

SEMANA PEDAGÓGICA 2014

Anexo 12
TRANSTORNOS GLOBAIS
DO DESENVOLVIMENTO
1º Semestre - 2014



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Educação





**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DA EDUCAÇÃO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E
INCLUSÃO EDUCACIONAL**

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD

Shirley Aparecida dos Santos

Todos os que trabalham com crianças e adolescentes são cotidianamente confrontados com questões relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à história. De fato, são diversas as possibilidades evolutivas da criança: a maturação neurológica, o desenvolvimento sensório-motor, os hábitos alimentares e de higiene, o desenvolvimento cognitivo, a constituição subjetiva, os processos de adaptação escolar e social. O próprio Estatuto da Criança e do Adolescente – que os reconhece como sujeitos de pleno direito – postula sua “condição peculiar” de “pessoas em desenvolvimento” (CIRINO, 2001, p.15).

Os alunos da área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação, repertório de interesses e atividades restrito, movimento estereotipado e repetitivo. Incluem-se neste grupo, alunos com Autismo, Síndromes do Espectro do Autismo (Síndrome de Asperger e Síndrome de Rett), Transtorno Desintegrativo da Infância (Psicose Infantil), Transtornos Invasivos sem outra especificação, que no geral apresentam dificuldades de adaptação escolar e de aprendizagem, associadas ou não a limitações no processo de desenvolvimento, que dificultam o acompanhamento das atividades curriculares e na sua interação social com colegas e professores.

A seguir conheça um pouco sobre alguns Transtornos Globais do Desenvolvimento:

Autismo

Segundo Teixeira (2006), autismo é um transtorno invasivo do desenvolvimento caracterizado por prejuízos na interação social, atraso na aquisição da linguagem e comportamentos estereotipados e repetitivos. Esse autor aponta para o fato de que os bebês com autismo apresentam grande déficit no comportamento social, tendem a evitar contato visual, mostram-se pouco interessadas na voz humana e não assumem a postura antecipatória – como colocar seus braços à frente para serem levantados pelos pais. Quando crianças não demonstram interesse em brincar com outras crianças,

tampouco interesse por jogos e atividades de 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, dentre outros.

Síndrome de Asperger

Hans Asperger descreveu a síndrome de Asperger em 1944. Este transtorno também é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento. Crianças com a síndrome de Asperger podem ter inteligência normal, sendo que tipicamente apresentam inteligência verbal maior que a não verbal, isto é, “falam” melhor do que “fazem”. Embora as habilidades verbais dessas crianças não apresentem os prejuízos encontrados nas crianças autistas, elas frequentemente apresentam profundas dificuldades sociais. De acordo com Teixeira (2006), o desenvolvimento inicial da criança parece normal, contudo no decorrer dos anos seu discurso torna-se diferente, monótono, peculiar e há com frequência a presença de preocupações obsessivas. É um transtorno de múltiplas funções do psiquismo, com afetação principal na área do relacionamento interpessoal e no da comunicação, embora a fala seja relativamente normal. A interação dela com outras crianças torna-se difícil, é pouco empática, apresenta comportamento excêntrico, sua vestimenta pode se apresentar estranhamente alinhada e a dificuldade de socialização pode torná-la solitária. São inflexíveis, tem dificuldades de lidar com mudanças, são emocionalmente vulneráveis e instáveis, são ingênuos e eminentemente carentes de senso comum. Há prejuízo na coordenação motora e na percepção visoespacial. Frequentemente apresenta interesses peculiares e pode 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, entre outros.

Psicose

A definição sobre psicose fornecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (1994), 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. Tradicionalmente os psiquiatras definem o termo psicose como um distúrbio da realidade. Em contrapartida, numa visão psicodinâmica, a psicose seria uma desorganização da personalidade, podendo então ser compreendida como uma confusão entre o mundo imaginário e perceptivo na ausência do Ego, segundo Freud, estrutura limitante entre os dois mundos.

