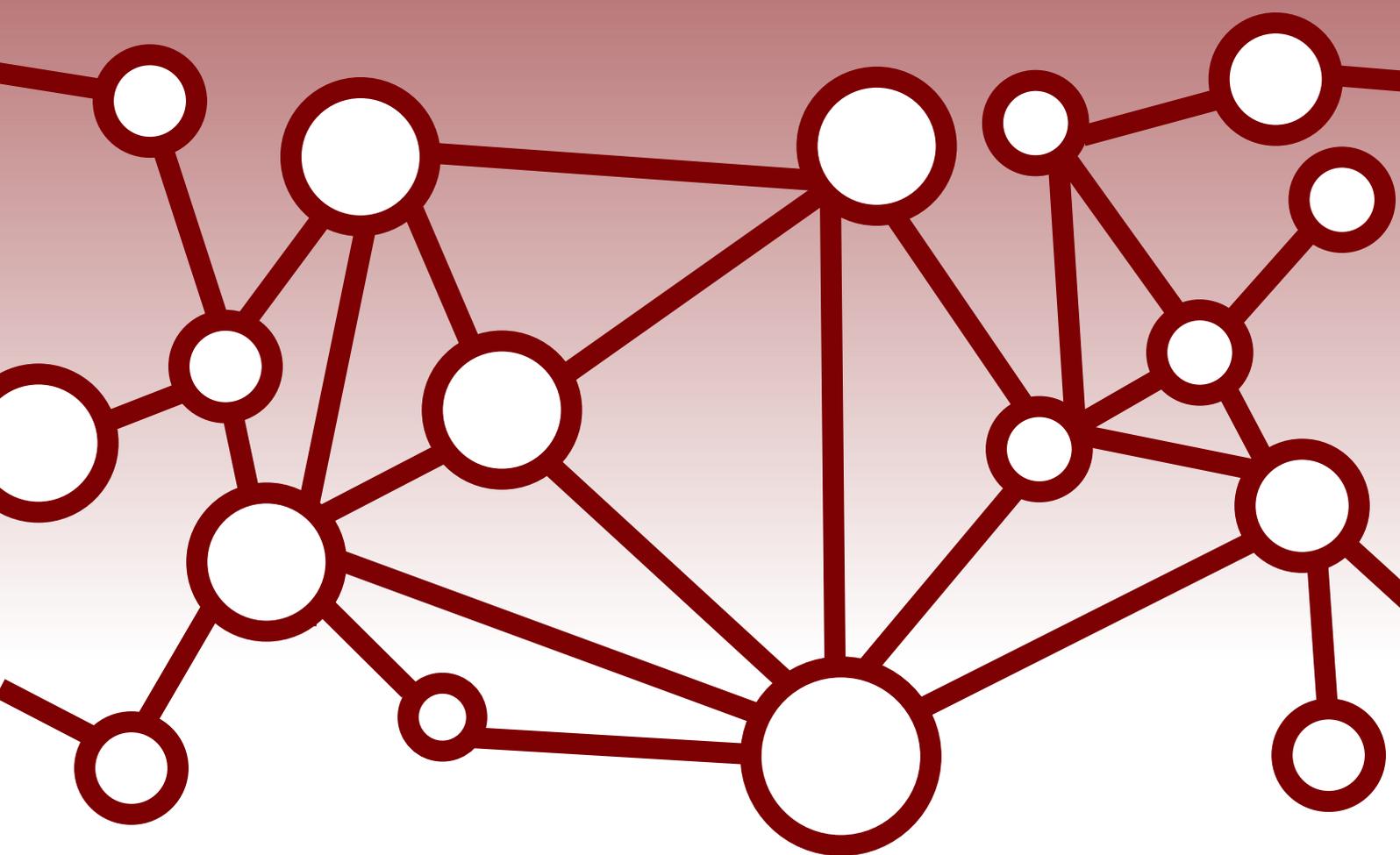


TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO - TGD

PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS



UNIDADE 2



GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

Carlos Alberto Richa

SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Ana Seres Trento Comin

DIRETOR GERAL

Edmundo Rodrigues da Veiga Neto

SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO (SUEDE)

Fabiana Cristina Campos

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (DEE)

Marisa Bispo Feitosa

DIRETORIA DE POLÍTICAS E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS (DPTE)

Eziquiel Menta

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E WEB (CEAD WEB)

Monica Bernardes de Castro Schreiber

CONTEÚDO

Departamento de Educação Especial (DEE)

Shirley Aparecida dos Santos

DESIGN PEDAGÓGICO

Coordenação de Educação a Distância e Web (CEaD Web)

