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 253-73.
4. Leite LB, Galvão I. A educação de um selvagem. São Paulo: Cortez; 2000.
5. Malson L. Les enfants sauvages. Paris: Editora 10/18; 1964.
6. Nobécourt P, Baboneix L. Les enfants et les jeunes gens anormaux. Paris: Masson; 1939.
7. Kuczynski E. Retardo mental: detecção precoce. Rev Debates Psiquiatr. 2014;4:6-11.
8. Patto MHS. Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar. São Paulo: TA Queiróz; 1984.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.
10. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, et al. Intellectual disability: definition, classification, and system of supports. 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.
11. Krynski S. Deficiência mental. Rio de Janeiro: Atheneu; 1969.
12. World Health Organization (WHO). Mental retardation: meeting the challenge. Geneva: WHO; 1985.
13. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32:419-36.
14. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
15. Assumpção Jr FB. Aspectos psiquiátricos. In: Assumpção Jr FB, Sprovieri MHS. Deficiência

Pediatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Médica assistente, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. Médica comissionada da Secretaria de Saúde junto ao Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica, Instituto da Criança do HC-FMUSP, São Paulo, SP. Pesquisadora voluntária, Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP.

- mental: novos rumos. São Paulo: Memnon; 2000. p. 55-62.
16. Charlot L, Abend S, Ravin P, Mastis K, Hunt A, Deutsch C. Non-psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2011;55:199-209.
  17. Lott IT. Neurological phenotypes for Down syndrome across the life span. *Prog Brain Res.* 2012;197:101-21.
  18. Fegan L, Rauch A, McCarthy W. Sexuality and people with intellectual disability. Sidney: MacLennan & Petty; 1993.
  19. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil.* 2011;36:137-43.
  20. McNally RJ. Anxiety and phobias. In: Matson JL, Mulick JA. *Handbook of mental retardation.* 2nd ed. New York: Pergamon; 1991. p. 413-23.
  21. Kelley A, Palmer F, Askins KM. TDMHSAS Best practice guidelines. Intellectual disability and comorbid psychiatric disorders in persons under 22 years of age [Internet]. 2013 Feb 25 [cited 2015 Oct 12]. [https://www.tn.gov/assets/entities/behavioral-health/attachments/Pages\\_from\\_CY\\_BPGs\\_283-296.pdf](https://www.tn.gov/assets/entities/behavioral-health/attachments/Pages_from_CY_BPGs_283-296.pdf)