



Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
e Transtornos de Comportamento Disruptivo

José Raimundo Facion



José Raimundo Facion



Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
e Transtornos de Comportamento Disruptivo



2ª edição revista e atualizada

Curitiba
2005



Rua Clara Vendramin, 58
Mossunguê – CEP 81200-170 – Curitiba – PR – Brasil

Coordenação – *Prof.ª Esp. Lindsay Azambuja*

Análise da Informação – *Daniela Del Puente*

Revisão de Texto – *Sandra Regina Klippel*

Capa – *Denis Kaio Tanaami*

Projeto Gráfico e Diagramação – *Raphael Bernadelli*

F141t Facion, José Raimundo
Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento
disruptivo. 2. ed. rev. atual. / José Raimundo Facion. – Curitiba : IBPEX, 2005.
146 p.
ISBN 85-7649-087-0

1. Crianças – Desvio do desenvolvimento – Diagnóstico. 2. Incapacidade
do desenvolvimento. 3. Autismo em crianças. 4. Doenças mentais. I. Título.

CDD 616.89
20. ed.

Informamos que é de inteira responsabilidade do autor a emissão de conceitos.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Editora IbpeX. A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei n. 9.610/98 e punido pelo Artigo 184 do Código Penal.

Agradecimentos



Este livro é fruto de um convite feito pela professora Icléa Rodrigues Guimarães, para que eu ministrasse a disciplina “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e Transtornos de Comportamento Disruptivo” do curso de pós-graduação em Educação Especial Inclusiva, na modalidade de educação a distância da Faculdade Internacional de Curitiba-Facinter. Ao aceitar a proposta deste convite para escrever uma obra referencial para esses temas, achei interessante dotá-lo de uma linguagem simplificada, sem, contudo, perder o enfoque da qualidade do conteúdo, mesmo quando condensado em alguns pontos mais complicados da psicologia e da medicina comportamental.

Várias foram as pessoas que me ajudaram atingir esse objetivo.

Agradeço à Silvane Paula Pietsrzak, minha ex-aluna de psicologia, à Vivian Fátima de Oliveira, minha orientanda que acompanha uma menina com Transtorno Autista, à professora Maria de Fátima Minetto em apoiar e orientar-me quanto ao texto que envolve o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH, à professora Lucia Helena Possari pelo seu trabalho em prol da dialogicidade do livro e que gentilmente fez seu parecer técnico no que tange às reflexões, proposta e às atividades e destaques constantes neste livro. E, finalmente, aos funcionários da Editora Ibpex que, de uma forma muito amável e dedicada, trabalharam na correção, formatação e editoração do texto.



Vários transtornos psicopatológicos e deficiências na infância e adolescência podem manifestar-se, primeiramente, de uma forma bastante sutil, muitas vezes apresentando grandes dificuldades para o avaliador durante a formulação do diagnóstico e para o professor especialista em educação especial. Nesse período, é possível observar que a aquisição de uma série de habilidades, sejam de ordem psicomotora e/ou social, pode ficar comprometida, o que traz sérios prejuízos à vida dessas pessoas. Profissionais das áreas da saúde e da educação podem deparar-se com alguns fenômenos de desenvolvimento e comportamento sem terem tido conhecimentos suficientes que possam lhes garantir uma prestação de serviço mais eficiente e de maior qualidade.

Este livro propõe a abordagem dos transtornos psicológicos, psiquiátricos e/ou neurológicos que, em muitos casos, podem vir associados com o Retardo do Desenvolvimento Neuropsico-motor 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 também um retardo mental. Estaremos tratando aqui, mais especificamente, sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TID (Autismo, Rett, Asperger e Transtorno Desintegrativo da Infância) e os Transtornos de Comportamento Disruptivo (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH e Transtorno de Conduta – TC).

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 a diferença entre os indivíduos como tal, mas as diferenças de manifestações dos sintomas por eles apresentados. 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 uma boa formulação do diagnóstico, torna-se imprescindível a preparação de uma condução terapêutica e educacional mais adequada, assim como processos de ensino-aprendizagem que podem facilitar a busca de autonomia de um indivíduo, com o objetivo de diminuir o grau de sofrimento tanto da pessoa com um transtorno como das que convivem com ela, ou seja, a família e os profissionais.

Ainda que diversas fundamentações teóricas devam ser abordadas num sentido mais amplo de visão de mundo, esta proposta se concentrará mais especificamente numa compreensão dentro da Terapia e Medicina do Comportamento.

Mas o que é a medicina do comportamento? É uma especialidade da psicologia que aborda a saúde de forma global, sem a dissociação corpo/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.

Procurar-se-á então identificar e estabelecer *constructos* diagnósticos e procedimentos comportamentais e educacionais; discutir sobre a importância de saber identificar as principais diferenças entre os diversos tipos de transtornos e suas implicações terapêutico-educacionais; preparar melhor os alunos para um trabalho de maior interação e atuação em equipe interdisciplinar, buscando uma unidade de linguagem; refletir sobre os recentes estudos nas diversas áreas da psicologia, da neurofisiologia, da psicoendocrinologia, da neurociência, da educação; na área social e sugerir algumas ações práticas na convivência diária com as crianças e jovens que têm esses tipos de transtornos na família e na escola.

- Procure recordar “problemas” com que você tenha se deparado no que se refere a comportamento.
- Descreva alguns desses problemas.
- Quais atitudes você tomava?
- Quais são suas expectativas em relação ao que você vai ler neste livro?



PARTE 1 TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO – 15

Introdução – 17

- 1 Transtorno Autista e Psicose na Criança - Histórico – 19
- 2 Transtorno de Rett – 65
- 3 Transtorno de Aspenger – 73
- 4 Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) – 77
- 5 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE) – 81
- 6 Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e seus Diagnósticos Diferenciais – 83

PARTE 2 TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO – 93

Introdução – 95

- 1 Transtorno de Déficit de Atenção /
Hiperatividade (TDAH) – 97
- 2 Transtorno de Conduta (TC) – 123

Referências – 139

Parte



Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
(TID)

Introdução

Pessoas com TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO (TID) apresentam, em comum, prejuízos severos e invasivos nas diversas áreas do desenvolvimento (habilidades de interação social recíproca, de comunicação ou presença de comportamentos e/ou interesses estereotipados – atividades e movimentos repetitivos) e cada um diferencia-se do outro por algumas características individualizadas. Frequentemente estão associadas a outras condições clínicas, como o RETARDO NEUROPSICOMOTOR, que apesar da possível coexistência trata-se de uma condição distinta, sendo necessária uma segunda formulação diagnóstica.

São cinco os subtipos de TID: o Transtorno Autista, o de Rett, o de Asperger, o Desintegrativo da Infância

(TDI) e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE). Vamos iniciar enfocando o Transtorno Autista.

Transtorno Autista e Psicose na Criança – Histórico

Muitas descrições e revisões científicas foram realizadas a respeito dos conceitos de AUTISMO e psicoses 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, destacavam-se a ausência de movimento antecipatório, a falta de aconchego ao colo e alterações na linguagem, como a ecolalia, a 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 características das citadas. O que você fez?

Efetue em seu ambiente de trabalho uma pesquisa para constatar se algum aluno apresenta algum(ns) dos distúrbios citados. Registre-o(s) e descreva-o(s).

Apesar disso, esse grupo ainda mostrava indícios de bom potencial intelectual e os pais das mesmas foram descritos como extremamente intelectualizados e pouco afetuosos. Os critérios levantados para o diagnóstico do autismo infantil concentravam-se no isolamento extremo da criança e na forte insistência obsessiva na preservação de um padrão comportamental.

O autismo descrito por Kanner¹, que o nomeou inicialmente como “distúrbio autístico do contato afetivo”, foi concebido como um distúrbio primário semelhante ao descrito para a esquizofrenia.

¹ KANNER, L. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

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. Ainda que relacionasse a natureza básica do autismo à esquizofrenia infantil, ele distinguia os dois quadros. A esquizofrenia infantil estaria relacionada a casos cujo quadro clínico se configuraria mais tarde, pois trata-se 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 desta desordem.

Mahler² 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

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.

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. Qual é a diferença entre as duas?

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.³

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 Klein⁴, Margareth Mahler⁵ e Frances Tustin⁶, que tomam a psicanálise como eixo central. A psicanálise tem como fundamento o determinismo psíquico, que atribui as causas do

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 KLEIN, M. **Contribuições à psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

⁵ MAHLER, M. **As psicoses infantis e outros estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

⁶ TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

comportamento anormal à esfera psíquica e tem 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 indicações de psicoterapias para os pais.

Um das primeiras considerações que contradiziam a concepção de que o autismo seria uma psicose surgiu de Ritvo⁷, pois o autismo, segundo ele, está sempre relacionado com um déficit cognitivo, que causaria, assim, o distúrbio no desenvolvimento.

E 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 Gauderer⁸, esta é uma desordem comportamental e emocional, devido a algum

⁷ RITVO, E. R. **Autism diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum Publications Inc., 1976.

⁸ GAUDERER, Ch. (Org.). **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

tipo de comprometimento orgânico cerebral e não de origem psicogênica. Ele define, entre suas características, uma diminuição do ritmo do desenvolvimento psiconeurológico, social e lingüístico, 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 Ricks⁹ 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 Gould¹⁰ realizaram um estudo de natureza epidemiológica que 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 – substituídas pelos comportamentos repetitivos.

⁹ WING, L.; RICKS, D. M. The etiology of childhood autism: criticism of Tiberger's ethological theory. **Psychological Medical**, London, 1976.

¹⁰ WING, L.; GOULD, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, v. 9, p. 11-29, 1979.

Uma contribuição teórica bastante importante realizada por Wing¹¹ 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 associado a prejuízos de outras funções psicológicas, pressupõe a idéia do que a autora chama de *continuun* ou *spectrum*. Essa idéia está relacionada à existência de alterações comportamentais que se apresentam em graus variados de tipo e severidade, podendo muitas vezes estarem combinadas com outros prejuízos observados na criança. Isso tem refletido uma modificação importante ao longo dos anos, uma vez que 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.

Volte ao texto e relacione autor/concepção/sintomas.

Em que se assemelham e diferem as teorias abordadas? Crie para você um quadro de referências.