Darice Alessandra Deckmann Zanardini

Elisa Stüpp de Marchi

Suelen Fernanda Machado

REVISÃO TEXTUAL

Coordenação de Educação a Distância e Web (CEaD Web)

Darice Alessandra Deckmann Zanardini

Helen Jossania Goltz

Tatiane Valéria Rogério de Carvalho

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Coordenação de Produção Multimídia (CPM)

Carina Skura Ribeiro

Edna do Rocio Becker



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons -
Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual 4.0 Internacional.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Prezado cursista,

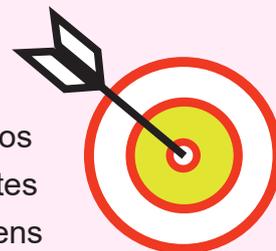
Na unidade 1 você teve a oportunidade de estudar sobre a história da loucura, conheceu como se deu a educação de um selvagem por meio das experiências pedagógicas de Jean Itard e, ainda, teve acesso às informações sobre parte do surgimento da Psiquiatria e sobre como o louco passa a ser visto como um doente mental que necessita de tratamento.

Agora, na unidade 2, você terá oportunidade de compreender como se define, no campo da Educação, a área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) quanto às conceituações e aos novos delineamentos dos quadros clínicos que a compõe, a partir da publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) - 2013.

Ao final desta unidade, espera-se que você possa perceber como se constituem, na literatura especializada, os estudos sobre a conceituação e as características dos quadros clínicos que compõem os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Antes de iniciarmos nossos estudos da unidade 2, é importante destacar que a doença mental da infância é usualmente classificada em grandes categorias, tais como: transtornos do comportamento, transtornos do humor, transtornos do desenvolvimento, transtornos do movimento e transtornos psicóticos. Segundo Mercadante e Scahill (2005), estes transtornos, reunidos, afetam mais de 20% das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos.

IMPORTANTE



1 TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) representam uma categoria na qual estão agrupados transtornos que têm em comum as funções do desenvolvimento afetadas (BRASIL, 2010). Posto isso, é importante compreender que nem todos os estudantes diagnosticados com algum tipo de transtorno mental são estudantes da Educação Especial – área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Nessa categoria, estão incluídos os alunos com diagnóstico de autismo, Síndrome do Espectro Autista (Asperger), Transtorno Desintegrativo da Infância (psicose) e Transtorno Invasivo de Desenvolvimento - sem outra especificação.

Na área TGD é habitual depararmos-nos com os termos *síndrome* e/ou *transtorno*. Assim, é importante esclarecer que a nomenclatura *síndrome* se refere a um conjunto de sintomas, não restrito a uma só doença, que ocorre no indivíduo; e *transtorno* é aplicado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos que ocorrem no transcorrer da infância, com um comprometimento ou atraso no desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central. O transtorno não se desenrola de traumatismo ou doença cerebral adquirida; ele denuncia uma desordem neurológica e origina-se de anormalidades no processo cognitivo derivados de disfunção biológica (FRANZIN, 2014).

O autismo e a Síndrome de Asperger compõem um grupo de problemas que abrange os desvios nos campos do relacionamento social e da comunicação, denominados de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Outros dois termos têm sido empregados em nosso idioma como tradução para *pervasive developmental disorder*, que são: *transtornos invasivos do desenvolvimento* e *transtornos abrangentes do desenvolvimento*. Esta pluralidade de nomenclaturas acontece pela falta de consenso na tradução do inglês de *pervasive* (cuja origem é do latim *pervasis*). Assim sendo, os termos aplicados

são sinônimos para nomear um grupo que apresenta precocemente atrasos e desvios no desenvolvimento das habilidades sociais e comunicativas e um padrão restrito de interesses. Existe uma tendência atual em conceber essa categoria como aquela que apresenta alterações no modo do funcionamento do cérebro social (MERCADANTE; ROSÁRIO, 2009, p. 18).

Autores como Klin (2006), Mercadante e Rosário (2009) ressaltam que embora existam critérios para o diagnóstico do autismo e da Síndrome de Asperger é visível a variabilidade de apresentações clínicas. De acordo com essas afirmações, pode-se presumir que não exista um único padrão de autismo ou de Síndrome de Asperger, mas há “variações no desenho do cérebro social que implicam modos de funcionar distintos, ainda que tenham sempre em comum uma desadaptação precoce dos processos de sociabilidade” (MERCADANTE; ROSÁRIO, 2009, p. 19).

