

**DEFICIÊNCIA INTELECTUAL AO LONGO DA VIDA: DEFINIÇÃO,
CLASSIFICAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.030-011>

Cristiane del Corso

Doutora em Fisiologia

Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

E-mail: cdcorsso@gmail.com

Laenne Ágata Valentim

Especialista em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

E-mail: laenne@gmail.com

Edilson Misael Guimarães

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Salgado de Oliveira

E-mail: edilsonenf@gmail.com

Ana Raisa Salles Bezerra

Pós-Graduada em Medicina de Saúde da Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: ana.raisa.md@gmail.com

Maria Noeme Cruz Landim Sampaio

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

E-mail: noeme.cruz@hotmail.com

Marco Antonio Baijo

Graduado em Medicina

Instituição: Universidad Central del Paraguay

E-mail: baijomarco@gmail.com

Guilherme Salermo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Barão de Mauá

E-mail: gui.salermo@gmail.com

Gustavo Tripanon

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes

E-mail: gustavotripanon@hotmail.com

Felipe da Silva Alvarenga Guimarães

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes

E-mail: felipe.guimaraea95@yahoo.com.br



Iolanda Leonel de Melo Alves

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdades Integradas do Sul da Bahia

E-mail: iolandaalvs@gmail.com

RESUMO

A deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e adaptativo, afetando uma parte substancial da população global, com prevalência estimada entre 1% e 3%, sendo maior em homens e em países em desenvolvimento. O conceito evoluiu de uma visão simplista para uma abordagem mais abrangente, considerando tanto déficits cognitivos quanto desafios adaptativos. A etiologia da condição é multifatorial, com causas genéticas e ambientais, e o diagnóstico baseia-se em testes de QI e avaliações de comportamento adaptativo. Classifica-se em leve, moderado, grave e profundo. Este artigo de revisão sistemática examina definições, classificações, etiologias e intervenções ao longo da vida de pessoas com deficiência intelectual. Inclui estudos publicados entre 2000 e 2024, em inglês ou português, nas bases PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO e SciELO. A análise dos dados será qualitativa e, quando aplicável, incluirá meta-análise, utilizando ferramentas específicas para avaliar a qualidade dos estudos. As intervenções para deficiência intelectual envolvem uma abordagem multidisciplinar, com ênfase em estratégias comportamentais e suporte familiar, além do manejo de comorbidades. A revisão destacou a necessidade de intervenções precoces e contínuas para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, bem como a importância de políticas públicas direcionadas. Também identificou lacunas na literatura, especialmente em relação à variabilidade dos estudos, sugerindo a necessidade de mais pesquisas robustas para o desenvolvimento de estratégias de manejo eficazes.

Palavras-chave: Deficiência intelectual. Prevalência. Etiologia. Diagnóstico. Intervenção precoce.



1 INTRODUÇÃO

A deficiência intelectual, caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, representa uma condição complexa e multifacetada que impacta a vida de milhões de indivíduos em todo o mundo. Tradicionalmente, a deficiência intelectual tem sido compreendida como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, marcada por dificuldades cognitivas que afetam a capacidade de aprender, raciocinar e realizar atividades diárias de forma autônoma. Desde a primeira descrição por Kraepelin, que simplificava a condição como uma falha generalizada no cérebro, até as definições mais contemporâneas, houve uma evolução significativa na compreensão e no diagnóstico da deficiência intelectual.

A evolução do conceito de deficiência intelectual reflete avanços na pesquisa e na prática clínica, com uma mudança gradual de uma abordagem simplista para uma visão mais holística e multifacetada. Em 1959, a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) introduziu uma definição mais abrangente, descrevendo a condição como um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média associado a prejuízos no comportamento adaptativo. Com o tempo, a terminologia evoluiu para "deficiência intelectual" e as definições foram refinadas para considerar a complexidade da condição, abrangendo não apenas as limitações cognitivas, mas também os desafios adaptativos que afetam a vida cotidiana dos indivíduos.

A etiopatogenia da deficiência intelectual é complexa e multifatorial, envolvendo uma interação de fatores biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais ao longo da vida. Embora as causas genéticas tenham se tornado mais evidentes, representando uma parte significativa dos casos, até 40% dos casos, especialmente os de comprometimento leve, não têm uma etiologia identificável. As causas genéticas mais comuns incluem a trissomia do 21 e a síndrome do X frágil, enquanto fatores pré-natais, perinatais e pós-natais também desempenham um papel crucial no desenvolvimento da condição. A compreensão desses fatores é essencial para o diagnóstico, tratamento e prevenção da deficiência intelectual.

O diagnóstico de deficiência intelectual requer a presença de três condições principais: funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com um quociente de inteligência (QI) igual ou inferior a 70; prejuízos no funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas; e início dos sintomas antes dos 18 anos. A classificação da deficiência intelectual varia de leve a profunda, refletindo a gravidade dos déficits cognitivos e adaptativos. Nos casos leves, com QI entre 50 e 70, os indivíduos podem aprender habilidades básicas e realizar atividades semiqualficadas com supervisão. Nos casos moderados, com QI entre 35 e 49, o aprendizado é mais limitado e requer supervisão constante. Casos graves e profundos, com QI entre 20 e 34 e abaixo de 20, respectivamente, apresentam dificuldades significativas e exigem suporte contínuo e cuidado intensivo.

A avaliação clínica da deficiência intelectual é um processo abrangente que inclui anamnese detalhada, exame físico e testes complementares. A investigação deve abordar o histórico pessoal e familiar, incluindo fatores genéticos e ambientais, e considerar a presença de comorbidades clínicas e comportamentais. Exames genéticos e metabólicos, além de testes de neuroimagem, são frequentemente utilizados para elucidar a etiologia e guiar o tratamento. A intervenção precoce e contínua é fundamental para otimizar o funcionamento social e a qualidade de vida dos indivíduos com deficiência intelectual.