¹¹ WING, L. The continuum of Autistic characteristics. In: SCHOPLER, E.; BESIMOV, G. B. (Eds.). **Diagnosis and assesment in Autism**. New York: Plenum Press, 1988.

Nos anos 1980 o foco voltou-se para o desenvolvimento cognitivo, visando responder se o autismo estaria relacionado apenas a estes déficits ou a outros afetivo-sociais (Frith¹², Baron-Cohen et al¹³ e Facion¹⁴). De acordo com os referidos autores, as crianças com o TRANSTORNO AUTISTA, quando necessitam atribuir estados intencionais aos outros, apresentariam grandes dificuldades, por terem um déficit específico na sua teoria da mente.

A TEORIA DA MENTE é concebida como a capacidade de atribuir estados mentais, crenças, desejos, conhecimentos e pensamentos a outras pessoas e prever o comportamento das mesmas em função dessas atribuições.

¹² FRITH, U. A new perspective in research on Autism. In: ARAPIS (Eds.). **Contributions à la recherche scientifique sur autism**: aspects cognitifs. Paris: Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles, 1984.

¹³ BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. Does the autistic child have a theory of mind? **Cognition**, New York, v. 21, n. 37, p. 37-46, Oct.1985.

¹⁴ FACION, J. R. **Zum Verständnis autoaggressiver Handlungen aus der Sicht der Informations-verarbeitung und deren therapeutischen Implikationen**. Münster, Kinder und Jugend-psychiatrische Abteilung der Westfälischen Wilhelms, Universität Münster, 1986.

Conforme Wimmer e Perner¹⁵, 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, Dennet¹⁶ 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 desses. Com quatro anos, essas crianças já estabeleceriam a segunda ordem da teoria da mente – “crença sobre crença” –, ou seja, é possível pensar que o outro também pensa ou tem “crença”.

¹⁵ WIMMER, H.; PERNER, J. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. **Cognition**, New York, v. 13, p. 103-128, Medline, 1983.

¹⁶ DENNET, D. Belief about belief. **Behavioural and Brain Sciences**, London, v. 4, p. 568-569, 1978.

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”.

Você tem se relacionado com crianças das idades apontadas? Como você identifica as ações das crianças com as caracterizações apresentadas?

Baron-Cohen¹⁷, Perner, Frith, Leslie e Leekam¹⁸ apresentaram evidências de que crianças com AUTISMO não contam com a TEORIA DA MENTE. Esses autores verificaram que estas crianças falham com mais freqüência 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.

O comprometimento na capacidade da criança para prever o comportamento dos outros é prejudicado por tal *déficit* e por isso o mundo seria percebido pelo autista como bastante ameaçador.

¹⁷ BARON-COHEN, S. Do autistic children have obsession and compulsions? **British Journal of Clinical Psychology**, London, n. 28, p. 193-200, 1989.

¹⁸ PERNER, J. et al. Exploration of the autistic child's theory of mind: Knowledge, belief and communication. **Child Development**, Tokyo, v. 60, p. 688-700, 1989.

O prejuízo em uma TEORIA DA MENTE na criança com AUTISMO, de acordo com Frith¹⁹, 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 dos mesmos ficaria muito reduzida.

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

Retome os autores e suas considerações na fase anterior aos anos 1980; compare-os com os autores dos

¹⁹ FRITH, U. **Explaining the enigma**. Oxford: Blackwell, 1989.

anos 1980 em diante. Na sua opinião, em que diferem e qual a evolução das concepções e abordagens?

1.1 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

O TRANSTORNO AUTISTA apresenta-se como uma desordem no desenvolvimento que se manifesta desde o nascimento, de maneira grave, por toda a vida. Ele 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. Ele é encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica ou social.

Durante as últimas décadas de constante investigação e experiência clínica diária, pudemos observar que os prejuízos inerentes ao Transtorno Autista implicam em enormes dificuldades das pessoas por ele acometidas de lidar com situações corriqueiras do dia-a-dia.

Mas o que é realmente autismo? Essa pergunta não é tão fácil de responder, pois não se conseguiu, até hoje, uma definição e uma delimitação consensual das terminologias sobre ele. 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 uma 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, jogos em grupos, contatos físicos etc. A pessoa com autismo poderá, às

vezes aparecer com um choro sem controle ou pode dar gargalhadas, sorrisos, aparentemente, sem causa. É comum não apresentar medo do perigo (altura ou automóveis se locomovendo), podendo ocorrer movimentos corporais como o “balançar”.

Retome as definições de autismo das páginas 31 e 32 e compare-as com essa última. Em que se complementam?

A capacidade para pensamentos abstratos, jogos imaginativos (faz-de-conta) e simbolização fica severamente prejudicada. A inteligência pode variar muito nesta 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% dessas pessoas podem ter uma inteligência acima da normalidade, definindo o que nós chamamos de **AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMENTO**. No autismo de alto funcionamento, pôde-se notar uma outra forma de mente, estruturada com padrões diferentes dos normais característicos do ser humano. Com isso, entende-se que o indivíduo

participa de um mundo cujos entendimentos são diferentes dos seus, identificados por manobras compensatórias. A utilização dessas manobras deve-se ao intuito de minimizar a dificuldade da interação social e da comunicação desses indivíduos.

As tarefas que requerem memória simples ou habilidade viso-espacial são melhor desenvolvidas se comparadas com aquelas que requerem habilidades lingüísticas e/ou simbólicas.

A 10.^a Classificação Internacional de Doenças – CID-10²⁰ 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-TRTM 21, em sua 4.^a 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

²⁰ CID-10 – Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

²¹ DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

social, comunicação e padrões de comportamento, interesse 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 por essa síndrome, apesar de parecerem admitir uma certa homogeneidade no que se refere a prejuízos no estabelecimento de interações, na linguagem e no comportamento,

²² DSM-IV-TR™, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

podem exibir muitas variações de uma criança para outra. Isso porque se observa que algumas podem até nem desenvolver a linguagem, enquanto outras podem tê-la presente, porém com uso inadequado ou com alguns comprometimentos (ecolalia, por exemplo).

Existem formas mais graves nas quais crianças com autismo podem apresentar comportamento destrutivo, auto-agressão e forte resistência a mudanças. Há ainda crianças com níveis de inteligência mais preservados, nas quais é possível observar determinadas habilidades bastante desenvolvidas, que podem constituir verdadeiros talentos relacionados à sensibilidade musical, habilidades matemáticas, memorização, desenhos e pinturas, dentre outros. Por outro lado, outras crianças podem não apresentar 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 pode contribuir para que se torne mais difícil traçar um perfil único e exclusivo de um transtorno como o autismo. As difi-

culdades parecem tornar-se maiores quando quadros clínicos de outras síndromes muito semelhantes conduzem a certas confusões. A fim de evitá-las, torna-se necessário estar atento 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.

Com as caracterizações feitas até agora, você se considera apto a detectar um comportamento autista?

Se sim, prossiga.

Se não, retome concepções, características e autores. Faça anotações que o possam auxiliar.

1.2 SINTOMAS CARDEAIS PARA O RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO AUTISTA

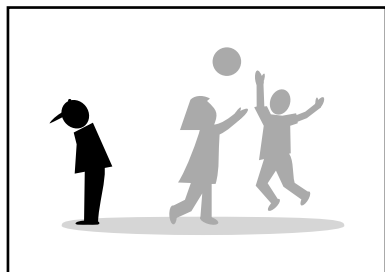
Ainda que o TRANSTORNO AUTISTA possa vir associado a diversos problemas neurológicos e/ou neuroquímicos, não existe ainda nenhum exame específico que possa detectar a sua origem.

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:

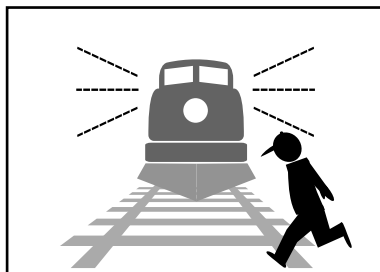
- anormalidades no ritmo do desenvolvimento e na aquisição de habilidades físicas, sociais e de linguagem;
- respostas anormais aos sentidos: o autista pode ter uma combinação qualquer dos sentidos (visão, audição, olfato, equilíbrio, dor e paladar); a maneira como a criança equilibra o seu corpo pode ser também inusitada;
- ausência ou atraso de fala ou de linguagem, embora possam se apresentar 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 destes sintomas de forma persistente e em idade

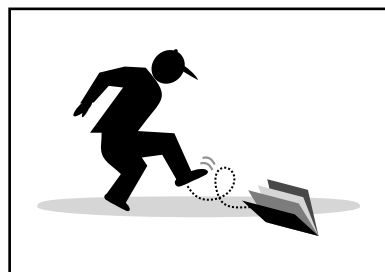
inadequada, pode-se aventar a hipótese de autismo e a família deve ser orientada a buscar um médico especialista.



