

# **T**RANSTORNOS DO **N**EURODESENVOLVIMENTO

Prof<sup>a</sup>. Ariane Regis  
Prof. Kligiel Vatutim Betezek da Rosa





Copyright © UNIASSELVI 2018

*Elaboração:*

*Profª. Ariane Regis*

*Prof. Kligiel Vatutim Betezek da Rosa*

*Revisão, Diagramação e Produção:*

*Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI*

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri  
UNIASSELVI – Indaial.

303.44

R337t Regis, Ariane

Transtornos do neurodesenvolvimento / Ariane Regis; Kligiel  
Vatutim Betezek da Rosa. Indaial: UNIASSELVI, 2018.

193 p. : il.

ISBN 978-85-515-0156-6

1.Desenvolvimento Social.

I. Centro Universitário Leonardo Da Vinci.

# APRESENTAÇÃO



Estamos muito felizes em tê-lo como acadêmicos da disciplina Transtornos do Neurodesenvolvimento! Preparamos para você um livro de estudos de qualidade e com diversas orientações práticas, pois somente é possível ver resultados na educação a partir de ações focadas em obter metas.

Na Unidade 1, vamos conhecer os Transtornos do Neurodesenvolvimento com muita clareza, pois trabalharemos a partir das características dos transtornos apresentadas no Manual de Diagnóstico e Estatísticas dos Transtornos Mentais – DSM-V (2014). Além disso, estudaremos também as neuropatologias.

Já na Unidade 2, vamos aprender sobre as avaliações e tratamentos dos profissionais da medicina e psicologia nos transtornos do neurodesenvolvimento. Além disso, verificaremos o acompanhamento dos demais profissionais da área da saúde (atendimento multiprofissional) e, o mais importante, apresentaremos orientações claras de como os profissionais da educação especial deverão atuar junto ao processo de ensino-aprendizagem.

Por fim, a Unidade 3 tem como objetivos realizar a reflexão sobre os pontos importantes envolvendo educação e saúde no atual cenário da infância no Brasil, bem como refletir sobre pontos fundamentais, como a ética no atendimento/accompanhamento na educação especial e o aspecto de não rotular; e conhecer como desenvolver vínculo satisfatório (comunicação) entre educadores especiais e profissionais da saúde.

Desejamos, a partir deste livro, contribuir com a formação de profissionais da educação especial focados em buscar resultados verdadeiros na área da Educação. Trata-se de um novo momento na educação brasileira e este deve potencializar cidadãos socioeconomicamente mais independentes, críticos, com princípios e de ações férteis.

É necessário que você, acadêmico, esteja pronto e aberto à crescente união entre ciência e educação, disposto a ser um elo desta união, sempre buscando metodologias que tragam melhores resultados aos seus alunos. Ensinar sobre a verdadeira igualdade se constrói com a aquisição de conhecimentos que tornem os alunos capazes de pensar, escolher e lutar por seus anseios de forma autônoma.

Prof<sup>a</sup>. Ariane Regis

Prof. Klígiel Vatutim Betezek da Rosa

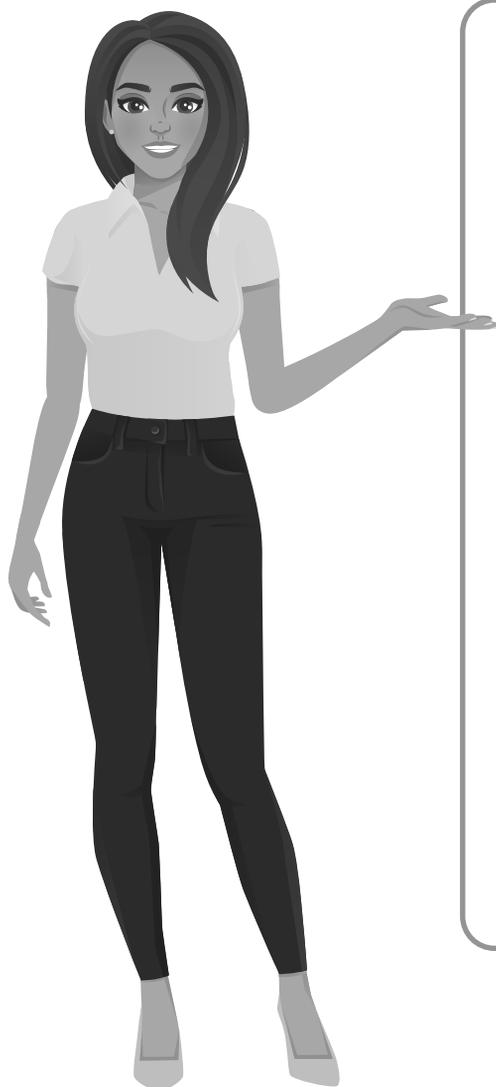
# GIO

## Você sabe se lembra dos UNIs?

Os UNIS eram blocos com informações adicionais – muitas vezes essenciais para o seu entendimento acadêmico como um todo. Agora,  **você conhecerá a GIO**, que ajudará você a entender melhor o que são essas informações adicionais e o porquê você poderá se beneficiar ao fazer a leitura dessas informações durante o estudo do livro. Ela trará informações adicionais e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto estudado em questão.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2021, além de nossos livros estarem com um novo visual – com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura –, prepare-se para uma jornada também digital, em que você pode acompanhar os recursos adicionais disponibilizados através dos QR Codes ao longo deste livro. O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com uma nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página – o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo. Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Portanto, acadêmico, agora você tem a possibilidade de estudar com versatilidade nas telas do celular, tablet ou computador.

Junto à chegada da **GIO**, preparamos também um novo layout. Diante disso, você verá frequentemente o novo visual adquirido. Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar os seus estudos com um material atualizado e de qualidade.



# QR CODE

Olá, acadêmico! Para melhorar a qualidade dos materiais ofertados a você – e dinamizar, ainda mais, os seus estudos –, a UNIASSELVI disponibiliza materiais que possuem o código QR Code, um código que permite que você acesse um conteúdo interativo relacionado ao tema que você está estudando. Para utilizar essa ferramenta, acesse as lojas de aplicativos e baixe um leitor de QR Code. Depois, é só aproveitar essa facilidade para aprimorar os seus estudos.



## ENADE

Acadêmico, você sabe o que é o ENADE? O Enade é uma dos meios avaliativos dos cursos superiores no sistema federal de educação superior. Todos os estudantes estão habilitados a participar do ENADE (ingressantes e concluintes das áreas e cursos a serem avaliados). Diante disso, preparamos um conteúdo simples e objetivo para complementar a sua compreensão acerca do ENADE. Confira, acessando o QR Code a seguir. Boa leitura!



## LEMBRETE



Olá, acadêmico! Iniciamos agora mais uma disciplina e com ela um novo conhecimento.

Com o objetivo de enriquecer seu conhecimento, construímos, além do livro que está em suas mãos, uma rica trilha de aprendizagem, por meio dela você terá contato com o vídeo da disciplina, o objeto de aprendizagem, materiais complementares, entre outros, todos pensados e construídos na intenção de auxiliar seu crescimento.

Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.

Conte conosco, estaremos juntos nesta caminhada!



## MAPA CONCEITUAL

Acadêmico, o mapa conceitual é um meio didático que subsidia na solidificação e memorização de informações sobre um determinado tema ou teoria. O mapa conceitual traz significados pessoais, refletindo o entendimento de quem o construiu. As relações de significância são extremamente pessoais, por este motivo, não existe um mapa conceitual “correto” ou “incorreto”. Pensando nisso, adaptamos este livro didático para incluir uma nova proposta a você. Crie o seu mapa conceitual! Para mais informações, consulte o conteúdo do QR Code a seguir.





# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 - TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM</b> .....	<b>1</b>
<b>TÓPICO 1 - TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO, PATOLOGIAS E COGNIÇÃO</b> .....	<b>3</b>
1 INTRODUÇÃO .....	3
2 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL .....	4
3 TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL .....	7
4 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA .....	11
5 TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO .....	21
6 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE .....	22
7 TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE .....	25
8 TRANSTORNO DE CONDUTA .....	26
9 TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE .....	26
10 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM .....	27
LEITURA COMPLEMENTAR .....	29
RESUMO DO TÓPICO 1 .....	35
AUTOATIVIDADE .....	36
<b>TÓPICO 2 - NEUROPATOLOGIAS NA INFÂNCIA</b> .....	<b>37</b>
1 INTRODUÇÃO .....	37
2 EPILEPSIA .....	37
3 LESÕES CEREBRAIS .....	38
4 SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA (SFA) .....	42
RESUMO DO TÓPICO 2 .....	45
AUTOATIVIDADE .....	46
<b>TÓPICO 3 - TRANSTORNOS DA ANSIEDADE NA INFÂNCIA</b> .....	<b>47</b>
1 INTRODUÇÃO .....	47
2 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO .....	47
RESUMO DO TÓPICO 3 .....	50
AUTOATIVIDADE .....	51
<b>TÓPICO 4 - DISTÚRBIOS DA APRENDIZAGEM</b> .....	<b>53</b>
1 INTRODUÇÃO .....	53
2 DISLEXIA DO DESENVOLVIMENTO .....	53
3 TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM NÃO VERBAL .....	55
4 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES ESCOLARES .....	56
RESUMO DO TÓPICO 4 .....	60
AUTOATIVIDADE .....	61
<b>TÓPICO 5 - COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>63</b>
1 INTRODUÇÃO .....	63
2 COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO .....	63
RESUMO DO TÓPICO 5 .....	66
AUTOATIVIDADE .....	67

**UNIDADE 2 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO ..... 69**

**TÓPICO 1 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DA DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E DOS TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO SOCIAL ..... 71**

**1 INTRODUÇÃO ..... 71**

**2 DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL ..... 71**

2.1 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO EM PSICOLOGIA..... 73

2.2 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL ..... 87

2.3 ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL ..... 90

**3 TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO ..... 92**

**RESUMO DO TÓPICO 1 ..... 94**

**AUTOATIVIDADE ..... 95**

**TÓPICO 2 - AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA/TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO ..... 97**

**1 INTRODUÇÃO ..... 97**

**2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ..... 97**

**3 TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO..... 103**

**RESUMO DO TÓPICO 2 ..... 107**

**AUTOATIVIDADE ..... 108**

**TÓPICO 3 - AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE, TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM E DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM ..... 109**

**1 INTRODUÇÃO ..... 109**

**2 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE ..... 109**

**3 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM ..... 114**

**4 DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM ..... 115**

**RESUMO DO TÓPICO 3 ..... 119**

**AUTOATIVIDADE ..... 120**

**TÓPICO 4 - AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE/TRANSTORNO DE CONDUTA/TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE ..... 121**

**1 INTRODUÇÃO ..... 121**

**2 TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE ..... 121**

**3 TRANSTORNO DE CONDUTA ..... 123**

**4 TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE..... 124**

**LEITURA COMPLEMENTAR ..... 126**

**RESUMO DO TÓPICO 4 ..... 129**

**AUTOATIVIDADE ..... 130**

**UNIDADE 3 – DESAFIOS ATUAIS NA INFÂNCIA BRASILEIRA..... 131**

**TÓPICO 1 – TECNOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO: TRÍPLICE DA MUDANÇA..... 133**

**1 INTRODUÇÃO ..... 133**

**2 JOGOS DIGITAIS E REDES SOCIAIS ..... 133**

**3 EAD E EDUCAÇÃO ESPECIAL ..... 137**

**4 SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS..... 137**

4.1 CUIDADOS COM A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO ..... 140

4.2 INCLUSÃO DE AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL..... 141

4.2.1 Ações de desenvolvimento pessoal aos profissionais da educação e educação especial.....	145
<b>LEITURA COMPLEMENTAR .....</b>	<b>146</b>
<b>RESUMO DO TÓPICO 1 .....</b>	<b>150</b>
<b>AUTOATIVIDADE .....</b>	<b>151</b>
<b>TÓPICO 2 - RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO .....</b>	<b>153</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>153</b>
<b>2 ESPECIALIDADES MÉDICAS .....</b>	<b>153</b>
2.1 ESPECIALIZAÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA .....	154
2.2 COMUNICAÇÃO ESCRITA: DA ESCOLA PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE .....	156
2.3 COMUNICAÇÃO ESCRITA: DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PARA A ESCOLA.....	158
<b>RESUMO DO TÓPICO 2.....</b>	<b>160</b>
<b>AUTOATIVIDADE .....</b>	<b>161</b>
<b>TÓPICO 3 - A IMPORTÂNCIA DO NÃO ROTULAR .....</b>	<b>163</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>163</b>
<b>2 A RELAÇÃO EDUCADOR E ALUNO .....</b>	<b>163</b>
<b>3 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOBRE O NÃO ROTULAR.....</b>	<b>165</b>
<b>RESUMO DO TÓPICO 3.....</b>	<b>168</b>
<b>AUTOATIVIDADE .....</b>	<b>169</b>
<b>TÓPICO 4 - A ÉTICA NA EDUCAÇÃO ESPECIAL .....</b>	<b>171</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>171</b>
<b>2 ÉTICA E EDUCAÇÃO ESPECIAL.....</b>	<b>171</b>
<b>3 DEFINIÇÕES DE CONDUTAS NO ATENDIMENTO DE PAIS DE ALUNOS .....</b>	<b>173</b>
<b>4 ESTUDOS DE CASO.....</b>	<b>175</b>
<b>LEITURA COMPLEMENTAR .....</b>	<b>178</b>
<b>RESUMO DO TÓPICO 4.....</b>	<b>183</b>
<b>AUTOATIVIDADE .....</b>	<b>184</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>185</b>

# TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

**A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:**

- conhecer os transtornos do neurodesenvolvimento;
- conhecer as neuropatologias, os transtornos de ansiedade e os distúrbios de aprendizagem mais comuns na infância;
- compreender as comorbidades mais comuns dos transtornos do neurodesenvolvimento.

## PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em cinco tópicos. No decorrer dela, você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO, PATOLOGIAS E COGNIÇÃO

TÓPICO 2 – NEUROPATOLOGIAS NA INFÂNCIA

TÓPICO 3 – TRANSTORNOS DA ANSIEDADE NA INFÂNCIA

TÓPICO 4 – DISTÚRBIOS DA APRENDIZAGEM

TÓPICO 5 – COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO



## CHAMADA

Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



# **CONFIRA A TRILHA DA UNIDADE 1!**

Acesse o  
QR Code abaixo:



# TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO, PATOLOGIAS E COGNIÇÃO



## 1 INTRODUÇÃO

Na primeira unidade do livro de estudos, aprenderemos sobre as patologias do neurodesenvolvimento. Mas, afinal, o que são patologias? A palavra patologia significa **estudo da doença** e é uma expressão de origem grega.

Conforme Dalgarrondo (2008), os transtornos são doenças nas quais podemos identificar com clareza as características, o desenvolvimento, os aspectos psicológicos e físicos, as antecedências, os comportamentos e as respostas aos tratamentos com certa previsão. Os transtornos mentais são diferentes das síndromes. A síndrome é um conjunto de sinais (alterações físicas no corpo) e sintomas (alterações comportamentais, emocionais, psicológicas) de um tipo de doença mental, mas ainda não se tem total clareza de como se inicia e como ocorre todo o seu desenvolvimento.

É fundamental aos educadores especiais terem o conhecimento científico e as informações claras sobre os transtornos do neurodesenvolvimento e as patologias que envolvem o processo de ensino-aprendizagem. Porém, o domínio deste conhecimento deve zelar por uma conduta ética, evitando preconceitos e pré-julgamentos, por exemplo: "Aquele é o autista!" ou "Esse é o hiperativo!" Isso pode ser muito prejudicial ao aluno e pode ser considerada uma forma de discriminação. Então, vamos nos abstrair de tais expressões e transmitir esse conhecimento a todos: sem rótulos, sem discriminação!

A base do conhecimento utilizada na construção da Unidade 1 é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, mais conhecido como DSM-V. Trata-se do livro utilizado pelos profissionais da saúde (médicos, psicólogos e fonoaudiólogos, por exemplo) atuantes na área da saúde mental. A saúde mental refere-se a todas as práticas de avaliação, tratamento e prevenção destinadas às patologias mentais (distúrbios, transtornos, síndromes).

Pode parecer desafiante compreender os transtornos do neurodesenvolvimento, mas o presente livro é um excelente suporte/auxiliador para a sua formação como profissional.

## 2 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Conforme o Manual Estatístico de Diagnóstico dos Transtornos Mentais, a deficiência intelectual é um transtorno que se inicia no desenvolvimento infantil (idades iniciais) e inclui déficits funcionais (APA, 2014).

“Deficiência intelectual é um transtorno do desenvolvimento que inclui prejuízos intelectuais e adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático” (TOMAZ; et al, 2017, p. 2).

Para compreendermos melhor, são apresentados os critérios que devem ser preenchidos para o diagnóstico:

- 1. A existência de déficits cognitivos:** os déficits cognitivos são prejuízos nas funções cerebrais relacionados ao raciocínio, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem.
- 2. Déficits nas funções adaptativas:** dificuldades em atingir padrões de desenvolvimento e padrões socioculturais, por exemplo, impedimentos em estabelecer comunicação clara e adequada; dificuldades em desenvolver e manter vínculos com outras pessoas; e, até mesmo, dificuldades em realizar ações diárias de higiene, trabalho e alimentação. Observa-se também limitações quanto à independência pessoal e responsabilidade social.

E, por fim, é critério também que os déficits cognitivos e os déficits nas funções adaptativas tenham início no período do desenvolvimento infantil (idades iniciais).

## DICAS



Assista ao filme *Uma lição de amor*. Trata-se da história de um pai com deficiência intelectual e sobre todos os desafios e conquistas na educação da sua filha. Ótima dica de estudo complementar!

FIGURA 1 – UMA LIÇÃO DE AMOR



FONTE: Disponível em: <<https://psicologiaacessivel.net/tag/uma-licao-de-amor/>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

É importante mencionar que a deficiência intelectual possui quatro níveis de gravidade: leve, moderada, grave e profunda. A seguir, apresentamos cada nível de gravidade com as respectivas características:

**a) Deficiência intelectual leve:**

- Nas crianças pré-escolares, as diferenças podem não ser tão evidentes.
- Já nas crianças em idade escolar e também nos adultos, observa-se: dificuldade na escrita, leitura, cálculos, contagem de dinheiro, contagem do tempo.
- Apresenta imaturidade no relacionamento com outras pessoas.
- Apresenta dificuldade em compreender contextos sociais, tais como: assuntos adequados a falar e o momento destes, ações e comportamentos cabíveis a cada situação social.
- Normalmente precisa de apoio para realizar cuidados pessoais, em grau bem menor comparado aos outros níveis, mas mesmo assim necessita de ajuda.

**b) Deficiência intelectual moderada:**

- O desenvolvimento das habilidades é retrógrado quando comparado a outras crianças.
- Necessita de assistência para realizar as atividades.
- A linguagem falada acaba sendo o principal meio de comunicação, porém é de vocabulário limitado.
- Consegue realizar necessidades pessoais com dificuldades, apenas necessita investimento maior ao aprender.

**c) Deficiência intelectual profunda:**

- Impossibilidade de desenvolver aspectos simbólicos.
- Apresenta limitação no entendimento da linguagem e até mesmo na emissão da fala, escrita e sinais.
- Dependência em realizar todas as atividades do dia a dia.
- Não consegue ter senso de segurança e autopreservação.

