



DIFERENTES TRANSTORNOS QUE INTERFEREM NA APRENDIZAGEM

Fone: (61) 3031-1900 - 9.9992.0708
www.ibedf.com.br

BEM-VINDO AO IBE!

Você terá à sua disposição, um bloco didático (MÓDULO + CADERNO DE AVALIAÇÃO) estruturado para a sua autoaprendizagem que contém a totalidade da matéria que incidirá sobre a Avaliação Final. O estudo inclui o Apoio Tutorial a distância e/ou presencial, sempre que necessário.

COMO ESTUDAR?

- É importante a leitura atenciosa dos conteúdos, a fim de observar o modo como cada unidade está construída, o objetivo do estudo, os títulos e subtítulos, para se obter uma visão de conjunto e revisar conhecimentos já adquiridos.
- Leitura compreensiva rápida - permitirá uma primeira abordagem;
- Leitura reflexiva – para identificar as ideias principais;
- Consolidação da aprendizagem - caracterizada pela revisão da matéria; fase da resolução das atividades para facilitar a compreensão dos conteúdos.
- **AVALIAÇÃO FINAL:**

Constituída por uma Prova escrita e individual, cujas respostas devem revelar compreensão e assimilação dos conteúdos. A Prova deve ser feita somente com caneta preta ou azul. E entregue ao IBEDF.

- **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO RENDIMENTO:**
7,0 a 7,9 – BOM; 8,0 a 8,9 – MUITO BOM; 9,0 a 9,9 – ÓTIMO-
10 - EXCELENTE

Para melhor aproveitamento é necessário:

- Ser auto motivado;
- Ser capaz de organizar o seu tempo de estudo;
- Ser responsável por seu próprio aprendizado;
- Estar consciente da necessidade de aprendizagem continuada.



SUMÁRIO

UNIDADE I.....	6
INTRODUÇÃO AOS DIFERENTES TRANSTORNOS QUE INTERFEREM NA APRENDIZAGEM.....	6
UNIDADE II	8
TRANSTORNO AUTISTA E PSICOSE NA CRIANÇA – HISTÓRICO.....	8
DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO.....	12
SINTOMAS CARDEAIS PARA O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO AUTISTA	15
SOBRE A FORMULAÇÃO E A AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	19
HIPÓTESES ETIOLÓGICAS.....	21
DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO DEVIDO A TRAUMAS PSICOLÓGICOS	21
Teoria de Tinbergen sobre o autismo	22
A relação entre a separação da mãe na primeira infância e o aparecimento do autismo	22
Predisposição congênita ao autismo	23
DOENÇAS QUE PODEM SER ASSOCIADAS AO TRANSTORNO AUTISTA.....	24
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	28
TRATAMENTO.....	28
UNIDADE III.....	30
TRANSTORNO DE RETT.....	30
ESTÁGIOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO DE RETT	31
TRATAMENTO.....	33
UNIDADE IV.....	34
TRANSTORNO DE ASPERGER.....	34
TRATAMENTO.....	35
UNIDADE V	36
TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA (TDI)	36
TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (TID-SOE).....	37
TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.....	37
UNIDADE VI.....	42
TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO (TCD).....	42



TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH).....	42
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	43
HIPERATIVIDADE:.....	44
IMPULSIVIDADE:.....	45
EPIDEMIOLOGIA.....	46
ETIOLOGIA.....	46
PROGNÓSTICO.....	48
TRATAMENTO.....	48
ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS.....	49
DIETA LIVRE DE FOSFATO.....	49
PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL.....	50
TREINOS DE AUTO-INSTRUÇÃO.....	50
ORIENTAÇÃO A PAIS E PROFESSORES.....	50
O PROFESSOR E A ROTINA DO ALUNO COM TDAH.....	53
UNIDADE VII.....	55
TRANSTORNO DE CONDUTA (TC).....	55
EPIDEMIOLOGIA.....	56
ETIOLOGIA.....	57
TRATAMENTO.....	59
UNIDADE VIII.....	62
TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO (TDO).....	62
UNIDADE IX.....	64
A personalidade e seus transtornos: diagnóstico e tratamento.....	64
os transtornos da personalidade: noção, categorias, causas, diagnóstico e intervenção.....	67
A despersonalização.....	67
___Noção.....	67
A depressão e a mania Noção.....	70
As neuroses.....	74
O narcisismo.....	77
Distração, impulsividade e agitação.....	80
Desconhecimento.....	81
Genético e neurobiológico.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84



OBJETIVOS DO CURSO:

- Descrever, de uma forma bem prática e compreensível, alguns dos problemas de desenvolvimento e de comportamento que se observam na infância e na adolescência, tanto no seio familiar como nas escolas e nas clínicas.
- Oferecer ao leitor algumas reflexões e indicar procedimentos pedagógico-terapêuticos adequados para lidar com esses problemas no dia-a-dia.
- Apontar alternativas de encaminhamento clínico e pedagógico mais adequado para cada caso, além de fazer indicações de comportamento dos adultos em relação aos alunos.
- Contribuir para melhor compreensão dos problemas do desenvolvimento geral da criança, bem como para a busca pelos tratamentos mais eficazes.



UNIDADE I

INTRODUÇÃO AOS DIFERENTES TRANSTORNOS QUE INTERFEREM NA APRENDIZAGEM.

Vários transtornos psicopatológicos identificados na infância e na adolescência podem manifestar-se, primeiramente, de uma forma bastante sutil, muitas vezes oferecendo grandes dificuldades para o avaliador durante a formulação do diagnóstico e para o professor especialista em educação especial.

O comprometimento de habilidades adquiridas nessas fases do desenvolvimento humano, sejam de ordem psicomotora, sejam de ordem social, traz sérios prejuízos à vida do indivíduo. Por essa razão, é preocupante o fato de profissionais das áreas da saúde e da educação eventualmente se depararem, em suas atividades, com alguns fenômenos de comportamento sem terem conhecimentos suficientes que possam garantir-lhes uma prestação de serviço mais eficiente e de maior qualidade.

Este Curso propõe a abordagem dos transtornos psicológicos, psiquiátricos e/ou neurológicos que, em muitos casos, podem vir associados com o retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e surgem a partir do início da infância até o término da adolescência, alguns, inclusive, já na fase da juventude. Um exemplo que podemos citar aqui é o quadro de formação da esquizofrenia. Uma criança com um quadro de evolução esquizofrênica pode ter uma inteligência bastante acima da normalidade, enquanto que outras podem ter um retardo mental.

Desde 1883, quando Emil Kraepelin descreveu conjuntos diferenciados de sintomas a partir de um mesmo grupo de pacientes, os profissionais da saúde procuraram entender primeiramente não as diferenças entre os indivíduos, mas as relativas às manifestações dos sintomas por eles apresentados.

De fato, com o propósito de oferecer ao indivíduo e sua família uma atenção mais especializada e a fim de lhes proporcionar uma vida menos tensa e de melhor qualidade, é indispensável conhecer mais detalhadamente a origem dos comportamentos e os prováveis diagnósticos, bem como as possíveis evoluções dos quadros apresentados.

Após a formulação adequada do diagnóstico, torna-se imprescindível a preparação de uma condução terapêutica e educacional mais apropriada, assim como a instauração de um processo de ensino-aprendizagem que facilite a busca de autonomia do indivíduo, com



objetivo de diminuir o grau de sofrimento tanto do paciente como das pessoas que convivem com ele, ou seja, a família e os profissionais.

Ainda que diversas fundamentações teóricas possam ser abordadas, esta proposta se concentra, mais especificamente, nos pressupostos da terapia e medicina do comportamento, uma especialidade da psicologia que localiza a saúde de forma global, sem a dissociação entre corpo e mente e considera a inter-relação das características fisiológicas e cognitivas no contexto social e ambiental, o que facilita a prevenção e o tratamento de vários problemas de saúde.

Procuramos, então, identificar e estabelecer constructos diagnósticos e procedimentos comportamentais e educacionais, bem como discutir sobre a importância de saber reconhecer as principais diferenças entre os diversos tipos de transtornos e suas implicações terapêutico-educacionais.

Nossa intenção é preparar melhor os alunos para uma atuação mais satisfatória em equipe interdisciplinar, buscando uma unidade de linguagem, além de refletir sobre os recentes estudos nas diversas áreas da psicologia, da neurofisiologia, da psicoendocrinologia, da neurociência e da educação.

Abordaremos os transtornos invasivos do desenvolvimento (autismo, de Rett, de Asperger, desintegrativo da infância e o sem outra especificação), preocupando-nos com a definição de cada um e apresentando as diferenças entre eles, suas particularidades e peculiaridades, além de tratarmos sobre sua epidemiologia (número e formas de ocorrências na população) e etiologia (origens).

Abordaremos também os transtornos de comportamento disruptivo. Primeiramente propomos uma definição de comportamento disruptivo e descrevemos suas formas de ocorrência. Assim como na primeira parte, houve a preocupação de descrever os transtornos (de déficit de atenção/hiperatividade, de conduta e o desafiador opositivo), sua epidemiologia e etiologia, assim como formas de lidar com esses comportamentos no dia-a-dia e as estratégias pedagógico-terapêuticas que possibilitam minimizar o grau de sofrimento das pessoas envolvidas.

UNIDADE II

TRANSTORNO AUTISTA E PSICOSE NA CRIANÇA – HISTÓRICO

Muitas descrições e revisões científicas foram realizadas a respeito dos conceitos de **AUTISMO** e psicose na criança ao longo da história da psicopatologia.

Em 1943, o psiquiatra Leo Kanner observou e descreveu 11 crianças que apresentavam um quadro clínico peculiar: o principal sintoma era uma incapacidade para se relacionarem com outras pessoas e situações.

Entre as características observadas, destacaram-se ausência de movimento antecipatório, falta de aconchego ao colo e alterações na linguagem, como ecolalia, descontextualização do uso das palavras e inversão pronominal, dentre outras. Problemas como distúrbios na alimentação, repetição de atividades e movimentos (estereotípias), grande resistência a mudanças - mesmo pequenas - e limitação da atividade espontânea também foram observados.

Você, durante a sua vida profissional, e até em sua vida pessoal, deve ter convivido com crianças cujos comportamentos diziam respeito a uma ou mais das características citadas. Procure se lembrar das medidas que foram tomadas em tais casos. Isso pode ajudá-lo a compreender melhor as ideias de que vamos tratar neste Curso.

Apesar disso, esse grupo ainda mostrava indícios de bom potencial intelectual e seus pais foram descritos como extremamente intelectualizados, embora pouco afetuosos. Os critérios usados para o diagnóstico do autismo infantil concentravam-se na identificação de isolamento extremo da criança e de forte insistência obsessiva na preservação de um padrão comportamental.

O autismo descrito por Kanner, que o nomeou inicialmente como distúrbio autístico do contato afetivo, foi concebido como um distúrbio primário semelhante ao descrito para a esquizofrenia.

A diferença estava no fato de a criança com autismo não realizar um fechamento sobre si mesma, mas buscar estabelecer uma espécie de contato bastante particular e específico com o mundo.

Ele distinguia os dois quadros, ainda que relacionasse a natureza básica do autismo à esquizofrenia infantil, a qual se enquadraria nos casos cujo quadro clínico se configuraria

mais tarde, pois se trata de uma desestruturação da personalidade subsequente a uma fase de desenvolvimento aparentemente estável.

Embora configurasse o autismo dentro do grupo das psicoses infantis, ele sugeria, ainda, a necessidade de investigações bioquímicas para que novas contribuições pudessem ser feitas ao estudo dessa desordem.

Mahler definiu o autismo como psicose simbiótica, atribuindo a causa da doença ao mau relacionamento entre mãe e filho.

Muitos autores, desde 1943, ao estudarem crianças com comportamentos psicopatológicos semelhantes aos acima descritos, formularam diferentes hipóteses e posições teóricas sobre o transtorno autista. Esse desenvolvimento no pensamento e nos estudos a respeito do quadro contribuiu para que surgissem duas posições teóricas básicas, com indicações terapêuticas específicas: a teoria de natureza etiológica organicista e a teoria ambientalista ou afetiva.

Os organicistas baseiam-se na hipótese, levantada por Kanner, de que crianças que apresentam o quadro autista, na verdade, têm uma incapacidade inata para desenvolver o contato afetivo. Esse caráter inato poderia estar relacionado a déficits em diferentes níveis comportamentais, afetivos e de linguagem, os quais estariam relacionados a alguma disfunção de natureza bioquímica, genética ou neuropsicológica.

A abordagem afetiva considera a "refrigeração emocional" dos pais como a causa para o transtorno. Dentre os autores dessa vertente, chamada também de psicodinamicista, destacam-se Melanie Klein, Margareth Mahler e Francês Tustin, que tomam a psicanálise como eixo central.

A psicanálise tem como fundamento o determinismo psíquico e atribui as causas do comportamento anormal à esfera psíquica, tendo como objeto de estudo as representações mentais. Para essas autoras, apesar de enfatizarem diferenças quanto às suas postulações teóricas acerca desse transtorno, o autismo seria um quadro clínico que se constituiria como expressão de um quadro de psicose.

Essa diferenciação entre organicistas e psicodinamicistas contribuiu para que as formas de tratamento também fossem distintas: para os primeiros, o tratamento deveria ser de origem medicamentosa e comportamental, enquanto para os segundos o ideal seria indicação de psicoterapias para os pais.

Um das primeiras considerações que contradiziam a concepção de que o autismo é uma psicose surgiu de Ritvo, para quem o autismo está sempre relacionado a um déficit cognitivo, que causaria, assim, o distúrbio no desenvolvimento.

Desse modo, foi a partir das décadas de 1970 e 1980 que muitos autores - dentre eles Michael Rutter, Lorna Wing, Edward M. Ornitz, Edward R. Ritvo e, especialmente no Brasil, o psiquiatra Christian Gauderer - deixaram de conceber o autismo como um tipo específico de psicose.

Para Gauderer, essa é uma desordem comportamental e emocional que se deve a algum tipo de comprometimento orgânico cerebral, não tendo, pois, origem psicogênica.

Ele define, entre suas características, uma diminuição do ritmo do desenvolvimento psiconeurológico, social e linguístico, bem como a presença de reações anormais a sensações diversas, como ouvir, ver, tocar, sentir, equilibrar e degustar. A relação com pessoas, objetos ou eventos é realizada de uma maneira não usual, levando a crer que haja um Comprometimento orgânico do sistema nervoso central.

Já Wing e Ricks observaram que crianças que tinham comportamento autístico poderiam apresentar diferentes níveis de *performance* em testes de inteligência, bem como diferenças em seu padrão de comprometimentos em função da interação dos sintomas de autismo com outros distúrbios (cegueira, surdez, paralisia cerebral, dentre outros).

Alguns anos mais tarde, Wing e Gould realizaram um estudo de natureza epidemiológica o qual revelou que características consideradas típicas do autismo formavam uma tríade: severo prejuízo social, severas dificuldades nas comunicações tanto verbais quanto não verbais e ausência de atividades imaginativas - incluindo o brincar de faz-de-conta, sendo estas substituídas pelos comportamentos repetitivos.

Uma contribuição teórica bastante importante realizada por Wing foi a de chamar a atenção para o fato de ser o autismo uma desordem que, por envolver um prejuízo intrínseco relativo ao desenvolvimento do engajamento na interação social recíproca, tanto isoladamente quanto associada a prejuízos de outras funções psicológicas, pressupõe a ideia do que a autora chama de *continuun* ou *spectrum*. Essa ideia está relacionada à existência de alterações comportamentais que se apresentam em graus variados de tipo e severidade, podendo, muitas vezes, estar combinadas com outros prejuízos observados na criança.

Essa concepção reflete uma modificação importante que vem ocorrendo ao longo dos anos: o autismo deixa de ser visto como um quadro específico e único para ser

considerado uma síndrome que comporta subtipos variados, tendo, assim, um aspecto sintomatológico, dependente do comprometimento cognitivo.

Nos anos 1980, o foco voltou-se para o desenvolvimento cognitivo, visando esclarecer se o autismo estaria relacionado apenas a esses déficits ou a outros afetivo-sociais. De acordo com os referidos autores, as crianças com o transtorno autista, quando necessitam atribuir estados intencionais aos outros, apresentam grandes dificuldades, por terem um déficit específico na chamada teoria da mente.

A teoria da mente é concebida como a capacidade do sujeito de atribuir estados mentais, crenças, desejos, conhecimentos e pensamentos a outras pessoas e prever seu comportamento em função dessas atribuições.

Conforme Wimmer e Perner, a teoria da mente estaria ligada inicialmente a uma habilidade inata para desenvolver um sistema de inferência e, em seguida, o processo de desenvolvimento dessa teoria estaria a cargo da aprendizagem cultural, ou seja, da capacidade de incorporar as informações culturais.

Em 1989, Dennet denomina essa capacidade de adquirir a teoria da mente.

No primeiro ano de vida das crianças normais, ocorreriam as representações de nível primário, que são caracterizadas pela percepção do objeto. No segundo semestre de vida dos bebês, viria o processo de atenção compartilhada.

Em torno dos 18 meses, ocorreria a diferenciação entre o real e o faz-de-conta, sendo possivelmente elaborada a primeira ordem da teoria da mente, a "crença" - que corresponde ao pensar em um objeto ou pessoa sem a presença destes. Com quatro anos, essas crianças já estabeleceriam a segunda ordem da teoria da mente - a "crença sobre crença" -, ou seja, é possível pensar que o outro também pensa ou tem "crença".

As crianças normais, por volta dos cinco anos de idade, estabeleceriam a terceira ordem da teoria — "crença sobre crença sobre crença, ou seja, é possível estabelecer a "crença do outro sobre minha crença".

Se você tem se relacionado com crianças das idades apontadas, veja se é possível identificar as ações das crianças com as caracterizações apresentadas.

Karon-Cohen, Perner et al. apresentaram evidências de que crianças com autismo não contam com a teoria da mente.

Esses autores verificaram que essas crianças falham com mais frequência que as normais e que as do grupo de controle nos testes dessa teoria, pois podem conseguir entender até o segundo nível, mas não apresentam o terceiro nível da teoria. A capacidade

da criança para predizer o comportamento dos outros é prejudicada por tal déficit, e por isso o mundo seria percebido pelo autista como bastante ameaçador.

O prejuízo da teoria da mente na criança com autismo, de acordo com Frith, estaria relacionado a um déficit das funções cerebrais ligadas a meta-representações (processos de refletir sobre representações de estados mentais), o que provocaria uma mudança nos padrões mais básicos da interação social.

Por apresentarem esse déficit sobre conceitos e crenças a respeito de estados mentais dos outros (sentimentos, necessidades desejos e emoções alheias), a possibilidade de prever comportamentos alheios ficaria muito reduzida.

É visível que o desenvolvimento dessas teorias contribui significativamente para a compreensão de como se articulam e se caracterizam os diferentes déficits abarcados pelo autismo e mostra uma necessidade de integração entre os diferentes conhecimentos produzidos para que possamos apreender mais globalmente as características dessa desordem.

Procure retomar os autores e suas considerações na fase anterior aos anos 1980 e compará-los com os autores dos anos 1980 em diante, a fim de perceber qual a evolução das diferentes concepções e abordagens.

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

O transtorno autista apresenta-se como uma desordem no desenvolvimento que se manifesta desde o nascimento, de maneira grave e por toda a vida. Acomete cerca de 20 entre cada 10 mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que entre meninas. Quando a menina é acometida, normalmente, os sintomas são mais graves. Esse transtorno é encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica ou social.