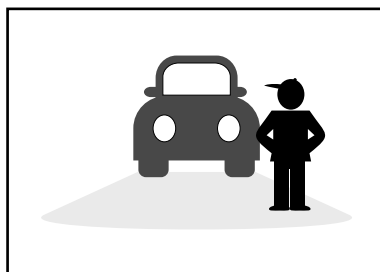
1 Não se mistura com outras crianças



2 Age como se fosse surdo



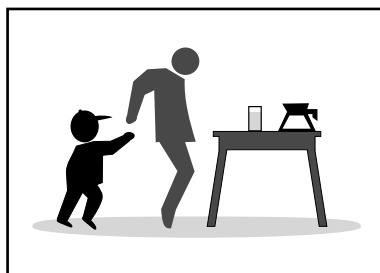
3 Resiste ao aprendizado



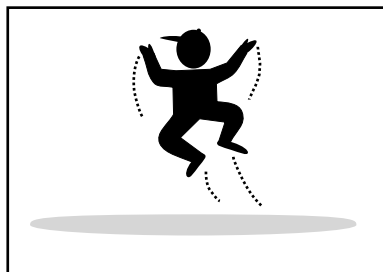
4 Não demonstra medo de perigos reais



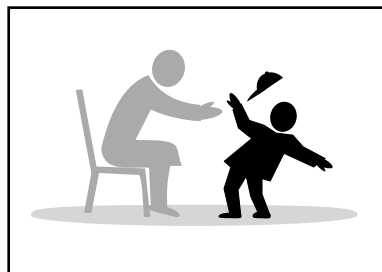
5 Resiste a mudança de rotina



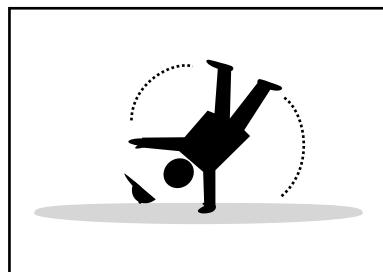
6 Usa as pessoas como ferramentas



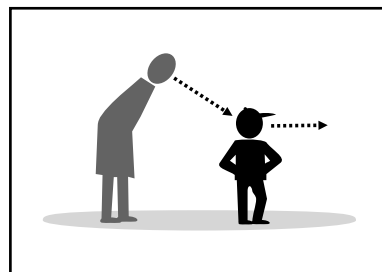
7 Risos e movimentos não apropriados



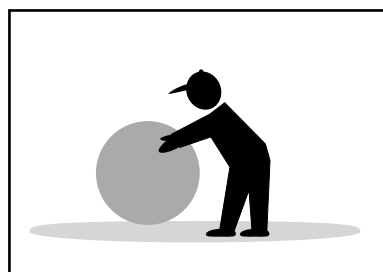
8 Resiste ao contato físico



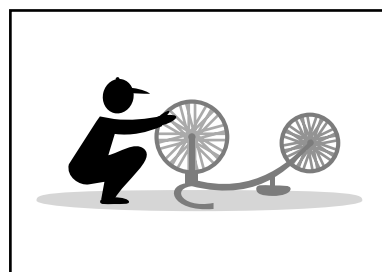
9 Acentuada hiperatividade física



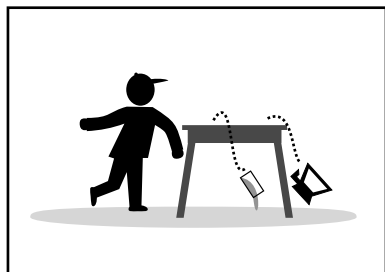
10 Não mantém contato visual



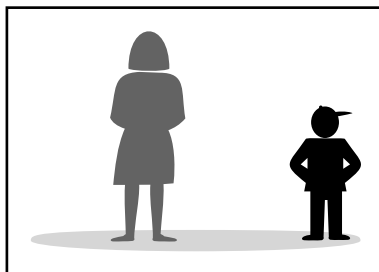
11 Apego não apropriado a objetos



12 Gira objetos de maneira bizarra e peculiar



13 Às vezes é agressivo e destrutivo



14 Modo e comportamento indiferente e arredio

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

1.3 SOBRE A FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Ainda que o TRANSTORNO AUTISTA seja considerado uma desordem que pode envolver comprometimentos de ordem neurológica, 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 fins de compilar um número suficiente de informações que permita esboçar mais seguramente esse quadro clínico. Os exames mais comuns²³ são os que avaliam a capacidade auditiva (audiometria, timpanometria), os que

²³ FACION, J. R. A Síndrome do Autismo e os problemas na formulação do diagnóstico. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**: guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

indicam a possibilidade de presença de tumores, convulsões ou anormalidades cerebrais (eletroencefalogramas, imagens por tomografias computadorizadas e por ressonância magnética).

Buscando-se articular informações obtidas a partir desses exames, é importante avaliar a criança em termos de seu desenvolvimento, de modo a identificar como se apresentam suas habilidades emocionais, sociais, comunicativas e cognitivas através 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. Essas análises deverão ter continuidade no decorrer do tratamento, pois podem ocorrer mudanças que precisarão ser identificadas. A partir dessas informações, será possível estabelecer metas e os objetivos necessários e adequados à criança.

Além desses procedimentos, 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 padronizados, pode-se 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 idade²⁴; o IBSE – Behavioral Summarized Evaluation Scale, escala de observação composta por 19 itens para uso em crianças de seis a 48 meses de idade²⁵; o CHAT – Checklist for Autism in Toddlers, utilizado quando a criança tem por volta de 18 até 36 meses²⁶; o 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 idades²⁷ e o ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised, entrevista padronizada e semi-estruturada que visa identificar desvios qualitativos de atrasos

²⁴ DAHLGREEN, S. O. E.; GILLBERG, C. **Symptoms in the first two years of life: a preliminary population study of infantile autism.** European Archives of Psychiatry and Neurology Sciences, 1989.

²⁵ BARTHÉLÉMY, C. et al. Sensivity and specificity of the behavioral summarized evolution (BSE) for assessment of autistic behaviors. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, 1992.

²⁶ BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the chat. **British Journal of Psychiatry**, London, 1992.

²⁷ SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; RENNER, B. R. **The childhood autism rating scale (CARS), revised.** Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

no desenvolvimento, podendo ser aplicada em crianças a partir dos 18 meses de idade²⁸.

O Catálogo de Características e Sintomas para o Reconhecimento da Síndrome de Autismo de H. E. Kehrer, traduzido por Facion²⁹, pode ser uma alternativa. Ele é composto por uma descrição de 73 sintomas e é apresentado às pessoas que convivem com a criança acometida (pais, professores, terapeutas etc.). Quando uma pessoa apresenta mais de um terço dos sintomas ali descritos, de forma persistente e em idade inadequada, pode-se pensar (e até formular) no 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 considerado 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 aplica-se a 100% dos casos. Cabe ressaltar que foi eliminado o critério da idade da manifestação do transtorno, aceitando-se que uma manifestação possa ocorrer depois de 36 meses. Isso foi

²⁸ LECOUTER, A. et al. Autism diagnostic interview: a standardized investigator based-instrument. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, 1989.

²⁹ FACION, J. R. Catálogo de características para o reconhecimento do Autismo. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

proposto alegando-se que os casos mais graves de autismo se manifestariam mais rápido do que os casos menos graves. Substituiu-se, assim, a denominação AUTISMO INFANTIL por TRANSTORNO AUTISTA.

Que tipo de estratégias você usaria para detectar se uma criança tem autismo?

Você se lembra de alguma pessoa de quem se tem a suspeita de ter autismo? Que sintomas ela apresenta? Esses sintomas seriam suficientes para o diagnóstico desse transtorno?

1.4 HIPÓTESES ETIOLÓGICAS

Existem diferentes modelos etiológicos para o entendimento do Transtorno Autista, no entanto dá-se ênfase a três, que são os relacionados a seguir.

- 1) Ao nascer, a criança apresenta-se mental e fisio logicamente saudável, mas no decorrer da vida ou por má conduta dos pais ou, ainda, por traumas que não foram bem estruturados, bem como outras vivências negativas, ela pode desenvolver autismo.

- 2) A criança nasce com uma predisposição congênita ao autismo, ocasionando o desenvolvimento deste, 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 30.º mês).

1.4.1 DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO DEVIDO TRAUMAS PSICOLÓGICOS

Não há autismo através de privação (isolamento afetivo, social e psicomotor).

A hipótese de que o desenvolvimento do autismo se deva 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 o estudo de Kanner³⁰ sobre o funcionamento de famílias em que há pessoas com o Transtorno Autista.

³⁰ KANNER, L. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

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

Kanner³¹ descreve a personalidade dos pais de crianças com autismo, afirmando serem esses, por exemplo, pouco emotivos e obsessivos. Estudos minuciosamente elaborados sobre as características desses pais não encontraram um perfil típico de personalidade e, sim, uma grande variedade³². Além disso, são encontradas famílias em que há grande cuidado e afeto parental com a criança que tem autismo. Pode-se assim perceber que, mesmo que os fatores externos possam vir a reforçar os sintomas do autismo, esses não formam um fator de origem para a doença.

Como você pôde perceber, é muito importante conhecer a história de vida da criança, assim como a história de vida dos pais.

Em sua atividade, tem sido possível ter acesso a esses dados?

³¹ KANNER, L. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

³² RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. J. (Orgs.). **El tratamiento del Autismo**: nuevas perspectivas. Madrid: IMSERSO, 1997.

Qual você considera que seria a melhor forma de obtê-los e analisá-los?

Teoria de Tinbergen sobre o autismo

De acordo com Tinbergen e Tinbergen³³, o desenvolvimento da criança poderia ser prejudicado devido às experiências e ocorrências pelas quais ela passaria, que poderiam ser ocasionadas mesmo na gestação, durante o parto ou na primeira infância. Um exemplo desse fator na gestação seria uma agressão sofrida quando o feto movimentava-se no interior do útero. Após o parto, é necessário contato imediato com a mãe, pois uma separação, ainda que não leve mais que alguns minutos, pode constituir um prejuízo para o bebê. Outros fatores desencadeantes são: permanência do recém-nascido na incubadora, falta de confiança própria da 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.

³³ TINBERGEN, N.; TINBERGEN, E. A. **Autismus bei Kindern**. Parey: Berlin u. Hamburg, 1984.

Houve argumentos contra as teses de Tinbergen e Tinbergen. Wing e Ricks³⁴ baseiam suas críticas aos referidos autores, considerando a falta de precisão com que os conceitos de autismo e outros transtornos foram empregados em suas hipóteses. Esses críticos enfatizam 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 correlacionado com o autismo. Milhões de crianças que estiveram expostas aos fatores descritos não se tornaram autistas.

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

A relação entre a separação da mãe na primeira infância de seu filho e o aparecimento ou acentuação de sintomas autísticos também vinha sendo considerada. Em alguns casos, a criança não apresentava nenhum sintoma até a experiência de privação. Fallinger³⁵, num estudo com 44 crianças autistas, observou que a separação da mãe nesse grupo havia sido significativamente maior que no grupo de controle (de crianças que não apresentavam o transtorno) e a causa dessas separações, na

³⁴ WING, L.; RICKS, D. M. **The etiology of childhood autism**: criticism of Tinbergen's ethological theory. London: Psychological Med., 1976.

