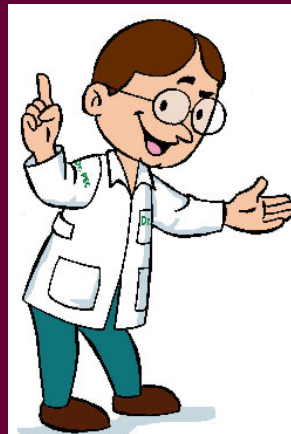


a questão das

DEFICIÊNCIAS

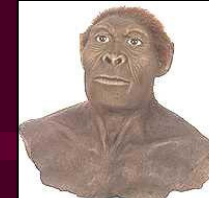
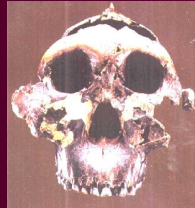
**- Disciplina de pós graduação em Psicologia Clínica –
2a. aula**

Talvez possamos iniciar
com uma breve
história...



Era uma vez...

há 1.600.000 anos, um pequeno antropóide que, por suas dificuldades adaptativas, realizou algumas pequenas modificações anatômicas.



Assim alterou o ângulo do acetábulo, estabelecendo uma postura ereta;

liberou os membros superiores podendo fazer então, preensão em pinça;

deslocou os olhos da face lateral para a anterior da cabeça obtendo visão estereoscópica porém, mais importante que tudo, desenvolveu estruturas cerebrais que lhe permitiram processar, rapidamente, todo tipo de informações...

Com isso conseguiu

ADAPTAR-SE ao meio ambiente biológico.

Entretanto, como ANIMAL SOCIAL, passou a agrupar-se em bandos, cada vez maiores, de modo que, com o passar do tempo, a adaptação que, inicialmente, era biológica, passou cada vez mais a ser social.

Dentro dessa concepção, tentaremos pensar a DEFICIÊNCIA, qualquer que ela seja, dentro de uma visão adaptativa que caracteriza o conceito de NORMALIDADE enquanto comportamento mais freqüente.

DEFICIÊNCIA → **INCAPACIDADE** → **HANDICAP**

Consequências
Pessoais

Diminuição de
autonomia
mobilidade
lazer
integração
independência
conduta

Consequências
Familiars

Demanda de
cuidados,
carga
econômica,
perturbação das
relações sociais

Consequências
Sociais

Demanda de
cuidados,
carga
econômica,
perturbação das
relações sociais

DEFICIÊNCIA MENTAL

CONCEITO

Não corresponde a uma entidade simples mas inclui um grupo heterogêneo de indivíduos com variado espectro de funcionamento, características, capacidades e possibilidades.

Esses parâmetros são de natureza geral e tem que ser adaptados de acordo com as necessidades pessoais.

(J Am Acad Child Adolesc suppl. 1999)

CONCEITO

“Aquele indivíduo que é incapaz de competir, em termos de igualdade com indivíduos da mesma idade, sexo e grupo social.”



(S. Krynski; 1969)

CONCEITO

Refere-se a um substancial limite no funcionamento presente , caracteriza-se por funcionamento intelectual subnormal concomitante com dois ou mais comprometimentos nas áreas de linguagem, auto-cuidado, independência, vida social e comunitária, rendimento escolar e profissional.

Inicia-se antes dos 18 anos de idade.

(AAMR; 1992)

COMPORTAMENTO HUMANO

1. Mecanismos de controle ligados ao SNC;

2. Mecanismos cognitivos gerais programados através de aprendizado e ambiente;

3. Mecanismos de controle ligados a linguagem e processos simbólicos.

(Buck; 1987)

INTELIGÊNCIA

- 1. Capacidade do organismos para se adaptar convenientemente a situações novas (Stern; 1914);**
- 2. Conjunto de processos de pensamento que constituem a adaptação mental (Binet; 1916);**
- 3. Propriedade de combinar de outro modo as normas de conduta para poder atuar melhor em situações novas (Wells; 1917);**
- 4. Faculdade de produzir reações satisfatórias sob o ponto de vista da verdade ou da realidade (Thorndike; 1921)**

INTELIGÊNCIA

5. Capacidade de realizar atividades caracterizadas por serem a) difíceis, b) complexas. c) abstratas, d) econômicas, e) adaptáveis a um objetivo, f) de valor social, g) carente de modelos, e para mantê-las em circunstâncias que requeiram concentração de energias e resistência às forças afetivas (Stoddard; 1943);

INTELIGÊNCIA

6. O grau de eficácia que tem nossa experiência para solucionar nossos problemas presentes e prevenir futuros (Goddard; 1945);

7. O total de todos os dons mentais, talentos e perícias úteis nas adaptações nas tarefas da vida (Jaspers; 1945).

AFETIVIDADE

O impacto de um determinado evento particular é determinado por:

1. Limiar e excitabilidade do sistema neural em pauta;
2. Experiências individuais de aprendizado associadas ao estímulo.

(Buck; 1987)

EMOÇÃO I - Adaptabilidade Corporal



Envolve a homeostase e a adaptabilidade nas trocas ambientais. O sistema biológico reage ao estímulo que desregula os mecanismos homeostáticos com respostas caracterizadas por 3 diferentes formas:

- 1. ALARME:** descarga de adrenalina e ACTH;
- 2. RESISTÊNCIA:** delimita-se o local da resistência;
- 3. EXAUSTÃO:** gradual declínio e eventual morte do sistema.

