



EDUCAÇÃO ESPECIAL E SUAS CONDUTAS TÍPICAS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1- A PRÁTICA INCLUSIVA	4
2- DESATENÇÃO, COMPORTAMENTO DESCONEXO E BIRRAS FREQUENTES	10
3- MOVIMENTOS CONTÍNUOS E REPETITIVOS	26
4- POUCO OU NENHUM CONTATO VISUAL COM O PROFESSOR	36
5- TIMIDEZ EXCESSIVA OU RECUSA AO FALAR	41
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

Prezado (a), aluno (a),

O Curso apresenta material básico e introdutório sobre educação especial e suas condutas típicas.

A **Educação Especial** é o ramo da educação voltado para o atendimento e educação de pessoas com alguma deficiência. Preferencialmente em instituições de ensino regulares ou ambientes especializados (como por exemplo, escolas para surdos, escolas para cegos ou escolas que atendem a pessoas com deficiência intelectual). São também considerados público-alvo dessas escolas crianças com transtornos globais de desenvolvimento ou com altas habilidades/superdotação de acordo com o art. 58 da Lei de diretrizes e bases da educação nacional, nº 9394 de 20 de dezembro de 1996, que diz:

“Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.”

O termo “condutas típicas” se refere a uma variedade muito grande de comportamentos, o que tem dificultado o alcance de consenso em torno de uma só definição. Assim, encontra-se, na literatura, diferentes definições e diferentes tipos de classificação para esses comportamentos. A maioria delas, entretanto, pode ser representada por um contínuo, no qual se representa, em um extremo, comportamentos voltados para o próprio sujeito, e no outro extremo, comportamentos voltados para o ambiente externo.

1- A PRÁTICA INCLUSIVA

As estratégias pedagógicas correspondem aos diversos procedimentos planejados e implementados por educadores com a finalidade de atingir seus objetivos de ensino. Elas **envolvem métodos, técnicas e práticas** explorados como meios para acessar, produzir e expressar o conhecimento.

No contexto da educação inclusiva, recomenda-se que o ponto de partida seja as **singularidades do sujeito**, com foco em suas potencialidades. Se, por um lado, a proposta curricular deve ser uma só para todos os estudantes, por outro, é imprescindível que as **estratégias pedagógicas sejam diversificadas**, com base nos interesses, habilidades e necessidades de cada um. Só assim se torna viável a participação efetiva, em igualdade de oportunidades, para o pleno desenvolvimento de todos os alunos, com e sem deficiência.

Como desenvolver estratégias pedagógicas inclusivas

O ponto de partida deve ser o próprio estudante. É preciso empenhar-se em conhecê-lo bem. Partir do seu repertório e dos seus **eixos de interesse** torna o processo de ensino-aprendizagem muito mais espontâneo, prazeroso e significativo. Uma dica é se perguntar com frequência: o que cada um deles sabe sobre o conceito a ser trabalhado? Como seus interesses podem ser explorados como facilitadores do ensino de cada conteúdo?

Vale ressaltar a importância de se observar as barreiras existentes e investir na **diversificação de estratégias pedagógicas**. O profissional de atendimento educacional especializado (AEE) tem o papel de colaborar com esse processo. Professores criativos ou que já tenham experiência com inclusão de estudantes com deficiência também podem ser bons parceiros.

Atividades para alunos com um mesmo diagnóstico devem ser iguais?

Durante muito tempo, acreditou-se ser possível generalizar as características das pessoas e, assim, padronizar estratégias pedagógicas a partir de um mesmo quadro diagnóstico. Atualmente, sabemos que essa noção é, no mínimo, simplista. Ainda que apresentem pareceres **diagnósticos absolutamente iguais**, duas pessoas podem reagir às mesmas estratégias de **maneiras totalmente distintas**.

Não há, portanto, “receitas prontas” ou manuais de atividades ideais, indicando exatamente como ou o que trabalhar com um aluno com esse ou aquele diagnóstico. E isso não se aplica somente a pessoas com alguma deficiência. Posto que **a diferença é inerente à condição humana**, o processo de aprendizagem de cada estudante torna-se singular.

Qual a relação entre estratégias pedagógicas e fracasso escolar?

Se partirmos do pressuposto de que toda pessoa aprende, quando isso não acontece, pode ser que o problema resida nas estratégias pedagógicas adotadas em sala de aula. É por meio delas que o estudante se conecta ao currículo, ou seja, acessa o conhecimento. Quando o planejamento não leva em conta as particularidades de cada aluno, as **estratégias pedagógicas podem constituir uma das principais barreiras à inclusão educacional** de alunos com e sem deficiência.

O que fazer quando um aluno “não aprende”?

Na verdade, não são os estudantes que não aprendem. A escola é que, muitas vezes, não está habituada a lidar com a diferença e, assim, não oferece estratégias pedagógicas que favoreçam a criação de vínculos, as relações de troca e o acesso ao conhecimento. Um dos princípios da educação inclusiva é justamente esse: **toda pessoa aprende, sejam quais forem suas particularidades intelectuais, sensoriais e físicas**. O que remete a outro princípio: **o processo de aprendizagem de cada pessoa é singular**. Por isso, torna-se fundamental avaliar cada situação, a

fim de encontrar meios de garantir a inclusão efetiva de qualquer estudante, independentemente do laudo que o acompanha.

E a colaboração do profissional do atendimento educacional especializado (AEE) nesse processo pode ser determinante, considerando que, segundo a Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva, esse serviço tem a função de identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade para a eliminação de barreiras para a plena participação dos alunos, levando em conta suas necessidades específicas.

A luta pelo direito à educação sempre fez parte da vida de Sara Mendonça Ramos. Ainda estudante, a garota protagonizou ao lado da família alguns embates para garantir a sua inclusão efetiva – Sara possui deficiência visual com acuidade entre 5% e 2%.

Embora sempre tenha estudado em escolas regulares, a estudante teve que driblar a negativa de seu acesso por algumas unidades e ainda enfrentar as dificuldades que os professores tinham de lidar com ela em sala de aula.

“O primeiro sentimento que eles tinham era medo e a partir disso não se colocavam no meu lugar na hora de planejar as aulas e executar as avaliações, fazendo com que eu me sentisse excluída do processo de educação”, conta Sara que foi alfabetizada em casa. “Cheguei a ouvir de alguns professores que não seria necessário me alfabetizar já que eu não iria pra frente”, relembra.

O outro lado da pedagogia

Anos depois, finalizada a educação básica, a estudante acabou optando por estudar Pedagogia e já no primeiro dia de aula se apaixonou, como conta. “Falamos sobre o olhar do professor, sobre o quanto ele precisa buscar por outras possibilidades e se colocar no lugar do aluno para construir o processo de ensino-aprendizagem. Com isso, percebi que era ali que eu queria ficar para fazer a diferença na vida das crianças”.

Já formada, também encontrou dificuldades para ingressar na educação, o que a fez atuar em diversas áreas até se deparar com um concurso para a rede municipal de Vila Velha, no Espírito Santo, sua cidade natal. Há quase um ano, a professora atua na Unidade Municipal de Ensino Fundamental (Umef) Alger Ribeiro Bossois, em Cidade da Barra.



Sara, que tem deficiência visual, leciona para crianças do ensino fundamental em Vila Velha/ES.

Crédito: Divulgação

Nesse tempo, ela diz ter percebido que para uma efetiva educação inclusiva não há apenas uma metodologia e que o processo deve se dar com base nas necessidades de cada criança.

Em conversa com o Centro de Referências em Educação Integral, a docente elencou aspectos importantes nessa condução. Confira!

Práticas pedagógicas para educação integral

Confira um conjunto de materiais que tem a proposta de trazer subsídios, ferramentas e dicas para implementar práticas pedagógicas que favoreçam o desenvolvimento integral dos estudantes.

#1. Empatia

“Ela é fundamental para que a gente possa se colocar no lugar do outro, enxergue as dificuldades e as habilidades envolvidas e construa uma metodologia diferente, para que a balança não pese somente para um lado”. Sara defende práticas pedagógicas que contemplem todos os estudantes.

#2. Envolvimento com o estudante

Sara considera imprescindível que o professor conheça o estudante em profundidade ao pensar suas práticas pedagógicas. “É importante saber como é a vida dele, sua estrutura familiar, suas habilidades e necessidades”, defende, para que as atividades aconteçam em contextos dialógicos e inclusivos.

#3. Respeito

Outra questão diz do professor se responsabilizar por cada um dos estudantes de uma turma. Para ela, embora o aluno tenha que ser visto em sua singularidade, ele deve ser contemplado em meio ao todo. “Infelizmente, ainda temos casos em que estudantes com deficiência são deixados de lado em sala de aula”, critica, reforçando o compromisso de educar todos.

#4. Planejamento

Diante dessas questões, outra etapa fundamental na visão de Sara é o planejamento das atividades e das avaliações, que também não devem perder de vista as especificidades da turma. “Por exemplo, eu tenho dois estudantes autistas. Um deles se comunica oralmente e o outro usa linguagem não verbal, o corpo dele fala. É da minha responsabilidade considerar essas necessidades”, colocou. Para Sara é papel do professor reconhecer as diferenças e diminuir a distância entre elas, para que a aprendizagem caminhe para o mesmo nível.

#5. Educação compartilhada

Por fim, Sara ainda defende que a educação seja um projeto de todos na escola. “O que mais importa dentro de uma unidade escolar é o capital humano”, considera. Para ela, é fundamental contar com a comunidade escolar inteira para pensar estratégias inclusivas e se responsabilizar pelo dia a dia escolar. “O professor também precisa de apoio, e trocar com coordenadores, acompanhantes pedagógicos e gestores é fundamental”, reitera.

2- DESATENÇÃO, COMPORTAMENTO DESCONEXO E BIRRAS FREQUENTES

Não há consenso sobre uma definição dos transtornos do comportamento, sendo que ela pode variar em diferentes culturas. Não há também como medir de forma objetiva a presença e a severidade de um transtorno comportamental, o que traz dificuldades na detecção precoce dessas condições.

O pediatra deve considerar um transtorno do comportamento: 1) quando houver problemas no rendimento escolar não explicado por fatores intelectuais, sensoriais ou outras incapacidades físicas; 2) quando são observados problemas em estabelecer e manter relações sociais com colegas, professores ou familiares; 3) quando são observadas reações comportamentais ou sentimentos inapropriados diante de situações corriqueiras, ou tristeza e depressão contínuas; e 4) quando há tendência a desenvolver sintomas físicos ou medos associados a problemas comuns¹. Alguns transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, revelam-se antes mesmo de suas primeiras manifestações mais evidentes, através de características do comportamento e do desenvolvimento já na infância ou adolescência^{2,3}. O DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* - quarta edição revisada) classifica mais de 250 condições que podem cursar com distúrbios do comportamento⁴.