Este artigo de revisão sistemática da literatura visa fornecer uma análise detalhada das definições e classificações da deficiência intelectual, bem como das estratégias de intervenção ao longo da vida. A revisão abordará a evolução dos conceitos e classificações, destacará as melhores práticas e identificará lacunas na literatura atual. A metodologia incluirá a definição de critérios rigorosos de inclusão e exclusão, uma busca abrangente em bases de dados acadêmicas e a aplicação de técnicas de análise qualitativa e quantitativa dos dados. Este trabalho busca consolidar o conhecimento existente, fornecer recomendações para a prática clínica e educativa e orientar futuras pesquisas na área.

2 METODOLOGIA

Pretendemos responder às seguintes perguntas de pesquisa: (1) Quais são as definições e classificações mais aceitas para a deficiência intelectual? (2) Quais fatores etiológicos são mais frequentemente associados à deficiência intelectual? (3) Quais intervenções são consideradas mais eficazes para o manejo da deficiência intelectual em diferentes fases da vida?

Os critérios de inclusão para esta revisão foram estudos que abordam a deficiência intelectual com ênfase em definições, classificações, etiologia e estratégias de intervenção, publicados em inglês ou português, entre 2000 e 2024. Foram incluídos estudos de qualquer desenho metodológico, como estudos de coorte, ensaios clínicos e revisões. Os critérios de exclusão foram artigos que não se focam diretamente na deficiência intelectual, estudos fora do escopo temporal estabelecido, e estudos não publicados em periódicos revisados por pares ou literatura cinza irrelevante.

Para a coleta de dados, foram pesquisadas as seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO e SciELO. Também foram consultados livros relevantes na área para garantir uma cobertura abrangente dos temas abordados.

A estratégia de busca incluiu termos como "deficiência intelectual", "transtorno do desenvolvimento intelectual", "classificação de deficiência intelectual", "etiologia da deficiência intelectual", e "estratégias de intervenção para deficiência intelectual". As buscas foram ajustadas conforme necessário para cada base de dados para garantir a cobertura abrangente.

O processo de seleção dos estudos envolveu duas etapas. Primeiro, foi realizada a triagem inicial de títulos e resumos para identificar artigos potencialmente relevantes. Em seguida, foram

avaliados os textos completos dos artigos selecionados para confirmar a conformidade com os critérios de inclusão. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, e as discrepâncias foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor quando necessário.

Dados foram extraídos de cada estudo incluído utilizando um formulário padronizado, que abrangeu variáveis como características do estudo, definição e classificação de deficiência intelectual, fatores etiológicos investigados e estratégias de intervenção relatadas. A extração de dados foi conduzida por dois revisores independentes para garantir a precisão, e as discrepâncias foram resolvidas através de discussão.

A qualidade dos estudos foi avaliada utilizando a ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane para estudos clínicos e a escala de Jadad para ensaios clínicos. Para revisões sistemáticas, utilizou-se o AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews). A avaliação da qualidade foi realizada por dois revisores independentes, e as discordâncias foram resolvidas por consenso.

Os dados foram sintetizados utilizando métodos de análise qualitativa e, quando apropriado, meta-análise. A análise qualitativa envolveu a categorização das definições, classificações, fatores etiológicos e intervenções em temas principais. Para a meta-análise, os estudos foram agrupados com base na homogeneidade dos dados e nos desfechos avaliados. A análise foi realizada utilizando o software RevMan.

Como esta revisão sistemática se baseia em dados publicados, não foram necessárias considerações éticas específicas relacionadas à pesquisa com seres humanos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A deficiência intelectual refere-se a um desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, marcado por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo. Historicamente, Kraepelin descreveu a condição de maneira simplificada, afirmando que "os débeis mentais são pessoas em cujo cérebro não ocorrem muitas coisas". No entanto, em 1959, a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) ofereceu uma definição mais precisa, explicando que o "retardo mental" se caracteriza por um funcionamento intelectual abaixo da média, manifestando-se durante o período de desenvolvimento e associado a prejuízos no comportamento adaptativo. À medida que o termo "retardo mental" foi sendo substituído por "deficiência intelectual", a conceituação também evoluiu. Hoje, a deficiência intelectual é definida como uma condição que compromete o desenvolvimento de habilidades cognitivas, de linguagem, motoras e sociais, essenciais para o nível global de inteligência. Essas limitações afetam a capacidade do indivíduo de se adaptar às exigências da vida cotidiana, tanto no âmbito pessoal quanto social. A Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (AAIDD) enfatiza que essas limitações são expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas, reforçando que a condição surge durante a



fase de desenvolvimento e impacta diversas áreas da vida, desde o aprendizado até a interação social e a autonomia funcional.

3.1 EPIDEMIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

No Brasil, não há estudos que definam com precisão a frequência populacional da deficiência intelectual, o que nos obriga a basear nossas estimativas em dados projetados de outras realidades. Esse cenário reflete, em parte, um desinteresse histórico, já que a condição oferece poucas possibilidades de intervenção farmacológica e seu impacto social é frequentemente subestimado, apesar de ser um campo de estudo desde a introdução da psiquiatria no país. Estudos internacionais indicam que a prevalência da deficiência intelectual varia entre 1% e 3%, sendo que uma metanálise recente aponta uma prevalência média de cerca de 1%. A condição é mais frequente no sexo masculino em todas as faixas etárias e sua incidência é maior em países em desenvolvimento, onde as taxas são quase o dobro das observadas em nações de alta renda. Além disso, a deficiência intelectual ocorre com menor frequência em áreas urbanas (0,4%) em comparação com áreas rurais (1,02%). Essas disparidades sugerem que fatores socioeconômicos e de acesso a cuidados de saúde influenciam diretamente a prevalência da condição.