**d) Deficiência intelectual grave:**

- Apresenta baixa compreensão quanto à linguagem (escrita, oral ou sinais) e na emissão.
- Necessita de apoio constante para ações que envolvam raciocínio, planejamento mental, abstração do pensamento (imaginação).
- Necessita de apoio em todas as atividades básicas do dia a dia, como alimentação, cuidados de higiene pessoal e, inclusive, ir ao banheiro para evacuação.
- Apresenta grande dificuldade em aprender, na aquisição e manutenção do domínio de habilidades.

Pode-se observar com clareza que a deficiência intelectual apresenta níveis de gravidade e cada um apresentará suas limitações e necessidades, apesar de apresentarem características muito próximas.

É importante observarmos que algumas características podem ser similares entre os tipos de deficiência intelectual, contudo difere-se o nível de dependência existente em cada tipo.

## NOTA

Você sabia que dos dias 21 a 28 de agosto muitos municípios e instituições promovem Semana da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla? Inclusão e quebra de preconceitos costumam estar em voga nessas ocasiões.

FIGURA 2 – SEMANA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MÚLTIPLA



Fonte: <https://itajai.sc.gov.br/noticia/27162/itajai-promove-semana-da-pessoa-com-deficiencia-intelectual-e-multipla#.YUqH31VKjIU>. Acessos em 21 Set. 2021



Desta maneira, verificamos a importância de iniciar a investigação médica e psicológica desde cedo:

A educação psicomotora, quando estimulada desde a tenra idade, pode amenizar os déficits mentais das crianças com este transtorno. As instituições que assistem a crianças portadoras de deficiência mental, por meio da observação das condutas motoras durante o desenvolvimento infantil, possibilitam a reabilitação precoce na presença de desvios evolutivos que, se forem desconsiderados, podem se tornar incapacitantes ao indivíduo (MANSUR; MARCON, 2006, p. 14).

# ATENÇÃO

Os termos **portador, portadora e portadores** não são mais utilizados na atualidade, no contexto de inclusão. Nesse livro eles foram mantidos apenas nas citações diretas, literais, para preservar os textos citados tal qual foram escritos pelos seus respectivos autores.



Conclui-se que a expressão “portador/portadora de necessidades especiais” deve ser evitada, visto que estas pessoas não portam a deficiência como se porta um objeto, não sendo, portanto, a maneira que melhor se aplica para descrever suas características. Nesse sentido, pelos motivos anteriormente abordados, se empregará no presente artigo o termo “pessoa com deficiência”, utilizando-se da nomenclatura aplicada na Convenção Internacional dos Direitos e Dignidade da Pessoa com Deficiência (LISBOA, 2020, p. 38).

Disponível em . <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2245>, acesso em 21 Set. 2021.

É comum pais e educadores infantis aceitarem o que de fato ocorre no comportamento estranho da criança, sempre há uma maior tendência a negar a doença.



## DICAS

A UNIASSELVI disponibiliza o acesso à Plataforma de Livros On-line na Biblioteca Virtual Pearson®. É uma ótima oportunidade para você aprofundar ainda mais suas pesquisas sobre os temas apresentados neste livro!

## 3 TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL

A comunicação abrange o envio e recebimento de mensagens que requer a interpretação, a produção de significados e sentidos sobre o conteúdo da informação transmitida/recebida. Para tanto, são necessários processos que envolvem elementos verbais, motores e sociais (OLIVEIRA; GARGANTINI, 2003).

Conforme encontramos no DSM-V (APA, 2014), o conjunto de modalidades de transtornos da comunicação social é formado por quatro específicos transtornos de comunicação, os quais são:

1. Transtorno da linguagem
2. Transtorno da fala
3. Transtorno da comunicação social – pragmática
4. Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)

O **transtorno da linguagem** é definido por contínuas dificuldades nos comportamentos de expressão. Vejamos:

- O aluno com transtorno da linguagem apresenta grande dificuldade na fala, na escrita e, até mesmo, na linguagem de sinais (consequência da própria dificuldade de compreender e produzir a comunicação). Assim, você notará que o aluno apresenta:
  - Vocabulário limitado – uso de poucas palavras e com limitações.
  - Dificuldade de formar frases e compreender as regras gramaticais.

## IMPORTANTE

Podemos considerar somente que o aluno apresenta transtorno da linguagem quando ele não tem outra dificuldade física, por exemplo, a surdez (APA, 2014). Assim sendo, o transtorno da linguagem acontece somente por fatores psíquicos e não por alguma limitação física.



FIGURA 3 – O DRAMA VIVIDO PELO ALUNO QUE APRESENTA O COM TRANSTORNO DA LINGUAGEM



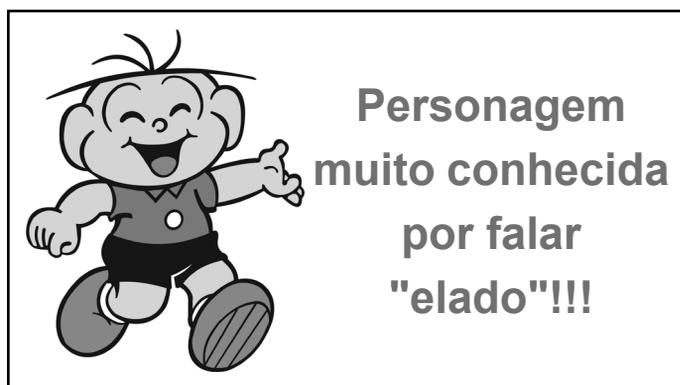
FONTE: Disponível em: <<http://fopifono.com/category/fala-e-linguagem/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

Agora vamos aprofundar nossos estudos em outro tipo de transtorno de comunicação, o transtorno da fala.

O **transtorno da fala** estende-se à contínua dificuldade na produção da comunicação falada, prejudicando a comunicação verbal da criança. Interfere na inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal de mensagens. O início do transtorno ocorre no período de desenvolvimento do sujeito (APA, 2014).

Trata-se da dificuldade de expressar e entender palavras tendo como origem comprometimentos neuronais (mecanismos cerebrais) e/ou traumas psicológicos.

FIGURA 4 – CEBOLINHA: PERSONAGEM DE HISTÓRIAS INFANTIS ILUSTRANDO O TRANSTORNO DA FALA



FONTE: Disponível em: <<http://educacaoinfatilemfoco.blogspot.com.br/2012/01/dislalia.html>>. Acesso em: 27 dez. 2017.



## IMPORTANTE

O transtorno da fala não deve ser atribuído à paralisia cerebral ou a outras lesões cerebrais, à fenda palatina ou à surdez e demais necessidades auditivas. As pessoas que apresentam as dificuldades anteriormente mencionadas podem de fato ter uma fala "errada", mas é devido à alteração física gerada por tais patologias e não tem origem psicológica ou neurobiológica. Neste caso, não podem ser consideradas transtorno da fala (APA, 2014).

Partiremos agora à aprendizagem de mais um transtorno da comunicação social, o **transtorno da comunicação-pragmática**.

O transtorno da comunicação-pragmática refere-se:

1. Déficits no uso da comunicação com fins sociais, como em saudações e compartilhamento de informações, de forma adequada ao contexto social. 2. Prejuízo da capacidade de adaptar a comunicação para se adequar ao contexto ou às necessidades do ouvinte, tal como falar de forma diferente em uma sala de aula do que em uma pracinha, falar de forma diferente a uma criança do que a um adulto e evitar o uso de linguagem excessivamente formal. 3. Dificuldades de seguir regras para conversar e contar histórias, tais como aguardar a vez, reconstituir o que foi dito quando não entendido e saber como usar sinais verbais e não verbais para regular a interação. 4. Dificuldades para compreender o que não é dito de forma explícita (p. ex., fazer inferências) e sentidos não literais ou ambíguos da linguagem (p. ex., expressões idiomáticas, humor, metáforas, múltiplos significados que dependem do contexto para interpretação) (APA, 2014, p. 47-48).

Infelizmente há poucos artigos científicos e livros abordando o transtorno da comunicação- pragmática.

E, por fim, a gagueira, denominada **tartamudez** ou **transtorno da fluência com início na infância**.

“Comunicação produtiva inclui postura/linguagem corporal, formulação de informação, voz e articulação, cuja sincronia produz a fala fluente; caso contrário, pode aparecer a disfluência chamada gagueira” (OLIVEIRA; GARGANTINI, 2003, p. 51).

Ao encontrar um estudante com gagueira, notamos as seguintes características:

- Repetições de sons, sílabas ou palavras.
- Prolongamento frequente de sílabas e/ou palavras que interfiram significativamente na fluência da expressão verbal.

Oliveira e Gargantini (2003) redigiram um artigo acerca da comunicação, no qual, a respeito da gagueira defendem que

[...] as estratégias devem preocupar-se com técnicas corporais de autoconhecimento, com o fortalecimento da auto-estima, com o enfrentamento das diversas situações de comunicação e com a própria fluência. Elas devem levar o sujeito com disfluência a construir um modelo de comunicação no qual a *informação* se sobreponha a qualquer outro comportamento (evitação, fuga, temor e ansiedade). Assim, o objetivo principal do gago não deve ser aprender como lidar com a gagueira em situações difíceis, mas como realizar uma boa/ produtiva comunicação, não importando em que situação (OLIVEIRA; GARGANTINI, 2003, p. 59).

Sabemos que emoções negativas ao comportamento influenciam a gagueira: pouca autoconfiança, medo, lar e escola que geram inseguranças, por exemplo. Em situação em que há exposição é comum que a gagueira se intensifique, além dos casos em que é contínua.

FIGURA 5 – GAGUINHO: PERSONAGEM DE HISTÓRIA INFANTIL QUE APRESENTA GAGUEIRA



FONTE: Disponível em: <<http://virusdaarte.net/a-gagueira-ou-disfemia/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

É importante orientarmos nossos alunos sobre não rir, não julgar e não colocar apelidos pejorativos nas crianças com transtornos de comunicação ou qualquer outra patologia e/ou transtornos. Devemos sempre lembrá-los de que somos diferentes e que as diferenças existem para evoluirmos e cooperarmos!

## DICAS

Acesse o site da Associação Brasileira de Gagueira <<http://www.abragagueira.org.br>>. Você encontrará informações, agenda de eventos e grupos de apoio sobre o transtorno.

FIGURA 6 – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAGUEIRA



FONTE: Disponível em: <<http://www.abragagueira.org.br>>. Acesso em: 23 nov. 2017.



## 4 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014), as características do transtorno espectro autista são:

- dificuldades persistentes na interação social, isto é, dificuldades de apresentar reciprocidade social e emocional;

- dificuldades na expressão da comunicação não verbal;
- apresenta dificuldade para desenvolver, manter e compreender relacionamentos;
- apresenta movimentos motores repetidos e estereotipados;
- tendência a sempre querer as mesmas coisas ou que sejam do mesmo jeito;
- demonstram apego excessivo a objetos incomuns.

## DICAS



Que tal aprender um pouco mais sobre o Transtorno do Espectro Autista? A dica é que você assista ao filme *Rain Man*, de 1998, pois ele nos faz refletir sobre a importância do respeito ao diferente.

FIGURA 7 – RAIN MAIN



ABRA GAGUEIRA

FONTE: Disponível em: <<http://rain-man.purzuit.com/>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

O transtorno do espectro autista é subdividido em graus. Confira no quadro a seguir o resumo de cada grau, assim facilitará o seu estudo e a compreensão:

QUADRO 2 – NÍVEIS DE GRAVIDADE PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

	<b>Dificuldade na Comunicação Verbal e Não Verbal</b>	<b>Limitação em iniciar Interação Social e Emitir Resposta ao Outro</b>	<b>Nível de Dificuldade em lidar com a Mudança</b>	<b>Comportamentos Restritivos e Repetitivos</b>
Nível 3	Alta Dificuldade	Alta Dificuldade	Alta Dificuldade	Alta Dificuldade
Nível 2	Alta Dificuldade	Média Dificuldade	Média Dificuldade	Média Dificuldade
Nível 1	Média Dificuldade	Leve Dificuldade	Leve Dificuldade	Leve Dificuldade

FONTE: Adaptado de APA (2014)

De acordo com o DMS V os graus de autismo são associados à funcionalidade e ao nível de dependência. Sendo assim, uma das características que auxiliam na definição do nível do transtorno do espectro autista (possibilidade de ser nível 1, 2 ou 3) é o quanto a pessoa necessita de apoio de outras pessoas (nível de dependência). Vejamos como os níveis são subdivididos:

- **Nível 1** – A pessoa com TEA exige pouco apoio, isto é, requer auxílio de outra pessoa com menos frequência do que nos outros níveis.
- **Nível 2** – A pessoa com TEA necessita de considerável ajuda de outra pessoa, isto é, precisa ser ajudada com certa frequência.
- **Nível 3** – A pessoa com TEA necessita de muita e constante ajuda de outra pessoa, requerendo suporte substancial. Ou seja, é mais dependente de outrem porque tem dificuldade para fazer várias coisas sozinha.

Vejamos os sintomas que uma pessoa com transtorno do espectro autista apresenta de acordo com Mello (2007, p. 72):

- usa as pessoas como ferramentas;
- resiste a mudanças de rotina;
- não se mistura com outras crianças;
- não mantém contato visual;
- age como se fosse surda;
- resiste ao aprendizado;
- apresenta apego não apropriado a objetos;
- não demonstra medo de perigos;
- gira objetos de maneira bizarra e peculiar;
- apresenta riscos e movimentos não apropriados;
- resiste ao contato físico;
- acentuada hiperatividade física;
- às vezes pode ser agressiva e destrutiva;
- apresenta modo e comportamento indiferentes e arredoio.

Silva e Mulick (2009, p. 118) nos mostram como eram os critérios de diagnóstico do transtorno autista no DSM-IV-TR. Vamos conhecê-los?

Segundo os critérios do DSM-IV-TR, para que a criança seja diagnosticada com transtorno autista, ela deve apresentar pelo menos seis da lista de doze sintomas apresentados na Tabela 1, sendo que pelo menos dois dos sintomas devem ser na área de interação social, pelo menos um na área de comunicação, e pelo menos um na área de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

TABELA 1 – LISTA DE SINTOMAS DO TRANSTORNO AUTISTA, POR ÁREA, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS OFERECIDOS PELO DSM-IV-TR (APA, 2003)

Comprometimento qualitativo da interação social:
(a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
(b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento (i.e., à sua faixa etária);
(c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realização com outras pessoas (ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse); Ausência de reciprocidade social ou emocional.

Comprometimento qualitativo da comunicação:
(a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica); (b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa; (c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática; (d) Ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento (i.e., da sua faixa etária).
Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades:
(a) Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco; (b) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais; (c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo); (d) Preocupação persistente com partes de objetos.

Fonte: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/RP6tV9RTtBLNF9fnqvrMVXk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 Set. 2021.

Ainda sobre os sinais e sintomas do TEA, podemos conferir alguns dos resultados obtidos pela pesquisa divulgada em 2019, que averiguou o perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. Vamos lá?

Dentre os possíveis sinais categorizados que estão relacionados aos critérios do diagnóstico de TEA, conforme o DSM-5, encontram-se os **comportamentos estereotipados** e/ou **interesses restritos**, a **hipersensibilidade**, além dos **déficits na linguagem** (ROCHA; et al, 2019, p. 8, grifos nossos).

Quanto aos possíveis sinais associados ao TEA, destacam-se os **déficits cognitivos**, sinais relacionados à **atenção** ou **concentração**, além dos **comportamentos internalizantes** e os **externalizantes**. Nestes dois últimos foram categorizados, no primeiro caso, os comportamentos referentes a **sentimentos de medo, inferioridade, depressão, retraimento e ansiedade**. No segundo, classificaram-se aqueles referentes à **dificuldade no controle de impulsos, hiperatividade, agressões** ou qualquer outro tipo de conflito ambiental. Já no déficit cognitivo foram categorizados sinais relacionados a **dificuldades de aprendizagem** e/ou **inteligência** (ROCHA; et al, 2019, p. 8, grifos nossos).

Como você pode observar, existe grande diversidade de manifestação dos sintomas do TEA. É válido ressaltar que algumas pessoas com TEA apresentam somente alguns desses sintomas. Em outras palavras, as pessoas com TEA não manifestam todos os sintomas e sinais aqui citados. Parte das pessoas apresenta alguns desses sintomas de modo mais acentuado do que outras.

Por outro lado, algumas pessoas com TEA demonstram ainda outros aspectos, tais como, dificuldade do sono, e dificuldade de controle dos esfíncteres (ROCHA; et al, 2019).

Agora, vamos conferir qual é a origem do TEA? Afinal, qual é a etiologia do transtorno do espectro autista?

Ao fazer uma busca pela internet sobre as causas do TEA, é bem provável que se chegue às duas vertentes: biológica/médica e psicogênica de Kanner. Entretanto, precisamos compreender que ao longo dos estudos sobre o TEA, muitas teorias e hipóteses sobre causas do TEA foram sendo levantadas. Algumas delas já se mostram obsoletas nos dias atuais, mas, continuam sendo mencionadas porque fizeram parte da história da construção de conhecimentos acerca do TEA.

As ciências naturais, atreladas às vertentes médica e biológica ainda não alcançaram plena clareza sobre as causas do TEA. Ao que tudo indica, há prevalência genética/hereditária, como mostram Griesi-Oliveira e Sertié (2017, p 233):

O transtorno do espectro autista é um distúrbio complexo e geneticamente heterogêneo, o que sempre dificultou a identificação de sua etiologia em cada paciente em particular e, por consequência, o aconselhamento genético das famílias. Porém, nas últimas décadas, o acúmulo crescente de conhecimento oriundo das pesquisas sobre os aspectos genéticos e moleculares desta doença, assim como o desenvolvimento de novas ferramentas de diagnóstico molecular, tem mudado este cenário de forma substancial. Atualmente, estimase que, por meio de testes moleculares, é possível detectar uma alteração genética potencialmente causal em cerca de 25% dos casos. Considerando-se também a avaliação clínica, a história pré-natal e a investigação de outros aspectos fisiológicos, podese atribuir uma etiologia para aproximadamente 30 a 40% dos pacientes. Assim, em vista do conhecimento atual sobre a arquitetura genética do transtorno do espectro autista, que tem tornado o aconselhamento genético cada vez mais preciso, e dos potenciais benefícios que a investigação etiológica pode trazer aos pacientes e familiares, tornam-se cada vez mais importantes os testes genéticos moleculares.

“A perspectiva médica organicista geralmente sustenta a incurabilidade e a causalidade genética do autismo” (MERLLETI, 2018, p. 149). Assim, Griesi-Oliveira e Sertié (2017, p 237) enfatizam que:

Finalmente, acredita-se que a rápida evolução do conhecimento proporcionada pelas pesquisas genéticas relacionadas ao autismo certamente contribuirá para o desenvolvimento de técnicas diagnósticas mais precisas e, possivelmente, para terapias baseadas em evidências genéticas, tornando a investigação da etiologia genética do TEA em crianças ainda mais importante.

Agora vamos conferir algumas das hipóteses levantadas pelas vertentes associadas à psicogênica de Kanner?

Certamente você já ouviu a expressão “Mães geladeira”, no sentido de que a causa do TEA é atribuída à frieza da mãe. Essa frieza seria manifestada pela mãe que não olha nos olhos do filho, não o insere no convívio social.

Para tanto, vamos conferir uma parte do artigo intitulado “Autismo, Narrativas Maternas e Ativismo dos Anos 1970 a 2008”.