Durante as últimas décadas, marcadas por constante investigação e experiência clínica diária, pôde-se observar que os prejuízos inerentes ao transtorno autista implicam enormes dificuldades das pessoas em lidar com situações corriqueiras do dia-a-dia.

Mas o que é realmente autismo? Essa pergunta não é tão fácil de responder, pois não encontramos, até hoje, uma definição consensual. A multiplicidade das terminologias fenomenológicas e, respectivamente, seus sinônimos demonstram a complexidade do problema e a diversidade dos princípios de esclarecimento existentes até hoje.

O autismo é uma síndrome, portanto um conjunto de sintomas, presente desde o nascimento e que se manifesta invariavelmente antes dos três anos de idade. Ele é caracterizado por respostas anormais a estímulos auditivos e/ou visuais e por problemas graves na compreensão da linguagem oral. A fala custa a aparecer e, quando isso acontece, podemos observar a ecolalia (repetição das palavras), o uso inadequado de pronomes, estrutura gramatical imatura e grande inabilidade para usar termos abstratos.

Observa-se também uma grande dificuldade de desenvolver relacionamentos interpessoais, pois os autistas não se interessam pelas outras pessoas, dispensam o contato humano e apresentam também dificuldades no desenvolvimento de outras habilidades sociais, principalmente na linguagem verbal e na corpórea (gestos, mímicas etc.).

Esses problemas de relacionamento social aparecem antes dos cinco anos de idade, caracterizando-se, por exemplo, por uma incapacidade de desenvolver o contato olho a olho, de participar de jogos em grupos, de manter contatos físicos etc. A pessoa com autismo pode, às vezes, aparecer com um choro sem controle ou dar gargalhadas, sorrisos, aparentemente, sem causa. É comum não apresentar medo do perigo (altura ou automóveis se locomovendo) e fazer movimentos corporais como o "balançar".

Por outro lado, a capacidade para pensamentos abstratos, jogos imaginativos (faz-de-conta) e simbolização fica severamente prejudicada no autista. A inteligência pode variar muito nessa população. Cerca de 70% das pessoas com transtorno autista apresentam um retardo do desenvolvimento neuropsicomotor - do mais leve até o severo. Outros 20% podem apresentar uma inteligência dentro dos padrões de normalidade e uns 10% têm eventualmente uma inteligência acima da normalidade, definindo o que nós chamamos de autismo de alto funcionamento, no qual notamos uma outra forma de mente, estruturada em padrões diferentes dos normais característicos do ser humano.

Com base nesses dados, entende-se que o indivíduo autista participa de um mundo cujas percepções são diferentes das suas, identificadas por manobras compensatórias. A utilização dessas manobras deve-se ao seu intuito de minimizar a dificuldade de interação social e de comunicação. Acrescentamos que as tarefas que requerem memória simples ou habilidade viso-espacial são melhor desenvolvidas se comparadas com aquelas que requerem habilidades linguísticas e/ou simbólicas.

A 10ª Classificação Internacional de Doenças - CID-10 classifica o autismo no código F84-0, considerando-o como um transtorno invasivo do desenvolvimento.

Já o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR™21, em sua quarta revisão, de 2003, apresenta alguns critérios mais detalhados para a formulação do diagnóstico do transtorno autista, exigindo as seguintes condições:

- a) Apresentação de sintomas que se enquadrem em pelo menos seis (ou mais) itens que avaliam comprometimentos qualitativos nas áreas de interação social, comunicação, padrões de comportamento, interesses ou atividades estereotipadas;
- b) Identificação de um atraso ou funcionamento anormal nas áreas de interação social, linguagem com fins de comunicação social e jogos simbólicos antes dos três anos de idade;
- c) Diferenciação do transtorno autista dos outros transtornos, como, por exemplo, o de rett, o de asperger ou o desintegrativo da infância, ainda que ele possa ocorrer isoladamente ou vir associado a outros distúrbios que afetam o funcionamento cerebral, tais como a síndrome de down, a esclerose tuberosa, a fenilcetonúria ou a epilepsia.

Essa última consideração apresentada pelo DSM-IV-TR™22 é bastante significativa, pois existem muitas dificuldades com as quais se depara o profissional ao buscar estabelecer com segurança um diagnóstico para o autismo.

Os sintomas apresentados nessa síndrome, apesar de parecerem admitir uma certa homogeneidade no que se refere a prejuízos no estabelecimento de interações, na linguagem e no comportamento, podem exibir muitas variações de uma criança para outra. Isso porque se observa que algumas podem até nem desenvolver a linguagem, enquanto outras a têm presente, porém com uso inadequado ou com alguns comprometimentos (ecolalia, por exemplo).

Existem formas mais graves nas quais crianças com autismo apresentam comportamento destrutivo, autoagressão e forte resistência a mudanças. Há ainda crianças com níveis de inteligência mais preservados, nas quais é possível observar determinadas habilidades bastante desenvolvidas, que eventualmente constituem verdadeiros talentos relacionados à sensibilidade musical, habilidades matemáticas, memorização, desenhos e pinturas, dentre outros.

Por outro lado, existem crianças que não apresentam essas competências exacerbadas e, de acordo com o padrão de rigidez de seu pensamento ou da capacidade de estabelecer interações, podem até apresentar retardo mental associado ao autismo.

Toda essa variedade de sintomas entre uma criança e outra contribui possivelmente para que se torne mais difícil traçar um perfil único e exclusivo de um transtorno como o autismo. As dificuldades parecem tornar-se maiores quando quadros clínicos de outras síndromes muito semelhantes conduzem a certas confusões. A fim de evitá-las, torna-se necessário estarmos atentos para a realização de diagnósticos diferenciais, sobretudo entre o autismo e outras desordens como o transtorno de Rett, o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, a esquizofrenia, o mutismo eletivo e a desordem da linguagem expressiva.

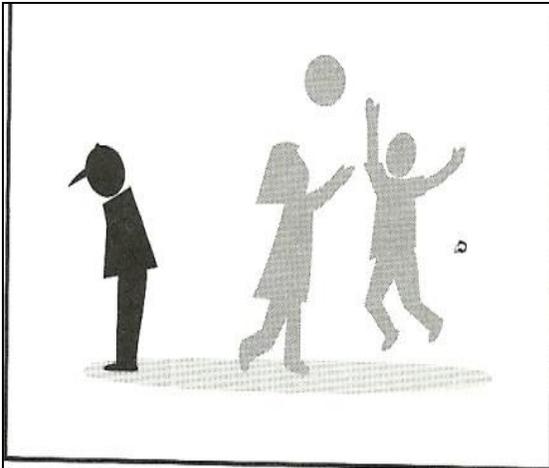
SINTOMAS CARDEAIS PARA O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO AUTISTA

Ainda que o transtorno autista possa vir associado a diversos problemas neurológicos e/ou neuroquímicos, não existe ainda nenhum exame específico capaz de detectar a sua origem.

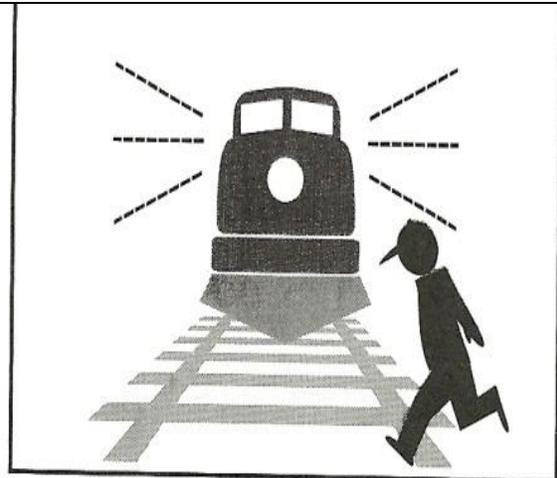
Os diagnósticos são formulados sempre a partir da observação de um conjunto de sintomas apresentados pela pessoa. Para a National Society for Autistic Children e a American Psychiatric Association, os sintomas devem incluir:

- Anormalidades no ritmo do desenvolvimento e na aquisição de habilidades físicas, sociais e de linguagem;
- Respostas anormais aos sentidos: o autista pode ter uma combinação qualquer dos sentidos (visão, audição, olfato, equilíbrio, dor e paladar); a maneira como a criança equilibra o seu corpo pode ser também inusitada;
- Ausência ou atraso de fala ou de linguagem, embora possam existir algumas capacidades específicas de pensamento;
- Modo anormal de relacionamento com pessoas, objetos, lugares ou fatos.

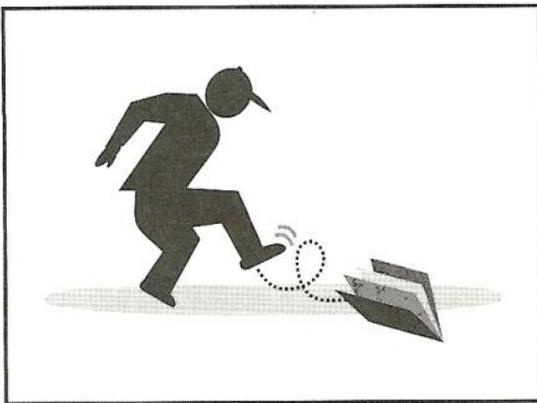
Veja abaixo os 14 sintomas cardeais para o reconhecimento do transtorno autista. Se uma pessoa apresentar pelo menos cinco desses sintomas de forma persistente e em idade inadequada, pode ser formulada a hipótese de autismo e a família deve ser orientada a buscar um médico especialista.



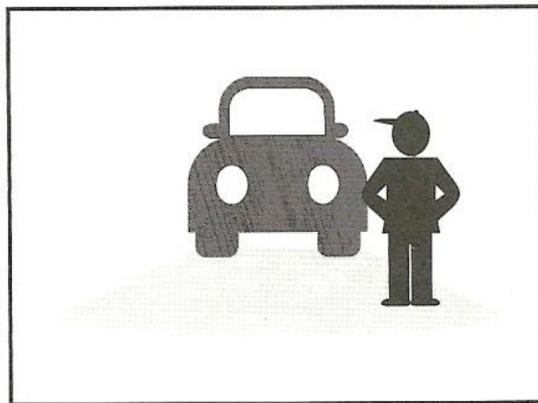
1 Não se relaciona com outras crianças.



2 Age como se fosse surdo.



3 Resiste ao aprendizado.



4 Não demonstra medo de perigos reais.



5 Resiste a mudanças de rotina.



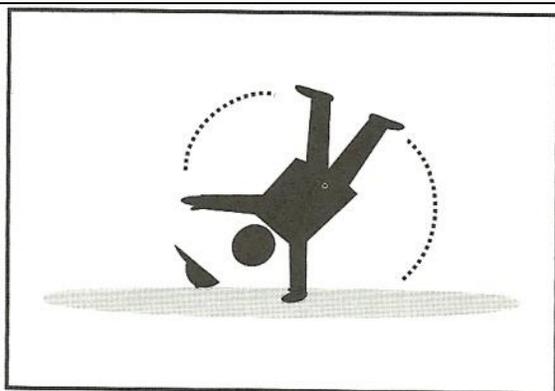
6 Usa as pessoas como ferramentas.



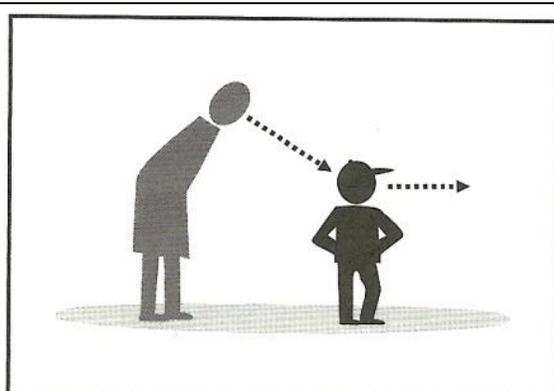
7 Manifesta risos e movimentos não apropriados.



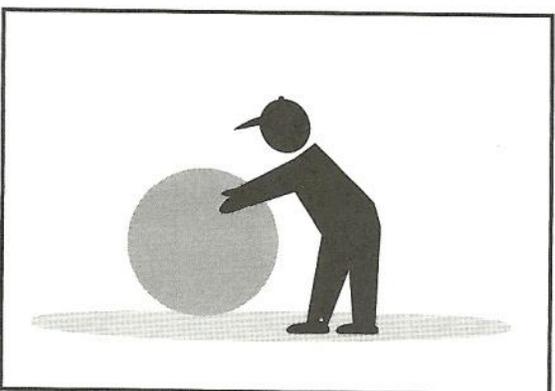
8 Resiste ao contato físico.



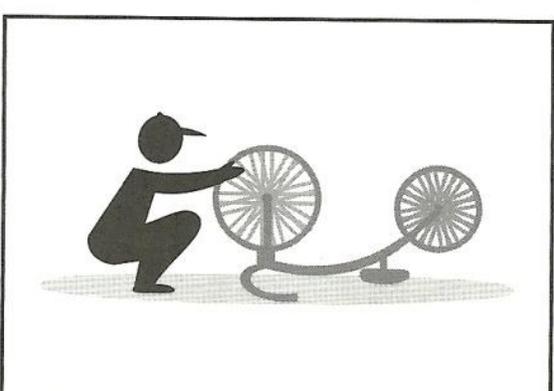
9 Apresenta acentuada hiperatividade física.



10 Não mantém contato visual.



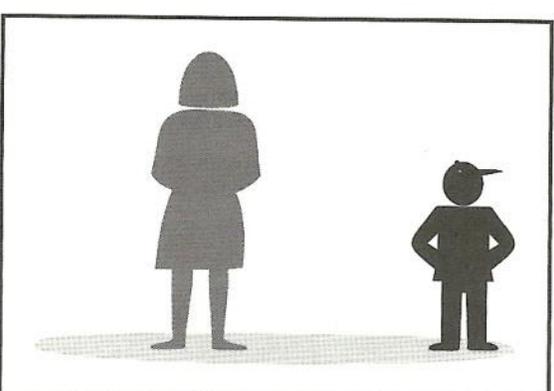
11 Tem apego não apropriado a objetos.



12 Gira objetos de maneira bizarra e peculiar.



13 Às vezes é agressivo e destrutivo.



14 Apresenta comportamento indiferente e arredoio.

Fonte: Autismo: descobrir o mal é fundamental. **Visão**, São Paulo, n. 17, p. 38, 29 abr. 1987.

Procure analisar com atenção os sistemas apresentados e refletir sobre a importância de uma avaliação diagnóstica adequada, de modo a não caracterizar indevidamente uma criança como autista com base na identificação apressada de comportamentos considerados sintomáticos.

SOBRE A FORMULAÇÃO E A AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Ainda que o transtorno autista seja considerado uma desordem que pode envolver comprometimentos de caráter neurológico, não há ainda um único tipo de exame ou procedimento médico que confirme isoladamente o seu diagnóstico. Por isso, entendemos ser necessário realizar uma série de exames, avaliações e análises com o fim de compilar um número suficiente de informações que permitam esboçar mais seguramente esse quadro clínico.

Os exames mais comuns são os que avaliam a capacidade auditiva (audiometria, timpanometria) e os que indicam a possibilidade de presença de tumores, convulsões ou anormalidades cerebrais (eletroencefalogramas, imagens por tomografias computadorizadas e por ressonância magnética).

Buscando articular informações obtidas a partir desses exames, é importante avaliarmos a criança em termos de seu desenvolvimento, de modo a identificar como se apresentam suas habilidades emocionais, sociais, comunicativas e cognitivas por meio da observação direta da criança no seu ambiente natural (em casa, na escola), da análise de álbuns de fotografias e vídeos e da realização de entrevistas com pais, professores ou outros responsáveis. Esses procedimentos devem ter continuidade no decorrer do tratamento, pois podem acontecer mudanças que precisam ser identificadas. A partir dessas informações, é possível estabelecermos os objetivos necessários e adequados a cada criança.

Além disso, a utilização de instrumentos padronizados para fins de avaliação dessa síndrome tem sido cada vez mais necessária como um recurso alternativo que complemente as informações previamente adquiridas. Dentre esses instrumentos, podemos destacar diversos questionários, checklists (lista de observações de comportamento), escalas e inventários especialmente desenvolvidos para essa finalidade. São alguns exemplos:

- SAB-2, questionário composto de 130 itens aplicados às mães, para avaliar retrospectivamente os sintomas de autismo de seus filhos antes dos dois anos de idade;

- IBSE — Behavioral Summarized Evaluation Scale, escala de observação composta por 19 itens para uso em crianças de seis a 48 meses de idade;
- Chat — Checklist for Autism in Toddlers, utilizado quando a criança tem por volta de 18 até 36 meses;
- Cars - Childhood Autism Rating Scale, instrumento mais validado para um diagnóstico ao longo do espectro de autismo baseado em observações comportamentais e entrevistas, podendo ser aplicado em indivíduos de todas as idades;
- ADI-R - Autism Diagnostic Interview-Revised, entrevista padronizada e semi-estruturada que visa identificar desvios qualitativos de atrasos no desenvolvimento, podendo ser aplicada em crianças a partir dos 18 meses de idade.

O Catálogo de Características e Sintomas para o Reconhecimento da Síndrome de Autismo, de H. E. Kehrer, traduzido por Facion, pode ser uma alternativa para a formulação adequada de um diagnóstico desse transtorno. Composto por uma descrição de 73 sintomas, é apresentado às pessoas que convivem com a criança acometida (pais, professores, terapeutas etc.). Quando um indivíduo apresenta mais de um terço dos sintomas ali descritos, de forma persistente e em idade inadequada, podemos supor (e até formular) o diagnóstico de transtorno autista.

Como visto até agora, o autismo é um grave distúrbio do desenvolvimento e do comportamento e que apresenta um alto nível de complexidade, sendo enquadrado entre os mais severos transtornos manifestados na infância.

Algumas pesquisas conseguem correlacionar fatores genéticos, problemas metabólicos e mudanças bioquímicas ao desenvolvimento dos períodos pré, peri e neonatais, mas nenhuma associação é aplicável a 100% dos casos. Cabe ressaltar que foi eliminado o critério concernente à idade da manifestação do transtorno, aceitando-se que possa ocorrer depois de a criança completar 36 meses. Isso foi proposto alegando-se que os casos mais graves de autismo se manifestariam mais rápido do que os casos menos graves.

Foi substituída, assim, a denominação autismo infantil por transtorno autista.

HIPÓTESES ETIOLÓGICAS

Existem diferentes modelos etiológicos para o entendimento do transtorno autista, no entanto optamos por dar ênfase a três, que são os relacionados a seguir.

- 1) Ao nascer, a criança apresenta-se mental e fisiologicamente saudável, mas, no decorrer da vida, ou por má conduta dos pais, ou devido a traumas que não foram bem estruturados, ou ainda em função de outras vivências negativas, ela pode desenvolver autismo.
- 2) A criança nasce com uma predisposição congênita ao autismo, ocasionando seu desenvolvimento, independente das circunstâncias do meio no qual ela esteja inserida.
- 3) A criança, sem predisposição ao transtorno, sofre uma lesão exógena (externa) cerebral. Isso pode ocorrer na fase de vida uterina, perinatal ou pós-natal (até o 30º mês).

DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO DEVIDO A TRAUMAS PSICOLÓGICOS

Não há autismo ocasionado por privação (isolamento afetivo, social e psicomotor). No entanto, a hipótese de que o agravamento do autismo se deva a experiências negativas sofridas por uma criança inicialmente normal parece clara, quando são considerados os transtornos de hospitalismo (crianças que, desde muito novas ou recém-nascidas, permaneceram por longo período internadas em hospitais) e os resultados do estudo de Kanner sobre o funcionamento de famílias em que há pessoas com o transtorno autista.