O cérebro social é definido pela neurociência como um conjunto de regiões cerebrais que são ativadas durante a execução de atividades sociais. Concebendo que essas estruturas estejam ligadas umas às outras, formando o que se chama de cadeias associativas ou de redes neurais, é possível afirmar que o modo de agir socialmente depende do desenho dessas redes.

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), por se tratarem de um conjunto de sintomas e comportamentos que transcorrem na infância, com comprometimento

ou atraso no desenvolvimento, apresentam, entre a síndrome e os transtornos que os compõem, uma sucessão de características que serão detalhadas a seguir.

2 CONCEITUAÇÃO DOS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO E A POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA - PNEE/PEI (2008)

Na literatura especializada há pesquisadores importantes por suas argumentações sobre os transtornos, sobre os fundamentos internacionais para o seu diagnóstico e, ainda, por se dedicarem ao estudo das possíveis hipóteses para seu aparecimento. Para os educadores, considera-se esse conhecimento significativo para pensar as dificuldades e as desvantagens que esses estudantes podem ou não apresentar no processo de ensino e aprendizagem.

Vamos conhecer como se deu a compreensão dos transtornos globais do desenvolvimento ao longo da história?

2.1 AUTISMO

O autismo refere-se a um grupo de transtornos caracterizados por uma tríade de prejuízos qualitativos, quanto à interação social, à comunicação e a comportamentos, que poderão variar em menor ou maior agravo para a criança que apresente comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados. É um transtorno com perturbações significativas no desenvolvimento do sujeito e começa a manifestar-se antes dos três anos de idade.

A palavra autismo é de origem grega (*autós*), que significa por *si mesmo*. A terminologia é utilizada pela Psiquiatria para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, voltados ao próprio sujeito. Essa terminologia foi utilizada pela primeira vez por Bleuler (1919) para fazer alusão à perda de contato com a realidade e consequente dificuldade ou impossibilidade de comunicação.

Embora a denominação de “autismo” não tenha sido aplicada nessa oportunidade, a descrição realizada pelo médico Jean Itard, em 1799, do menino selvagem de *Aveyron*, que mais tarde foi retratado no filme de François Truffaut, lembra a descrição do quadro clínico que, algum tempo após, Kanner diagnosticou em algumas crianças autistas - o jovem “selvagem” fora capturado por camponeses de *Aveyron*, na França, sem roupas e movendo-se como quadrúpede e sem linguagem oral.

Ele se balançava sem parar e não demonstrava nenhuma afeição por quem o servia, era indiferente a tudo, não prestava atenção em coisa alguma, nem aceitava mudanças, e lembrava-se com precisão da localização de objetos existentes em seu quarto. Não reagia ao disparo do revólver, mas voltava-se na direção de um estalo de casca de noz. (FERRARI, 2012, p. 6-7).

A descrição deste caso, já apresentado na unidade 1, é muito estudada e deu margem a inúmeros questionamentos sobre a causa do quadro clínico apresentado pelo jovem. Um deles seria a possibilidade do jovem ter sido abandonado por apresentar alguma enfermidade; o outro, se a privação a qual foi submetido teria sido a causa para a sujeição da situação comportamental apresentada no momento da captura.

A psicanalista austríaca Melanie Klein, que desenvolveu trabalhos de psicanálise em crianças, realizou a análise do transtorno com um menino chamado Dick. Klein não referencia o termo “autismo”, mas em um artigo, publicado em 1930, narra a importância da formação do símbolo no desenvolvimento do *eu*. A apresentação da sintomatologia manifestada por Dick pode ser relacionada, atualmente, ao quadro clínico do autismo.

[...] era indiferente à presença ou à ausência da mãe ou da babá. Afora um interesse específico (por trens), ele não se importava com nada, não brincava nem se relacionava com as pessoas a seu redor. Na maior parte do tempo, contentava-se em emitir sons desprovidos de significado e ruídos que repetia de modo incessante. O menino mostrava-se indiferente à maioria dos objetos e brinquedos à sua volta: nem sequer lhes aprendia o sentido ou a função. Mas interessava-se por trens e estações, bem como por maçanetas de portas, pelas portas em si e por sua abertura e fechamento. (FERRARI, 2012, p. 8).

Finalmente, na década de 1940, o autismo foi descrito por Leo Kanner, psiquiatra austríaco, residente nos Estados Unidos, após observação de 11 crianças, resultando na escrita do artigo *Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo (Autistic Disturbances of Affective Contact, 1943)*. Seu estudo fundamentou-se nos comportamentos estranhos e peculiares apresentados pelas crianças, caracterizados por estereotípias (repetição de gestos) e por outros sintomas aliados a uma imensa dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais.