^(Buck; 1987)

EMOÇÃO II - Comunicabilidade Social

Envolve vias sensoriais diversas que incluem trocas químicas (ferormônios), linguagem facial, movimentos corpóreos, posturas, gestos e sons.

Essa comunicabilidade é baseada em mecanismos instintivos e espontâneos, automática e biologicamente estruturados.

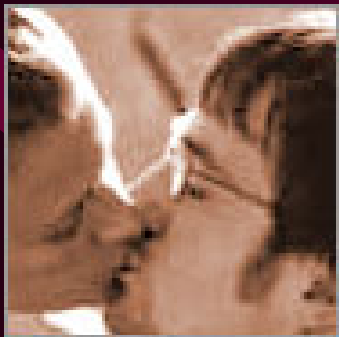


(Buck, 1987)

EMOÇÃO III - Sistema Cognitivo

Este sistema informa sobre o estado motivacional do organismo em pauta.

A sensibilidade interna “detecta” déficits alimentares “antes” da necessidade física; fuga “antes” de atos agressivos; afetos “antes” que sejam fortes e incontroláveis.



(Buck; 1987)

ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL

- 1. Existência de retardo mental;**
- 2. Considerar os pontos de vista físico, psicológico e social;**
- 3. Considerar ambiente familiar, escolar, de trabalho, e comunitário, favorecendo ou restringindo a qualidade de vida;**
- 4. O ambiente e os sistemas de suporte favorecem a independência, produtividade e interdependência.**

(AAMR; 1992)

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

Aspecto I: Funcionamento intelectual e adaptativo

Aspecto II: Aspectos psicológicos e emocionais;

Aspecto III: Etiologia, aspectos físicos e referentes a saúde;

Aspecto IV: Aspectos ambientais

(AAMR; 1992)

APLICABILIDADE DO CONCEITO

- 1. Considerar a diversidade cultural, linguística e de conduta;**
- 2. A existência de limites indica necessidades específicas;**
- 3. Limites coexistem com possibilidades;**
- 4. Com suportes adequados melhora-se o funcionamento da pessoa deficiente mental.**

(AAMR; 1992)