O transtorno do hospitalismo refere-se aos sintomas, semelhantes aos do autismo, apresentados por crianças que sofrem privação significativa no início de seu desenvolvimento.

Kanner descreve a personalidade dos pais de crianças com autismo, afirmando serem estes, por exemplo, pouco emotivos e obsessivos. No entanto, estudos minuciosamente elaborados sobre as características desses pais não detectaram um perfil típico de personalidade e, sim, uma grande variedade. Além disso, existem famílias em que há grande cuidado e afeto parental com a criança autista. Podemos, assim, concluir que, mesmo que os fatores externos possam vir a reforçar os sintomas do autismo, estes não constituem um fator de origem para a doença.

Como você pôde perceber, é muito importante conhecer a história de vida da criança, assim como a dos pais. Procure refletir sobre o acesso a esses dados em sua atividade profissional sobre a melhor forma de obtê-los e analisá-los.

Teoria de Tinbergen sobre o autismo

De acordo com Tinbergen o desenvolvimento da criança pode ser prejudicado devido às experiências – durante a gestação, o parto ou a primeira infância – pelas quais ela passou. Assim, por exemplo, deve ser considerada uma agressão sofrida pelo feto ao movimentar-se no interior do útero. Outros – sim, após o parto, lembramos que é necessário contato imediato do bebê com a mãe, pois uma separação, ainda que leve alguns minutos, constitui um possível prejuízo para o bebê.

Outros fatores desencadeantes, na concepção desses autores, são: permanência do recém-nascido na incubadora, falta de confiança da própria mãe, alimentação incorretamente feita por mamadeira, separação constante da criança do pai ou da mãe e nascimento de um irmão antes de a criança completar 18 meses de idade.

A tese de Tinbergen recebeu crítica de Wing e Ricks, os quais consideram que os conceitos de autismo e de outros transtornos foram empregados nessa teoria sem a devida precisão. Esses críticos enfatizaram que o distúrbio no relacionamento entre mãe e criança, mesmo que possa vir a prejudicar o desenvolvimento do bebê em algum ponto, não parece estar propriamente relacionado com o autismo, pois milhões de crianças que estiveram expostas aos fatores descritos não se tornaram autistas.

A relação entre a separação da mãe na primeira infância e o aparecimento do autismo

Em alguns casos, a criança não apresenta nenhum sintoma até a experiência de privação do contato com a mãe. Fallinger, num estudo com 44 crianças autistas, observou que a separação da mãe nesse grupo havia sido significativamente maior que no grupo de controle (crianças que não apresentavam o transtorno), sendo a causa dessas separações, na maioria das vezes, internações hospitalares, principalmente em decorrência de doenças do sistema nervoso central. Porém, esse pesquisador notou que, embora a separação da mãe influencie negativamente o desenvolvimento da criança, isso não se constitui em um fator causador do autismo.

Predisposição congênita ao autismo

Assumindo a ideia de que fatores genéticos têm relação causal com o autismo, três aspectos têm sido estudados: concentração de pessoas com autismo em uma mesma família, alterações de familiares próximos ao autista que se assemelham aos comportamentos típicos desse transtorno e associação do autismo com várias condições de origem genética.

É observada também uma maior ocorrência do transtorno autista nos gêmeos monozigotos (provenientes de um único óvulo fertilizado) que nos dizigotos (provenientes de dois óvulos fertilizados). Isso significa que tem sido observado que, no caso de gêmeos, quando uma criança é autista, é mais provável que a outra também seja, principalmente quando se trata de gêmeos univitelinos. Além disso, há um grau de risco mais elevado no parto de gêmeos e, conseqüentemente, uma probabilidade maior de ocorrer uma lesão cerebral durante o nascimento.

Alicerçando-se na hipótese de determinismo genético, são enfatizados dois argumentos: presença de risco de morbidade (maior probabilidade de ocorrência) de autismo em irmãos de autistas e de características específicas de consanguinidade.

Particularidades observadas em indivíduos consanguíneos têm sido relacionadas à presença do autismo, como é o caso do contato social deficiente.

Kanner, baseado no estudo dos pais de 11 autistas, aponta fatores comuns entre pais e filhos encontrados nas famílias: inclinação para as ciências e as artes, inteligência elevada, dificuldades no contato social e mecanismos obsessivos.

Porém, as observações do referido autor sobre as características desses pais podem ter sido influenciadas pela amostragem que ele possuía. Considerando que os atendimentos eram realizados apenas em seu consultório particular e o preço das consultas era inacessível à população em geral, verificamos que somente as famílias com condições financeiras privilegiadas tinham acesso aos seus serviços.

Algumas pesquisas revelam, no entanto, a ocorrência de prejuízos sociais em parentes próximos aos autistas, independente do quociente intelectual - QI e do nível de escolaridade. Tais pessoas normalmente se descrevem como tendo pouco jeito para lidar com os outros, como sendo demasiadamente preocupadas, ansiosas, com baixa tolerância a críticas, além de apresentarem déficits de linguagem e certas dificuldades para contar histórias, visto que se perdem em detalhes e não formulam uma conclusão coerente.

Outro aspecto estudado é o risco de autismo em irmãos com esse transtorno - 50 a 188 vezes maior que o risco na população em geral. Esses dados podem ser interpretados de modo ambíguo: como argumento a favor da hereditariedade do autismo ou a favor da etiologia (causas) familiar da doença, uma vez que tanto o autista quanto seus irmãos estão sendo criados no mesmo ambiente familiar.

Comparadas às mães da população em geral, as mães de pessoas com autismo apresentam uma ocorrência maior de abortos espontâneos. Desse modo, o transtorno autista pode ser visto como uma seqüela de complicações pré-natais, pois em casos em que não ocorre a morte do embrião, a probabilidade de acontecer o autismo é bem maior.

Mesmo diante dessas evidências, não há confirmação quanto à hipótese de determinismo genético. A realização de pesquisas com esse intuito é muito difícil, uma vez que os pais, após terem um filho com autismo, em geral hesitam em ter um segundo filho por receio de que haja nova ocorrência desse transtorno.

Embora não existam características que, por si sós, constituam o transtorno autista, é possível observar algumas peculiaridades fenotípicas que identificam o autismo (conjunto de características observáveis, aparentes, de um indivíduo), e só se manifestam após a puberdade. Podemos citar face longa e estreita, aumento do volume dos testículos, hipotonia muscular, frouxidão articular, retardo na aquisição da fala, hiperatividade, alterações esqueléticas, cardiovasculares e fonoarticulatórias.

Podemos pensar, então, que existam fatores genéticos associados ao autismo. Porém, há algumas evidências de que fatores como o sexo do indivíduo, QI e problemas pré e perinatais eventualmente amenizem essa propensão genética.

Como podemos observar, em virtude de não ser fácil apontar a(s) causa(s) do autismo, é preferível encaminhar a criança sob suspeita de portar esse transtorno a um especialista na área, para obtenção de um diagnóstico mais preciso.

DOENÇAS QUE PODEM SER ASSOCIADAS AO TRANSTORNO AUTISTA

Quando tentamos estabelecer uma diferença entre as doenças que podem estar associadas ao autismo e as que necessitam de um diagnóstico diferencial (precisam ser diferenciadas do autismo para um melhor tratamento), em geral encontramos grandes dificuldades, pois a literatura na área não é consensual quanto a essa questão.

O que propomos, então, é uma diferenciação julgada mais apropriada, embora não livre de erros, sem deixamos de lembrar que o diagnóstico deve ser feito meticulosamente.

Das doenças associadas ao autismo, a mais comum é o retardo mental, que ocorre em cerca de 75% dos casos. Portanto, a implicação entre essas duas patologias ocasiona dificuldades na aprendizagem e no desenvolvimento cognitivo.

Outra patologia presente em pessoas autistas são os quadros convulsivos, principalmente no fim da infância e na adolescência, condição verificada em aproximadamente 25% dos indivíduos com aquele transtorno. Entretanto, o comportamento de manter o olhar fixo, observado nesses pacientes, por vezes, é confundido com a epilepsia de pequeno mal ou com outros distúrbios convulsivos (não relacionados à epilepsia) sem que eles sejam epiléticos; em muitos casos, apresentam um eletroencefalograma (EEG) normal.

A esquizofrenia infantil também já foi, muitas vezes, confundida com o transtorno autista, quando detectada após aos três anos de idade. No entanto, segundo Rutter, as duas patologias são distintas e baseiam-se em quatro fatores:

- Os dados familiares (presentes apenas na esquizofrenia, que tem base genética comprovada);
- O início dos sintomas (após os cinco anos);
- Os sintomas primordiais em si;
- A história natural com curso da doença.

A esquizofrenia infantil é um quadro psicótico, que pode levar a graves problemas de comportamento e impedir ou retrain o desenvolvimento normal da criança. As funções da personalidade são perturbadas, destruídas ou não desenvolvidas.

Dentre os transtornos mentais, ela é a que causa maiores prejuízos ao desenvolvimento do indivíduo afetado, apresentando uma forte tendência à cronicidade e quase sempre levando à deterioração do funcionamento psíquico, manifestada por meio de distúrbios do pensamento, da afetividade, do humor e do comportamento.

Por causa da confusão mental e da perda da identidade, a criança pode ficar incapaz de se relacionar com o mundo externo e, na tentativa de adaptar-se a ele, seu mundo interno pode se tornar conflitante, o que eventualmente a leva a uma desagregação.

Os principais sintomas desse transtorno são delírios e alucinações, o que não se observa no autismo. A linguagem e os comportamentos desorganizados são considerados sintomas positivos da esquizofrenia infantil, assim chamados porque confirmam mais



claramente o quadro, enquanto que a apatia marcante, a pobreza de discurso, o embotamento ou a incongruência de respostas emocionais e o retraimento social com falta de iniciativa figuram entre os sintomas negativos.

Os sintomas marcantes da esquizofrenia infantil são:

- **Alucinações e delírios** - São mais facilmente percebidos, tornando-se complexos com o passar do tempo. A pessoa pode mostrar interesse por problemas abstratos, como, por exemplo, a origem do universo, do espaço, da vida, além de revelar ter algumas sensações de mudanças do corpo, como acreditar que está se transformando em animal ou em máquina. Podem ainda ser observados comprometimento sensorio-perceptivo, tanto qualitativo (alucinações, ilusões) quanto quantitativo (ruídos), e falha de ideação e juízo crítico, evidenciada pelo fato de o esquizofrênico acreditar naquilo que a sua percepção está mostrando;
- **Egos sintonia** - o indivíduo nem sempre se vê como invasivo e estranho, lidando bem com os sintomas que lhe parecem naturais, porque estes se iniciam precocemente e de forma insidiosa.

Na criança pequena, encontramos uma menor variação no quadro clínico e menos sintomas. Isso ocorre porque o nível de seu desenvolvimento intelectual e sua experiência de vida são limitados em comparação aos de um adulto. As alucinações e os delírios, por exemplo, podem ser menos elaborados e passar despercebidos ou até ser confundidos com fantasias infantis.

Vale lembrar também que o desenvolvimento de crianças com esquizofrenia pode ser semelhante ao de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento ou com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), sendo os diferenciais as ocorrências de delírios, o início tardio dos sintomas e as anormalidades no afeto e no discurso.

Uma outra patologia que às vezes está associada ao transtorno autista é a depressão anaclítica, uma depressão infantil precoce que representa um grave prejuízo no desenvolvimento físico e psíquico.

Ela está relacionada à interrupção ou não-adequação da relação entre a criança e a mãe. A diferença entre esses transtornos, mesmo quando observamos um retardo mental e dificuldades no relacionamento interpessoal, é o fato de que, no quadro de depressão, o

retardo é transitório e os distúrbios de relacionamento não são caracterizados por um distanciamento do outro.

A criança com depressão anaclítica pode apresentar muito choro, um quadro de carência afetiva que a faz buscar atenção e companhia de forma patológica (exagerada), além de uma perda de peso e retardo mental.

A afasia é também uma patologia associada ao autismo e caracteriza-se por um problema de linguagem. Seus sintomas, semelhantes ao do transtorno autista, são resposta irregular ao estímulo sonoro, atraso na aquisição da linguagem, dificuldade de sua utilização e compreensão, problemas com a articulação e inversão de palavras.

A criança afásica pode desenvolver uma dificuldade social que por vezes é confundida com o transtorno autista. No entanto, é necessário fazer algumas distinções: as crianças afásicas são, em geral, comunicativas e participam de jogos imaginativos. Elas, ainda quando incapazes de falar, comunicam-se, seja por meio de gestos, seja por meio de outras formas de expressão não verbais.

A síndrome de down, que é a alteração cromossômica mais comum de retardo mental, cujo grau de acometimento vai do leve ao severo, pode vir associada, em 5% dos casos, ao autismo. A esquizofrenia, a depressão, o transtorno bipolar, o transtorno de conduta, a demência e a doença de Alzheimer são comuns nessa síndrome. Nos casos de um retardo mental severo, é muito complicada a identificação dessa associação (síndrome de Down e transtorno autista), considerando-se a dificuldade da formulação do diagnóstico de autismo.

Crianças cujas mães ingeriram uma grande quantidade de bebida alcoólica durante o período da gravidez podem sofrer alterações fenotípicas (alterações nas características externas do corpo) e retardo mental.

As fenotípias mais comuns são microcefalia moderada, fissuras palpebrais curtas, hipoplasia maxilar (desenvolvimento inferior do maxilar), nariz pequeno com philtrum pouco evidente e lábio superior fino. Blefaroptose (deslocamento das pálpebras), microftalmia (volume do olho menor), fenda palatina, más-formações das vértebras cervicais, problemas cardíacos e hidrocefalia também podem ser observados.

As características principais de comportamento dessas crianças são hieratividade, impulsividade e problemas escolares.

Como você pôde perceber, o transtorno autista eventualmente está associado a outras doenças e chega a ser confundido com outros quadros clínicos.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Problemas de desenvolvimento no início da infância, com frequência, têm origem numa relação familiar conturbada, que favorece o aparecimento de distúrbios de comportamento, como, por exemplo, o balançar do corpo e outras estereotípias.

Estes, porém, não implicam, necessariamente, a presença do transtorno autista. O mutismo eletivo (a criança recusa-se a falar em determinada situação ou condições) é um dos problemas relacionados com a influência do ambiente e também não deve ser confundido com os distúrbios de comunicação presentes em crianças com autismo.

A pessoa com transtorno autista, por muitas vezes, não responder ao estímulo auditivo, pode ser diagnosticada como deficiente auditiva. No exame audiológico, normalmente, apresenta resultados incongruentes ou de grande oscilação, diferindo, assim, do diagnóstico da surdez, cuja probabilidade para a pessoa com autismo é a mesma que para uma criança da população em geral. Aliás, existe a suspeita até de uma hiperacusia (hipersensibilidade acústica) em vários casos do transtorno.

Os movimentos estereotipados (repetitivos) de braços e mãos de uma criança com autismo, que se assemelham à gesticulação da criança deficiente visual, podem ser confundidos com a cegueira congênita. A diferença é que a criança cega mostra interesse em estabelecer interação com o ambiente e as demais pessoas, o que nem sempre ocorre com a criança autista.

Cabe-nos então pensar sobre a importância de compreendermos a diferença entre o transtorno autista e outras patologias.

TRATAMENTO

Antes de ler o texto abaixo, elabore hipóteses a respeito de como você acha que uma pessoa com transtorno autista deve ser atendida clínica e pedagogicamente.

O trabalho interdisciplinar, realizado de forma integrada, faz-se sempre necessário. Os profissionais das áreas envolvidas devem usar procedimentos e técnicas em comum, discutindo com os pais sobre as necessidades da criança e sobre o que ela consegue entender e executar. Para isso, sugerimos eleger um profissional de apoio, com o objetivo de organizar e orientar o tratamento, assim como analisar a evolução do quadro do paciente.

O tratamento medicamentoso passa a ser importante, principalmente quando a pessoa com autismo apresenta problemas de comportamento de difícil controle. Muitos pais oferecem uma forte resistência a esse tratamento por temerem reações adversas e por não receberem orientações e informações mais precisas. No entanto, vários tipos de medicamentos já comprovaram alguns benefícios recompensadores, ajudando a melhorar a convivência familiar, a diminuir a hiperatividade, assim como os comportamentos auto-agressivos, as obsessões etc. Esse tratamento poderá servir de complemento, beneficiando as terapias diversas.

Não existe medicamento específico para o tratamento do transtorno autista. O objetivo é controlar os comportamentos exacerbados, quando estes não são atenuados por outros procedimentos alternativos. Devemos lembrar que as crianças com autismo sempre apresentam avanços com ou sem tratamentos, mas tratar o autismo é ter como meta principal minimizar sua dependência, garantindo, assim, sua autonomia, e isso ela não consegue sozinha.



UNIDADE III

TRANSTORNO DE RETT

O transtorno de Rett é uma doença que ocorre exclusivamente em meninas, tidas como normais até ao final do 6º mês de vida ou até o 18º, quando então acontece um retrocesso psicomotor e no contato social, considerado uma das principais causas de deficiência mental grave.

Esse transtorno é uma das doenças recentemente identificadas pela medicina e exigiu vários estudos. A criança com esse transtorno tem o crescimento do crânio retardado e apresenta comportamentos característicos do autismo e movimentos estereotipados das mãos. Por essa razão, cerca de quatro entre cinco crianças com o transtorno de Rett são também diagnosticadas como autistas, discutindo-se, inclusive, se seria diferente do autismo ou se estaria associado a ele. Rett, que descreveu essa doença em 1967, sugere que essas patologias são bem diferentes.

Além dos sintomas já descritos, podemos encontrar na menina com transtorno de Rett: disfunção respiratória, escoliose, distúrbios tróficos das extremidades, entre outros. À medida que o quadro evolui, há uma melhora dos comportamentos autísticos, o que facilita o contato social.

Podem ocorrer manifestações epiléticas, e a parte motora vai se deteriorando progressivamente. Há o comprometimento também do aspecto cognitivo e da linguagem.

De acordo com o DSM-IV-TR™, "a característica essencial do transtorno de Rett consiste no desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida".

Aparentemente, as crianças com esse transtorno têm um período de vida pré-natal e perinatal normal e um desenvolvimento psicomotor regular durante os primeiros 5 meses de vida. Ao nascer, o perímetro cefálico também está dentro dos limites normais e, entre os 5 e os 48 meses, há uma desaceleração do crescimento craniano.

Ocorre também, entre os 5 e os 30 meses de idade, uma perda das habilidades voluntárias das mãos - anteriormente adquiridas - com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que se assemelham a torcer ou lavar as mãos.

O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno, embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde. Aparecem problemas na coordenação da marcha ou dos movimentos do tronco.

Existe, também, severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com grave retardo psicomotor conforme o DSM-IV-TR™.

O Transtorno de Rett está tipicamente associado com Retardo Mental Grave ou Profundo. (...) não existem achados laboratoriais específicos associados com o transtorno. Pode haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram informadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.

O transtorno de Rett tem seu início antes dos quatro anos, por volta do primeiro ou segundo ano de vida. Além disso, o padrão de regressão do desenvolvimento é altamente diferenciado entre os pares, de acordo com o grau de acometimento.

O transtorno é vitalício, sendo a perda das habilidades em geral persistente e progressiva. Os problemas de comunicação e comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida.

Na maior parte dos casos, a recuperação é bastante limitada, embora alguns progressos muito modestos no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência.

ESTÁGIOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO DE RETT

Estágio I: estágio de estagnação precoce

Início: 5 meses (mínimo) e 24 meses (máximo)

Duração: meses

Característica: estagnação do desenvolvimento motor

Nesse estágio de estagnação precoce, ocorre na maioria das meninas um atraso no desenvolvimento psicomotor, que, muitas vezes, não é notório, pois os sinais como tremor de tronco, quando elas estão sentadas sem apoio (ataxia de tronco), o modo de engatinhar (arrastando-se pelas nádegas) e atrasos no aprender a caminhar são, nessa idade, de difícil

percepção. Outra característica diagnosticada é o retardo do crescimento do crânio e do cérebro. Os sinais de perda gradativa e total do uso das mãos - levar as mãos à boca, esfregar, torcer e lavar as mãos - também são características típicas desse transtorno.

Estágio II: rapidamente destrutivo (regressão precoce)

Início: 1 a 3 anos

Características: perda de habilidades e comportamentos anteriormente adquiridos

Nesse estágio, há perda dos comportamentos já adquiridos, o que diminui o interesse por brincadeiras e jogos; também há uma perda gradativa da fala e da capacidade de comunicar-se, que pode chegar à totalidade. As meninas nessa fase apresentam crises de choro e gritos, gargalhadas e risos, sendo difícil acalmá-las, pois nitidamente perdem as funções mentais e as habilidades que já haviam adquirido.

Estágio III: pseudo-estacionário

Início: fase pré-escolar e escolar

Duração: semanas ou meses

Características: manutenção da deambulação (andar, caminhar) e melhora na comunicação

Nesse estágio, na idade pré-escolar e escolar, acontece uma melhora no comportamento e as crianças começam a perder características do autismo. Elas passam a manter contato visual e acontece uma melhora na capacidade de comunicação, a qual pode compreender até a adolescência e se estender até a fase adulta. Porém, com a chegada da puberdade, pode ocorrer uma piora na marcha e da escoliose toracolombar e há uma certa tendência de andar na ponta dos pés.

Estágio IV: deterioração motora tardia

Início: após perda de deambulação

Duração: décadas

Características: desenvolvimento motor pronunciado e com vida não deambulatória.

As meninas entram nessa fase quando perdem a capacidade de locomover-se com independência, embora em alguns casos já tenham perdido essa capacidade em estágios



anteriores. Ocorre um emagrecimento que compromete a imunidade, e as convulsões são mais controladas, mesmo sem os medicamentos. A expectativa de vida no transtorno de Rett não é limitada; os indivíduos acometidos podem ultrapassar a meia-idade.

TRATAMENTO

O tratamento do transtorno de Rett necessita da imbricação de áreas diversificadas, pois envolve um trabalho interdisciplinar, com o objetivo de procurar diminuir os prejuízos que essa doença causa, fazer a sua prevenção e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A fisioterapia tem um papel primordial nesse tratamento, porque proporciona a melhora da força muscular para manter a marcha independente e evitar ou diminuir o desenvolvimento da escoliose. Por outro lado, a presença do ortopedista garante a monitoração e a orientação das possíveis complicações locomotoras.

A fonoaudiologia pode ajudar nos hábitos de mastigação e deglutição, e a terapia ocupacional colabora para o desenvolvimento de atividades de vida diária e programas para articulação das mãos.

É importante também, para a eficiência do tratamento, o desenvolvimento, por parte de um nutricionista, de uma dieta adequada que evite o emagrecimento acentuado e a desnutrição. Além desses profissionais, os psicólogos podem oferecer um tratamento voltado para as crianças e seus pais, orientando-os e oferecendo-lhes um apoio emocional e psicoterapêutico, assim como um programa de comunicação alternativa.

A musicoterapia pode obter ótimos resultados, considerando-se sua influência no humor, na satisfação e na tranquilidade dos pacientes.

UNIDADE IV

TRANSTORNO DE ASPERGER

Segundo o DSM-IV-TR™: "As características essenciais do transtorno de Asperger consistem num comprometimento grave e persistente na interação social. (...) e no desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividade..."

O transtorno de Asperger é o quadro mais leve dos transtornos invasivos do desenvolvimento. Essa síndrome caracteriza-se por altas funções comportamentais, principalmente na área da interação social e na área da comunicação. A linguagem desenvolve-se de forma normal, o que permite diferenciar esse transtorno dos demais, nos quais há atrasos e até mesmo a perda da fala.

As características do transtorno de Asperger podem ser observadas em idades iniciais, mas apenas se apresentam como psicopatológicas quando o indivíduo começa a frequentar escolas, quando chega à fase da adolescência ou até mesmo quando adulto jovem, momentos em que passa a apresentar algum distúrbio psiquiátrico ou problemas de relacionamento.

Na anamnese, os bebês mostram-se quietos e não apresentam respostas a estímulos visuais ou ambientais. As crianças e os adultos possuem dificuldades e também falta de vontade de estabelecer amizades, sendo o isolamento uma das características dessa doença, embora não tão acentuada como nos autistas.

As crianças com Asperger podem apresentar uma idiosincrasia (interesse repetitivo e acentuado por uma determinada coisa) como saber nomes e números das listas telefônicas, horários de ônibus, calendários anuais, além de apresentarem interesses extraordinários por máquinas, computadores e se envolverem em desenhos animados. Em consequência dessas habilidades, essas crianças podem ser confundidas inicialmente com superdotadas.

Essa perturbação acarreta prejuízos clinicamente significativos nas áreas social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento. Porém, contrastando com o transtorno autista, não existem atrasos clinicamente significativos na linguagem (isto é, palavras isoladas são usadas aos dois anos, frases comunicativas são usadas aos três anos).



Além disso, como informa o DSM-IV-TR™, durante os três primeiros anos de vida, não ocorrem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo, o que se manifesta na expressão de uma curiosidade normal diante do ambiente ou na aquisição de habilidades de aprendizagem e comportamentos adaptativos (exceto na interação social) próprios da idade.

O diagnóstico não é fornecido se são satisfeitos critérios para qualquer outro transtorno invasivo do desenvolvimento específico ou para esquizofrenia.

O transtorno de Asperger parece iniciar-se mais tarde que o transtorno autista ou, pelo menos, é identificado apenas mais tarde, conforme podemos ler no DSM-IV-TR™: "Atrasos motores ou falta de destreza motora podem ser notados no período pré-escolar. É durante esse período que determinados interesses idiossincráticos ou circunscritos (por exemplo, fascinação com horários de trens) podem aparecer e ser reconhecidos como tais...".

TRATAMENTO

Partindo do diagnóstico, a preocupação deve ser focada no aperfeiçoamento das capacidades, pois os comprometimentos são de natureza biológica. Primeiramente se faz necessária a realização de testes de memória, cognição, atenção, planejamento, execução, verificando-se logo as dificuldades escolares, os problemas de interação social e de comunicação. A atenção da família deve voltar-se especialmente para as dificuldades que ela encontra nas situações vivenciadas cotidianamente. A partir dessas informações e das respostas encontradas, é preciso fazer um planejamento de trabalho e estipular as metas e os objetivos que devem ser alcançados.

UNIDADE V

TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA (TDI)

Podemos observar que, no caso do transtorno desintegrativo da infância (TDI), o indivíduo apresenta um desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os dois primeiros anos após o nascimento. As características relativas à comunicação verbal e não verbal, aos relacionamentos sociais, aos jogos e aos comportamentos adaptativos apropriados à idade figuram dentro dos padrões de normalidade.

Após esse período de desenvolvimento considerado normal, a criança começa a perder as habilidades adquiridas (depois dos dois e antes dos dez anos de idade) em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva; habilidades sociais ou comportamento adaptativo; controle intestinal ou vesical; jogos e habilidades motoras.

Observamos também anormalidades do funcionamento em pelo menos duas das áreas descritas abaixo.

- Prejuízos qualitativos na interação social: como dificuldade em relação aos comportamentos não verbais, fracasso para desenvolver relacionamentos com seus pares, falta de reciprocidade social ou emocional.
- Prejuízos qualitativos na comunicação: como atraso ou ausência da linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversação, uso estereotipado e repetitivo da linguagem, falta de jogos variados de faz-de-conta.
- Padrões repetitivos, restritos e estereotipados de comportamento, interesse e atividade, incluindo estereotípias motoras e maneirismos.

Trata-se de um transtorno pouco conhecido e há poucas indicações de como lidar com ele. Não sabemos a sua origem e, em geral, as crianças que são acometidas por esse transtorno podem chegar a um grau de retardamento mental severo durante o curso da doença. As medidas de primeira linha de tratamento são, como no transtorno de Rett, a fisioterapia, a terapia ocupacional e a hidroterapia. A atenção educacional deve se ocupar principalmente com exercícios psicopedagógicos, treinamento de atenção e concentração.



O diagnóstico só é prescrito quando a perturbação não é melhor caracterizada como um outro TID específico ou como esquizofrenia. Devemos observar que esse transtorno também é conhecido como síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa.

É importante conhecer a característica central para o reconhecimento do transtorno desintegrativo da infância a fim de se tomar a medida adequada no caso de suspeita de que uma criança tenha o TDI.

TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (TID-SOE)

De acordo com o DSM-IV-TR™, o diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (TID - SDE) deve ser utilizado.

...quando existe um comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal e não-verbal, na presença de estereotípias de comportamentos, interesses e atividades, sem que sejam satisfeitos os critérios para o Transtorno Global do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno de Personalidade Esquizotípica ou Transtorno de Personalidade Esquiva.

A formulação diagnóstica só é dada em situações quando há suspeita sobre um possível TID, porém os critérios para confirmá-la não são satisfeitos. Uma pessoa, por exemplo, pode ter alguns comportamentos típicos do transtorno autista, entretanto o conjunto dos sintomas não é suficiente para fechar o diagnóstico.

Por outro lado, ela pode ter também alguns sintomas de Rett ou de Asperger, mas eles somente não permitem concluir pela definição desses transtornos. É aí então que o diagnóstico de TID-SOE é formulado, no qual existe a presença de autismo atípico, quando os sintomas manifestam-se tardiamente.

TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Vamos fazer uma recapitulação das diferenças entre os diversos quadros de TID: o transtorno de Rett diferencia-se do transtorno autista na medida em que tem sido ampla-

mente diagnosticado em indivíduos do sexo feminino, enquanto o autismo ocorre mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino.

As meninas com Rett apresentam características específicas, como desaceleração do crescimento do perímetro craniano, perda de habilidades manuais previamente adquiridas, empobrecimento na coordenação de determinados movimentos, estereotípias, linguagem sempre ausente, crises de perda de fôlego e retardo no crescimento. Particularmente, durante os anos pré-escolares, é possível ser observado um período transitório de dificuldades no estabelecimento de interações sociais.

O transtorno de Asperger apresenta muitas semelhanças em relação ao autismo, tais como prejuízos na interação social, dificuldades no uso da linguagem para fins expressivos, isolamento e prejuízos na comunicação não-verbal.

A maneira que os autores (Szatamari, Bremmer e Nagy; Schwartzman) apontam para diferenciar uma síndrome da outra (Transtorno de Asperger e autismo) está apenas no fato de que os sintomas apresentados pela criança com Asperger, apesar de semelhantes aos do autismo, não preenchem suficientemente os critérios propostos pelo DSM-IV-TR™ para tal síndrome (a do autismo).

O transtorno desintegrativo da infância, por sua vez, apresenta um padrão distinto de regressão do desenvolvimento após este ter ocorrido sem maiores dificuldades durante pelo menos dois anos de vida.

Já no transtorno autista, alguns sinais de alterações no padrão de desenvolvimento podem ser percebidos a partir do primeiro ano de idade da criança.

A esquizofrenia infantil se diferencia do autismo por aparecer alguns anos após um desenvolvimento aparentemente estável. No caso do mutismo eletivo, observamos que a criança pode habitualmente exibir habilidades de comunicação apropriadas em determinados contextos, não apresentando prejuízos quanto ao estabelecimento de interações sociais.

Já a desordem de linguagem expressiva é caracterizada por um prejuízo na linguagem, o qual não está associado a um déficit qualitativo de interações sociais ou a padrões estereotipados de comportamento.

Apesar de esses critérios serem utilizados para fins diagnósticos, muitos estudos têm sido empreendidos com o objetivo de identificar as causas orgânicas do autismo. Assim, com os avanços da tecnologia na área médica, a utilização de tomografias computadorizadas tem mostrado que os cérebros de crianças autistas parecem apresentar

um aumento do espaço ocupado por fluidos, o que sugere destruição cerebral com consequente diminuição do número de células, especialmente no hemisfério esquerdo, que é relacionado à linguagem.

Por meio de imagens de ressonância magnética, foi possível observar a má formação no cerebelo em pessoas com autismo, além de uma elevação de serotonina no nível sanguíneo.

Outros fatores também têm sido identificados como possíveis agentes que contribuem para ocasionar essa síndrome, tais como fenilcetonúria não tratada, viroses durante a gestação (principalmente durante os três primeiros meses), toxoplasmose, rubéola, anoxia, traumatismos no parto e patrimônio genético, dentre outros.

Dados como esses têm conferido cada vez mais uma natureza de organicidade a essa doença, despertando o interesse crescente na comunidade científica por pesquisas sobre dietas, vitaminas, enzimas e neurotransmissores possivelmente relacionados.

Como vimos, as pessoas com transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) são caracterizadas por padrões diferentes de comportamentos repetitivos e estereotipados, fixação em rotinas e rituais, o que acarreta prejuízos no desenvolvimento que poderão ser graves ou amenos, dependendo do grau de acometimento.

O tratamento das pessoas com TID não deve ser voltado apenas para elas, mas também para os pais e familiares - que precisam de apoio, orientação e supervisão.

Após muitas pesquisas e intervenções bem-sucedidas, a análise do comportamento demonstrou uma grande eficácia nas modificações de comportamentos inadequados.

Bijou tornou-se um dos pioneiros na prática da análise comportamental de pessoas com prejuízos de desenvolvimento. As primeiras pesquisas comportamentais para compreender a criança com características autísticas foram as de Ferster e Demyer, feitas em laboratório. A principal contribuição de Ferster foi relacionar mudanças ambientais com alterações de comportamento.

Partindo dos laboratórios, os pesquisadores estenderam seus estudos para o ambiente natural onde as crianças passavam a maior parte do tempo, ou seja, em casa, na escola e na residência terapêutica. Os estudos procuravam identificar as modificações comportamentais sociais, as verbais e a substituição de comportamentos-problema como autoagressão, birras e estereotípias.

A terapia comportamental evoluiu com o tempo, baseando-se nos procedimentos comprovados e a intervenção tornou-se mais abrangente e eficaz. Todos os estudos giravam



em torno da eliminação de comportamentos prejudiciais, como autoagressão e birras, e observou-se que esses comportamentos sempre tinham funções importantes, pois serviam para a obtenção de atenção, privilégios e estímulos.

Os princípios da terapia comportamental partiram do laboratório de pesquisa para analisar as ações do organismo com o meio ambiente, levando em conta o comportamento antecedente e o conseqüente, para que ocorra a aprendizagem.

Como o comportamento é qualquer evento que modifique o organismo e possua causa e função, seja ele interno ou externo, podemos afirmar que os pensamentos, os sentimentos e as intuições diferem dos demais comportamentos apenas no modo de acessá-los (observação e descrição). Sua variabilidade e sua complexidade estão diretamente relacionadas à aprendizagem, que é regida pelo sistema nervoso central.

O ambiente modela a vida do indivíduo, constitui a fonte de estímulos que possibilita ou favorece o desenvolvimento dos potenciais.

A terapia comportamental recai em ações voltadas a princípios básicos do comportamento, como: reforçamento, extinção, punição, controle de estímulos, generalização, equivalência de estímulos, controle para regras verbais, entre outras.

A atuação do terapeuta pode ser feita de duas formas diferentes: atendimento direto com a criança ou por intermédio de orientações e supervisão oferecidas aos pais, professores e outros terapeutas.

Ao mesmo tempo em que o terapeuta comportamental é analista, também é educador e pesquisador, e por isso Win-dholz distinguiu quatro fases que constituem a terapia comportamental:

- Avaliação comportamental;
- Seleção de metas e objetivos;
- Elaboração de programas de tratamento;
- E a intervenção propriamente dita.

O analista comportamental deve, primeiramente, fazer uma avaliação que considere as variações biológicas e socioculturais, as diferenças individuais e o estágio de desenvolvimento. Isso possibilitará a formulação de metas e objetivos adequados à criança.

Outrossim, a terapia comportamental utiliza técnicas para minimizar as dificuldades que as pessoas com TID apresentam na comunicação, na interação social e na compreensão dos significados, dentre as quais destacamos o método TEACCH, que significa Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação.



Após algumas observações comportamentais, as pessoas com TID precisam de um ambiente estruturado, de espaço físico delimitado e de atividades organizadas em tempo, o que faz com que o comportamento estereotipado, a hiperatividade, o isolamento e as estereotipias verbais sejam minimizados.

Segundo Leon e Lewis, o modelo TEACCH conta com importantes pontos de apoio:

- Estrutura física bem delimitada, na qual cada espaço é utilizado para somente uma função predeterminada;
- Sequência das atividades, de forma que a criança saiba o que, quando, onde e como elas devem ser realizadas;
- Apoio visual para todos os atributos que estão sendo ensinados, já que pesquisas indicam que pessoas com autismo assimilam melhor essa via de informação. Também porque o apoio visual possibilita a concretização da relação nome-objeto-ação, dando significados para as palavras e para a comunicação.

Enfim, a estrutura de uma sala de aula TEACCH deve possuir:

- Programas individuais, criados com a fundamental participação dos pais;
- Espaço físico estruturado: local para lanche, local para atividades de grupo, local para atividades individuais e local para atividades livres;
- Esquemas individuais com apoio visual para a rotina da criança, para os quais podem ser utilizados fotos, desenhos ou palavras.

O método TEACCH serve para facilitar tanto a comunicação das pessoas com TID quanto a estruturação de sua rotina diária.

UNIDADE VI

TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO (TCD)

É muito comum observarmos meninos e meninas com problemas de comportamento na escola e em outros lugares que costumem frequentar que podem trazer uma série de prejuízos ao seu desenvolvimento social, acadêmico e emocional.

Nem sempre crianças ou adolescentes que apresentam algum problema de comportamento podem receber o diagnóstico de transtorno de conduta.

As dúvidas de quem não está familiarizado com suas definições concentram-se, principalmente, na diferenciação entre o problema e o transtorno. O primeiro baseia-se em conceitos sociológicos, com a atenção mais voltada para as consequências que as relações sociais mal adaptadas podem ter sobre a arguição das pessoas, ao passo que o transtorno de conduta é entendido definitivamente como um mau comportamento que atinge não só o próprio indivíduo, como também os demais envolvidos.

Nesses casos, é frequente a "transferência" dessas crianças para classes de educação especial, lares adotivos, hospitais, residências protegidas para drogaditos, prisões etc., pelo fato de muitos deles oferecerem periculosidade social. Mesmo que os problemas apresentados na infância e na adolescência venham a desaparecer na fase adulta, é comum que as cicatrizes - policiais, legais, familiares e sociais - acompanhem o indivíduo por toda a vida, na forma de constantes perdas de emprego, envolvimento com a criminalidade e problemas de relacionamento, por exemplo, o que o empurra para a marginalidade.

Os dois transtornos de comportamento disruptivo mais conhecidos são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno de conduta (TC).

Conhecemos ainda um terceiro transtorno que se enquadra nessa categoria e é denominado transtorno desafiador opositivo, que receberá também uma breve descrição.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

Há muito se discute o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Existem poucos tópicos no campo da neurologia pediátrica que tenham despertado tanto interesse e controvérsia.