Assim, Kanner (1943) definiu o autismo como um distúrbio infantil caracterizado por uma inabilidade inata de relacionar-se afetivamente com outras pessoas, apresentando uma minuciosa descrição desse transtorno (KAJIHARA, 2014, p. 20).

O desejo obsessivo de isolamento e de manutenção da uniformidade explicava uma série de comportamentos do autista. Segundo os pais das crianças observadas, os filhos ficavam mais satisfeitos quando deixados sozinhos do que quando em companhia

de outras pessoas, não interagiam e permaneciam completamente absortos em si mesmos, não tinham desenvolvido uma consciência social e agiam como se estivessem hipnotizados. Eles ignoravam contato físico direto, movimento ou barulho que ameaçasse interromper seu isolamento, ou demonstravam aflição ao sofrerem interferência externa (KANNER, 1943).

É importante saber que o campo científico demonstrou um interesse crescente pelo autismo nos anos de 1970 e 1980, já que esse interesse viabilizou o desenvolvimento de pesquisas tanto nos campos neurobiológico e cognitivo quanto psicanalítico. O empenho de encontrar um quadro nosográfico (descritivo) adequado ao autismo e aos espectros correlatos mostrava-se tanto na França quanto em outros países, ensejando grandes debates acerca da natureza e da definição indiscutível de cada um deles.

As pesquisas realizadas sobre o autismo até a década de 1970 não conseguiram explicar os sintomas do transtorno, principalmente as dificuldades de relacionamento social. Quanto maior for o aprofundamento de uma pesquisa, mais próximos estamos de constatar uma forma de tratamento específico. A emergência de buscar as estruturas comprometidas, bem como as alterações ocorridas nestas, tem como objetivo encontrar as causas e poder solucioná-las, ou buscar um tratamento que seja eficaz. Assim, uma sucessão de estudos a respeito de fatores neurobiológicos (CHARDAVOIGNE, 2003), bem como fatores genéticos (BAILEY *et al.*, 1995; GILLBERG, 1990), vem ganhando espaço, apoio e aceitação. Como exemplo pode-se citar as pesquisas relacionadas aos cromossomos 2, 7, 15 com o quadro clínico do autismo (ASHLEY-KOCH, 1999; TALEBIZADEH *et al.*, 2002).

Uma das descobertas mais consistentes nesse grupo de crianças é o aumento de serotonina em plaquetas. Contudo, são recentes as pesquisas que buscam relação entre os níveis de serotonina, neurodesenvolvimento e autismo (ZAMPIROLI; SOUZA, 2012).

Ainda que os campos da Psicologia, Psicanálise, Neuropsicologia e Genética tenham trazido enormes contribuições, não há uma resposta definitiva quanto a sua etiologia. O diagnóstico realizado por especialistas é alicerçado em critérios comportamentais, ou seja, distúrbios na interação social, comunicação e padrões restritos de comportamento e interesse. Ainda, para um completo diagnóstico, é necessário que haja desenvolvimento anormal nos três primeiros anos de vida, em pelo menos um dos seguintes aspectos: social, linguagem, comunicação ou brincadeiras simbólicas.

Gustavo Teixeira (2016) define o autismo como uma síndrome de início precoce caracterizada por alterações marcantes no desenvolvimento da linguagem e da interação social. Esse autor aponta para o fato de haver a presença de comportamentos estereotipados e repetitivos, rituais, alterações sensoriais e interesses restritos. Ainda que todos os diagnosticados apresentem esses sintomas, o quadro clínico apresenta

níveis de severidade muito distintos.

Teixeira (2006) salienta que, com relação aos bebês com autismo, esses apresentam grande *déficit* no comportamento social, tendem a evitar contato visual, mostram-se pouco interessados na voz humana e não assumem a postura antecipatória – como colocar seus braços à frente para serem levantados pelos pais. Quando crianças, não brincam com outras, tampouco demonstram interesse por jogos e atividades em grupo; podem ter tendências como cheirar e lambe objetos ou ainda bater palmas e mover a cabeça e tronco para frente e para trás. Os autistas adolescentes podem adquirir sintomas obsessivos (como ideias de contaminação) e apresentar, também, comportamentos ritualísticos como repetição de perguntas, entre outros.

O professor precisa saber que, em relação ao aspecto comportamental, em geral, estudantes com esse diagnóstico apresentam intolerância frente às mudanças de rotina, expressando-se com reações de oposição. A dificuldade em lidar com sentimentos e expressá-los é observada nas mudanças de humor sem causa aparente e acessos de agressividade. Diferentemente da maioria das crianças, que diante de novidades demonstram interesse e necessidade de novos conhecimentos e em explorar o meio, com essas crianças são comuns os comportamentos estereotipados, com interesse limitado diante do novo, repetitivos em ações, gestos e falas (MERCADANTE, 2006).