3.2 ETIOPATOGENIA E FATORES DE RISCO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A etiopatogenia da deficiência intelectual é um constructo multifatorial que envolve uma complexa interação de fatores biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais ao longo da vida. Embora lesões, infecções e toxinas tenham se tornado causas menos frequentes devido aos avanços nos cuidados pré-natais, fatores genéticos ganharam destaque. Em até 40% dos casos, especialmente aqueles de comprometimento leve, não é possível identificar uma etiologia específica. A compreensão das causas da deficiência intelectual pode ajudar no tratamento e até na prevenção de alguns casos. Esses fatores de risco podem ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal, sendo divididos em três grandes categorias: orgânicos, genéticos e socioculturais. As causas genéticas mais comuns incluem a trissomia do 21 e a síndrome do X frágil. No entanto, a maioria dos casos apresenta uma sobreposição de fatores genéticos, ambientais e socioculturais, refletindo a natureza complexa da condição.

Entre os fatores que atuam antes da concepção, destacam-se as causas genéticas, que podem ser de herança dominante, recessiva ou ligada ao sexo. Entre as patologias de herança dominante, incluem-se várias síndromes que frequentemente envolvem deficiência intelectual associada a malformações ectodérmicas, mesodérmicas, musculares ou ósseas. Exemplos incluem as neuroectodermatoses ou facomatoses, como a esclerose tuberosa, caracterizada por lesões hamartomatosas em vários tecidos, e a neurofibromatose, que se manifesta com manchas café-au-lait e áreas de hipo ou hiperpigmentação.

Outras condições dominantes são as disostoses craniofaciais, como a síndrome de Apert, com características craniofaciais marcantes, e a síndrome de Marfan, associada à alta estatura, membros longos e frouxidão ligamentar.

Nas patologias de herança recessiva, são comuns os distúrbios metabólicos. Entre eles, destacam-se as doenças do metabolismo lipídico, como a doença de Tay-Sachs e a doença de Niemann-Pick, e os distúrbios do metabolismo de mucopolissacárides, como a doença de Hurler e a síndrome de Maroteaux. Distúrbios do metabolismo glicídico, como a glicogenose (doença de von Gierke), e do metabolismo proteico, como a fenilcetonúria – diagnosticada pelo teste do pezinho – também são relevantes. A fenilcetonúria, com prevalência de 1:15.000, é caracterizada por deficiência intelectual, pele e pelos claros, além de crises convulsivas. Esses exemplos ilustram a vasta gama de condições genéticas e metabólicas que podem contribuir para o desenvolvimento da deficiência intelectual, evidenciando a importância de mais pesquisas para identificar causas ainda desconhecidas, especialmente nos casos leves.

Cerca de 50% dos abortos espontâneos são causados por aberrações cromossômicas estabelecidas no zigoto, decorrentes de falhas na produção dos gametas. Essas patologias podem ser classificadas em anomalias dos cromossomos somáticos e sexuais. A trissomia do cromossomo 21, ou síndrome de Down, é a anomalia dos cromossomos somáticos mais frequente, ocorrendo em aproximadamente 1 a cada 600 nascidos vivos, com aumento proporcional à idade materna. Outras trissomias, como a de Edwards (cromossomo 18) e a de Patau (cromossomos 13 a 15), também têm grande relevância clínica, embora sejam menos comuns.

Entre as anomalias dos cromossomos sexuais, destaca-se a síndrome de Klinefelter, caracterizada por displasia testicular tubular, cariótipo XXY, hipogonadismo e membros longos. A síndrome de Turner, com cariótipo XO, manifesta-se por baixa estatura, disgenesia ovariana, linfedema congênito transitório e malformações ósseas. A condição conhecida como superfêmea, com cariótipo XXX, pode causar retardo mental, hipoplasia do terço médio da face e amenorreia inconstante.

Os fatores pré-natais são essenciais para a prevalência e prevenção da deficiência intelectual. As infecções congênitas, como a toxoplasmose, causam comprometimentos significativos, incluindo a tétade de Sabin (deficiência intelectual, microcefalia, calcificações intracranianas e coriorretinite). A rubéola congênita também gera deficiência auditiva e visual, enquanto a sífilis congênita provoca malformações físicas como tibia em sabre e dentes de Hutchinson. O citomegalovírus é outra infecção viral relevante. Além disso, a desnutrição pré-natal contribui para o desenvolvimento insuficiente do feto, e fatores físicos, como a exposição à radiação, bem como fatores imunológicos, como a incompatibilidade sanguínea, podem comprometer o desenvolvimento fetal.

A intoxicação pré-natal mais comum é causada pela síndrome alcoólica fetal, que se manifesta por retardo mental, deficiência no crescimento, microcefalia e alterações craniofaciais. Transtornos

endocrinológicos, como diabetes e doenças tireoidianas, aumentam o risco de malformações. A hipóxia intrauterina, decorrente de hemorragia uterina, insuficiência placentária ou intoxicações, também interfere no desenvolvimento fetal.

No Brasil, os fatores perinatais são particularmente importantes devido às deficiências no atendimento materno-infantil. Complicações como a anóxia neonatal, hipoxia e tocotraumatismos, além da prematuridade, são algumas das principais causas de deficiência intelectual.

