



A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL EM DEBATE: DO CONCEITO AO DIAGNÓSTICO

Antonio Luiz da Silva¹
Heloisa de Freitas Pacífico²
Patrícia Simplício da Silva³
Karla Alves Carlos⁴
Ana Maria Andrade de Meneses⁵
Tarcisio Almeida Menezes⁶
Rodrigo Souza da Silva⁷

RESUMO

Reconhece-se que a Deficiência Intelectual – DI tem sido muito discutida na literatura especializada dos transtornos do neurodesenvolvimento. Contudo, ainda é possível observar muitas ambiguidades conceituais e até equívocos no processo de diagnósticos desse transtorno. Como a DI geralmente surge em idade escolar, é possível que ela seja confundida e classificada erroneamente como sendo um transtorno de aprendizagem. Da mesma maneira, a dificuldade escolar pode ser interpretada de forma equivocada como sendo deficiência intelectual. Neste ensaio toma-se como objetivo discutir os pilares norteadores para o entendimento da DI. Serão apresentados o conceito, a prevalência, a etiologia da deficiência intelectual, bem como a presença de comorbidade nesse grupo. Serão discutidos, de forma mais detalhada, os três critérios essenciais para o estabelecimento do diagnóstico de DI.

Palavras-chave: Deficiência; Cognição; Diagnóstico.

¹ Licenciatura e Formação de Psicólogo pela UEPB – Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado em Antropologia - UFPB – Universidade Federal da Paraíba. Doutorado em Psicologia - UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Trabalhador da FUNAD – Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência e do ICPAC – Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha. João Pessoa – PB. tonlusi@hotmail.com.

² Graduada em Psicologia, Mestra e doutoranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela UFPB – Universidade Federal da Paraíba. Aperfeiçoamento em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo USP-Ribeirão Preto. Psicóloga da FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência – João Pessoa- PB. helopacifico@hotmail.com.

³ Graduada em Psicologia pelo UNIPÊ/PB – Centro Universitário de João Pessoa de João Pessoa. Especialista em Psicologia Positiva pelo CINTEP – Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa, Faculdade Nossa Senhora de Lourdes. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio – EAD- Instituto Vita Alere- São Paulo- SP. Psicóloga na FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência- João Pessoa-PB. Psicóloga em consultório particular em João Pessoa-PB. patricia.pb@hotmail.com.

⁴ Licenciatura em Psicologia e Formação de Psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Psicóloga da FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência em João Pessoa – PB. kalcarlos@gmail.com.

⁵ Graduada em Psicologia pelo UNIPE – Centro Universitário de João Pessoa. Especialista em Psicologia Social. Supervisão em Psicologia Escolar e Psicodiagnóstico. Psicóloga da FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência em João Pessoa – PB. ana.andrade.menezes@gmail.com.

⁶ Graduado em Psicologia; Mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela UFPB – Universidade Federal da Paraíba. Assessor Especial da FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência. João Pessoa – PB. tarcisio.ufpb@gmail.com.

⁷ Graduado em Fisioterapia pela UFPB - Universidade Federal da Paraíba. Graduado em Direito pela Faculdade Internacional da Paraíba. Especialista em saúde pública. Servidor público no setor médico da Assembleia Legislativa da Paraíba. drigofisio@gmail.com.



ABSTRACT

Intellectual disability has been very well discussed in the specialized literature on neurodevelopmental disorders. However, it is still possible to observe many conceptual ambiguities and even mistakes in the diagnostic process of this disorder. As intellectual disability usually starts at school age, it is possible that it can be confused and misclassified as a learning disorder. In the same way, school difficulties can be misinterpreted as an intellectual disability. This essay aims to discuss the guiding pillars for the understanding of intellectual disability. The concept, prevalence, etiology of intellectual disability, as well as the presence of comorbidity in this group will be presented. The three essential criteria for establishing the diagnosis of Intellectual Disability will be discussed in more detail.

Key-words: Disability; Cognition; Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

Como se encontra registrado no artigo segundo da Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), em sintonia com o movimento internacional, pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo. Esse impedimento pode ser de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Além disso, esse impedimento deve ser observado não na pessoa de modo particularizado, mas na interação da pessoa real com uma ou mais barreiras concretas no convívio social. Para o referido documento, barreira é qualquer entrave ou obstáculo. Essas barreiras podem ser físicas, materiais ou comportamentais externas que venham a obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A partir do entendimento acima mencionado, observa-se que a deficiência não se limita a algo voltado apenas para si, mas também concernentes às interações estabelecidas com o entorno. Esse argumento compreende a deficiência como algo amplo, e sua relação na direção funcional, como bem mencionado: ‘um conceito em evolução’ (FERREIRA & SOUZA, 2016). O documento oficial (BRASIL, 2015) parece indicar, se esta interpretação não estiver equivocada, que algumas condições exigidas devem se apresentar juntas e com prejuízos. Assim o dano, a lesão, a variedade de barreiras, impedimentos e a interação, prejudicando a participação da pessoa na vida como um todo devem ser considerados.