A partir da década de 1980, passou a ser definido como um quadro clínico e a constar em manuais diagnósticos. Desde a primeira descrição, feita por George Still em 1902, esse transtorno recebeu nomenclaturas diferentes, sofrendo mais de 25 mudanças de nome, como disfunção cerebral mínima e síndrome psicoorgânica, até chegar à descrição atual no DSM-IV-TR™.

Hoje o TDAH continua sendo um problema clínico significativo com que se defrontam famílias, médicos, professores, pedagogos, psicólogos e educadores. Apesar do empenho dos pesquisadores ao longo das últimas décadas, os métodos básicos de diagnóstico e tratamento desse transtorno mudaram pouco.

Houve algum aperfeiçoamento nos procedimentos de atenção clínica e pedagógica, mas ainda dependemos da habilidade clínica para diagnosticá-lo. O principal recurso de tratamento é o medicamentoso, que adquire resultados mais satisfatórios se complementado pela terapia comportamental.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As principais características para o reconhecimento do TDAH são a hiperatividade, o distúrbio de atenção (ou concentração), a impulsividade e a agitação. Como consequência desses sintomas, podem surgir, muitas vezes, outros graves problemas, como distúrbios emocionais e dissociais de aprendizagem e de aproveitamento.

De acordo com o DSM-IV-TR™, esse transtorno é assim definido: Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam comprometimento devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (...). Algum comprometimento devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho). (...) deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional próprio do nível de desenvolvimento (...).

Como podemos observar, o diagnóstico não é simples. Alguns poderiam dizer que muitas crianças são agitadas, não param, não têm atenção às coisas. No entanto, para que possamos fazê-lo com mais precisão, devemos nos ater a alguns detalhes. A agitação comum às crianças que estão em fase de explorar o mundo não causa prejuízos aos seus relacionamentos ou desenvolvimento geral.

A criança com TDAH pode ser desatenta, imperativa, impulsiva ou ainda apresentar todas essas características. Alguns autores (Hallowel e Ratey, Rohde et al., Rohde e Benczik, Castroviejo, Cypel, dentre outros) organizaram um apanhado de características, baseados nos dados apresentados pelo DSM-IV, que ajuda na identificação desse transtorno, classificando-o em três tipos clínicos:

- Predominantemente desatento;
- Predominantemente hiperativo/impulsivo;
- Tipo misto.

Podemos considerar que uma criança tem TDAH do tipo desatento, quando ela apresenta seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção - persistentes por mais de seis meses - em uma intensidade que prejudique seu desenvolvimento:

- Frequentemente não presta atenção a detalhes e comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho, quando adulto, ou em outras atividades;
- Encontra dificuldade em manter a atenção em tarefas ou brincadeiras;
- Parece não escutar quando falam diretamente com ela;
- Frequentemente não segue instruções e não termina tarefas escolares e atribuições domésticas;
- Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades;
- Reluta em começar tarefas que exijam esforço mental ou evita-as (tais como tarefas escolares e domésticas);
- Perde objetos necessários para as tarefas e as atividades;
- Distrai-se facilmente por estímulos externos;
- Frequentemente se esquece de atividades diárias.

Podemos entender que uma criança tem TDAH do tipo hiperativo/impulsivo quando apresentar seis ou mais dos seguintes sintomas - persistentes por mais de seis meses — em uma intensidade que prejudique sua adaptação ao meio e influencie negativamente no seu desenvolvimento:

HIPERATIVIDADE:

- Agita as mãos ou os pés ou não para sentada na cadeira;
- Sai do seu lugar na sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentada;

- Corre em demasia, em situações inadequadas;
- Com frequência tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- Está sempre em movimento;
- Habitualmente fala em excesso.

IMPULSIVIDADE:

- Usualmente dá respostas precipitadas, antes de as perguntas terem sido completadas;
- comumente tem dificuldade para aguardar sua vez em jogos ou situações de grupo;
- interrompe ou intromete-se nas atividades dos outros.

Ainda há critérios adicionais sugeridos pelos autores que podem ser úteis no diagnóstico:

- Os sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade;
- Algum comprometimento pelos sintomas está presente em dois ou mais ambientes (escola, trabalho, lar e outros);
- Deve haver evidências claras de comprometimento clinicamente significativo da função social, da acadêmica ou da ocupacional;
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso do distúrbio global do desenvolvimento, da esquizofrenia ou de outro distúrbio psicótico e não são melhor explicados por outra afecção mental (distúrbio do humor, distúrbio de ansiedade, distúrbio dissociativo ou distúrbio de personalidade).

Quanto ao TDAH do tipo misto, a criança apresenta uma desatenção evidente, sendo acompanhada de uma hiperatividade e impulsividade também evidentes.

É importante que os profissionais fiquem bastante atentos, pois podemos observar uma criança que não apresenta indícios maiores de hiperatividade e/ou impulsividade, mas cuja atenção é bastante deficitária sem que sua inteligência esteja afetada.

Há que diferenciarmos também crianças que vêm de famílias bastante desorganizadas, traumáticas e repressoras e que podem apresentar desatenção e pouca produção acadêmica.



Nesses casos, não só a origem dos problemas é diferente, como também a conduta pedagógico-terapêutica.

EPIDEMIOLOGIA

Vários estudos transculturais - realizados nos Estados Unidos, na Alemanha, na Nova Zelândia e em Uganda - mostraram que a hiperatividade não representa um produto da civilização ocidental, pois ela é observada em todos os países do mundo e os sintomas do TDAH são aparentemente independentes do tempo e da cultura.

Na literatura encontramos dados de prevalência, exclusivamente referentes à amostragem entre crianças que frequentam a escola. Nos Estados Unidos são indicados 3 a 15% e na Alemanha cerca de 9% da população escolar.

Esse transtorno é muito mais frequente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino de 4:1 a 9:1. Essas oscilações são resultantes tanto de problemas de classificação como de definições de casos escolares estudados a partir de pesquisas particulares. No Brasil, não temos conhecimento de nenhum levantamento sistemático realizado sobre esse transtorno.

ETIOLOGIA

Não se conhecem ainda as causas do TDAH. Na maioria dos casos, não se observam evidências de amplas lesões estruturais ou doenças no sistema nervoso central. Relacionamos, a seguir, as principais hipóteses associadas a esse transtorno.

Existe a suposição da ocorrência de um distúrbio da função do cérebro na primeira infância provocado por uma lesão pré, peri ou pós-natal no sistema nervoso central. Esta poderia ter sido causada por problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos etc., por estresse ou por problemas físicos no cérebro causados por infecção, inflamação e traumatismos. Muitas vezes, são sinais bem sutis e subclínicos.

Porém, não estamos certos ainda da total validade dessa correlação, visto que os fatores de risco estão presentes em outros distúrbios diferentes, além do fato de que nem todas as crianças portadoras desse transtorno são vítimas desses fatores de risco.

Os mecanismos exatos pelos quais se desenvolve um transtorno de várias funções dos centros nervosos são ainda desconhecidos. Os eletroencefalogramas (EEGs) e as imagens por ressonância magnética (IRMs) ou as tomografias computadorizadas (TCs) não reconhecem ainda os indícios para diagnósticos específicos, ou seja, para a identificação do transtorno.

Com a suposição de uma causa orgânica, foi identificada uma série de anomalias físicas, chamadas MINOR, que podem ser observadas em crianças com TDAH.

Por meio de experiências clínicas com uso de estimulantes (anfetaminas, entre outros) ou drogas tricíclicas (como, por exemplo, a desipramina), são obtidos resultados terapêuticos evidentes em crianças hiperativas. Por isso, existe a hipótese que nesse transtorno há uma ação desequilibrada dos centros excitatórios e inibidores do sistema nervoso central, causada por distúrbios no metabolismo de aminoácidos e dos neurotransmissores: noradrenalina, serotonina e dopamina.

Na realidade, não existem evidências claras que impliquem um único neurotransmissor no desenvolvimento do TDAH, pois muitos neurotransmissores podem estar envolvidos no processo.

Investigações com familiares e gêmeos de crianças com TDAH indicaram uma alta correlação entre o transtorno e fatores hereditários. No caso de famílias com mais de um hiperativo, foram encontrados alcoolismo e distúrbios sociopatas nos pais e distúrbios históricos nas mães. Em consequência disso, é suposta aqui uma sucessão poligenética.

Outros estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de transtornos do humor e de ansiedade, transtorno da aprendizagem, transtornos relacionados a substâncias e transtorno da personalidade antissocial nos membros das famílias de indivíduos com o TDAH.

A partir de observações de casos clínicos isolados, há alguns anos, nos países anglo-americanos, discute-se a possibilidade de que esse transtorno seja causado por determinados ingredientes presentes nos alimentos. Muitos estudos ocupam-se com os efeitos de Sali cítricos e de fosfatos na alimentação, dentre eles a Liga Anti-Phosfato, uma organização não governamental sediada em Hamburgo, na Alemanha.

Essa organização faz experimentos, há vários anos, com crianças com TDAH usando a dieta livre de fosfato. De acordo com os relatos e materiais informativos (folders e boletins) divulgados pelos profissionais que nela atuam, os resultados são bastante promissores, apesar de essa dieta ter se mostrado eficaz somente no caso de certas crianças e sob certas condições.

PROGNÓSTICO

O TDAH é geralmente diagnosticado quando a criança começa a frequentar a escola, ainda que os sintomas já estejam presentes antes disso. Os principais sintomas podem persistir na adolescência e até na vida adulta. É comum, em alguns casos, observar uma remissão na puberdade, sendo ainda mais frequente na juventude.

Esse fato pode permitir uma vida adolescente ou adulta mais produtiva, relacionamentos interpessoais gratificantes e poucas sequelas significativas. A maioria das pessoas, entretanto, apresentam uma remissão somente parcial e podem ficar bastante vulneráveis ao distúrbio da personalidade antissocial e a outros distúrbios da personalidade e do humor.

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb, em cerca de 15 a 20% dos casos, os sintomas persistem na vida adulta. Ainda que a hiperatividade sofra uma melhora, os indivíduos podem apresentar impulsividade, estando propensos a acidentes. Pode ser observado também que suas famílias, normalmente, estão estruturadas de uma forma caótica.

TRATAMENTO

Atualmente as terapias que apresentam melhores resultados nos casos de TDAH são: as alternativas farmacológicas, a dieta livre de fosfato, a psicoterapia e a medicina comportamental, os treinos de autoinstrução e a orientação para pais e professores.

ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS

Os fármacos para o tratamento das pessoas com TDAH podem ser divididos em três grupos:

- Psicoestimulantes (anfetamínicos, metilfenidatos e pemolinos);
- Neurolépticos;
- Antidepressivos tricíclicos.

Especialmente no tratamento com estimulantes, o controle motor e a capacidade de atenção podem ser positivamente influenciados. Entretanto, a medicação parece ser útil apenas nos casos em que a manifestação do transtorno tem como sintomas cardeais a impulsividade, a inquietação motora e os distúrbios de atenção.

Nas formas do transtorno nas quais predominam um comportamento antissocial ou agressivo ou distúrbios de capacidade parcializada, esses grupos farmacológicos não são indicados, devido ao seu efeito insuficiente e à possibilidade de efeitos colaterais.

DIETA LIVRE DE FOSFATO

Com base nos princípios já citados nas hipóteses etiológicas, em que consideramos os fosfatos alimentícios, os ingredientes artificiais de sabor, os conservantes e os corantes nos alimentos como fatores reforçadores desses transtornos, são elaborados planos de dieta livre dessas substâncias.

É possível observar em vários casos - principalmente quando se trata de crianças que mantêm um nível de inteligência e capacidades acadêmicas dentro dos padrões da normalidade - uma melhora significativa tanto no comportamento quanto na organização da escrita e da leitura por parte dos pacientes que se valem daquela dieta.

Contudo, os resultados dessas pesquisas e experiências não são suficientes para a comprovação das hipóteses, uma vez que, em outros casos, esse procedimento não tem demonstrado efeito algum.

PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL

Fundamentado e orientado nos princípios da teoria behaviorista de reforço, os indivíduos submetidos à terapia comportamental são "recompensados" regularmente, quando permanecem realizando uma atividade por um determinado período de tempo (que, inicialmente, pode ser limitado e, posteriormente, sucessivamente aumentado).

A recompensa realiza-se com atitudes carinhosas, afetuosas, acompanhadas de elogios. De maneira semelhante, outras formas de comportamento, como controle motor, podem ser reforçadas sistematicamente, integrando, desse modo, o repertório de comportamento dos pacientes. O objetivo central dessa modalidade é treinar o indivíduo a exercer um controle sobre os seus próprios comportamentos.

TREINOS DE AUTO-INSTRUÇÃO

O treino de autoinstrução, uma adaptação do modelo proposto por Meichenbaum, é executado em três etapas:

- A criança observa o pedagogo ou o professor realizando determinado trabalho, com calma e concentração (por exemplo, fazendo um desenho), comentando em voz alta suas atividades ("eu pinto agora devagar esse canto");
- A criança é solicitada para efetuar a tarefa observada e verbalizá-la em voz alta da mesma maneira que o (a) professor (a);
- As autoinstruções faladas em voz alta são substituídas por tonalidade de voz cada vez mais reduzida, até que a criança seja capaz de estruturar sua atividade verbal em nível de pensamento.

ORIENTAÇÃO A PAIS E PROFESSORES

A orientação voltada à família, assim como as técnicas de modificação de comportamento são sempre necessárias. A estruturação do ambiente, a organização do ciclo circadiano (das 24 horas do dia) e a educação com limites podem ajudar a diminuir o nível de ansiedade e desorganização da pessoa com TDAH.



Sendo assim, os pais, os professores e os profissionais da saúde mental devem estabelecer uma estrutura de relacionamento organizada, previsível de recompensa e punições. Os familiares precisam ser orientados no sentido de compreender que a permissividade, a compaixão e a falta de limites não são úteis para a criança, a qual não se beneficia em nada por ser dispensada das exigências, expectativas e planejamentos da vida diária como os de qualquer outro indivíduo.

Esses procedimentos são especialmente adequados para contribuir com o desenvolvimento do potencial de atenção e concentração, pois estimulam a melhora geral dos resultados, diminuindo o grau de sofrimento tanto da criança como das pessoas que convivem com ela no dia-a-dia.

Por vezes, os pais deparam-se com momentos de angústia e indecisão diante de uma criança tão pequena, mas que é capaz de paralisá-los. Com frequência, a rotina familiar, que deveria ser prazerosa, torna-se tensa e conflituosa. Embora não existam receitas milagrosas, algumas reflexões a respeito do manejo das situações podem ser bastante úteis no sentido de aliviar a tensão. A definição do diagnóstico é importante, porque favorece a busca de melhor organização do contexto e a compreensão do comportamento apresentado pela criança.

A família precisa estar consciente de que as dificuldades enfrentadas pela criança não existem por sua livre vontade ou porque é ruim ou teimosa, mas sim porque o TDAH leva a criança a agir diferentemente do esperado. É importante compreender os problemas sociais, escolares e familiares que ela enfrenta e estar disposta a auxiliá-la. Sempre que possível, os pais devem tentar colocar-se no lugar da criança, procurando perceber como ela está se sentindo quando não consegue corresponder às expectativas de todos.

Os pais necessitam estabelecer prioridades, evitando que seja cobrado tudo que se espera da criança de uma única vez. Se ela for "atacada" por todos os lados, irá reagir intensificando os sintomas. O seu comportamento hiperativo e impulsivo força muitas vezes os pais a reagirem de forma rápida e impensada. Mas é fundamental que eles exercitem a observação e o treino do pensar antes de agir.

Se a família falar sobre o assunto sempre que a situação extrapolar o suportável, achará mais facilmente a melhor forma de ação, além de o comprometimento de todos ser fonte de alívio e apoio necessário para o cotidiano. Frente a cada dificuldade da criança, os pais devem pensar na melhor alternativa de atuação, de forma a prevalecer o bom senso.

Quando as estratégias são estabelecidas a partir das prioridades levantadas, os pais devem ser persistentes, mantendo-as independentemente do ambiente. Se desistem em um tempo curto, confundem a criança. Às vezes, os pais conseguem manejar bem a impulsividade dela em casa, mas atrapalham-se quando o sintoma aparece em ambiente estranho. Além disso, pais e mães devem proceder de forma similar; o contrário tem sido um problema frequente e crucial.

A experiência clínica com crianças e adolescentes com TDAH tem indicado claramente que elas precisam, mais que as outras, de reforço constante, para que os comportamentos esperados predominem. Aliás, elas respondem melhor ao reforço positivo do que às estratégias punitivas. O reforço positivo aumenta a auto-estima, fornecendo maiores subsídios para modificação dos comportamentos indesejáveis. Portanto, frente a um comportamento inadequado, os adultos devem evitar grandes estardalhaços, manifestando apenas firmemente o desagrado em relação à atitude indesejada. Em contrapartida, o reforço dos comportamentos adequados deve ser priorizado.

A organização da rotina familiar é muito importante, pois as crianças com TDAH tendem a agir melhor em ambientes estruturados, constantes e previsíveis. Desse modo, o preparo para qualquer mudança que quebre essa rotina é necessário.

Outro ponto que requer atenção são os irmãos, os quais podem ser grandes aliados dos pais na busca pela harmonia familiar. Os irmãos podem ficar sensibilizados e apresentar sintomas que muitas vezes não são identificados prontamente pelos pais, que, por isso, devem sempre estar atentos, procurando distribuir a atenção e evitar cobranças excessivas. Em algumas situações, os irmãos levam algum tempo para compreender as situações ou os comportamentos diferentes do irmão com TDAH. Nesse caso, devem ser considerados o tempo necessário e a individualidade de cada um.

Levando em conta as adaptações e as modificações que a família precisa fazer, quando tem um filho com TDAH, atestamos que a busca de orientação profissional especializada é recomendada. Se confiarem somente na intuição, os pais podem ficar confusos, o que faz com que os conflitos familiares aumentem, assim como os sintomas em todos os seus componentes.

É importante estabelecer relações entre as principais dificuldades por que passa a família de uma criança com TDAH e as ideias que enfocaremos sobre o aluno com TDAH.

O PROFESSOR E A ROTINA DO ALUNO COM TDAH

Um dos grandes desafios para a família da criança com TDAH é a escolha da escola que ela deverá frequentar. Muitas vezes a instituição é receptiva, quer aceitar o aluno com TDAH, mas isso não é suficiente. A escola precisa ter uma filosofia inclusiva que acolha e aceite a diferença com flexibilidade, para que seja capaz de organizar e executar mudanças necessárias para atender à singularidade do aluno.

O professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental do aluno com TDAH. O vínculo de crédito e confiança que se estabelece na díade professor-aluno pode fazer grande diferença.

O professor, antes de ser um profissional, é uma pessoa, com uma história de vida que precisa ser entendida e respeitada. É possível que nem todos tenham a disponibilidade necessária para trabalhar com alunos com TDAH, o que passa a ser um problema quando a escola impõe o aluno ao professor. Os professores precisam ser orientados permanentemente, para que possam desenvolver suas competências e realizar um bom trabalho, assim como a família o faz.

Rohde e Benczik, oportunamente, consideram: "Reconhecemos a complexidade e a dificuldade do trabalho do professor em sala de aula. Você tem vários alunos para atender e ensinar e não somente a criança com TDAH em questão." As observações dos autores evidenciam que o professor não tem uma tarefa fácil, considerando-se o tempo que a criança passa na escola e o número de regras de que esse sistema necessita para que esteja organizado e favoreça o aprendizado.