O reconhecimento das primeiras manifestações de condições que afetam o comportamento permitirá que, quando necessário, esses pacientes sejam encaminhados a diferentes profissionais para intervenções precoces que possam modificar o curso da enfermidade. A orientação dos pais a respeito do prognóstico em longo prazo resultará em expectativas mais adequadas em relação às capacidades da criança. Algumas das condições que produzem transtornos do comportamento são geneticamente determinadas e obedecem a padrões de herança mendeliana. O reconhecimento precoce dessas condições será importante também para o aconselhamento genético. É o caso, por exemplo, de um menino que procura o pediatra por transtornos do espectro autista e que, ao final da

investigação, mostra ter a síndrome do X-frágil. Este diagnóstico determina condutas muito concretas, especialmente no que diz respeito ao aconselhamento genético da mãe, das irmãs e tias maternas.

Como as condições que produzem distúrbios do comportamento são numerosas, seria impossível abordar todas nesta revisão. Existem alguns poucos estudos de prevalência na população geral de crianças e adolescentes em outros países⁵⁻⁷. Selecionamos algumas dessas condições por sua frequência ou importância do diagnóstico precoce. Na opinião dos autores, são as condições que podem interessar mais à prática cotidiana de pediatras, por produzirem limitações significativas no rendimento escolar e no convívio com amigos e família.

Serão, portanto, abordadas as manifestações precoces de algumas condições habitualmente observadas na idade pré-escolar ou no início da vida escolar, que são os transtornos invasivos do desenvolvimento (ou as condições pertencentes ao espectro do autismo) e o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Abordaremos também algumas condições que habitualmente se manifestam mais tarde, já na idade escolar e na adolescência, como transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e abuso de álcool e drogas.

Embora o enfoque principal desta revisão sejam as manifestações precoces dessas condições, abordaremos brevemente os critérios para o diagnóstico de cada uma delas. Informações mais detalhadas sobre o diagnóstico são encontradas em outros artigos deste suplemento. As condições aqui abordadas já foram objeto de revisões sistemáticas muito completas, que resultaram em diretrizes que também tratam das manifestações precoces. Recomendamos essas publicações àqueles que procuram leitura complementar⁸⁻¹⁴.

Transtornos invasivos do desenvolvimento (condições pertencentes ao espectro do autismo)

Habitualmente, os sintomas mais proeminentes das condições pertencentes ao espectro do autismo, ou transtornos invasivos do desenvolvimento, podem ser bem observados depois dos 2 anos de idade^{15,16}. Nos últimos anos, no entanto, o diagnóstico precoce das manifestações autistas tem despertado interesse, já que intervenções terapêuticas precoces nessas crianças poderiam atenuar problemas a longo prazo¹⁷⁻²⁰. Em algumas condições, o diagnóstico de autismo e transtornos relacionados levará à etiologia, que poderá implicar aconselhamento genético²¹, como, por exemplo, na síndrome do X-frágil e síndrome de Angelman.

São três os principais sintomas dos transtornos invasivos do desenvolvimento: 1) repertório limitado de atividades, interesses e comportamentos; 2) comprometimento do desenvolvimento da linguagem verbal e não-verbal; e 3) pobre ou nenhuma interação social, incluindo contato visual. Para os pais e pediatras, essas manifestações são sutis e difíceis de perceber antes dos 2 anos. Aquelas envolvendo comunicação e interação social são percebidas antes, e aquelas relacionados à restrição de interesses e comportamentos são percebidas mais tardiamente, depois dos 3 anos²¹. Howlin & Moore²², no Reino Unido, observaram que as preocupações de pais de crianças autistas em relação ao desenvolvimento de seus filhos começam em torno de 1 ano e 7 meses, mas o diagnóstico é feito por volta dos 6 anos de idade. No entanto, até 55% das crianças autistas já manifestam alguns sintomas antes de 1 ano de idade, e até 88%, antes dos 2 anos²³⁻²⁶.

Os estudos visando ao reconhecimento precoce do autismo têm sido feitos especialmente através da revisão de vídeos caseiros feitos antes de 2 anos com crianças que, em idades mais avançadas, tiveram o diagnóstico de autismo bem definido²⁷⁻²⁹. Esses e outros estudos têm sugerido que as manifestações precoces do autismo são anormalidades especialmente no que se tem chamado de *joint attention*, definida como comportamentos que se desenvolvem antes da linguagem, envolvendo a coordenação da atenção entre 1) lactente, 2) outra pessoa, 3) objeto ou evento³⁰. Esses comportamentos anormais são traduzidos por falta de interesse em relação a pessoas e objetos. São crianças que não voltam a atenção quando seu nome é chamado, que não buscam compartilhar interesses. Young et al.³¹ apontam algumas manifestações precoces que poderiam ser observadas pelos pais em

idades em média inferiores aos 2 anos, como falta de interesse por brinquedos, desinteresse em compartilhar objetos e experiências de que goste, pobre contato visual, intolerância a contato físico, posturas e medos inusuais, problemas alimentares, necessidade de rotinas e rituais, problemas alimentares, movimentos e comportamentos estereotipados, pouca atenção a adultos, crises de birra, regressão ou atraso na linguagem, comportamentos obsessivos, falta de brincadeiras imitativas, interesses restritos e estereotipados e deficiência também na linguagem não-verbal, como apontar. A fixação e seguimento oculares dirigidos a rostos humanos estão comprometidos, e esta é uma manifestação precoce³².

Entre as manifestações dos transtornos invasivos do desenvolvimento, as que são de observação mais fácil e objetiva pelo pediatra são aquelas relacionadas ao desenvolvimento da linguagem. Assim, numa diretriz elaborada por diversas sociedades norte-americanas, recomenda-se que as seguintes crianças sejam avaliadas com maior profundidade para os transtornos invasivos do desenvolvimento: 1) aquelas que não balbuciam nem demonstram nenhum tipo de linguagem gestual, como apontar, aos 12 meses de idade; 2) aquelas que não falam sequer palavras soltas aos 16 meses; 3) aquelas que não constroem pequenas frases de duas palavras aos 24 meses; ou 4) aquelas que apresentam qualquer perda na linguagem ou em capacidades sociais em qualquer idade¹³.

Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade

O TDAH é uma síndrome neuropsiquiátrica cujas manifestações principais são três: 1) desatenção; 2) impulsividade; e 3) hiperatividade. É freqüente em crianças em idade escolar³³; e os critérios para o diagnóstico estão melhor definidos a partir dos 6 anos de idade, especialmente porque, nessa idade, os problemas na escola se tornam mais claros, tanto na aprendizagem como no relacionamento com os colegas⁹. O DSM-IV coloca que os pré-escolares com TDAH já diferem de crianças normais da mesma idade por estarem constantemente em movimento e por terem dificuldades em participar de atividades sedentárias com a classe⁴. Entretanto, é difícil estabelecer o diagnóstico em crianças pequenas. Essas dificuldades estão

relacionadas ao fato de que crianças pequenas são naturalmente desatentas, impulsivas e ativas quando comparadas aos escolares, sendo difícil determinar as fronteiras entre os padrões normal e anormal do comportamento³⁴. Entretanto, quando esses comportamentos são muito anormais, mesmo em crianças menores, eles limitam o aprendizado, a socialização, incluindo uma interação apropriada com os pais. Fatores ambientais, como dinâmica familiar, diagnóstico diferencial e comorbidade com condições como transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta e do humor (como depressão) devem ser considerados quando as manifestações sugerindo TDAH já preocupam os pais muito cedo na vida.

O comportamento normal de um pré-escolar pode variar em diferentes dias ou situações. A atividade pode aumentar, por exemplo, diante de uma avó indulgente ou em ambientes muito estimulantes, como um supermercado³⁴. A Academia Americana de Pediatria recomenda que, para a determinação mais segura do diagnóstico, os sintomas devam estar presentes já antes dos 7 anos⁹. No entanto, os pais começam a preocupar-se com o déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade entre 3 e 4 anos de idade³⁵.

A revisão de vídeos caseiros feitos durante os primeiros anos de vida tem auxiliado na determinação das manifestações mais precoces do TDAH. Assim, antes de 1 ano de idade, o comportamento de crianças que desenvolverão TDAH não parece diferir dos controles. Diferenças podem ser observadas a partir de então, com dificuldades para completar tarefas, maiores níveis de atividade, menor cooperação nas atividades em grupos³⁶. Os pré-escolares com TDAH estão mais propensos a acidentes leves, mas não são mais suscetíveis a lesões graves³⁷. Quando o diagnóstico de TDAH é estabelecido em pré-escolares usando-se os critérios do DSM-IV, tem-se observado que as manifestações de hiperatividade e impulsividade são mais proeminentes que aquelas relacionadas ao déficit de atenção³⁸.

Nos Estados Unidos, as prescrições de drogas que atuam no sistema nervoso central, incluindo o metilfenidato, que é o estimulante mais usado no TDAH, aumentaram de 200 a 300% em pré-escolares³⁹. O papel dos estimulantes, no entanto, não está bem definido antes dos 6 anos, assim como o das intervenções não-farmacológicas³⁴. Ainda assim, na prática cotidiana de pediatras, os pais de pré-

escolares freqüentemente perguntam se seu filho tem TDAH. Os pais devem ser orientados a respeito das incertezas do diagnóstico antes dos 6 anos. O uso de estimulantes deve, portanto, ser evitado em pré-escolares, embora possa ser considerado em situações especiais³⁴.

Transtorno de ansiedade de separação e transtorno de ansiedade generalizada

Estas são condições menos graves se comparadas às outras abordadas nesta revisão. No entanto, são muito freqüentes na infância e na adolescência^{6,7,14,40}.

O transtorno de ansiedade de separação pode ocorrer precocemente, já a partir dos 5 anos de idade⁴¹. As crianças menores apresentam preocupações irreais e exageradas sobre perigos que possam ameaçar seus pais ou pessoas próximas. Por isso, a separação gera ansiedade. A maioria dessas crianças recusa-se a ir à escola. Crianças maiores ou adolescentes que desenvolvem transtorno de ansiedade de separação apresentam menos sintomas^{42,43}.

No transtorno de ansiedade generalizada, há uma preocupação excessiva e persistente em relação a uma série de causas, e não a apenas uma, como ocorre no transtorno de ansiedade de separação ou em outros transtornos de ansiedade. Essas preocupações envolvem desempenho na escola, relações sociais, saúde e ruminações acerca de comportamentos passados ou futuros. Para o diagnóstico, é preciso que essas preocupações produzam incapacidades e problemas na vida cotidiana da criança. É necessário também que haja pelo menos um dos seguintes sintomas somáticos: inquietude, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou transtornos do sono⁴. O início dos sintomas acontece geralmente no adolescente, mas pode ocorrer já aos 5 anos de idade⁴⁴. Quanto mais jovem a criança, menor o número de sintomas somáticos. Nas crianças pequenas, são freqüentes discrepâncias entre o relato dos pais a respeito dos sintomas e o relato da criança, que muitas vezes não o confirma⁴⁵.

