

## **Múltiplos olhares sobre a deficiência intelectual: CID 10, DSM-5, AADID E CIF.**

---

*Rita de Cássia Serafim do Nascimento*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.67.17

## RESUMO

Esta pesquisa, de caráter conceitual e bibliográfico, tem como objetivo fazer um levantamento das contribuições da psiquiatria quanto à temática da deficiência intelectual, conceituando-a, classificando-a e referenciando um diagnóstico nesta perspectiva, além de abordar a condução do tratamento. Apresenta também um breve histórico deste conceito, partindo da Psiquiatria Clássica até aos atuais como referenciados nos manuais diagnósticos. Possui caráter ratificador do TCC da minha graduação em Psicologia, a dissertação apresentava como temática: “DEBILIDADE MENTAL: PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE, DUAS PERSPECTIVAS”, contudo o presente artigo fundamenta-se neste trabalho de conclusão de curso por ser uma temática que interessa-me estudar e que faz parte do dia-a-dia do meu trabalho como educadora, seja na função de orientação educacional ou no trabalho com alunos incluídos.

**Palavras-chave:** deficiência intelectual. psiquiatria. DSM-5, A CID-10 e CIF.

## INTRODUÇÃO

Este estudo acadêmico se propõe a elucidar parte de um TCC original apresentado na conclusão do curso de Psicologia-2016. O trabalho original primava pela temática da Debilidade Mental nas perspectivas da Psicanálise e Psiquiatria, ambas abordagens não tinham caráter comparativo, mas conceituais visando a descrição da patologia e suas possibilidades de tratamento.

A escolha do tema dar-se-á devido à recepção de alunos na escola pública, dentro da clientela da Educação Inclusiva, muitos alunos(as) apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo, necessitando de suplementação nas áreas de alfabetização e lógico matemático. Em vista disso, houve a necessidade de conhecer um pouco mais sobre o assunto no parâmetro médico e também numa abordagem psicológica, na ocasião, sob o viés da Psicanálise.

Visa realizar uma breve definição da etimologia da palavra “Deficiência Intelectual”, partindo do conceito inicial da palavra que lhe originou: “Retardo Mental”, a partir da própria definição da Psiquiatria Moderna, a história é envolta em questões de exclusão, preconceito e até abandono, entrelaçada por estudos relacionados ao ‘quociente de inteligência’ e seus variados níveis de mensuração.

Um segundo momento, explicita o diagnóstico do retardo mental, suas causas e a descrição dos variados graus (leve, moderado, grave e profundo) a partir do CID 10 e DSM 5 considerando a variação de seus déficits.

E para concluir, aborda a visão da deficiência mental nos moldes da AADID (antiga AAMR) e da CIF que trazem para o contexto atual uma visão diferenciada de deficiência intelectual, pautada nos impactos de vida e estimulação dessas pessoas e não no conceito de incapacidade ou ‘doença incapacitante’.

Finalmente a conclusão que oportunizará uma conclusão sobre o panorama apresentado, possíveis tratamentos nas abordagens levantadas, e também, tratamentos para a patologia.

## DESENVOLVIMENTO

### A origem da palavra deficiência intelectual

A nomenclatura Deficiência Intelectual origina do conceito de Debilidade Mental, que envolve um processo histórico que se entrelaça com a história da Psiquiatria, ciência que nasce na Europa, no século XIX com Philippe Pinel (1745-1827) a partir da publicação do “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania” - 1801, o médico se preocupou com um tratamento mais humanizado e propôs acolher os “loucos” em espaços livres e mais sociáveis.

Ana Lydia Santiago no artigo “Debilidade e déficit: origens da questão no saber psiquiátrico”, aborda a trajetória de importantes médicos, desde o pai da Psiquiatria, Philippe Pinel, até Binet e Simon, médicos que sistematizaram os métodos diagnósticos e psicométricos para avaliação do Quociente de inteligência - QI. A autora situa o leitor no trajeto realizado pela Psiquiatria ao fundamentar a debilidade sob a óptica de uma patologia deficitária e principalmente a incidência desta definição desde o século XIX ter se constituído como uma marca de atraso intelectual.