Refletindo a criação de um protocolo para avaliação da deficiência física para a FUNAD, bem dentro de um modelo médico/social, observaram Fabrício Junior e Silva (2018, p. 38): “[...] o entendimento da deficiência parte da existência de alterações de algumas habilidades que são caracterizadas por restrições ou lesões”. Seguindo o entendimento dos autores acima citados, observando palavras tais como alterações, restrições, lesões, para que uma deficiência seja constatada, especialmente no que tange à avaliação física, é necessário que algo, algum órgão, algum tecido, algum funcionamento esteja alterado, lesado, danificado, disfuncional e que apresente restrição. E isso é tangível como primeiro critério para a parte física.

Porém, ao que tudo indica, nem sempre esse primeiro enquadre objetivo, preciso, é fácil de ser feito. Pode ter, ao que tudo indica, uma lesão que não traga, na interação, elementos de disfuncionalidades. É preciso que haja prejuízo. Como se mede o prejuízo em cada caso? Quais seriam os danos, as lesões e os impedimentos que poderão ser considerados válidos como causadores de prejuízos no momento da avaliação da deficiência?



Assim, os pensadores acima citados seguem destacando algo mais complicado no entendimento da deficiência. Para eles “O que não existe, é um consenso sobre quais variações nas habilidades e funcionalidades caracterizam as deficiências. Existem pessoas com lesões e que não experimentam a deficiência; assim como pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes” (FABRÍCIO JÚNIOR & SILVA, 2018, p. 38). Os autores parecem dizer que mesmo tendo alguma lesão constatável aquelas pessoas não são prejudicadas pelas barreiras? E existem pessoas com expectativas de que tem lesões e por isso já se acham deficientes? Não se trata de algo simples e dado, é necessário entender e observar a complexidade cada pessoa apresenta no seu relato existencial.

De qualquer forma, como fazer uma aplicação dessa reflexão para o campo da DI - Deficiência Intelectual? Quando é que se pode constatar um dano intelectual, um prejuízo cognitivo? Quando será possível observar as disfuncionalidades frente às barreiras concretas ou atitudinais ao redor do sujeito avaliado em interação social?

Frequentemente pessoas que apresentam insuficientes rendimentos escolares, que não aprendem no tempo esperado, que apresentam atrasos cognitivos, que têm perdas declaradas ou atrasos diversos tanto na aprendizagem quanto no desenvolvimento motor ou adaptativo recorrem ou são encaminhadas por autoridades competentes à avaliação para a obtenção de diagnóstico nos serviços especializados (SILVA, MENEZES & NÓBREGA, 2018). Não são todas, obviamente, pessoas com DI, mas pessoas para as quais a escola tem perguntas: por que não aprendem ou não se desenvolvem como as demais, no tempo esperado para as suas faixas etárias?

Como bem entendeu Duarte (2018, p. 21): “Não é tarefa fácil diferenciar DI leve com transtornos de aprendizagem e, geralmente, as queixas mais frequentes dos pais para o pediatra são atraso na fala, baixo rendimento escolar e alterações no comportamento”. Mas, atraso no desenvolvimento? Qual? De que ordem? Baixo rendimento escolar? Alterações no comportamento? Seriam esses elementos suficientes para uma investigação de DI?

De qualquer forma, a deficiência intelectual existe. Ela está registrada na literatura há séculos. Mas nem todo tipo de queixa nessa direção irá desaguar na indicação de avaliação para DI. Portanto, é importante que o(a) avaliador(a) saiba diferenciar qual é o prejuízo esperado para que um indivíduo seja considerado pessoa com DI.

Como frequentemente o maior público que recorre à avaliação é formado por crianças em idade escolar, faz-se necessário separar, no conjunto dos prejuízos escolares relatados, momentos de dificuldade de aprendizagem, situações de claros transtornos de aprendizagem e realidades que apontam para DI. Como tem sido esclarecido pelos autores desse campo, a dificuldade escolar tem frequentemente uma alteração externa ao sujeito que interfere na aprendizagem. No distúrbio ou transtorno de aprendizagem existe sempre uma alteração importante interna ao sujeito provocando um desajuste intenso ou permanente nas estruturas normais do aprender. Vale enfatizar que tanto na dificuldade escolar quanto no transtorno de aprendizagem a inteligência encontra-se completamente preservada (FONSECA, 2016; OLIVEIRA, ZUTIÃO, MAHL, 2020). Quando se pensa dificuldade escolar, transtorno de aprendizagem e DI é importante lembrar que as três ocasiões não podem e não devem ser confundidas. Somente na DI os prejuízos são globalizados, e as discrepâncias apresentadas são resultados de danos cognitivos e estes se enquadram no diagnóstico de DI.



2 CONCEITO DE DI

A deficiência intelectual é um transtorno do desenvolvimento que traz consequência para a vida do sujeito e para a vida de sua família. A mais importante associação de pessoas com Deficiência Intelectual, a AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, como informam Ke e Liu (2015, p. 2): “[...] descreve a DI como caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade”.

A lógica acima também parece ter sido seguida pelo DSM-5 (2014). Para ele, a DI é um transtorno típico do desenvolvimento e seu critério para a constatação de surgimento pode, inclusive, anteceder ao nascimento, mas seu critério de término permanece nos 18 anos. Esse transtorno se faz perceptível em déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Dentro dos déficits nas funções intelectuais, o referido instrumento alude a limitações ou déficits em raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência.