A detecção e tratamento precoces desses transtornos são importantes, já que eles podem persistir na vida adulta com incapacidades quando não tratados⁴⁶.

Depressão

As condições do DSM-IV que cursam com depressão, como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtorno distímico, podem acometer crianças e adolescentes, produzindo risco de abuso de drogas e suicídio⁴⁷⁻⁵⁰. A frequência de depressão é baixa até os 6 anos e aumenta com a idade, sendo de até 8% na adolescência. Na infância, o risco de depressão é o mesmo em meninos e meninas. Na adolescência, é duas vezes maior em meninas⁵¹. Para se afirmar que uma criança ou adolescente tem depressão em sua forma mais clara - transtorno depressivo maior -, é preciso que vários dos principais sintomas do DSM-IV estejam presentes. Esses sintomas, presentes quase diariamente, são humor deprimido na maior parte do dia, interesses e prazer acentuadamente diminuídos, perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga, sentimento de inutilidade e pensamento recorrente de morte. Essas manifestações devem comprometer o desempenho e não podem ser explicadas pelo uso de drogas ou por causa ambiental clara, como luto, por exemplo. Entretanto, as manifestações iniciais podem ser mais leves, e nem todos os sintomas podem estar presentes⁴.

Existem instrumentos para a detecção de indivíduos de risco para depressão em populações normais de crianças e adolescentes⁵²⁻⁵⁴. O diagnóstico precoce de depressão pode encontrar alguns obstáculos: os indícios de depressão em indivíduos jovens são muitas vezes vistos como flutuações normais próprias da idade; pediatras podem sentir-se relutantes em rotular seus pacientes como doentes mentais; além disso, os transtornos que produzem depressão são considerados próprios do adulto. No entanto, o início da depressão tem ocorrido cada vez mais cedo na vida. As dificuldades para o diagnóstico na infância estão associadas também às limitações da criança em identificar e descrever emoções. Podem tornar-se irritadas e agressivas sem contar o que lhes molesta, sendo que a irritabilidade pode ser a manifestação mais proeminente em crianças menores^{57,58}.

O antecedente de depressão maior em um dos pais aumenta as chances de depressão na criança e no adolescente⁵⁹. O pediatra deve, portanto, estar mais atento nesta situação. Os seguintes fatores também aumentam as chances ou podem desencadear depressão em crianças e adolescentes: tabagismo⁶⁰, perda de um pai ou ente querido⁶¹, ruptura com namorado ou namorada⁶², déficit de atenção, transtorno de conduta e outras condições produzindo dificuldades de aprendizagem⁶³, abuso ou negligência⁶⁴ e separação dos pais⁶⁵.

As manifestações que devem levar o pediatra a considerar o diagnóstico de um transtorno depressivo são mudanças súbitas no comportamento, agressividade, raiva, agitação, mudanças no padrão do sono (tanto insônia como hipersonia) ou apetite, baixa auto-estima, afastamento dos amigos e família, aparecimento de desleixo no modo de vestir-se e na aparência. Alguns sintomas aparentemente não relacionados à depressão estão freqüentemente associados a ela, como a cefaléia, por exemplo⁶⁶. Nesses casos, a cefaléia pode ser a queixa principal quando o paciente é levado ao pediatra - em geral meninas adolescentes ou pré-adolescentes.

Esquizofrenia

Estudos da última década têm indicado que os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia em crianças podem ser os mesmos utilizados em adultos⁶⁷⁻⁶⁹. Assim, as manifestações iniciais de esquizofrenia na criança e no adolescente são semelhantes às aquelas observadas nos adultos. Pode haver delírios, alucinações, desorganização do discurso e do comportamento ou os chamados sintomas negativos, como embotamento afetivo. O diagnóstico só pode ser estabelecido quando essas manifestações iniciais persistem por meses e comprometem as atividades habituais do indivíduo e o relacionamento social. O uso de fármacos que possam produzir essas manifestações deve ser excluído⁴.

Muitos têm procurado delinear na criança um perfil comportamental e cognitivo que indique maior suscetibilidade ao desenvolvimento de esquizofrenia precocemente na vida⁷⁰, o que tem sido difícil. O pediatra deve estar especialmente atento ao

surgimento de manifestações de esquizofrenia quando um dos pais tem o diagnóstico. Neste caso, as chances são de 10%, enquanto que, na população em geral, são de 1%⁷¹. Déficit de atenção, problemas na motricidade grosseira, na memória verbal, atraso na aquisição da marcha e tendência à brincadeira solitária têm sido apontados como possíveis indicadores de maior tendência à esquizofrenia^{2,3}.

Transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa)

Os principais transtornos do comportamento alimentar são a anorexia e a bulimia nervosa. Inicialmente, esses transtornos eram considerados próprios de mulheres jovens e brancas das camadas sociais mais altas. Nos países industrializados, essas condições têm sido observadas cedo na vida e não têm sido exclusividade de mulheres ricas e brancas, embora a ocorrência no sexo feminino seja muito maior^{72,73}. Essas pacientes demonstram medo extremo de ganhar peso, havendo uma distorção na imagem que têm do próprio corpo, ou seja, ainda que sejam muito magras, acham-se gordas. As pacientes com anorexia nervosa resistem em manter um peso mínimo para idade e estatura e insistem em ignorar os riscos de um peso muito baixo. Podem recorrer ao exercício físico excessivo para perder ainda mais peso⁷⁴. Frequentemente, em adolescentes e mulheres, o ciclo menstrual torna-se irregular, com amenorréias prolongadas. Nas pacientes com bulimia nervosa, há compulsão por comer excessivamente durante curtos períodos, e, em seguida, para evitar o ganho de peso, induzem vômitos, usam laxantes, diuréticos, enemas, medicações ou exercício físico em excesso. Essas manobras são em geral feitas em segredo, porque produzem vergonha. Na bulimia nervosa, o peso habitualmente se mantém dentro dos limites normais, o que não ocorre na anorexia nervosa. Os critérios para o diagnóstico estão bem definidos no DSM-IV⁴.

Talvez mais do que em qualquer outro transtorno do comportamento na criança e no adolescente, a detecção precoce dos transtornos alimentares é fundamental. Evidências crescentes têm indicado que, quanto mais precoces as intervenções terapêuticas, melhor será o prognóstico em longo prazo¹⁰. O pediatra deve, portanto,

estar atento para detectar precocemente as primeiras manifestações desses transtornos. Nas consultas de rotina, deve averiguar os padrões alimentares em pré-adolescentes ou adolescentes e a satisfação com a aparência do corpo. Deve aferir peso e estatura e colocá-los em gráficos, já que a desaceleração na curva do peso pode ser a primeira pista para o diagnóstico. Muitas adolescentes demonstram preocupação excessiva com o peso, mas esta observação isolada não é suficiente para o diagnóstico de um transtorno alimentar⁷⁵. No entanto, essas adolescentes tem sete vezes mais chances de desenvolver um transtorno alimentar⁷⁶ e devem ser acompanhadas com atenção. Sabe-se que as pacientes com transtornos alimentares tendem a esconder os sintomas de sua doença, o que pode oferecer problemas para o diagnóstico precoce. Os pais também podem negar o problema. Diante de um caso suspeito, o pediatra não deve sentir-se absolutamente seguro quando pais ou pacientes negam os sintomas¹². Convém destacar que, em uma parcela importante dos casos, nem todos os critérios do DSM-IV estão presentes no início, o que também não descarta a evolução para anorexia nervosa ou bulimia nervosa¹².

Perguntas simples durante a consulta podem selecionar as pacientes que necessitarão de maior atenção para um transtorno alimentar. A respeito do peso, por exemplo, o pediatra deve saber quando e qual foi o peso máximo de sua paciente, qual é o peso desejado, com que frequência se pesa, como se sente em relação ao peso, quando começou a perdê-lo e que medidas têm sido usadas para controlá-lo. Em adolescentes, o pediatra deve saber sobre a idade da menarca e a regularidade dos ciclos menstruais. A preferência por comer sozinha, a escolha de poucos alimentos, rituais ao comer, como preferência por determinados pratos ou talheres, comer em uma ordem rígida, combinações inusuais de alimentos, a ingestão excessiva de líquidos ou mastigar gelo ou goma de mascar em excesso podem ser pistas para o diagnóstico^{12,77}

Abuso de substâncias ilegais, álcool e fumo

O uso de substâncias ilegais, álcool e fumo pode ser classificado em cinco níveis. No menos grave, observam-se baixo controle dos impulsos, necessidade de gratificação imediata, disponibilidade das substâncias psicoativas e necessidade de aceitação no grupo. No estágio mais grave, o uso de drogas é considerado normal pelo usuário, há sentimento de culpa, abstinência, vergonha, remorso, depressão, deterioração física e mental, comportamento autodestrutivo e suicida⁷⁸.

Os estágios mais leves e precoces são mais difíceis de detectar e avaliar. Lesões corporais como consequência de intoxicações agudas, problemas legais, queda do rendimento escolar, deterioração física e mental podem ser indicadores iniciais de abuso de drogas e constituem indicação de intervenção imediata¹¹.

É importante destacar que a comorbidade com outras condições, como depressão e esquizofrenia, é comum⁷⁹. O mecanismo pelo qual estas e outras condições psiquiátricas podem estar associadas não é bem conhecido. É possível que doenças mentais já predisponham ao abuso de drogas, mas é possível também que esses transtornos sejam consequências do abuso.

A negação e a resistência ao diagnóstico são uma característica freqüente nos pacientes e nas famílias, o que dificulta o diagnóstico no início. Para atenuar essa dificuldade, o pediatra deve conquistar a confiança de todos. Quando se considera a possibilidade do abuso de substâncias, a anamnese deve ser feita inicialmente apenas com o paciente, sem os pais. O pediatra não deve demonstrar preconceitos e deve informar o paciente de maneira honesta e transparente que as informações importantes colhidas, se necessário, serão levadas aos pais, mas com tato e diplomacia. Uma maneira de abordar inicialmente o paciente é perguntar sobre sua opinião em relação a outras pessoas que usam substâncias ilegais, álcool e fumo. Depois, perguntará sobre sua experiência com elas^{8,80}.

A escola também pode ser fonte de informações importantes, já que o comportamento e o rendimento escolar são comprometidos pela diminuição da autodisciplina e motivação, com faltas freqüentes⁸¹.

Comorbidade dos transtornos do comportamento

É importante destacar que a comorbidade entre as entidades aqui comentadas é muito freqüente, sendo considerada por alguns a regra, e não a exceção. Por exemplo, a depressão, o abuso de substâncias e os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia nervosa, estão freqüentemente associados. O TDAH também pode estar associado a outras condições que não foram aqui abordadas, como o transtorno desafiador opositivo, o transtorno de conduta, entre outras. Assim, sintomas de uma dessas condições não afastam outras; ao contrário, podem ser a pista inicial para seu diagnóstico^{4,9,82}.

