

RETARDO MENTAL: DETECÇÃO PRECOCE

MENTAL RETARDATION: EARLY DETECTION

Resumo: Este artigo se propõe a abordar a questão do retardo mental e sua detecção precoce, uma vez que tal processo determina a possibilidade de prevenção, assim como de abordagem terapêutica, reabilitação e prognóstico. O progressivo interesse da Saúde Mental brasileira pela questão do *continuum* autista vem se processando de maneira superficial, em detrimento da identificação e condução dos casos de retardo mental (muito mais frequentes). A detecção de casos de autismo cresceu dramaticamente nos EUA (de 1996 a 2007). Não se sabe quanto deste crescimento (ou todo ele) se deve a alterações na prevalência do autismo. A qualificação do psiquiatra (e de outros profissionais da Saúde) carece de intimidade com esta entidade clínica, tão variada e heterogênea. Atualmente são raros no Brasil os serviços multidisciplinares envolvidos na detecção precoce e capacitação de profissionais de Saúde nesta área de conhecimento.

Palavras-chave: retardo mental; diagnóstico.

Abstract: This paper aims to address mental retardation and its early detection, once such process dictates prevention, as well as therapeutic approaches, rehabilitation and outcome. In Brazil, mental health progressive interest on the autistic *continuum* quest has been processed at the expense of detection and care to subjects who has mental retardation (much more ubiquitous). Autism cases detection has dramatically grown in USA (1996 - 2007). It cannot be said how much of this growth (or all of it) is due to real autism prevalence changes. Psychiatrists' qualification (as well as other Health professionals') lacks intimacy to such an assorted and heterogeneous clinical entity. There are few multidisciplinary centers currently focused on early detection and Health professional capacitation in Brazil on this field of knowledge.

Keywords: mental retardation; diagnosis.

Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: ekuczynski@uol.com.br

Introdução

"Inteligência é a capacidade de realizar atividades caracterizadas por serem: a) difíceis; b) complexas; c) abstratas; d) econômicas; e) adaptáveis a um certo objetivo; f) de valor social; g) carentes de modelos; e para mantê-las em circunstâncias que requeiram concentração de energia e resistência às forças afetivas!"

Só muito recentemente a humanidade despertou (algum) interesse pela criança. Infanticídio era banal entre os antigos (Platão e Aristóteles, considerados arrojados para sua época, sugeriam tal solução em determinados contextos, como malformações congênicas...). O pai em Roma tinha direitos sobre a vida de sua prole. A ausência de leis que protegessem a integridade da criança fez o defensor de uma menina (brutalmente espancada) recorrer à "lei de prevenção de crueldade contra animais" em 1874. A Justiça de Nova Iorque (EUA) reconheceu que a criança pertencia ao reino animal, merecendo proteção contra os maus tratos (não havia qualquer associação similar em prol da criança nessa época)².

O interesse inicial pela infância foi "livrar-se de um problema". Na era medieval, surgem os primeiros asilos para os menores abandonados. O segundo Concílio Niceno (787 AD) cria hospícios de enjeitados destinados a recolher meninos sem-teto. As rodas de enjeitados (onde até o século passado bebês, deixados aos cuidados de religiosos, eram depositados anonimamente) surgem em Roma, junto ao Hospício do Espírito Santo³, logo populares por toda a Europa. O primeiro hospital (denominação para o local que recolhia os abandonados) surge em Milão (787 AD), e em 1419 surge a Ospedale degli Innocenti, com medalhões de terracota esmaltada retratando bebês suplicando auxílio⁴.

A preocupação com a criança é bem recente. A velha sociedade

*Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



“..via mal a criança e pior o adolescente”⁵, uma vez que a infância acabava quando do aparecimento das primeiras modificações físicas (prenúncio da puberdade), o que tornava o indivíduo um jovem, apto ao trabalho (ignorado e misturado aos demais adultos). Somente a partir do século XVII surge a escola, gradativamente substituindo a aprendizagem empírica (por observação do cotidiano adulto).

No século XVI, o padre beneditino Ponce de León realiza os primeiros ensaios sobre educação de surdos-mudos⁶. Em 1800, chega a Paris o indivíduo (mais tarde conhecido como “*L'enfant sauvage d'Aveyron*”^{7,8}) encontrado sobrevivendo, sem contato humano, em meio a bosques nos arredores de Saint-Serin, concomitantemente à publicação do *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, de Pinel. Seu atendimento por um especialista em surdos-mudos (Jean Itard) é considerado uma das primeiras abordagens médico pedagógicas centrada no desenvolvimento⁹.