O termo “debilidade mental” toma forma como categoria nosográfica, mas já era conhecido como idiotismo, uma forma de alienação descrita por Phillippe Pinel” (médico francês que propôs mudanças no tratamento dado aos loucos, substituindo o caráter segregador por um tratamento humanizado) (SANTIAGO, 2007, p.3), que já descrevia a patologia como um distúrbio das “funções intelectuais”. Pinel apropria-se deste conceito de idiotismo, como “uma forma de alienação” para, segundo Santiago, ressaltar que nesta perspectiva, caracteriza-se como uma “abolição total das funções de compreensão (...) uma patologia inata ou adquirida” (Ibidem, p. 3).

O percurso realizado por importantes médicos com objetivo de fundamentar considerações acerca da debilidade mental é revisto por Ana Lydia Santiago no artigo “Debilidade e déficit: origens da questão no saber psiquiátrico”<sup>1</sup> neste, a psicanalista, aborda o assunto fazendo uma trajetória desde o pai da Psiquiatria, Philippe Pinel, até Binet e Simon, médicos que sistematizaram os métodos diagnósticos e psicométricos para avaliação do Quociente de inteligência - QI. A autora situa o leitor no itinerário realizado pela Psiquiatria ao fundamentar a debilidade sob a óptica de uma patologia deficitária e principalmente a incidência desta definição desde o século XIX ter se constituído como uma marca de atraso intelectual.

A deficiência intelectual, apresenta-se a partir de uma categoria nosográfica, com critérios médicos constituídos pela Psiquiatria, mas no século anterior acontecem descrições do fenômeno e suas implicações através do vocábulo “idiotismo”, concebido como uma forma de alienação por Phillippe Pinel” (SANTIAGO, 2007, p.3), que descrevia a patologia como um distúrbio das “funções intelectuais”.

Pinel apropria-se deste conceito de idiotismo, como “uma forma de alienação” para, segundo Santiago, ressaltar que nesta perspectiva, caracteriza-se como uma “abolição total das funções de compreensão (...) uma patologia inata ou adquirida” (Ibidem, p. 3). Podemos afirmar que as quatro categorias que Pinel listou (melancolia, mania ou delírio, demência ou fraqueza intelectual generalizada e idiotismo) serviram de ponto de partida para o conceito de deficiência

1 - O presente artigo compõe o capítulo II do livro “A inibição intelectual na psicanálise”, publicado no Rio de Janeiro pela editora Jorge Zahar em 2005, do Campo Freudiano no Brasil. Constitui tese de doutorado de Ana Lydia Santiago, nele a autora “toma as diversas manifestações da inibição intelectual sob a ótica da psicanálise como uma forma de circunscrever aquilo que lhe é mais singular, tanto no tocante à apreensão de sua estrutura como no que se refere às coordenadas essenciais de sua abordagem clínica”. (Santiago, 2005, p.13)

intelectual.

Esquirol marca o avanço, substituindo o termo idiotismo para idiotia, com duas formas distintas: uma adquirida, como a demência e a segunda forma como congênita (má formação cerebral ou doença orgânica), de caráter incurável que cobre todos os casos de debilidade. O médico descreve três gradações para a primeira forma: imbecilidade, idiotia e cretinismo, todavia para Santiago o que se destaca como relevante nos estudos de Esquirol é “a separação que ele estabelece entre o que é da ordem da fraqueza psíquica – a demência – e o que é da ordem da insuficiência do desenvolvimento mental” (Ibidem, p.4), deixando-nos compreender que a primeira seria de ordem psicótica e a segunda como um defeito físico.