Transtorno Opositivo-Desafiador: saiba quando a 'birra' da criança precisa de atenção médica

Especialistas avaliam que quando mais cedo o diagnóstico for feito, menos problemas a criança e os familiares terão no futuro

Lidar com as **birras** é um desafio para os pais. Comportamento comum em uma fase do desenvolvimento das crianças — quando elas ainda são muito pequenas e não conseguem argumentar —, ela pode ser classificada como um transtorno quando o comportamento agressivo se torna desproporcional. Com base em sua experiência pessoal, a psicopedagoga Luciana Brites e o neurologista infantil Clay Brites escreveram o livro *Crianças Desafiadoras (Gente)*, em que apontam a diferença entre birra e o **Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD)** e discutem os papéis da família e da escola, além das formas de tratamento.

"A criança com TOD não consegue elaborar bem situações em que é contrariada e o quadro não se modifica com o tempo, como ocorre com a birra - ele tende a piorar. São necessárias medidas preventivas, psicoterápicas e medicamentosas", explica Luciana. O casal é fundador do Instituto NeuroSaber, que compartilha informações sobre desenvolvimento, aprendizagem e comportamento na infância e na adolescência.

Clay é membro titular da Sociedade Brasileira de Pediatria, doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Luciana, mestranda em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Mackenzie.

Os primeiros relatos sobre o transtorno datam dos anos 1980, mas só recentemente o TOD passou a ser estudado de forma mais profunda, mostra o livro. Os especialistas avaliam que quando mais cedo o diagnóstico for feito, menos problemas a criança e os familiares terão no futuro. Com o tratamento, que envolve terapia, medicamentos e ações da família - como evitar conflitos durante as crises -, é possível ter uma vida normal. Um exemplo é o filho do casal, de 16 anos, que tem o transtorno e assina o prefácio do livro.

Qual é diferença entre birra e TOD?

Clay: A birra é um comportamento normal da idade, uma forma de expressão por meio de um comportamento irritado, choroso, que pode envolver a atitude de se jogar no chão e se autoagredir. Ela ocorre dos 8 meses até uns 2 ou 3 anos, quando a criança não sabe reagir de forma madura em relação a uma frustração ou algo que ela é socialmente impedida. Nessa fase, ela não tem meios estruturados para discutir e argumentar com o adulto. Isso faz parte do desenvolvimento e da construção da linguagem. Já a criança com TOD não consegue elaborar bem situações em que é contrariada e o quadro não se modifica com o tempo (sem intervenção), como ocorre com a birra - ela tende a piorar. São necessárias medidas preventivas, psicoterápicas e medicamentosas

Quais são os sinais de alerta no caso do TOD?

Clay: A reação emocional é extremamente exagerada. Eles chegam a quebrar objetos da casa, desestabilizar a família e a escola, porque as reações são desafiadoras. Chegam a tomar atitudes maldosas, usando palavras de baixo calão e fazendo chantagem emocional. Isso dos 3, 4 anos até os 8, 9 anos, que é uma fase em que as demais crianças já têm o pleno entendimento do não e das frustrações.

Quais são as causas do TOD?

Clay: Há fatores genéticos e do ambiente, como quando a criança não tem uma rotina de disciplina ou que não foi ensinada a se frustrar. Há quatro tipos de pais: os negligentes, os permissivos e os autoritários, que não dão suporte emocional para as crianças, e os autoritativos, que conseguem equilibrar, na hora de dar um comando, a compreensão do sofrimento da crianças e as formas de dar disciplina e limites sem humilhar nem ser permissivo. Os três primeiros são extremistas e, se têm um filho com predisposição, podem intensificar o quadro. Também é importante lembrar que nem sempre o transtorno aparece em uma criança típica, ele vem com outras condições, como o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) ou outros transtornos, como autismo e transtorno bipolar. É importante que todo profissional avalie a possibilidade de a criança ter esses transtornos.

O livro fala que as referências ao TOD são recentes, com os primeiros relatos na década de 1980 e com mais informações sobre o diagnóstico em 2013, após a publicação da 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. O que já se sabe sobre o TOD e sobre o tratamento dessa condição?

Clay: É muito recente. Só dos anos 2000 para cá as pesquisas mostram que o cérebro (da criança com TOD) funciona de forma diferente. As pesquisas indicam que o cérebro de quem tem TOD apresenta uma instabilidade nas áreas de autorregulação emocional para cumprir atividades que não são do seu desejo e o indivíduo acaba tendo desequilíbrios, levando a comportamento disruptivo. De 40% a 50% dos pacientes precisam ser medicados, porque os pais já estão em situação de estafa, têm dificuldade de se expressar como autoridades e, se não medicar, eles não conseguem voltar à ordem natural das coisas. A medicação ajuda a melhorar a flexibilidade emocional frente às primeiras intervenções comportamentais.

E quais são essas intervenções comportamentais?

Clay: O indivíduo opositor tem duas características: quer sempre estar no mesmo nível que a autoridade, ou seja, não quer conviver de forma subserviente, e quer dirigir os rumos da casa e da escola. A segunda é que tem muita dificuldade de entender que a obediência traz mais benefícios do que a desobediência. Como lidar? Na hora da crise de raiva, os pais não devem conversar nem discutir, porque a criança está impermeável a qualquer palavra que é dita a ela. Tem de dar tempo para ela se acalmar. Respeitar o tempo para se decepcionar e ter raiva e manter o que foi ordenado. Com isso, ela vai vendo que não adianta ter as reações explosivas. Com isso, vai ver que as crises de raiva não vão ter resultado. Como a pessoa com TOD tende a ter essas atitudes difíceis, os pais têm de falar a mesma língua. Se um fala não, o resto da família também precisa falar não. É importante não florear argumentos. Tem de ser direto, objetivo, claro e sem dar espaço para contra-argumentações opositoras. O conjunto de todas as terapias que estão direcionadas para o TOD e as terapias comportamentais de manejo parental têm eficácia de 80% para melhorar os sintomas

É possível estimar a população que tem o transtorno? Ocorre mais entre meninos ou meninas?

Clay: Estima-se que 1% a 11% da população mundial tenha o transtorno. Até a adolescência, é mais comum entre meninos. Depois, empata. Mas o comportamento das meninas é diferente. Enquanto o menino é mais agressivo, a menina manipula nos bastidores. Ela é mais estratégica e resiliente às avessas. Por isso, é preciso evitar chegar (sem acompanhamento) na adolescência. É muito mais fácil intervir antes dessa fase, porque os jovens são naturalmente opositores. O transtorno aumenta o risco de delinquência, de envolvimento com más companhias, de uso de drogas e fugas de casa. Se for feito um trabalho até os 9, 10 anos, evita-se que essas situações venham a acontecer.

Alguns pais podem ficar assustados ao ler sobre o TOD. O que é possível dizer para tranquilizá-los caso tenham um filho diagnosticado com essa condição?

Clay: O TOD sempre começa dentro de casa, não é algo que vai ter na escola e não vai se manifestar em outros ambientes. Então, fica mais fácil identificar. Os tratamentos são muito eficazes, tanto a medicação que vai melhorar a autorregulação emocional, como antipsicóticos e estabilizadores de humor, quanto as terapias comportamentais. Se os pais forem atentos e tiverem um bom convívio, íntimo e conhecendo os filhos, vão saber conduzir de forma ponderada, mas sem perder a firmeza baseada em disciplina e autoridade.

Como os pais de uma criança com TOD devem abordar o tema com a escola?

Luciana: Todos nós somos parceiros para o bem comum das crianças e não existe um desenvolvimento integral sem a parceria entre família e escola. Os pais devem falar o que o filho tem, as questões de medicação e terapia, indicar bibliografia para a escola. O professor deve agir na escola como os pais agem em casa.

Como a escola pode colaborar no processo?

Luciana: No ambiente escolar, é importante conhecer o transtorno, porque muitos conceitos que a gente usa com as escolas têm de ser usados de forma diferente. As crianças com esse tipo de transtorno não aprendem com o erro. Tem de ter um planejamento que não leve a criança a errar e não é por ser mimado, mas porque é um indivíduo que não consegue se autorregular. O trabalho tem de ter poucas etapas, conceitos mais curtos, recompensas e regras positivas, como ensinar a respeitar os amigos e não dizer que "não pode bater no amigo".

3- MOVIMENTOS CONTÍNUOS E REPETITIVOS

Estereotipias motoras (CID-10) ou Transtorno de movimento estereotipado (DSM-IV) é um transtorno comportamental e emocional com início habitualmente durante a infância ou a adolescência e caracterizado por movimentos intencionais, repetitivos, estereotipados, sem finalidade (frequentemente ritmados), não associados a outro transtorno psiquiátrico ou neurológico identificado

As estereotipias são respostas repetitivas que visam exclusivamente a auto estimulação, isto é, a criança se estimula sozinha para buscar sensações físicas prazerosas e uma regulação sensorial do organismo.

Estas respostas tendem a atingir frequências altíssimas, afinal, cada ocorrência é automaticamente reforçada pela produção imediata de sensações físicas prazerosas. O grande problema gerado por esta alta frequência de comportamentos repetitivos é que, enquanto a criança está engajada nestas respostas, ela está respondendo apenas a estímulos internos de seu corpo e não ao ambiente externo, ou seja, ela está perdendo oportunidades de aprendizagem e interação social, que são fundamentais para o seu desenvolvimento e adaptação ao ambiente em que vive.

Os exemplos mais comuns de estereotipias observadas em crianças são: necessidade exacerbada de movimento, *flapping* (movimento de balançar as mãos), *rocking* (balanceio), pular na cama, sofá, no chão, na frente da TV, girar sobre o próprio eixo; olhar objetos que giram; movimento repetitivo para frente e para trás; correr sem função ou objetivo claro; andar na ponta dos pés; bater a cabeça, morder-se, movimentar dedos e mãos na frente dos olhos, etc.

O surgimento de estereotipias no repertório comportamental tem três grandes causas.

A primeira causa é a restrição comportamental, ou seja, as dificuldades em aprender comportamentos sociais, verbais e de brincar levam a um repertório

restrito. Por isso, a criança ocupa seu tempo com os poucos comportamentos aprendidos e que geram prazer. Com isso, os padrões de busca de prazer do bebê, que são meramente sensoriais, perduram até idades nas quais a criança já deveria se socializar.

A segunda causa é a alteração sensorial. As crianças podem apresentar alterações orgânicas que afetam a recepção e a decodificação de estímulos sensoriais. Com isso, estes estímulos podem afetar de forma exagerada ou diminuída; gerando muito prazer ou extrema aversão.

A terceira explicação para estas respostas é a tendência à repetição, que é aí sim é uma característica inerente ao diagnóstico autista. Mudanças e situações novas geram medo, ansiedade, irritabilidade e podem evocar comportamentos disruptivos.