Você já se perguntou sobre a incidência mundial dos casos de autismo?

O número de casos é um fator interessante, já que as primeiras pesquisas sobre a epidemiologia estimavam a prevalência do transtorno em quatro para cada grupo de 10.000 crianças (LOTTER, 1966), sendo analisado como um transtorno raro. Nos anos de 1990, estudos imputavam a prevalência de 21-31 a cada 10.000 crianças (ARVIDSSON *et al.* 1997; BAYARD *et al.* 2000). Pesquisas recentes realizadas nos Estados Unidos mencionam que cerca de uma a cada 100 crianças tem esse diagnóstico (KOGAN *et al.*, 2009; RICE, 2009).

O aumento significativo da prevalência pode, em parte, ser elucidada pela grande abrangência dos critérios diagnósticos, por um maior esclarecimento sobre o transtorno e, conseqüentemente, maior reconhecimento do mesmo pelos profissionais.

A pesquisa de Hertz-Picciotto e Delwiche (2009) situa que 2/3 deste aumento são atribuídos aos diagnósticos cada vez mais precoces e de casos mais leves, mas que o constante crescimento pode representar um aumento real da incidência, ainda que por motivos desconhecidos.

É relevante salientar um grande estudo publicado em 2014 pelo *Center for*

Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), órgão governamental americano, com sede em Atlanta, que anunciou elementos impressionantes acerca da incidência do autismo nos Estados Unidos. De acordo com o levantamento americano, uma a cada 68 crianças é autista. Esses dados estatísticos são resultado do estudo *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network* (Rede de Monitoramento de Autismo e Transtornos do Desenvolvimento), realizado a cada dois anos, em que são analisadas as prevalências dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) em diversas comunidades do país (TEIXEIRA, 2016, p. 30).

Conforme os critérios do DSM-V (2013), os sujeitos com Transtorno do Espectro Autista devem manifestar sintomas desde a infância, mesmo que ainda não sejam identificados nesta faixa etária. Essa possibilidade permite que os sujeitos, cujos sintomas não tenham sido plenamente identificados até a idade das demandas sociais, tenham condições de receber diagnóstico, mesmo que tardio.

A avaliação da criança com autismo exige um histórico cuidadoso do desenvolvimento físico e psicológico, das habilidades adaptativas nos diversos momentos e contextos. Devem ser verificadas evidências de perdas ou prejuízos, auditivos e atrasos motores. O diagnóstico é feito por exclusão, diferenciando os sintomas causados por fatores orgânicos, como convulsão e esclerose tuberosa, ou alterações por causas genéticas como a Síndrome do X Frágil. (FRANZIN, 2014, p. 68).

Há um número considerável de diagnósticos equivocados, principalmente nos extremos dos níveis de funcionamento intelectual. No entanto, a hipótese para buscar o diagnóstico deve ocorrer quando a criança, entre um ano e um ano e meio, não desenvolve linguagem, não responde às abordagens, mas reage de forma dramática aos sons e objetos inanimados, como, por exemplo, o som do aspirador de pó ligado.

2.2 SÍNDROME DE ASPERGER

Após os estudos de Kanner (1943), o médico vienense Hans Asperger (1944) descreveu o caso de crianças atendidas na Clínica Psiquiátrica Universitária de Viena. Asperger desconhecia o trabalho de Kanner e constatou o autismo de forma independente. Suas observações foram publicadas em alemão, no ano 1944, sob o título *A psicopatia autista na infância*, não sendo traduzidas para outro idioma, o que, provavelmente, contribuiu para prolongar o período de desconhecimento a respeito de seus estudos, até a década de 1980.

Os estudos de Asperger eram conhecidos nos países onde o idioma alemão

predominava, e somente na década de 1970 foram feitas as primeiras aproximações com o trabalho de Kanner, especialmente por pesquisadores holandeses, como Van Krevelen, que tinha domínio dos idiomas inglês e alemão. As iniciativas de comparar as duas condições foram difíceis, devido às diferenças dos pacientes descritos - Kanner estudou pacientes mais jovens e que apresentavam maior prejuízo cognitivo.

CURIOSIDADE



Hans Asperger faleceu em 1980, antes de seu estudo ficar internacionalmente reconhecido. Um dos principais motivos teria sido a dificuldade dos cientistas e pesquisadores mundo afora de compreender suas publicações em alemão, além do fato de muitos de seus artigos terem sido perdidos ou destruídos durante a Segunda Guerra Mundial.