Mais tarde, no final do século XIX, Magnan apresenta uma síntese das ideias que atravessam a psiquiatria francesa nos anos de 1880 e assim divide as categorias em dois grupos: o das psicoses e os da loucura, neste segundo grupo (1. Idiotia, imbecilidade e debilidade mental, 2. Anomalias cerebrais, 3. Síndromes episódicas e 4. Delírios). Quanto à debilidade o psiquiatra a descreve como uma loucura degenerativa. Kraepelin não faz muitas alterações ao conceito de debilidade, embora tenha realizado adaptações em sua série que chegou até a oitava edição e conclui ser uma anomalia congênita que interrompe as atividades mentais e intelectuais.

Magnan e Kraepelin apresentaram uma evolução nosográfica e organizaram descritivamente as síndromes, eles conservaram na debilidade a forma congênita irreversível que provoca um tipo de retardo no desenvolvimento mental do sujeito, ambos refletem um pouco o pensamento de Esquirol acerca da dualidade formada por fraqueza psíquica por um lado e insuficiência do desenvolvimento mental pelo outro.

A debilidade de pensamento torna-se uma característica que marca a evolução dos quadros psicóticos e a debilidade mental é recolocada entre as categorias congênicas deficitárias de empobrecimento funcional e psíquico. “O ponto preciso e surpreendente dessa diferenciação é a postulação de possíveis graus de reversibilidade para o quadro de idiotia congênita” (Ibidem, p.5), este pensamento nos reporta também a Pinel quando propôs um tratamento possível para o idiotismo adquirido, através da estimulação precoce.

Ainda acompanhando o percurso de Santiago sobre os grandes médicos que estudaram a debilidade mental, descrevemos Édouard Seguin e Félix Voisin como defensores da possibilidade de reversão dos casos, mesmos os de ordem congênita através de procedimentos educativos especiais, eles se tornam os primeiros psiquiatras infantis e, a partir do trabalho destes médicos, a debilidade mental passa a ser tratada de forma autônoma, marcada pela dicotomia entre um déficit constitutivo e um enfoque terapêutico.

Alfred Binet e Théodore Simon inauguram um novo período, estes psiquiatras da pedagogia experimental abordam a questão da debilidade sob o foco psicométrico, principalmente pela ideologia da época, final do século XIX, que suscita questões sobre a obrigação da escola e a normalização da natureza infantil. Os médicos começam a estabelecer um diagnóstico sobre os estados inferiores da inteligência, implementando testes para mensurá-la através das escalas de inteligência. “Os débeis, imbecis e idiotas deixam o campo da investigação clínica psiquiátrica e fazem seu ingresso no domínio da psicologia psicométrica e da psicologia” (Ibidem, p.8).

A ideia do método é estabelecer uma escala métrica de inteligência composta de várias provas com dificuldades crescentes que permitiria “como eles mesmos notificam, não a medida

de inteligência (...), mais uma classificação, uma hierarquia entre inteligências diversas” (Ibidem, p.8), neste momento um novo campo de conhecimento permite uma triangulação acerca dos débeis, imbecis e idiotas; a psicologia métrica.

A partir deste contexto, surge a ideia de deficiência intelectual como um nível distinto dos graus mais profundos como a imbecilidade e a idiotia. Cabe ressaltar que os termos debilidade mental, imbecilidade e idiotia foram empregados por muito tempo, e ainda hoje, com sentido pejorativo e de mau uso, saindo do âmbito da medicina para figurar no discurso do senso comum.

## CAUSAS DA DEBILIDADE MENTAL

De acordo com Sadock e Sadock (2007, p.1241) as causas da Debilidade Mental podem ser várias, consideremos alguns fatores: a) Fatores de Risco e Causas pré-natais: desnutrição materna, má assistência no período gestacional, doenças infecciosas (sífilis, rubéola, toxoplasmose), tóxicos (álcool, consumo de drogas, efeitos colaterais de medicamentos), poluição ambiental, tabagismo; b) Fatores genéticos: Síndrome de Down, a Síndrome de Prader-Wili, síndrome do X frágil, síndrome do miado de gato e outras alterações cromossômicas e transtornos com alterações inatas de metabolismo 5; c) Síndromes psicossociais: autoimagem negativa e baixa autoestima, “comum em pessoas com retardo mental leve e moderado, as quais são bastante conscientes de ser diferentes de outros”.