Nas primeiras décadas de estudo do autismo - mais especificamente no período marcado entre os anos 1940 e 1960 -, as teorias de base psicanalítica predominaram<sup>5</sup> na explicação do fenômeno (Castela, 2013; Joseph, Soorya, & Thurm, 2016). Salvo as singularidades expressas pelos autores, de maneira geral, o autismo era definido como uma perturbação afetiva, cujo agente desencadeador era o mau relacionamento mãe-filho (Castela, 2013). Tal forma de compreender o fenômeno colaborou para inserir as mães no centro do debate sobre o tema, caracterizando-as como “más”, “frias” e “pouco amorosas”, ou, simplesmente, como “mãe-geladeira” (Donvan & Zucker, 2017; Grinker, 2010; Lima, 2014; Silverman & Brosco, 2007).

O termo “mãe-geladeira” surgiu em 1949, tendo como inspiração um artigo de Leo Kanner em que ele dedicou maior ênfase nas relações familiares de seus pacientes - relações por ele compreendidas como pouco afetuosas - para explicar o surgimento do fenômeno. Ao se referir às crianças, Kanner disse que estas eram mantidas em uma “geladeira que não degela” (Lima, 2014, p. 111). Em outras palavras, eram pouco amadas.

Kanner levantou a hipótese de uma relação entre autismo e “culpa materna”, mas coube a Bruno Bettelheim intensificar e propagar tal discussão (Donvan & Zucker, 2017). Embora escrevesse sobre o assunto desde os anos 1950, foi com a publicação do livro *The empty fortress* - intitulado no Brasil de *A fortaleza vazia* -, em 1967, que Bettelheim obteve reconhecimento dentro e fora do espaço acadêmico, tendo o seu livro vendido mais de 15.000 cópias no final de 1969 (Pollak, 2003).

A partir de três estudos de caso (Laurie, Marcia e Joy), o psicanalista defendeu a tese de que o autismo seria uma patologia de ordem emocional, em que a criança - por não se sentir amparada e acolhida por aqueles que com ela conviviam - optaria por habitar uma “fortaleza vazia” e entregar-se a um estado de não existência. Em suas palavras: “Ao longo deste livro mantenho minha convicção de que, em autismo infantil, o agente precipitador é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse” (Bettelheim, 1987, p. 137).

Apesar de o psicanalista Bruno Bettelheim não ter sido o pioneiro (nem o único) a culpabilizar as mães, *A fortaleza vazia* catalisou vários pensamentos que estavam presentes desde a década de 1940: a preocupação com a psique infantil; a psicanálise como teoria capaz de explicar os fenômenos relacionados à mente e de ofertar conselhos sobre o cuidado com as crianças; e a associação entre transtornos e patologias de ordem mental com o exercício de uma “má” maternidade (Darré, 2013; Douglas, 2014; Grinker, 2010).

Ao longo da história do autismo, houve uma superexposição dos familiares, com destaque para as mães. Cada informação, resposta e comportamento era utilizado como argumento a favor da compreensão de que as relações familiares eram a causa do fenômeno. Apesar desta ofensiva que articulou o autismo, maternidade e culpa<sup>6</sup>, não tardou a resposta. Seja elaborando trabalhos acadêmicos ou contribuindo por meio do fornecimento de dados para pesquisa - ou mesmo o seu financiamento - e divulgação das terapias, cuja base era o saber empírico dos próprios familiares, mães e pais de autistas foram fundamentais para o questionamento das explicações psicogênicas sobre o autismo (Silverman & Brosco, 2007). O principal exemplo dessa resposta familiar foi Bernard Rimland - psicólogo, pai de uma criança autista e que, por meio do livro intitulado *Infantile autism: the syndrome and its implication for a neural theory of behavior* (publicado em 1964), afirmou que a base do autismo era orgânica e não emocional (Lopes, 2019).

A obra contou com o apoio de Leo Kanner e foi fundamental para a criação da *National Society for Autistic Children* (NSAC), uma vez que colaborou para unir pais de crianças diagnosticadas com autismo e, a partir dessa união, formar uma associação composta por familiares, profissionais, terapeutas e pesquisadores (Eyal & Hart, 2010). Dessa forma, se no início o conhecimento de mães e pais de autistas era considerado com desconfiança, com a NSAC abriu-se caminho para a elevação do *status* familiar, reconhecendo-os como sujeitos com expertise.

Em termos de *advocacy*<sup>7</sup>, e sua expressão por meio de autobiografia, vale destacarmos o livro de Clara Claiborne, *The Siege*, que foi publicado em 1967, mesmo ano do livro de Bruno Bettelheim. Na obra em questão, Claiborne relatava a experiência de ser mãe de Jéssica - uma menina diagnosticada com autismo -, sendo este um dos primeiros trabalhos elaborados nos Estados Unidos tendo como base exclusivamente o olhar materno sobre o fenômeno (Pollak, 2003; Wing, 2010). Por meio do livro, Claiborne questionou publicamente a associação entre autismo e culpa materna, e "abriu caminho para uma forte tradição de pais ativistas que começaram a combater mitos e equívocos. Seu trabalho encorajou outros pais a rejeitarem tais teorias e a culpa a elas associada"<sup>8</sup> (Wing, 2010, tradução nossa).

Mesmo sendo um importante marco histórico, uma vez que representa uma das primeiras tentativas de mães de autistas se expressarem - criticando as teorias da "mãe-geladeira" - sem a mediação de profissionais, na época de sua publicação, pouco destaque foi dado à obra, principalmente quando comparado à recepção do trabalho de Bruno Bettelheim (Pollack, 2003).

No que diz respeito ao Brasil, vale salientarmos que, apesar de haver algumas publicações - principalmente na mídia impressa - sobre a temática desde a década de 1950 (Lopes, 2019), o autismo como objeto de mobilização política surgiu na década de 1980, datando desse período o surgimento das primeiras associações de mães e de pais de autistas em defesa da causa (Cavalcante, 2003; Leandro & Lopes, 2018; Lopes, 2019). Alguns exemplos são: a Associação de Amigos do Autista (AMA), criada em 8 de agosto de 1983, em São Paulo; a Associação de Pais de Autistas do Rio de Janeiro (APARJ), oficialmente fundada em 17 de julho de 1985; e a Associação Terapêutica e Educacional para Crianças Autistas (ASTECA), aberta

por familiares de autistas no Distrito Federal, em 1986 (Cavalcante, 2003; Leandro & Lopes, 2018; Lopes, 2019). Inspiradas em associações semelhantes de outros países, tais aparelhos tinham como propostas auxiliar os familiares, divulgar, compartilhar e produzir informações sobre o tema, além de cobrar ações efetivas do Estado.

É nesse momento que mães e pais de autistas – seja individualmente ou por meio das associações – usaram a mídia, principalmente a imprensa, para publicizar suas experiências e percepções acerca do autismo e cobrar do Estado políticas públicas voltadas a esse público, sendo os principais elementos de suas reivindicações: a capacitação dos profissionais, principalmente os médicos, sobre o assunto – uma vez que eram raríssimos os que conheciam o tema; e a crítica à ausência de instituições capacitadas no atendimento das demandas desse público e ao preconceito vivenciado pelos autistas e por seus familiares (Leandro & Lopes, 2018; Lopes, 2019).

Fonte: LOPES, Bruna Alves. Autismo, Narrativas Maternas e Ativismo dos Anos 1970 a 20081. Revista Brasileira de Educação Especial [online]. 2020, v. 26, n. 3 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 511-526. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>>. Epub 21 Ago 2020. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>.

Não são raras as vezes em que a expressão “Mães geladeira” é apresentada como se tivesse sido inventada pela psicanálise. Nesse sentido, recorreremos ao artigo escrito por Calzavara e Ferreira (2019), para elucidar esse assunto:

Partimos do dito mãe geladeira, que se apresenta na mídia especulativa como um representante da práxis psicanalítica, sobretudo na clínica das patologias infantis, e buscamos elucidar essa expressão como um equívoco necessitando de elaboração. Para tal, seguiremos pelos autores pós-freudianos, que se amparavam na maternagem para dizer do sujeito, posição que pode ter contribuído para esse equívoco, e nos dirigimos a Lacan, que elucida e diferencia o lugar da mãe mulher como uma função. Enfim, concluímos que esse dito, na atualidade, se revela como mais uma forma de ataque à psicanálise no que se refere ao tratamento das crianças autistas [...].

A ideia da "mãe geladeira" trouxe em seu âmago um equívoco considerável diante dos efeitos que apresentou nas pesquisas sobre a constituição subjetiva dos sujeitos, tendo em vista que muitas patologias da infância, inclusive o autismo, tiveram sua base etiológica coladas na concepção materna adotada por tal teoria.

Portanto, esta causalidade do autismo ancorada na perspectiva materna não é o foco de nossas pesquisas psicanalíticas. Muito pelo contrário. O intento sempre será desculpabilizar essas mães acerca da condição de seus filhos, investigando o que estaria latente nesta relação mãe e filho, o que estaria submerso como respondendo à ordem inconsciente. Pois é desta ordem que tratamos: do inconsciente como estrutura e das funções inerentes do pai e da mãe representados nessa estrutura.

No que se refere às patologias da infância em que a mãe foi colocada como atriz principal da cena, a história da psicanálise nos mostra que os sintomas e seus efeitos não são totalmente sujeitos à decifração, pois há sempre algo que escapa

a esta e que se apresenta como um ponto estrutural no psiquismo do sujeito. O sintoma é uma patologia de estrutura, afirma-nos Miller (1998), e ele se apresenta como um efeito, atestando certa fissura no psiquismo que escapa à decifração. No entanto, diz-nos Soler (2003/2005), a possibilidade de um equívoco se fez ao imputar à manifestação do sintoma uma distorção da ordem do individual e à mãe, que, por sua vez, encarnava o primeiro objeto do gozo impossível. Além do mais, a fala dos analisandos coloca recorrentemente a mãe como inscrita em suas lembranças mais marcantes, o que pode ter incorrido em uma distorção da posição da mãe nessa relação. Atribuir à mãe ou à família algo de uma falha, um erro, no que se refere à constituição subjetiva do sujeito, não é isso o pressuposto da psicanálise. Soler (2003/2005) continua

Muitas coisas transitam entre as gerações sem dúvida, mas, com certeza, não a causa dos sintomas: invocar uma causalidade familiar nesse nível tornaria ininteligíveis os efeitos terapêuticos da fala sob transferência, que se desenrola totalmente no espaço do sujeito. Mas isso não impede que cada um traga no mais íntimo de si a marca do 'Outro primordial' (p. 89).

Compreendemos que o laço que se estabelece entre mãe e filho é permeado por aspectos inconscientes dos próprios pais da criança e, que, além disso, a dificuldade existente nessa relação advém de dificuldades que se originaram na relação primária desses pais com seus próprios pais e que se tornam vivos com o nascimento da criança. Esta, por sua vez, apresenta um papel de "curador", pois permite que eles recriem e elaborem relacionamentos mal resolvidos no passado e construam novo relacionamento entre a tríade (Albornoz, 2006).

Contudo, há de se convir que muitos dos autores estudados revelam que há um posicionamento que é da própria criança enquanto sujeito, que pode facilitar ou dificultar o estabelecimento de um laço com seu Outro materno. Como vimos, esse laço demanda uma construção, sendo ele perpassado pelos próprios cuidados maternos endereçados ao bebê e revestidos pelo investimento libidinal e pela oferta de significantes ao bebê, que, paulatinamente, ganham correspondência nele (Jerusalinsk, 2014).

Assim, podemos situar e concluir que a função materna é uma posição estrutural que se referencia como primeiro objeto de amor e de troca estabelecida com a criança, peça fundamental em sua constituição subjetiva, mas não é a única, visto que há uma posição advinda da própria criança enquanto sujeito a respeito de sua condição seja ela no autismo ou em outras patologias infantis. Desse modo, questionamos: a culpa é de quem? Não há culpados aqui. Seja a mãe, seja a criança, ambas sustentam uma posição singular, enquanto sujeitos, que fazem parte de uma estrutura e demandam por uma invenção e construção acerca de si mesmas. Não há culpabilização nessa relação, mas sim responsabilização de como cada sujeito responde de sua posição subjetiva.

A expressão proferida pelo pai de uma criança autista à mãe, apontada no início deste artigo, ratifica o equívoco recorrente em apontarmos a "teoria da mãe geladeira" como representando a práxis psicanalítica. Isso nos faz pensar que esse é mais um dos ataques à psicanálise como tentativa de exclusão desta no tratamento de crianças.

Fonte: CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; FERREIRA, Monique Aparecida Vale. A função materna e seu lugar na constituição subjetiva da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 432-444, dez. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-712820190003000008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-712820190003000008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i3p432-444>.

Muitas pesquisas vem mostrando que a etiologia do TEA é multifatorial, ou seja, não é causada por um único fator. Como exemplo, citamos um excerto da pesquisa feita por Miele e Amato (2016, p. 90):

Devido a sua determinação multifatorial (fatores genéticos e ambientais), o diagnóstico ocorre por meio da observação dos comportamentos apresentados e do histórico do desenvolvimento da criança, por meio da anamnese (BARBARO, 2009; DALEY, 2004; HOWLING, MAGEATI & CHARMAN, 2009; REICHOW, 2011).

Como desfecho desse tema, reforçamos a concepção defendida por Almeida e Neves (2020, p. 2):

Conhecido atualmente como transtorno do espectro autista (TEA), sua etiologia ainda é desconhecida e, embora se admita a multicausalidade, há diversas conjecturas sobre o que favorece seu surgimento. Com o aumento crescente de diagnósticos, as suspeitas se ampliaram e deram origem a diversas hipóteses não comprovadas

FIGURA 8 – CONSCIENTIZAÇÃO DO TEA (TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA)



FONTE: Disponível em: <<https://traumaeestresse.wordpress.com/2017/04/05/compreendendo-o-autismo/>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

# DICAS

Outra dica de estudo é o livro infantil *O bebê dragão*. O livro foi escrito por uma criança com TEA, o pequeno Thor Guenther, junto à sua mãe, Claudia Guenther. Para saber mais informações e ter acesso à entrevista realizada pela Revista Crescer, acesse <<http://revistacrescer.globo.com/Curiosidades/noticia/2016/02/autismo-menino-autista-lanca-livro-em-parceria-com-mae.html>>.



FIGURA 9 – O BEBÊ DRAGÃO



FONTE: Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Curiosidades/noticia/2016/02/autismo-menino-autista-lanca-livro-em-parceria-com-mae.html>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

## 5 TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO

O **transtorno do movimento estereotipado** refere-se ao comportamento motor repetitivo, por exemplo, apertar as próprias mãos, abanar, balançar o corpo, bater a cabeça, entre outros movimentos (APA, 2014).

Ao trabalhar com crianças que apresentam o Transtorno do Movimento Estereotipado, podemos notar que a alta frequência na realização dos movimentos repetitivos prejudica as atividades do dia a dia e às vezes acaba levando à autolesão (APA, 2014). Um exemplo de lesão por movimentos repetitivos é o movimento de passar a língua entre os lábios repetidamente e, como consequência, gera ardor e irritação.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, o transtorno do movimento estereotipado inicia-se nas idades iniciais (primeira, segunda ou terceira infância) (APA, 2014).



# ATENÇÃO

É muito comum que o transtorno do movimento estereotipado tenha ou seja comorbidade (aprenderemos no tópico 5 com mais profundidade sobre esse item) a outros transtornos, como transtorno de ansiedade e transtorno do espectro autista.

## DICAS

No vídeo *Movimentos paroxísticos, esterotipias* encontrado no Youtube, mostra-se o desenvolvimento dos movimentos estereotipados com o passar do tempo em uma criança. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=bTLYTDx9wjw>> e confira!



movimentos paroxísticos, esterotipias



## 6 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

O transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é formado por características de desatenção ou por excesso de atividades motoras (hiperatividade), além da impulsividade (FORLENZA; MIGUEL, 2014).

Segundo o DSM-V, o TDAH é dividido em dois tipos: transtorno do déficit de atenção por desatenção excessiva ou transtorno do déficit de atenção por hiperatividade e impulsividade excessivas (APA, 2014).

É um erro considerar que o déficit de atenção é apenas por excesso de agitação ou impulsividade, isto é, a famosa “hiperatividade”; mas o elemento principal do transtorno é exatamente como o próprio nome da patologia indica: DESATENÇÃO. Muitas vezes, as crianças tidas como calmas e quietas podem apresentar o TDAH e não recebem o devido acompanhamento.

# DICAS

Assista ao vídeo intitulado *Quais são os tipos de TDAH - NeuroSaber* (encontrado no Youtube), em que podemos aprender um pouco mais sobre os tipos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Acesse <[https://www.youtube.com/watch?v=veLPQE\\_BQyk](https://www.youtube.com/watch?v=veLPQE_BQyk)> e confira!



Quais são os tipos de TDAH - NeuroSaber



O TDAH também pode ser diagnosticado pelo médico considerando o nível de gravidade: leve, moderada ou grave (APA, 2014).

FIGURA 10 – O EFEITO NEGATIVO E DEVASTADOR DE ROTULAR UMA CRIANÇA A PARTIR DE SEU TRANSTORNO



FONTE: Disponível em: <<https://psico.online/blog/tdah-existe-ou-nao-existe/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

Afinal, qual é a causa do TDAH?

De acordo com Forlenza e Miguel (2014), a causa do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade é multifatorial, ou seja, o transtorno é gerado por diversos fatores. A seguir, apresentamos quais são:

- **Condições ambientais:** estresse, familiares com comportamento expansivo/agitado;
- **Condições genéticas e hereditárias.**

O TDAH tem um forte componente genético, com taxa de hereditariedade de 0,75 a 0,91. Estudos genéticos têm sido dirigidos para genes que são envolvidos na transmissão dopaminérgica, uma vez que os circuitos dopaminérgicos fronto-estriatal estão envolvidos na fisiopatologia do transtorno (Gill, Daly, Heros, Hawi & Fitzgerald, 1997) (ARGOLLO, 2003, p. 198).

Fonte: ARGOLLO, Nayara. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neurológicos. *Psicol. esc. educ.*, Campinas, v. 7, n. 2, p. 197-201, dez. 2003. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572003000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 set. 2021.

## DICAS



Uma excelente dica, a qual você pode compartilhar com pais, outros educadores e até mesmo seus próprios alunos, é o vídeo *TDAH: uma forma diferente de ver o mundo*. Basta acessar <https://www.youtube.com/watch?v=urocmOzveys> e se encantar!



TDAH: Uma forma diferente de ver o mundo

## 7 TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE

Dando continuidade aos nossos estudos, vamos aprender neste momento sobre o transtorno opositor desafiante. A nomenclatura do referido transtorno é encontrada no CID 10 – Classificação Internacional de Doenças como Distúrbio Desafiador e de Oposição.

É importante entendermos que fatores familiares no transtorno opositor desafiante (TOD) contribuem muito para a formação dos sintomas, bem como para o agravamento destes.

A família é um elemento ativo na construção e formação do repertório psíquico da criança, isto é, comportamentos, emoções, hábitos e pensamentos conscientes e inconscientes. O repertório psíquico da criança tem origem no contexto familiar (pais, irmãos, tios, até mesmo antepassados mais distantes).

Conforme Tavares et al. (2015), é grande a possibilidade das crianças que apresentam o TOD terem sofrido algum tipo de abuso físico (através de trabalhos excessivos e/ou responsabilidades que não cabem à criança), abuso sexual e/ou abuso emocional.