³⁵ FALLINGER, G. **Frühkindliche Trennung bei autistischen Kindern**. Münster: Diss. Med., 1982.

maioria das vezes, dava-se por meio de internações hospitalares, principalmente por causa de doenças do sistema nervoso central. Observou que, nas vivências e separações da mãe e da criança, ocorre uma influência prejudicial frente ao desenvolvimento desta última, porém isso não se constitui em um fator causador do autismo.

Predisposição congênita ao autismo

Dentro da idéia de aspectos genéticos como causa do autismo, têm-se estudado três aspectos: a concentração de pessoas com autismo em uma mesma família; uma série de alterações de familiares próximos ao autista que se assemelham aos comportamentos típicos desse transtorno; e a associação do autismo com várias condições de origem genética.

Nota-se também uma maior concordância entre os gêmeos monozigotos (provenientes de um único óvulo fertilizado) que entre os dizigotos (provenientes de dois óvulos fertilizados) na ocorrência do Transtorno Autista³⁶. Isso significa que há um

³⁶ FACION, J. R. **Zum Verständnis autoaggressiver Handlungen aus der Sicht der Informationsverarbeitung und deren therapeutischen Implikationen.** Münster, Kinder und Jugend-psychiatrische Abteilung der Westfälischen Wilhelms, Universität Münster, 1986.

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, dá-se ênfase a dois argumentos: risco de morbidade (maior probabilidade de ocorrência) de autismo em irmãos de autistas e características específicas de consangüinidade.

Particularidades presentes na consangüinidade têm sido correlacionadas a características encontradas no autista, tal como o contato social deficiente. Kanner³⁷, baseado no estudo dos pais de 11 autistas, aponta fatores comuns encontrados nas famílias: inclinação para as ciências e as artes, inteligência elevada, dificuldades no contato social, mecanismos obsessivos presentes, já mencionados anteriormente. 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 eram inacessíveis à população em geral, somente as famílias com condições financeiras privilegiadas tinham acesso aos seus serviços.

³⁷ KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, v. 2, p. 217-250, 1943.

Porém, já há evidências de que o autismo não é uma decorrência da forma errônea de criar o filho.

No entanto, pode-se perceber, através de pesquisas, prejuízos sociais em parentes próximos aos autistas, independente do Quociente Intelectual – QI e do nível de escolaridade³⁸. Tais pessoas normalmente se descreviam como tendo pouco jeito para lidar com os outros; como sendo demasiadamente preocupadas, ansiosas; com baixa tolerância a críticas, além de apresentarem certas dificuldades no contar histórias, visto que se perdem em detalhes, não havendo uma conclusão coerente. Nota-se também déficits de linguagem.

Outro ponto estudado é o risco de Autismo em irmãos com autismo. Esse risco nessa população é de 50 a 188 vezes maior que o risco na população em geral³⁹. Esses dados podem ser interpretados de modo ambíguo sob dois aspectos: como argumentos a favor da hereditariedade do autismo ou a favor da etiologia (causas) familiar da doença, uma vez que tanto ele quanto seus irmãos estão sendo criados no mesmo ambiente familiar.

³⁸ RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. J. (Orgs.). **El tratamiento del Autismo**: nuevas perspectivas. Madrid: IMSERSO, 1997.

³⁹ RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. J. (Orgs.). **El tratamiento del Autismo**: nuevas perspectivas. Madrid: IMSERSO, 1997.

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, pois a realização dessas pesquisas 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.

Embora não existam características que por si só constituam o Transtorno Autista, pode-se observar algumas peculiaridades fenotípicas (conjunto de características observáveis, aparentes, de um indivíduo), mas que só se manifestam após a puberdade. Nesse conjunto de características, podemos encontrar face longa e estreita, aumento do volume dos testículos, hipotonia muscular, frouxidão articular, retardo na aquisição da fala, hiperatividade, alterações esqueléticas, cardiovasculares e fonoarticulatórias.

Pode-se pensar, então, que existam fatores genéticos associando-se ao autismo. Porém, há algumas evidências de que fatores como o sexo do indivíduo, QI e problemas pré e perinatais podem amenizar essa propensão genética.

Pelo que você leu até agora, quais são as possíveis causas do Transtorno Autista que mais lhe convenceram? Justifique.

1.5 DOENÇAS QUE PODEM SER ASSOCIADAS AO TRANSTORNO AUTISTA

Quando se tenta estabelecer uma diferença entre as doenças que podem estar associadas e/ou presentes no autismo e as que necessitam de um diagnóstico diferencial (precisam ser diferenciadas do autismo para um melhor tratamento), pode-se encontrar grandes dificuldades, pois até em capítulos de um mesmo livro há doenças caracterizadas ora como associadas, ora como diferentes desse transtorno.

O que se propõe, então, é uma diferenciação julgada mais apropriada, embora não livre de erros, ainda que esse diagnóstico seja realmente muito meticuloso.

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

Aproximadamente 25% das pessoas com autismo podem apresentar quadros convulsivos, principalmente no fim da infância e na adolescência. Entretanto, os comportamentos do indivíduo com autismo, com seu olhar fixo, são por vezes confundidos com a EPILEPSIA DE PEQUENO MAL ou com outros distúrbios convulsivos (não relacionados à epilepsia) sem que ele seja epilético. Em muitos casos, a criança apresenta um eletroencefalograma (EEG) normal.

A ESQUIZOFRENIA INFANTIL também já foi, muitas vezes, confundida com o Transtorno Autista, quando detectada após os três anos de idade. Porém, segundo Rutter⁴⁰, 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 e o curso da doença.

⁴⁰ RUTTER, M. Cognitive deficits in pathogenesis on Autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, 1983.

A esquizofrenia infantil é um quadro psicótico, que pode apresentar 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 no desenvolvimento do indivíduo afetado, apresentando uma forte tendência à cronicidade e quase sempre levando à uma deterioração do funcionamento psíquico, manifestado através 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 pode levá-la 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 como sintomas positivos da esquizofrenia infantil, que 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, como os seus sintomas negativos.

Os sintomas marcantes da ESQUIZOFRENIA INFANTIL são:

- alucinações e delírios – sintomas esses que 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; e pode também apresentar algumas sensações de mudanças do corpo, ou seja, acreditar que está se transformando em animal ou em máquina etc.; podemos ainda observar um comprometimento sensorio-perceptivo, tanto qualitativo (alucinações, ilusões) quanto quantitativo (ruídos), além de uma falha de ideação e juízo crítico, evidenciada pelo fato de acreditarem naquilo que a sua percepção está mostrando; e
- egossintonia, ou seja, elas nem sempre se vêem como invasivas e estranhas, lidando bem com os sintomas, que lhes parecem naturais, porque esses se iniciam precocemente e de forma insidiosa.

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

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 sintomas diferenciais as ocorrências de delírios, o início tardio dos sintomas e as anormalidades no afeto e no discurso.

Uma outra patologia que pode estar 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 se observa um retardo mental e dificuldades no relacionamento interpessoal, é pelo fato de que 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 uma outra patologia associada ao autismo que se caracteriza por um problema de linguagem. Seus sintomas, semelhantes ao 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 pode ser confundida com o Transtorno Autista. No entanto, é necessário fazer algumas distinções: as crianças afásicas são, em geral, comunicativas e podem participar de jogos imaginativos. Elas, ainda quando incapazes de falar, comunicam-se, seja por meio de gestos ou de outras expressões 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 Transtorno Autista. 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 (ou seja, há alterações nas características externas do corpo) e retardo mental. Essas alterações fenotípicas 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, malformações das vértebras cervicais, problemas cardíacos e hidrocefalia também podem ser observados. As características principais de comportamento são: hiperatividade, impulsividade, problemas escolares.

Como é que você interpreta o Transtorno Autista associado a outras doenças do sistema nervoso central?

Por que você como professor deve achar importante fazer essa associação?

Quais são as principais diferenças entre esquizofrenia e Transtorno Autista?

Em que esse conhecimento pode lhe ajudar na sua vida cotidiana de trabalho?

1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Problemas de desenvolvimento no início da infância podem ter origem numa relação familiar conturbada, que favorece o aparecimento de distúrbios de comportamento, como por exemplo o balançar do corpo e outras estereotípias. Esses, porém, não implicam, necessariamente, na 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 auditivo. No exame audiológico, essa pessoa, normalmente, apresenta resultados incongruentes ou de grande oscilação, diferindo assim do diagnóstico da surdez. A probabilidade de surdez para a pessoa com autismo é, desse modo,

a mesma que para uma criança da população em geral. Aliás, temos suspeitado 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 assemelha à gesticulação da criança deficiente visual, podem ser confundidos com a cegueira congênita. A diferença é que a criança cega mostra interesse e desejo de interação com o ambiente e as pessoas, o que pode não ocorrer com a criança com autismo.

Já vimos que fazer uma diferença entre o transtorno autista e outras patologias é bastante importante. Encontre argumentos que justifiquem essa importância.

1.7 TRATAMENTO

Antes de ler o texto abaixo, como você acha que uma pessoa com Transtorno Autista deveria ser atendida clínica e pedagogicamente?

Você conhece algum método de atendimento a essas pessoas?

O trabalho interdisciplinar, de forma integrada, faz-se sempre necessário. Os profissionais 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, sugere-se 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 apresentam uma forte resistência a esse tratamento por temerem reações adversas e por não receberem orientações e informações mais precisas. Vários tipos de medicamentos já comprovaram alguns benefícios recompensadores, ajudando a melhorar a convivência familiar, 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 para o tratamento do transtorno no autista. O que se procura é controlar os comportamentos exacerbados, quando esses não são resolvidos por outros procedimentos alternativos.

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.

Transtorno de Rett

O TRANSTORNO DE RETT é uma doença que ocorre exclusivamente em meninas, tidas como normais até o final do 6.º ao 18.º mês de vida, quando então ocorre um retrocesso psicomotor e no contato social. Esse é considerado como uma das principais causas de deficiência mental grave e essa é uma das doenças recentes da medicina que exigiram vários estudos. O crescimento do crânio é retardado e a criança com esse transtorno apresenta comportamentos característicos de crianças com Transtorno Autista e movimentos estereotipados das mãos. Cerca de quatro entre cinco crianças com o Transtorno de Rett são também diagnosticadas como autistas. Discute-se se esse transtorno seria diferente do autismo ou se seria associado a ele. Rett, que descreveu essa doença em 1967, sugere que são bem diferentes. Além dos sintomas já descritos, pode-se encontrar na menina com Transtorno de Rett: disfunção respiratória,

escoliose, distúrbios tróficos das extremidades, entre outros. À medida que o quadro do Transtorno de Rett 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-TRTM 41, “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 têm um período de vida pré-natal e perinatal normal e um desenvolvimento psicomotor regular durante os primeiros cinco meses de vida. Ao nascer, o perímetro cefálico também está dentro dos limites normais e, entre os cinco e os 48 meses, há uma desaceleração do crescimento craniano.