O domínio conceitual está relacionado com habilidades de aprendizagem (leitura, escrita, matemática, raciocínio, memória, conhecimento), o domínio social refere-se à habilidades interpessoais, tais como: julgamento social, empatia, comunicação interpessoal e relações sociais e o domínio prático envolve a realização das atividades básicas da vida diária (cuidado pessoal), organização e planejamento das atividades do trabalho e escola, lazer e manuseio de dinheiro. (NASCIMENTO, 2015)

Ideias tais como: ‘estado de redução notável do funcionamento intelectual’, desenvolvimento intelectual insuficiente, ‘funcionamento significativamente abaixo da média’, ‘limitações adaptativas’, ‘carência de suporte na vida diária’, ‘dificuldade de responder às demandas da vida social’, dentre outras, são explicações associadas à definição de DI (FREITAS, SOARES & PEREIRA, 2010, DUARTE, 2018).

Para Silva, Menezes e Nóbrega (2018, p. 67): “Na pessoa com deficiência intelectual o funcionamento cognitivo, via de regra, é lento. Antigamente se chamava retardo mental, atraso mental. As expressões eram pesadas, mas representavam bastante o peso e o significado da questão”. Mesmo que não se tenha problema em aceitar a nova nomenclatura, observa-se que a explicação a partir da terminologia própria perdeu-se um pouco.

O relato de vida na deficiência intelectual, quando bem feito, parece confirmar a conceituação, levando à constatação de um atraso global na existência inteira da criança. As aquisições são tardias e dificultosas, destoando consideravelmente da realidade do grupo de pares que se encontra em seu entorno.

Vale ressaltar que os prejuízos cognitivos devem ser constatados e confirmados tanto pela avaliação clínica, pela anamnese, pelo levantamento da história de vida e história escolar quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados (SILVA & COELHO, 2014; FREITAS, SOARES & PEREIRA, 2010; SCHWATZMAN & LEDERMAN, 2017).

Assim como nos prejuízos cognitivos, as limitações nas funções adaptativas também devem confirmar a conceituação, pois precisam ser evidenciadas e elencadas em limitações e fracassos cotidianos, especialmente, quando o sujeito precisa atingir padrões de desenvolvimento típicos de sua faixa etária. É necessário também que seu desenvolvimento



esteja em discrepância em relação àquilo que é preconizado no seu âmbito sociocultural no tocante à independência pessoal, à autonomia diária e à responsabilidade e atribuições sociais. Os déficits em funções adaptativas podem ser constatados tanto na avaliação clínica quanto nos relatos comparativos e/ou por meio de instrumentos padronizados (FERREIRA & VAN MUNSTER 2015; GUSMÃO, MATOS, ALCHIERI & CHIANCA, 2019; HONORA & FRIZANCO, 2008).

3 PREVALÊNCIA E ETIOLOGIA NA DI

A estatística da DI apresenta importantes curiosidades. Para Monteiro e Arruda Neto (2018, p. 02): “O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo demográfico de 2010, descreveu que 1,4% da população residente no país apresenta deficiência mental ou intelectual”. Completando a informação com dados, conforme Frederico e Laplane (2020, pp. 465-466): “A deficiência intelectual foi autodeclarada por 1,4% (2.611.536) da população”. Para as referidas autoras: “Mesmo considerando-se que os dados do censo são autodeclarados ou declarados por um morador do domicílio – por leigos ou não especialistas –, chama atenção o número de pessoas com deficiência intelectual no Brasil”(FREDERICO & LAPLANE, 2020, pp. 465-466).

Assim como a distribuição da inteligência, também a prevalência na distribuição da DI se dá de forma bastante diferenciada. Por exemplo, acredita-se que 85% das pessoas diagnosticadas com DI são pessoas com DI leve (COQUETI, 2011). E como relata Schwartzman (2013, p. 253): “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 profunda”. Esse dado, por si, merece cuidado e atenção.

De onde vem a DI, o que a origina? A DI é um transtorno multicausal. Para aumentar a complicação, como destaca Cunha (2015, p. 20): “Em até 60% dos casos de crianças com DI não se consegue estabelecer claramente o que causa a deficiência”. Então, ao que parece, afirmar que a DI é um transtorno multifatorial implica pensar que esse transtorno não é originário de uma causa apenas, mas sim decorrente de diferentes variáveis biológicas, genéticas, sociais e ambientais. Além disso, está dito pela estatística que, para a maioria dos casos, ainda não é possível saber de onde vem, nem o que pode causar DI.

Nas tentativas de encontrar as causas originárias da DI os autores têm observado que elas podem ser orgânicas, genéticas e/ou socioculturais (KE & LIU, 2015), ou resultante de fatores biológicos, sociais, comportamentais ou educacionais (CUNHA, 2015).

Como se trata de um transtorno que costuma aparecer em momentos precoces da vida humana, os pesquisadores também costumam suspeitar de que seu surgimento pode ocorrer em diferentes períodos do desenvolvimento humano: pré-natais, perinatais, pós-natais (KE & LIU, 2015; SCHWATZMAN & LEDERMAN, 2017; DUARTE, 2018).