No século XIX, Pereira instaura a educação sensorial (através da substituição da palavra pela visão e pelo tato), enquanto Pestalozzi funda um instituto de educação pedagógica (através do método intuitivo e natural) na Suíça. Seguin publica um livro sobre tratamento moral dos *idiotas* (denominação corrente dos deficientes intelectuais de então) e de outras crianças *retardadas*, apresentando seu método de educação e criando a primeira escola de reeducação em solo francês. Seria uma primeira equipe médico pedagógica a colaboração entre Seguin e o psiquiatra Esquirol (segundo Heuyer)⁶.

No início do século XX, Bourneville abre um verdadeiro centro médico pedagógico, reservado para os *retardados*. Paralelamente, Claparède institui no ensino público de Genebra as chamadas classes especiais, voltadas para o ensino a crianças com *retardo mental*. Junto com o neurologista Naville, cria o primeiro exame médico pedagógico, com critérios de admissão para os ingressantes da classe especial. A medida do raciocínio (ou atividade intelectual) teve início no final do século XIX e início do século XX, onde se destacam as contribuições de Francis Galton (1822 - 1911), Alfred Binet (1857 - 1911) e Charles Edward Spearman (1863 - 1945), precursores no estudo da medida da inteligência. Binet e Simon publicam a primeira escala de desenvolvimento da inteligência (em 1905)⁶, dado que a definição de inteligência (e sua quantificação) se encontra no bojo do estudo do retardo mental.

A diferença entre relatos anedóticos do século dezenove

até levantamentos populacionais mais amplos no século passado¹⁰ se baseou na emergência da escolarização quase universal. Uma vez que a maioria das crianças vive atualmente sob a vigilância de instituições e profissionais, as formas mais sutis de distúrbio (deveriam) passar a ser identificadas. No século vinte, a sociedade se deu conta da necessidade de lidar com as crianças *idiotas* (que até então demandavam assessoria asilar), formulando uma gama de termos sociais e clínicos para englobá-las¹¹.

Este artigo propõe se debruçar sobre a questão do retardo mental e sua detecção precoce, uma vez que tal processo determina a possibilidade de prevenção, assim como de abordagem terapêutica, reabilitação e prognóstico. Cumpre ressaltar que *retardo mental* prossegue sendo denominação atualizada e correta no Brasil, uma vez que (ainda) é o termo médico utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na tradução em língua portuguesa de sua 10ª Classificação Internacional das Doenças¹². Desta forma, termos como deficiência intelectual (apesar de corrente nas associações de pais e meios especializados) seguem não fazendo parte da nosografia psiquiátrica nacional.

Conceito

“Incapacidade de competir em termos de igualdade com indivíduos da mesma idade, sexo e grupo social”¹³

O retardo mental decorre de variadas etiologias distintas e pode ser visto como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do Sistema Nervoso Central¹⁴. Assim, Krinsky destaca que o retardo mental

“...não corresponde a uma moléstia única, mas a um complexo de síndromes que têm como única característica comum a insuficiência intelectual”¹³.

Desse modo, sua abordagem tem que ser realizada dentro de uma proposta multidimensional, que inclui dimensões biológicas, psicológicas e sociais⁵.

A OMS define o retardo mental como

“...a parada do desenvolvimento ou o desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados

essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente...¹²

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM5) revisa a definição de retardo mental na forma de deficiência intelectual (ou transtorno do desenvolvimento intelectual). Muda nome, impacto sobre o funcionamento do indivíduo e, a princípio, melhoram os critérios, a fim de encorajar uma abordagem mais compreensiva do paciente. O DSM-5¹⁶ passa a focar as condições do avaliado ao invés de uma abordagem multiaxial. O DSM-IV inseria o retardo mental no Eixo II, buscando garantir a inserção de prejuízos associados a outros transtornos mentais. Nesta nova edição, todos os transtornos mentais são alocados num único eixo, com igual peso.