Ocorre também, entre os cinco 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.

⁴¹ DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 104.

O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno, embora a interação social possa freqüentemente 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 severo retardo psicomotor.

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 freqüência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram informadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.⁴²

2.1 CURSO

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

⁴² DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 104.

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.⁴³

2.1.1 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.

⁴³ DSM-IV-TR™, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 104.

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 começam a ter contato visual e acontece uma melhora na capacidade de comunicação. Essa melhora significativa poderá compreender até a adolescência e se estender até a fase adulta. Porém, com a chegada da puberdade, poderá ocorrer uma piora na marcha e da escoliose toracolombar e há uma certa tendência de elas andarem 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. Nesse estágio 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, elas podem ultrapassar a meia-idade.

Quais são as características principais do TRANSTORNO DE RETT?

Na sua opinião, qual é o estágio clínico mais complicado? Justifique.

2.2 TRATAMENTO

O tratamento do TRANSTORNO DE RETT necessita de áreas diversificadas, pois envolve um trabalho interdisciplinar, com o objetivo de procurar diminuir os prejuízos, fazer a prevenção e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A fisioterapia tem um papel primordial nesse tratamento, pois preocupa-se com a melhora da força muscular para manter a marcha independente e evitar ou diminuir o desenvolvimento da escoliose.

A fonoaudiologia poderá ajudar nos hábitos de mastigação e deglutição e a terapia ocupacional, no desenvolvimento de atividades de vida diária e programas para articulação das mãos.

É importante também, dentro desse tratamento, a presença da nutricionista, para desenvolver uma dieta adequada que evite o emagrecimento acentuado e a desnutrição. A musicoterapia pode obter ótimos resultados, considerando-se sua influência no humor, na satisfação e na tranquilidade dos pacientes.

A presença do ortopedista no tratamento garante a monitoração e a orientação das possíveis complicações locomotoras.

Os psicólogos poderão oferecer um tratamento voltado para as crianças com os pais, orientando-os e oferecendo a eles um apoio emocional e psicoterapêutico, assim como um programa de comunicação alternativa.

Transtorno de Asperger

“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...”⁴⁴

O TRANSTORNO DE ASPERGER é o quadro mais leve dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Essa síndrome apresenta 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.

⁴⁴ DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 107.

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

Observa-se na ANAMNESE que os bebês mostram-se quietos e não apresentam respostas a estímulos visuais ou ambientais.

Quando crianças, e isso perdura por toda a vida, possuem dificuldades e também falta de vontade de estabelecer amizades, sendo o isolamento uma das características, embora não tão acentuada como nos autistas.

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

A perturbação acarreta prejuízos clinicamente significativos na área social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

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, durante os 3 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.⁴⁵

O diagnóstico não é fornecido se são satisfeitos critérios para qualquer outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou para esquizofrenia.

3.1 CURSO

O TRANSTORNO DE ASPERGER parece iniciar-se mais tarde que o Transtorno Autista ou pelo menos parece ser identificado apenas mais tarde.

⁴⁵ DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 107.

“Atrasos motores ou falta de destreza motora podem ser notadas 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...”⁴⁶

3.2 TRATAMENTO

Partindo do diagnóstico, a preocupação deverá 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 mais para as dificuldades que ela encontra nas situações vivenciadas cotidianamente. A partir dessas informações e das respostas encontradas, procura-se fazer um planejamento de trabalho e estipular as metas e os objetivos que devem ser alcançados.

Produza uma lista de comportamentos típicos do TRANSTORNO DE ASPERGER, para o caso de você precisar identificar alguma pessoa com esse transtorno.

⁴⁶ DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 108.

Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI)

Nesse transtorno há um desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os dois primeiros anos após o nascimento. O desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal, dos relacionamentos sociais, dos jogos e dos comportamentos adaptativos apropriados à idade dá-se bem dentro dos padrões de normalidade.

Após esse período de desenvolvimento “normal”, a criança começa a perder as habilidades adquiridas (isso tem que acontecer 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 – exemplos: prejuízo nos comportamentos não-verbais, fracasso para desenvolver relacionamentos com seus pares, falta de reciprocidade social ou emocional.
- Prejuízos qualitativos na comunicação – exemplos: 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, interesses e atividades, incluindo estereotípias motoras e maneirismos.

Trata-se de um transtorno pouco conhecido e há muito 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 mais 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. Podemos destacar que esse transtorno também é conhecido como SÍNDROME DE HELLER, DEMÊNCIA INFANTIL OU PSICOSE DESINTEGRATIVA.

Qual é a característica central para o reconhecimento do Transtorno Desintegrativo da Infância?

Se você suspeitar que uma criança possa ter o TDI, o que você deve fazer?

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE)

De acordo com o DSM-IV-TR™, esse diagnóstico 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.⁴⁷

A formulação diagnóstica só é dada em situações quando há suspeita sobre um possível TID, porém os critérios para concluir um diagnóstico não são satisfeitos. Uma pessoa, por

⁴⁷ DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 111.

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 não são suficientes para a conclusão desses respectivos diagnósticos. É aí então que o diagnóstico de TID-SOE é formulado. Inclui 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 amplamente 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 Nagy⁴⁸; Schwartzman⁴⁹) apontam para diferenciar uma síndrome da outra (Transtorno de Asperger e autismo) está apenas no fato de que os sintomas apresentados pela criança, apesar de semelhantes aos do autismo, não preencherem suficientemente os critérios propostos pelo DSM-IV-TRTM para tal síndrome (a do autismo).

O TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA, por sua vez, apresenta um padrão distinto de regressão do desenvolvimento após o mesmo ter ocorrido sem maiores dificuldades durante pelo menos dois anos de vida. Já no Transtorno Autista, alguns sinais de alterações no padrão de desenvolvimento já podem ser percebidos a partir do primeiro ano de idade da criança. E a ESQUIZOFRENIA INFANTIL se diferencia do autismo por se desenvolver alguns anos após um desenvolvimento aparentemente estável. Já no caso do MUTISMO ELETIVO, observamos que a criança pode habitualmente exibir habilidades de comunicação apropriadas em determinados contextos, não

⁴⁸ SZATAMARI, P.; BREMMER, R.; NAGY, J. Asperger's Syndrome: a review of clinical features. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, 1989.

⁴⁹ SCHWARTZMANN, J. S. Síndrome de Asperger. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**: guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

apresentando prejuízos quanto ao estabelecimento de interações sociais. A DESORDEM DE LINGUAGEM EXPRESSIVA é caracterizada por um prejuízo na linguagem, o qual não está associado a um prejuízo qualitativo de interações sociais ou padrões estereotipados de comportamento.

Apesar desses critérios serem utilizados para fins diagnósticos, muitos estudos têm sido empreendidos com o objetivo de se identificar as causas orgânicas do autismo. Observa-se que, 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 conseqüente diminuição do número de células, especialmente no hemisfério esquerdo, que é relacionado à linguagem. Por meio de imagens de ressonância magnética, foi possível observar mal-formações 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.

Bijou⁵⁰ tornou-se um dos primeiros a praticar a análise comportamental de pessoas com prejuízos de desenvolvimento. As primeiras pesquisas comportamentais para compreender a criança com características autísticas foram as de

⁵⁰ BIJOU, S. W. A child study laboratory on wheels. **Child Development**, Tokyo, v. 29, p. 425- 427, 1958.

Ferster⁵¹ e Ferster e Demyer⁵², 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 suas casas, nas escolas e nas residências terapêuticas. Os estudos procuravam identificar as modificações comportamentais sociais e as verbais e a substituição de comportamentos-problema como auto-agressão, birras e estereotípias.

A terapia comportamental foi evoluindo com o tempo, baseando-se nos procedimentos comprovados e a intervenção foi tornando-se mais abrangente e eficaz. Todos os estudos giravam em torno da eliminação de comportamentos prejudiciais, como auto-agressão e birras, e observou-se que esses comportamentos sempre tinham funções importantes, pois serviam para a obtenção de atenção, de privilégios e de estímulos.

⁵¹ FESTER, C. B. Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. **Child Development**, Tokyo, v. 32, p. 437-456, 1961.

⁵² FESTER, C. B.; DEMYER, M. K. The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. **Journal of Chronic Diseases**, v. 13, p. 312-345, 1961; _____. A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Washington, v. 32, p. 89-98, 1962.

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. O comportamento é qualquer evento que modifique o organismo e possua causa e função, seja ele interno ou externo. Assim, 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/favorece o desenvolvimento dos potenciais. A terapia comportamental utiliza princípios básicos do comportamento, como: reforçamento, extinção, punição, controle de estímulos, generalização, equivalência de estímulos, controle para regras verbais, entre outros.

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

Ao mesmo tempo em que o terapeuta comportamental é analista, também é educador e pesquisador, e com isso

Windholz⁵³ 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.

Para que seja iniciada a atuação do analista comportamental, ele deve, primeiramente, fazer uma avaliação que considere as variações biológicas, socioculturais, as diferenças individuais e o estágio de desenvolvimento. Isso possibilitará a formulação de metas e de objetivos adequados à criança. A terapia comportamental utiliza métodos para minimizar as dificuldades que as pessoas com TID apresentam na comunicação, na interação social e na compreensão dos significados. Uma dessas técnicas é o método TEACCH, que significa TRATAMENTO E EDUCAÇÃO PARA AUTISTAS E CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS RELACIONADAS À COMUNICAÇÃO.

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

⁵³ WINDHOLZ, M. H. Autismo infantil: terapia comportamental. In: ASSUMPTÃO, F. B. JR. *Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Santos, 1994. p. 543-548.