De acordo com Nascimento (2015), às causas pré-natais estão associadas às doenças genéticas e anomalias cromossômicas, exposição a agentes ambientais, doenças gestacionais (rubéola, toxoplasmose, sífilis), malformações cerebrais, tais como: hidrocefalia, agenesia do corpo caloso; as causas perinatais podem ser devidas à prematuridade, hipóxia, infecções do Sistema Nervoso Central, hemorragias intraventricular. Já as causas pós-natais são oriundas de possíveis doenças originadas do SNC (tumor, hemorragia, epilepsia, doenças



desmielinizantes, traumatismos cranianos, desnutrição), além disso, podem estar implicados os fatores de vulnerabilidade socioeconômica que podem acarretar consequências cognitivas e funcionais.

Em suma, antes de ser humano nascer ele pode ser vítima de um evento fortuito que pode desencadear DI. Daquilo que também tem sido observado, acidentes de parto podem desencadear sequelas compatíveis com DI. Da mesma forma, após nascido, a carência de certa substância no organismo pode ser desencadeadora de uma disfunção cognitiva.

Um grupo importante de pesquisadores têm constatado que a investigação genética tem avançado na compreensão de causas da DI. Dentro do grupo mais pesquisado pela genética estão os grupos que têm síndromes definidas como base anterior à DI. (COQUETTI, 2011; CUNHA, COSTA & SILVA, 2012). É necessário ainda esclarecer que dizer que na DI existe uma causa genética, nem de longe está se cogitando a possibilidade dela ser hereditária. Dentre as síndromes genéticas associadas à DI podem ser citadas: Síndrome do X-Frágil, Síndrome de Rett, Síndrome de Down (Trissomia 21), Síndrome de Turner, Síndrome de Sotos, Síndrome de Angelman, dentre outras.

4 COMORBIDADES E DI

Nem sempre a DI aparece sozinha na vida dos sujeitos atingidos por esse transtorno do desenvolvimento. Quando melhor avaliada, tendo sido comum a existência de uma ou mais comorbidades associadas à DI. Geralmente ocorre uma maior prevalência de transtornos neuropsiquiátricos, paralisia cerebral, epilepsia e alterações orgânicas em pessoas com DI.

Em conjunto com outros transtornos do neurodesenvolvimento, a DI tem sido constatada com outros subtipos, a saber: 4-11% (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), 5% (Transtorno do Espectro Autista), Transtornos de Linguagem, Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade e Depressão e Transtornos Comportamentais (NASCIMENTO, 2015).

As pessoas com DI associadas a outras comorbidades podem ter mais prejuízos tanto cognitivos quanto funcionais e dessa maneira precisam de maior suporte dos cuidadores para realizarem suas atividades da vida diária, experimentando mais dificuldade em habilidades adaptativas. Por isso, faz-se importante o diagnóstico das comorbidades, tendo em vista possíveis intervenções precoces, tais como a indicação de psicoterapia, farmacoterapia, estimulação cognitiva etc.

5 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DI

Como deve ser feito o diagnóstico da DI? Segundo Melo et al. (2018, p. 75): “O diagnóstico de DI é eminentemente clínico, baseado no reconhecimento de déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento”. Explicando um pouco mais e complementando o conteúdo acima referido, para Duarte (2018, p. 18): “A deficiência intelectual (DI) é uma condição clínica caracterizada por limitações evidentes no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, este último expresso como habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas e as limitações devem estar presentes antes dos 18 anos”. É importante que se chame a atenção para os três componentes que estão



embutidos nas definições porque eles funcionam como critérios claros na hora do estabelecimento do diagnóstico.

Embora os(as) avaliadores(as), sobretudo os(as) médicos(as) possam solicitar exames especializados em neuroimagem e em genética (DUARTE, 2018), do que se depreende da literatura especializada, convém mencionar que o diagnóstico em DI ainda é uma decisão clínica. Aliás, é bom que fique bem estabelecido: todo diagnóstico é clínico, mesmo quando auxiliado por um conjunto de ferramentas com maior ou menor grau de sofisticação e precisão científica.

Como se pode notar pelas duas citações acima trazidas, o diagnóstico de DI se ancora em três critérios que precisam ser observados na hora do seu estabelecimento. Abaixo eles serão um pouco mais detalhados.

Primeiro Critério

O primeiro critério dessa tríade avaliativa diz respeito à capacidade cognitiva direta. Esse critério, frequentemente, está descrito como déficits intelectuais ou limitações no funcionamento intelectual. É necessário que se constate que o funcionamento cognitivo encontra-se danificado, prejudicado, alterado, funcionando de modo lento ou com importante atraso. O funcionamento intelectual (raciocínio, resolução de problemas, funções executivas, aprendizagem, dentre outros processos cognitivos) do sujeito com DI precisa estar significativamente em discrepância com a média populacional de referência para o sujeito avaliado.

Esse primeiro critério do diagnóstico necessita ser bem discutido e entendido por toda pessoa que ocupa função em grupo de triagem e avaliação. Quando é que a capacidade cognitiva encontra-se danificada? De onde vem esse critério essencial no diagnóstico de DI? Ele advém da constatação de que é a inteligência quem conduz a vida de qualquer ser humano. Ele é oriundo também da percepção de que algumas pessoas agem de modo prejudicado, que não conseguem estabelecer o pensamento de modo correto, que não tem satisfatória agilidade mental, que frente a abstrações não avançam, que costumam agir de modo inocente e pueril, tendo dificuldade ou importante limitação para a compreensão de conceitos.