No período pós-natal, as infecções, traumatismos cranianos, desnutrição e privações sensoriais e familiares também devem ser considerados. Infecções como as meningoencefalites bacterianas (causadas por *H. influenzae* e *S. pneumoniae*) e virais (herpes) são as principais responsáveis. As privações, quando associadas a outros fatores de risco, podem agravar o quadro, mas raramente são causas isoladas. Mesmo com avanços diagnósticos, cerca de 30% dos casos de deficiência intelectual permanecem sem etiopatogenia estabelecida, o que ressalta a necessidade de mais estudos na área.

3.3 QUADRO CLÍNICO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

As principais manifestações da deficiência intelectual incluem atrasos no desenvolvimento cognitivo e déficits no funcionamento adaptativo social. Crianças com essa condição apresentam frequentemente atrasos significativos na linguagem, com dificuldades tanto na compreensão quanto na expressão. A resposta a estímulos externos costuma ser lenta, e há dificuldades em discriminar detalhes como cores e tamanhos. O desempenho cognitivo global (análise, raciocínio, compreensão, cálculo e abstração) é comprometido de acordo com a gravidade do quadro, enquanto a capacidade de concentração é reduzida, sendo comum a dificuldade para recordar informações e a formação de memórias imprecisas.

Em termos emocionais, esses indivíduos tendem a ter reações ingênuas e imaturas, e muitos são tímidos e retraídos. O controle emocional é limitado, resultando em comportamentos impulsivos. A coordenação motora também é prejudicada, com muitos pacientes apresentando movimentos desajeitados e exagerados. Comportamentos agressivos, autodestrutivos e estereotipados (como balançar o corpo, bater a cabeça ou puxar o cabelo) são frequentes em alguns casos.

Em comparação com a população em geral, crianças com deficiência intelectual apresentam maior risco de comorbidades, como epilepsia (22%), paralisia cerebral (20%), transtornos de ansiedade (17%), transtorno desafiador opositivo (12%) e transtorno do espectro autista (10%). Sintomas como inquietação, impulsividade, irritabilidade e choro frequente são comuns, assim como dificuldades visuais e auditivas, presentes em 5% a 10% dos casos. A utilização de dispositivos auditivos, lentes corretivas ou cirurgias pode amenizar esses problemas, mas pacientes com múltiplas deficiências continuam sendo um grande desafio no atendimento e cuidados clínicos.



3.4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico de deficiência intelectual, conforme os critérios do DSM-5 e da CID-10, exige a presença de três condições principais: funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com quociente de inteligência (QI) igual ou inferior a 70; prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas, como comunicação, autocuidado, habilidades sociais, uso de recursos comunitários, autodireção, entre outros; e início dos sintomas antes dos 18 anos, no período de desenvolvimento. O QI é avaliado por testes específicos que medem diversas habilidades, como leitura, aritmética, vocabulário, memória e raciocínio abstrato. Embora tenha uma forte componente hereditária, os fatores ambientais também exercem grande influência sobre o desenvolvimento da inteligência.

As classificações da deficiência intelectual variam de acordo com a gravidade dos déficits cognitivos e de adaptação social. Nos casos leves, com QI entre 50 e 70, que representam cerca de 80% dos casos, há atrasos nos marcos de desenvolvimento, como andar e falar. Essas crianças conseguem estabelecer uma comunicação adequada e aprender habilidades básicas, mas têm dificuldade com conceitos abstratos e raciocínio complexo. Geralmente, atingem até o sétimo ano escolar e podem realizar atividades semiqualficadas com algum nível de supervisão. Nos casos moderados, com QI entre 35 e 49, que correspondem a 12% dos casos, o desenvolvimento é mais lento e o aprendizado geralmente não ultrapassa o terceiro ou quarto ano escolar. Elas são capazes de realizar atividades simples, mas necessitam de supervisão constante.

Em casos graves, com QI entre 20 e 34, que representam de 3% a 4% dos casos, as crianças enfrentam atrasos significativos no desenvolvimento e apresentam dificuldades marcantes na linguagem e nas habilidades básicas de autocuidado, exigindo suporte contínuo. Nos casos profundos, com QI inferior a 20, que compreendem de 1% a 2% dos casos, as limitações são severas, com a maioria dos pacientes incapazes de cuidar de si mesmos. Esses indivíduos frequentemente apresentam convulsões, deficiências físicas associadas e expectativa de vida reduzida.

O diagnóstico de deficiência intelectual requer uma avaliação abrangente das habilidades cognitivas e comportamentais. Crianças com formas mais graves costumam ser identificadas mais cedo, devido ao contraste significativo com o desenvolvimento típico. Já as formas leves muitas vezes só são diagnosticadas durante a fase escolar, quando surgem dificuldades de aprendizado. O diagnóstico diferencial deve ser feito com cautela, considerando condições como transtornos específicos do desenvolvimento, dificuldades de aprendizado e fatores como ansiedade ou depressão, que podem influenciar o desempenho acadêmico e cognitivo sem necessariamente indicar deficiência intelectual.

3.5 AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica de pacientes com deficiência intelectual inicia-se com uma anamnese detalhada, abordando aspectos fundamentais da história pessoal e familiar. É essencial coletar dados sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento, interação social e desempenho escolar do indivíduo. Além disso, o histórico de tratamentos anteriores, incluindo medicações, e a qualidade de vida devem ser considerados. Na investigação familiar, busca-se identificar parentes com distúrbios genéticos ou neurocomportamentais e investigar a consanguinidade entre os pais, devido ao risco aumentado de doenças genéticas. A história materna de abortamentos, morte neonatal, uso de álcool ou drogas durante a gestação, assim como infecções congênitas e hipoxemia, pode fornecer pistas sobre possíveis causas da deficiência intelectual.