Segundo Leon e Lewis⁵⁴, o modelo TEACCH conta com importantes pontos de apoio:

- estrutura física bem delimitada, na qual cada espaço é utilizado para somente uma função predefinida;
- seqüência das atividades, de forma que a criança saiba o que, quando, onde e como elas devem ser realizadas; e
- 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;

⁵⁴ LEON, V.; LEWIS, S. Programa TEACCH. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO JR., F. B. (Orgs.). **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 1995. p. 233-263.

- espaço físico estruturado: local para lanche, local para atividades de grupo, local para atividades individuais e local para atividades livres; e
- 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.



Parte



Transtornos de Comportamento Disruptivo
(TCD)

Introdução

É muito comum observarmos meninos e meninas com problemas de comportamento na escola e em outros lugares, 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 conseqüências que as relações sociais mal adaptadas podem ter sobre a argüição das pessoas,

ao passo que o Transtorno de Conduta é entendido definitivamente como um “mau” comportamento, que atinge não só o próprio indivíduo como os demais envolvidos. Nesses casos, é freqüente a “transferência” dessas crianças para classes de educação especial, lares adotivos, hospitais, residências protegidas para drogaditos, prisões etc., pelo fato de muitos deles oferecerem uma periculosidade social. Mesmo que os problemas apresentados na infância e adolescência venham a desaparecer na fase adulta, é comum que as cicatrizes – policiais, jurídicas, familiares e sociais – acompanhem o indivíduo por toda a vida, através das constantes perdas de emprego, envolvimento com a criminalidade, problemas de relacionamento e outros, o que os 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), que serão descritos a seguir.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

Há muito se discute o 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 constar em manuais diagnósticos. Desde a primeira descrição, feita por George Still em 1902, esse transtorno passou por nomenclaturas diferentes, recebendo mais de 25 mudanças de nome, como “disfunção cerebral mínima” e “síndrome psicoorgânica”, até chegar à descrição atual no DSM-IV-TRTM⁵⁵.

Hoje o TDAH continua sendo um problema clínico significativo, com que se defrontam médicos, professores, pedagogos, psicólogos, educadores e famílias. Apesar do empenho dos pes-

⁵⁵ DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 112.

quisadores ao longo das últimas décadas, os métodos básicos de diagnóstico e tratamento mudaram muito 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.

1.1 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 dissociados de aprendizagem e de aproveitamento.

De acordo com o DSM-IV-TRTM ⁵⁶, esse transtorno é assim definido:

⁵⁶ DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 112.

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, haveremos de nos atermos 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 Ratey⁵⁷, Rohde et al⁵⁸, Rohde e Benczik⁵⁹,

⁵⁷ HALLOWEL, E. J.; RATEY, J. **Tendência a distração**: identificação e gerência do Distúrbio de Déficit de Atenção da infância à vida adulta. São Paulo: Rocco, 1997.

⁵⁸ ROHDE, L. A. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: revisando conhecimentos. ABP-APAL, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166-178, 1998.

⁵⁹ ROHDE, L. A.; BENCZIK, E. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Castroviejo⁶⁰, Cypel⁶¹, dentre outros) organizam um apanhado de características, baseadas nos dados apresentados pelo DSM-IV, que ajudam na identificação, separando o transtorno por tipos clínicos.

Tipos

- 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:

- freqüentemente não presta atenção a detalhes e faz erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho, quando adulto, ou em outras atividades;

⁶⁰ CASTROVIEJO, I. P. **Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad**. Barcelona: IG Galileo, 1999.

⁶¹ CYPEL S. **A criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: Lemos, 2000.

- encontra dificuldade em manter a atenção em tarefas ou brincadeiras;
- parece não escutar quando falam diretamente com ela;
- freqüentemente não segue instruções e não termina tarefas escolares e atribuições domésticas;
- tem dificuldades para organizar tarefas e atividades;
- evita ou reluta em começar tarefas que exijam esforço mental (tais como tarefas escolares e domésticas);
- perde objetos necessários para as tarefas e atividades;
- distrai-se facilmente por estímulos externos; e
- freqüentemente se esquece de atividades diárias.

Por outro lado, pode-se considerar que uma criança tem TDAH do tipo hiperativo e 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 pára 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 freqüência tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- está sempre em movimento; e
- 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; e
- interrompe ou intromete-te 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; e
- 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**.

Você já se deparou com crianças que apresentam os sintomas de TDAH acima citados?

Quais deles predominavam?

Qual foi o encaminhamento que você deu?

1.2 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 cultura⁶².

Dados de prevalência encontram-se na literatura, exclusivamente referentes à amostragem entre os alunos de escolas. Nos Estados Unidos são indicados 3 a 15%, na Alemanha cerca de 9% da população escolar.

Esse transtorno é muito mais freqüente 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 de pesquisas singulares. No Brasil não temos conhecimento de nenhum levantamento sistemático realizado sobre esse transtorno⁶³.

⁶² FACION, J. R. Síndrome de Hiperatividade: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, PUC-PR, v. 4, n. 10, p. 7-24, 1991.

⁶³ *Ibid.*, p. 7-24.

1.3 ETIOLOGIA

Não se conhece ainda as causas do TDAH. Na maioria dos casos não se observam evidências de amplas lesões estruturais ou doenças no sistema nervoso central.

Há uma série de hipóteses relacionadas a esse transtorno. As principais são as relacionadas a seguir.

Aqui se supõe um distúrbio da função do cérebro na primeira infância provocado por uma lesão pré, peri ou pós-natal no sistema nervoso central. Essa poderia ter sido causada por problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos etc., ou por stress e problemas físicos no cérebro causados por infecção, inflamação e traumatismos. Muitas vezes são sinais bem sutis e subclínicos.

Porém não sabemos bem ainda sobre a 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 (IRM) ou as tomografias computadorizadas (TCs) não reconhecem ainda os indícios para diagnósticos específicos, ou seja, para a identificação do transtorno.

Supondo-se uma causa orgânica, reuniu-se uma série de itens 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), podemos conseguir resultados terapêuticos evidentes em crianças hiperativas. Por isso, supomos 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. Muitos neurotransmissores podem estar envolvidos no processo.

Investigações com familiares e gêmeos de crianças com TDAH indicaram uma alta correlação hereditária das crianças atingidas⁶⁴. No caso de famílias com mais de um hiperativo, foram encontrados alcoolismo e distúrbios sociopatas nos pais

⁶⁴ ROHDE, L. A. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: revisando conhecimentos, ABP-APAL, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166-178, 1998.

e distúrbios histéricos nas mães. Em consequência disso, é suposto aqui uma sucessão poligenética⁶⁵.

Outros estudos também sugerem que exista uma prevalência superior de TRANSTORNOS DO HUMOR E DE ANSIEDADE, TRANSTORNO DA APRENDIZAGEM, TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL nos membros das famílias de indivíduos com o TDAH⁶⁶.

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 salicíclicos e de fosfatos na alimentação, dentre eles a Liga Anti-Fosfato, 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, em vários casos, são bastante promissores.

⁶⁵ FACION, J. R. Síndrome de Hiperexcitabilidade: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, PUC-PR, v. 4, n. 10, p. 7-24, 1991.

⁶⁶ BARKLEY, A. R. **Taking charge of ADHD**: the complete, authoritative guide for parents. New York: The Guilford Press, 1995.

Entretanto, as altas expectativas iniciais aqui apresentadas não puderam ser confirmadas. A chamada dieta de fosfato mostrou-se eficaz somente no caso de certas crianças e sob certas condições.

De acordo com o que você leu até o momento sobre as possíveis causas do TDAH, qual é a hipótese mais convincente para você? Justifique.

1.4 CURSO E PROGNÓSTICO

O TDAH é geralmente diagnosticado quando a criança começa a freqüentar a escola, ainda que os sintomas já estejam presentes antes disso. Os principais sintomas podem persistir na adolescência e até na vida adulta. É, em alguns casos, comum observar uma remissão na puberdade, sendo ainda mais comum na juventude. Essa remissão pode permitir uma vida adolescente ou adulta mais produtiva, relacionamentos interpessoais gratificantes e poucas seqüelas significativas. A maioria dessas pessoas, entretanto, apresentam uma remissão somente parcial e podem ficar bastante vulneráveis ao distúrbio da personalidade anti-social e a outros distúrbios da personalidade e do humor.

De acordo com Kaplan⁶⁷, em cerca de 15 a 20% dos casos, os sintomas persistem na vida adulta. Ainda que a hiperatividade apresente uma melhora, os indivíduos podem apresentar impulsividade, estando propensos a acidentes. Observa-se também que as famílias destes, normalmente, estão estruturadas de uma forma caótica.

1.5 TRATAMENTO

Atualmente as terapias que apresentam melhores resultados nos casos de TDAH são: as alternativas farmacológicas, a dieta livre de fosfato, a PSICOTERAPIA e MEDICINA COMPORTAMENTAL, OS TREINOS DE AUTO-INSTRUÇÃO e a orientação para pais e professores.

1.5.1 ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS

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

- psicoestimulantes (anfetamínicos, metilfenidatos e p-molinolinos);
- neurolépticos; e
- antidepressivos tricíclicos.

⁶⁷ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

Especialmente no tratamento com estimulantes, o controle motor e a capacidade de atenção puderam ser positivamente influenciados⁶⁸. 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 predominem um comportamento anti-social ou agressivo ou distúrbios de capacidade parcializada, esses grupos farmacológicos não são indicados, devido ao seu efeito insuficiente e possibilidade de efeitos colaterais.

1.5.2 DIETA LIVRE DE DOSFATO

Com base nos princípios já citados nas hipóteses etiológicas, que consideram os fosfatos alimentícios, ingredientes artificiais de sabor, conservantes e corantes nos alimentos como fatores – senão causadores – reforçadores desses transtornos, são elaborados planos de dieta livres dessas substâncias. Observa-se 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

⁶⁸ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

e da leitura quando é usada uma dieta livre dos ingredientes acima citados.

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

1.5.3 PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL

Fundamentado e orientado nos princípios da teoria behaviorista de reforço, os indivíduos 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 através de 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.