Pessoas com capacidade cognitiva prejudicada, dependendo da severidade, vão sempre ter dificuldade para tomar decisões sobre suas vidas com base em critérios racionais claros. Muitas delas nunca desenvolvem noções de autonomia no planejamento e nas deliberações de suas existências. Essas pessoas, muito frequentemente, podem não conseguir compreender regras na vida social, não percebendo as sutilezas do cotidiano. E muitas delas podem se deixar ludibriar, se expondo a situações bastante danosas para si.

Faz-se necessário, portanto, compreender/apreender/dominar com segurança os caminhos e critérios que podem levar quem avalia a essa percepção. Como é que o(a) avaliador(a), detecta uma capacidade cognitiva significativamente prejudicada? Inicialmente pelo relato e pela observação direta. Porém, para que se tenha segurança científica, além da avaliação clínica é necessário e imprescindível o uso de medidas padronizadas (testes psicométricos). Alude-se aqui à obrigatoriedade do uso de testagem da inteligência. De acordo com Storniolo, Gimenes, Costa e Melo (2011, p. 376): “O funcionamento intelectual é objetivamente avaliado por meio de testes psicométricos de inteligência, conhecidos como



testes de Quociente de Inteligência (QI)”. E embora os testes de inteligência não se reduzam a medidas de QI, como indicado por Oliveira (2014, p. 18): “[...] são a fonte primária para avaliação das habilidades cognitivas dos indivíduos com suspeita de DI. Estes consistem em um grupo definido de questões que objetivam avaliar diferentes habilidades verbais, capacidade de abstração e de raciocínio lógico”.

Além das considerações supracitadas, é importante também que o(a) avaliador(a) no processo de avaliação da DI investigue a eficiência intelectual individual dos processos cognitivos de atenção, funções executivas (planejamento, resolução de problemas, controle inibitório, capacidade de abstração, velocidade de processamento), habilidades visuoperceptivas, visuoespaciais e visuoespaciais, linguagem, memória, habilidades acadêmicas, mas também o funcionamento das habilidades da vida diária e do domínio afetivo-emocional (PADOVANI & JÚNIOR, 2021). Existe uma variedade satisfatória de teste de inteligência autorizado e regulamentado pelo Conselho Federal de Psicologia. Sugere-se que cada avaliador(a) tome ciência deles investigando-os a partir do SATEPSI.

Segundo Critério

O segundo critério da trindade avaliativa para DI refere-se às limitações significativas no funcionamento adaptativo. Como mostram Storniolo, Gimenes, Costa e Melo (2011, p. 376): “O comportamento adaptativo, por sua vez, é definido como o conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida cotidiana”. Pois, como indicaram também Gusmão, Matos, Alchieri e Chianca, (2019, p. 01): “Entende-se que as pessoas com DI geralmente têm dificuldades relativas às habilidades adaptativas sociais, demonstrando problemas de comportamentos sociais”. Porém, só serve como indicativo complementar para o diagnóstico de DI o comportamento adaptativo disfuncional em pelo menos 02 áreas de habilidades necessárias estabelecidas pela literatura. “Essas habilidades podem ser divididas em áreas: (1) comunicação, (2) autocuidados, (3) vida doméstica, (4) habilidades sociais/interpessoais, (5) uso de recursos comunitários, (6) autossuficiência, (7) habilidades acadêmicas, (8) trabalho, lazer, saúde e segurança” (STORNILO, GIMENES, COSTA & MELO, 2011, p. 376).

É também verdade que esse segundo critério não pode estar desatrelado ao primeiro. É preciso ter em mente o que cada habilidade representa. O(a) avaliador(a) deve, obrigatoriamente, perguntar de onde vem a disfuncionalidade na adaptabilidade cotidiana daquele sujeito antes de aceitar que determinada habilidade encontra-se prejudicada e que a causa na inabilidade é um funcionamento cognitivo deteriorado.

A funcionalidade em habilidade adaptativa deve também levar em conta o padrão etário. Quando se fala de prejuízos nas habilidades adaptativas, faz-se necessário que o(a) avaliador(a) tenha segurança teórica e prática a respeito dos marcos esperados para cada etapa do desenvolvimento. É bom saber que cada criança tem desenvolvimento em tempo diferente, mas que também não é possível confiar numa elasticidade a-temporal ou com distanciamento infinito.

É, portanto, preciso que o avaliando seja olhado em sua globalidade. Ou se trata, por exemplo, de uma criança que age de modo criativo em todos os aspectos, que avança em diversas aquisições, que não apresenta outras discrepâncias em relação ao grupo de pares, tendo entrave apenas nas aquisições escolares, muito provavelmente esse prejuízo não estará apontando para DI. Aliás, imagine-se que nem sempre os prejuízos nas habilidades



acadêmicas são resultados de inteligência prejudicada ou significativamente abaixo da média. Prejuízos em autocuidado nem sempre significam cognição disfuncional. Podem ser apenas falta de treino, falta de aprendizado. Além disso, como o conceito de deficiência é um conceito em interação, há que se perguntar se o prejuízo afeta a participação do sujeito em situações da vida ordinária.