Esquizofrenia

Embora rara, a esquizofrenia pode ocorrer em crianças com menos de 12 anos (MERCADANTE, SCAHILL, 2005). Seguindo a definição proposta pelo DSM-IV (1995), a prevalência para a esquizofrenia na infância está estimada em dois casos a cada 100.000 pessoas, sendo mais frequente em meninos. Com relação aos sintomas, podemos citar: alucinações (ver, ouvir coisas que não existem, fora de contexto cultural), delírios (pensamento

absurdo, levando-se em conta as características do pensamento segundo a idade), distúrbios do pensamento e afetividade inapropriada. Outras manifestações frequentes: idiosincrasias (maneira própria de ver, sentir e reagir) de linguagem, tais como neologismos, ecolalia e dificuldades de comunicação verbal, considerando-se o adequado para a idade. Esses sintomas causam alterações significativas em todas as áreas de funcionamento, e as crianças afetadas podem apresentar um atraso do desenvolvimento.

Admite-se que a vulnerabilidade genética desempenha um papel importante no desenvolvimento desse quadro. O diagnóstico de esquizofrenia na infância exige um exame cuidadoso para que se faça o diagnóstico diferencial com autismo e outros transtornos degenerativos do sistema nervoso central.

INCLUSÃO ESCOLAR

O caminho da inclusão de psicóticos e autistas é constituído no dia a dia, passo a passo, e por isso podemos olhar para trás e ressignificar esse caminhar. Este olhar para trás foi possível pela política educacional de inclusão introduzida por governos de natureza democrática e popular, inspirada, sobretudo, pela Carta de Salamanca. (CUFARO, 2000).

Ao receber um aluno com psicose e/ou autismo, a escola passa por situações “inusitadas”, diferentes, como pode ser visto nos trechos a seguir, referente a um aluno da 6.^a série (14 anos), após experiência de exclusão escolar aos 7 anos.

Eu vi Fábio andando a esmo no pátio, falando sozinho gesticulando, “cumprimentando”, isto é, dando a mão para todos, sem olhar para ninguém. Entrava na sala dos professores e fazia o mesmo. Na sala de aula olhava as paredes rindo e movia freneticamente as mãos. Perguntei-me o que eu, especialista, e ele fazíamos ali. A inclusão pareceu-me puro discurso político. Escrevi no relatório: “...apresenta movimentos estereotipados de mãos, fala descontextualizada, ignora a professora. Sugiro encaminhamento para Saúde Mental e desligamento da Educação Especial (prof.^a A. da equipe do Projeto de Integração do Serviço de Educação Especial, que atendia o aluno). (CUFARO, 2000, p.57).

Assim, quando pensamos a passagem desse aluno pela escola, uma das questões pertinente a se refletir é a Pedagogia “não saber” o que fazer diante das condutas estereotipadas, colocando nulo o esforço dos três últimos séculos, quando se buscou, seguindo diversas teorias, o controle do processo ensino-aprendizagem (avaliação de modo que o aluno nada perdesse e o professor tudo pudesse).

Ainda em relação ao aluno Fábio, temos as seguintes situações:

Um dia descobrimos que quase todas as atividades que Fábio jogava fora ou se negava a fazer, estavam feitas e guardadas numa pasta em casa (prof. J., 1997).

Fábio caminhava pelo pátio segurando um pedaço de papelão pequeno, perguntando: “Você tem uma tesoura? Preciso cortar isto aqui”. E repetia para todos os alunos e professores. Na sala de aula, o prof. J. perde a paciência rasga e joga fora o papelão. Fábio ao perder seu objeto se desarvora, sobe na mesa, nas carteiras, quer entrar nos armários. O prof. grita por minha ajuda. Quando cheguei na sala ele já estava sentado, mas agitado – olhar perdido pela janela, rindo, balanceio do corpo, movimentos estereotipados das mãos. O fechamento autístico, a necessidade de cortar, de separação do objeto, e paradoxalmente o corte insuportável, o sofrimento como se ele fosse o próprio objeto rasgado e atirado no lixo, não poderiam ser trabalhados ali, nesse lugar e momento. A classe aguardava uma atitude. Como a Pedagogia nada ensina de como se dirigir a pós-autistas, sentei-me ao seu lado, e perguntei: “O que você veio fazer na escola?”. Como ele me ignorasse, continuei utilizando do único recurso que restava diante do não saber – autoridade e posição. (CUFARO, 2000, p.57).