O exame físico contribui para a elucidação etiológica e para a identificação de comorbidades clínicas. Avaliações detalhadas das medidas antropométricas (peso, altura, circunferência cefálica), além da velocidade de crescimento, são essenciais. A presença de dismorfias corporais pode sugerir etiologias genéticas ou sindrômicas, orientando a escolha de testes genéticos. A avaliação física deve incluir exame cuidadoso dos ouvidos, nariz, orofaringe, além de avaliação oftalmológica completa, incluindo fundo de olho, campo visual e acuidade visual. A avaliação cardiopulmonar, abdominal, geniturinária, do dorso, das extremidades e da pele também é importante. O exame neurológico deve ser minucioso, considerando o desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, o comportamento da criança, incluindo atenção, impulsividade, motricidade e interação social, deve ser cuidadosamente observado. A interação dos pais também merece atenção, tanto para investigar características físicas sugestivas de distúrbios genéticos quanto para avaliar transtornos relacionados ao estresse ou sobrecarga do cuidador.

No que diz respeito a exames complementares, testes genéticos específicos podem ser necessários, especialmente em casos com suspeita de condições como síndrome de Down, síndrome do X frágil, síndrome de Rett e distrofias musculares. Caso nenhuma etiologia genética seja suspeitada, a técnica de microarray (CMA) pode ser utilizada, permitindo o diagnóstico de até 20% dos casos não identificados previamente. Além disso, testes metabólicos são indicados, especialmente quando há outras manifestações clínicas, como convulsões ou hepatomegalia. O teste do pezinho, realizado em recém-nascidos no Brasil, rastreia desordens metabólicas como hipotireoidismo, fenilcetonúria e galactosemia, causas importantes de deficiência intelectual. Em pacientes com achados neurológicos, exames de neuroimagem, como ressonância magnética, podem ser solicitados, assim como o eletroencefalograma, em casos de convulsões ou regressão do desenvolvimento.

3.6 TRATAMENTO E MANEJO

O tratamento de doenças associadas à deficiência intelectual, como fenilcetonúria, hipotireoidismo e hidrocefalia, deve ser iniciado de maneira imediata para evitar danos a longo prazo. No entanto, o foco deste tópico é discutir o acompanhamento contínuo e o manejo de distúrbios clínicos comuns em indivíduos com deficiência intelectual, independentemente da sua etiologia. A intervenção precoce é crucial, envolvendo suporte familiar e estratégias para minimizar o impacto das dificuldades cognitivas. O objetivo principal é otimizar o funcionamento social do indivíduo, adotando uma abordagem multidisciplinar.

O acompanhamento dessas crianças deve seguir um padrão semelhante ao das crianças com desenvolvimento típico, incluindo consultas regulares de puericultura, vacinação, avaliação do crescimento e prevenção de acidentes. No entanto, é essencial prestar atenção especial ao desenvolvimento, desempenho escolar, interação social e qualidade de vida, com o intuito de detectar e intervir quando necessário. Com o suporte adequado, esses indivíduos podem alcançar progressos significativos em aprendizado e comunicação. Intervenções precoces e continuadas podem ser necessárias em áreas como fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, intervenções comportamentais, suporte familiar, assistência escolar especial e avaliação nutricional, incluindo orientação sobre dietas apropriadas.

Indivíduos com deficiência intelectual têm um risco aumentado para uma série de comorbidades clínicas, como catarata, deficiências visuais e auditivas, doenças cardíacas congênitas, convulsões e constipação intestinal. A identificação e tratamento dessas comorbidades são essenciais para melhorar o funcionamento geral do indivíduo. As comorbidades mais comuns incluem convulsões, paralisia cerebral, distúrbios da motilidade gastrointestinal, doenças tireoidianas e transtornos comportamentais. Distúrbios do neurodesenvolvimento e doenças mentais, como autismo, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), depressão e ansiedade, também são frequentes. Adicionalmente, alguns indivíduos podem apresentar risco aumentado para ideação suicida e abuso de substâncias em comparação com seus pares com desenvolvimento típico. O manejo dessas condições comórbidas deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e incluir orientação familiar e educacional, intervenções comportamentais específicas e tratamento farmacológico quando necessário. No entanto, o diagnóstico e tratamento dessas condições muitas vezes ocorrem de forma tardia e inadequada.

Uma queixa comum dos familiares é a presença de alterações comportamentais, como movimentos repetitivos, autoagressão e comportamentos agressivos. Esses comportamentos podem apresentar riscos significativos para o indivíduo e para os outros, exigindo intervenção farmacológica e, em alguns casos, acompanhamento intensivo em ambiente hospitalar. A dificuldade de comunicação pode complicar a avaliação de transtornos comportamentais, sendo essencial investigar alterações comportamentais e explorar possíveis estressores, como hipoxia, dor, intoxicação, infecção, trauma e



abuso. Um exame físico detalhado é necessário para identificar possíveis fontes de desconforto, desde lesões cutâneas menores até condições graves, como fraturas ósseas.

Intervenções comportamentais podem ser altamente benéficas para melhorar habilidades sociais, comportamentais e funções adaptativas. Técnicas comportamentais, como oferecer opções de escolha e promover reflexões sobre atitudes e consequências, são úteis. Terapias específicas podem abordar problemas como frustrações ou necessidades. Para adolescentes, a terapia em grupo pode melhorar a interação social. Orientações individuais sobre sexualidade, transição para a vida adulta e preparação para a vida independente na comunidade também são importantes e devem ser consideradas.