Tentativas de codificar os escritos de Asperger em uma definição categorial da condição foram realizadas por alguns pesquisadores influentes na Europa e na América do Norte. A psiquiatra Lorna Wing (1981) publicou um estudo sistematizando o quadro clínico, chamando-o de Síndrome de Asperger. No entanto, nenhuma definição consensual se revelou até o advento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM-IV - 1994).

A Síndrome de Asperger é classificada como um transtorno invasivo de desenvolvimento. Crianças com esta síndrome podem ter inteligência normal e tipicamente apresentarem inteligência verbal maior que a não verbal. Embora as habilidades verbais dessas crianças não apresentem os prejuízos encontrados nas crianças autistas, elas frequentemente apresentam profundas dificuldades sociais e de semântica.

Teixeira (2006) afirma que o desenvolvimento inicial da criança parece normal, contudo, no decorrer dos anos, seu discurso se torna diferente, monótono, peculiar e há, com frequência, a presença de preocupações obsessivas. É um transtorno de múltiplas funções do psiquismo, com afetação principal nas áreas do relacionamento interpessoal e da comunicação, embora a fala seja relativamente normal.

A interação da criança com Síndrome de Asperger com outras crianças se torna difícil, pois demonstra pouca empatia e apresenta comportamento excêntrico; sua vestimenta pode se apresentar estranhamente alinhada e a dificuldade de socialização pode torná-la solitária. É inflexível, ou seja, tem dificuldades de lidar com mudanças. É emocionalmente vulnerável e instável, ingênua e eminentemente carente de senso comum. Há prejuízo na coordenação motora e na percepção visoespacial. Frequentemente apresenta interesses peculiares, em determinadas áreas do conhecimento, podendo passar horas assistindo

ao canal da previsão do tempo na televisão ou estudando exaustivamente sobre temas ou assuntos preferidos, como dinossauros, Egito, carros, aviões, mapas de ruas, planetas, missões espaciais, entre outros.

Conforme Ferrari (2012), a expressão *transtornos invasivos do desenvolvimento* agrega um conjunto de problemas do desenvolvimento das funções psicológicas, geralmente aquelas envolvidas na apropriação de aptidões para as relações sociais e para a utilização da linguagem.

De acordo com Klin (2006, p. 1), o autismo e a Síndrome de Asperger são entidades diagnósticas em uma família de transtornos de neurodesenvolvimento, nas quais ocorre uma ruptura nos processos fundamentais de socialização, comunicação e aprendizado.

2.3 TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA (PSICOSE INFANTIL)

O Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) foi inicialmente retratado por Theodore Heller, educador austríaco, em 1908. Heller explicitou o caso de seis crianças que, após um desenvolvimento aparentemente normal nos quatro primeiros anos de vida, apresentaram uma grave perda das habilidades de interação social e comunicação.

Segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais* (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (1994), o Transtorno Desintegrativo da Infância é também conhecido como Síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa. A Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva PNEE-PEI (2008) usa a nomenclatura Transtorno Desintegrativo da Infância (psicoses) ao se referir ao público-alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE).

A definição sobre psicose, apresentada pelo DSM-IV, é entendida como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste da realidade. O termo psicose refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou catatônico.

Assim, a psicose pode ser definida como uma desordem mental na qual ocorre um comprometimento do pensamento, da capacidade de perceber a realidade sem distorções e do relacionamento interpessoal (SADOCK, 2000). Existem muitos conceitos diferentes para o termo psicose, tais como perda do contato com a realidade de forma temporária ou definitiva; perturbação psíquica grave (podendo gerar uma desintegração das estruturas da personalidade); e personalidade que se fragmenta (ASSUMPÇÃO, 1993; TENGAN; MAIA, 2004).

Não se pode negar a legitimidade do DSM, porém é válido acrescentar a importante contribuição da psicanálise no entendimento do campo psíquico. Ao passo que o diagnóstico psiquiátrico é realizado pela observação e classificação dos sintomas, o diagnóstico na psicanálise é desencadeado por hipóteses que se constroem durante

o processo psicanalítico, sendo os sintomas lidos e traduzidos. Esses sintomas, para a medicina, podem significar uma doença orgânica, para os psicanalistas é a expressão de um conflito inconsciente (LIMA, 2000). “Para a psicanálise, a causalidade no campo psíquico não opera segundo a lógica de causa e efeito [...]”, assim, o efeito traumático acarretado é diferente para cada um dos sujeitos, mesmo sendo um evento igual (KUPFER; VOLTOLINI, 2008, p. 96). A psicanálise particulariza a escuta e a compreensão do sujeito, numa situação transferencial.