Para melhorar o repertório comportamental é importante ensinar habilidades nas áreas do brincar (habilidades sociais, verbais e motoras envolvidas nas brincadeiras funcionais e que geram interação social); atividades de vida diária (higiene e autonomia); comunicação (comportamentos verbais vocais ou por troca de pistas visuais); e habilidades acadêmicas (leitura, escrita, conceitos matemáticos, etc.).

A resposta estereotipada também passa, com o tempo, a produzir outros reforçadores como conseguir a atenção social das pessoas. Os adultos tendem a dar broncas, falar para a criança parar de fazer isso, fazer contato físico para bloquear estas respostas, etc. Estas consequências também podem fortalecer muito as estereotípias porque a criança conseguiu o que queria: chamou a atenção para si e ficou com o adulto só para ela e não precisa mais se socializar com outras crianças.

Para isso, precisamos combinar diversas estratégias. Uma delas é o reforço diferencial, ou seja, precisamos reforçar positivamente (com elogios, atenção e acesso a itens de interesse) os comportamentos adequados e funcionais ensinados nas diversas áreas do desenvolvimento. Paralelamente, é preciso retirar as consequências reforçadoras dos comportamentos inadequados. Logicamente, só

poderemos retirar as consequências sobre as quais temos controle, ou seja, não dar atenção, não falar sobre estes comportamentos, etc.

Para tentar minimizar os reforçadores automáticos (sensações físicas prazerosas), é preciso bloquear as estereotipias o máximo possível. A melhor forma de fazer isso não é simplesmente segurando as mãos da criança e impedindo-a de balançá-las, isso seria extremamente aversivo e poderia, inclusive, reforçar a resposta devido ao contato físico.

Então, a melhor forma de bloquear as estereotipias é redirecionando a atenção da criança para outra atividade de seu interesse, de preferência outra atividade que seja incompatível com a estereotipia, ou seja, que utilize a mesma parte do corpo. Por exemplo, se a criança está balançando as mãos (*flapping*) podemos apresentar um jogo e quebra-cabeça que ela adore e começar a montar na frente dela, para atraí-la espontaneamente.

Podemos, ainda, oferecer uma peça do jogo para ela encaixar. Assim que a criança se engajar no jogo ela vai parar a estereotipia, afinal não é possível fazer as duas coisas ao mesmo tempo.

Diagnóstico diferencial

Esses comportamentos repetitivos e estereotipados surgem em idade precoce por volta de 1 ano e meio em diante e podem ser sintoma de outras doenças, transtornos ou síndromes, como por exemplo: **Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Intelectual, Síndrome de Tourette, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Problemas Neurológicos, dentre outros. Portanto a criança precisa ser avaliada por um Neurologista Infantil o quanto antes.**

Lembrando que as estereotipias são diferente de tiques nervosos!

Segundo a Sociedade Brasileira e Portuguesa de Pediatria definem:

Tiques são movimentos (chamados tiques motores) e/ou sons (tiques fônicos ou vocais) breves, repetidos, sem objetivo nem propósito claro, por vezes socialmente

desadequados e embaraçosos. Variam em gravidade de criança para criança e também ao longo do tempo, sendo intensificados nas situações de ansiedade e nervosismo.

São relativamente frequentes (cerca de 1 em cada 10 crianças em idade escolar), mas igualmente mal interpretados e até ridicularizados, quer por adultos, quer por outras crianças.

Exemplos de **tiques motores**: torcer ou coçar o nariz, piscar os olhos, fazer caretas, tocar repetidamente em partes do corpo, objetos ou noutras pessoas, saltar.

Exemplos de **tiques vocais**: limpar a garganta, dar estalinhos com a língua, fungar, grunhir, ou em situações mais raras palavras e/ou frases fora de contexto (incluindo obscenidades).

Associam-se a ansiedade e desconforto interior, que aliviam após a concretização do tique. Por este motivo, quando são impedidos de se manifestarem deixam a criança inquieta, tensa e nervosa.

São involuntários, ou seja, a criança não os realiza deliberadamente nem tem controle sobre o momento em que ocorrem ou a sua intensidade, surgindo também durante o sono. Podem, contudo, ser suprimidos por breves períodos, à custa de um importante e progressivo aumento da ansiedade, até que sejam de novo realizados.

Geralmente começam por volta dos 6 anos de idade, muitas vezes de forma súbita e têm tendência a melhorar até ao final da adolescência.

Perturbação de Movimentos Estereotipados

Perturbação de movimentos estereotipados ou o primado da medicina hipócrática na clínica de pediatria do neurodesenvolvimento

De acordo com o DSM-5 ⁽¹⁾ (Maio de 2013), *a principal característica da Perturbação de Movimentos Estereotipados (PME) é um determinado comportamento motor com carácter repetitivo, aparentemente impulsivo e sem motivo (Critério A). Estes comportamentos são, no geral, movimentos ritmados da cabeça, mãos ou do corpo sem uma óbvia função adaptativa.* Estes movimentos poderão cessar ou mesmo não

serem desencadeados em resposta a um esforço do sujeito nesse sentido. No que se refere às crianças com um neurodesenvolvimento convencional, mormente cognitivo e linguístico, os comportamentos repetitivos e estereotipados poderão ser interrompidos quando aqueles focalizam a atenção ou se distraem (focam a atenção em outras actividades ou pensamentos). Já no que se refere aos sujeitos com graves perturbações do neurodesenvolvimento, particularmente com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, (a incidência de PME nesta população está estimada em 4 a 16%) estes comportamentos respondem pior a tais esforços. Noutros casos, o sujeito demonstra comportamentos de auto-restrição, ou seja, tenta substituir os movimentos estereotipados por outros socialmente mais convencionais (ex: sentar-se em cima das mãos, enrolar as mãos na roupa, etc.).

O repertório de comportamentos é assaz variável; cada sujeito apresenta um padrão próprio. Exemplos de movimentos estereotipados que não causam auto-lesões incluem os balanceamentos do corpo e da cabeça, o *flapping* (esvoaçar) das mãos e dos braços, os maneirismos com os dedos, o bater palmas descontextualizado, o colocar os dedos nos ouvidos, o rodopiar, etc, Os comportamentos auto-lesivos incluem, por exemplo, dar bofetadas a si próprio, pressionar os olhos, morder as mãos, os lábios, Num mesmo sujeito poderão coexistir vários destes movimentos repetitivos e estereotipados.

Os movimentos estereotipados podem ocorrer várias vezes durante o dia, durante apenas alguns segundos, minutos ou mais tempo. Os comportamentos variam consoante o contexto (ocorrem mais frequentemente quando o sujeito está concentrado, excitado, ansioso, cansado ou aborrecido). O Critério A requer que estes movimentos sejam aparentemente sem causa. Contudo, alguns movimentos estereotipados servem para controlar outros. Por exemplo, para reduzir a ansiedade.

O Critério B refere que os movimentos estereotipados têm de interferir na vida social, académica ou em outras actividades e podem resultar em auto-lesões. Quando resultam em auto-lesões, é necessário especificar a sua gravidade. Se não houver quaisquer consequências ou interferências a estes níveis, o critério B não está preenchido e não poderemos formular o diagnóstico de Perturbação de Movimentos Estereotipados.

Esta Perturbação tem início na fase precoce do desenvolvimento (Critério C). Não pode ser atribuído a uma condição neurológica, nem devido a uma perturbação do neurodesenvolvimento. A presença da Perturbação dos movimentos estereotipados pode indicar um problema neurodesenvolvimental não detectado, especialmente em crianças entre um e três anos de idade.

De um ponto de vista clínico, interessa realçar que estereotipias simples são comuns em crianças pequenas com um neurodesenvolvimento convencional. São exemplos o *flapping* e o rodopiar sobre si mesmo em crianças sem problemas neurodesenvolvimentais abaixo dos 30 meses de idade (Miguel Palha, Lições de Neurodesenvolvimento, não publicadas). Com o tempo, há uma tendência para a dissipação destas estereotipias. Todavia, se o sujeito apresentar um défice cognitivo, este período estende-se muito para lá dos 30 meses de idade, dependendo da dimensão qualitativa e quantitativa do mencionado défice. Os movimentos complexos, mais espectaculares, são muito menos frequentes e observam-se, as mais das vezes, em sujeitos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Nestes, quanto mais grave for o Déficit Cognitivo, maior será a prevalência de PME.

Perante uma criança que apresenta movimentos repetitivos e estereotipados, o pediatra do neurodesenvolvimento terá de responder a três questões:

1. Há algum défice sensorial significativo, designadamente visual?
2. A interacção social é convencional, mormente a reciprocidade social?
3. O neurodesenvolvimento cognitivo é convencional?

Relativamente à primeira questão – *Há algum défice sensorial significativo, designadamente visual?* -, é consabido que graves défices visuais se acompanham de movimentos estereotipados e repetitivos, como balanceamentos, relacionados com a estimulação vestibular. Por conseguinte, estes movimentos não poderão ser enquadrados fenomenologicamente no âmbito das perturbações neurodesenvolvimentais.

No que concerne à segunda questão – *A interacção social é convencional, mormente a reciprocidade social?* -, o problema reside na possibilidade de se poder, ou não, formular o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Com efeito,

de forma sucinta, as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) correspondem à associação sindrômica de comportamentos repetitivos, estereotipados e restritos a dificuldades na interação social. Por outras palavras, na presença de movimentos estereotipados associados a dificuldades graves na socialização, estaremos, muito provavelmente, perante uma Perturbação do Espectro do Autismo. Consequentemente, o diagnóstico de PME não poderá ser formulado em comorbilidade com o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

No que se refere à terceira questão – *O neurodesenvolvimento cognitivo é convencional?* –, importa saber se os movimentos estereotipados ocorrem num sujeito com Défice Cognitivo, uma vez que, qualitativa e quantitativamente, a PME poderá ser consideravelmente mais grave. Neste caso, de um ponto de vista clínico, temos de perceber se há, ou não, discrepância significativa entre a cognição verbal/não-verbal e a cognição social. Se a cognição social estiver desproporcionalmente afectada relativamente à cognição verbal/não-verbal, deveremos evocar os diagnósticos de PDI e PEA em co-morbilidade. Pelo contrário, se não houver discrepância significativa (o juízo será sempre clínico já que não estão disponíveis meios auxiliares de diagnóstico credíveis!) entre a cognição social e a cognição verbal/não verbal, os diagnósticos mais plausíveis serão os de PDI e PME.

A distinção entre movimentos estereotipados e tiques poderá não ser fácil. Todavia, geralmente, as estereotipias têm o seu início mais precoce (antes dos três anos de idade), enquanto os tiques são notados, as mais das vezes, após os cinco a seis anos de idade; os tiques são mais variáveis (menos fixos e consistentes) e mais breves, aleatórios e flutuantes. Pelo contrário, as estereotipias são mais fixas, rítmicas e prolongadas em duração. Ambos se reduzem pela distração. Em determinadas situações, a distinção entre tiques e estereotipias é difícil, razão por que, qual medicina hipocrática, o juízo será sempre clínico!