Quando as intervenções comportamentais e ambientais não são suficientes, a terapia farmacológica pode ser uma opção necessária. Este tratamento é frequentemente utilizado em casos com comorbidades associadas, embora deva-se evitar o uso excessivo de múltiplos fármacos, a menos que seja absolutamente necessário. É crucial considerar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas. Medicações para distúrbios comportamentais podem impactar negativamente a atenção, a concentração, o aprendizado e a qualidade de vida, além de causar distúrbios motores temporários ou permanentes. Alguns psicofármacos, como antipsicóticos atípicos (risperidona, clozapina, quetiapina), antidepressivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina), estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, podem resultar em ganho de peso. A intervenção medicamentosa, quando bem ajustada, pode melhorar a saúde mental, o funcionamento e a interação social, além de reduzir o estresse dos cuidadores. Crianças com TDAH podem se beneficiar do uso de psicoestimulantes como o metilfenidato, enquanto aquelas com comportamentos impulsivos podem responder positivamente a antipsicóticos atípicos, como a risperidona.

A doença convulsiva tem uma incidência mais alta em crianças com baixo QI e em portadores de paralisia cerebral, afetando até 50% desses pacientes. Esta condição está associada a um aumento do risco de morte, e orientações específicas devem ser fornecidas aos cuidadores. Frequentemente, é necessário utilizar mais de um anticonvulsivante para controlar as crises, e a dosagem sérica desses medicamentos pode ser útil para manter níveis terapêuticos e prevenir toxicidade.

A paralisia cerebral, que se refere a um comprometimento motor não progressivo, afeta mais de um terço dos pacientes com deficiência intelectual. Pode estar associada a alterações como espasticidade, imobilidade, estrabismo, baixa acuidade visual, disfunções esfíncterianas, alterações do crescimento e desnutrição. O tratamento farmacológico para espasticidade pode incluir relaxantes musculares como o Baclofen®, que tem menos efeitos sedativos. A toxina botulínica pode ser utilizada para tratar disfunções em grupos musculares específicos quando a medicação não é eficaz. Em alguns casos, cirurgias ortopédicas podem ser necessárias. Cuidados especiais devem ser tomados para



prevenir úlceras de pressão e fraturas devido a desmineralização óssea em pacientes com imobilidade prolongada e deficiência nutricional.

Distúrbios do sono são comuns e podem prejudicar o aprendizado. A avaliação inicial deve excluir doenças clínicas como apneia obstrutiva do sono, convulsões e refluxo gastroesofágico, além de promover boa higiene do sono. Condições genéticas como as síndromes de Prader-Willi e Down podem estar associadas a distúrbios característicos do sono, e a polissonografia pode ser necessária para avaliação detalhada.

Os adultos com deficiência intelectual têm um risco aumentado de declínio cognitivo, sendo que pacientes com síndrome de Down têm uma maior probabilidade de desenvolver doença de Alzheimer. No entanto, ainda não existem critérios padronizados para avaliar memória e cognição nesses pacientes. O diagnóstico de demência deve mostrar evidências de piora das funções cognitivas em relação ao funcionamento prévio, excluindo causas tratáveis de declínio cognitivo, como efeitos adversos de medicamentos, distúrbios do sono, estressores sociais e distúrbios metabólicos.

Doenças gastrointestinais são comuns e podem incluir disfagia e constipação. A disfagia pode ser causada por dismotilidade do trato gastrointestinal, refluxo esofágico e distúrbios do esvaziamento gástrico. Métodos para reduzir o risco de broncoaspiração incluem modificar a consistência dos alimentos e considerar o uso de gastrostomia ou jejunostomia para suporte calórico. A constipação, frequentemente secundária à imobilidade e falta de atividade física, pode também resultar de desordens clínicas como hipotireoidismo e uso de medicamentos anticolinérgicos. O tratamento deve incluir aumento da ingestão de líquidos, dieta laxante e, quando necessário, uso de laxativos, supositórios e enemas.

A higiene oral é um aspecto importante, com a doença periodontal sendo comum. Sedação leve com lorazepam pode ser necessária para tratamentos dentários em crianças não cooperativas, enquanto sedação mais profunda, que exige monitoramento cardiorrespiratório, pode ser necessária em casos extremos.

A obesidade é prevalente entre pessoas com deficiência intelectual, devido a fatores como hábitos alimentares inadequados, menor atividade física, doenças crônicas associadas e uso de psicofármacos. O monitoramento do peso, altura e índice de massa corporal é crucial, assim como a promoção de hábitos de vida saudável, incluindo a prática regular de exercícios físicos e uma dieta equilibrada. Deve-se também considerar o potencial ganho de peso associado a alguns psicofármacos ao escolher o tratamento medicamentoso.

4 RESULTADOS

Na revisão sistemática realizada, foram analisados diversos estudos sobre deficiência intelectual, revelando uma rica diversidade nas metodologias empregadas e nas populações



investigadas. Os estudos incluídos abarcaram uma variedade de desenhos de pesquisa, com uma predominância de abordagens observacionais e estudos de coorte, refletindo diferentes aspectos e perspectivas da condição. A maioria das investigações focou em crianças, mas também foram considerados estudos com populações adultas, proporcionando uma visão abrangente sobre a deficiência intelectual ao longo do ciclo de vida.

Os dados coletados indicam que a prevalência da deficiência intelectual globalmente varia entre 1% e 3% da população, com uma média aproximada de 1%. Notou-se que a condição é mais comum em países em desenvolvimento, onde a prevalência é significativamente maior do que em países de alta renda. Essa discrepância é acentuada por fatores socioeconômicos e pelo acesso desigual a cuidados de saúde, evidenciando a influência destes fatores na prevalência da deficiência intelectual. Além disso, a condição é menos frequente em áreas urbanas em comparação com regiões rurais, sugerindo que fatores ambientais e socioeconômicos desempenham um papel crucial na variação da prevalência.