Aspecto I - DIAGNÓSTICO

Funcionamento intelectual igual ou abaixo de 70

Inabilidade no funcionamento de duas ou mais áreas adaptativas

Idade inicial abaixo de 18 anos

GRÁUS DE DM

DM Profunda

DM Severa

DM Moderada

DM Leve

Dependentes

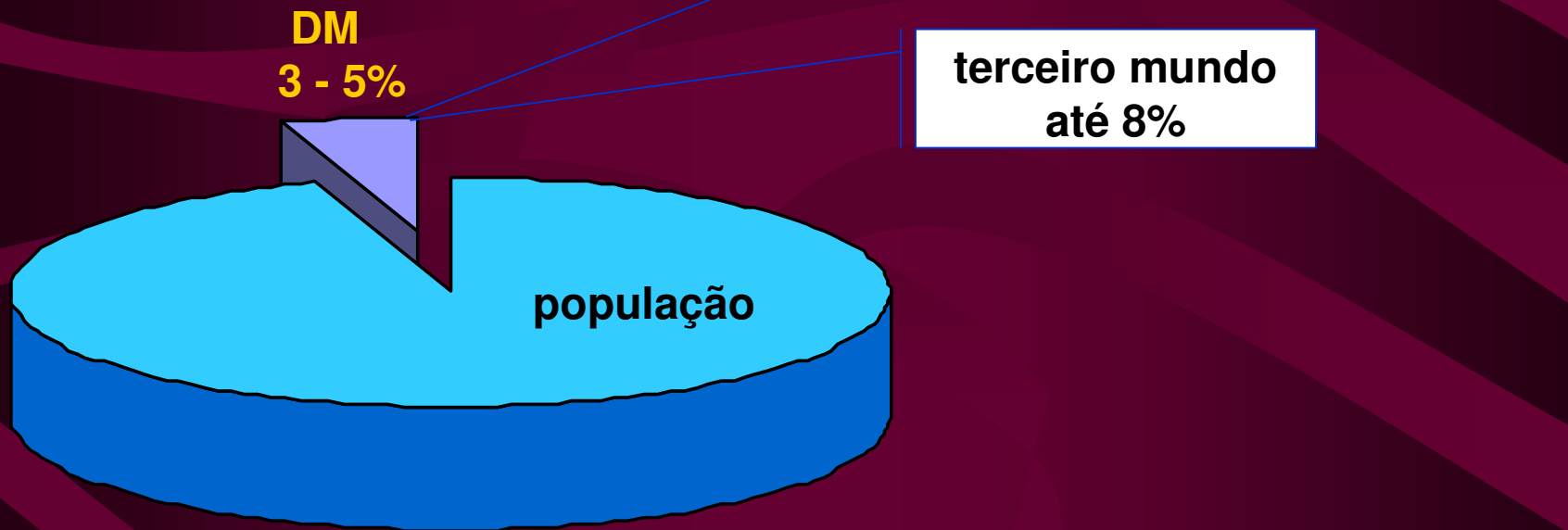
Semi Dependentes

Treináveis

Educáveis

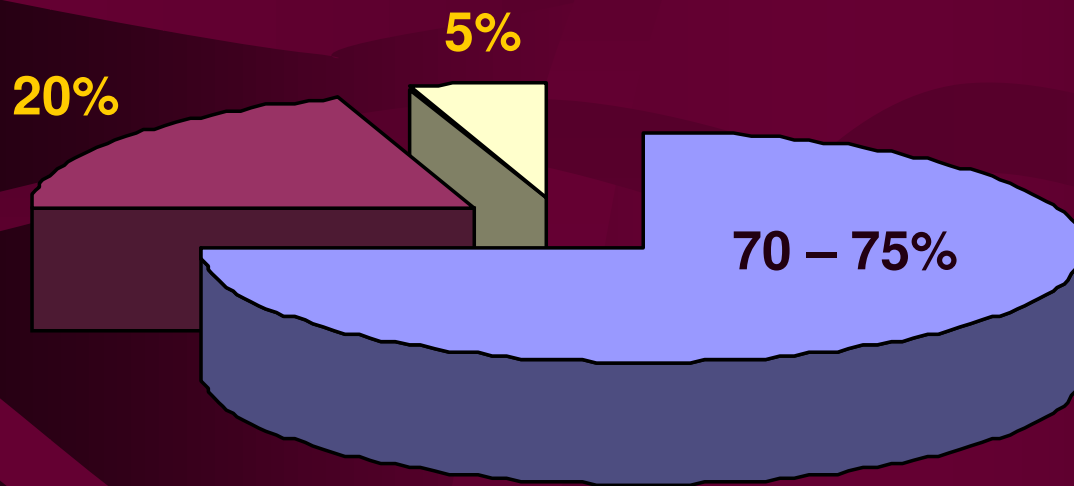
Aspecto I - Diagnóstico

Prevalência da DM



Aspecto I - Diagnóstico

Prevalência da DM conforme o grau



- DM Leve
- DM Moderada/ Severa
- DM Profunda

Aspectos II e III - CLASSIFICAR E DESCRIVER

Descrever as fraquezas e qualidades físicas bem como as relativas aos aspectos psicológicos e emocionais

Descrever saúde física e etiologia

Descrever o ambiente

Estabelecer o perfil das necessidades.

Identificar tipo e intensidade dos suportes necessários a esses aspectos

Sistema Multidimensional

ASPECTOS	CLASSE
Funcionamento intelectual e adaptabilidade	Cognitivo Adaptativo Desenvolvimento
Aspectos psicológicos e emocionais	DSM IV-TR CID 10
Etiologia/ Saúde	Etiologia Diagnóstico médico
Ambiente	Análise ecológica

- ✓ Testes: psicométricos de inteligência
- ✓ Escalas de: desenvolvimento, sociabilidade ou desenvolvimento psicomotor.

Estrutura Geral da Deficiência Mental

Capacidades
Inteligência
Adaptabilidade

Ambiente
Lar - Trabalho
Escola - Comunidade



Funcionamento Suportes

Causa dos Retardos Mentais

Contexto ambiental

✓ maioria das causas

X

Contexto genético

✓ suspeita - RM associado a 3 malformações físicas

Para quê?



Para podermos estabelecer: fatores cromossômicos ou fatores gênicos.

ETIOLOGIA

GENÉTICA

1. Fatores Cromossômicos

aumento de número: S.Down; S. Patau; S. Edwards

S. Klinefelter

diminuição do número: S. Turner

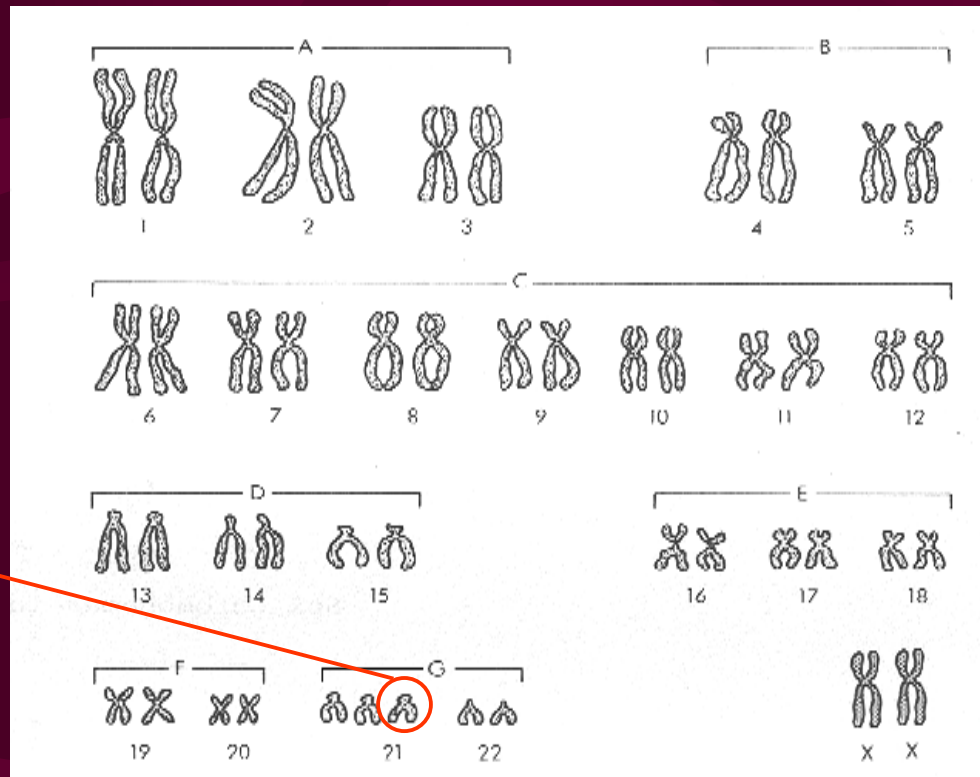
alterações estruturais: Fra-X

Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos

Aumento do número de cromossomos:

- S. Down

trissomia 21

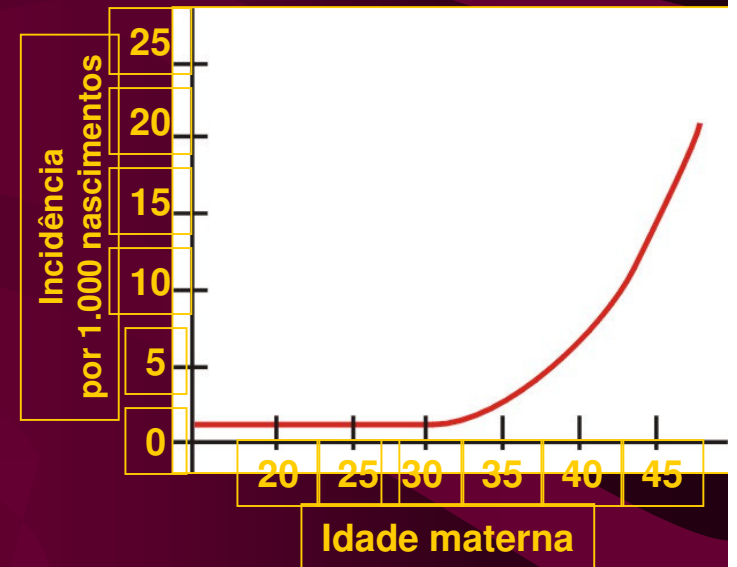


Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos

Aumento do número de cromossomos:

- **S. Down**

- ✓ prevalência de 1:600
- ✓ ↑ prevalência conforme ↑ idade materna



Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos

Aumento do número de cromossomos:

- **S. Patau**

- ✓ trissomia 13



- **S. Edwards**

- ✓ trissomia 18



pelos índices de malformações, acabam sendo diagnosticadas pelo pediatra.

Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos



Aumento do número de cromossomos:

- **S. KLINEFELTER**

- ✓ cromossomos sexuais (cariótipos XXY)
- ✓ sintomas que facilitam a inadaptação
 - quadril ginecóide
 - distribuição pilosa de tipo feminino
 - ginecosmatia
 - alta estatura
 - e outros sintomas

Diminuição do número de cromossomos:

SÍNDROME DE TURNER.



- ✓ cariótipo X-0
- ✓ sexo feminino
 - baixa estatura
 - pescoço alado
 - cabelo de implantação baixo frontal e occipital
 - presença de alterações de coluna
 - amenorréia primária com ovário em fita

somente uma pequena parcela desta população apresenta retardo mental

Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos

Diminuição do número de cromossomos:

S. TURNER

- ✓ cariótipo X-0
- ✓ sexo feminino
- baixa estatura
- pescoço alado
- cabelo de implantação baixo frontal e occipital
- presença de alterações de coluna
- amenorréia primária com ovário em fita

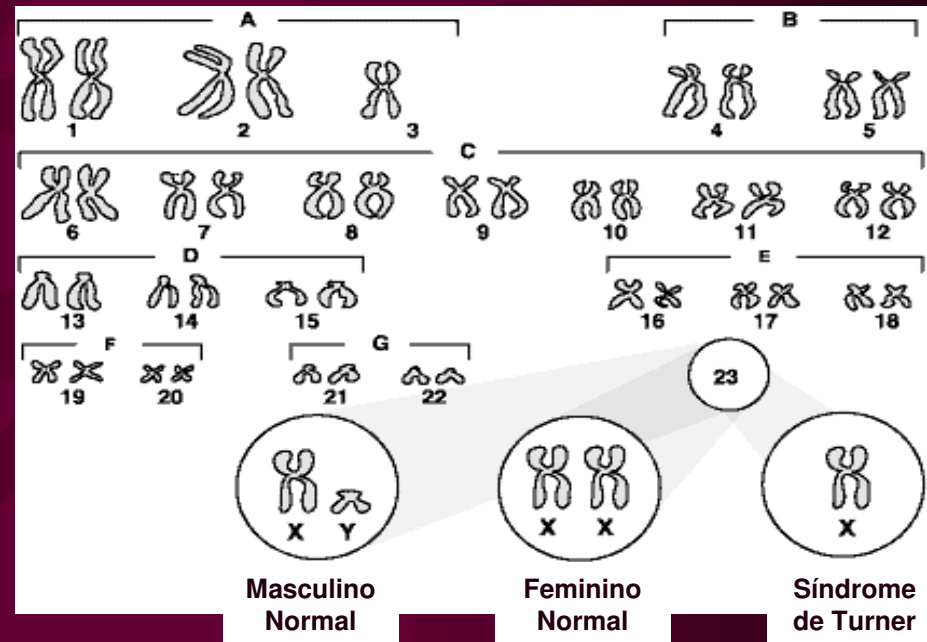




Fig.2 – Síndrome do triplo X

- ✓ cariótipo 47,XXX. Descrita por Jacobs em 1959
- ✓ Incidência de 1:1000 mulheres
- ✓ Não disjunção de cromosoma X materno ou paterno
 - Peso e PC reduzidos ao nascimento
 - Aumento da velocidade de crescimento entre 4-9 anos
 - Altura acima do percentil 90
 - Atraso no desenvolvimento
 - QI entre 80-90