Já no nível funcional, modelos neuropsicológicos relacionam os sintomas de parte das crianças com TOD à deficiência de controle inibitório e de planejamento executivo necessários para regular comportamentos e processos cognitivos (TAVARES et al., 2015).

Uma conduta importante a ter com as crianças acometidas pelo transtorno opositor desafiante é mostrar um novo repertório comportamental: mostrar novas maneiras de lidar com acontecimentos negativos, auxiliar a lidar com as emoções e, em especial, auxiliar a lidar com o “não”. Geralmente as crianças acometidas por tal transtorno não conseguem lidar com o “não”, mas o “não” faz parte da vida, assim como o “sim”.

FIGURA 11 – A COMUM EXPRESSÃO FACIAL DE REPROVAÇÃO DA CRIANÇA ACOMETIDA PELO TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE



FONTE: Disponível em: <<http://www.cyberstoep.co.za/parenting-strong-willed-children/>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

## 8 TRANSTORNO DE CONDUTA

O transtorno de conduta é uma alteração comportamental em que são violados os direitos básicos de outras pessoas ou normas e regras sociais importantes para a idade de forma repetitiva e persistente.

As principais características desse transtorno são:

- agressões a pessoas ou animais;
- destruição de objetos;
- excesso de falas falsas (mentiras);
- realização de furtos;
- violação grave de normas e regras.

Os sintomas devem estar presentes por mais de um ano, sendo que pelo menos um deles deve ocorrer há menos de seis meses (APA, 2014).

## DICAS



O filme *Precisamos falar sobre o Kevin* aborda o transtorno de conduta. A mãe apresenta dificuldades de lidar com seu filho que apresenta um comportamento difícil. O filme é uma excelente dica de vídeo para aprender através da arte cinematográfica!

FIGURA 12 – PRECISAMOS FALAR SOBRE O KEVIN



FONTE: Disponível em: <<http://edition.cnn.com/2012/01/13/showbiz/movies/we-need-to-talk-about-kevin-review/index.html>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

## 9 TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

O transtorno explosivo intermitente é formado por explosões comportamentais recorrentes representando uma falha em controlar impulsos agressivos, tais como agressão verbal ou agressão física dirigida à propriedade, animais ou outros sujeitos, ocorrendo em uma média de duas vezes por semana, durante um período de três meses (APA, 2014).

As explosões de agressividade recorrentes não são premeditadas e causam sofrimento acentuado ao indivíduo ou prejuízo no funcionamento profissional ou interpessoal (APA, 2014). Além disso, é muito comum que o transtorno de ansiedade anteceda o próprio transtorno explosivo intermitente.

## NOTA

Já existe a *Yoga* para crianças, a qual ajuda muito nos sintomas de ansiedade, agitação, irritabilidade. Além disso, favorece o sentimento de cooperação com os outros, o autocontrole e a tranquilidade interior.

FIGURA 13 – YOGA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE



FONTE: Disponível em: <<http://aafbotucatu.com.br/noticias/inscricoes-abertas-para-aulas-de-yoga-para-criancas/>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

## 10 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

Caro acadêmico, neste tópico já estudamos diversos transtornos. Você, inclusive, já é capaz de identificar e entender mais sobre as possíveis patologias que acometem alguns alunos, correto? Que tal agora estudarmos sobre o transtorno específico da aprendizagem?

O transtorno específico da aprendizagem caracteriza-se por dificuldades no aprendizado e no uso de habilidades, como dificuldade na leitura, dificuldade na expressão escrita, dificuldade nos cálculos e raciocínio matemático.

Crianças com um transtorno específico da aprendizagem podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. A desatenção, no entanto, em pessoas com um transtorno específico da aprendizagem, mas sem TDAH, não acarreta prejuízos fora dos trabalhos acadêmicos (APA, 2014, p. 64).

Para diagnosticar o transtorno específico da aprendizagem, outros transtornos do neurodesenvolvimento devem estar ausentes no diagnóstico da criança ou adulto, por exemplo, transtorno do espectro autista, esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e/ou transtornos da comunicação.

Além disso, não é possível diagnosticar o transtorno específico da aprendizagem quando o aluno vive situações de falta de oportunidade; ensino insatisfatório; aprendizado de segunda língua (dificuldades em aprender outro idioma); deficiências visuais, auditivas ou neurológicas; variações normais do desempenho acadêmico ou déficit intelectual.

Afinal, qual é a diferença entre o transtorno específico da aprendizagem e os distúrbios de aprendizagem? O transtorno específico da aprendizagem é originado por alguma dificuldade psicológica e/ou psiquiátrica, por exemplo, traumas, medos e inseguranças, e pode ou não ter alterações no cérebro. Já os distúrbios são alterações, de fato, no sistema nervoso central (cérebro) e não são causados por aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos.

## ESTUDOS FUTUROS

Aprenderemos com mais profundidade sobre os distúrbios de aprendizagem no Tópico 4.



## NOTA

Aproveite e realize a leitura complementar. Todos os nossos textos da seção “Leitura Complementar” são artigos científicos. Lembre-se de que, ao utilizar textos da internet para fazer *paper* ou projeto de ensino, deve-se usar somente artigos científicos e sempre realizando as devidas citações e referências conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

# LEITURA COMPLEMENTAR



## DEFICIÊNCIA INTELECTUAL OU ATRASO COGNITIVO?

### 1. O que é Deficiência Intelectual ou atraso cognitivo?

Deficiência intelectual ou atraso cognitivo é um termo que se usa quando uma pessoa apresenta certas limitações no seu funcionamento mental e no desempenho de tarefas como as de comunicação, cuidado pessoal e de relacionamento social. Estas limitações provocam uma maior lentidão na aprendizagem e no desenvolvimento dessas pessoas.

As crianças com atraso cognitivo podem precisar de mais tempo para aprender a falar, a caminhar e a aprender as competências necessárias para cuidar de si, tal como vestir-se ou comer com autonomia. É natural que enfrentem dificuldades na escola. No entanto aprenderão, mas necessitarão de mais tempo. É possível que algumas crianças não consigam aprender algumas coisas como qualquer pessoa que também não consegue aprender tudo.

### 2. Quais são as causas da Deficiência Intelectual ou atraso cognitivo?

Os investigadores encontraram muitas causas da deficiência intelectual, as mais comuns são:

- Condições genéticas: por vezes, o atraso mental é causado por genes anormais herdados dos pais, por erros ou acidentes produzidos na altura em que os genes se combinam uns com os outros, ou ainda por outras razões de natureza genética. Alguns exemplos de condições genéticas propiciadoras do desenvolvimento de uma deficiência intelectual incluem a síndrome de Down ou a fenilcetonúria.
- Problemas durante a gravidez: o atraso cognitivo pode resultar de um desenvolvimento inapropriado do embrião ou do feto durante a gravidez. Por exemplo, pode acontecer que, quando da divisão das células, surjam problemas que afetem o desenvolvimento da criança. Uma mulher alcoólica ou que contraia uma infecção durante a gravidez, como a rubéola, por exemplo, pode também ter uma criança com problemas de desenvolvimento mental.
- Problemas ao nascer: se o bebê tem problemas durante o parto, como por exemplo, se não recebe oxigênio suficiente, pode também acontecer que venha a ter problemas de desenvolvimento mental.

- Problemas de saúde: algumas doenças, como o sarampo ou a meningite, podem estar na origem de uma deficiência mental, sobretudo se não forem tomados todos os cuidados de saúde necessários. A má nutrição extrema ou a exposição a venenos, como o mercúrio ou o chumbo, podem também originar problemas graves para o desenvolvimento mental das crianças.

## ATENÇÃO

Em outras épocas já foram utilizadas as expressões “retardo mental” e “deficiência mental”. Na atualidade, o termo utilizado é “deficiência intelectual” (MILIAN; et al, 2013).



Nenhuma destas causas produz, por si só, uma deficiência intelectual. No entanto, constituem riscos, uns mais sérios outros menos, que convém evitar tanto quanto possível. Por exemplo, uma doença como a meningite não provoca forçosamente um atraso intelectual; o consumo excessivo de álcool durante a gravidez também não; todavia, constituem riscos demasiados graves para que não se procure todos os cuidados de saúde necessários para combater a doença, ou para que não se evite o consumo de álcool durante a gravidez. O atraso cognitivo não é uma doença mental (sofrimento psíquico), como a depressão, esquizofrenia, por exemplo. Não sendo uma doença, também não faz sentido procurar ou esperar uma cura para a deficiência intelectual.

A maioria das crianças com deficiência intelectual consegue aprender a fazer muitas coisas úteis para a sua família, escola, sociedade e todas elas aprendem algo para sua utilidade e bem-estar da comunidade em que vivem. Para isso precisam, em regra, de mais tempo e de apoios para lograrem sucesso.

### **3. Como se diagnostica a Deficiência Intelectual ou atraso cognitivo?**

A deficiência intelectual ou atraso cognitivo diagnostica-se, observando duas coisas: a capacidade do cérebro da pessoa para aprender, pensar, resolver problemas, encontrar um sentido do mundo, uma inteligência do mundo que as rodeia (a esta capacidade chama-se funcionamento cognitivo ou funcionamento intelectual), e a competência necessária para viver com autonomia e independência na comunidade em que se insere (a esta competência também se chama comportamento adaptativo ou funcionamento adaptativo).

Enquanto o diagnóstico do funcionamento cognitivo é normalmente realizado por técnicos devidamente habilitados (psicólogos, neurologistas, fonoaudiólogos etc.), o funcionamento adaptativo deve ser objeto de observação e análise por parte da família, dos pais e dos educadores que convivem com a criança.

Para obter dados a respeito do comportamento adaptativo deve procurar saber-se o que a criança consegue fazer em comparação com crianças da mesma idade cronológica. Certas competências são muito importantes para a organização desse comportamento adaptativo: as competências de vida diária, como vestir-se, tomar banho, comer. As competências de comunicação, como compreender o que se diz e saber responder. As competências sociais com os colegas, com os membros da família e com outros adultos e crianças.

Para diagnosticar a Deficiência Intelectual, os profissionais estudam as capacidades mentais da pessoa e as suas competências adaptativas. Estes dois aspectos fazem parte da definição de atraso cognitivo comum à maior parte dos cientistas que se dedicam ao estudo da deficiência intelectual.

#### **4. Qual é a frequência da Deficiência Intelectual?**

A maior parte dos estudos aponta para uma frequência de 2% a 3% sobre as crianças com mais de 6 anos. Não é a mesma coisa determinar essa frequência em crianças mais novas ou em adultos. A administração dos EUA considera o valor de 3% para efeitos de planificação dos apoios a conceder a alunos com atraso cognitivo. Esta percentagem é um valor de referência que merece bastante credibilidade, mas não é mais do que um valor de referência.

#### **5. Orientação aos pais:**

- Procure saber mais sobre deficiência intelectual: outros pais, professores e técnicos poderão ajudar.
- Incentive o seu filho a ser independente: por exemplo, ajude-o a aprender competências de vida diária, tais como: vestir-se, comer sozinho, tomar banho, arrumar-se para sair.
- Atribua-lhe tarefas próprias e de responsabilidade. Tenha sempre em mente a sua idade real, a sua capacidade para manter-se atento e as suas competências. Divida as tarefas em passos pequenos. Por exemplo, se a tarefa do seu filho é a de pôr a mesa, peça-lhe primeiro que escolha o número apropriado de guardanapos; depois, peça-lhe que coloque cada guardanapo no lugar de cada membro da família. Se for necessário, ajude-o em cada passo da tarefa. Nunca o abandone numa situação em que não seja capaz de realizar com sucesso. Se ele não conseguir, demonstre como deve ser.
- Elogie o seu filho sempre que ele conseguir resolver um problema. Não se esqueça de elogiar também quando o seu filho se limita a observar a forma como se pode resolver a tarefa: ele também realizou algo importante, esteve consigo para que as coisas corram melhor no futuro.
- Procure saber quais são as competências que o seu filho está aprendendo na escola. Encontre formas de aplicar essas competências em casa. Por exemplo, se o professor lhe está ensinando a usar o dinheiro, leve o seu filho ao supermercado. Ajude-o a reconhecer o dinheiro necessário para pagar as compras. Explique e demonstre

sempre como se faz, mesmo que a criança pareça não perceber. Não desista, nem deixe nunca o seu filho numa situação de insucesso, se puder evitar.

- Procure oportunidades na sua comunidade para que ele possa participar em atividades sociais, por exemplo: escoteiros, os clubes, atividades de desporto. Isso o ajudará a desenvolver competências sociais e a divertir-se.
- Fale com outros pais que tenham filhos com deficiência intelectual: os pais podem partilhar conselhos práticos e apoio emocional.
- Não falte às reuniões de escola, em que os professores vão elaborar um plano para responder melhor às necessidades do seu filho. Se a escola não se lembrar de convidar os pais, mostre a sua vontade em participar na resolução dos problemas. Não desista nunca de oferecer ajuda aos professores para que conheçam melhor o seu filho. Pergunte também aos professores como é que pode apoiar a aprendizagem escolar do seu filho em casa.

### **6. Orientação aos professores:**

- Aprenda tudo o que puder sobre deficiência intelectual. Procure quem possa aconselhar na busca de bibliografia adequada ou utilize bibliotecas, internet etc.
- Reconheça que o seu empenho pode fazer uma grande diferença na vida de um aluno com deficiência ou sem deficiência. Procure saber quais são as potencialidades e interesses do aluno e concentre todos os seus esforços no seu desenvolvimento.
- Proporcione oportunidades de sucesso.
- Participe ativamente na elaboração do Plano Individual de Ensino do aluno e Plano Educativo.
- Seja tão concreto quanto possível para tornar a aprendizagem vivenciada. Demonstre o que pretende dizer. Não se limite a dar instruções verbais. Algumas instruções verbais devem ser acompanhadas de uma imagem de suporte, desenhos, cartazes. Mas também não se limite a apoiar as mensagens verbais com imagens. Sempre que necessário e possível, proporcione ao aluno materiais e experiências práticas e oportunidade de experimentar as coisas.
- Divida as tarefas novas em passos pequenos. Demonstre como se realiza cada um desses passos. Proporcione ajuda, na justa medida da necessidade do aluno. Não deixe que o aluno abandone a tarefa numa situação de insucesso. Se for necessário, solicite ao aluno que seja ele a ajudar o professor a resolver o problema. Partilhe com o aluno o prazer de encontrar uma solução.
- Acompanhe a realização de cada passo de uma tarefa com comentários imediatos e úteis para o prosseguimento da atividade.
- Desenvolva no aluno competências de vida diária, competências sociais e de exploração e consciência do mundo envolvente. Incentive o aluno a participar em atividades de grupo e nas organizações da escola.
- Trabalhe com os pais para elaborar e levar a cabo um plano educativo que respeite as necessidades do aluno. Partilhe regularmente informações sobre a situação do aluno na escola e em casa.

## **7. Que expectativas de futuro têm as crianças com Deficiência Intelectual?**

Sabemos atualmente que 87% das crianças com deficiência intelectual só serão um pouco mais lentas do que a maioria das outras crianças na aprendizagem e aquisição de novas competências. Muitas vezes é mesmo difícil distingui-las de outras crianças com problemas de aprendizagem sem deficiência intelectual, sobretudo nos primeiros anos de escola. O que distingue umas das outras é o fato de que a pessoa com deficiência intelectual não deixa de realizar e consolidar aprendizagens, mesmo quando ainda não possui as competências adequadas para integrá-las harmoniosamente no conjunto dos seus conhecimentos. Daqui resulta não um atraso simples que o tempo e a experiência ajudarão a compensar, mas um processo diferente de compreender o mundo. Essa diferente compreensão do mundo não deixa, por isso, de ser inteligente e mesmo muito adequada à resolução de inúmeros problemas do cotidiano. É possível que as suas limitações não sejam muito visíveis nos primeiros anos da infância. Mais tarde, na vida adulta, pode também acontecer que consigam levar uma vida bastante independente e responsável. Na verdade, as limitações serão visíveis em função das tarefas que lhes sejam pedidas.

Os restantes 13% terão muito mais dificuldades na escola, na sua vida familiar e comunitária. Uma pessoa com atraso mais severo necessitará de um apoio mais intensivo durante toda a sua vida.

Todas as pessoas com deficiência intelectual são capazes de crescer, aprender e desenvolver-se. Com a ajuda adequada, todas as crianças com deficiência intelectual podem viver de forma satisfatória a sua vida adulta.

## **8. Que expectativas de futuro têm as crianças com Deficiência Intelectual na escola?**

Uma criança com deficiência intelectual pode obter resultados escolares muito interessantes. Mas nem sempre a adequação do currículo funcional ou individual às necessidades da criança exige meios adicionais muito distintos dos que devem ser providenciados a todos os alunos, sem exceção.

Antes de ir para a escola e até os três anos, a criança deve se beneficiar de um sistema de intervenção precoce. Os educadores e outros técnicos do serviço de intervenção precoce devem pôr em prática um Plano Individual de Apoio à Família. Este plano define as necessidades individuais e únicas da criança. Define também o tipo de apoio para responder a essas necessidades. Por outro lado, enquadra as necessidades da criança nas necessidades individuais e únicas da família, para que os pais e outros elementos da família saibam como ajudar a criança. Quando a criança ingressa na Educação Infantil e depois no Ensino Fundamental, os educadores em parceria com a família devem pôr em prática um programa educativo que responda às necessidades individuais e únicas da criança. Este programa é em

tudo idêntico ao anterior, só que ajustado à idade da criança e a sua inclusão no meio escolar. Define as necessidades do aluno e os tipos de apoio escolar e extraescolar.

A maior parte dos alunos necessita de apoio para o desenvolvimento de competências adaptativas, necessárias para viver, trabalhar e divertir-se na comunidade. Algumas destas competências incluem:

- A comunicação com as outras pessoas.
- Satisfazer necessidades pessoais (vestir-se, tomar banho).
- Participar na vida familiar (pôr a mesa, limpar o pó, cozinhar).
- Competências sociais (conhecer as regras de conversação, portar-se bem em grupo, jogar e divertir-se).
- Saúde e segurança.
- Leitura, escrita e matemática básica; e à medida que vão crescendo, competências que ajudarão a crianças na transição para a vida adulta.

FONTE: Disponível em: <[http://www.psicopedagogavaleria.com.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=43%3Adeficiencia-intelectual-ou-atraso-cognitivo&catid=1%3Aartigos&Itemid=11](http://www.psicopedagogavaleria.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=43%3Adeficiencia-intelectual-ou-atraso-cognitivo&catid=1%3Aartigos&Itemid=11)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

# RESUMO DO TÓPICO 1

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Os transtornos são doenças nas quais podemos identificar com clareza as características, o desenvolvimento, os aspectos psicológicos e físicos, as antecedências, os comportamentos e as respostas aos tratamentos com certa previsão.
- O transtorno específico da aprendizagem caracteriza-se por dificuldades no aprendizado e no uso de habilidades, como dificuldade na leitura, dificuldade na expressão escrita, dificuldade nos cálculos e raciocínio matemático.
- O transtorno específico da aprendizagem é originário por alguma dificuldade psicológica e/ou psiquiátrica, como por exemplo, traumas, medos e inseguranças, e podem ou não ter alterações no cérebro.
- Os distúrbios são alterações, de fato, no sistema nervoso central (cérebro) e não são causados por aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos.
- Existem critérios para que o diagnóstico de deficiência intelectual seja realizado.
- A deficiência intelectual pode ser classificada em: leve, moderada, profunda e grave.
- O transtorno da comunicação social abarca os seguintes transtornos: da linguagem, da fala, da comunicação social – pragmática e da fluência com início na infância (comumente chamado de gagueira).
- A etiologia do transtorno do espectro autista ainda é desconhecida, embora muitos estudos continuem apontado para a multicausalidade e determinação multifatorial.
- O transtorno do movimento estereotipado envolve a comportamentos motores repetitivos que podem ser feitos, por exemplo, com as mãos ou com a cabeça.
- O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade pode ser manifesto por desatenção em excesso e não apenas pela agitação ou impulsividade.
- A agressividade pode se fazer presente nos quadros de transtorno opositor desafiante, transtorno de conduta e transtorno explosivo intermitente. Por outro lado existem outras características específicas nesses três transtornos, que os distinguem.