Como pôde ser observado, o trabalho pedagógico com esse aluno, ora quase semelhante a todo aluno, ora tão desconhecido, que aprende como e quando deseja, no tempo lógico e não cronológico, confere a tentativa de controlar sentimentos ambivalentes, pois para a educação, o saber é consciente, pertinente ao “eu”, portanto, passível de fiscalização, planejamento e avaliação.

No relato de outra professora temos a seguinte situação:

“Quem vem na escola vem para estudar, tem atividade na lousa...”

Enquanto eu continuava com o meu discurso demagógico, de que não se pode perder a chance que a escola nos dá etc., ele tomou do lápis e em segundos efetuou toda a atividade de matemática, escrevendo o resultado antes de efetuar as operações. Pedi o exercício de História da semana anterior, ele, rindo, com suas estereotípias, escreveu de memória todas as perguntas e respostas (prof.ª A.1997). (CUFARO, 2000, p. 58).

É importante frisar que a escola vem apresentando, há pelo menos quatro décadas, a queixa do fracasso escolar e indisciplinar, e a chegada do psicótico e/ou do autista no ensino comum oportunamente acelera e detona o processo inevitável de revisão teórica da educação, visto que ele coloca a escola ante o não saber, que rompe abruptamente. Assim, o real e o imaginário escolar não conseguem dar conta, instaurando-se a angústia, “um buraco”, que o discurso pedagógico não consegue “tapar”, nem com todas as teorias cognitivistas, construtivistas, sociointeracionistas, etc.

Em outro trecho, temos:

Fábio estendia a mão para todos, sempre igual e repetidamente. Então perguntei-me: “Ah! Você está me cumprimentando? Isto é um Boa Noite?” Então eu dizia: “Boa noite, Fábio!”, e procurava os seus olhos. Até que um dia, ele me cumprimentou dando a mão e disse: “Boa noite, Sebastiana!” E me olhou nos olhos. Porque antes não olhava, nem falava, ele dava um BOA NOITE EVASIVO (assistente de direção conta as agruras pelas quais passou a escola, 1997). (CUFARO, 2000, p. 58).

A partir dessa postura da assistente de direção, podemos concluir que ela faz um deslocamento da posição de Fábio enquanto “doente” para um suposto sujeito. O que era pura estereotipia (estendia a mão para todos...) passou a ter uma função (“Boa noite, Sebastiana”). Como educadora, ela oferta significativa (dá um sentido) para não ficar na pura repetição do sintoma. Isto é, “Boa noite Sebastiana” não é ecolalia, nem aprendizagem por condicionamento, é uma demanda de reconhecimento de um aluno (mesmo sem curar-se) que foi colocado no lugar de sujeito e que pode ocupar outros lugares que não o de doente mental.

Jerusalinsky (1988, p.138) reflete o que pode significar a escola para as crianças e os adolescentes com transtornos psíquicos:

[...] a figura da escola vem a calhar porque a escola não é socialmente um depósito como o hospital psiquiátrico, a escola é um lugar para entrar e sair, é um lugar de trânsito. Além do mais, do ponto de vista de representação social, a escola é uma instituição normal da sociedade, por onde circula, em certa proporção, a normalidade social. Portanto alguém que frequenta a escola se sente geralmente mais reconhecido socialmente do que aquele que não frequenta. É assim que muitos dos nossos psicóticos púberes ou adolescentes reclamam que querem ir à escola como seus irmãos, precisamente isso funcionaria para eles como um signo de reconhecimento de serem capazes de circular, numa certa proporção, pela norma social. E efetivamente isso acaba tendo um efeito terapêutico”.

Assim, em consonância com o “moderno” discurso da política inclusiva – **pensando as restrições necessárias numa perspectiva de inclusão responsável** – a educação deve propor ao aluno com transtornos psíquicos, primeiramente, um lugar na escola, isto é, uma designação de lugar social, que é especialmente importante para alunos com dificuldades de produzir laço social.

REFERÊNCIAS

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com criança – desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CUFARO, A.C. **Quando a loucura vai à escola...** Discursos de uma história. *In*: TRATAMENTO E ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO. Salvador: Ágalma, 2000.

DSM-IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Trad. de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

JERUSALINSKY, Alfredo, *et al.* **Psicanálise e desenvolvimento infantil** – um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

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

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