Como avaliar, mensurar, quantificar, e/ou descrever as habilidades adaptativas também devem ser preocupação de quem avalia DI. Como todo avaliando deve ser investigado em sua globalidade faz-se necessário observar tanto para o critério qualitativo quanto para o quantitativo. E, então, como deve se portar aquele(a) que avalia? O(a) avaliador(a) deve utilizar instrumentos padronizados ou apenas se contentar com as descrições domésticas, relatórios escolares...? Como mostrado por Ferreira e Van Munster (2015): há um grupo de avaliadores(as) que avalia por medida padronizada; há outro grupo que tem mesclado técnicas padronizadas com não padronizadas e há um grupo que se contenta apenas com a avaliação não padronizada. Isso é certo? Isso é adequado? Somente a descrição da limitação funcional dará conta?

Saliente-se que tem crescido dentro da avaliação para DI uma tendência que deseja suplantar a importância do primeiro critério, dando maior ênfase a esse segundo, alumiando que a DI deve ser avaliada apenas pelas habilidades adaptativas, e que as habilidades adaptativas já dão conta de revelar uma inteligência prejudicada. Há quem pense que não é possível utilizar medidas padronizadas para a investigação da inteligência em todas as pessoas com DI, que as medidas de verificação do primeiro critério não funcionam em todas as severidades da DI (STORNILO, GIMENES, COSTA & MELO, 2011; SCHWATZMAN & LEDERMAN, 2017). Isso é verdadeiro, mas usado acriticamente acaba sendo um equívoco tanto prático quanto conceitual, visto que o maior número de pessoas com DI pertence ao quadro da DI Leve e nesses, com toda certeza, é possível uma investigação mais fidedigna por meio de medidas padronizadas.

Importa lembrar que para que as habilidades adaptativas prejudicadas estejam compatíveis com o esperado para DI, elas precisam que a inteligência esteja significativamente abaixo da média ou com funcionamento deficitário. Portanto, não é preocupação exagerada lembrar que apenas as desadaptações em habilidades não são suficientes para que o diagnóstico seja fechado. Pois nem todos os prejuízos em habilidades adaptativas são decorrentes de DI ou são resultantes de funcionamento cognitivo prejudicado de modo significativo. O indivíduo pode ter habilidades adaptativas prejudicadas por falta de treino adequado, por falta de estimulação, por superproteção, por pressão doméstica, dentre outros. Assim, se o primeiro critério não for cumprido, o(a) avaliador(a) deve obrigatoriamente esquecer o segundo, suspendendo a avaliação.

Terceiro Critério

O terceiro critério da trindade avaliativa para DI estabelece um enquadre temporal, indicando que o início da limitação tem de ser estabelecido antes dos 18 anos e não depois. Alguns acreditam que a criança com DI nasce, outros pensam que pode ocorrer no parto ou no pós-parto. De qualquer forma, esse talvez seja o critério mais difícil de ser pensado como está posto.

Existe a possibilidade de se diagnosticar uma criança com DI ainda bebezinha? Certamente não existe a menor possibilidade de se presumir um diagnóstico de DI assim que a



criança nasce, mesmo para aqueles casos síndrômicos. Como destacam Melo et al (2018, p. 74): “DI é um diagnóstico clínico presumível a partir dos cinco anos de idade, quando é possível mensurar adequadamente os déficits intelectuais e adaptativos”.

Sendo assim, antes dos 05 anos, como o(a) avaliador(a) deve proceder? De acordo com Storniolo, Gimenes, Costa, Melo (2011, p. 376): “Antes disso, é mais adequado caracterizar o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), que pode ou não evoluir para DI”.

Para as crianças com síndromes associadas, o diagnóstico tem sido expresso na síndrome, por exemplo. Para casos não síndrômicos tem se convencionado estabelecer um diagnóstico provisório com menção ao “atraso”. Está claro que as crianças que recebem o diagnóstico de atraso global do desenvolvimento devem ser reavaliadas periodicamente. De qualquer forma, ao longo desses primeiros 05 anos de vida já serão possíveis as constatações dos prejuízos desenvolvimentais a partir do relato doméstico e, via de regra, as discrepâncias nas aquisições etárias serão reveladas.

Atente-se que estabelecer a existência de atraso não constitui determinação antecipada de futura DI. Como bem deixam antever os autores desse campo, parece existir nesse diagnóstico preliminar um prognóstico bastante aberto. “O atraso pode ser também uma condição transitória, não sendo possível definir qual será o desfecho do desenvolvimento da criança, o que pressupõe o acompanhamento com avaliações periódicas” (DORNELAS; DUARTE & MAGALHÃES 2015, p. 89). E, de fato, os autores acreditam que esse quadro pode ou não evoluir para DI.

Ainda com relação ao terceiro critério, destaque-se que até agora a comunidade de especialista não se incomodou com a sua elasticidade temporal ao ponto de repensá-la, formulando maioria para aboli-la. É preciso, no entanto, mostrar que essa elasticidade temporal pode ser problemática, conforme as hipóteses seguintes. Vamos supor que uma criança que veio se desenvolvendo a contento ao longo de sua existência. Essa criança, ao completar 07 anos, sofreu um acidente grave, tendo um dano cognitivo irreversível. Essa criança deve ser considerada pessoa com DI? Em outro caso, na mesma situação com um adulto jovem que se desenvolveu bem até os 25 anos e teve um dano cerebral grave, com consequente prejuízo ao funcionamento cognitivo de modo não reversível. Esse adulto, em definitivo, não pode ser considerado pessoa com DI. Está claro que seu evento foge ao critério etário. Mas no primeiro caso, a criança não foge à lógica conceitual? O critério etário e o critério conceitual estão postos até que sejam repensados e realinhados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ensaio foram tecidas considerações acerca da DI, considerando seus aspectos conceituais, sua prevalência e sua etiologia. Reconhecendo-se essa condição real, considerou-se também a existência de comorbidades ao redor desse diagnóstico. Buscando esclarecer, chamou-se a atenção para os 03 critérios fundamentais exigidos pela literatura especializada para se determinar o diagnóstico de DI na população humana.

