



# **RETARDO MENTAL**

## **(OLIGOFRENIAS)**



**I – DEFINIÇÃO**

**II – INTELIGÊNCIA**

**III – FATORES ETIOLÓGICOS**

**IV – EPIDEMIOLOGIA**

**V - DIAGNÓSTICO DO RETARDO MENTAL NA CRIANÇA**

**VI - CLASSIFICAÇÃO**

**VII - FORMAS ETIOLÓGICAS**

**VIII – TRANSTORNOS ASSOCIADOS**

**IX – ACHADOS DE EXAME FÍSICO E LABORATORIAIS**

**X – ACHADOS ANATÔMICOS DO SNC**

**XI - CURSO**

**XII - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**XIII - TRATAMENTO**



## I – DEFINIÇÃO

- ❖ Kraepelin: “os débeis mentais são pessoas em cujo cérebro não ocorrem muitas coisas”
- ❖ OMS 1985: “retardo mental é o funcionamento intelectual abaixo da média que se origina durante o período de desenvolvimento”
- ❖ Insuficiências congênicas (ou de início bastante precoce) do desenvolvimento mental
- ❖ Estados em que não ocorre desenvolvimento adequado ou normal da inteligência
- ❖ Funcionamento intelectual significativamente inferior à média + limitações significativas no funcionamento adaptativo
- ❖ Retardo mental x demência

# RETARDO MENTAL

## Conseqüências pessoais

- ↓ autonomia
- ↓ mobilidade
- ↓ independência
- ↓ lazer

## Conseqüências familiares

- necessidade de cuidados
- carga econômica

## Conseqüências sociais

- ↓ produtividade
- má integração social

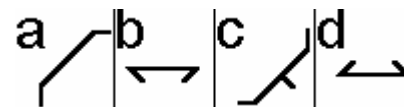
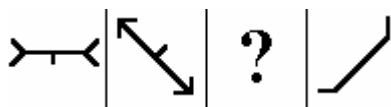
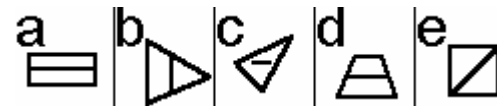
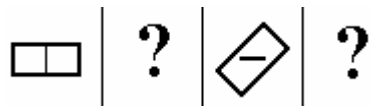
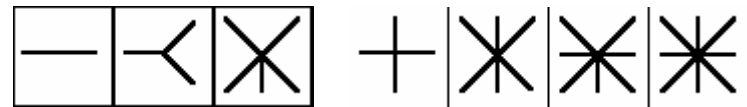
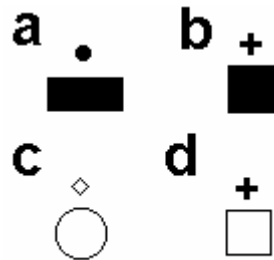
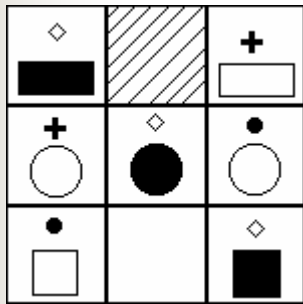


## II – INTELIGÊNCIA

- ❖ Capacidade de resolver problemas de qualquer natureza e se adaptar convenientemente a situações novas
- ❖ Não é característica unitária
- ❖  $Q.I. = \text{idade mental} / \text{idade real} \times 100$
- ❖ Categoria escolhida deve ser baseada em avaliações globais da capacidade
- ❖ Testes de Q.I. devem ser adaptados a cultura e as condições adicionais específicas de prejuízo

**A, D, G, J** \_\_\_\_\_

**1, 3, 6, 10** \_\_\_\_\_





### **III – FATORES ETIOLÓGICOS**

- ❖ Desconhecida – 30-40% dos casos
- ❖ Fatores genéticos
- ❖ Fatores toxi-infecciosos durante a gestação
- ❖ Fatores traumáticos durante o parto
- ❖ Fatores do ambiente neonatal

#### **Fatores genéticos**

- a- Fatores genéticos não específicos
- b- Fatores genéticos específicos
- c- Fatores cromossômicos





## **Fatores toxi-infecciosos durante a gestação**

- a) Infecciosa e parasitária
- b) Exotóxica – alcoolismo
- c) Fatores humorais e intoxicações endógenas – uremia, DM, fatores Rh e ABO
- d) Outras condições patogênicas de gestação - papel das emoções, idade da mãe, nutrição materna

## **Fatores traumáticos durante o parto**

- a) Traumatismo obstétrico





## **Fatores do ambiente neonatal**

- a- Fatores sócio culturais e nutricionais
- b- Fatores familiares
- c- Infecções do SNC e TCE