O professor precisa demonstrar à criança que entende suas dificuldades e que pode ajudá-la. Além da compreensão, a aceitação do aluno pelo docente é um caminho para que ele se sinta acolhido, em meio aos seus limites e possibilidades.

O professor também deve estar atento a algumas de suas características pessoais, como a intensidade da própria voz. As modificações do tom de voz podem chamar a atenção da criança para a atividade e, se houver criatividade, manter a atenção do aluno por um tempo maior. Isso porque crianças com TDAH gostam de novidades e uma das maneiras de envolvê-las é realizar variações no trabalho pedagógico.



A escola deve procurar conversar com a família frequentemente, se possível diariamente pois isso, além de aumentar o vínculo de confiança, faz baixar a ansiedade dos pais. Outro ponto positivo dessa atitude é que por meio dela se evita o contato com os pais só para falar das dificuldades e dos insucessos que a criança tenha vivido na escola.

Há necessidade de constante empenho de todos os envolvidos e a verificação das reais condições para atuar com crianças que apresentam TDAH. Rohde e Benczik salientam que existem algumas características que podem ajudar ou dificultar o trabalho. Segundo os autores, se o professor for autoritário, intolerante e rígido, às vezes acabará valorizando somente as necessidades acadêmicas do aluno ao focalizar apenas a produção de tarefas, tornando-se, assim, impaciente com ele pelo fato de não conseguir corresponder às suas expectativas. Se for demasiadamente crítico, frustrará rapidamente o aluno; se for pessimista, desanimado e infeliz, com tendência a ter uma visão categórica de todo mau comportamento e das tarefas inacabadas como proposital e por desconsideração a ele, não conseguirá estabelecer um bom relacionamento com a criança. Os autores ainda destacam os profissionais impulsivos, temperamentais, como os que teriam grande dificuldade em realizar um bom trabalho.

Como a tarefa do professor que vai trabalhar com TDAH é muito complexa, seu perfil deve ser o de uma pessoa empática, disposta, criativa, tolerante e flexível às adaptações necessárias.

É fundamental que o professor de um aluno com TDAH elabore um planejamento pedagógico que atenda às necessidades dessa criança.

UNIDADE VII

TRANSTORNO DE CONDUTA (TC)

O transtorno de conduta (TC) é caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de mau comportamento, desafiador e, muitas vezes, contrário às regras de convivência social, na qual os direitos mais básicos e a privacidade dos outros são violados.

De acordo com o DSM-IV-TR™, as pessoas com o transtorno de conduta apresentam:

- Conduta agressiva causadora ou propensa a causar lesões corporais a outras pessoas ou a animais;
- Conduta não agressiva que causa perdas ou danos ao patrimônio;
- Defraudação ou furto;
- Sérias violações de regras.

Ainda de acordo com o DSM-IV-TR™, essas pessoas podem exibir um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação; iniciar lutas corporais frequentes; fazer uso de arma que possa causar séria lesão corporal (por ex., "bater carteira", arrancar bolsa, extorsão ou assalto à mão armada); ou forçar alguém a manter atividade sexual consigo (...).

A destruição deliberada do patrimônio alheio é um aspecto característico deste transtorno, podendo incluir a provocação deliberada de incêndios com a intenção de causar sérios danos (...) ou a destruição deliberada do patrimônio de outras maneiras (por ex., quebrar vidros de automóveis, praticar atos de vandalismo na escola).

Mentir, não cumprir com os compromissos ou promessas, furtar objetos de valor ou falsificar documentos são outros comportamentos frequentes, além de faltar à escola com frequência e sem justificativas.

Esse transtorno é diferente das travessuras infantis ou da rebeldia comum na adolescência, pois devemos considerar que esses comportamentos vão se modificando ao longo das experiências da vida, ao passo que o transtorno de conduta é persistente por pelo menos seis meses e de forma intensiva.



Os indivíduos com esse transtorno podem ter pouca empatia e preocupação pelos sentimentos, desejos e bem-estar alheios, percebendo mal as intenções dos outros e interpretando-as como hostis e ameaçadoras do seu equilíbrio. Assim, costumam responder a essas situações agressivamente e sempre têm justificativas para tais comportamentos.

Eles eventualmente delatam com facilidade seus colegas e tentam colocar a culpa em outras pessoas, quando cometem algum ato inadequado. Normalmente a autoestima é bem baixa, embora possam aparentar uma imagem de "fortão" e "durão". Além de uma baixa tolerância à frustração, irritabilidade, acessos de raiva e imprudências, os índices de acidentes entre esses indivíduos parecem ser maiores do que em indivíduos que não têm o transtorno.

O transtorno de conduta está frequentemente associado ao início precoce de atividade sexual e ao consumo de álcool e outras substâncias ilícitas. O rendimento escolar, especialmente da leitura e de outras habilidades verbais, está sempre abaixo do nível esperado, o que faz gerar também um possível diagnóstico adicional de dificuldades de aprendizagem ou transtorno de comunicação.

Ainda que possamos observar alguns casos com início aos 5 e 6 anos, o transtorno de conduta aparece, normalmente, no final da segunda infância (10-11 anos) ou no início da adolescência. Os sintomas podem apresentar uma remissão na fase adulta, porém, quando isso não acontece, os indivíduos têm um diagnóstico de transtorno da personalidade de antissocial. Os casos com início na adolescência e com sintomas mais leves e em menor número, por vezes, conseguem um ajustamento familiar, social e profissional, quando atingem a fase adulta. O início precoce pode predizer um pior prognóstico e um risco bem maior de uma vida adulta mais traumática.

EPIDEMIOLOGIA

Cerca de 8% dos meninos de 10 e 11 anos em áreas urbanas e aproximadamente 4% das crianças em áreas rurais apresentam comportamentos descritos na seção anterior. A maior ocorrência é entre meninos, numa proporção de 4 para 1 a 12 para 1, de acordo com a orientação teórica e metodológica que o pesquisador usa.

O transtorno de conduta é mais comum em filhos de pais com problemas de relacionamento social e dependência de álcool do que na população em geral e está também significativamente relacionado a fatores socioeconômicos, ou seja, quanto maiores forem as

dificuldades econômicas e sociais de uma família, maiores serão as possibilidades de ter filhos com esse transtorno.

Esse tipo de perturbação está também intrinsecamente relacionado com comportamento disruptível e criminoso na fase adulta. De acordo com Holmes, o comportamento agressivo na infância é o melhor preditor da incidência de agressões posteriores. Muitas crianças com esse transtorno terminam como criminosos quando adultos, ainda que nem todos os criminosos tenham diagnóstico de transtorno de conduta quando crianças.

Os meninos com esse transtorno frequentemente brigam, furtam, praticam vandalismo e apresentam muitos problemas de disciplina na escola, enquanto que as meninas mostram maior tendência a mentir, gazear aulas, fugir, fazer uso de drogas e prostituir-se. Nelas o comportamento de confronto não é usual.

ETIOLOGIA

Até hoje não é conhecida uma causa capaz de explicar o transtorno de conduta. A hipótese é que uma variedade de fatores biopsicossociais contribuem para o seu desenvolvimento. Alguns problemas familiares podem concorrer também para o desenvolvimento desse transtorno: métodos falhos de educação, lares desfeitos, negligência, sociopatia, dependência de álcool, abusos de substâncias químicas, tensões, brigas etc.

Filhos de famílias que convivem sob esses tipos de pressão psicológica e social frequentemente desenvolvem uma baixa tolerância à frustração. É possível observar uma tendência à debilidade no desenvolvimento da autoafirmação das crianças, quando os pais se mostram vulneráveis e fracos na conduta educacional, além de uma desmotivação e desorientação para seguir normas sociais.

Filhos que estão expostos à violência por longos períodos apresentam maior predisposição para desenvolver comportamentos agressivos, físicos e verbais. Eles demonstram maiores dificuldades na verbalização de seus sentimentos e ideais e podem reagir com agressividade imediata, até a uma situação mal interpretada, razão pela qual estão sempre violando os direitos alheios.

Ainda de acordo com Kaplan, estudos recentes sugerem que muitos pais de crianças com transtorno de conduta sofrem de uma série de problemas psicopatológicos, que incluem psicoses.

Pais e irmãos com transtorno da personalidade antissocial, diagnóstico de transtorno de conduta, dependência alcoólica, transtorno do humor, esquizofrenia e outros problemas de comportamento são agentes reforçadores para uma criança desenvolver também o transtorno de conduta.

Entre crianças e adolescentes com esse diagnóstico, mais que em outros grupos da mesma faixa etária, há uma incidência maior de transtornos mentais. Também o uso de substâncias psicoativas é mais elevado entre os adolescentes que têm irmão com o transtorno.

Sob o ponto de vista neurobiológico, em algumas crianças com transtorno de conduta foi constatado que possuem um baixo nível de dopamina- α -hidroxilase plasmática, uma enzima que converte dopamina em noradrenalina (que são neurotransmissores), e por isso o comportamento da pessoa é modificado.

Foi observado em alguns jovens um nível sanguíneo aumentado de serotonina, que também é um neurotransmissor (5HT), o que poderia estar relacionado com agressividade e violência. Esses achados podem explicar, em parte, uma certa "insensibilidade" de pessoas com o transtorno, considerando que a serotonina e a dopamina- α -hidroxilase desempenham um papel importante na inibição de respostas possíveis de punição, ou seja, uma pessoa aprende a não dar uma resposta inadequada porque é punida. Quando ela tem um nível baixo de liberação das substâncias acima mencionadas, essa sensibilidade diminui.

Uma outra substância muito importante que poderia estar relacionada aos comportamentos agressivos é a testosterona, um hormônio masculino. Pessoas com altos níveis de testosterona são mais agressivas e mais dominantes socialmente do que outras. O que não se consegue até hoje explicar é a origem desses desarranjos químicos. Já ficou comprovado que situações prolongadas de estresse podem influenciar nos níveis de serotonina e testosterona.

Por outro lado, esses desequilíbrios químicos têm também uma origem genética. Filhos biológicos de pais com transtorno de conduta apresentam grandes probabilidades de terem também o transtorno, mesmo quando eles são educados por pais adotivos que não são acometidos por esse distúrbio.

TRATAMENTO

A literatura da área não faz referência a tratamentos que proporcionem respostas muito satisfatórias, porém os melhores resultados são, em geral, obtidos quando usados recursos familiares e comunitários, assim como uma atenção interdisciplinar (psicologia, terapia ocupacional, esportes etc.). No entanto, como nenhum desses recursos pode ser considerado curativo, é preciso assegurar uma atenção especializada e intensiva durante a fase da adolescência e da juventude dos indivíduos com transtorno de conduta.

Um acompanhamento familiar que busque uma estrutura organizacional e social pode ser um grande fator de melhoria dos problemas. A instalação de regras e consequências consistentes e a aprendizagem dos pais no manejo de técnicas comportamentais podem também auxiliar na diminuição dos problemas.

O condicionamento operante, que é uma técnica comportamental, tem demonstrado um sucesso considerável na atenção a pessoas com esse transtorno, principalmente em sala de aula, onde o objetivo central é reforçar os comportamentos adequados ou desejáveis.

A ilustração de uma situação concreta pode ajudar na compreensão desse procedimento: uma professora procura modificar o comportamento de seus alunos de uma certa turma de primário, com baixo nível socioeconômico, difícil de controlar durante grande parte do tempo. Até então ela usava, como tentativa de controle da turma, gritos, repreensão e ameaças e, por outro lado, fazia pouco uso de comentários positivos.

Foi-lhe solicitado, então, fazer três coisas:

- Estabelecer regras explícitas do que ela espera exatamente de seus alunos, lembrando-os sempre que necessário;
- Ignorar todas as formas de comportamento que interferem na aprendizagem, a menos que um aluno esteja sendo agredido por outro, quando então ela pode usar a punição que julgar apropriada - esses procedimentos devem ser previamente esclarecidos com os seus alunos, quando possível, para que eles possam saber sobre as consequências de um determinado comportamento agressivo;
- Elogiar e dar atenção a todas as formas de comportamento que facilitem a aprendizagem, principalmente nos comportamentos sociais, como, por exemplo, obediência às regras estabelecidas pelo próprio grupo, cordialidade e ajuda aos outros colegas.



Se um aluno atrapalha uma aula inteira, a professora pode, por exemplo, reforçá-lo com esquema de fichas a cada dez minutos que ele conseguir ficar bem. Depois que o comportamento se estabilizar por um período de tempo, ela pode aumentá-lo para 15 minutos e assim sucessivamente, até que ele consiga estar bem por um longo tempo.

Esse e outros tipos de procedimentos comportamentais podem - e devem - ser usados também em casa. Quando os pais são bem orientados no sentido de reforçar os comportamentos adequados de seus filhos e, na medida do possível, ignorar os inadequados, aumenta a probabilidade de uma estabilização da criança.

Excessos de punições associados a pouco reforço positivo para comportamentos adequados podem gerar outros problemas de comportamento. O contrário também é verdadeiro: negligência e reforços positivos em demasia, mesmo quando a criança apresenta algum comportamento inadequado, podem trazer um desequilíbrio para a criança e, com isso, um desarranjo comportamental.

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb, "Os contextos escolares também podem usar técnicas comportamentais para a promoção de um comportamento socialmente aceitável para com os colegas e para o desencorajamento de incidentes antissociais velados."

A psicoterapia individual orientada para a melhoria das habilidades de resolução de problemas pode ser útil, já que as crianças com transtorno de conduta eventualmente têm um padrão duradouro de respostas mal adaptativas às situações da vida diária.

A idade na qual o tratamento inicia é importante, já que, quanto mais tempo esses comportamentos permanecem, mais enraizados eles se tornam.

Sob o ponto de vista farmacológico, as substâncias antipsicóticas, como, por exemplo, o haloperidol e a risperidona, podem apresentar alguns resultados satisfatórios. Em alguns casos, a carbamazepina, assim como o lítio e a clonidina, também apresentam algum benefício.

Entendemos que, quando a família é extremamente desorganizada, caótica e desestruturada ou após uma série de iniciativas sem resultados, a criança deve ser removida de sua casa por um determinado período de tempo.

De acordo com Hack et al., o transtorno de conduta caracteriza-se por comportamentos inadequados em que a violação ao direito e à privacidade dos outros ocorre concomitantemente às travessuras e rebeldias anormais para a faixa etária da criança ou do adolescente.

O quadro torna-se mais evidente quando se percebe que tais comportamentos não são acompanhados por qualquer sentimento de culpa ou arrependimento. Desse modo, o indivíduo é identificado como insensível com os demais, demonstra preocupação apenas com seu próprio prazer e possui baixa tolerância às frustrações (fato pelo qual se irrita muito facilmente), tornando-se temperamental, agressivo e cruel com as pessoas em geral e até mesmo consigo em relação aos problemas cotidianos.

Na medida em que a psiquiatria e a psicologia tratam do problema como uma patologia, ressaltando suas características funcionais e as possíveis relações com traumas e alterações do sistema nervoso central, possibilitam que essas pessoas continuem agindo de maneira inconsequente, trazendo aos outros uma série de prejuízos, e tornando-se, ainda, isentas de culpa. Por outro lado, não oferecem alternativas de tratamentos eficientes ou mesmo a cura.

Essa impotência da ciência conduz a algumas reflexões inevitáveis: a pessoa que se enquadra nos critérios diagnósticos do transtorno de conduta dever ser responsabilizada pelo que faz? As implicações desse transtorno só dizem respeito à medicina ou também envolvem aspectos morais?

UNIDADE VIII

TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO (TDO)

Ainda dentro dos transtornos de comportamento disruptivo podemos observar um grupo de crianças que apresentam um padrão persistente de comportamentos negativistas, desafiadores e hostis, principalmente frente às autoridades (pais, tios, avós, professores etc.). Uma situação típica pode exemplificar esse transtorno: um aluno dentro de uma sala de aula olha para a professora e para a porta de saída. Se a professora diz "fique dentro da sala, não saia", ele sai correndo; se a professora diz "sente-se", ele se levanta; se ela diz "fique de pé", ele se senta...

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb, essas crianças ficam frequentemente irritadas, são rancorosas e facilmente aborrecidas pelos outros, além de apresentar um descontrole emocional e teimosia persistente. Elas desafiam ativamente solicitações ou regras impostas por adultos, tendem sempre a discutir com eles, perturbam os outros deliberadamente e recusam a fazer o que lhes é dito.

Normalmente, não se consideram opositivas ou desafiadoras, mas justificam seus comportamentos como uma resposta a circunstâncias que lhes parecem irracionais. Elas se diferem das que têm transtorno de conduta quando, em vez de "fazer frente", ou seja, ser contra os outros, são ativamente resistentes aos outros.

Para que seja feito um diagnóstico do transtorno desafiador opositivo, é necessária, de acordo com o DSM-IV-TR, a apresentação de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos:

...descontrole emocional, discutir com adultos, desafio ativo ou recusa a obedecer a solicitações ou regras dos adultos, deliberadamente fazer coisas com intuito de aborrecer outras pessoas, responsabilizar os outros por seus próprios erros ou mau comportamento, ser suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros, mostrar-se enraivecido e ressentido, ou ser rancoroso ou vingativo.

Assim como nos transtornos de conduta, esse diagnóstico só pode ser feito se esses comportamentos citados não se referirem a um transtorno maior, ou seja, se eles não forem parte de um quadro, por exemplo, de psicose ou, até mesmo, de um transtorno de conduta corretamente diagnosticado.

Alguns estudos sugerem que entre 2% a 16% das crianças em idade escolar apresentam o transtorno desafiador opositivo.

Porém, algumas peculiaridades são específicas desse transtorno, como, por exemplo: o início se dá por volta dos 8 anos de idade e, apesar de ser mais frequente em meninos do que em meninas antes da puberdade, essa proporção vai se igualar depois dessa fase, ou seja, observa-se uma mesma proporção de meninos e meninas com o transtorno desafiador opositivo a partir dos 14-15 anos.

Ele parece ser um antecedente evolutivo do transtorno de conduta, ou seja, quando este não é bem diagnosticado e tratado com bons resultados, algumas crianças podem desenvolver o transtorno desafiador opositivo. Segundo Kaplan, Sadock e Grebb, várias dessas crianças vêm de famílias cujas mães são controladoras e deprimidas e os pais, passivo-agressivos. Ao que parece, em muitos casos, crianças com esse transtorno eram filhos indesejados.

Sobre as alternativas pedagógico-terapêuticas para a convivência diária com essas crianças, há bastante semelhança com as apresentadas para os outros transtornos de comportamento disruptivo.

Os terapeutas comportamentais indicam que os melhores resultados podem ser obtidos quando é realizada uma orientação familiar, com o objetivo de modificar sua postura com os filhos, principalmente para ficarem mais atentos aos comportamentos adequados e reforçá-los, tentando desencorajar os comportamentos desafiadores. Ou seja, é mais indicado reforçar seletivamente os comportamentos adequados e, na medida do possível, ignorar, ou não reforçar, os comportamentos inadequados.

UNIDADE IX

A PERSONALIDADE E SEUS TRANSTORNOS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os transtornos da personalidade são transtornos psíquicos. Isso supõe, em princípio, que tais transtornos afetam as faculdades psíquicas do ser humano, isto é, aquelas faculdades envolvidas nos processos cognoscitivos, ou porque elas próprias são faculdades cognitivas, ou porque os atos afetados por esses transtornos dependem de forma indireta dessas faculdades, como, por exemplo, os atos e processos afetivos no caso da depressão. No entanto, isso precisa ser entendido em seus termos exatos.