Um movimento estereotipado curioso é a *Jactatio Capitis*. Trata-se de uma estereotipia de adormecimento (rodar a cabeça e, às vezes, o corpo), relativamente comum e de significado incerto (ocorre, amiúde, numa população sem qualquer patologia).

Hábitos repetitivos (enrolar o cabelo, morder o lábio, ...), maneirismos, discinésias, coreia, mioclonias, distonia, etc., ...são diferentes de movimentos estereotipados. Todavia, em todos os casos de movimentos repetitivos, deverá ser realizado um cuidadoso: exame neurológico. As estereotipias também devem ser diferenciadas dos movimentos característicos da coceira e da escoriação (por prurido ou contacto/consumo de substâncias, ...).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva define-se, basicamente, pela presença de compulsões (comportamentos confundíveis com as estereotipias) em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente; na PME os movimentos estereotipados não têm qualquer propósito.

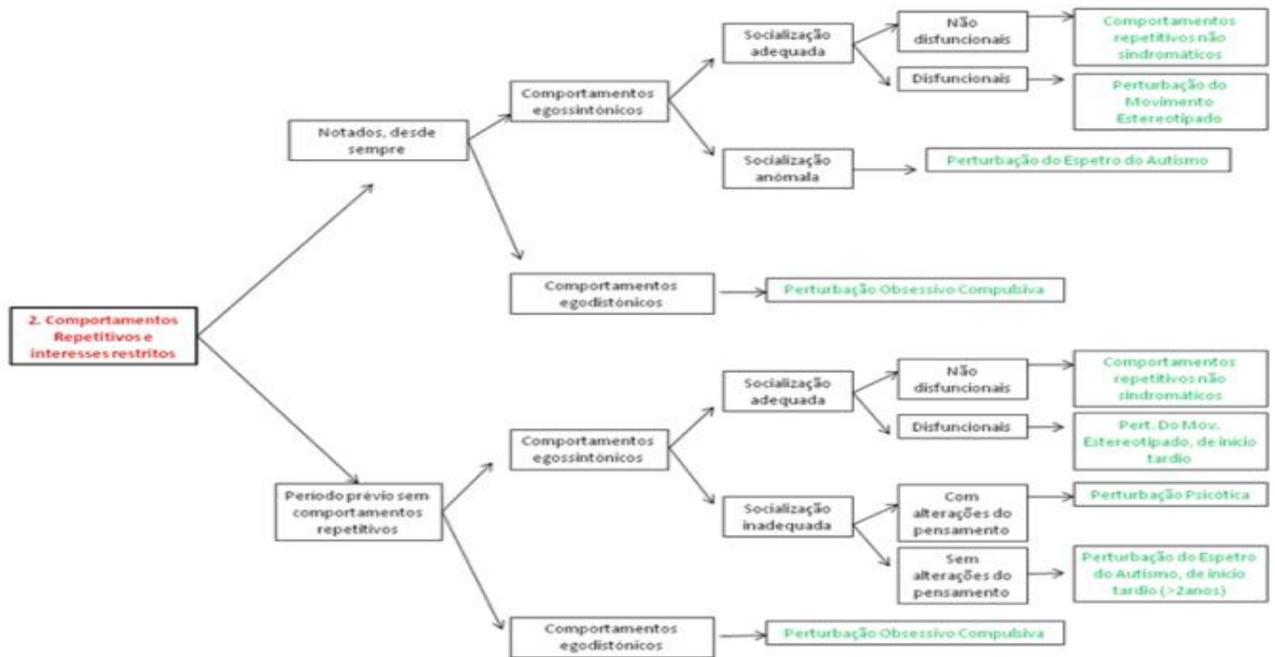
No adolescente e adulto, o aparecimento de estereotipias deverá fazer evocar o diagnóstico de perturbações do foro psicótico.

A PME é particularmente frequente em determinadas síndromes genéticas como a síndrome de Rett, a síndrome de Lesch-Nyhan, a síndrome de Cornelia de Lange, a trissomia 21, a síndrome do x frágil e a síndrome de Smith-Magenis.

A terapêutica consiste, essencialmente, na desestigmatização das manifestações (sujeito, família, escola, comunidade, ...) e, se necessário, no apoio psicológico (cognitivo-comportamental) e na prescrição de um neuroléptico, idealmente de última geração.

Algoritmo diagnóstico dos movimentos estereotipados

(de acordo com Miguel Palha e Lisandra Domingues, 2016, publicado em <http://www.diferencas.net>)



CRITÉRIOS CLASSIFICATIVOS DA PERTURBAÇÃO DE MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS DE ACORDO COM O DSM-5

1. Comportamento motor repetitivo, estereotipado, aparentemente dirigido e sem motivo. Ex: mão “trémula” ou abanando, balançar o corpo e a cabeça, bater-se e morder-se a si próprio;
2. O Perturbação dos movimentos estereotipados interfere na vida social, académica e em outras actividades e podem resultar em auto-lesões;
3. Tem início na fase precoce do desenvolvimento;
4. O Perturbação dos movimentos estereotipados não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição neurológica e não é explicada por uma outra desordem neurodesenvolvimental ou mental (ex: tricotilomania [desordem caracterizada pelo arrancamento repetitivo e sistemático de cabelo], perturbação obsessivo-compulsiva, ...)

Especificar-se:

- Envolve auto-lesões (ou comportamentos que resultem numa lesão se não forem usadas medidas preventivas);
- Não envolve auto-lesões;

- É associado a uma condição médica ou genética, neurodesenvolvimental ou a um factor ambiental conhecidos (Ex: síndrome de Lesch-Nyhan; perturbação do desenvolvimento intelectual; exposição alcoólica intra-uterina, ...).

- **Especificar a gravidade:**

Ligeiro – os sintomas são facilmente suprimidos por estímulos sensoriais ou por distração;

Moderado – os sintomas requerem medidas protectoras e modificação comportamental explícita;

Grave – são necessárias medidas protectoras e monitorização contínua para prevenir danos sérios

Especificadores:

A gravidade dos movimentos estereotipados que não são auto-agressivos varia de manifestações ligeiras que são facilmente reprimidas por estímulos sensoriais ou distração aos movimentos contínuos que interferem significativamente com todas as actividades da vida diária. Os comportamentos que envolvem auto-lesões variam a sua gravidade ao longo de várias dimensões, incluindo a frequência, o impacto no funcionamento adaptativo e a gravidade da lesão corporal (de leve contusão ou eritema, para lacerações ou amputação, de descolamento de retina, ...).

4- POUCO OU NENHUM CONTATO VISUAL COM O PROFESSOR

Atraso na fala, dificuldade de comunicação, falta de interação social e de contato visual são características comuns do transtorno do espectro do autismo perceptíveis já nos primeiros anos de vida.

Foi observando características semelhantes a essas que a professora Michele Barros descobriu que o filho tem autismo. Logo cedo, a mãe percebeu que o comportamento do pequeno Emanuel era diferente do das crianças da creche onde ele entrou com 6 meses. Emanuel chegou aos 2 anos sem falar, não apontava objetos, nem a comida quando estava com fome. Começou ter comportamentos repetitivos e não interagia com outras crianças.

“Fui notando coisas que eram diferentes. Ele não gostava de ir a lugar com barulho, ia a festas de aniversário e, na hora dos parabéns, tampava os ouvidos e chorava. A professora começou a notar também que, quando contava histórias, Emanuel estava andando, olhando para a parede, não participava de nada e tinha muitas rotinas. Queria ficar só acendendo e apagando a luz, abrindo e fechando a porta, não participava [de atividades e brincadeiras] com as outras crianças.”

Michele Barros, então, procurou especialistas para tratar do filho. Emanuel começou fazer vários tipos de terapia e, com pouco mais de um ano de tratamento, teve bons resultados. Hoje, com 4 anos, ele já fala frases, consegue demonstrar o que quer e brincar perto de outras crianças. “São muitas terapias, é pesado, mas é gratificante. Vemos que temos retorno do que estamos investindo.”

Na última terça-feira (18), Dia do Orgulho Autista, a **Agência Brasil** ouviu a história de Michele Barros e de outras pessoas que lidam com o transtorno para falar sobre o diagnóstico e o tratamento do autismo.

Diagnóstico

O diagnóstico do autismo é essencialmente clínico, feito por meio da observação do comportamento e com a participação de psicólogos, psiquiatras e neurologistas. Há três características principais a serem observadas no comportamento que podem indicar o autismo, explica a professora aposentada do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, Izabel Raso Tafuri.

Uma das características é o atraso significativo da fala e da capacidade de comunicação da criança, ou seja, de se fazer entender e transmitir uma mensagem com frases. Há também dificuldade de interação, o que leva a criança a se isolar, não conseguir brincar com as outras e se sentir excluída na sociedade. Outro traço são comportamento repetitivos, ritmados e obsessivos ou ritualísticos.

“Bebês com risco de desenvolver autismo geralmente não apresentam modulações na voz, não olham para as mães quando estão sendo amamentados e muitos não se aconchegam nos colos das mães”, explicou Izabel.

Os sintomas característicos dos transtornos do espectro do autismo estão presentes antes dos 3 anos de idade. Segundo a presidente do Movimento Orgulho Autista Brasil, Viviane Guimarães, o diagnóstico é possível por volta dos 18 meses. Quanto mais cedo o transtorno for diagnosticado, mais chances o autista tem de desenvolver autonomia e se tornar um adulto mais independente, afirma Viviane.

“Quanto mais cedo a gente conseguir diagnosticar, menos atrasos a criança vai ter. Nosso cérebro fecha alguns canais de aprendizagem com determinada idade. O ideal é iniciar uma intervenção antes dos 3 anos. Conseguindo fazer isso, a criança vai ter mais autonomia. Nós, do Movimento Orgulho Autista, trabalhamos em uma lei que fala da importância de ser diagnosticado antes dos 18 meses”, acrescenta Viviane. Ela tem um filho de 18 anos, Caio, que é autista. O diagnóstico correto de Caio veio apenas perto dos 13 anos, após ele ter passado por oito médicos.

Tratamento

Segundo Viviane, após a confirmação do autismo, é importante fazer avaliação com psicólogo, neuropsicólogo, para verificar o ponto que precisa ser mais trabalhado naquela criança. Ela aconselha as mães também procurarem informação. “Não

acredite em tudo que você ouve, nem em qualquer tratamento. Procure o que tem comprovação científica, estude porque você é o principal apoio que seu filho vai ter durante toda a vida.”

A Associação de Amigos do Autista recomenda que, uma vez diagnosticado o autismo, uma equipe multidisciplinar avalie e desenvolva um programa de intervenção específico para cada criança já que existem diferentes graus de autismo e nenhuma pessoa com autismo é igual a outra.

“Os sinais de autismo que aparecem na tenra infância, até os 3 anos de idade, podem desaparecer significativamente se o tratamento for feito a termo e se não houver nenhuma doença neurológica associada ao quadro do autismo que pode trazer incapacidade para a criança”, explica Izabel Raso Tafuri.