Consideramos também: d) Complicações na gestação: toxemia gravídica e diabetes materna não controlada, desnutrição materna na gestação, hemorragia vaginal, placenta prévia, deslocamento placentário, efeito teratogênico de agentes farmacológicos administrados durante a gravidez; e) Fatores de Risco e Causas Perinatais que incidem do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê: má assistência ao parto e traumas de parto; oxigenação cerebral insuficiente; Prematuridade e baixo peso; Icterícia grave do recém-nascido; f) Fatores de Risco e Causas Pós-Natais que incidem do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; Infecções: meningoencefalites, sarampo e outras.

Ressaltamos outras possíveis causas do retardo mental: e) Intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio). f) Acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas e outras. g) Infestações: neurocisticercose (larva da *Taenia Solium*); h) Fatores ambientais e socioculturais: privação significativa de alimento e carinho, cuidado médico deficiente, gestação na adolescência.

Prematuridade e baixo peso; Icterícia grave do recém-nascido; f) Fatores de Risco e Causas Pós-Natais que incidem do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; Infecções: meningoencefalites, sarampo e outras. Ressaltamos também como causas do retardo mental: e) Intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio). f) Acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas e outras. g) Infestações: neurocisticercose (larva da *Taenia Solium*); h) Fatores ambientais e socioculturais: privação significativa de alimento e carinho, cuidado médico deficiente, gestação na adolescência.

## O DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Sadock e Sadock (2007) pontuam que é de responsabilidade da psiquiatria a descrição dos sinais e sintomas através de uma linguagem objetiva para uma boa precisão do diagnóstico. Os autores descrevem o sintoma como experiências subjetivas que expressam a queixa do paciente. O psiquiatra deve ter conhecimento e habilidade para observar os sinais e o conjunto de fenômenos descritos através de um quadro nosográfico. “Os sinais são observações e descobertas objetivas, como os afetos constrictos ou retardos psicomotores do paciente” (p. 306).

Assim, o diagnóstico tem como base o uso da fenomenologia que “é uma escola de filosofia e psiquiatria desenvolvida por Edmund Husserl e pelo psiquiatra e filósofo Karl Jaspers que se concentra em sinais ou sintomas como eventos que podem ser descritos e experimentados” (Ibidem, p. 306) A fenomenologia utiliza de “termos descritivos” para classificar/laudar uma patologia.

O processo de diagnóstico da Deficiência Intelectual no campo da psiquiatria faz uso de instrumentos, tais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014); a Classificação Internacional das Doenças – CID 10, atualmente estamos na versão 11, (OMS, 1993) e por sistemas mais atuais como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2003), e também, o sistema classificatório da AADID (conhecida como antiga AAMR), que editou o seu primeiro manual em 1921.

A mudança de sigla AAMR por AADID visa substituir a nomenclatura retardo mental por deficiência intelectual, e, acrescentar também, o vocábulo desenvolvimento, com intuito de contemplar numa escala crescente, de acordo com uma rede de apoios e suportes oportunizados ao indivíduo, avanços significativos e possíveis, mesmo dentro de sua deficiência. Os instrumentos DSM-5, o manual da AADID, e a CIF por serem pouco referenciados em pesquisas, o fato não se dá pela falta de credibilidade, mas pela “pouca divulgação das produções entre especialistas e pesquisadores brasileiros” (CARVALHO; MACIEL, 2003, p.150).

Para este trabalho acadêmico optou-se por citar as quatro fontes de classificação pelo amplo caráter da temática, servindo-nos de um leque de possibilidades onde diagnosticar seria considerar a visão das diferenças e lidar com a complexidade dos diversos sistemas internacionais de classificação, vendo-as como complementares e não concorrentes.