1.5.4 TREINOS DE AUTO-INSTRUÇÃO

Esse treino, uma adaptação do modelo proposto por Meichenbaum⁶⁹, executa-se 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 auto-instruções faladas em voz alta são substituídas pela tonalidade de voz cada vez mais reduzida, até que a criança seja capaz de estruturar sua atividade verbal em nível de pensamento.

1.5.5 ORIENTAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES

A orientação familiar, 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

⁶⁹ MEICHENBAUM, D. *Cognitive Verhaltensmodifikation*. München: U&S, 1979.

TDAH. Sendo assim, os pais, professores e profissionais da saúde mental devem estabelecer uma estrutura de relacionamento organizada, previsível de recompensas e punições⁷⁰. Os familiares devem ser orientados no sentido de compreender que a permissividade, a compaixão e a falta de limites não são úteis para a criança. Elas não se beneficiam em nada por serem dispensadas das exigências, expectativas e planejamentos da vida diária de qualquer outro indivíduo.

Esses procedimentos são especialmente adequados para contribuir com o desenvolvimento do potencial de atenção e concentração, pois estimulam o aumento geral dos resultados. Com tudo isso se pode diminuir 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. Muitas vezes 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, pois favorece a busca de uma organização do contexto e a partir dele a família poderá compreender o comportamento apresentado pelo seu filho.

⁷⁰ Procedimento explicado por CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

A família precisa estar consciente de que as dificuldades enfrentadas pela criança não existem por sua livre vontade ou porque é ruim ou teimosa e, 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 disposto 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 devem estabelecer prioridades, evitando que seja cobrado tudo que se espera da criança de uma única vez. Se a criança for “atacada” por todos os lados, irá reagir aumentando os sintomas. O comportamento hiperativo e impulsivo dessas crianças força muitas vezes os pais a reagirem de forma rápida e impensada. Mas é fundamental que os pais exercitem a observação e o treino do pensar antes de agir. Se a família falar sobre o assunto sempre em que a situação extrapolar o suportável, achará mais facilmente a melhor forma de agir. Além de que o comprometimento de todos será fonte de alívio e apoio necessário para o cotidiano. Frente a cada dificuldade da criança,

deve-se pensar qual é a melhor alternativa de manejo, de forma a prevalecer o bom senso.

Quando as estratégias forem estabelecidas a partir das prioridades levantadas, os pais devem ser persistentes, mantê-las independentemente do ambiente. Se desistirem em um tempo curto, confundirão a criança. Às vezes, os pais conseguem manejar bem a impulsividade da criança em casa, mas atrapalham-se quando o sintoma aparece em ambiente estranho. É preciso certificar-se de que ambos os pais estão procedendo de forma similar. Esse é um problema freqüente 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 indesejado, deve-se evitar grandes estardalhaços. Apenas se deve manifestar firmemente o desagrado em relação ao comportamento indesejado. Em contrapartida, o reforço dos comportamentos adequados deve ser priorizado.

A organização da rotina familiar é muito importante, pois essas crianças tendem a funcionar melhor em ambientes estruturados, constantes e previsíveis. No entanto, o preparo da criança para qualquer mudança que quebre essa rotina é necessário.

Outro ponto que se destaca como requerente de atenção são os irmãos. Esses, por sua vez, podem ser grandes aliados dos pais na busca pela harmonia familiar. Os irmãos podem ficar sensibilizados e apresentarem sintomas que muitas vezes não são identificados prontamente pelos pais. Por isso, os pais devem sempre estar atentos, procurando distribuir a atenção e evitar cobranças excessivas. Em algumas situações, os irmãos levam algum tempo para compreenderem as situações ou os comportamentos diferentes do irmão com TDAH. Há que se considerar o tempo necessário e a individualidade de cada um.

Considerando a necessidade de adaptações e modificações que a família precisa fazer, quando tem um filho com TDAH, a busca de orientação profissional especializada é recomendada. Se ficarem baseados somente na intuição, os pais podem ficar perdidos, o que faz com que os conflitos familiares aumentem, assim como os sintomas em todos os seus componentes.

Se você já se deparou com uma criança com TDAH, provavelmente deve ter conhecido também a família dessa criança. Quais foram as principais dificuldades que você encontrou nesse aspecto e qual foi a contribuição da família? Ou o que você fez?

Você deve ter tido experiências com crianças, como as descritas, para as quais o apoio e a compreensão da família tenham sido indispensáveis.

Agora procure estabelecer a relação com o que foi exposto até aqui e o que se apresentará sobre a criança/aluno.

1.5.4 O PROFESSOR E A ROTINA DE SEU ALUNO COM TDAH

Um dos grandes desafios para a família é a escolha da escola. Muitas vezes a escola 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 a 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. Isso passa a ser um problema, quando a escola impõe o aluno ao professor. Os professores precisam ser trabalhados e orientados permanentemente, para que possam ir desenvolvendo suas competências e realizarem um bom trabalho, assim como a família o faz.

Rohde e Benczik⁷¹, 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 o tempo que a criança passa na escola e o número de regras que esse sistema necessita, para que esteja organizado e favoreça o aprendizado.

⁷¹ ROHDE L. A.; BENCZIK, E. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 84.

O professor precisa demonstrar à criança que entende suas dificuldades e que a pode ajudar. Além da compreensão, a aceitação do aluno pelo professor é um caminho para que ele se sinta acolhido, em meio aos seus limites e possibilidades. O professor também precisa 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 mesmo por um tempo maior. Isso porque essas crianças gostam de novidades e uma das maneiras de envolvê-las é realizar variações.

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 ou estragos que a criança tenha feito 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 Benczik⁷² salientam que existem

⁷² ROHDE L. A.; BENCZIK, E. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 83.

algumas características que podem ajudar ou dificultar o trabalho. Segundo os autores, se o professor for autoritário, intolerante e rígido, pode acabar valorizando somente as necessidades acadêmicas do aluno; focalizando apenas a produção de tarefas; tornando-se, assim, impaciente com a criança pelo fato de esta não conseguir corresponder às suas expectativas. Se for demasiadamente crítico, frustrará rapidamente o aluno. Também se for pessimista, “desanimado e infeliz, com tendência a ter uma visão categórica de todo mal 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, o seu perfil deve ser de uma pessoa empática, disposta, criativa e tolerante. Com isso, poderá ser criativo e flexível às adaptações necessárias.

Que tipo de planejamento pedagógico você construiria se tivesse um aluno com TDAH em sua sala de aula?

Quais são os principais cuidados que você deve ter no dia-a-dia com essas crianças?

Com relação aos problemas de comportamento, como você os conduziria?

Transtorno de Conduta (TC)

O TRANSTORNO DE CONDUTA é bem caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de mau comportamento, desafiador e, muitas vezes, contrário às regras de convivência social, no qual os direitos mais básicos e a privacidade dos outros são violados.

De acordo com o DSM-IV-TR™⁷³, as pessoas com o Transtorno de Conduta apresentam:

- conduta agressiva causadora ou propensa a causar lesões corporais a outras pessoas ou a animais;

⁷³ DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 120.

- conduta não-agressiva que causa perdas ou danos ao patrimônio;
- defraudação ou furto; e
- sérias violações de regras.

Ainda de acordo com o DSM-IV-TRTM⁷⁴, essas pessoas

...podem exibir um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação; iniciar lutas corporais freqüentes; 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 freqüentes, além de faltar à escola com freqüência sem justificativas. Esse transtorno é diferente das

⁷⁴ DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 120.

travessuras infantis ou da rebeldia “normal” da adolescência, pois deve-se considerar que esses comportamentos vão se modificando ao longo das aquisições de experiências da vida, ao passo que o Transtorno de Conduta é persistente, por pelo menos seis meses e de uma 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 podem facilmente delatar seus colegas e tentam colocar a culpa em outras pessoas, quando cometem algum ato inadequado. Normalmente a auto-estima 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 freqüentemente 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 apresentar também um possível diagnóstico adicional de DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM OU TRANSTORNO DE COMUNICAÇÃO.

Esse transtorno aparece, normalmente, no final da segunda infância (10-11 anos) ou no início da adolescência, ainda que possamos observar alguns casos com início aos cinco e seis anos. Os sintomas podem apresentar uma remissão na fase adulta, porém, quando isso não acontece, esses indivíduos têm um diagnóstico de TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL. Os casos com início na adolescência e com sintomas mais leves e em menor número podem conseguir um ajustamento social e profissional, assim como familiar, quando atingem a fase adulta. O início precoce pode predizer um pior prognóstico e um risco bem maior de uma vida adulta mais traumática.

Qual a diferença que você encontra entre o TDAH e o Transtorno de Conduta?

2.1 EPIDEMIOLOGIA

Cerca de 8% dos meninos de 10 e 11 anos em áreas urbanas e aproximadamente 4% das crianças em áreas rurais apresentam tais comportamentos⁷⁵. A ocorrência dá-se mais em meninos do que em meninas, numa proporção de 4 para 1 a 12 para 1, de acordo com a orientação teórica e metodológica que o pesquisador usa. Ele 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 também serão as possibilidades de que a mesma tenha filhos com Transtorno de Conduta.⁷⁶

O TRANSTORNO DE CONDUTA está também intrinsecamente relacionado com comportamento disruptível e criminoso na fase adulta. De acordo com Holmes⁷⁷, o comportamento agressivo na infância é o melhor previsor da incidência de agressões posteriores. Muitas

⁷⁵ FACION, J. R. Síndrome de Hipercinese: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, PUC-PR, v. 4, n. 10, p. 7-24, 1991.

⁷⁶ ROHDE, L. A. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: revisando conhecimentos, ABP-APAL, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166-178, 1998.

⁷⁷ HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 329-336.

crianças com esse transtorno terminam como criminosos quando adultos, ainda que nem todos os criminosos tenham diagnóstico de Transtorno de Conduta quando criança. Os meninos com esse transtorno freqüentemente brigam, furtam, praticam vandalismo e apresentam muitos problemas de disciplina na escola, enquanto que as meninas apresentam maior tendência a mentir, gazer aulas, fugir, fazer uso de drogas e prostituir-se. Nelas o comportamento de confronto não é usual.

Em sua prática e história de vida, você já deve ter presenciado muito do que foi relatado sobre o Transtorno de Conduta, em especial neste último parágrafo. Como essas ocorrências foram tratadas na escola em que você trabalha?