A Deficiência Intelectual é um transtorno do neurodesenvolvimento que está relacionada a danos e limitações cognitivas, com repercussões nos campos conceituais, comportamentais, sociais e em habilidades práticas. Os prejuízos, necessariamente, não ocorrem de forma padronizada e em todas as áreas humanas. Os níveis das limitações trazidas



pela DI podem ser leves, moderados, severos, profundos ou sem a possibilidade de especificações, dependendo de processo multicausal complexo.

Cabe ainda lembrar que a função intelectual das pessoas não se resume apenas aos processos internos individuais. Faz-se necessário considerar também a interação destas funções em relação com todo o entorno do indivíduo avaliado. Por isso, entende-se como importante que sejam analisados, no viver cotidiano, os processos de autonomia, autocuidado, autoproteção, autogestão, comunicação, interação social, funcionalidade, competências para o trabalho, potencialidades, habilidades, etc, a partir dos quais se pode determinar a avaliação do nível funcional da inteligência, assim como o grau de apoio necessário para cada caso.

Compreende-se que todas as pessoas avaliadas com DI não apresentam os mesmos danos e as mesmas dificuldades. Por isso é preciso avaliar seguindo critérios, observando o universo dos sintomas, catalogando as dificuldades que estarão individualmente instaladas.

Reforça-se que uma avaliação abrangente inclui a investigação da capacidade intelectual, do funcionamento adaptativo, observando seu surgimento dentro de um quadro temporal defendido pela literatura com ocorrência antes dos 18 anos.

Entende-se que a avaliação para o diagnóstico de DI envolve um processo complexo, visto que não se trata de algo palpável ou facilmente visualizável como uma lesão física, por exemplo. É importante observar atentamente como as pessoas se apresentam no momento da avaliação diagnóstica. Os componentes da avaliação são determinantes para se fechar o diagnóstico preciso e seguro. É importante lembrar que o descuido na avaliação culminará em erros de diagnóstico e como consequência acarretará mais sofrimento, intervenções erradas, negligências e custo social.

Entende-se ainda que o diagnóstico de DI não pode ser um rótulo aleatório. Trata-se de uma necessidade respeitosa e importante que poderá direcionar, de modo inicial, o contexto das estimulações específicas na família, na escola e nas reabilitações. Quando adequadamente estabelecido, buscará fornecer ambiente propício para o desenvolvimento da pessoa com DI. A partir dele, envidam-se esforços para que habilidades sejam melhoradas, ensinando, educando, respeitando as dificuldades, estimulando as potencialidades, inserindo na sociedade, procurando as atividades estruturadas e tratamento adequado.

No contexto educacional, convém ainda observar que a discussão aqui apresentada poderá ajudar no processo de qualificação, particularmente dos profissionais da rede educacional, auxiliando-os na identificação do perfil de possíveis alunos com deficiência intelectual. Pois tem sido notável que muitos profissionais ainda não conseguem estabelecer diferenciação entre transtorno de aprendizagem, transtorno comportamental ou um simples atraso escolar. Essa dificuldade de compreensão tem acarretado encaminhamentos errôneos, além de retardar o estabelecimento de estratégias de intervenções para o desenvolvimento da pessoa com DI.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 13.146** – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, 6 de julho de 2015.

CUNHA, Thalita Cristina Figueiredo. **Investigações genéticas de casos de Deficiência Intelectual em populações consanguíneas do Sertão Paraíbano**. Dissertação (Mestrado) UEPB/NEGE, UFPB, João Pessoa, 2015.



CUNHA, Juliana Gonçalves; COSTA, Naiane de Oliveira; SILVA, Marlene. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍNDROME DE DOWN NO ESTADO DA BAHIA. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S.l.], v. 1, n. 2, dez. 2012.

DORNELAS, LÍlian de Fátima; DUARTE, Neuza Maria de Castro; MAGALHÃES, Lívia de Castro. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria**, 33(1), pp 88-103, 2015.

DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artemed, 2014.

DUARTE, Regina Célia Beltrão. Deficiência intelectual na criança. **Residência Pediátrica**. Volume 8 - Supl.1 Ano 2018, pp. 17-25.

FABRÍCIO JUNIOR, José Carlos Alves; SILVA Rodrigo Souza da. O Protocolo de quantificação dos critérios para definição de Deficiências Físicas Tipificadas Pelo Decreto Federal Nº 5296 De 2004. Em. MENESES, Maria Aparecida Ramos de; ALMEIDA, Simone Jordão; RIBEIRO Waleska Ramalho (Orgs.) **Inclusão social das pessoas com deficiência: entre a garantia e a efetivação dos direitos sociais** [livro eletrônico]. João Pessoa: A União, 2018.