Mãe de um autista que está com 41 anos, Marisa Furia Silva, que é vice-presidente da Região Sudeste da Associação Brasileira de Autismo, considera um grande desafio a ser enfrentado no tratamento do autismo a necessidade de um serviço público adequado para atender essa população ao longo da vida. “O autismo hoje não tem cura, e temos que fazer o máximo possível com os serviços gratuitos. O Sistema Único de Saúde [SUS] e as escolas têm que atender a população autista de forma correta, para que, assim, essas pessoas tornem-se adultos mais produtivos e independentes com atendimento diário.”

Com mais de 40 anos de convivência diária com o autismo na criação do filho, Marisa Furia diz que as famílias que vivem a mesma situação precisam enfrentar os desafios. “Não se desespere, tem que enfrentar e lutar para que essas crianças tenham as condições necessárias para se tornar adultos o menos comprometidos possível e tenham uma vida adequada e digna.”

No Dia do Orgulho Autista, em audiência pública, a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado Federal discutiu o atendimento aos autistas no sistema público de saúde.

Além da recusa em experimentar alimentos, do riso inapropriado, da falta de expressividade facial, da fixação por metais, Bernardo não aceitava fazer **contato visual** com outras pessoas, o conhecido contato “olho no olho”. Esse é um dos principais sintomas do autismo. Muitas **crianças autistas** olham apenas de canto de olho ou fazem um breve contato visual, desviando logo o olhar. Não conseguem mantê-lo enquanto conversam.

O famoso “olhe para mim enquanto estou falando” não serve para os autistas. Eles fogem deste tipo de contato. No entanto, não é só o olhar das outras pessoas que eles evitam. Bernardo, por exemplo, não aceitava se olhar no espelho. Embora gostasse de segurar meu rosto entre suas mãos e olhar bem dentro dos meus olhos, ele só fazia isso comigo e, em alguns raros momentos, com a irmã. Mas tinha resistência a se olhar no espelho. Passei a insistir nessa brincadeira; compreendi como ela era importante para seu desenvolvimento.

Ao se contemplar no espelho, é como se estivesse “admitindo” sua existência, constituindo-se como pessoa, como um ser único, singular. Não se olhar no espelho significava que meu filho ainda não aceitava que ele fazia parte deste mundo, do meu mundo que, por enquanto, ainda não era o dele.

Eu o pegava no colo, levava-o para a sala de estar, onde havia um espelho enorme de madeira, e, brincando, apontava:

– Olha o Bernardo ali. Que lindo que o Bernardo é!

Ele desviava o olhar. Não tinha jeito. Não olhava para o espelho. Tudo bem. Eu imaginava que haveria resistência; entretanto, não desistiria. Quase todos os dias eu fazia novas tentativas.

A habilidade de montar brinquedos e quebra-cabeças

A extrema habilidade para montar brinquedos e quebra-cabeças também pode ser um **sintoma do autismo**. Desde muito pequeno, a partir dos três ou quatro anos, Bernardo montava com extrema facilidade quebra-cabeças e brinquedos de

encaixar. Muitos deles só eram montados por adultos e, mesmo assim, com auxílio de um manual de instruções.

Era incrível a facilidade com que ele montava. Para completar um quebra-cabeças de 500 peças, ele levava menos de uma hora, e montava sozinho, sem qualquer ajuda. No começo, eu fiquei feliz com essa habilidade. Acreditava que era um bom sinal. Mas o médico me explicou que essa facilidade era uma das características do autismo, comprovando que seu funcionamento cerebral era de um menino autista.

A razão para essa facilidade é que – de modo geral, mas não absoluto – os autistas ficam muito pouco ou nada preocupados em descobrir o sentido da cena representada nos quebra-cabeças, e muito centrados em estabelecer a continuidade das formas, das cores e das linhas. Não exigir das linhas que façam sentido economiza grande parte do trabalho da percepção e facilita a “armação”, embora não saiba o armador o que armou ali.

Mas não eram só os quebra-cabeças que lhe interessavam. Seus brinquedos preferidos eram bonecos de dinossauros e miniaturas de animais. Ele tinha coleção de bichos e de dinossauros, de todos os tamanhos e tipos. Carrinhos e bolas nunca chamaram sua atenção. Eu tinha percebido isso e, quando ele ganhava carros e bolas, eu repassava para outras crianças.

Mais tarde, vieram os legos, especialmente os da coleção do Star Wars (Guerras nas Estrelas) que imitavam o filme lançado em 1980 por George Lucas. Bernardo era extremamente cuidadoso com seus brinquedos. Ele não os perdia nem os estragava. Muitos desses brinquedos ele conserva até hoje.

5- TIMIDEZ EXCESSIVA OU RECUSA AO FALAR

Criança muito tímida pode sofrer de mutismo seletivo.

Os gatos podem ajudar a superar esse problema.

Autora inglesa entrou para a lista de best sellers mundiais com livro sobre distúrbio pouco conhecido no Brasil, mas que é confundido com timidez e até com autismo. Iniciativas que envolvem animais de estimação consegue bons resultados na superação do problema

Mutismo seletivo? Se você nunca ouviu falar, é compreensível. Apesar de duas vezes mais comum que o autismo, esse transtorno infantil é pouco conhecido, inclusive pelas autoridades, pelos profissionais de saúde e de educação. E este é o tema do livro '**Os gatos nunca mentem sobre o amor**', escrito por Jayne Dillon. Obviamente, por mais que pareça o contrário, a publicação não é sobre gatos. Jessicat, a felina à qual o título se refere, só vai entrar realmente na história lá pela página 73 da edição brasileira. A obra, de linguagem simples e agradável, concentra-se, na verdade, em um problema que no Brasil conta com pouquíssimos estudos. Dentro desse espectro reduzido de pesquisadores, está a psicóloga Elisa Maria Neiva de Lima Vieira, de Sorocaba (SP), que ouviremos mais adiante.

A própria Jayne, que é mãe de Adam, hoje com 27 anos; Luke, de 13; e Lorcan (nome de origem irlandesa que quer dizer 'guerreiro impetuoso'), hoje quase completando 11 anos, abre seu livro explicando o que é mutismo seletivo, antes de fornecer qualquer informação sobre a história que está por vir:

“Mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade infantil. As crianças afetadas por ele falam fluentemente em algumas situações, mas permanecem caladas em outras. Sabe-se que a condição manifesta-se precocemente e pode ser transitória – mas em casos raros, pode persistir durante toda a vida escolar da criança. Ainda que se comuniquem de maneira não verbal, essas crianças não falam com seus professores e podem até permanecer caladas com seus colegas. (...) Com

frequência, a criança não tem qualquer outro problema identificável e conversa livremente em casa e com amigos próximos. Ela também pode ter progressos adequados à idade na escola em áreas que não exigem a fala”



'Os gatos nunca mentem sobre o amor', de Jayne Dillon, não é um livro sobre gatos. A obra traz a estória real de um menino inglês com mutismo seletivo. Ele ganhou a gatinha Jessi quando tinha 6 anos. Aos 8, foi capaz de fazer uma apresentação diante de 30 alunos de sua classe, algo que seria impossível antes (foto: Divulgação)

A autora acrescenta que são crianças sensíveis, mas, ao mesmo tempo, com dificuldade de expressar seus sentimentos. Geralmente sorriem pouco e, quando o fazem, estão denunciando sua ansiedade diante de alguma situação social. Este é o caso do pequeno Lorcan. No início do livro, o encontramos com 8 anos, fazendo seu primeiro discurso para a classe – algo que apenas dois anos antes seria totalmente impossível. O tema escolhido para a apresentação foi Jessi, a gatinha que, um ano

antes, havia sido o alvo do primeiro “eu te amo” da vida de Lorcan.

Antes de alcançar este estágio, em que o filho caçula estava perto de ganhar um diagnóstico mais preciso, a autora descreve todas as angústias pelas quais passou, mesmo tendo uma postura muito prática diante da vida. Até chegar a “certo, temos um problema. Vamos em frente lidar com isso, então”, Jayne e seu marido, David, escalaram alguns degraus. Até os 2 anos, o comportamento do garoto, sempre calado com estranhos, mas falante em casa, era considerado normal, apenas tímido. “Como mãe, você não dá importância. É só quando isso persiste que se torna um problema (...) Sempre orientamos nossos filhos a não falarem com estranhos, então isso pode ser perfeitamente normal”. Apesar de ouvir “isso passa com a idade”, quando Lorcan completou 3 anos e ingressou na pré-escola, as preocupações aumentaram.

Foram anos e anos até conseguir uma consulta com um especialista. “Mas ficar sentindo pena de mim mesma não vai ajudar”, dizia a autora. Ao longo do livro, ela conta a ‘cisma’ com a possibilidade de o caçula repetir a condição do mais velho, Adam, diagnosticado com Síndrome de Asperger, que faz parte do espectro do autismo. A identificação do problema de Adam, no entanto, só veio muito tardiamente, quando ele tinha 18 anos. E este é exatamente o tipo de distúrbio que exige uma intervenção o mais precoce possível. “Você sempre ouve falar sobre a necessidade de intervenção precoce. Mas como ela pode acontecer?”, se pergunta Jayne a uma certa altura, revoltada com a burocracia e a lentidão do sistema de saúde e educação inglês.

Ela toca também em um assunto delicado para europeus e norte-americanos: a suspeita de que a vacina tríplice contra sarampo, caxumba e rubéola estaria relacionada a casos de autismo no Reino Unido. Um artigo publicado na revista especializada Lancet em 1998 - e desconsiderado pela comunidade científica logo depois - provocou pânico. Casada com um médico e ela mesma profissional de saúde – Jayne é auxiliar obstétrica – a escritora relata que os três filhos tomaram todas as vacinas e que, ainda assim, tem certeza que os dois diagnosticados com síndromes relacionadas ao autismo já davam sinais do problema desde muito novos,

mesmo antes de serem imunizados, descartando qualquer vínculo entre uma coisa e outra.



Jayne Dillon com o filho Lorcan, de quase 11 anos; e a gatinha Jessi (foto: Reprodução / Daily Mail)

Suspeitas

As suspeitas da autora a respeito do diagnóstico do filho – para ela, Lorcan não tinha ‘apenas’ mutismo seletivo – foram aumentando com a idade e com alguns sinais, como a recusa em receber e dar carinho, além de vários constrangimentos causados pelo fato de ele levar tudo ao pé da letra e ser também literal para falar. Tanto que um dos livros preferidos do garoto na primeira infância era “Beijinhos não dou”, de Júlia Jarman, que conta a história de Jamie, um menino que é obrigado a conviver, a contragosto, com beijos e mais beijos de uma família enorme. O outro era, sem surpresa, a série Mog, de Judith Kerr, que apresenta as aventuras de um gato em diversas situações.