Um dos principais quadros clínicos com alucinações e delírios é a esquizofrenia. A esquizofrenia tem como característica o embotamento afetivo, podendo levar a distorções do pensamento, na percepção e nas emoções. As estatísticas evidenciam que o transtorno atinge cerca de 1% da população; normalmente, a idade média inicial é a faixa etária adulto-jovem, entre 15 e 30 anos de idade (MCCLELLAN, 2000). Pode ocorrer em idade inferior a 17-18 anos, conhecida como esquizofrenia precoce, e a de início muito precoce, antes dos 13 anos de idade. Os sintomas e as características classificatórias da patologia necessitam de observação e análise da interação social e do conteúdo dos pensamentos, o que deixa o diagnóstico incomum na infância, sendo extremamente inusitados os relatos de incidência em idade inferior a cinco anos (MCKENNA; GORDON; RAPAPORT, 1994; HOLLIS, 2000).

Os sujeitos com psicose apresentam como sintoma a dificuldade para se afastar da mãe e de compreensão de gestos e linguagens, alterações significativas na forma do conteúdo do discurso, repetição de palavras e/ou frases ouvidas, ou utilização estereotipada de formas verbais, sendo usual a inversão pronominal, referindo-se a si mesma na terceira pessoa do singular ou usando seu próprio nome, e ainda conduta social embaraçosa (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1991).

2.4 TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO - SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são um grupo de transtornos caracterizados por importante atraso no desenvolvimento, em diferentes áreas de funcionamento, incluindo a socialização, comunicação e relacionamento interpessoal.

O Transtorno Invasivo do Desenvolvimento - sem outra especificação é composto por um grupo heterogêneo de crianças com tendências a apresentar comportamento inflexível, intolerância à mudança e explosão de raiva e birra quando submetidas às exigências do ambiente ou até mesmo às mudanças de rotina.

Assim, muitas vezes, ao discutir a minha impressão sobre determinada criança, quando afirmo que, na minha compreensão, se trata de um transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação, a pessoa do outro lado da mesa ou do outro lado da linha diz “aliviada”: “Ah! Que bom! Achei que pudesse ser um quadro de autismo! Esse é um duplo equívoco: primeiro, porque o diagnóstico nessa área nada mais é do que a organização de um conhecimento, sendo que o comportamento da criança, por si só, já mostra quais são suas limitações, possibilidade e incapacidades (“chamá-la” ou não de autista não modifica essa condição); e segundo (aqui um desconhecimento do termo) porque dizer que é um transtorno invasivo do desenvolvimento tem o mesmo status, em termos da complexidade do quadro, que o transtorno autista. (MERCADANTE; SCAHILL, 2005, p. 37).

Essa categoria diagnóstica é utilizada (DSM-IV) quando há prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social e são excluídas as hipóteses de autismo, Síndrome de Asperger e Psicose Infantil.

3 NOVOS DELINEAMENTOS

É de extrema importância fazer algumas considerações sobre a publicação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V* (2014). Houveram algumas modificações relevantes quanto à denominação de quadros clínicos anteriormente associados à área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e Síndrome de Asperger são englobados pelo termo transtorno do espectro autista. Por conseguinte, estudantes com diagnóstico de Síndrome de Asperger, atualmente, receberiam o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista sem comprometimento linguístico ou intelectual.

É significativo ressaltar que na edição do DSM-V foi suprimida a classificação por subtipos e proposta a categoria diagnóstica do Transtorno do Espectro do Autismo, pois a comunidade científica considerou que o transtorno autista, o transtorno de Asperger e o transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação não são desordens distintas, mas parte de um transtorno único e contínuo, de médio a severo prejuízo, nos domínios da comunicação e dos comportamentos\interesses restritos e repetitivos (KAJIHARA, 2014, p. 25).

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) salienta:

No diagnóstico do transtorno de espectro autista, as características individuais são registradas por meio de uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associados a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidade). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. (DSM-V, 2014, p. 32).

Para finalizar, é necessário reforçar que esses novos delineamentos dados pelo DSM-V não foram integralmente adotados na Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. É possível reconhecer menções acerca do assunto por meio do Decreto n.º 8.368, de 02 de dezembro de 2014, e da Nota Técnica n.º 20, de 18 de março de 2015, onde o Ministério da Educação (MEC) orienta para as necessidades educacionais especiais de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). É possível observar que ao utilizar a nomenclatura TEA, o MEC assume “oficialmente” o conhecimento da substituição do termo “autismo”.