A deficiência intelectual envolveria prejuízo das habilidades mentais gerais que provocam impacto no funcionamento adaptativo em três áreas (ou domínios), que determinam quão bem um indivíduo lida com as tarefas cotidianas: conceitual (habilidades de raciocínio, conhecimento, memória, linguagem, leitura, escrita, matemática, memória), social (empatia, julgamento social, comunicação interpessoal, habilidade em fazer e manter amizades), e prático (cuidado pessoal, responsabilidades, manejo monetário, recreação, tarefas escolares e trabalho)¹⁶.

Já o funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sociocultural e contexto comunitário específico. É influenciado por vários fatores (educação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais e transtornos mentais e condições médicas gerais) que podem coexistir. Os problemas na adaptação habitualmente são mais propensos a apresentar melhora com esforços terapêuticos do que o QI, que tende a permanecer como um atributo mais estável.

A identificação da deficiência intelectual não requer uma idade específica, mas os sintomas devem se iniciar durante o período de desenvolvimento e são diagnosticados com

base na gravidade dos déficits do funcionamento adaptativo, sendo considerado de curso crônico e coexistindo com outras condições, como o autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, depressão¹⁶.

Contrariando o preconizado por algumas correntes psicológicas em nosso meio, o DSM5 preconiza o emprego não só de avaliação clínica, mas também de testagem paramétrica da inteligência para o diagnóstico, priorizando a gravidade do funcionamento adaptativo ao índice isolado de quociente de inteligência (QI), enfatizando sua importância no processo diagnóstico (incluído na descrição textual da deficiência intelectual, como prova de que não está ultrapassado, com especial relevância em casos forenses), ainda que removidos dos critérios de diagnóstico, devendo ser incluído na avaliação¹⁶. A deficiência intelectual continua sendo considerada como um QI dois desvios-padrão abaixo da população, o que equivale a um nível de QI igual ou abaixo de 70¹³ (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação e distribuição do retardo mental¹³

Grupo	QI	(%)
Profunda	0-20	1-2
Grave	20-35	3-4
Moderada	36-50	10
Leve	50-70	85

Fatores etiológicos associados

Os fatores etiológicos podem ser primariamente biológicos ou primariamente psicossociais (ou alguma combinação entre ambos). Em aproximadamente 50% dos indivíduos avaliados em contextos clínicos, não é possível determinar qualquer etiologia para o Retardo Mental, apesar de extensos esforços de avaliação¹⁷.

Todas as crianças com retardo mental devem ter colhidos dados de uma anamnese completa e serem fisicamente examinadas, assim como passar por uma avaliação compreensiva do desenvolvimento e serem submetidas a um *screening* completo (audiológico e visual); ter os resultados do *screening* neonatal revistos; realizar um microensaio cromossômico (CMA), também conhecido em nosso meio como hibridação genômica comparativa por *arrays*¹⁸, a não

*Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ser que se suspeite de uma síndrome específica baseada em características fenotípicas e diagnosticadas por uma testagem específica^{19,20}.

Se o CMA não estiver disponível, então um cariótipo com banda G é um substituto apropriado. Também se prefere a cariotipagem para pacientes com síndromes cromossômicas óbvias (como a Síndrome de Down), história familiar de rearranjo cromossômico ou história de múltiplos abortos, como estabelecido nos consensos¹⁹.

Didaticamente, costuma-se classificar as causas associadas ao retardo mental pela fase de incidência do agravo que o provoca em fatores pré-, peri- e pós-natais. São considerados fatores perinatais aqueles que incidem desde as 22 semanas de gestação (154 dias de vida intrauterina, época em que o peso do nascituro corresponde a aproximadamente 500g) até os primeiros sete dias de vida. É denominado de período neonatal as primeiras quatro semanas (28 dias) de vida após o parto²¹.

O Quadro 2 resume as principais entidades classificatórias da relação de condições (pré-, peri- e pós-natais) associadas ao retardo mental²².

Quadro 2: Classificação de etiologias associadas ao retardo mental²²

I. Pré-natal (35% dos casos)

- a) fatores genéticos (cromossômicos/ gênicos)
- b) ambientais (infecções/ nutricionais/ físicos/ imunológicos/ intoxicações/ endocrinológicos/ hipoxia)

2. Peri-natal (em torno de 10%, com importante correlação com os índices de desenvolvimento humano da área populacional estudada)

- a) anoxia
- b) traumatismos
- c) prematuridade

3. Pós-Natais (5%)

- a) infecções
- b) traumatismos cranioencefálicos
- c) fatores (químicos, físicos, nutricionais) e privações diversas

4. Influências ambientais e outros transtornos mentais (aproximadamente 15-20%).

Estes fatores incluem privação de afeto e cuidados, bem como de

estimulação social, linguística e outras, e transtornos mentais graves.