Alterações estruturais



- ✓ Microcefalia
- ✓ Hipotonia
- ✓ Hipoplasia de vermis cerebelar
- ✓ Convulsões em 20%
- ✓ Dificuldades de aprendizado
- ✓ Déficits linguísticos

SÍNDROME DO X FRÁGIL

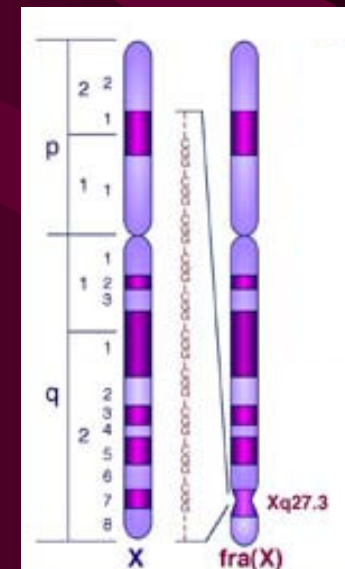
1:250 homens e 1:2000 mulheres.

- ✓ prevalência estimada de 1:1.000
- ✓ relacionada aos quadros autísticos
- ✓ Orelhas grandes e proeminentes
- ✓ Fácies alongada
- ✓ Aumento testicular
- ✓ Anormalidades de dermatoglifos
- ✓ Epicanto
- ✓ Ptose
- ✓ Displasia conjuntiva

SÍNDROME DO X FRÁGIL

Anomalia responsável situada na região distal do braço longo do cromossoma X (Xq27.3), revelada em culturas de linfócitos em meio pobre em folato ou timidilato.

Na sequenciação observam-se repetições dos segmentos CGG, crescendo transgeracionalmente sendo mais frequentes na meiose da mulher. O tamanho das repetições é proporcional ao comprometimento clínico.



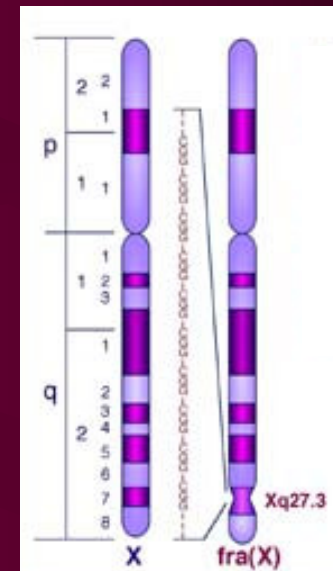
Causas Genéticas - Fatores Cromossômicos

Alterações estruturais

S. Fra-X

- ✓ prevalência estimada de 1:1.000
- ✓ relacionada aos quadros autísticos

a partir do seu diagnóstico é possível o rastreamento dessa alteração estrutural no restante da família



2. Fatores Gênicos

herança dominante: neuroectodermatoses

herança recessiva: erros inatos de metabolismo

herança desconhecida: S. Cornélia De Lange

NEUROFIBROMATOSE

Descrita no séc. XVIII, incidência de 1:2500 a 1:4000 nascimentos, ligada a herança dominante, metade dos casos devido mutação, 92% derivada de herança paterna, gen localizado no cromosoma 17 (17q11.2).

- ✓ Sintomas dermatológicos menores
- ✓ Déficits físicos
- ✓ Déficits neurológicos



- ✓ Manchas café-com-leite
- ✓ Hamartomas de iris em 90%
- ✓ Neurofibromas
- ✓ Anomalias esqueléticas em 14%
- ✓ Associação com malignidade (3%)
- ✓ Baixa estatura
- ✓ Macrocefalia (32 a 45%)
- ✓ Hipertelorismo
- ✓ Ptose
- ✓ Lesões de gânglios basais e cerebelo
- ✓ 8-10% com $QI < 70$
- ✓ 40-60% problemas de aprendizado
- ✓ Deficits espaciais, perceptuais, de memória verbal, coordenação, distraibilidade, impulsividade.