FERREIRA, Elizângela Fernandes; MUNSTER, Mey de Abreu Van. Métodos de avaliação do comportamento adaptativo em pessoas com deficiência intelectual: uma revisão de literatura. **Revista Educação Especial**. N. 28, n. 51. p. 193-208, jan./abr. 2015.

FERREIRA, Patrícia Fortes Attademo; SOUZA, Gabriele Aparecida de Souza e. A pessoa com deficiência segundo as constituições brasileiras de ontem e de hoje: políticas públicas, direitos e garantias fundamentais. **Revista Via Iuris**, núm. 20, enero-junio, pp. 29-50, 2016.

FONSECA, Katia Abreu. Capítulo 8: Conhecendo os transtornos de aprendizagem. In.: FONSECA, Katia Abreu. **Fundamentos metodológicos da Educação Especial**. 1. ed. , 2016. v. 1. 109p.

FREDERICO, Jacqueline Caroline Costa; LAPLANE, Adriana Lia Friszman de. Sobre a Participação Social da Pessoa com Deficiência Intelectual. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Bauru, v.26, n.3, p.465-480, Jul.-Set., 2020.

FREITA, Angelina de Farias; SOARES, Felipe Alves; PEREIRA, Eveline Tores. Aspecto gerais da Deficiência Intelectual. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 15, N 151, Diciembre de 2010.

GUSMAO, Elaine Custódio Rodrigues; MATOS, Genival Silva; ALCHIERI, João Carlos; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Habilidades adaptativas sociais e conceituais de indivíduos com deficiência intelectual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03481, 2019.

HONORA, Márcia; FRIZANCO, Mary L. **Esclarecendo as deficiências: aspectos teóricos e práticos para contribuir com uma sociedade inclusiva**. São Paulo: Ciranda Cultural Editora e Distribuidora Ltda., 2008.

JÚNIOR, Francisco Baptista Assumpção; PADOVANI, Carolina Rabello. Capítulo 9: Deficiência Intelectual. In.: JÚNIOR, Francisco Baptista Assumpção; PADOVANI, Carolina



Rabello. **Neuropsicologia na infância e na adolescência**. 1ª ed. , v. 1, editora Manole, p. 70-83, 2021.

KE, Xiaoyan; LIU, Jing. Deficiência Intelectual. In Rey JM (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. (Editor: Flávio Dias Silva. Tradutores: Izadora Fonseca Zaiden Soares, Rafael Ramalho Vale Cavalcante). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

MELO, Débora Gusmão; PILOTTO, Rui Fernando; RODRIGUES, Stephania Araújo; AVÓ, Lucimar Retto da Silva de; GERMANO, Carla Maria Ramos. Investigação etiológica nas situações de deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, 6(3): 73-85, Outubro, 2018.

MONTEIRO, Lorena Ligia de Lima; ARRUDA NETO, Celso Lourenço de. Estado nutricional e consumo alimentar de pessoas com deficiência intelectual. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Vol. 16, n. 2. Ano 2018.

NASCIMENTO, Catarina. Capítulo 3: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor/Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. In.: Lima, Cláudia, B. **Perturbações do Neurodesenvolvimento**. Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção. 1ª ed. , v. 1, p. 23-38, 2015.

OLIVEIRA, Danyllo Felipe de. **Estudos clínicos e moleculares em famílias com deficiência intelectual ligada ao cromossomo X**. Dissertação (mestrado) Centro de Ciências Biológicas - UFPE – Recife: O Autor, 2014.

OLIVEIRA, Patrícia de; ZUTIÃO, Patrícia; MAHL, Eliane. Transtornos, Distúrbios e Dificuldades de Aprendizagem: como atender na sala de aula comum. In.: SEABRA, Magno Alexon Bezerra (Org). **Distúrbios e transtornos de aprendizagem: aspectos teóricos, metodológicos e educacionais**. Curitiba, PR: Bagai, 2020, p. 08-19.

QOQUETI, Karen Nogueira. **O cromossomo X e a deficiência intelectual no sexo masculino**. dissertação de mestrado. Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo – USP, Departamento de Genética e Biologia Evolutiva. São Paulo, 2011.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Deficiência intelectual. **Temas sobre Desenvolvimento** 19(107):250-60, 2013.

SCHWARTZMAN; José Salomão; LEDERMAN; Vivian Renne Gerber. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inclusão Social**, v. 10, n. 2, 1 dez. 2017.

SILVA, Antonio Luiz da; MENESES, Ana Maria Andrade de; NÓBREGA, Elayne Brito. Por que algumas crianças não aprendem? Compartilhando a experiência de avaliar pessoas com deficiência intelectual na Paraíba. Em. MENESES, Maria Aparecida Ramos de; ALMEIDA, Simone Jordão; RIBEIRO Waleska Ramalho (Orgs.) **Inclusão social das pessoas com deficiência: entre a garantia e a efetivação dos direitos sociais** [livro eletrônico]. João Pessoa: A União, 2018.

SILVA, Maria Odete Emygdio da; COELHO, Fernanda. Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental. **Revista Lusófona de Educação**, 28, 2014.



STORNILOLO, Leticia Maria de Amorim; GIMENES, Paulo Vitor Sola; COSTA, Adriana Rosolia; MELO, Débora Gusmão. Aconselhamento genético de famílias de pacientes com deficiência intelectual da APAE de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 19 (3): 375-383. 2011.