A etiopatogenia da deficiência intelectual é multifacetada, envolvendo uma interação complexa entre fatores genéticos, orgânicos e ambientais. Entre as causas genéticas identificadas, destacam-se a trissomia do 21 e a síndrome do X frágil, que são frequentemente associadas a déficits intelectuais significativos. Outras condições genéticas, como lesões hamartomatosas e disostoses craniofaciais, também foram identificadas em vários estudos, apontando para uma gama diversificada de etiologias genéticas. Os fatores orgânicos e ambientais, incluindo infecções congênitas e exposição a toxinas durante a gravidez, permanecem causas relevantes, refletindo a importância de uma abordagem abrangente na compreensão da etiologia da deficiência intelectual.

No que diz respeito ao diagnóstico, a deficiência intelectual é caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com um quociente de inteligência (QI) igual ou inferior a 70, combinado com prejuízos significativos no funcionamento adaptativo. A classificação dos casos de deficiência intelectual revela uma ampla gama de severidade, desde déficits leves, onde os indivíduos podem alcançar algum grau de independência e comunicação básica, até casos graves e profundos, que exigem suporte contínuo e intervenção intensiva. As dificuldades no desenvolvimento e na adaptação social variam consideravelmente, com a gravidade dos déficits influenciando a necessidade e o tipo de suporte necessário.

A avaliação clínica detalhada é crucial para a identificação das causas e comorbidades associadas à deficiência intelectual. A investigação minuciosa da anamnese, o exame físico e a realização de exames complementares, como testes genéticos e metabólicos, são fundamentais para elucidar a etiologia e orientar o tratamento. A presença de características físicas sugestivas de condições genéticas específicas e a identificação de comorbidades, como convulsões e distúrbios comportamentais, têm implicações diretas no manejo clínico. O tratamento e a intervenção precoce,



que incluem suporte multidisciplinar e terapias específicas, têm mostrado benefícios significativos, melhorando a qualidade de vida e promovendo a integração social dos indivíduos com deficiência intelectual.

5 DISCUSSÃO

Os resultados da revisão sistemática abordam aspectos cruciais da deficiência intelectual, oferecendo uma visão abrangente sobre sua prevalência, etiologia, diagnóstico e manejo. Esta seção discute as principais descobertas, comparando-as com o conhecimento existente e abordando implicações teóricas, práticas e direções futuras para pesquisas.

A revisão revela que a prevalência da deficiência intelectual varia globalmente entre 1% e 3%, com maior frequência em países em desenvolvimento e áreas rurais. Este padrão sugere que fatores socioeconômicos e acesso desigual a cuidados de saúde desempenham um papel significativo na prevalência observada. Além disso, a etiopatogenia da deficiência intelectual é multifatorial, envolvendo interações complexas entre fatores genéticos, orgânicos e ambientais, refletindo a diversidade e a complexidade da condição. O diagnóstico, baseado em déficits significativos no funcionamento intelectual e adaptativo, evidencia uma ampla gama de severidade, desde déficits leves até casos graves e profundos.

Os achados corroboram a literatura existente sobre a variabilidade na prevalência da deficiência intelectual e reforçam a importância dos fatores socioeconômicos e ambientais na determinação da prevalência. A maior frequência da condição em países em desenvolvimento e em áreas rurais está alinhada com estudos anteriores que destacam as desigualdades no acesso a cuidados de saúde e condições socioeconômicas adversas como determinantes críticos. A diversidade nas causas identificadas, que incluem fatores genéticos e ambientais, reflete a complexidade da etiologia da deficiência intelectual e sublinha a necessidade de uma abordagem integrada para compreensão e manejo.

Os resultados desta revisão estão em consonância com estudos anteriores que identificaram a trissomia do 21 e a síndrome do X frágil como causas genéticas comuns da deficiência intelectual. No entanto, a revisão também destaca a importância crescente dos fatores ambientais e orgânicos, como infecções congênitas e exposições tóxicas, que podem ter sido subestimados em estudos anteriores. A maior prevalência em áreas rurais corroborou os achados de que fatores socioeconômicos e condições de vida impactam significativamente a prevalência da deficiência intelectual, alinhando-se com evidências que indicam que a pobreza e a falta de acesso a cuidados médicos contribuem para a maior incidência da condição em determinadas populações.

Embora a revisão ofereça uma visão abrangente, existem limitações que devem ser consideradas. A variabilidade na qualidade dos estudos incluídos e a falta de dados consistentes em

algumas regiões podem ter influenciado os resultados. Além disso, a predominância de estudos observacionais pode ter introduzido vieses de seleção e limitações na generalização dos achados. A ausência de estudos de alta qualidade em algumas áreas geográficas também limita a capacidade de fornecer uma estimativa precisa da prevalência e das causas da deficiência intelectual.

Os achados têm importantes implicações para a prática clínica e políticas públicas. A identificação precoce e o manejo multidisciplinar da deficiência intelectual são essenciais para otimizar o desenvolvimento e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. A evidência de que a intervenção precoce e o suporte contínuo podem melhorar significativamente os resultados sugere que políticas de saúde pública devem enfatizar a importância da triagem precoce e da intervenção em populações vulneráveis. Além disso, a revisão ressalta a necessidade de estratégias direcionadas para abordar as desigualdades socioeconômicas e melhorar o acesso a cuidados de saúde.

A revisão identifica várias lacunas que precisam ser abordadas em futuras pesquisas. A necessidade de estudos mais robustos e de alta qualidade para confirmar a prevalência e identificar causas específicas em diferentes contextos geográficos é evidente. Além disso, pesquisas adicionais sobre a interação entre fatores genéticos e ambientais podem oferecer uma compreensão mais profunda da etiologia da deficiência intelectual. Estudos longitudinais e de intervenção são necessários para avaliar a eficácia das estratégias de manejo e intervenção precoce, bem como para desenvolver novas abordagens para tratar e apoiar indivíduos com deficiência intelectual.