ESCLEROSE TUBEROSA



- ✓ Bourneville em 1880
- ✓ prevalência de 1:7.000
- ✓ Herança autosômica dominante
- ✓ Hamartomas em cérebro, pele, rim, coração, olhos, ossos, etc..
- ✓ rabiomioma cardíaco
- ✓ angiofibroma facial
- ✓ epilepsia em 80%
- ✓ $20 < QI < 90$
- ✓ déficit linguístico
- ✓ comportamento autístico e hiperativo

Síndrome de Smith-Lemli-Opitz

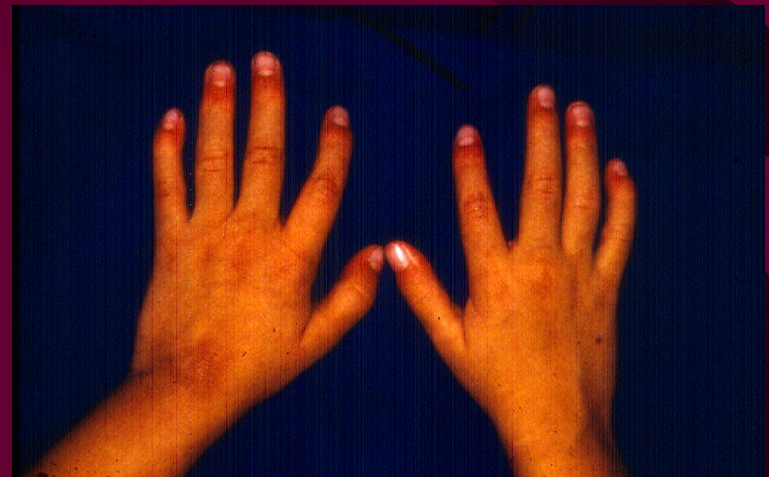


- ✓ Estrabismo e catarata
- ✓ narinas antevertidas
- ✓ língua pequena
- ✓ palato fendido
- ✓ micrognatia e orelhas baixas
- ✓ sindactilia e/ou polidactilia
- ✓ tetralogia de Fallot
- ✓ hipoplasia renal
- ✓ Retardo, sindactilia e hipotonia
- ✓ Incidência de 1:20.000 a 1:40.000
- ✓ 3 homens:1 mulher
- ✓ déficit na síntese de colesterol
- ✓ Herança autosômica recessiva
- ✓ retardo psicomotor grave
- ✓ grau de alteração genital expressa maior comprometimento
- ✓ déficit no crescimento
- ✓ microcefalia
- ✓ hipotonia
- ✓ hemangiomas faciais
- ✓ ponte nasal baixa
- ✓ epicanto
- ✓ ptose

SÍNDROME DE SILVER RUSSEL



- ✓ Ocorrência esporádica
- ✓ Atraso no crescimento intra-uterino
 - baixa estatura
 - Imaturidade no desenvolvimento ósseo
 - Face triangular, pequena, ângulos da boca para baixo,
 - Manchas café com leite
 - 5o.dedo pequeno e recurvado
 - sudorese excessiva





S. CORNELIA DE LANGE

- ✓ 1:40.000 a 1:100.000
- ✓ Etiologia não clara com casos esporádicos (3q)
- ✓ 1 homem:1 mulher
- ✓ baixo peso ao nascer
- ✓ Baixa estatura
- ✓ Déficit no DNPM
- ✓ Anormalidades de membros: miniaturização, focomelia
- ✓ Anomalias faciais: nariz pequeno e antevertido, cílios longos e curvos, philtrum longo, palato alto, micrognatia
- ✓ miopia, microcornea, atrofia ótica
- ✓ cardiopatias
- ✓ DM grave, autoagressividade

SEQUÊNCIA DE MOEBIUS –



✓ Ocorrência esporádica

- Hipoplasia ou agenesia dos núcleos centrais do encéfalo
- Destruição ou degeneração dos núcleos centrais
- Comprometimento de nervos periféricos
- Miopatia
- comprometimento generalizado de nervos cranianos -=
Ilo. Ivo. Vo. Ixo. Xo.
e Xllo.



SÍNDROME DE AARSKOG

- ✓ Herança ligada ao X
- ✓ Diagnóstico diferencial com fra-X
- ✓ membrana natatória interdigital
- ✓ escroto em cachecol
- ✓ Déficit no DNPM
- ✓ Retardo Mental
- ✓ Possibilidade de autismo associado, déficits linguísticos



ETIOLOGIA

FATORES AMBIENTAIS

1. Pré Natais

Infeções : toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus

Intoxicações: metais pesados, algumas drogas (cocaína)

Doenças Maternas: diabetes, hipotireoidismo

2. Peri-Natais

Anóxia

Prematuridade

Hiperbilirrubinemia

3. Pós-Natais

Má nutrição

Infeções: meningoencefalites

Traumatismo crânio encefálico

Intoxicações (metais pesados)

Cabe então, pensarmos qual seriam os pontos a serem trabalhados para a minimização do problema.



PROCESSO DE HABILITAÇÃO

I - Atenção Primária

Medidas Pré-Natais - Planejamento familiar
Aconselhamento genético
Pré-Natal
Diagnóstico pré-natal

Medidas Peri-Natais - Atendimento ao parto e ao RN
“Screening” neo-natal
Diagnóstico precoce

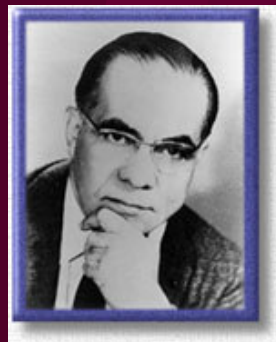
Medidas Pós-Natais - Puericultura
Diagnóstico Precoce
Estimulação Sensório-Motora

Pós-Natais

- Vinculadas basicamente às questões sócio-econômicas e culturais
- **Má nutrição**

Geopolítica da Fome - Josué de Castro

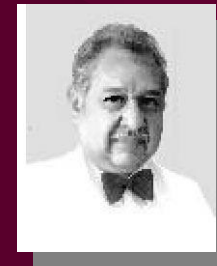
Má nutrição responsável por alterações físicas e mesmo mentais em determinadas populações.