# AUTOATIVIDADE



1 O transtorno da comunicação social refere-se às dificuldades de comunicação e expressão da criança oriundas de aspectos psicológicos. Dentro do transtorno da comunicação social encontramos um conjunto de modalidades de transtornos similares, os quais são:

- a) (  ) Deficiência intelectual leve, deficiência intelectual moderada, deficiência intelectual grave e deficiência intelectual profunda.
- b) (  ) Transtorno da comunicação social, TOD e gagueira.
- c) (  ) Transtorno da linguagem, transtorno da fala, transtorno da comunicação social – pragmática e transtorno da fluência com início na infância (gagueira).
- d) (  ) Gagueira, surdez, transtorno da linguagem e transtorno da fala.

2 Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, o transtorno do espectro autista é dividido em níveis de gravidade (Nível 1, Nível 2 e Nível 3) (APA, 2014). Desta maneira, selecione a opção correta quanto ao transtorno do espectro autista – Nível 1:

- a) (  ) A criança autista com características Nível 1 não apresenta possibilidades de ingressar na educação regular.
- b) (  ) O transtorno do espectro autista – Nível 1 não apresenta dificuldades de interação e comunicação social, somente isolamento excessivo e comportamentos com os braços desconexos e repetitivos.
- c) (  ) As características do transtorno do espectro autista – Nível 1 são similares às características do Nível 3, porém com menor necessidade de apoio de outra pessoa e com gravidade leve.
- d) (  ) A terminologia correta é Transtorno Autista ou Síndrome de Asperger.

# NEUROPATOLOGIAS NA INFÂNCIA



## 1 INTRODUÇÃO

No tópico anterior, estudamos sobre os principais transtornos do neurodesenvolvimento. É importante conhecermos as características dos transtornos e as demais patologias mentais para podermos ajudar nossos educandos ao indicar o encaminhamento para os profissionais de saúde.

Neste tópico, abordaremos as neuropatologias da infância. As neuropatologias são todas as disfunções causadas por lesão ou lesões no sistema nervoso central ou no sistema nervoso periférico.

As duas neuropatologias mais comuns no ambiente escolar são as epilepsias e as necessidades especiais educacionais como consequência de lesões no cérebro (aprenderemos neste tópico sobre a meningite).

## 2 EPILEPSIA

Uma boa parcela das pessoas acometidas pelas crises de epilepsia iniciou-se na infância e, em especial, antes dos cinco anos de idade (RIZZUTTI; MUSZKAT; VILANOVA, 2000).

As epilepsias da infância são um grupo heterogêneo de doenças com uma grande variedade de causas e uma variedade igualmente grande de apresentações. A maioria dos pacientes se livra das crises com tratamento com base em um único AED [em inglês, *Antiepileptic drugs* - tratamento com medicamento antiepiléptico] porém ele deve ser escolhido adequadamente. O tratamento bem-sucedido precisa ser destacado por uma abordagem estruturada ao diagnóstico, que deve ser uma abordagem multiaxial. Os recentes avanços em nosso entendimento da etiologia e da fisiopatologia da epilepsia resultaram em uma reconceitualização de como classificamos as epilepsias. Apesar dos avanços científicos e do número de novos AEDs que estão entrando no mercado, ainda há uma lacuna significativa no tratamento, com uma proporção de pacientes com doença refratária. No que diz respeito a alguns pacientes cuidadosamente selecionados, a cirurgia pode levar a remissão, porém uma cirurgia bem-sucedida pode ter como base uma avaliação pré-cirúrgica abrangente. Uma abordagem personalizada aos medicamentos com o uso de esquemas estratificados de tratamento pode ajudar a gerar melhores resultados no futuro, mas, para isso, devem ser envidados esforços globais para formar uma forte base de evidências (ZUBERI; SYMONDS, 2015, p. S76).

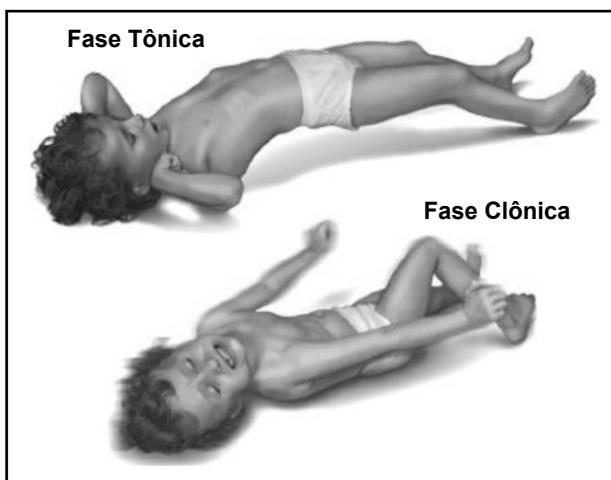
Cabe à família e aos profissionais que acompanham as crianças verificar certos sinais que podem levar à produção de uma crise epiléptica: atenção a quedas (traumatismos); intoxicações: investigar, por exemplo, se há desconforto abdominal com sensação de medo antes de uma crise epiléptica.

Existem quatro tipos de crises de epilepsias: **focais, tônicas, atônicas e clônicas**. Confira a seguir, a explicação de cada tipo:

- **CRISES FOCAIS:** a criança gira involuntariamente toda a cabeça e olhos para um lado e ocorre movimentação intensa espontânea, iniciada no rosto e depois nos demais membros do corpo (braços e pernas).
- **CRISES TÔNICAS:** a criança apresenta aumento excessivo do tônus e rigidez involuntária em todo o corpo.
- **CRISES ATÔNICAS:** a criança apresenta intenso relaxamento muscular em todo o corpo.
- **CRISES CLÔNICAS:** a criança em crise clônica de epilepsia tem fases de contração e relaxamento do corpo.

Além dos quatro tipos de crises citados, pode ocorrer a **crise de epilepsia febril**, ou seja, a criança pode ser acometida por convulsões devido à febre (LOPES et al., 2012).

FIGURA 14 – CRIANÇA EM CRISE EPILÉPTICA (CRISE CONVULSIVA) DO TIPO ATÔNICA E CLÔNICA



FONTE: Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/4006/crise\\_convulsiva\\_febril.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/4006/crise_convulsiva_febril.htm)>. Acesso em: 3 dez. 2017.

### 3 LESÕES CEREBRAIS

As lesões cerebrais são anomalias no tecido do sistema nervoso central, em especial, no órgão denominado cérebro.

As lesões cerebrais são consequência de alguma doença, por exemplo: tumores, acidentes vasculares (derrames), meningites, traumatismos. As consequências das lesões cerebrais dependerão da região acometida, pois cada região do cérebro refere-se a alguma função específica.

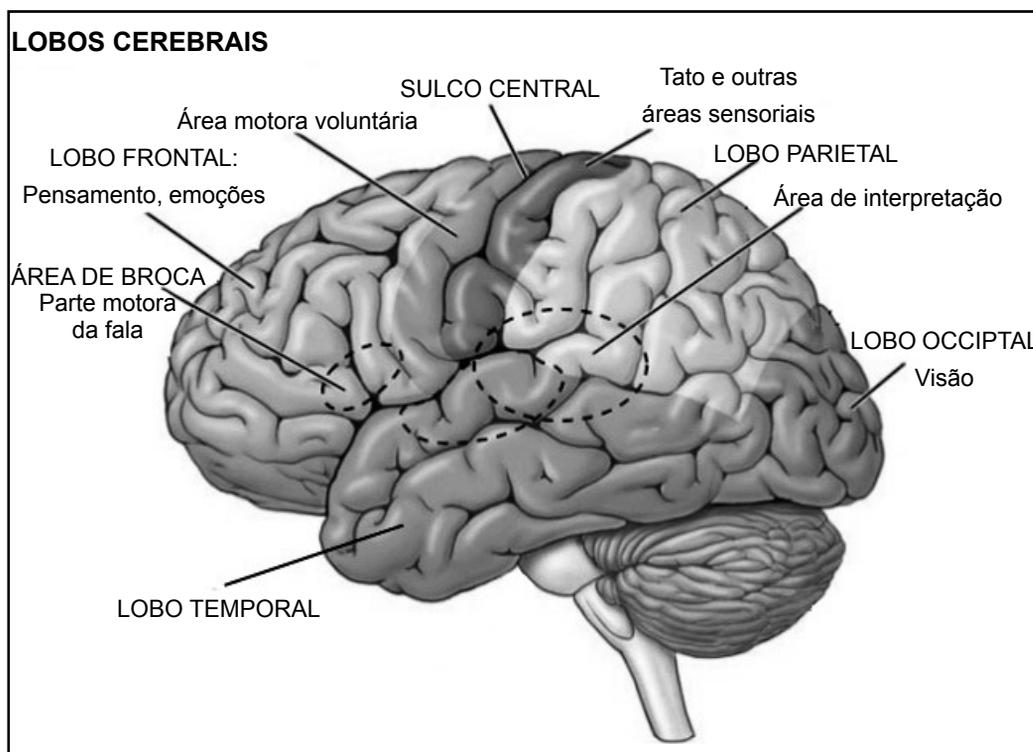
## ATENÇÃO



O princípio de Kennard (1936) [...] nos permite formular em termos gerais que “se você vai ter uma **lesão cerebral**, seria melhor fazê-la logo”, uma vez que as possibilidades de recuperação funcional em indivíduos mais jovens são bem melhores. Este princípio tem sido questionado (e.g., Kolb e Fantie, 1997), mas mantém-se como regra geral. Os trabalhos experimentais de Kolb e colaboradores (vide Kolb e Fantie, 1997), bem como observações clínicas, sugerem que muitos efeitos das lesões pré-frontais precoces podem passar despercebidos nos primeiros anos de vida. Algumas alterações cognitivas e comportamentais decorrentes de lesões frontais podem se manifestar apenas a partir da idade escolar ou até mesmo da adolescência. O prognóstico para as lesões precoces pode não ser tão bom, quanto anteriormente suposto, mas as casuísticas clínicas indicam que a idade é um fator decisivo (Stiles, 2000). A idade pode desempenhar um papel também no tipo de síndrome neuropsicológica apresentada. A incidência de afasia de Broca é maior em indivíduos mais jovens, enquanto indivíduos idosos apresentam mais afasia de Wernicke (Basso e Pizzamiglio, 1999, Pedersen, Jogensen, Nakayama, Raaschou e Olsen, 1995). A afasia de Wernicke geralmente apresenta um prognóstico mais reservado, o qual se compõe com outros fatores de risco, tais como a presença de lesões múltiplas e menor nível de escolarização (HAASE; LACERDA, 2004, p. 35, grifo nosso).

Na figura a seguir, você pode observar uma breve explicação sobre o funcionamento do cérebro e sua anatomia:

FIGURA 15 – FUNCIONAMENTO DO CÉREBRO E SUA ANATOMIA



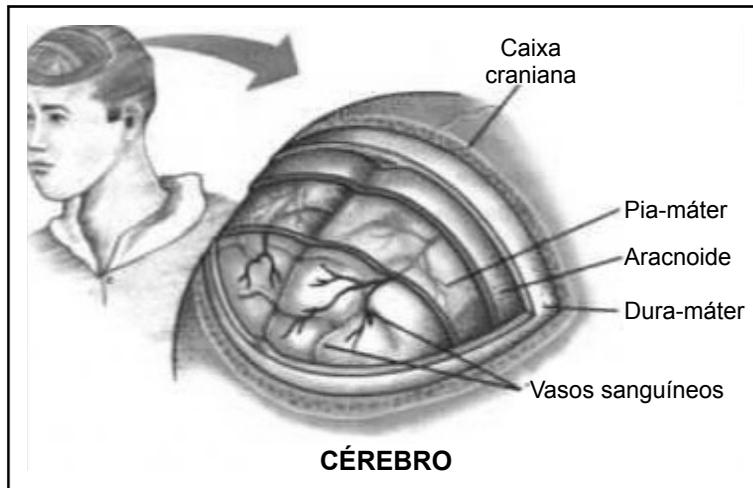
FONTE: Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/lobos-cerebrais-fernado-nicolau-virtuous-poet->>. Acesso em: 3 dez. 2017.

Você já deve ter ouvido falar sobre meningite, não é mesmo? Mas você sabe responder o que de fato é meningite?

Meningite é uma inflamação causada por trauma, vírus ou bactérias nas meninges. O cérebro é constituído por três “camadas” finas de proteção, as quais separam os ossos cranianos do cérebro. Essas “camadas” são as meninges.

Veja a seguir uma figura das meninges para facilitar o seu estudo:

FIGURA 16 – IMAGEM SOBRE A ANATOMIA DAS MENINGES



FONTE: Disponível em: <<http://goianoycolombia.blogspot.com.br/2007/05/meninges.html>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

Os nomes das meninges são: **dura-máter, aracnoide e pia-máter**. As meningites são inflamações que ocorrem nessas camadas e que podem levar à morte ou deixar sequelas severas.

Confira na figura a seguir o resumo das sequelas da meningite infantil. É importante observar que várias das sequelas causadas pela meningite podem trazer prejuízos ou dificuldades no processo de aprendizagem:

FIGURA 17 – PRINCIPAIS SEQUELAS DA MENINGITE EM CRIANÇAS



FONTE: Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sequelas-da-meningite/>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

É importante também aprendermos sobre os sintomas e sinais da meningite para estarmos atentos caso ocorra com nossos educandos, em especial, as crianças. Veja na figura a seguir os sinais (alterações físicas no corpo) e sintomas (mudança de comportamento) da meningite infantil:

FIGURA 18 – PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DE MENINGITE INFANTIL



FONTE: Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sintomas-de-meningite/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

## DICAS



O Youtube é um site da internet <[www.youtube.com](http://www.youtube.com)> que contém vários filmes e vídeos interessantes para pesquisarmos sobre temas importante e assuntos sobre os quais temos curiosidades.

Confira o vídeo *Meningite – Documentário (2000)*, que explica um pouco sobre a doença. Cuidado: o documentário pode conter cenas fortes. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=HGYYUls4LFY>> e confira!

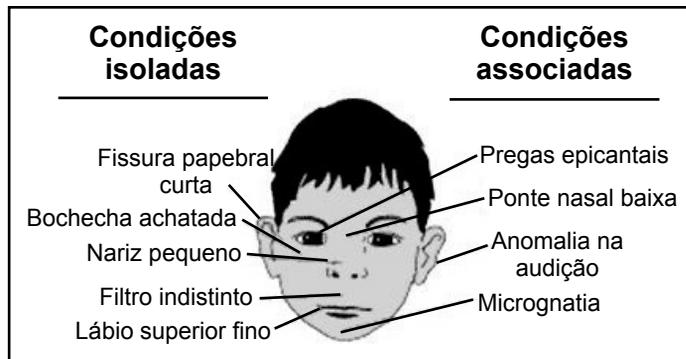


Meningite - Documentário (2000)

## 4 SÍNDROME FETAL ALCOÓLICA (SFA)

Vamos estudar e aprender sobre a Síndrome Fetal Alcoólica (SFA). Como o próprio nome indica, de fato é uma doença gerada pelo consumo de álcool durante a gestação. Além das características físicas, como você pode observar na figura a seguir, a síndrome pode gerar comprometimento no desenvolvimento da criança, incluindo dificuldades de concentração e nos estudos em geral (HAMAD, 2017).

FIGURA 19 – CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL (SAF)



FONTE: Disponível em: <<https://i2.wp.com/img.fciencias.com/uploads/2018/03/1a02f1.jpg?w=395>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

Confira agora o esquema sobre o percurso do álcool no corpo da gestante e do feto:

FIGURA 20 – PERCURSO DO ÁLCOOL NO CORPO HUMANO EM GESTAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.farmaceuticosdocerrado.com.br/sindrome-alcoolica-fetal-saf/>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

## IMPORTANTE



Ramalho e Santos (2015, p. 343) defendem a intervenção educativa com crianças que apresentam SAF:

[...] mesmo sabendo que o SAF não tem cura, devem proporcionar a estas crianças todos os recursos necessários para suprir as dificuldades quer acadêmicas, familiares, sociais e ambientais, garantindo-lhes uma vida menos sofrida no futuro.

Cabe a você, acadêmico, futuro educador especial, compreender que tal ato realizado lá na gestação da criança poderá acarretar prejuízos cognitivos e escolares, tais como: incapacidade de leitura, baixo desempenho escolar, dificuldade de controlar impulsos, raciocínio abstrato precário, dificuldades de memória e juízo (FARMACÊUTICOS DO CERRADO, 2017).

Contudo, esses fatores jamais serão limitantes ao ensino-aprendizagem, mas, ao termos conhecimento sobre eles, entendemos o porquê de tantas dificuldades de aprender ou, até mesmo, no desejo de estudar. Devemos alimentar em nossos alunos o desejo pela superação das dificuldades, do amor por aprender e saber que é possível alcançar todos os nossos sonhos.

# RESUMO DO TÓPICO 2

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Existem duas neuropatologias infantis muito perigosas: as crises de epilepsias e a meningite. Verificamos os principais sinais (alterações físicas no corpo) e sintomas (mudanças de comportamento) em cada uma delas.
- A epilepsia pode apresentar-se de quatro tipos: focais, tônicas, atônicas e clônicas. Também podem ocorrer crises de epilepsia devido a febre muito alta.
- A meningite trata-se da inflamação nas “capas” que protegem o cérebro e são denominadas: dura-máter, aracnoide e pia-máter.
- É fundamental que o educador perceba sinais e sintomas comuns nos casos de meningite (mesmo sendo suspeita) para indicar cuidados médicos aos pais ou alertar coordenadores ou superiores.
- A síndrome alcoólica fetal (SAF), oriunda da gestação, ocorre quando a genitora utiliza-se do álcool. A SAF gera atraso no desenvolvimento da criança, afetando seu desempenho cognitivo e escolar.

# AUTOATIVIDADE



1 Uma crise de epilepsia pode apresentar-se de quatro tipos: focais, tônicas, atônicas e clônicas (RIZZUTTI; MUSZKAT; VILANOVA, 2000). Escolha um dos quatro tipos e escreva suas principais características.

FONTE: RIZZUTTI, S.; MUSZKAT, M.; VILANOVA, L. C. P. Epilepsias na Infância. Rev. Neurociências, v. 8, n. 3, p. 108-116, 2000.

2 A meningite é uma neuropatologia que pode ser fatal ou deixar sequelas graves nas crianças ou adultos. Desta maneira, assinale a alternativa que contém dois exemplos de sequelas da meningite:

- a) ( ) Dificuldade de aprendizagem, gagueira.
- b) ( ) Gagueira e surdez.
- c) ( ) Perda de memória e dificuldade de aprendizagem.
- d) ( ) Febre alta e dificuldade de aprendizagem.