## A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL DE ACORDO COMO DSM-5 E A CID-10

Partindo dos estudos de Araújo e Lotufo Neto em “A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5” Os autores elucidaram algumas das principais mudanças no mesmo a fim de realizar um estudo comparativo entre a atual versão americana com o DSM-IV-TR. Segundo os autores, a história do Manual de Associação Psiquiátrica Americana (DSM) “viabiliza a comunicação entre profissionais fornecendo uma padronização da linguagem psiquiátrica e facilitando o diálogo entre as diferentes áreas” (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 70).

Assim, visando fins estatísticos, em 1940, os EUA resolveram contabilizar através de um censo, o número de idiotas/loucos objetivando registrar a frequência das patologias mentais, mas apenas no censo de 1880, as doenças foram catalogadas em sete grupos: mania, melan-

colia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia. Anos mais tarde, o exército norte-americano com a Associação dos Veteranos desenvolveu uma das mais completas categorizações, momento que a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui uma sessão destinada aos transtornos mentais a CID-6, assim em 1953 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publica o seu primeiro manual de transtornos mentais direcionado a aplicação clínica.

A nova edição do DSM-5 rompe com o modelo multiaxial (dotado de vários eixos), pois “o objetivo da distinção era apenas o de estimular uma avaliação completa e detalhada do paciente” (Ibidem, p. 70), portanto, para o manual, a terminologia retardo mental equivale a Deficiência Intelectual (DI), sendo empregado de diferentes maneiras de acordo com áreas a que se destinam. A DI é uma síndrome neurodesenvolvimental, com início durante um período do desenvolvimento (do nascimento aos dezoito anos) em que inclui um prejuízo cognitivo, associado a um déficit adaptativo à autonomia do sujeito.

Nota: O termo diagnóstico deficiência intelectual equivale ao diagnóstico da CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual. Embora o termo deficiência intelectual seja utilizado em todo este Manual, ambos os termos são empregados no título para esclarecer as relações com outros sistemas de classificação. Além disso, uma Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa’s Law) substituiu o termo retardo mental por deficiência mental e periódicos de pesquisa usam deficiência intelectual. Assim, deficiência intelectual é o termo de uso comum por médicos, educadores e outros, além de pelo público leigo e grupos de defesa dos direitos. (DSM-5, 2014, p.17)

Para o DSM-5, a Deficiência Intelectual pertence ao grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento que se manifestam bem cedo sendo caracterizado por “déficits que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional” (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 72). Segundo o manual, causam “limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência”, estas podem estar “associadas a alguma condição médica ou genética conhecida ou fator ambiental” (Ibidem, p. 74), os critérios são similares também para a CID-10. Critério A: déficit das funções intelectuais (raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmada tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados). Critério B: Déficit das funções adaptativas (Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social) e Critério C: início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Na Classificação Internacional de Doenças – CID-10, a debilidade mental é o nível mais leve do retardo mental e recebe outras denominações como atraso mental leve, fraqueza mental, oligofrenia leve ou subnormalidade mental. Para o conceito de retardo mental (F70 – F79) o manual destaca:

Parada do desenvolvimento ou 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. (CID 10, 2007, p. 361)

Quanto aos níveis em ordem crescente de comprometimento para o retardo mental destacamos com a referência da CID 10, o F70.- Retardo mental leve com amplitude aproximada

do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos), co-denominados de atraso mental leve, “debilidade mental”, fraqueza mental, oligofrenia leve, subnormalidade, mental leve; o F71- Retardo mental moderado com amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos) conhecido como atraso mental médio, oligofrenia moderada, subnormalidade mental moderada; o F72.- Retardo mental grave com a amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos) que inclui atraso mental grave, oligofrenia grave, subnormalidade mental grave . O F73.- Retardo mental profundo, apresenta QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade, inclui o atraso mental profundo, oligofrenia profunda, subnormalidade mental profunda e o F78.- Outro retardo mental (CID 10, 2007, p. 362).

Ambos os manuais admitem o funcionamento intelectual abaixo da média, comprometimento no comportamento adaptativo e início anterior aos 18 anos. Os níveis de retardo mental são constatados a partir dos testes de inteligência, relacionados com as atividades de vida diária e com a a medição do Quociente de Inteligência.