Para não entregar o livro inteiro, a grande luz lançada pela obra desta mãe inglesa é

sobre o ignorado mutismo seletivo, que afeta 6 em cada mil crianças, em média – quase duas vezes a proporção do autismo na população. “Mas muitos médicos não têm qualquer conhecimento e os professores não estão preparados para lidar com isso. Encontrei ao longo da minha caminhada várias pessoas que simplesmente lavaram as mãos e passaram o problema para frente”, relata a autora. Mas encontrou também algumas outras pessoas muito empenhadas em ajudar Lorcan e, é claro, Jessi, uma gatinha sociável e tranquila que não se importava se o comportamento do menino estava dentro dos padrões – assim como os gatinhos do abrigo norte-americano.

Reconhecido na primeira metade do século passado como uma desordem da infância, as complicações geradas pelo mutismo seletivo podem ser simples, como a dificuldade para pedir para ir ao banheiro ou dizer que se machucou na escola. Apesar disso, geralmente são crianças que querem se comunicar com olhares ou sinais - o que não acontece em muitos casos de autismo.

Mas, segundo a psicóloga Elisa Neiva, que mantém algumas páginas no Facebook para tentar divulgar a pauta do mutismo seletivo no Brasil, uma pessoa pode ter o diagnóstico de MS na infância e permanecer assim até a vida adulta. “No adulto, a condição pode parecer apenas uma seleção muito criteriosa de contatos e vínculos. Obviamente, não é o que se espera de nossa conduta social, mas se a pessoa permanecer bem consigo mesma e com a vida, tem que ser respeitada”, esclarece. De acordo com Elisa, o paciente com MS quando adulto tem muito claro o que pode perder ou ganhar caso não supere esta situação. “Embora não exista uma categorização oficial de graus de mutismo seletivo, se a condição persistir, acredito que é mais severa e requer cuidados por toda a vida”, aponta.

A psicóloga explica que o mutismo seletivo, embora possa ter sintomas muito parecidos com o autismo, é um transtorno bem diferente. “O que os torna próximos é que tanto uma criança autista, como uma criança com mutismo seletivo, têm sérias dificuldades de contato, seja ele físico ou verbal”, esclarece a pesquisadora.



Um dos livros preferidos de Lorcan

na primeira infância era 'Beijinhos não dou', que mostra as reações de um menino que não apreciava os carinhos da família enorme. É comum que as crianças com mutismo seletivo tenham dificuldades com contato físico, o que pode provocar confusão entre esse transtorno de ansiedade e o autismo. Em alguns casos, as duas condições podem aparecer juntas (foto: Divulgação)

Segundo Elisa Neiva, é necessário que o psicólogo tenha bons subsídios técnicos para poder elaborar um diagnóstico diferencial. “Muitas vezes, o trabalho com mutismo seletivo nos impede de usar qualquer tipo de material em que a criança precise falar. Considero de extrema importância as entrevistas iniciais feitas com os pais, a observação da hora terapêutica e o contato com a escola”, pondera.

Para a psicóloga, se pensarmos na estória do livro, em que uma mãe obtém o diagnóstico de autismo de um de seus filhos apenas aos 18 anos de idade, é fato que isso se deu de forma tardia. “Mas não devemos deixar de considerar as variáveis envolvidas nesta questão. Os pais tinham condições internas e até mesmo sócio culturais de encaminhar seu filho para um diagnóstico correto? Havia a

negação da possibilidade de autismo?”, reflete.

Ao contrário do Reino Unido e dos Estados Unidos, em que há associações nacionais específicas para reunir pais de crianças com MS, no Brasil não existe uma entidade que dê suporte psicossocial ao paciente e sua família. As iniciativas, como as da própria Elisa Neiva, estão online. Não há, também, nenhum programa que considere a adequação de crianças com MS em escolas públicas. No entanto, segundo especialistas, programas desenvolvidos individualmente podem ser implantados no ambiente escolar regular. Assim como Jayne Dillon relata no livro, geralmente as crianças com o distúrbio passam por ‘quietinhas’ e não ‘incomodam ninguém’ na sala de aula, o que resulta na demora da intervenção.

Animais-terapeutas

Outro ponto trazido pela psicóloga brasileira é que o mutismo seletivo não é um distúrbio da fala. “Do meu ponto de vista, é uma ‘condição transitória’ na vida de uma criança ou adolescente, que apresentam graus elevados de ansiedade e outras comorbidades associadas. A estória de vida de pais e crianças nos revelam que aquilo que os pequenos calam com os lábios, mas expressam-se com gestos ou atitudes e até mesmo com o funcionamento de seus órgãos”, define a pesquisadora.

A escola, segundo Elisa Neiva, é um elo fundamental para o sucesso do tratamento de uma criança com MS. “Ela nos dá quase todos os subsídios para um bom e adequado diagnóstico. Se a instituição de ensino for aberta, receptiva, as trocas de conhecimento com os profissionais envolvidos já são responsáveis por 50% do sucesso do trabalho”, ressalta.

O uso da Terapia Assistida por Animais (TAA) é também extremamente valioso. “Nos casos em que eu atendo, busco sempre fazer a junção da psicoterapia, terapia medicamentosa após avaliação e conduta psiquiátrica e a equoterapia, em que o paciente é acompanhado por uma equipe multiprofissional e mantém contato com o cavalo preparado para esta prática”, exemplifica.

O animal funciona como um polo condutor da comunicação e tem função terapêutica

comprovada cientificamente. “Em minhas entrevistas de diagnose eu sempre incluo o animal de estimação da criança, pois, sem dúvida alguma, ele é um facilitador para a comunicação. Caso a família não tenha um, aconselhamos a adotar ou adquirir, dentro de suas possibilidades”, orienta.



Lorcan e a gatinha, que foi a grande vencedora do prêmio da organização 'Cats

Protection', como 'melhor amigo' e 'gato do ano': relação entre os dois facilitou o caminho para que o menino com mutismo seletivo pudesse expressar seus sentimentos com palavras e se comunicasse com pessoas fora de seu círculo familiar (foto: Paul Maven Photography / Divulgação / Reprodução Daily Mail)

Elisa Neiva completa que este aspecto deve, no entanto, ser muito bem pensado. “De nada vale ter um cachorro ou um gato pensando que ele será mágico no tratamento das crianças e adolescentes. O importante é o afeto que se estabelece entre a criança e o animal, a criança e a família e destes com o animal.

Em “Os gatos nunca mentem sobre o amor”, Jayne Dillon relata que, quando Lorcan disse 'eu te amo' pela primeira vez, ela não se importou que o filho não tenha direcionado a frase à mãe. Jayne sabia que ele a amava, mas demonstrava isso de outras maneiras. A autora conta que ficou, na verdade, extremamente realizada pelo fato de a criança estar conseguindo expressar um sentimento real e sentir empatia pelo outro, coisa que era muito difícil para o caçula. "Ninguém pode viver guardando todos os sentimentos para si. Jess fez com que ele encontrasse de novo sua voz", desabafa.

O trabalho em equipe deve envolver a família, que pode contribuir para diminuir angústias e ansiedades. “Uma família bem informada pode tomar uma atitude positiva, de enfrentamento do problema. Abandonar a negação significa sair da inércia, reduzir o preconceito e desenvolver uma condição mais saudável para a criança”, define Elisa Neiva. Jayne conseguiu, aos poucos, com a ajuda de amigos, políticos e da 'fama' obtida após a premiação nacional que Jessi-cat ganhou por sua parceria com Lorcan - os dois se tornaram mini-celebridades - montar um grupo de orientação a pais de crianças com mutismo seletivo e autismo. "Fico me perguntando quantas outras mães estão literalmente sofrendo em silêncio e sem receber apoio", questiona.

As causas do mutismo seletivo são variadas, envolvendo mais de um fator – genéticos, ambientais e situações traumáticas, como separações, superproteção, mortes na família, pouco envolvimento paterno e situações de violência, por exemplo. Esses indícios não são, no entanto, definitivos, uma vez que há poucos

estudos realizados sobre essa condição. Os primeiros sintomas são geralmente percebidos entre um a três anos de idade e incluem:

- timidez;
- acessos de birra e de tristeza;
- excesso de rigidez ou perfeccionismo, mesmo em crianças novas;
- dificuldade de fazer contato olho no olho;
- Não falar em situações sociais específicas, em que haveria expectativa de comunicação verbal, como na escola. Entretanto, a criança fala em outras situações e pode ter desempenho escolar dentro da média;
- o comportamento interfere no desempenho social;
- condição dura no mínimo um mês e este período não é limitado ao primeiro mês de escola –quando é comum que muitas crianças fiquem tímidas, não sendo caracterizado mutismo seletivo;
- o não-falar não está vinculado à falta de conhecimento sobre o idioma, numa situação de mudança de país, por exemplo; e também não está vinculado à gagueira;
- em alguns casos, há características físicas semelhantes entre os portadores de mutismo seletivo, que geralmente são crianças magrinhas, franzinas.

Os autores Bruna Antunes de Aguiar Ximenes e Geraldo José Ballone, afirmam, em seu artigo 'Mutismo Seletivo', de 2009, que atualmente existem muitas críticas quanto ao uso do termo, pois passaria a falsa ideia que a criança escolhe propositalmente não falar, por algum tipo de rebeldia.

Na verdade, ela não se sente segura para se comunicar em determinados espaços e situações – inclusive na terapia, cujo progresso pode demandar anos. A literatura médica atual também hesita na classificação do MS, variando entre "problemas de comunicação" e "estados de ansiedade" vivenciados pela criança.

REFERÊNCIAS

<http://www.dominipublico.gov.br/>>acesso em 07/04/2020

https://pt.wikipedia.org/wiki/Educa%C3%A7%C3%A3o_especial>acesso em 07/04/2020

<https://diversa.org.br/educacao-inclusiva/como-transformar-escola-redes-ensino/estrategias-pedagogicas/#como-desenvolver-estrategias-pedagogicas-inclusivas>>acesso em 07/04/2020

<https://educacaointegral.org.br/reportagens/professora-da-orientacoes-para-uma-pratica-educativa-inclusiva/>>acesso em 07/04/2020

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300004>acesso em 07/04/2020

https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2020/01/07/interna_bem_viver,1112637/saiba-quando-a-birra-da-crianca-precisa-de-atencao-medica.shtml>acesso em 07/04/2020

<https://institutoinclusaobrasil.com.br/entendendo-as-estereotipias/>>acesso em 07/04/2020

https://diferencas.net/?page_id=781>acesso em 07/04/2020

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-06/caracteristicas-do-autismo-sao-perceptiveis-nos-primeiros-anos-de-vida>>acesso em 07/04/2020

<https://leiturinha.com.br/blog/autismo-do-contato-visual-a-habilidade-de-montar-brinquedos/>>acesso em 07/04/2020

<https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/02/24/noticias-saude,192883/crianca-muito-timida-pode-sofrer-de-mutismo-seletivo-saiba-o-que-os-g.shtml>>acesso em 07/04/2020