4 REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. Psicoses infantis. *In:* _____. (Orgs.). **Manual de psicopatologia infantil**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 240-267.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. Arlington, 2013.
- ARVIDSSON, T. *et al.* Autism in 3-6-year-old children in a suburb of Goteborg, **Autism**, Sweden, v.1, p. 163-173, 1997.
- ASHLEY-KOCH, *et al.* Genetic studies for autistic disorder and chromosome 7. **Genomics**, v. 61, p. 236-277, 1999.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ASSUMPÇÃO, F. B. Psicose: crítica dos conceitos. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v.1, n. 2, p.13-18, 1993.
- BAILEY, A. *et al.* Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. **Psychol Med**. Bethesda MD, v. 25, p.63-77, 1995.
- BRASIL. **Decreto n.º 8368, de 02 de dezembro de 2014**. Dispõe sobre a regulamentação da Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Educação. **Transtornos Globais do Desenvolvimento**. Brasília, 2010.
- _____. **Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.
- _____. **Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, 2012.
- BAYARD, G. *et al.* A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.39, n. 6, p. 694-702, 2000.

CHARDAVOIGNE A. Autisme: décodage en progress. **Science et Vie**, France, v. 1, p. 71-75, 2003.

FERRARI, P. **Autismo Infantil** – o que é e como tratar. São Paulo: Paulinas, 2012.

FRANZIN, S. O diagnóstico e a medicalização. *In*: MORI, N. N. R.; CEREZUELA, C. (Orgs.). **Transtornos Globais do Desenvolvimento e Inclusão: aspectos históricos, clínicos e educacionais**. Maringá, PR: Eduem, 2014, p. 62-92.

GILLBERG, C. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal Child Psychiat**, Hoboken, v. 31, n. 1, p.99-119, 1990.

HERTZ-PICCIOTTO, I.; DELWICHE, L. The rise in autism and the role of age at diagnosis. **Epidemiology**, v. 20, n. 1, p. 84-90, 2009.

HOLLIS, C. Adult outcomes of child and adolescent onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. **Am Journal Psychiatry**. v.157, p. 1652-1659, 2000.

KAJIHARA, O. T. 1943-2013: Setenta anos de pesquisa sobre o autismo. *In*: MORI, N. N. R.; CEREZUELA, C. (Orgs.). **Transtornos Globais do Desenvolvimento e Inclusão: aspectos históricos, clínicos e educacionais**. Maringá, PR: Eduem, 2014, p. 20-33.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **The Nervous Child**, New York, v. 2, p. 217-250, 1943.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2006, v. 28, suppl.1, pp.s3-s11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>. Acesso em: 23 maio 2016.

KOGAN, M. D. *et al.* Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. **Pediatrics**, v. 124, n. 5, p. 1.395-1.403, 2009.

KUPFER, M. C.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *In*: LERNER, R.; KUPFER, M.C. (Org.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: FAPESP-Escuta, 2008.

LIMA, A. M. O olhar sobre a criança. **Revista Symposium Ciências, Humanidades e Letras**, ano 4, n. 4, Especial, dez. 2000.

LOTTER, V. Epidemiology of autistic conditions in young children. **Social psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 124-135, 1966.

MCCLELLAN, J. M. Early-onset schizophrenia. *In*: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (Orgs.).

Comprehensive textbook of psychiatry. 7. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

MCKENNA, K.; GORDON, C. T.; RAPOPORT, J. L. CHILDHOOD: onset schizophrenia: timely neurobiological research. **Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 33, 1994.

MERCADANTE, M. T.; SCAHILL, L. **Psicofarmacologia da Criança**. São Paulo: Memnon, 2005.

MERCADANTE, M. T. *et.al.* Saccadic movements using eye-tracking technology in individuals with autism spectrum disorders: pilot study. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 64, n. 3a, p.559-562, 2006.

MERCADANTE, M. T.; ROSARIO, M. C. **Autismo e cérebro social**. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

RICE, C. Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. **Centers for Disease Control and Prevention**, v. 58, n. 10, 2009.

SADOCK, V. A. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

TALEBIZADEH, Z. *et al.* No association between HOXA1 and HOXAB1 genes and autistic spectrum disorders (ASD). **Journal Med Genet**, London, p. 39-70, 2002.

TEIXEIRA, G. **Manual do Autismo**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2016.

_____. **Transtornos Comportamentais na Infância e Adolescência**. São Paulo: Rubio, 2006.

TENGAN, S. K.; MAIA, A. K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004.

ZAMPIROLI, W. C.; SOUZA, V. M. P. Autismo infantil: uma breve discussão sobre a clínica e tratamento. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 48, n. 4, 2012.

WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychological Medicine**, v. 11, p. 115-129, 1981.