## A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL DE ACORDO COM A AADID (AAMR) E A CIF

A Associação Americana de Deficiência Mental – AAMR, fundada em 1876 com o nome de American Association on Mental Retardation, a partir de 1º de janeiro de 2007, “após intensa discussão, esta sigla deixou de existir e surgindo AADID, que significa American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, com tradução livre (...) Associação Americana de Deficiências Intelectual e de Desenvolvimento” (DEO; PEREIRA, 2012, p. 7). A AADID propõe um modelo de concepção multidimensional, funcional e bioecológico da deficiência mental e apresenta a seguinte definição de retardo mental: “Deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos” (LUCKASSON e cols., 2008 p. 8 *apud* DE CARVALHO; MACIEL, op. cit., p. 150).

A AADID produz conhecimento acerca do retardo mental, ela se constitui uma fonte importante por contemplar a pessoa da debilidade sob o ângulo da funcionalidade e não do déficit em si. Para que o diagnóstico aconteça, “é necessário que as limitações intelectuais e adaptativas, identificadas pelo instrumento de mensuração, sejam culturalmente significadas e qualificadas como deficitárias” (Ibidem, p.150).

As autoras assinalam os parâmetros que servem de base para a aplicação do diagnóstico, de acordo com o manual da AADID são os (a) padrões de referência do meio circundante, em relação ao que se considera desempenho normal ou comportamento desviante; (b) a intensidade e a natureza das demandas sociais; (c) as características do grupo de referência, em relação ao qual a pessoa é avaliada, (d) a demarcação etária do considerado período de desenvolvimento, convencionalizada e demarcada nos dezoito anos (Ibidem, p.150).

Assim a AADID, explica a deficiência mental segundo cinco aspectos que estão relacionados à pessoa e sua funcionalidade no ambiente físico e social, ao contexto e os sistemas de apoio, bem como, a intensidade em que devem ser promovidos para a independência da pessoa.



Considerando o artigo “Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002” a concepção multidimensional da AADID apresenta como eixos a Dimensão I: habilidades Intelectuais (raciocínio, planejamento, solução de problemas, pensamento abstrato entre outros, enfiam as habilidades objetivas, utiliza em vez do QI, o desvio-padrão.); Dimensão II: comportamento Adaptativo (habilidades conceituais, sociais e práticas para corresponder às demandas da vida); Dimensão III: participação, interação e papéis sociais (participação na vida comunitária, nas interações sociais, e dos papéis vivenciados pela pessoa e a sua participação na comunidade em que vive); Dimensão V: contextos (considera as condições onde a pessoa vive, relacionando-as com a qualidade de vida) (Ibidem, p. 150 -152).

Para Carvalho e Maciel, a concepção funcional do modelo de avaliação da deficiência proposto pela AADID reforça uma rede de apoios que “são identificados como mediadores entre o funcionamento do sujeito e as cinco dimensões” (Ibidem, p. 152), quando bem aplicados os apoios desempenham papel essencial na forma como a pessoa vivencia as suas demandas, também auxiliam no estímulo de desenvolvimento e na aprendizagem das pessoas ao longo da vida. Eles podem ser (a) intermitentes, ou seja, episódicos, aplicados em momentos de crise; (b) limitados, para apoiar pequenos períodos de curta duração e (c) extensivos, caracterizados por regularidade e periodicidade, como escolas, trabalho, lar, sem limitações de temporalidade e (d) pervasivos, são constantes, estáveis e de alta intensidade, disponibilizados em diversos ambientes, por toda a vida (Ibidem).

Poderíamos elucidar neste contexto a concepção sócio-histórica de Vygotsky, principalmente o conceito de zona de desenvolvimento proximal, ao considerar a independência que o sujeito pode atingir quando assistido em sua limitação. (VIGOTSKI, 2011, p. 3). Classificar a deficiência intelectual, a partir de uma amplitude histórica auxilia a contemplar o indivíduo em diferenciadas áreas do conhecimento, auxiliando-o em seu déficit, com uma rede de apoios que colabore no desenvolvimento interno das funções cognitivas, a partir das interações sociais.