Joaquim Cravioto

Pediatra mexicano.

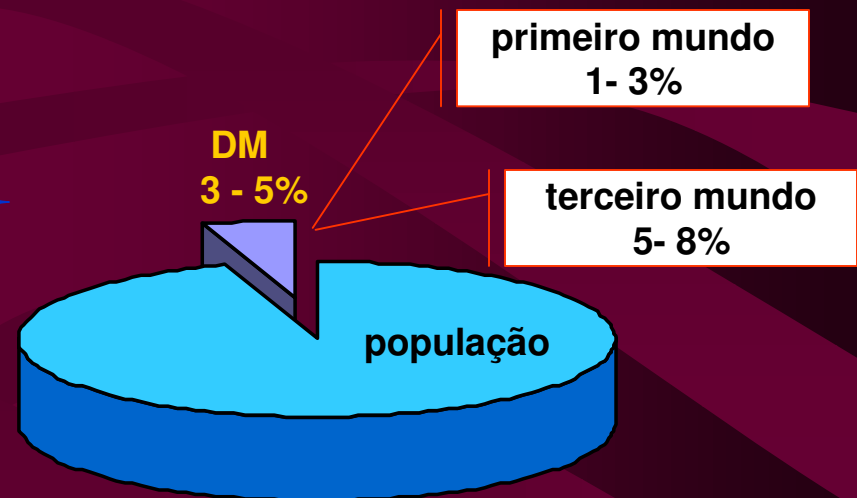
A nutrição muito relacionada à questão do desenvolvimento infantil



Pós-Natais

- Má nutrição
- Infecções de sistema nervoso central
 - Meningoencefalites bacterianas
- Traumatismo crânio encefálico
- Intoxicações
 - metais pesados

Prevalência da DM



É praticamente impossível que o pediatra, o psicólogo ou o psiquiatra, ao sair da faculdade, tenha condições de fazer diagnóstico de retardo mental em criança.

o que fazer com esta população portadora de deficiência mental?



PROCESSO DE HABILITAÇÃO

II. ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Diagnóstico

Tratamento Médico e Cirúrgico

Serviços de apoio às famílias

Estimulação sensório-motora

III. ATENÇÃO TERCIÁRIA

Diagnóstico

Tratamento médico-cirúrgico

Serviços pré-escolares

Educação Especial

Profissionalização

Residências

Diagnóstico



poucas vezes é feito da maneira como nós citamos ao abordá-lo

Por que?



Porque uma avaliação
multiaxial é quase que
restrita a grandes centros



MODELOS DE HABILITAÇÃO

1 MÉDICO

2. COMPORTAMENTAL

3. DESENVOLVIMENTISTA

4. PSICOPEDAGÓGICO

5. SOCIO-ECOLÓGICO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A - Equipe cara pela multidisciplinariedade e manutenção de suas condições de funcionamento

B - Profissionais competentes

C - Recursos para propedêutica armada e pesquisas

ESTIMULAÇÃO

Elaboração do Projeto



Características

Quanto se deve trabalhar.

Qual é a atividade.

Qual a atividade seguinte.

ESTIMULAÇÃO

- A) desenvolvimento das capacidades sensório-motoras como passo básico ao desenvolvimento de outras capacidades, facilitando a exploração do mundo circundante e a reação a ele.**
- B) desenvolvimento do controle adequado dos movimentos e posturas necessárias para satisfação de suas necessidades básicas.**
- C) desenvolvimento de possibilidades cognitivas a partir do conhecimento e da exploração do ambiente.**
- D) desenvolvimento da capacidade comunicacional e emocional**
- E) hábitos básicos no cuidado de si mesmo**
- F) aquisição de novos conhecimentos e experiências**

(Queirós, 1994)