# TRANSTORNOS DA ANSIEDADE NA INFÂNCIA



## 1 INTRODUÇÃO

Falar sobre a ansiedade é algo muito comum no nosso dia a dia, correto? Usamos a expressão ansiedade para designar nosso sentimento/emoção frente às dificuldades na realização de atividades, na espera de acontecimentos, entre outras situações.

Você sabia que a ansiedade é uma doença que também pode acometer crianças? No presente tópico, vamos estudar sobre um dos transtornos da ansiedade, denominado transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

## 2 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

A característica do transtorno obsessivo-compulsivo são pensamentos insistentes (perturbadores) e recorrentes que geram grande mal-estar psicológico. A pessoa tenta esquecer o pensamento perturbador ou tenta trocá-lo por outro pensamento ou por alguma ação e assim busca “neutralizar” os pensamentos ruins (APA, 2014).

Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. As compulsões são definidas por (1) e (2): 1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. 2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. Nota: A. Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais. B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (APA, 2014, p. 237).

A pessoa acometida pelo TOC só procura ajuda profissional quando o transtorno está em condição grave. Nas crianças é fundamental a observação dos pais e professores aos seguintes comportamentos:

- a criança deseja sempre organizar todos os brinquedos de maneira ortodoxa, não comum às outras crianças;
- a criança necessita lavar as mãos muitas vezes, por exemplo, antes de ir à mesa, a criança lava a mão quatro vezes;
- tendência a ritualizar atividades diárias, por exemplo, ao sair de casa, sempre necessita seguir um esquema mental envolvendo todos os passos e ações, do contrário, experimenta um sentimento de angústia/medo.

Observe a seguir duas figuras que ilustram exemplos de comportamentos comuns em crianças com transtorno obsessivo-compulsivo:

FIGURA 21 – A CRIANÇA COSTUMA ORGANIZAR TODOS OS BRINQUEDOS CONFORME LÓGICA RÍGIDA



FONTE: Disponível em: <<http://cliapsicologia.com.br/toc-na-crianca/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

Você sabia?

“O TOC causa grande impacto na dinâmica familiar, levando os demais membros a modificarem suas rotinas em função dos sintomas e das exigências do paciente” (GOMES; et al, 2011, p. 122 ).

FIGURA 22 – A CRIANÇA NÃO CONSEGUE PISAR FORA DOS QUADRADOS DO PISO



FONTE: Disponível em: <<https://psicologagabriellaklaus.wordpress.com/category/o-que-e-toc/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

## ATENÇÃO

É importante verificarmos que, caso a criança seja organizada, sem que isso traga mal-estar ou angústia, não pode ser considerado TOC.



## DICAS

Outra sugestão de vídeo encontrado no Youtube é sobre o TOC (transtorno obsessivo-compulsivo) em crianças. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=GEFtD1093TY>>. Vale a pena assisti-lo!



# RESUMO DO TÓPICO 3

**Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Além de acometer adultos, a ansiedade pode ocorrer também com crianças.
- Uma das manifestações da ansiedade é o transtorno obsessivo-compulsivo – TOC.
- A principal característica do TOC são pensamentos insistentes (perturbadores) e recorrentes que geram grande mal-estar psicológico.
- Conforme o DSM-V, a criança com TOC tenta ignorar os pensamentos negativos através de imagens ou com comportamentos repetidos (APA, 2014).
- Os comportamentos repetitivos ou atos mentais (orar, contar coisas em silêncio) geram diminuição da angústia, mas, em especial, já seguem uma regra interior rígida.

# AUTOATIVIDADE



1 O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno que gera muito sofrimento psíquico, pois trata-se da invasão de pensamentos ruins e/ou a necessidade de realizar ações (muitas vezes estranhas) para aliviar medos, angústias e tensões. Sobre o TOC, analise as sentenças a seguir:

- I- A criança pode ter os pais (os dois ou um deles) com o comportamento de perfeccionismo.
- II- O transtorno obsessivo-compulsivo não gera sofrimento à pessoa acometida pelo transtorno.
- III- Os profissionais necessitam estar atentos em perceber o comportamento obsessivo das crianças e alertar os pais e coordenadores.
- IV- Os profissionais não necessitam perceber os sintomas de TOC nas crianças, mas cobrar que a criança mude o seu comportamento.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) ( ) Todas as alternativas estão corretas.
- b) ( ) Nenhuma das alternativas está correta.
- c) ( ) Apenas as alternativas I e III estão corretas.
- d) ( ) Apenas as alternativas I e IV estão corretas.

2 Escreva dois tipos de comportamentos comuns em crianças que apresentam transtorno obsessivo-compulsivo:



# DISTÚRBIOS DA APRENDIZAGEM



## 1 INTRODUÇÃO

No presente tópico, iremos aprender sobre os distúrbios da aprendizagem, em especial, a dislexia do desenvolvimento e sobre os transtornos de aprendizagem não verbal.

São cada vez mais comuns as queixas referentes às dificuldades de aprendizagem, contudo cabe ao educador a indagação: O que é patológico – doença – e o que é desinteresse escolar? Além disso, há uma terceira possibilidade (muito importante): Quais aspectos sociais e culturais que a criança repete e reproduz acabam caracterizando comportamentos e crenças errôneas (de que estudar é chato, por exemplo)?

Acadêmico, aproveite para aprender e compreender as principais características dos distúrbios de aprendizagem.

## 2 DISLEXIA DO DESENVOLVIMENTO

Conforme Prestes e Feitosa (2016), a dislexia do neurodesenvolvimento é um distúrbio neurobiológico hereditário. Observamos que a principal característica da dislexia é a enorme dificuldade de aprender e de desenvolver uma leitura padrão.

Os sintomas da dislexia são:

- a criança demora mais do que o normal para começar a falar;
- aprende palavras soltas, mas não consegue formar frases;
- demora a aprender a ler;
- troca a ordem das palavras na frase;
- hesita falar, como se estivesse gaguejando;
- não consegue aprender a conjugar verbos e tem vocabulário muito restrito;
- ninguém entende o que tenta dizer.

Vamos conferir mais algumas características da Dislexia?

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5<sup>7</sup>, a dislexia está inserida dentro de uma categoria mais ampla, denominada de "Transtornos do Neurodesenvolvimento", sendo referida como "Transtorno Específico de Aprendizagem". Segundo o manual, o seu diagnóstico requer a identificação de pelo menos um dos seguintes sintomas:

1. Leitura de palavras é feita de forma imprecisa ou lenta, demandando muito esforço. A criança pode, por exemplo, ler palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta (ou lenta e hesitante); frequentemente, tenta adivinhar as palavras e tem dificuldade para soletrá-las;

2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido. Pode realizar leitura com precisão, porém não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido;

3. Dificuldade na ortografia, sendo identificado, por exemplo, adição, omissão ou substituição de vogais e/ou consoantes;

4. Dificuldade com a expressão escrita, podendo ser identificados múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprego ou organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza.

Entretanto, a simples presença de um ou mais sintomas não significa que a criança tenha dislexia, uma vez que estes podem ser decorrentes de fatores variados, o que inclui: deficiência (intelectual e sensorial, por exemplo), síndromes neurológicas diversas, transtornos psiquiátricos, problemas emocionais e fatores de ordem socioambiental (pedagógico, por exemplo).

Nesse sentido, o manual (DSM-5)<sup>7</sup> considera que, além dos sintomas mencionados, se deve levar em consideração os seguintes critérios:

- Persistência da dificuldade por pelo menos 6 meses (apesar de intervenção dirigida);

- Habilidades acadêmicas substancial e qualitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica (confirmado por testes individuais e avaliação clínica abrangente);

- As dificuldades iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências acadêmicas excedam a capacidade limitada do indivíduo, como, por exemplo: baixo desempenho em testes cronometrados; leitura ou escrita de textos complexos ou mais longos e com prazo curto; alta sobrecarga de exigências acadêmicas;

- As dificuldades não são explicadas por deficiências, transtornos neurológicos, adversidade psicossocial, instrução acadêmica inadequada ou falta de proficiência na língua de instrução acadêmica.

Fonte: RODRIGUES, Sônia das Dores; CIASCA, Sylvania Maria. Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 33, n. 100, p. 86-97, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021.

Visualize a seguir um exemplo de desenho realizado por uma criança com dislexia:

FIGURA 23 – DESENHO REALIZADO POR UMA CRIANÇA COM DISLEXIA



FONTE: Disponível em: <<http://blog.maxieduca.com.br/dislexia-crianca-concurso/>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

### 3 TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM NÃO VERBAL

De acordo com Tabaquim (2016), os transtornos de aprendizagem não verbal são alterações no sistema nervoso central (em especial, o cérebro) de crianças com inteligência convencional. Desta maneira, os transtornos de aprendizagem não verbal são alterações funcionais no cérebro e causam:

- prejuízo no raciocínio matemático;
- déficits na inteligência espacial;
- alterações na coordenação motora;
- prejuízos nas habilidades sociais;
- prejuízos na percepção sensorial.

Transtornos de aprendizagem não verbal (TANV), ainda pouco divulgado no Brasil, caracterizam-se por prejuízos nos domínios visuoespacial, integração visuomotora, motricidade fina, habilidades matemáticas e dificuldade social e emocional (PESTUN, 2017, p. 257).

Há poucos artigos científicos sobre o transtorno de aprendizagem não verbal.

## DICAS

Aproveite para conhecer a Associação Brasileira de Dislexia (ABD). Acesse o site <[www.dislexia.org.br](http://www.dislexia.org.br)> e confira!



## 4 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES ESCOLARES

Como já mencionamos anteriormente, os profissionais da saúde mental usam o DSM-V como base do conhecimento sobre transtornos e demais patologias mentais. Dessa maneira, para que você tenha uma excelente base e formação acadêmica sobre os transtornos do neurodesenvolvimento, também utilizamos o DSM-V nesse livro de estudos.

É especial aprendermos também sobre outra obra literária que é base do conhecimento sobre patologias no mundo inteiro. Estamos falando da obra *Classificação Internacional de Doenças – X (CID-X)*. Todas as doenças que existem no mundo encontram-se no CID (atualmente encontra-se na décima atualização) e constam com códigos. Independentemente do país onde você esteja, utilizando-se da medicina ocidental, o médico saberá qual é a doença a partir do código (que é universal). Exemplo: F.41 – Transtorno de Ansiedade Generalizada. Nos atestados médicos pode constar o código internacional da doença contido no CID-X.

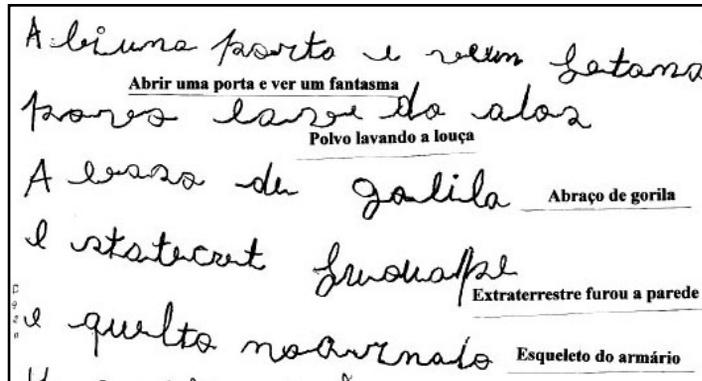
Nesse último item do Tópico 4, iremos estudar sobre os transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares contidos no CID-X, os quais são:

- Transtorno específico de leitura (dislexia de desenvolvimento).
- Transtorno específico da soletração.
- Transtorno específico das habilidades aritméticas (discalculia).
- Transtorno misto de habilidades escolares.

Aprendemos anteriormente sobre a dislexia do desenvolvimento, que é o transtorno específico de leitura. Como vimos resumidamente, o que ocorre com as pessoas acometidas por tal transtorno é a troca de letras e grande dificuldade de ler e, por isso, dificuldades de escrever também.

Assim, o transtorno específico de leitura e a dislexia são o mesmo transtorno. Então, por que há dois nomes? A resposta é porque o **transtorno específico de leitura** é o nome encontrado no CID-X (Classificação Internacional de Doenças) e a nomenclatura dislexia encontra-se no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais).

FIGURA 24 – ESCRITA REALIZADA POR UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO ESPECÍFICO DE LEITURA



FONTE: Disponível em: <<http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/390/diagnosticos-em-psicopedagogia>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

**Transtorno específico da soletração**, como o próprio nome da patologia indica, refere-se à dificuldade de soletrar.

Você notará que seu aluno pode apresentar o transtorno específico da soletração quando a soletração for inferior à esperada para sua faixa etária. O aluno pode até conhecer as letras, mas faz trocas de sílabas, letras ou as omite (BITENCOURT; SOUZA; ARAÚJO, 2011).

É comum a criança apresentar bons resultados nas diversas disciplinas (Conhecimentos Gerais, Geografia etc.), contudo, ao realizar a soletração ou um ditado, por exemplo, nota-se a dificuldade. A dificuldade de soletração pode interferir na autoconfiança do aluno, por isso é um detalhe que o educador deve estar atento para poder auxiliá-lo (BITENCOURT; SOUZA; ARAÚJO, 2011).

FIGURA 25 – ATIVIDADE ESCOLAR: GINCANA DE SOLETRAR PODE CONTRIBUIR NA VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DO TRANSTORNO



FONTE: Disponível em: <<http://www.cidadealertavicosa.com.br/cultura-e-educacao/vem-ai-soletrando-nas-escolas-de-vicosa/>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

Transtorno específico das **habilidades aritméticas (discalculia)** trata-se da dificuldade do aluno em não conseguir realizar operações matemáticas (somar, subtrair, multiplicar, dividir), classificações numéricas, dificuldade em entender conceitos numéricos (BITENCOURT; SOUZA; ARAÚJO, 2011).

Transtornos de aprendizagem não verbal (TANV), ainda pouco divulgado no Brasil, caracterizam-se por prejuízos nos domínios visuoespacial, integração visuomotora, motricidade fina, habilidades matemáticas e dificuldade social e emocional (PESTUN, 2017, p. 257).

Por fim, vamos aprender sobre o **transtorno misto de habilidades escolares**. Como você já pôde perceber, o próprio nome do transtorno trata de diversas características e dificuldades no processo de aprendizagem do aluno.

Percebe-se que no transtorno misto de habilidades escolares o aluno apresenta alteração nas atividades de cálculo, leitura e ortografia ao mesmo tempo. É importante compreender que estas alterações não caracterizam uma deficiência intelectual. Por quê? Para os alunos que apresentam deficiência intelectual é natural a dificuldade nas faculdades escolares (leitura, escrita e cálculo), mas não podemos dizer que se refere ao transtorno misto de habilidades escolares. Uma criança não pode receber o diagnóstico de transtorno misto de habilidades escolares se ela teve poucas oportunidades escolares no seu desenvolvimento e apresentar dificuldades na escrita, leitura e cálculo.

Antes de passarmos para o resumo do tópico propriamente dito, vamos fazer uma retomada um pouco mais detalhada sobre o que aprendemos nele?

De acordo com a definição estabelecida pelo *National Joint Committee of Learning Disabilities*, "transtornos de aprendizagem" é um termo global que diz respeito a um grupo de dificuldades referentes à aquisição e uso de habilidades acadêmicas como leitura, escrita e matemática. Tais alterações seriam intrínsecas ao ser humano e assim estariam presentes ao longo de toda a vida do indivíduo que as possui (**Muñoz, Fresneda, Mendonza, Carballo & Pestun, 2005**). Além disso, apresentam caráter crônico e podem acarretar comorbidades emocionais como depressão e transtornos de ansiedade, necessitando de intervenções específicas e adequadas a cada caso (**Germano, & Capellini, 2011; Lima, Salgado & Ciasca, 2011**).

Os transtornos de aprendizagem são decorrentes de disfunções do sistema nervoso central e relacionados a uma "falha" no processo de aquisição e processamento da informação, diferindo das "dificuldades de aprendizagem", pois este último quadro decorre de questões relacionadas a problemas de ordem pedagógica, emocional ou sociocultural ou a quadros neurológicos (Ciasca, 2003; Rubinstein, 1999).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, APA, 2002a) são descritos quatro tipos de transtornos de aprendizagem: transtorno da leitura, transtorno da matemática, transtorno da expressão escrita e transtorno da aprendizagem sem outra

especificação. Diferentemente, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2008) utiliza outra denominação: “Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares”. Nesse manual são descritos seis tipos de transtornos: transtorno específico da leitura, transtorno específico da soletração, transtorno específico da habilidade aritmética, transtorno misto de habilidades escolares, outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares e transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares. Comumente na literatura e nas áreas aplicadas também se encontram a denominações “distúrbios de aprendizagem”, “dislexia” (para transtorno de leitura), “discalculia” (para transtorno de matemática) e “disgrafia” (para transtorno de escrita) (APA, 2002a).

Os principais diagnósticos para esses transtornos, presentes em ambos os manuais (APA, 2002a; OMS, 2008), são: dificuldades de aprendizagem desde as primeiras etapas de desenvolvimento; desempenho abaixo do esperado para a idade em testes padronizados de leitura, matemática ou expressão escrita; não se devem a fatores como falta de oportunidade de aprendizagem, escolarização, deficiência intelectual ou déficits sensoriais.

Fonte:

(ALVES; NAKANO, 2015, p. 88).

ALVES, Rauni Jandé Roama; NAKANO, Tatiana de Cássia. Criatividade em indivíduos com transtornos e dificuldades de aprendizagem: revisão de pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional* [online]. 2015, v. 19, n. 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 87-96. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191802>>. ISSN 2175-3539. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191802>.

# RESUMO DO TÓPICO 4

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- É nos distúrbios de aprendizagem que a dislexia do desenvolvimento (dislexia infantil) e os transtornos da aprendizagem não verbal costumam ser os mais comuns.
- As principais características da dislexia são dificuldade na leitura, dificuldade na formação de frases, escrever frase ou realizar desenhos de maneira inversa.
- As principais características dos transtornos da aprendizagem não verbal são prejuízo no raciocínio matemático, déficits na inteligência espacial, alterações na coordenação motora, prejuízos nas habilidades sociais, prejuízos na percepção sensorial.
- No CID-X há os transtornos específicos de aprendizagem, como o transtorno específico de leitura, transtorno específico de soletração, transtorno específico das habilidades aritméticas, transtorno misto de habilidades escolares.

# AUTOATIVIDADE



- 1 A dislexia é um distúrbio da aprendizagem que tem como principal sintoma a dificuldade de realizar leitura, escrita e compreensão. Muitas vezes é possível observar que a escrita e os desenhos realizados pelas crianças com dislexia são invertidos (ao invés de desenharem da esquerda para a direita, desenham da direita para a esquerda). Nesse contexto, assinale a alternativa CORRETA:
- a) ( ) Dislexia da aprendizagem é um distúrbio de aprendizagem, mas não ocorre em crianças.
  - b) ( ) Dislexia não é um distúrbio de aprendizagem, mas desinteresse do educando.
  - c) ( ) Dislexia de aprendizagem é um distúrbio de aprendizagem.
  - d) ( ) Dislexia é um tipo de transtorno de ansiedade.
- 2 Escreva as características dos transtornos da aprendizagem não verbal, que também são um tipo de distúrbio de aprendizagem.



# COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO



## 1 INTRODUÇÃO

Neste último tópico da unidade, vamos estudar a **comorbidade**, um conceito da terminologia médica. O significado da palavra comorbidade é *co* – junto e *morbidade* – doença, isto é, doenças que ocorrem em consequência uma das outras.

Encontra-se neste tópico uma tabela apresentando as comorbidades dos transtornos do neurodesenvolvimento. Lembre-se de que, no final do tópico, há um resumo e as autoatividades que facilitarão o seu aprendizado.

## 2 COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Comorbidade é um conceito médico e significa que a pessoa, ao apresentar certa doença, tem possibilidade (fica mais fácil) de desenvolver outros tipos de doenças concomitantemente.

Primeiro faz-se necessário ter em mente que os transtornos do neurodesenvolvimento são constituídos por um grande leque de entidades que podem ter comorbidades diferentes e, até mesmo, serem comorbidades uns dos outros.

## IMPORTANTE

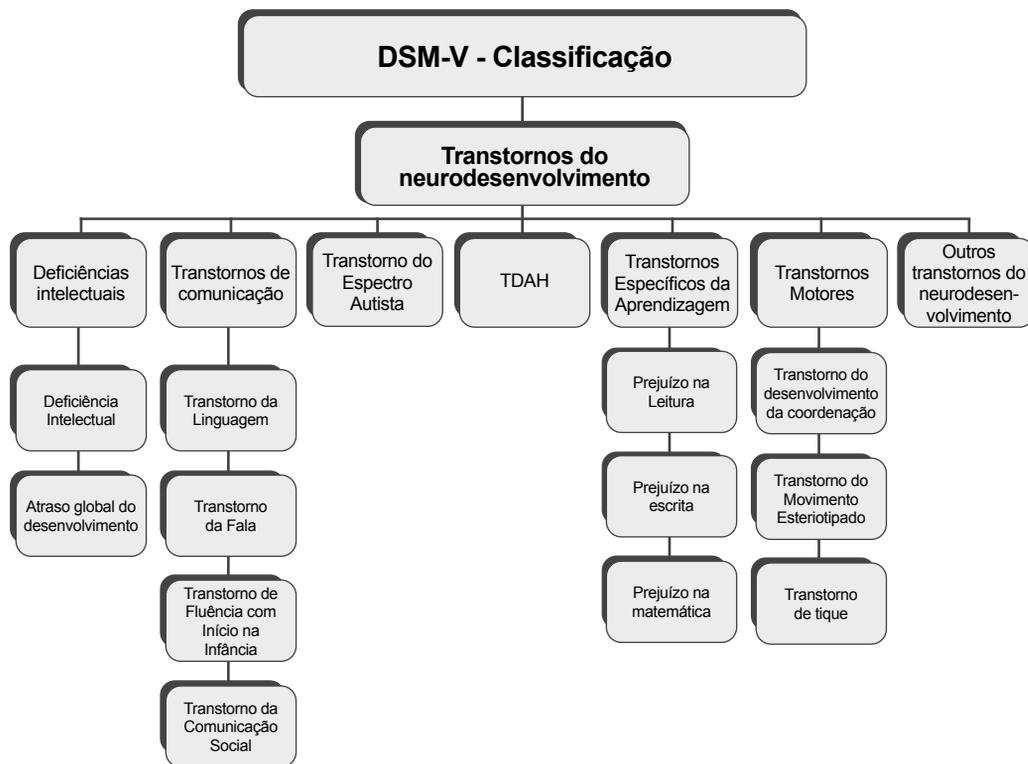


A presença de comorbidades é extremamente comum em casos de crianças e adolescentes com TAG [transtorno de ansiedade generalizada] (Layne & cols., 2008). Em um estudo conduzido por Masi e cols. (2004) 93% dos participantes com TAG tinham alguma comorbidade; 75% tinham como comorbidade um outro transtorno de ansiedade, 56% um transtorno depressivo e 21% TDAH ou TC (Layne & cols., 2008). Estas coocorrências são mais frequentes em preadolescentes e adolescentes e provocam um grande impacto na adaptação psicossocial destes jovens (Flannery-Schroeder, 2004).

Fonte: VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021.

Confira na figura a seguir um esquema constando as possíveis comorbidades nos transtornos do neurodesenvolvimento:

FIGURA 26 – POSSÍVEIS COMORBIDADES NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO



FONTE: Disponível em: <<https://www.iluminaneurociencias.com.br/single-post/2016/09/22/O-que-s%C3%A3o-transtornos-do-desenvolvimento>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

“A presença de comorbidade altera de modo significativo o prognóstico da enfermidade e pode sugerir estratégias terapêuticas específicas dependendo de cada caso” (SOUZA; et al, 2001, p. 401).

Educadores precisam estar atentos para que além do acompanhamento, inclusão e cuidados das crianças com transtornos do neurodesenvolvimento primário, é fundamental o entendimento sobre as possíveis comorbidades. Nesse contexto, as comorbidades do transtorno do espectro autista são: transtorno opositor desafiante, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, paralisia cerebral.

# DICAS



Esta é uma excelente dica de vídeo sobre comorbidades do transtorno do espectro autista: *Comorbidades Neurológicas em Crianças com TEA - NeuroSaber*. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=brP-q9YO2cA>>.



Comorbidades Neurológicas em Crianças com TEA - NeuroSaber

Observou-se tendência à diferenciação entre as formas com e sem hiperatividade no que tange à presença de comorbidades, o que vai ao encontro da literatura especializada. Os transtornos disruptivos, que tendem a ser mais encontrados na forma com hiperatividade e que frequentemente favorecem o encaminhamento a tratamento devem ser entendidos como comorbidade e receber tratamento específico. Não raramente, casos “difíceis” ou “pouco responsivos” de TDAH representam casos de comorbidade que não foi adequadamente diagnosticada (SOUZA; et al, 2001, p. 404).

Muitas vezes, é importante não somente acompanhar a doença primária, mas estar atento também às comorbidades. Quando não são realizados os devidos cuidados e acompanhamentos, as comorbidades podem agravar os sintomas e gerar um prognóstico (condição de melhora) desfavorável.

“A presença de comorbidade parece ser significativa no TDAH e pode sugerir a necessidade de entrevistas diagnósticas que abordem outros sintomas psíquicos e comportamentais do que aqueles unicamente relacionados àquele transtorno” (SOUZA; et al, 2001, p. 406).

# RESUMO DO TÓPICO 5

**Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Comorbidade é um conceito médico e significa que a pessoa, ao apresentar certa doença, tem possibilidade (de desenvolver outros tipos de doenças concomitantemente).
- A comorbidade é a regra, portanto é necessário sempre considerar a possibilidade de existência de mais de um transtorno

# AUTOATIVIDADE



- 1 Escreva o conceito de comorbidade.
- 2 Além do acompanhamento, inclusão e cuidados das crianças com transtornos do neurodesenvolvimento primário, é fundamental o entendimento sobre as possíveis comorbidades. Desta maneira, escreva as comorbidades do transtorno do espectro autista.



# AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

**A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:**

- compreender como são realizadas as avaliações e tratamentos dos profissionais da medicina e psicologia nos transtornos do neurodesenvolvimento;
- aprender sobre ações multiprofissionais no acompanhamento dos transtornos do neurodesenvolvimento;
- aprender orientações sobre como o educador especial procederá com os estudantes acometidos por transtornos do neurodesenvolvimento.

## PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em quatro tópicos. No decorrer dela, você encontrará auto-atividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DO TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL

TÓPICO 2 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO

TÓPICO 3 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE, TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM E DOS DISTÚRBIOS DA APRENDIZAGEM

TÓPICO 4 – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO Opositor Desafiante, TRANSTORNO DE CONDUTA E DO TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE



## CHAMADA

Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



# **CONFIRA A TRILHA DA UNIDADE 2!**

Acesse o  
QR Code abaixo:



# AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DA DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E DOS TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 1 INTRODUÇÃO

Na Unidade 1, verificamos as características dos principais transtornos do neurodesenvolvimento. Nesta unidade, estudaremos sobre as avaliações, os acompanhamentos terapêuticos dessas patologias e como caracteriza-se cada etapa.

A avaliação é o ato de investigar os sintomas e sinais do paciente para definir a patologia acometida. Outro nome comum dado à avaliação é diagnóstico. Após a realização da avaliação ou diagnóstico, inicia-se o processo do tratamento, e a este denominamos acompanhamento terapêutico. Independentemente da área da saúde (Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Enfermagem, entre outras), as terminologias utilizadas para o acompanhamento terapêutico são: tratamento, abordagem terapêutica ou terapêutica.

Iniciaremos a presente unidade aprendendo sobre o diagnóstico e as abordagens terapêuticas (acompanhamentos terapêuticos) da deficiência intelectual (DI) e dos transtornos da comunicação.

Perceberemos ao longo desta unidade a importância da multidisciplinariedade ao pesquisar e acompanhar pacientes e alunos com transtornos do neurodesenvolvimento. É importante sempre possibilitar o desenvolvimento emocional, cognitivo e social da pessoa acometida: cada melhora é uma conquista valiosa!

## 2 DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL

Como já estudamos em outros momentos no nosso livro de estudos é fundamental que o aluno seja encaminhado, primeiramente, para o profissional da medicina ou da psicologia.

Ao diagnóstico e acompanhamento terapêutico dos transtornos do neurodesenvolvimento indica-se que o primeiro profissional da medicina a ser consultado seja:

TABELA 1 – RELAÇÃO DE PROFISISONAIS DA MEDICINA PARA O ENCAMINHAMENTO DE ALUNOS

<i>Crianças e Adolescentes</i>	<i>Adultos</i>
<i>Neuropediatra ou</i>	<i>Neurologista ou</i>
<i>Psiquiatra Infantil</i>	<i>Psiquiatra</i>

FONTE: Os autores

Os médicos, ao concluírem a faculdade de medicina (com duração de seis anos), realizam a seleção para ingressarem em uma residência médica (das especialidades citadas anteriormente), que pode durar de dois a quatro anos, em média.

Na avaliação médica (diagnóstico) será investigada, através dos relatos dos sintomas (queixas referentes às alterações comportamentais e emocionais) e dos sinais (alterações fisiológicas), qual a patologia que acomete o paciente e a ocorrência ou não de comorbidades (conforme estudamos na Unidade 1).

O diagnóstico é realizado através da realização de exames físicos e mentais, exames laboratoriais, diagnósticos por imagens e diagnóstico diferencial. Após a obtenção do diagnóstico é realizado o processo de indicação terapêutica.

### **a) Indicação da medicação e sua posologia**

A prescrição dos medicamentos, isto é, a indicação dos remédios a serem utilizados pelo paciente é denominada **indicação terapêutica**. Outra expressão que já lemos diversas vezes nas bulas dos medicamentos é a **posologia**, a qual refere-se à quantidade de medicamento (número de comprimidos, miligramas) e ao horário adequado para a ingestão. Afinal, dentro do organismo o medicamento segue um gráfico de efeito e, desta maneira, antes que termine o efeito será necessário repor a medicação. Os medicamentos via oral são absorvidos inicialmente pelo duodeno (primeira parcela do intestino delgado) e são metabolizados pelo fígado.

### **b) Dose terapêutica**

A dose terapêutica é a quantidade e a maneira adequada para obtenção dos resultados esperados. Os medicamentos são testados diversas vezes e conforme os modelos experimentais pertencentes à farmacologia (grupos de controle, grupos experimentais, testes com camundongos).

### **c) Terapêutica farmacológica (medicamentos) na deficiência intelectual**

Os medicamentos utilizados neste transtorno dependerão de dois fatores: do nível da deficiência intelectual (conforme já estudamos anteriormente, os níveis são: leve, moderado, grave e profundo) e dos sintomas que o paciente apresenta. Vejamos alguns exemplos de sintomas e medicamentos que podem ser utilizados na deficiência intelectual:

TABELA 2 – EXEMPLOS DE SINTOMAS OCORRIDOS NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E A CLASSE DE MEDICAMENTOS UTILIZADA (PRESCRIÇÃO DOS REMÉDIOS)

Sintomas	Terapêutica Farmacológica
Automutilação	Antipsicóticos
Agressividade	Antidepressivos

FONTE: Os autores

Afinal, como age o medicamento no corpo humano? Responder a esta questão denotaria uma disciplina de graduação. De maneira geral, podemos dizer que os princípios ativos dos medicamentos destinados ao tratamento dos transtornos do neurodesenvolvimento agem nos neurotransmissores do tecido neuronal (cérebro). Os principais neurotransmissores são: serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina.

## 2.1 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO EM PSICOLOGIA

Provavelmente já ouvimos e até mesmo estudamos algum tema da psicologia em algum momento da nossa vida, não é mesmo? Aqui, vamos aprender um pouco mais sobre a psicologia e compreender melhor como o trabalho do psicólogo pode contribuir no desenvolvimento dos nossos futuros alunos.

Você saberia explicar com suas palavras o que é a psicologia? Frequentemente ouvimos que a psicologia é a ciência que estuda a alma, a mente, ou a vida mental, ou o comportamento, ou o inconsciente, ou a subjetividade humana.

Existem diferentes vertentes da psicologia, e para cada algumas delas, de fato, o objeto de estudo da psicologia é o comportamento. Já para outras é a subjetividade, e assim, sucessivamente. Para a psicanálise, por exemplo, o objeto de estudo seria o inconsciente, algo que não pode ser observado diretamente e que não é objetivo.

Significa que não há um denominador comum sobre o objeto de estudo dessa ciência.

Claro está que a identificação da Psicologia como distinta da Biologia e das Ciências Sociais não se baseia em fronteiras rígidas: as áreas de sobreposição de interesses têm sido importantes a ponto de originar as denominações de Psicofisiologia e Psicologia Social, por exemplo (TODOROV, 2007, p. 58).

A Psicologia estuda interações de organismos vistos como um todo, com seu meio ambiente. Ocupa-se fundamentalmente do homem, ainda que para entendê-lo muitas vezes tenha que recorrer ao estudo do comportamento de outras espécies animais. As interações organismo-ambiente são tais que podem ser vistas como um

continuum no qual a passagem da Psicologia para a Biologia ou para as ciências sociais é muitas vezes questão de convencionar-se limites ou de não se preocupar com eles.

As interações organismo-ambiente têm, historicamente, caracterizado áreas da Psicologia, dependendo de quais subclasses de interações são consideradas. Há áreas da Psicologia especializadas em interações organismo-ambiente externo físico (ergonomia, por exemplo) e outras em interações com o ambiente externo social (Psicologia Organizacional, por exemplo).

A decomposição do conceito de ambiente em externo, físico ou social e interno, biológico ou histórico é apenas um recurso de análise útil para entender-se a fragmentação da Psicologia em diversos campos, e para apontar os diversos fatores que, indissociáveis, participam das interações estudadas pelo psicólogo. Apesar dos quatro aspectos terem gerado programas de pesquisa e de linguagens teóricas independentes, é possível sempre ver a Psicologia como análise de interações.

Pela análise de interações organismo-ambiente, os psicólogos chegaram aos conceitos de estímulo e resposta. Os conceitos de comportamento e ambiente, estímulo e resposta, são interdependentes. O comportamento não pode ser entendido isolado do contexto em que ocorre.

A análise experimental do comportamento utiliza-se de contingências e de relações funcionais como instrumentos para o estudo de interações organismo-ambiente. O experimentador manipula contingências em busca de relações funcionais e das condições (variáveis de contexto) nas quais podem ser observadas. Um sistema de relações funcionais constituirá uma teoria útil se vier acompanhado de especificações de onde e quando, no ambiente externo, as variáveis de contexto devem ser encontradas.

Fonte: (TODOROV, 2007, p. 61).

TODOROV, João Cláudio. A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2007, v. 23, n. spe [Acessado 17 Setembro 2021], pp. 57-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>>. Epub 25 Fev 2008. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>.

Também se faz necessário ressaltar que não fazem parte da psicologia as terapias alternativas, os florais, os chás, o reiki, o benzimento, a auriculoterapia, a homeopatia, os xaropes caseiros, as promessas.

Comumente as terapias alternativas são baseadas no conhecimento de senso comum, muitas vezes misturam o conhecimento religioso (que não é considerado um conhecimento científico).

Com isso não estamos desprezando os conhecimentos da religião, tampouco, os conhecimentos acumulados pela sociedade por tantos séculos (senso comum). O que queremos elucidar é que os conhecimentos culturais são relevantes, cada pessoa pode ter sua fé, porém, as ciências do âmbito da medicina e da psicologia não se pautam neles - nem no senso comum, nem na religião.

Afinal, as práticas científicas em saúde são intensamente testadas, comprovadas, registradas, argumentadas matematicamente e seguem uma sequência histórica de investigações e concepções.

É importante esclarecer que psicologia e parapsicologia não são a mesma coisa.

## CURIOSIDADE

Você já ouviu falar em parapsicologia clínica?



Existem cursos para pessoas que desejam trabalhar com parapsicologia clínica, nos quais são aprendidas: “[...] técnicas de intervenções terapêuticas como: Hipnose, Regressão de Memória, Lembrança de Vidas Passadas, Reprogramação Mental, Relaxamento Físico e Mental e Comandos de PNL. E também você pode desenvolver competências valiosas para sua existência, por exemplo, a Inteligência Emocional, o Protagonismo da Vida, o Despertar para o Autoconhecimento e demais benefícios que levarão ao crescimento interior e à resolução de conflitos internos”.

Fonte: <https://www.mente.com.br/parapsicologia>. Acesso em 16 Set. 2021

É possível que algumas pessoas possam obter resultados e tenham interesse em realizar os tratamentos alternativos e/ou optem pela parapsicologia, e isso é um direito de cada uma delas. Contudo precisam estar cientes de que esses meios não substituem os conhecimentos científicos dos profissionais da saúde.

No tocante à parapsicologia, Alvarado (2013, p. 160) menciona a expressão parapsicologia científica, em seu estudo sobre fenômenos psíquicos e o problema mente-corpo: notas históricas sobre uma tradição conceitual negligenciada. Porém, ainda que a parapsicologia esteja se aproximando da ciência, é preciso ficar claro que ela se fundamenta em pressupostos diferentes do que a psicologia. Ambas fazem uso de técnicas diferentes, possuem objetivos diferentes. Tanto em termos de teorias quanto de práticas, são campos bastante diferentes.

O ideal é que o primeiro encaminhamento para realização do diagnóstico e verificação do acompanhamento terapêutico seja feito para o profissional da medicina e/ou profissional da psicologia (psicólogo clínico).

Quanto às terapias alternativas, reforçamos que elas não substituem o acompanhamento médico, nem o psicológico.

Por outro lado, existem famílias que optam por elas como um tratamento em paralelo ao tratamento de saúde. Sugere-se para as famílias que deem prioridade para a avaliação e acompanhamento de profissionais da saúde, e só iniciem o tratamento complementar depois de iniciarem os atendimentos médicos/ psicológicos.

Isso porque, muitas crianças necessitam de atendimento médico/psicológico com urgência.

Uma avaliação e diagnóstico precoce é importante tanto para melhor intervenção e manejo dos sintomas, mas também no que tange ao fortalecimento da rede de apoio, que é composta pela família (ROCHA; et al, 2019, p. 12).

## IMPORTANTE

O educador especial pode alertar seus alunos e até mesmo os pais e responsáveis sobre a importância de continuarem usando os medicamentos conforme a orientação médica.



Como o educador especial deve proceder se ele perceber que a família está deixando tratamento medicamentoso de lado para seguir apenas com as terapias alternativas?