6 CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática proporciona uma visão detalhada sobre a deficiência intelectual, abordando suas dimensões epidemiológicas, etiológicas, diagnósticas e de manejo. A análise dos dados disponíveis destaca a prevalência significativa da condição e suas variações geográficas, refletindo a influência de fatores socioeconômicos e de acesso a cuidados de saúde. A complexidade multifatorial da deficiência intelectual, envolvendo aspectos genéticos, orgânicos e ambientais, sublinha a necessidade de uma abordagem holística e integrada para o diagnóstico e tratamento.

A revisão também revela a importância crucial da intervenção precoce e do suporte contínuo, enfatizando que estratégias adequadas podem levar a melhorias substanciais na qualidade de vida e no desenvolvimento dos indivíduos afetados. O reconhecimento das lacunas na literatura existente e a identificação de áreas para pesquisas futuras são essenciais para avançar no entendimento e na gestão da deficiência intelectual.

Em suma, a compreensão aprofundada das causas e características da deficiência intelectual é fundamental para o desenvolvimento de políticas e práticas que promovam a equidade no acesso ao diagnóstico e tratamento. A promoção de estratégias preventivas e de intervenção eficazes é vital para



atender às necessidades das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, garantindo uma melhor qualidade de vida e um apoio mais adequado às suas diversas necessidades.



REFERÊNCIAS

BOURAS, N.; HOLT, G. Mental health services for adults with disabilities. *Br J Psychiatry*, v. 184, n. 4, p. 291–292, abr. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15056571/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393–403, jul. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGgyD/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

CHENIAUX JR, E. *Manual de Psicopatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

COWLEY, A. et al. Descriptive psychopathology in people with mental retardation. *J Nerv Ment Dis*, v. 192, n. 3, p. 232–237, mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15091305/>. Acesso em: 07 set. 2024.

COOPER, S. et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, v. 190, p. 27–35, jan. 2007. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mental-illhealth-in-adults-with-intellectual-disabilities-prevalence-and-associated-factors/3916426981C7C20DCC3DA87B5019C36A#>. Acesso em: 05 set. 2024.

COSTELLO, H.; BOURAS, N. Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, v. 43, n. 4, p. 241–251, dez. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17338443/>. Acesso em: 22 ago. 2024.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEB, S.; THOMAS, M.; BRIGHT, C. Mental disorder in adults with intellectual disability. Prevalence of functional psychiatric illness among a community based population aged between 16 and 64 years. Pt6. *J Intellect Disabil Res*, v. 45, p. 495–505, jun. 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>. Acesso em: 02 set. 2024.

FLETCHER, R. J. et al. Clinical usefulness of diagnostic manual-intellectual disability for mental disorders in persons with intellectual disability: results from a brief field survey. *J Clin Psychiatry*, v. 70, n. 7, p. 967–974, jul. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19497248/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FONSECA, S. C. et al. Formas de Avaliação e de Intervenção com Pessoas com Deficiência Intelectual nas Escolas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 28, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/gnRr9tJ6CtpzKZMvnmjM5YBd/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2024.

GOMES, M. P. C. et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad Saude Publica*, v. 18, n. 6, p. 1803–1807, nov. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12488910/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

KASPER, D. L. et al. *Medicina interna de Harrison*. 19ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.

KRAHN, G. L.; HAMMOND, L. A cascade of disparities: health and healthcare access for people with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, v. 12, n. 1, p. 70–82, mar. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16435327/>. Acesso em: 09 set. 2024.



KWORK, H.; CHEUNG, P. W. H. Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*, v. 20, n. 5, p. 443–449, out. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17762585/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

MARTORELL, A.; GUTIERREZ-RECACHA, P.; PEREDA, A. Identification of personal factors that determine work outcome for adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, v. 52, n. 12, p. 1091–1101, dez. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557967/>. Acesso em: 03 set. 2024.

MELO, D. G. et al. Deficiência Intelectual Grave ou Profunda: Investigação Qualitativa de Estratégias Maternas de Enfrentamento. *Psicologia em Estudo*, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/jqM4nsTmhJTXnYVpcvPJBk/#>. Acesso em: 29 ago. 2024.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2024.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica*, v. 43, supl. 1, p. 16–22, jan. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19669060/>. Acesso em: 10 set. 2024.

REISS, S.; LEVITAN, G. W.; SZYSZKO, J. Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic.*, v. 86, n. 6, p. 567–574, dez. 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7102729/>. Acesso em: 01 set. 2024.

SALVADOR-CARULLA, L. et al. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. Pt 2. *J Intellect Disabil Res*, v. 44, p. 147–154, fev. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10898378/>. Acesso em: 18 ago. 2024.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATISTA, C. Manual de psicofarmacologia clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

STREDA, C.; VASQUES, C. K. Síndrome de Down e Deficiência Intelectual: História e Lógica de uma Associação. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 28, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/PVmj9HscSrG8NY7kXJnSXF#>. Acesso em: 30 ago. 2024.

TOMAZ, R. V. V. et al. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 11, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/THGchgJ7SMGKPQK3w4DZ9Xt/#>. Acesso em: 28 ago. 2024.

WALSH, P. N. Health Indicators and Intellectual Disability. *Curr Opin Psychiatry*, v. 21, n. 5, p. 474–478, out. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650690/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

ZORZI, M. et al. Avaliação das necessidades e das características da população com deficiência intelectual: um estudo de caso. *Rev Bras Terap Ocup*, v. 14, n. 1, p. 45–53, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbto/a/TbzyWQ8TmLxFtQ8vJxPpYML/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2024.