ESTIMULAÇÃO

VISÃO

discriminação
figura-fundo
identificação
constância de forma

FALA

estocagem de informações
compreensão
integração
formulação de idéias
vocabulário

PSICOMOTRICIDADE

controle tônico-postural
equilíbrio
lateralidade
noção de corpo no espaço

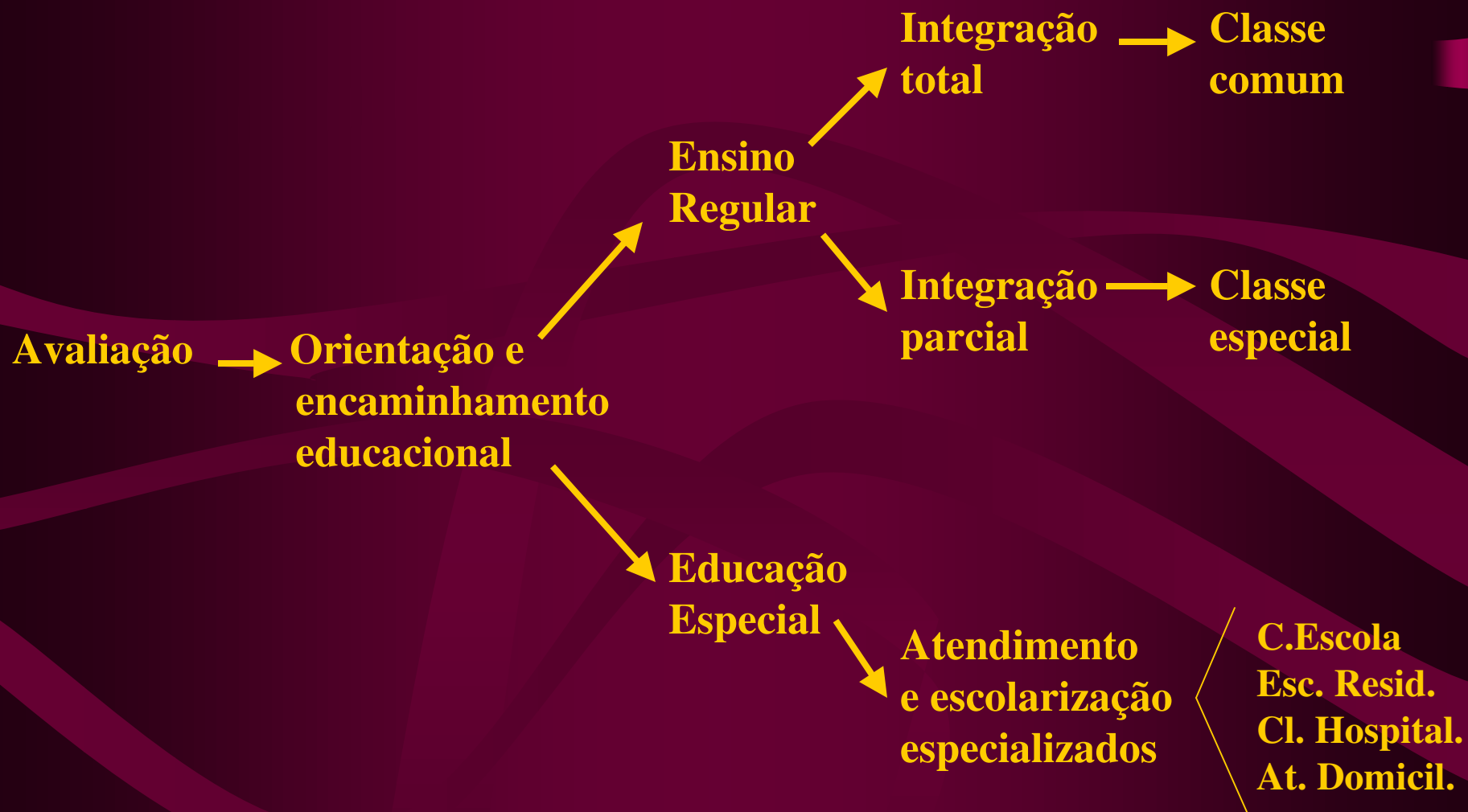
SOCIALIZAÇÃO

atividade lúdica
participação social
atenção seletiva

Estimulação

O treinamento de indivíduos com supervisão à distância, de profissionais especializados e controle gradual, possibilita resultados bastante satisfatórios no estabelecimento desses modelos de estimulação.

EDUCAÇÃO



EDUCAÇÃO (Fonseca; 1995)

Nível 1	Prevenção da Deficiência	Classificação
Nível 2	Escolas regulares	Deficientes auditivos e motores
Nível 3	Classes de apoio em escolas regulares	Dificuldades de aprendizado, emocionais e de comunicação.
Nível 4	Classes especiais em tempo parcial em escolas regulares	DM Educáveis
Nível 5	Esc. Especial integral	DM Treináveis
Nível 6	Domicílio	Probls. Temporários
Nível 7	Hospitais e residências	DM Dependentes e doenças crônicas

PROFISSIONALIZAÇÃO

“Scores” médios por programação

Oficina Ocupacional	(F= 165)	1,61
Oficina Protegida	(F = 111)	4,24
Oficina Industrial	(F = 33)	7,85

PROFISSIONALIZAÇÃO

DM Profunda (1,61)

DM Severa (1,54)

DM Moderada (2,89)

**Compatível com programas
ocupacionais**

**DM Leve (4,17) - Compatível com programas
protegidos**

**Limítrofes (8,77) - Compatível com programas
profissionalizantes**

RESIDÊNCIAS (APA)

	R. Grupais	R.cuidados esp.	R.adotiva	R.satélite
Psiquiatria	Tratamento	X	X	X
AVD	profissionais	atendentes	pais e filhos	X
cuidados parciais	“staff”	visitas domiciliares	visitas domiciliares	supervisão
foco	reabilitação suporte	manutenção	Família	vida indep.
grau	leve/mod	leve/mod	leve/mod	leve/mod
tamanho	8-10	variável	1-4	1-4

RESIDÊNCIA

Princípio da normalização

na comunidade

número reduzido de moradores

um responsável

equipe de assessoria

integração

desmistificação da DM

respeito ao conceito de lar

finalidade de moradia

recursos da comunidade

INSTITUIÇÃO

**Concepção paternalista e
protecionista**

espaço institucional

atendimento de massa

rodízio de funcionários

equipe técnica

segregação

estigma e preconceito

atendimento padronizado

finalidade pedagógica

recursos institucionais

Conclusão

A deficiência mental se compõe de um problema multifacetado, que requer diferentes abordagens.