Uma abordagem prospectiva acompanhando um protocolo escalonado em 281 portadores de atraso cognitivo sem explicação foi utilizado para buscar possibilidades diagnósticas. Foram necessários procedimentos diagnósticos complexos, fruto de uma abordagem multidisciplinar. Um terço teve diagnóstico estabelecido apenas embasado na anamnese e no exame físico; para outro terço, a anamnese e o exame físico forneceram questões essenciais para nortear a investigação complementar; apenas um terço teve seu diagnóstico estabelecido apenas pelos exames complementares. A possibilidade de alcançar um diagnóstico não depende da gravidade do retardo mental. Num centro de atendimento terciário, um diagnóstico pode ser estabelecido em um a cada dois pacientes²³. A anamnese e o exame físico são os mais importantes instrumentos para se atingir um diagnóstico.

Quadro 3: Dados de anamnese e exame físico direcionados para a investigação do retardo mental

gestação e parto
DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor)
morbidades
abortos prévios
idade dos pais
consanguinidade do casal
irmãos (ou parentes) afetados
exame físico: malformações
investigação complementar (quando pertinente).

Importante destacar-se também a importância da pesquisa de erros inatos do metabolismo²⁴ na investigação de atrasos ou regressões do desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

Quadro 4: quando suspeitar de um erro inato do metabolismo ou de uma heredodegeneração²⁴?

- 1) moléstias hereditárias na família;
- 2) característica congênita (manchas hipo- ou hiperocrômicas, etc.);
- 3) surgimento de convulsões no período neonatal;
- 4) síndrome de West (hypsarrítimia) nos dois primeiros meses de vida;
- 5) dificuldade em se alimentar e crescer (bebê irritadiço, choroso, que dorme pouco...);
- 6) crises de acidose metabólica;
- 7) perímetro cefálico menor que 32cm ou maior que 37cm (ao nascimento);
- 8) baixo peso (pode ser fator de risco);
- 9) hipotonia congênita.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

EVELYN KUCZYNSKI*

ARTIGO

Conclusões

Apesar do progressivo interesse da Saúde Mental brasileira pela questão do *continuum* autista, tal movimento vem se processando de maneira superficial, em detrimento da identificação e condução dos casos de retardo mental (muito mais frequentes na população), sendo estes ubíquos em qualquer grupo (étnico, social ou cultural) do planeta. Como se não bastassem distorções ideológicas que professam ser a deficiência *sensu lato* uma mera “construção do social”! A detecção de casos de autismo por 1000 crianças cresceu dramaticamente nos EUA de 1996 a 2007 (Figura 1). Não se sabe quanto deste crescimento (ou todo ele) se deve a alterações na prevalência do autismo^{25,26}.

A formação do psiquiatra (e de outros profissionais da Saúde) vem carecendo cada vez mais de intimidade com esta entidade, tão variada e heterogênea, retratada pelos artistas de várias eras e reconhecida pela Medicina desde a Antiguidade. São raros no Brasil (paulatinamente esvaziados e, a seguir, extintos) os serviços transdisciplinares envolvidos na detecção precoce e capacitação de profissionais de Saúde nesta área de conhecimento.

Cabe aos especialistas e formadores de opinião estimular o interesse e conhecimento a respeito desta condição clínica, cujo impacto e prognóstico justifica todos os esforços no sentido de sua prevenção, identificação precoce e reabilitação/inclusão.