A personalidade é o peculiar jeito de ser e de se comportar de um indivíduo. Esse jeito de ser e de se comportar é o que nos distingue uns dos outros, mesmo pertencendo à mesma espécie. Por pertencer à mesma espécie, há, por baixo desse jeito de ser e de se comportar diferente, outro jeito de ser e de se comportar que é idêntico em todos - por exemplo, a posse da inteligência e o seu exercício com base em algumas estruturas lógicas comuns.

Pois bem, a personalidade não é esse último jeito de ser, mas o anterior, e emerge do peculiar uso que fazemos de nossas faculdades em íntima dependência com nosso organismo e com os estímulos do meio ambiente que atuam em nós por meio dele.

A personalidade é o jeito peculiar de ser de um indivíduo que surge nele pela interferência de muitos fatores, conforme acabamos de indicar: o uso ou exercício de suas faculdades, os hábitos nascidos desse uso ou exercício, a herança e a constituição física, os fatores ambientais que atuam por meio do organismo, etc.

O uso ou exercício das faculdades se mostra, efetivamente, em íntima dependência com o organismo, pois é o organismo que serve de suporte e instrumento (*órganon*) para ele, tanto para atuar como para reproduzir os estímulos do meio ambiente, sem os quais essas faculdades não poderiam sair de seu estado de potencialidade originária.

Todavia, o organismo pode estar doente, alterado, mutilado ou destruído em alguma de suas partes - por exemplo, quem nasce sem um olho ou quem o perde totalmente em um acidente, é míope ou tem catarata, etc.

É evidente que a faculdade correspondente, o sentido da visão, ou não pode se desenvolver, isto é, não pode entrar em exercício, ou esse exercício é deficiente ou distorcido.

O "transtorno orgânico" do olho é, então, a causa disso que começamos a chamar de "transtorno psíquico" ou transtorno da visão (conhecimento visual).

No material acontece o mesmo: a mão não é a energia que exercemos por meio dela para levantar pesos. A energia ou força física é outra coisa; não está somente na mão, mas em todo o corpo. Se num dado momento não podemos exercê-la, talvez isso aconteça porque a mão não foi estimulada ou treinada, ou porque está total ou parcialmente mutilada ou paralisada.

Em qualquer caso, a origem da deficiência é orgânica. Isso é o que acontece com as faculdades. Seu exercício por estar impedido ou diminuído, mas isso não depende delas, mas do organismo no qual estão e do qual depende seu exercício.

Tal fato acontece dessa forma até mesmo no caso das faculdades superiores, como, por exemplo, a inteligência. Sobre isso é conveniente lembrar que não são apenas os neurônios cerebrais os responsáveis pelo uso ou exercício deficiente que em alguns casos fazemos dela, mas o organismo inteiro, pois, como dizia Unamuno, "pensamos com toda a alma e com todo o corpo".

Isso não implica que a origem última dos transtornos da personalidade derivados do uso ou exercício deficiente de nossas faculdades seja sempre o organismo; pois, no caso inverso, este pode ser ferido ou alterado por causas de natureza psíquica - por exemplo, quem sofre uma lesão cardíaca ou cerebral em virtude de uma vivência profunda ou traumatizante, como o sofrimento pela morte de uma pessoa querida ou pela perda do emprego que era a única fonte de renda para uma família numerosa.

Em qualquer caso, é preciso contar com a deficiência orgânica para explicar a existência e natureza dos transtornos psíquicos. Isso vai frontalmente contra as opiniões de muitos autores atuais tidas como verdadeiras, mas há evidências suficientes para afirmar que é, sim, dessa forma.

Talvez seja isso que esteja abalando os psiquiatras, que já começam a colocar em dúvida as diferenças até hoje admitidas entre neurose e psicose, segundo as quais as psicoses tinham em sua base uma lesão orgânica, enquanto as neuroses careciam dela. Parece mais razoável admitir que a lesão orgânica se encontra presente como origem em todas as doenças e transtornos psíquicos, mas o fato é que a ciência moderna não conta com

meios eficazes para detectar esses transtornos orgânicos que podem afetar o cérebro ou outra parte do organismo.

Na verdade, em virtude das mais recentes descobertas científicas, as causas dos transtornos psíquicos estão sendo transferidas para a neurologia, da neurologia para a genética, e desta para a química.

A causa adequada dos transtornos psíquicos é, em sua maioria, de natureza química, e o problema se concentra agora nas funções exercidas pelos neurotransmissores, que, como sabemos, são dessa natureza. Nesse sentido, já é bem conhecida a ação da dopamina, da noradrenalina, da serotonina e de outras substâncias transmissoras nas esquizofrenias, nas depressões e nas manias, por sua ação direta sobre o sistema nervoso central, ação que pode ser neutralizada pelos neurolépticos.

São precisamente os fatores bioquímicos que tornam possível a exibição dos traços genéticos e a ação indireta do meio sobre eles para a formação do fenótipo. Também é bem conhecida a ação do mono-oxidase, que diminui a atividade das plaquetas nesses mesmos doentes; a ação da dopamina sobre os receptores pós-sinápticos nos transtornos de paranoia e nas alucinações; a ação das endorfinas nas sinapses dopaminérgicas, etc.

A importância das estruturas neurológicas passou a um segundo plano. No entanto, também nesse caso existem correlações significativas entre as anomalias fisiológicas e os transtornos psíquicos: alterações na reatividade própria das funções do sistema autônomo, sensibilidade nula ou reduzida em certas partes da pele que afetam a aquisição da informação, inibições musculares ou orgânicas de etiologia duvidosa, ritmos irregulares detectados pelo encefalograma, deterioração celular do núcleo talâmico mediodorsal, atrofias cerebrais em áreas "comprometidas", diminuição ou falta de circulação sanguínea (por exemplo, no lóbulo frontal), diminuição do metabolismo da glicose, etc. Todos esses transtornos fisiológicos caminham com evidentes alterações da vida psíquica, principalmente nos transtornos relacionados com os delírios, a paranoia, a esquizofrenia, as alucinações, etc.

Se o exercício de nossas faculdades é impedido ou alterado, a personalidade também é alterada, isto é, o jeito de ser individual (não o específico) e o jeito individual de se comportar. Por isso mesmo, tanto na prevenção como no tratamento dessas doenças ou simples transtornos, os fatores orgânicos que lhes dão origem devem ser considerados, pois, de acordo com o aforismo clássico, se a causa for eliminada, o efeito será automaticamente

eliminado. No entanto, a aplicação desse aforismo, em psicologia e psiquiatria, tem muitas limitações.

Isso não implica um desprezo ou desvalorização dos tratamentos psíquicos, de jeito algum. Apenas queremos dizer que os tratamentos psíquicos são efetivos somente na medida em que sua ação, mesmo sendo psíquica, pode ser exercida sobre o funcionamento do organismo para corrigir suas deficiências. A ação do psicólogo, portanto, é uma ação indireta.

OS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: NOÇÃO, CATEGORIAS, CAUSAS, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

A Associação Americana de Psicologia (APA) (*DSM-III*) agrupa os transtornos da personalidade em torno de três grandes núcleos:

- a) o núcleo dos sujeitos estranhos ou extravagantes cujos transtornos são os próprios do esquizoide, do esquizotípico e do paranoide;
- b) o núcleo dos sujeitos imaturos cujos transtornos são o histrionismo, o narcisismo, a conduta antissocial e a situação limite;
- c) o núcleo dos sujeitos medrosos cujos transtornos são a evitação, a dependência, a compulsão e a passividade- agressividade.

Evidentemente esses não são os únicos transtornos da personalidade. Existem outros que também a afetam de uma forma profunda, embora sua ação seja indireta, como, por exemplo, a depressão. Por isso mesmo, independentemente das classificações oficiais da AAP e da Organização Mundial da Saúde (OMS), vamos estudar esses transtornos incluindo aqueles que muitos autores consideram importantes, sobretudo pela incidência que têm do ponto de vista da educação.

A despersonalização

Noção

Vallejo Nágera chama esse transtorno de "vivência da dissolução do Eu" ou "vivência da destruição da personalidade". O sintoma subjetivo experimentado pelo próprio sujeito é a sensação de "não ser ele mesmo" ou "não ser Eu". Por essa razão, o efeito imediato é a "descontinuidade" do ser e da existência ou a ruptura do próprio ser psíquico.

É o caso do indivíduo que se acha esquisito ou estranho, como se a partir do exterior o tivessem mudado, como se não se reconhece em sua própria conduta, como se fossem outros que tivessem agido por meio de sua pessoa, utilizando à vontade seu organismo, sem que ele possa proibi-lo ou controlá-lo.

Esse "ver-se como outro" implica uma espécie de alienação (de *alius*: outro). Na primeira fase se acha diferente, mas não outro; por isso a estranheza diante de si mesmo.

Na segunda fase já há uma parte da vida que não reconhece como sua, tanto se ela se referir à vida privada como à vida familiar, profissional, etc.

Em uma terceira fase a alienação é total, e o sujeito não pode se reconhecer em nenhum de seus atos.

Quando isso acontece, surge outro fato importante. Na realidade, a vida psíquica é impossível sem uma identidade, pois ela é o ponto de referência. Se não é capaz de se identificar consigo mesmo, começa a se identificar com outra pessoa, com um animal, com uma coisa, com um fenômeno da natureza.

Como consequência disso, existem alguns que tomam a identidade do pai; de um personagem da história (por exemplo, Napoleão, Jesus Cristo, Deus); de um artista de cinema que costuma ser seu ídolo; a identidade de um touro, um leão ou uma cobra; de um raio, etc. A despersonalização quase sempre se volta para alguém ou algo que tem a significação de poder ou de prestígio. Por isso mesmo é possível pensar que a despersonalização tem em sua base um complexo de inferioridade, que se pretende superar assumindo outra personalidade.

Transtornos semelhantes à despersonalização e, em parte, ligados a ela são:

- a) Os transtornos do esquema corporal, que consistem na incapacidade para identificar o próprio corpo ou uma parte dele. Isso pode acontecer pela percepção de algum elemento estranho ou uma parte que já não tem (o membro fantasma), por agnosia ou desconhecimento de uma parte do corpo (o hemiplégico que ignora a parte ferida), pela sensação de não possuir a parte ou o membro que realmente possui (aquele que diz que não tem esqueleto), pelo descolamento (o paraplégico que sente como se sua perna estivesse guardada há muito tempo na geladeira), pelas alterações nos limites do organismo (aquele que sente como se não possuísse pele e tivesse uma continuidade física e fisiológica com algum de seus familiares), pelas alterações da cenestesia ou assimbolia à dor (aqueles que acham que à noite tiram seu sangue), pelas

deficiências de autovalorização (aquele que acredita ser um gigante sendo um indivíduo extremamente fraco), etc.

b) Da mesma maneira outros transtornos se parecem com a despersonalização, como a desorientação apática, a desorientação amnésica, a desorientação lacunar, a desorientação alucinatória, a desorientação delirante, a desorientação por obnubilação e a desorientação confusional.

A despersonalização aparece em casos de esgotamento, na puberdade, na psicastenia, na histeria, na esquizofrenia e na síndrome *borderline*, que é o limite entre a neurose e a psicose.

Os fenômenos que a acompanham são muitos. Destacando-se a hiperatividade da memória (salvo nos casos lacunares), o estreitamento do campo da consciência, a fatigabilidade, a perda de espontaneidade dos movimentos, a experiência de conduta automática, a perplexidade, a sensação de descontentamento, a prosopagnosia ou incapacidade de reconhecer seus familiares, etc.

Classificação

As categorias da despersonalização, na opinião de alguns psiquiatras, são três: a própria dos **doentes orgânicos**, a dos **neuróticos** e a dos **psicóticos**, pois a despersonalização é um transtorno parcial genérico que faz parte e determina outros transtornos mais concretos.

Diagnóstico

Os sintomas que devem ser levados em conta para o diagnóstico são todos aqueles que recolhemos nos itens anteriores, sobretudo os que se referem às carências em relação à própria identidade do Eu e à do próprio corpo.

Estratégias

As estratégias para sair dessa situação são as próprias dos transtornos que servem de base para a despersonalização, como os orgânicos, as neuroses e as psicoses. No entanto, tanto o sujeito como seus familiares devem pôr em ação todos os meios a seu alcance para combater a apatia, a negligência, a distração, a fadiga, as alterações digestivas, os ambientes agressivos e de estresse, etc.

A depressão e a mania Noção

Os psicólogos e os psiquiatras entendem que a depressão é um estado afetivo que se caracteriza pela tristeza profunda, desproporcional em comparação com as circunstâncias que rodeiam os sujeitos e acompanhada de pensamentos dolorosos e pessimistas.

Com frequência, esse estado afeta negativamente a atividade em geral (ciclotimia), a alimentação e o sono. A marca fundamental é a tristeza. No entanto, distingue-se da tristeza pelo fato de que seu objeto é, com frequência, indeterminado ou inexistente; algo que surge do fundo endotímico do inconsciente e é percebido de uma maneira extremamente confusa. Por toda essa tristeza e consternação do estado afetivo, antigamente era conhecida como melancolia".

Se esse estado afetivo não é de tristeza, mas de alegria injustificada, de euforia e de satisfação desproporcional, então temos a **mania**.

A incidência da depressão é muito grande: calcula-se que afeta de 10 a 20% da população. Entre os que têm transtornos psíquicos, a incidência é superior a 50%. A depressão que atinge os extremos de tristeza e desespero pode levar ao suicídio.

Em íntima relação com as depressões está outro transtorno conhecido como **melancolia regressiva**. Na realidade, é um tipo de psicose depressiva que é sintomática de uma das fases da vida feminina, o climatério. No homem ela ocorre a partir dessa mesma idade, mas o risco é menor, e continua até os 65 anos. Também pode aparecer em sujeitos de ambos os sexos na puberdade em virtude das mudanças profundas que ocorrem no organismo.

Os traços principais da melancolia regressiva são os seguintes:

- a) Depressão com todas as suas consequências: tristeza, ansiedade, baixo autoconceito, etc.;
- b) Inibição e bloqueio das funções psíquicas superiores e dos mecanismos afetivos (estupor);
- c) Risco de suicídio. Esse último traço é o que transforma tal transtorno em uma afecção grave do sujeito.

Esse transtorno pode surgir em outros momentos ou fases da vida, como, por exemplo, na puberdade, conforme acabamos de indicar, devido às mudanças profundas pelas quais passa o organismo. No entanto, os efeitos e as causas não são os mesmos. Quando a



mulher está próxima do climatério, muitos autores creem que as causas mais prováveis são as mudanças físicas e fisiológicas e as insuficiências hormonais.

Contudo, a causa mais provável é a propensão que essas pessoas têm para a depressão. Essa propensão aparece diante da nova situação: mudanças físicas com notável perda das qualidades estéticas, perda da capacidade sexual para a fecundidade, independência dos filhos já maiores seguida por uma sensação de solidão e abandono, carência de sentido para a vida (objetivos já cumpridos), isolamento, etc.

Tal propensão aparece também por outras razões: trabalho e ausência do marido, alteração ou transformação das manifestações afetivas do casal, novos interesses ou novas atitudes diante da vida social e familiar, das inovações culturais, da situação econômica, das formas de vida, das situações políticas, etc.

Classificação

Deixando de lado a melancolia regressiva, as categorias de depressão são muitas, mas os psiquiatras destacam seis delas:

- a) A **depressão endógena**, que nasce do interior do indivíduo e se caracteriza pela ausência de estimulação ou causa física (não há doença do organismo) ou psíquica reconhecível (não há objeto externo desencadeante);
- b) A **depressão exógena**, que aparece como reação a uma causa física interna ou externa (doença cerebral, lesão de setores neuroniais, arteriosclerose ou outro fator ou agente externo, por exemplo: um fracasso acadêmico, a perda de um filho, etc.);
- c) A **depressão mista** ou **bipolar**, que é a alternância de estados de depressão e mania em ciclos que se estendem ao longo da vida (psicoses maníaco-depressivas);
- d) A **depressão hipocondríaca**, provocada pela sensação mais ou menos permanente de estar doente sem causa que justifique;
- e) A **depressão nervosa**, que acompanha as crises nervosas e caminha junto com emoções intensas e com sintomas agudos;
- f) A **depressão regressiva** (própria dos sujeitos de idade avançada) ou climática (própria das mulheres dessa idade);

- g) A **depressão reativa** (a exógena), que obedece a causas externas e surge como reação a elas (aquele que perde um filho e reage com uma depressão aguda, isolando-se da sociedade);
- h) A **depressão farmacogênica**, produzida pela ingestão de psicotrópicos inibidores da atividade.

Causas

Como fatores ou causas desencadeantes os psiquiatras consideram os seguintes:

- a) Os genes (a correlação é notável entre pais e filhos);
- b) Outros fatores biológicos como, por exemplo, o ritmo do sono, as alterações pré-menstruais e pré-climatéricas;
- c) O sexo (mais frequentes nas mulheres);
- d) A idade (os processos unipolares aparecem mais cedo);
- e) A doença física;
- f) A classe social (os transtornos bipolares são mais frequentes nas classes altas que os não-bipolares);
- g) A cultura;
- h) A religião (menor incidência nas religiões cristã e judaica, sobretudo quanto ao risco de suicídio);
- i) O trabalho excessivo e o estresse;
- j) As estações do ano (mais frequentes na primavera e outono); etc.

A depressão adquirida reativa, que afeta muitos de nossos estudantes, sofre influência de muitos fatores: perda do objeto de amor desejado (pais, namorado, amigo, ídolo ou líder); perda do estado de bem-estar (segurança e comodidade, por exemplo, o órfão ou a criança abandonada); pouca ou relação ruim entre os pais (o filho de pais separados); fracassos na vida familiar, profissional ou acadêmica; expectativas legítimas não cumpridas, etc.



Diagnóstico

Os sintomas que facilitam o diagnóstico são, da mesma maneira, bem variados:

- a) **Manifestações somáticas:** cansaço, insônia ou sono fragmentado, pesadelos, anorexia, prisão de ventre, cefaleias, dores abdominais e das costas, diminuição da libido (anedonia), ciclotimia ou perda da atividade chegando, às vezes, ao estupor, abulia, apatia;
- b) **Manifestações cognitivas:** dificuldade de atenção e concentração, cansaço psíquico, perda da agilidade mental, incapacidade para separar alguns pensamentos de outros e para isolá-los dos problemas vitais, imagens e lembranças tristes, pensamentos infelizes;
- c) **Manifestações afetivas:** tristeza, angústia, desconsolo, vontade de chorar ou choro fácil (às vezes, impossibilidade de chorar), alívio quando chora, anestesia afetiva, insensibilidade, dúvida obsessiva, ansiedade, irritabilidade, agressividade contra as pessoas de que mais gosta ou contra si mesmo, sentimento de culpa, mudanças bruscas de humor sem motivo, projeção sobre os demais de seus próprios sentimentos e problemas, pensamentos tristes e melancólicos, anedonia diante do sexo, da alimentação, do sono e da companhia dos demais; condutas autodestrutivas dissimuladas (alcoolismo, dependência de drogas, tabagismo, bulimia, etc.);
- d) **Manifestações tendenciais endotímicas:** apatia, falta de vontade, falta de vitalidade, negligência, abatimento, indiferença ou tédio para trabalhos simples, supervalorização do esforço de uma tarefa qualquer (tudo é difícil), perda de vivacidade e interesse, ausência de vontade de se distrair, etc.;
- e) **Manifestações proprioceptivas:** autonegação, autodesprezo ou desvalorização, sentimento de desventura, autoacusação, descontentamento, insatisfação constante, auto exigência extrema, perfeccionismo, indignação, solidão e, ao mesmo tempo, fuga ou evitação da companhia dos demais, etc.;
- f) **Efeitos fisiológicos:** astenia, perda de peso, cefaleias, amenorreia, secura na boca, palpitações, prisão de ventre, transpiração, etc.