A OMS - Organização Mundial de Saúde pública em 2001 a versão que ultrapassa a visão médica, a CIF – Classificação Internacional de Funcionalidades. Poderíamos dizer que a proposta da CIF seria de um carácter mais amplo, biopsicossocial e favorecedor para as pessoas com deficiência intelectual.

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS proporciona um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (e.g. diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contacto com os serviços de saúde) e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências (CIF, 2004, p. 7)

Entre os objetivos aos quais a CIF se propõe para a igualdade de oportunidades encontram-se “proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde” (CIF, 2004 p. 9) com intenção de disseminar esta base e, também, “permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo” (CIF, 2004, p. 9).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os manuais mais utilizados, CID 10 e DSM-5 o foco permanece na perspectiva das limitações, por isso, a necessidade de mensurar a inteligência e definir os variados níveis do retardo mental, a fim de laudar o paciente e em decorrência disto, medicá-lo. Percebemos que o foco ainda reside na doença e nos seus sintomas sendo pouco considerado o contexto social, cultural e econômico dos pacientes com retardo mental; isto é, o objetivo central ainda é conhecer para prever e controlar, através da medicação.

Segundo Deo e Pereira (2012, n.p.), “atualmente constatou-se que a deficiência intelectual está melhor conceituada pela Associação Americana de Deficiências Intelectual e do Desenvolvimento (AADID)”, pois ela relaciona os níveis de comprometimento intelectual e do comportamento adaptativo como condição para a avaliação, o diagnóstico e a classificação das intervenções coerentes e eficientes para corresponder a funcionalidade da pessoa com deficiência intelectual. “Entendendo como ponto de partida e nunca de chegada para tal intervenção” (Ibidem)

Pontuamos a preocupação em registrar um sujeito, que embora visualizado sobre a ótica deficitária, passa a ser contemplado por uma amplitude mais holística, a partir de uma concepção multidimensional através de sistemas de apoios contextualizados, essa ótica vislumbra possibilidades.

A CIF trabalha em caráter de rede envolvendo setores como “seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais” (Ibidem, p. 9). A relevância do âmbito da CIF quanto ao seu caráter de funcionalidade humana é muito importante, ela se organiza em duas partes: Parte I: Funcionalidade e Incapacidade, subdividida em (a) partes do corpo e estrutura do corpo e (b) Atividades e participação e Parte II: Fatores Contextuais que se subdividem em (a) Fatores Ambientais e (b) Fatores pessoais.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014.

CARVALHO, Erenice Natália Soares de; MACIEL, Diva Maria Moraes de Albuquerque. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 147-156, dez. 2003.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID 10. Disponível em DATASUS.

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF. Disponível em <[https://iparadigma.org.br/biblioteca/inclusao-economica-cif-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude/http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_2004.pdf](https://iparadigma.org.br/biblioteca/inclusao-economica-cif-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude/http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf)>. Acesso em 24 jan. 2022

Como usar a CIF. Um Manual Prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Disponível em < <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf> >. Acesso em 24 jan. 2022

DEO, Adriana Forte; PEREIRA, Jeanete Aparecida Ferri. Triangulação entre deficiência intelectual, funcionalidade humana e apoios. Revista Dica, n. 4, a. 3, 2012.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5. Porto Alegre, Artmed, 2014, 948 p.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1584 p.

SANTIAGO, Ana Lydia. A relação com o saber na psicanálise. Revista Trabalho e Educação, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, jan/jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Debilidade e déficit: origens da questão no saber psiquiátrico. CliniCAPS, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. X, dez. 2007.

VIGOTSKI, Lev Semionovitch. A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação da criança anormal. Educ. Pesqui., v. 37, n. 4, 2011, p. 863-869.