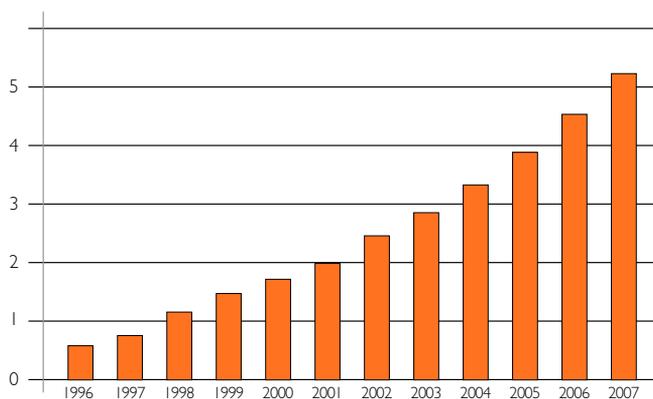


Figura 1: Evolução da prevalência anual de diagnósticos (por 1.000 habitantes) de transtornos do espectro autista nos EUA (Fombonne, 2009).

Não há conflito de interesse nem fonte de financiamento.

Correspondência: Evelyn Kuczynski

R. Borges Lagoa 1080 conj. 908

04038-002 – São Paulo – SP

ekuczynski@uol.com.br

Referências

1. Stoddard GD. The meaning of intelligence. New York, NY: Macmillan, 1943.
2. Lippi JRS. A criança maltratada. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E (Eds). Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência (1ª Edição). São Paulo: Atheneu, 2003;549-67.
3. Gesteira M. Puericultura. Rio de Janeiro: Panamericana, 1943, p. 13.
4. Martins RM, Campos Jr D. Introdução – História da Pediatria brasileira. In: Lopez FA, Campos Jr D (Orgs.) Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria (2ª Edição). Barueri, SP: Manole, 2010; xiii-xxxi.
5. Ariés P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
6. Ajuriaguerra J. História e origens da Psiquiatria Infantil. In: Manual de Psiquiatria Infantil (2ª Edição, revista e ampliada). São Paulo: Masson, s/d; 3-16.
7. Leite LB, Galvão I. A educação de um selvagem. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.
8. Malson L. Les enfants sauvages. Paris: Ed. 10/18, 1964.
9. Postel J, Quétel J. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Paris: Dunod, 1994.
10. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. Psychol Med 1976;6:313-32.
11. Neve M, Turner T. History of Child and Adolescent Psychiatry. In: Rutter M, Taylor E (Eds.) Child and Adolescent Psychiatry (4th Edn.). Oxford, UK: Blackwell Science, 2002: 382-95.
12. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. Krynski S. Deficiência Mental. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1969.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Text Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
15. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Deficiência mental. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E. (Eds.) Tratado de Psiquiatria

*Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

da Infância e Adolescência (2a Edição). São Paulo: Atheneu, 2012: 253-73.

^{16.} American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2012.

^{17.} Rauch A, Hoyer J, Guth S, Zweier C, Kraus C, Becker C, Zenker M, Huffmeier U, Thiel C, Ruschendorf F, Numberg P, Reis A, Trautmann U. Diagnostic yield of various genetic approaches in patients with unexplained developmental delay or mental retardation. *Am J Med Genet A* 2006;1140:2063-74.

^{18.} Kulikowski LD. Comunicação pessoal, 2013.

^{19.} Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, Majnemer A, Noetzel M, Sheth RD; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2003;11;60:367-80.

^{20.} Miller DT, Adam MP, Aradhya S, Biesecker LG, Brothman AR, Carter NP, Church DM, Crolla JA, Eichler EE, Epstein CJ, Faucett WA, Feuk L, Friedman JM, Hamosh A, Jackson L, Kaminsky EB, Kok K, Krantz ID, Kuhn RM, Lee C, Ostell JM, Rosenberg C, Scherer SW, Spinner NB, Stavropoulos DJ, Tepperberg JH, Thorland EC, Vermeesch JR, Waggoner DJ, Watson MS, Martin CL, Ledbetter DH. Consensus statement: Chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies. *Am J Hum Genet* 2010;86:749-64.

^{21.} Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Sistema único de Saúde). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>

^{22.} Assumpção Jr FB, Sprovieri MHS. Introdução ao Estudo da Deficiência Mental. São Paulo: Memnon, 2000.

^{23.} Van Karnebeek CD, Scheper FY, Abeling NG. Etiology of mental retardation in children referred to a tertiary care center: a prospective study. *Am J Ment Retard* 2005;110:253-67.

^{24.} Diament A. Erros inatos do metabolismo e deficiência intelectual. *Revista DI* 2012;2:4-11.

^{25.} Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Ped Res* 2009;65:591-8.

^{26.} Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:151-61.