**A criança se desenvolve sobre dupla influência da  
informação genética e do meio ambiente**

# ETIOLOGIA RM

**Ambiental**

**Genética**

**Mista**

**Pré natal**

**Perinatal**

**Síndrome de Down**

**Doenças metabólicas**

**Cromossomos sexuais**

**Ag. infecciosos**

**Ag. químicos**

**Pós natal → TCE, infecção,  
desnutrição**

**Parto distócico, ↑bilirrubinas**



## **IV – EPIDEMIOLOGIA**

- ❖ Prevalência de aproximadamente 1-5%
- ❖ Mais comum em homens que em mulheres 1,5: 1

## **V - DIAGNÓSTICO DO RM EM CRIANÇAS**

- ❖ Nascimento
- ❖ Primeiros meses e anos
- ❖ Idade escolar



## VI - CLASSIFICAÇÃO

### **CID 10**


F70 - Retardo mental leve

F71 - Retardo mental moderado

F72 - Retardo mental grave

F73 - Retardo mental profundo

F79 - Retardo mental não especificado



<b>Retardo mental</b>	<b>QI</b>	<b>Idade mental</b>	<b>Proporção</b>	<b>Linguagem</b>
<b>Leve</b>	<b>50-70</b>	<b>9-12 anos</b>	<b>80%</b>	<b>Adquirida c/ atraso</b>
<b>Moderado</b>	<b>36-49</b>	<b>6-9 anos</b>	<b>10%</b>	<b>Variável</b>
<b>Grave</b>	<b>20-35</b>	<b>3-6 anos</b>	<b>8%</b>	<b>Pouca</b>
<b>Profundo</b>	<b>0-19</b>	<b>Até 3 anos</b>	<b>2%</b>	<b>Nenhuma</b>

<b>Retardo mental</b>	<b>Déficit sensorio motor</b>	<b>Cuidados próprios</b>	<b>Habilidade práticas/ domésticas</b>	<b>Escolaridade</b>
<b>Leve</b>	<b>-</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>6a. série</b>
<b>Moderado</b>	<b>+/-</b>	<b>+/-</b>	<b>Retardadas</b>	<b>2a. série</b>
<b>Grave</b>	<b>+</b>	<b>Treináveis</b>	<b>Treináveis</b>	<b>Não</b>
<b>Profundo</b>	<b>++</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>Não</b>



<b>Retardo mental</b>	<b>Etiologia orgânica</b>	<b>Epilepsia</b>	<b>Incapacidade física</b>	<b>Habilidades sociais/comunicação</b>
<b>Leve</b>	-	-	-	<b>Anos pré escolares</b>
<b>Moderado</b>	+	+	+	<b>Retardadas</b>
<b>Grave</b>	+	+	+	<b>+/-</b>
<b>Profundo</b>	++	++	++	-



## **a- Retardo mental leve**

- ❖ Harmônicos x desarmônicos
- ❖ O déficit do desenvolvimento motor aparece antes do que o da inteligência
- ❖ Principais dificuldades no trabalho acadêmico - problemas específicos de leitura e escrita
- ❖ São potencialmente capazes em trabalhos que demandam habilidades práticas
- ❖ Apoio apropriado vivem sem problemas na comunidade independentemente ou supervisionados



## **b- Retardo mental moderado**

- ❖ Progressos em trabalhos escolares é limitado
- ❖ Programas educacionais podem oferecer oportunidades para eles se desenvolverem.
- ❖ Beneficiam-se de treinamento profissional e com moderada supervisão podem cuidar de si mesmos
- ❖ Como adultos são usualmente capazes de trabalhos práticos simples



### **c- Retardo mental grave**

- ❖ Durante período escolar podem aprender a falar e treinados em habilidades elementares de higiene
- ❖ Capacidade de abstração praticamente não existe
- ❖ Incapaz de aprender linguagem escrita
- ❖ Memória bem desenvolvida, mas habitualmente infiel e curta
- ❖ Capaz de se proteger contra perigos mais comuns
- ❖ Na idade adulta podem ser capazes de executar tarefas simples sob estreita supervisão



## **d- Retardo mental profundo**

- ❖ Gravemente limitados em sua capacidade de entender ou agir de acordo com as instruções
- ❖ Necessitam de vigilância e assistência permanentes
- ❖ Malformações que afetam principalmente os tecidos derivados do ectoderma e o esqueleto
- ❖ Incontinência urinária e fecal são freqüentes



## VII - FORMAS ETIOLÓGICAS

### A- OLIGOFRENIA FENILPIRÚVICA

- ❖ Difícil descobrir retardo antes de 1 ano de idade
- ❖ Leva a retardo grave por volta dos 4 anos de idade
- ❖ Gen autossômico recessivo com pais geralmente normais
- ❖ Tratamento: iniciado antes dos 3 meses para possibilitar desenvolvimento mental normal





## **B- OLIGOFRENIAS HIPOTIROIDIANAS**

- ❖ Primeiros sinais aparecem após o desmame
- ❖ RX evidencia retardo do desenvolvimento ósseo
- ❖ Adulto é um anão, com a cabeça de dimensões normais, pálpebras infiltradas, dentes mal implantados, sem pelos pubianos ou axilares
- ❖ Nível de retardo mental variável, geralmente profundo
- ❖ Tratamento: iniciado o mais cedo possível