Com o que leu até aqui, que críticas e avaliações você faz?

2.2 ETIOLOGIA

Não se conhece até hoje uma causa capaz de explicar o TRANSTORNO DE CONDUTA. Acredita-se que uma variedade de fatores biopsicossociais possam estar contribuindo para o seu desenvolvimento. Alguns problemas familiares podem contribuir 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 “pressões psicológicas” e sociais freqüentemente desenvolvem uma baixa tolerância à frustração. Observa-se haver uma tendência à debilidade no desenvolvimento da auto-afirmação das crianças, quando os pais mostram-se 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 apresentam maiores dificuldades na verbalização de seus sentimentos e ideais e podem reagir com agressividade imediata, até a uma situação mal interpretada. Por isso eles estão sempre violando os direitos alheios.

Ainda de acordo com Kaplan⁷⁸, 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 ANTI-SOCIAL, 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 transtorno, 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 observa-se 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

⁷⁸ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002. p. 1000.

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 punidas. 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 correlacionada com comportamentos agressivos é a testosterona, um hormônio masculino. Pessoas com altos níveis de testosterona são mais agressivas e mais dominantes socialmente do que os outros. O que não se consegue até hoje explicar é a origem desses desarranjos químicos. Por outro lado, já se sabe que, por exemplo, situações prolongadas de *stress* 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 mesmo transtorno, mesmo quando eles são educados por pais adotivos que não apresentam qualquer transtorno.

2.3 TRATAMENTO

Os tratamentos citados na literatura não apresentam respostas muito satisfatórias, porém os melhores resultados podem ser obtidos quando usados recursos familiares e comunitários, assim como uma atenção interdisciplinar (psicologia, terapia ocupacional, esportes etc.). No entanto, nenhum desses pode ser considerado curativo, portanto se exige 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 conseqüências consistentes e a aprendizagem dos pais no manejo de técnicas comportamentais podem também auxiliar na diminuição dos problemas.

O condicionamento operante, 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: a 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 muito pouco uso de comentários positivos.

Foi solicitado então a ela 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 interferissem na aprendizagem, a menos que um aluno estivesse sendo agredido por outro, quando então ela podia usar a punição que julgasse apropriada – normalmente ela deve discutir sobre esses procedimentos com os seus alunos anteriormente, quando possível, para que eles possam saber sobre as conseqüências 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 fichas⁷⁹ a cada dez minutos que ele conseguir ficar bem. Depois de um tempo em que o comportamento se estabiliza nesse período de tempo, ela pode aumentá-lo para 15 minutos e assim sucessivamente, até que ele consiga estar bem no tempo inteiro.

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-se a probabilidade de uma estabilização da criança. Excessos de punições associados a pouco reforço positivo para comportamentos adequados podem gerar problemas de comportamento. E vice-versa: negligência e reforços positivos

⁷⁹ O esquema de fichas é um recurso por meio do qual uma certa quantidade de fichas deve ser obtida pelo aluno, que depois irá trocá-las por uma coisa de que goste. Por exemplo, se ele se comporta “bem”, recebe uma ficha, e a cada 10 fichas, recebe um bombom.

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 Kaplan⁸⁰:

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 anti-sociais 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 podem ter 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 os comportamentos mal-adaptativos 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, podem apresentar algum benefício.

⁸⁰ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002. p. 1.000.

Entendemos que, quando a família é extremamente desorganizada, caótica e desestruturada e, 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, Madureira e Santos⁸¹, o TRANSTORNO DE CONDUTA advém de comportamentos inadequados em que a violação ao direito e privacidade dos outros ocorrem 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 caracterizado como insensível com os outros, demonstra preocupação e valorização apenas com seu próprio prazer, possui baixa tolerância às frustrações (fato pelo qual irrita-se muito facilmente), tornando-se temperamental, agressivo e cruel com as pessoas e até mesmo com os próprios problemas cotidianos.

⁸¹ 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.

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, favorecem que essas pessoas continuem agindo de maneira incoerente, trazendo aos outros uma série de prejuízos, e tornem-se ainda isentas de culpa. Também não oferecerem 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? Suas implicações só dizem respeito à medicina? Essa reflexão implica em aspectos morais?

De acordo com o descrito até agora, como você identificaria um aluno com TRANSTORNO DE CONDUTA?

Tente verificar a história de vida desse aluno, sua família e suas condições sociais.

Quais seriam então as estratégias que você usaria para trabalhar com ele em sala de aula e nas outras situações escolares?

Referencias



BARKLEY, A. R. **Taking charge of ADHD**: the complete, authoritative guide for parents. New York: The Guilford Press, 1995.

BARON-COHEN, S. ; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the chat. **British Journal of Psychiatry**, London, 1992.

_____. Do autistic children have obsession and compulsions? **British Journal of Clinical Psychology**, London, n. 28, p. 193-200, 1989.

_____; LESLIE, A. M.; FRITH, U. Does the autistic child have a theory of mind? **Cognition**, New York, v. 21, n. 37, p. 37-46, Oct. 1985.

BARTHÉLÉMY, C. et al. Sensitivity and specificity of the behavioral summarized evolution (BSE) for assessment of autistic behaviors. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, 1992.

BEREOHFF, A. M. P. Abordagem multidisciplinar no autismo: o papel do psicólogo. In: GAUDERER, C. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BIJOU, S. W. A child study laboratory on wheels. **Child Development**, Tokyo, v. 29, p. 425-427, 1958.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CAMARGOS Jr, W. (Coord.). **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2002.

CASTROVIEJO, I. P. **Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad**. Barcelona: IG Galileo, 1999.

CID-10. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CYPEL, S. **A criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: Lemos, 2000.

DAHLGREEN, S. O. E.; GILLBERG, C. **Symptoms in the first two years of life: a preliminary population study of infantile autism**. European Archives of Psychiatry and Neurology Sciences, 1989.

DENNET, D. Belief about belief. **Behavioural and Brain Sciences**, London, v. 4, p. 568-569, 1978.

DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. C. Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FACION, J. R. **Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo.** Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

_____. A Síndrome do Autismo e os problemas na formulação do diagnóstico. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais.** Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

_____. Catálogo de características para o reconhecimento do Autismo. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais.** Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

_____. **Zum Verständnis autoaggressiver Handlungen aus der Sicht der Informationsverarbeitung und deren therapeutischen Implikationen.** Münster: Diss. Med., 1986.

_____. Síndrome de Hipercinese: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, PUC-PR, v. 4, n. 10, p. 7-24, 1991.

FALLINGER, G. **Frühkindliche Trennung bei autistischen Kindern.** Münster: Diss. Med., 1982.

FESTER, C. B. ; DEMYER, M. K. A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Washington, v. 32, p. 89-98, 1962.

_____; _____. The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. **Journal of Chronic Diseases**, v. 13, p. 312-345, 1961.

_____. Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. **Child Development**, Tokyo, v. 32, p. 437-456, 1961.

FRITH, U. **Explaining the enigma**. Oxford: Blackwell, 1989.

_____. A new perspective in research on Autism. In: ARAPIS (Eds.). **Contributions à la recherche scientifique sur autism: aspects cognitifs**. Paris: Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles, 1984.

GAUDERER, Ch. (Org.). **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

HACK, L. E. et al. **Transtorno de Comportamento Disruptivo**. Trabalho apresentado para a disciplina de Psicopatologia, sob a coordenação de L. R. Facion, Curso de Psicologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2003.

HALLOWEL, E. J.; RATEY, J. **Tendência a distração: identificação e gerência do Distúrbio de Déficit de Atenção da infância à vida adulta**. São Paulo: Rocco, 1997.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 329-336.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nerv. Child.**, v. 2, p. 217-250, 1943.

_____. **Psiquiatria infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

KEHRER, H. E. **Autismus**: Diagnostische, therapeutische und soziale Aspekte. Roland Asanger: Verlag Heidelberg, 1989.

KLEIN, M. **Contribuições à psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

KNAPP, P.; ROHDE, L. A.; LYSZKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J. **Terapia cognitivo-comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LECOUTER, A. et al. Autism diagnostic interview: a standardized investigator based-instrument. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, 1989.

LEON, V.; LEWIS, S. Programa TEACCH. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO JR., F. B. (Orgs.). **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 1995. p. 233-263.

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.

_____. **As psicoses infantis e outros estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MEICHENBAUM, D. **Cognitive Verhaltensmodifikation**. München: U&S, 1979.

PERNER, J. et al. Exploration of the autistic child's theory of mind: Knowledge, belief and communication. **Child Development**, Tokyo, v. 60, p. 688-700, 1989.

RITVO, E. R. **Autism diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum Publications Inc., 1976.

RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. J. (Orgs.). **El tratamiento del Autismo: nuevas perspectivas**. Madrid: IMSERSO, 1997.

ROHDE, L. A. ; BENCZIK, E. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: revisando conhecimentos**. ABP-APAL, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166-178, 1998.

RUTTER, M. Cognitive déficits in pathogenesis on Autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, 1983.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; RENNER, B. R. **The childhood autism rating scale (CARS), revised**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SCHWARTZMANN, J. S. Síndrome de Asperger. In: GAUDERER, Ch. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

SWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. **Autismo Infantil**. São Paulo: Memnon, 1995.

SZATAMARI, P.; BREMMER, R.; NAGY, J. Asperger's Syndrome: a review of clinical features. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, 1989.

TINBERGEN, N.; TINBERGEN, E. A. **Autismus bei Kindern**. Berlin u. Hamburg: Parey, 1984.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WIMMER, H.; PERNER, J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. **Cognition**, New York, v. 13, p. 103-128, 1983.

WINDHOLZ, M. H. Autismo infantil: terapia comportamental. In: ASSUMPÇÃO Jr, F. B. **Psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Santos, p. 543-548, 1994.

WING, L. The continuum of Autistic characteristics. In: SCHOPLER, E.; BESIMOV, G. B. (Eds.). **Diagnosis and assesment in Autism**. New York: Plenum Press, 1988.

_____; GOULD, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, v. 9, p. 11-29, 1979.

_____; RICKS, D. M. The etiology of childhood autism: criticism of Tinbergen's ethological theory. **Psychological Med.**, London, 1976.