Estratégias

As estratégias a serem seguidas no tratamento das depressões dependem de sua natureza. No entanto, parece que os psiquiatras classificam essas estratégias em três grupos:

- a) **Terapia biológica** (à base de fármacos antidepressivos),
- b) **Psicoterapia** (individual, familiar e de grupo);
- c) **Técnicas de modificação de conduta.**

Acreditamos que tratar o sujeito que sofre desses transtornos com uma terapia biológica à base de antidepressivos é necessário e insubstituível. No entanto, sozinha, essa terapia é insuficiente. As técnicas psicológicas, em virtude do interesse especial que têm para essa disciplina, merecem consideração à parte.

De fato, depois de melhorar as variáveis biológicas (alimentação, sono, saúde), ambientais (relações familiares e sociais) e profissionais (evitação da fadiga, do cansaço e do estresse em geral) parece que a prática mais efetiva é a das técnicas de relaxamento físico e mental. Para tanto, nada melhor do que a ajuda de um psicólogo clínico bem formado e a utilização de programas especializados que hoje podem ser realizados em domicílio com vídeos ou cd's para uso doméstico.

Por outro lado, outras técnicas de relaxamento, como a ioga, costumam dar bons resultados. Entre as técnicas psicoterápicas não podem faltar aquelas para melhorar o autoconceito e a autoestima, que fazem o sujeito se valorizar de uma maneira realista.

O psicoterapeuta deve estar atento ao nível de aspirações do sujeito, para que não fique acima de suas possibilidades reais. Deve se esforçar, também, para fazer com que o sujeito veja que os valores positivos que possui são tão importantes ou inclusive superiores aos valores negativos que ele considera de forma exclusiva.

Também existem programas como esses para terapias cognitivas, da conduta, interpessoais, de grupo, de casal, etc. Esses programas não são excludentes, eles se complementam.

As neuroses

Noção

A neurose é um transtorno genérico, e dentro dela podem ser classificados outros transtornos mais específicos, como a ansiedade, as fobias, a histeria, a hipocondria, as ob-

sessões/ compulsões e algumas depressões. O *CID-10* dá a esse transtorno o nome de "neurastenia", com o qual esse tipo de transtorno vinha sendo designado.

O referente genérico das neuroses é a existência de sintomas psíquicos incômodos, penosos, que criam obstáculos para a vida normal, como conflitos e lutas pulsionais, falta de controle da vida afetiva e instintiva, desajuste entre os desejos e as normas da consciência, imagem ruim de si mesmo, sentimento de inferioridade e insegurança, sentimento de culpa e autopunição, frustrações diante da incapacidade para resolver os conflitos, ansiedade, etc.

No entanto, o paciente mantém intacto o nível de consciência, o julgamento da realidade e o raciocínio. É por isso mesmo que os sujeitos afetados pela neurose não são doentes mentais. Por outro lado, para que um transtorno possa ser considerado neurose, é preciso que seja intenso e frequente, que o sujeito perceba a existência desse transtorno, que não se tenha conhecimento de lesão orgânica determinante e que o comportamento não seja antissocial, embora a relação com os demais esteja um pouco alterada.

Os efeitos externos derivados da existência desses fatores internos são bem variados:

- a) **Em relação a si próprios:** rigidez (sempre as mesmas pautas de conduta sem dar lugar a novos estímulos que perturbem a pouca segurança que possuem), emprego abusivo e sistemático de mecanismos de defesa (repressão, fantasia, sublimação, desvio, racionalização, projeção, identificação, introjeção, conversão, regressão, punição, anulação, formação reativa, contestação, isolamento), sugestibilidade, desorganização e pobreza das respostas motoras, pobre controle postural, nível irregular de aspirações, bom rendimento em tempos de reação simples, mas baixo em tempos de reações complexas, por sua incapacidade para níveis baixos de excitação, etc.;
- b) **Em relação aos demais:** pouca naturalidade, atitudes defensivas, pouca fluidez, mecanismos de proteção, baixo rendimento.

Por serem transtornos menores bem diversos em quantidade e qualidade, mesmo os indivíduos normais podem tê-los. Por isso a incidência é muito alta: mais de 80% sofreram ou sofrem de forma assídua de algum transtorno relacionado com a neurose. Esses transtornos também são comuns nas crianças.

Felizmente, hoje são considerados situações ou incidências normais da vida real, e, geralmente, os pacientes não encontram maiores dificuldades para comentar sobre eles com seus pais ou consultar o psicólogo, o psiquiatra, o orientador da escola, o tutor, o professor, etc.

Classificação

Por ser um transtorno genérico, é necessário classificar os transtornos menores ou mais simples contidos neles:

- a) **Neurose de angústia**, quando o traço predominante é a ansiedade ou a angústia, e o sujeito não tem capacidade para suportá-las;
- b) **Neurose neurastênica**, que é a do entediado ou desiludido, o descontente consigo mesmo e com os demais, com excitações nervosas frequentes, fadigabilidade, esgotamento físico e psíquico, intolerância emotiva, fraqueza, dificuldades para manter a atenção, astenia, insônia, magreza, prisão de ventre ou outras doenças gástricas, deficiências na cenestesia, etc.;
- c) **Neurose obsessivo-compulsiva**, com ideias incômodas que não pode ignorar e comportamentos indesejados que não pode deixar de realizar como se ordens ou comandos absurdos, patológicos e anormais emanassem de sua consciência;
- d) **Neurose de histeria**, com movimentos teatrais próprios da histeria, mas sem perda da consciência;
- e) **Neurose depressiva**, parecida com a neurose de angústia, acompanhada de estados de tristeza profunda, angústia e pensamentos dolorosos, pessimistas, cuja presença enfraquece ou inibe a atividade motora;
- f) **Neurose hipocondríaca**, que é a daquele que se sente doente de uma maneira contínua e sem causa que justifique;
- g) **Neurose fóbica**, que surge do medo irracional ou infundado por um objeto real, porém, desproporcional em relação ao medo que se experimenta.

Causas

As causas mais prováveis das neuroses são as seguintes: a herança e a constituição somática (sobretudo nos casos de angústia e das obsessões), labilidade do sistema neurovegetativo, esgotamento, estresse, intoxicações, infecções, fatores ambientais de tensão



física e psíquica desencadeantes de respostas de reação ou inibição anormais, deficiências nas regiões corticais diencefálicas, déficit funcional de energia ou tensão psicofisiológica, conflitos no histórico infantil, respostas aprendidas de condutas inadaptativas, etc.

Diagnóstico

Os sintomas principais para um diagnóstico correto são os seguintes: ansiedade ou preocupação anormal, tristeza, falta de ânimo, fadiga, deficiência ou transtornos do sono, irritabilidade, preocupação com a saúde, atitude depressiva ou triste, incapacidade para a atenção e concentração, ideias obsessivas e movimentos compulsivos, fobias, despersonalização, etc.

Estratégias

A norma geral para o tratamento do doente neurótico é que ele queira, possa e saiba. Independentemente dos psicotrópicos, os tratamentos psicoterápicos também são importantes: mudança de atitudes ambientais, relaxamento, sugestão, retomada de forma de vida saudável, técnicas de modificação de conduta e, nos casos concretos, a psicanálise. Aconselha-se iniciar esses tratamentos o mais rápido possível, antes que a neurose se torne crônica.

O narcisismo

Noção

O narcisismo é um transtorno de caráter geralmente leve. Consiste em uma dependência constante e doentia do sujeito em relação à atenção que espera dos demais. Na realidade, ele não espera apenas que os demais se apeguem a ele e o levem em conta, mas exige deles admiração, estranheza, comoção, surpresa, elogio permanente.

Sua obsessão constante se concentra na fama, nos grandes êxitos, nas honras, nas homenagens, nos reconhecimentos públicos, etc., mesmo que esses reconhecimentos sejam somente aparentes e injustificados. Tudo isso é para ele como uma necessidade vital, igual ao alimento. Não pode viver sem. Por essa exigência e por estar convencido de que merece, é cheio de si, pretensioso, arrogante, invejoso, interessado em si mesmo e desinteressado pelos demais, aos quais ignora ou despreza. Sua atitude faz alusão a Narciso, que ficou prisioneiro de sua imagem refletida na água. O narcisista não é um histriônico, apesar dessa

dependência em relação à atenção e consideração dos demais, pois falta a ele esse comportamento caracterizado pela extravagância ou a teatralidade do comportamento.

A conduta se corresponde a esse jeito de ser. A preocupação exclusiva por si mesmo, por seus próprios êxitos, faz com que se encerre em si mesmo, reduzindo consideravelmente os níveis de relacionamentos em sua vida.

Não tem afeto, por isso é incapaz de trabalhar com os demais ou de dar a eles um mínimo de atenção. Esse se voltar para si mesmo afeta não só as relações familiares, sociais e profissionais; também afeta a vida sexual, direcionando a atividade para o prazer consigo mesmo pelo caminho da homossexualidade larvada e o autoerotismo.

Pelos traços que acabamos de mostrar, parece lógico que esse transtorno apresente especial incidência na puberdade. De fato, é isso que acontece, mas na maioria dos casos não constitui transtorno algum e não é preciso preocupar-se com ele. Também pode aparecer em outras fases da vida, ou em outras situações, como, por exemplo, a do filho único. Freud situa o risco entre a fase oral e anal, quando a criança não é capaz de estabelecer distinção entre o Eu e o não-Eu, canalizando toda sua libido para o Eu.

Ele é um verdadeiro transtorno quando o sujeito passa da adolescência e não está apto para controlar, a partir da inteligência, suas necessidades de prazer sexual, suas aspirações, seus relacionamentos com os demais, suas possibilidades físicas e intelectuais reais.

Parece desnecessário dizer que o narcisista secundário, incapaz de estabelecer esses controles, pode ter uma deterioração séria em sua vida familiar, social, profissional e acadêmica. Esse nível injustificado de exigência em relação aos demais pode levá-lo, irremediavelmente, a uma sensação constante de fracasso pessoal. Quanto à vida acadêmica, a criança ou o adolescente narcisista vive prisioneiro da aprovação ou do elogio do professor e de seus colegas, de tal forma que, sem isso, seu rendimento cai notavelmente. Os colegas costumam rejeitá-lo, o que é extremamente doloroso para ele.

Classificação

As categorias do narcisismo são, sobretudo, duas:

- a) Existe um **narcisismo primário**, o da criança que busca seu prazer pessoal diretamente na libido;
- b) Um **narcisismo secundário**, que busca o prazer também em si mesmo, mas depois de ter comprovado que não o encontra nos demais. Esse prazer não é só material ou físico; compreende também outras condutas, como as já des-



critas na busca ou exigência do êxito e da admiração dos demais, pois para ele constituem um autêntico prazer.

Causas

Entre os fatores desencadeantes do narcisismo costuma-se considerar os seguintes: elevado nível de autoconceito (mas injustificado), supervalorização de suas qualidades, incluídas as qualidades físicas (não é incomum que se considere bonito, mesmo que não seja totalmente), educação falha por parte dos pais e dos familiares (elogios constantes e desmerecidos), imaginação exaltada, egoísmo que o leva a se aproveitar dos demais, desconsideração.

No entanto, os psiquiatras suspeitam que, debaixo de tudo isso, há no inconsciente um elevado complexo de inferioridade junto com uma atitude de superficialidade e uma carência ou inversão de valores. Os psiquiatras acrescentam outros fatores: hipertrofia do instinto de conservação, angústia, agressividade, medo de perder o afeto e a admiração dos demais, etc.

Diagnóstico

Os traços que devem ser considerados para um diagnóstico correto são os mesmos mencionados na descrição do quadro narcisista. Para identificar o transtorno psíquico, é preciso considerar o nível de ansiedade que o sujeito experimenta quando não consegue seus objetivos.

Estratégias

As estratégias utilizadas com os sujeitos narcisistas são quase todas de natureza psíquica. Algumas são cognitivas e procuram levar o narcisista a um conceito realista de si próprio e de suas verdadeiras possibilidades em todas as áreas da vida, fazendo com que perceba os demais como realidades, com os mesmos méritos, valores e direitos.

Outras são comportamentais e devem ser realizadas de forma individual por intermédio do condicionamento operante, levando em conta seu instinto de conservação exacerbado, sua angústia e sua agressividade.

As ideias morais e religiosas equilibradas podem servir de apoio considerável para ajudá-lo a se conhecer melhor. Exteriormente, é muito importante a sinceridade dos pais e dos professores na hora de valorizar e recompensar seus méritos.

NOTÍCIA:

TRANSTORNO PREOCUPA PAIS

Jornal Correio Brasiliense – 30/10/2011

Lucas Tolentino



Rafael recebe ajuda da psicopedagoga Francisca Rios. Ela tem uma instituição de acompanhamento educacional de jovens com TDAH

Brasília deve ganhar uma associação de médicos e responsáveis por crianças e adolescentes diagnosticadas com déficit de atenção e hiperatividade. Escolas públicas e privadas têm métodos especiais de atendimentos

Distração, impulsividade e agitação.

Os sintomas de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) podem ocasionar dificuldades de aprendizado. Com o objetivo de evitar problemas futuros, escolas do Distrito Federal têm desenvolvido formas diferentes de atender as particularidades dos alunos com esse diagnóstico.

O desconhecimento a respeito do TDAH, no entanto, ainda é grande e leva pais e médicos a se reunirem na tentativa de discutir o assunto. Eles pretendem montar uma associação de envolvidos com a causa em Brasília.

As dificuldades de concentração trazem à tona a necessidade de adaptação dos centros de ensino. Na rede pública do DF, existem 2,7 mil estudantes com TDAH. Uma comissão de integrantes da Secretaria de Educação elabora, desde abril último, um documento com estratégias pedagógicas para lidar melhor com transtornos funcionais e fazer com que o desenvolvimento dos alunos ocorra de maneira integral. No sistema privado, 10% do total de alunos de cada colégio têm necessidades especiais.

Todos eles frequentam turmas regulares. Para que tenham bom desempenho, em algumas escolas, os portadores de TDAH ganham mais tempo para responder testes ou dispõem de pessoas para lerem os enunciados das questões. Essa é uma das estratégias de um colégio particular no Sudoeste.

“A depender do diagnóstico, o aluno pode ser colocado em uma sala separada para fazer a prova. Nessas horas, os fatores contribuem para aumentar o nervosismo e a ansiedade”, explica Carla Reis, orientadora educacional da instituição.

Em outra escola privada, na Asa Sul, os professores colocam os estudantes com esse diagnóstico para se sentarem em carteiras mais à frente e, em algumas situações, existe a possibilidade de aplicação de provas menores, com questões mais objetivas, para recuperação de notas.

Ana Maria Menezes, orientadora educacional da instituição de ensino, ressalta a importância de dar atenção aos alunos com esse tipo de transtorno. “Existem casos de alunos extremamente dedicados. Em outros, faltam disciplina e uma rotina de estudo. É preciso um acompanhamento para que as dificuldades não resultem em um fracasso escolar”, alerta.

Desconhecimento

A falta de informação e de amparo dos portadores de TDAH levou um grupo de pais e médicos a se mobilizar para mudar a situação. Nos encontros, eles trocam experiências das vivências com os filhos e dialogam com especialistas. A intenção é montar uma entidade no DF dentro dos moldes exigidos pela Associação Brasileira do Déficit de



Atenção (ABDA). “O desconhecimento da população é significativo”, diz a pediatra e psiquiatra Audrey Regina Braga, uma das colaboradoras do movimento.

Mesmo com os exemplos de engajamento, grande parte das escolas do DF não trata o transtorno da forma devida. A interpretação é da psicopedagoga Francisca Rios, proprietária de uma instituição de acompanhamento educacional de jovens com TDAH e outras necessidades. “É um trabalho de equipe em que todos os envolvidos com aquela criança têm de participar. Na medida em que busca diagnóstico, a vida dela começa a mudar”, explica Francisca.

A transformação bateu à porta dos servidores públicos Kátia Santana, 36 anos, e Prates Silva, 36, depois que o sobrinho Rafael Santanta, 8, foi diagnosticado com TDAH. Responsáveis legais pelo garoto, Kátia e Prates afirmam que, há dois anos, ele não conseguiu se adaptar à escola. “Não ficava quieto nem para ver tevê”, cita Kátia. Foi aí que o casal buscou ajuda e descobriu as necessidades educacionais especiais de Rafael. “Ele só vem crescendo. A gente vê isso em notas, no trato com as pessoas”, emenda Prates. Rafael tem vários amigos, presta atenção a todas as aulas e adora as de matemática. Quer ser engenheiro quando ficar adulto. “Tenho vontade de fazer prédios, construções”, diz o garoto.

Genético e neurobiológico

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) surge, normalmente, na infância e acompanha a pessoa por toda a vida. Com caráter genético e de natureza neurobiológica, ele ocorre em quem tem alterações na região frontal do cérebro.

A área é responsável pelo circuito de atenção e tomada de decisões, além de fatores como memória e organização. Nos portadores do TDAH, as substâncias naturais que medeiam essas funções transitam de forma diferente nessa parte do órgão.

A medicação usada nos indivíduos com diagnóstico de TDAH estimula a permanência por mais tempo das substâncias naturais na região frontal do cérebro. Com isso, proporciona uma mudança de comportamento. De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH é reconhecido oficialmente pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em países como os Estados Unidos, os portadores são protegidos por lei quanto a um tratamento diferenciado na escola.

Fique atento

Veja os principais sintomas que podem indicar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):

- » Não ouve quando é chamado e parece estar com a cabeça “no mundo da lua”.
- » Fica com as mãos e os pés inquietos, batuca na mesa, se remexe na cadeira e não consegue ficar sentado por muito tempo.
- » Tem dificuldades em terminar tarefas e seguir instruções. Quando lhe fazem várias perguntas, por exemplo, responde a apenas uma.
- » Responde antes mesmo de ouvir a pergunta até o fim e tem o hábito de interromper conversas de outros ou explicações do professor.
- » Perde, com frequência, material escolar e outros objetos, além de esquecer atividades diárias.
- » É distraído facilmente por outras coisas que não têm relação com o que está fazendo.
- » Costuma ter problemas para organizar tarefas.
- » Reluta em ler textos somente pelo tamanho e em se envolver com outras atividades de esforço mental continuado.
- » Corre em excesso e esbarra com frequência em objetos.
- » Fala alto e não consegue ficar calado em atividades de lazer.
- » Não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido, como fazer atividade em página diferente ou pular questões.
- » Apresenta dificuldades para manter atenção em jogos de xadrez e outras atividades lúdicas.
- » Tem dificuldades em esperar sua vez e obedecer a filas.

Nada mais importante para a nossa existência do que o sentimento de dedicação ao outro, principalmente quando este se encontra em situações de sofrimento.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KANNER, L. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1971.
2. MAHLER, M. As psicoses infantis e outros estudos. In: FACION, J. R. **Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.
3. FACION, J. R. **Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.
4. MAHLER, M. **As psicoses infantis e outros estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
5. TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
6. GAUDERER, Ch. (Org.). **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
7. CID-10. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.
9. ROHDE, L. A.; BENCZIK, E. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
10. CYPEL, S. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade**. São Paulo: Lemos, 2000.
11. HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
12. HACK, L. E. et al. **Transtorno de comportamento disruptivo**. Trabalho apresentado para a disciplina de Psicopatologia, sob a coordenação de J. R. Facion, Curso de Psicologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2003.
13. NETO, Mário R. **Louza. Transtornos da Personalidade**. Ed. Artmed- 2011.