## **C- EMBRIOPATIAS INFECCIOSAS**

- ❖ Rubéola – lesões oculares, lesões cardíacas, malformações crânio encefálicas
- ❖ Toxoplasmose – geralmente leva ao óbito. Malformações cefálicas, sinais neurológicos, sinais oculares e calcificações cerebrais

## **D - SÍNDROME DE DOWN**

- ❖ Fácies semelhante a da raça mongol
- ❖ 1:1000 nascimentos
- ❖ Etiologia controversa – ↑ frequência mães idosas e primíparas
- ❖ Em geral são dóceis e afetuosos
- ❖ Rosto redondo e achatado, fendas palpebrais estreitas com epicanto, mal formações cardíacas, hérnia umbilical



## VIII – Transtornos associados

- ❖ Transtornos mentais comórbidos – 4x da população geral.
- ❖ Mais comumente associados: psicoses atípicas, transtorno de déficit de atenção hiperatividade, transtornos do humor.
- ❖ Delírios - temas pobres, idéias e superstições ingênuas.
- ❖ Substituição da linguagem por comportamentos agressivos
- ❖ Maior risco de serem explorados e de sofrer abuso sexual e físico
- ❖ Síndrome de Down e demência
- ❖ Alcoolismo



## **IX – Achados de exame físico e laboratoriais**

- ❖ Síndrome específica com seus aspectos clínicos e achados laboratoriais
- ❖ Quanto mais grave o retardo mental maior a probabilidade

## **XI – Achados anatômicos em SNC**

- ❖ Lesões mais freqüentes são as degenerativas
- ❖ Macroscopia – agenesias totais ou parciais de diversas partes do SNC, atrofia cortical e malformações das circunvoluções e ventriculares.
- ❖ Microscopia – células do córtex em estágio embrionário e estratificação cortical em 6 camadas não organizada



## **XI – CURSO**

- ❖ Idade e modo de início dependem da etiologia e da gravidade do retardo mental
- ❖ Curso influenciado pela condição médica subjacente e por fatores ambientais

## **XII – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- ❖ Transtornos de aprendizagem ou transtornos de comunicação (transtornos de habilidades escolares)
- ❖ Demência
- ❖ Funcionamento intelectual borderline
- ❖ Sintomas negativos da esquizofrenia



## XIII - TRATAMENTO

- ❖ Orientação psicoterápica
- ❖ Tratamentos biológicos - dirigidos para etiologia orgânica /sintomático
- ❖ Tratamento pedagógico
  - a- Adquirir sempre o máximo de autonomia
  - b- Classe especial x classe normal
  - c- Internamento em hospital psiquiátrico
- ❖ Formação profissional - oficinas de assistência para trabalho / ofícios simples e concretos





## CASO I

Paciente de 72 anos, com história de patologia psiquiátrica iniciada em 1997, caracterizada por comprometimento da memória de fixação, progredindo para alteração de memória para fatos recentes. Filhos observaram que ela se perdia em locais familiares e não conseguia escolher a palavra certa para expressar uma idéia. Os déficits cognitivos passaram a interferir de forma significativa no trabalho, atividades sociais habituais e relacionamento com familiares. Atualmente não é mais capaz de preparar corretamente uma refeição, esquece o fogão ligado e as portas abertas, perde-se na rua e não consegue fazer compras sozinha, passa a maior parte do tempo isolada dos demais parentes, seu discurso é empobrecido respondendo as solicitações apenas com monossílabos.



## CASO II

Paciente 17 anos, com história de que desde a infância tinha poucos amigos, saía pouco de casa e preferia brincadeiras solitárias. Era bom aluno na escola, mas há seis meses passou a desinteressar-se pelos estudos e seu rendimento escolar caiu bastante. Genitora observou que ele tornou-se progressivamente mais inquieto, cursando com heteroagressividade, ideação delirante de temática persecutória, solilóquios e risos imotivados. Atualmente apresenta retraimento social, descuido da aparência pessoal, discurso empobrecido e delirante, elaborando pouco as respostas.



## CASO III

Paciente de 30 anos, com história de que vinha bem, trabalhando e realizando atividades sociais e de lazer até que há dois meses passou a cursar com tristeza, choro fácil, desânimo, insônia e diminuição do apetite. Atualmente pouco sai de casa e permanece a maior parte do dia deitada em sua cama. Descuidada da aparência pessoal, seu discurso é pobre, responde a maioria das solicitações com monossílabos e não elabora as respostas.



## CASO IV

Paciente de 18 anos, com história de episódios de agitação psicomotora e heteroagressividade desde a infância. Tem passado de crises convulsivas, vindo atualmente em uso de medicação anticonvulsivante. Genitora relata que o paciente andou mais tarde que os outros irmãos e que freqüentou a escola por pouco tempo, pois freqüentemente brigava com as outras crianças porque não conseguia realizar as tarefas como elas e tinha dificuldade para aceitar limites geralmente partindo para a agressão física. Descuidado da aparência pessoal, seu discurso é empobrecido, não conseguindo elaborar as respostas.