- Antes de mais nada, o educador especial precisa demonstrar respeito para com as crenças e decisões da família.
- Na sequência precisa incentivá-los a darem continuidade ao tratamento médico, ressaltando que ambos os tratamentos podem ser feitos simultaneamente.
- Além do mais, pode explicar que o fato de interromper o uso de medicamentos por conta própria pode gerar danos à saúde e a piora do prognóstico.
- Se a família alegar que os remédios não estão gerando o efeito esperado, cabe ao educador especial sugerir que a família procure o médico para falar sobre isso, já que ele não é apto para prescrever remédios, nem mudanças nas dosagens, e nenhuma mudança no uso de fármacos.

Por fim, algumas vezes ouvimos nos filmes ou até mesmo nas consultas médicas a palavra “prognóstico”. Mas o que ela significa? **Prognóstico** é um conceito da medicina referente à evolução da doença, isto é, o quanto e como poderá melhorar ou agravar a doença com o passar do tempo.

FIGURA 1 – A CONSULTA MÉDICA E PSICOLÓGICA SÃO O INÍCIO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE



FONTE: Disponível em: <<https://blog.odoutoratende.com.br/pagina/agendar-consulta-com-pediatra2.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

## ESTUDOS FUTUROS

Na Unidade 3, aprenderemos como realizar o pedido de atendimento (encaminhamento), elementos importantes no diálogo com os pais e gestores, entre outras ações.



Após realizarmos uma contemplação muito importante referente à psicologia e sua diferença entre outras terapias que não são científicas (somente complementares), vamos estudar sobre o trabalho do psicólogo na avaliação e acompanhamento da deficiência intelectual.

A base da formação da psicologia nos cursos de graduação é formada por três principais vertentes metodológicas: **psicanálise, terapia cognitivo-comportamental e fenomenologia/humanista.**

As vertentes metodológicas são as concepções sobre a subjetividade humana. Podem ser chamadas também de escolas ou de abordagens. Cada vertente tem como base uma visão epistemológica de homem que origina os conceitos, teorias e técnicas psicológicas.

A psicanálise, escola iniciada por Sigmund Freud (1856-1939) no século XX, é uma vertente metodológica mentalista, isto é, acredita no inconsciente e aquilo que o sujeito vive é gerado primeiramente na mente dele (a realidade é projetada). Na psicanálise, entende-se que a força principal da psique humana é o inconsciente.



# IMPORTANTE

Você quer saber mais sobre o inconsciente, sob a perspectiva da psicanálise? Uma indicação de leitura é "A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração". Está disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/f79DMNx9LYLj5NwQxHTyktf/?lang=pt&format=pdf>.

Já a escola cognitiva-comportamental tem como principais colaboradores: Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), Aron T. Beck (1921), Albert Ellis (1955) e destina-se a estudar o comportamento, o pensamento e não acredita que exista o inconsciente. Isso mesmo! A psicologia cognitiva-comportamental acredita que o psicológico do sujeito é apenas o que o cérebro dele produz. Assim, não há o inconsciente, porque no cérebro não há uma parte específica que gera o inconsciente.

O inconsciente é apenas um termo, algo abstrato. A psicologia cognitiva-comportamental acredita que o cérebro controla tudo, sem nenhuma força psíquica não mensurável (como o inconsciente ou a concepção de *self*, que é apenas um conceito e não uma parte física no cérebro).

Por fim, a última escola – fenomenologia/humanista – acredita que a subjetividade é construída a partir de como o sujeito se percebe no mundo. Trata-se de escola metodológica baseada a partir dos estudos da filosofia existencialista. Podemos citar Jean-Paul Sartre (1905-1980) como um dos principais teóricos da fenomenologia existencialista.

O profissional da psicologia habitualmente aprende, na sua formação, que deverá optar por uma abordagem ao realizar seus atendimentos clínicos, pois as escolas psicológicas possuem epistemologias diferentes. Atualmente é comum os psicólogos atuarem utilizando mais do que uma abordagem.

O entendimento profundo de cada vertente metodológica é altamente complexo e denotaria realizar uma graduação de Psicologia. O essencial neste momento é estudarmos apenas uma pequena introdução sobre as vertentes metodológicas.

## **a) Abordagem terapêutica: psicanálise**

No entendimento dos profissionais da psicologia, os quais utilizam como a principal base a psicanálise, o trabalho será focado em possibilitar à criança ou ao adulto com deficiência intelectual um lugar como sujeito desejante, com suas singularidades preservadas. O psicólogo baseado na teoria psicanalítica trabalhará o lugar do paciente

na família. Este “lugar” é simbólico e está na organização social da família. Vejamos a seguir alguns exemplos dos principais itens que serão trabalhados ao ser utilizada a abordagem (vertente psicológica) da psicanálise:

- A expressão dos desejos, ideais e criatividade através de atividades de formação de vínculo entre o psicólogo e o paciente;
- a organização da expressão para que não seja em vão, mas que gere efeito positivo no próprio paciente e aos familiares;
- a formação de rotina para organização intelectual e independência (dentro das possibilidades).

Devido à dependência da pessoa com deficiência intelectual, há a necessidade de trabalhar com os pais e cuidadores os seguintes itens:

- possibilitar um lugar psíquico para a criança com deficiência na família, sem que haja a compensação (“passar a mão na cabeça”) ou a rejeição por causa do transtorno;
- trabalhar a frustração gerada, muitas vezes, por não ter “um filho sadio”.

Você sabe o que é Psicanálise? Conhece alguns elementos do percurso histórico dela?

No final do século XIX, o médico neurologista Sigmund Freud, a partir de seus estudos com pacientes histéricos, iniciou a construção da teoria psicanalítica. Os sintomas desses sujeitos eram caracterizados por alterações decorrentes de inibições ou excitações sensoriais e motoras – paralisias, desmaios, tremores, cegueiras e afonias – que não correspondiam à realidade biológica e que não cediam aos tratamentos convencionais. Escutando esses pacientes, Freud elaborou o conceito de inconsciente, outorgando importância decisiva para a participação do psiquismo na gênese dessas manifestações.

O surgimento da Psicanálise provocou uma ruptura epistemológica com o pensamento médico-biológico dominante, ao conceber um corpo regido por mecanismos que escapam à razão. Se antes, desde Descartes, a subjetividade era entendida como um todo unitário, identificado com a consciência e sob o domínio da razão, a partir da teoria freudiana, ela passou a ser compreendida como uma realidade dividida em dois grandes sistemas: o consciente e o inconsciente. Ao propor o descentramento da razão e da consciência, Freud promoveu a terceira grande ferida narcísica no homem ocidental – as outras teriam sido provocadas pelas teorias de Copérnico e de Darwin **(FREUD, 1996a)**.

Na década de 1930, a Psicanálise foi sustentada por ilustres representantes do meio médico-psiquiátrico, conferindo prestígio e legitimidade a essa teoria. Pouco depois, surgiram as primeiras associações responsáveis pela formação dos psicanalistas e divulgação de seus pressupostos, tendo o campo de prática restrito aos consultórios particulares. Sua teoria, no entanto, adentrou nos meios

universitários, principalmente nas faculdades de Psicologia, integrando-se aos currículos acadêmicos.

Na década de 1970, justamente no momento em que proliferavam as famigeradas ditaduras militares, houve uma verdadeira explosão da Psicanálise na América do Sul. Nesse período, diversos psicólogos e psicanalistas argentinos e franceses vieram para o Brasil, trazendo novas formas de trabalhar que extrapolavam o *setting* tradicional do divã. Os focos das intervenções passaram a recair nas famílias, comunidades e instituições. Essa nova orientação incitou uma crítica política em relação ao elitismo e à neutralidade social da Psicanálise praticada pelas organizações mais ortodoxas. A prática e teoria psicanalíticas, que até então se concentravam no indivíduo, na burguesia e nos consultórios privados, tiveram assim seu campo de atuação ampliado **(RUSSO, 2002)**.

Nesse solo fértil, a Psicanálise ganhou espaço, trazendo consigo elaborações que não se restringiam à vida interior de cada um. De fato, o inconsciente freudiano jamais pode ser visto como algo estritamente individual. Suas formações, como fenômenos de linguagem, são tributárias desse órgão coletivo, público e simbólico que é a língua em seus diferentes modos de uso.

[...]

A participação da Psicanálise nos movimentos políticos e sociais do Brasil, a partir da década de 1970, se tornou mais forte. Na Saúde Coletiva, muitas de suas elaborações estiveram na base do movimento de questionamento do tratamento da loucura, conhecido como Reforma Psiquiátrica. Desde então, a Psicanálise passou a orientar o trabalho de alguns serviços e profissionais que atuam na rede pública de saúde, em instituições judiciárias e organizações não governamentais. Nessas experiências, o coletivo e o singular coabitam, permitindo soluções inéditas, reintroduzindo, por vezes, a possibilidade do laço social **(VAL; CARVALHO; CAMPOS, 2015)**.

**Fonte:** COSTA VAL, Alexandre et al. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 17 Setembro 2021], pp. 1287-1307. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>.



## ATENÇÃO

Vamos conhecer mais contribuições da psicanálise para a educação especial? Para tanto sugere-se a leitura complementar:

“A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial” Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v12n22/v12n22a04.pdf>

Conforme Goes (2006), a confirmação do diagnóstico da criança com deficiência intelectual torna-se uma fonte de conflitos internos que repercutem nos pais, no grupo familiar e, em especial, na criança, devido às restrições cognitivas que a patologia gera.

FIGURA 2 – O COMPORTAMENTO IDEAL DOS PAIS: NÃO POUPAR E NÃO EXCLUIR OS FILHOS DAS ATIVIDADES



FONTE: Disponível em: <<http://conselhosmunicipaisni.blogspot.com.br/2011/08/comude-conselho-municipal-das-pessoas.html>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

### **b) Abordagem terapêutica: psicologia cognitiva-comportamental**

Já a vertente metodológica cognitiva-comportamental trabalhará (como o próprio nome indica) aspectos de mudança comportamental e cognitiva.

Você sabe o que significa a palavra cognitiva? Ela está diretamente ligada à construção do conhecimento, já que abrange o pensamento, a percepção, a memória. O desenvolvimento cognitivo envolve os processos de assimilação e acomodação de acordo com a perspectiva piagetiana. Portanto, o desenvolvimento cognitivo se relaciona com a inteligência, com o processamento de informações, com a interpretação acerca delas, bem como, com o levantamento de hipóteses para solucionar problemas, a inferência e a dedução (NEVES, 2006).

O psicólogo que atua utilizando a psicologia cognitiva-comportamental irá possibilitar intervenções para mudar comportamentos no paciente com deficiência intelectual; naturalmente, as mudanças estarão limitadas ao nível de deficiência.

Vamos aprender um pouco mais a respeito da terapia cognitiva comportamental (TCC)?

A terapia cognitiva comportamental (TCC) tem sido uma das mais eficazes ferramentas em termo de terapia no que diz respeito ao tratamento e controle de ansiedade, pois apresentam um fundamento teórico e um conjunto de técnicas cuja eficácia, baseada em evidências, foi demonstrada no tratamento de diversos quadros mentais e físicos. (KNAPP & BECK, 2008).

A TCC é uma forma de psicoterapia que teve início no final da década de 60, nos Estados Unidos por Aaron Beck e Albert Ellis, pela Universidade da Pensilvânia. Tratava-se de uma psicoterapia breve e estruturada para o tratamento da depressão, direcionada a resoluções de problemas atuais, e que foi adaptado para outros transtornos sem mudar seus pressupostos teóricos. Nessa abordagem,

O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura. (Beck, 2013, p. 22)

Para a TCC, a ansiedade é o modo como a natureza nos prepara para lidar com situações de perigo (Cordioli 2008, p. 438). Segundo Oliveira (2011), é uma reação natural e necessária ao corpo, mas que quando em excesso, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo. O principal objetivo da TCC, no contexto da ansiedade em mulheres puerpério por cesariana, é ajudar as mães que enfrentam a apojadura tardia, identificando os principais agentes de ansiedade, neste caso, os Pensamentos Automáticos, para que uma vez identificados, seja promovido "o alívio dos sintomas, especialmente redução do nível de sofrimento (...), e a remissão do transtorno." (BECK, 2013, p. 179). Geralmente, os Pensamentos Automáticos não são percebidos, mas com o auxílio de técnicas, podem ser facilmente identificados.

Entre essas técnicas fundamentais, está a psicoeducação, que além de ser de eficaz para compreensão e identificação desses pensamentos automáticos, é também "um importante recurso para a correção das interpretações distorcidas sobre seus próprios sintomas". (Cordioli, 2008, p. 437). Na psicoeducação:

O psicoterapeuta explica como é a terapia cognitivo-comportamental, especialmente no que se refere a influência dos pensamentos na forma como nos sentimos e nos comportamos, as distorções cognitivas e as possibilidades de mudanças" (PICCOLOTO, 2008, p. 168).

RODRIGUES, Allison Marcelo Anjolis; HARTWIG, Mayck Djúnior. As técnicas de tcc no controle da ansiedade em mulheres puerpério por cesariana. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 28, p. 119-130, jun. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2017000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

## IMPORTANTE

O trabalho de psicologia nos pacientes com deficiência intelectual não será realizado conforme o modelo "tradicional": psicólogo conversando, sentados; mas através de ações e atividades lúdicas para a compreensão dos mecanismos psíquicos. Em especial, nessa patologia deverão ser incluídas intervenções junto à família: verificação de uma rotina com mais qualidade, reforçamento dos comportamentos corretos, por exemplo.



### c) Abordagem terapêutica: fenomenologia/humanista

Nesta vertente metodológica o psicólogo buscará trabalhar aspectos do *self*, visão consciente dos pais. Na deficiência intelectual, o psicólogo orientará e trabalhará com os pais, na sua maior parte do tempo. O objetivo é possibilitar a reflexão sobre os papéis de pai e mãe na deficiência intelectual. No trabalho psicológico, sob a ótica da fenomenologia humanista, o psicólogo é um espelho para os pais se observarem e perceberem sobre si, seus atos e emoções.

## ATENÇÃO

Talvez a expressão “self” tenha chamado a sua atenção! Você sabe do que se trata? Com base nas elaborações de Perls sobre *self* e personalidade, compreende-se que o desenvolvimento e o funcionamento saudável dos referidos sistemas dependem, essencialmente, da qualidade da relação, do contato que se estabelece com o “outro”, desde os primórdios da existência do indivíduo, uma vez que, para esse teórico, *self* e personalidade se constituem na fronteira entre organismo e meio. Sobre isto, Perls, Hefferline e Goodman (1951/1997) esclarecem que *self* é o sistema de contatos e de respostas em qualquer momento, diminuindo com o sono, quando há menos necessidade de reagir. Sua atividade é formar figuras e fundos e fazer ajustamentos criativos. Sendo assim, onde há mais conflito, contato e figura/fundo, há mais *self*; onde há mais confluência, isolamento ou equilíbrio, há um *self* diminuído. Desse modo, o *self* não tem consciência de si próprio abstratamente, mas quando está em contato com alguma coisa, uma vez que o mesmo é considerado como sendo a fronteira de contato organismo-meio em funcionamento.

Fonte: TENORIO, Carlene Maria Dias. As psicopatologias como distúrbios das funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Rev. abordagem gestalt**, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 224-232, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

A curiosidade sobre esse termo permanece crescente em você? Sendo assim, o ideal é ler o artigo na íntegra! **“As psicopatologias como distúrbios das funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica”** – Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200013)



Vamos averiguar alguns dos aspectos da Psicologia Fenomenológica?

A psicologia fenomenológica foi desenvolvida por Husserl, ao longo de sua obra, integrada à fenomenologia filosófica. Buscando compreender a possibilidade do conhecimento, Husserl inicia a problematização da psicologia no prefácio das *Investigações lógicas* (2014). Nessa obra, o filósofo afirma que iniciara da convicção de que a lógica das ciências dedutivas deveria partir da psicologia, porém, a forma pela qual esta se constituía – como ciência natural, empírica – não o satisfazia

(Husserl, 2014). Na mesma obra, Husserl, então, definiu a fenomenologia como uma 'psicologia descritiva' - diferentemente de Franz Brentano - por não poder excluir, na caracterização do conhecimento, as vivências psíquicas. Cabe lembrar que em Brentano - mestre e amigo de Husserl - a consciência, por ser caracterizada como 'intencional', e por delimitar a relação direta entre o sujeito cognoscente e o objeto representado, mantinha um tipo de pensar dito 'psicologista', porque se estabelecia a partir de uma fundamentação psicológico-natural das representações, fortemente alicerçada na vida psíquica (Goto, Holanda, & Costa, 2018).

Assim, na segunda edição das *Investigações*, Husserl corrige esse seu posicionamento inicial, diferenciando a fenomenologia da psicologia, mesmo sem afastá-las totalmente, por considerar os fenômenos psíquicos importantes na produção do conhecimento (Husserl, 2014). O filósofo comenta que as descrições fenomenológicas estão em oposição às descrições psicológicas (de Brentano, por exemplo), porque "[...] não dizem respeito a vivências ou classes de vivências de pessoas empíricas [...] sobre tais vivências, a fenomenologia não levanta questões, não procura determinações nem elabora hipóteses" (Husserl, 2014, p. 23). Porta (2013) acrescenta que, para Husserl, a fenomenologia compartilha com a psicologia o princípio de imanência, ainda que reformulado pela redução. E que, somente por meio da psicologia explicita-se aquilo que, afinal, é realmente essencial, a subjetividade mesma.

**[...]**

Esses são alguns postulados alcançados por Husserl e que foram favorecendo a ideia de uma psicologia fenomenológica. Com isso, pode-se dizer que Husserl, a partir das análises fenomenológicas da consciência intencional, chegou a uma concepção de psicologia fenomenológica ou, a uma via fenomenológico-psicológica, frente à necessidade de esclarecer a vida psíquica, suas estruturas vividas concretamente e os modos de consciência empírico-psíquica (Husserl, 2001). A psicologia fenomenológica não é uma psicologia empírica (naquilo que marca a relação com o físico), tal como a psicologia científica e outras formas de psicologia investigativa contemporâneas, mas constitui-se como uma 'psicologia pura', uma psicologia que investiga as vivências psíquicas e que ultrapassa qualquer relação psicofísica. "A pura psicologia não conhece justamente senão o subjetivo, e admitir aí como existente algo de objetivo é já dela ter aberto mão" (Husserl, 2012, p. 209)

Extraído de: ORENGO, Fabiane Villatore, HOLANDA, Adriano Furtado e GOTO, Tommy Akira FENOMENOLOGIA E PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA PARA PSICÓLOGOS BRASILEIROS: UMA COMPREENSÃO EMPÍRICA 11 Apoio e financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). . Psicologia em Estudo [online]. 2020, v. 25 [Acessado 17 Setembro 2021] , e45065. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45065>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45065>.

Você já ouviu falar da Gestalt-Terapia? Vamos aprender um pouco sobre ela?

A Gestalt-Terapia é uma abordagem psicológica que foi desenvolvida por Frederick (Fritz) Perls e outros colaboradores (como, Laura Perls, Paul Goodman, Isadore From, Paul Weiz, Sylvester Eastman e Eliot Shapiro) que compartilhavam ideias sobre os potenciais humanos. Em 1951, a Gestalt-Terapia se consolidou, nos EUA, como uma perspectiva clínica dotada de teoria e prática, focada em intervenções psicoterapêuticas em nível de personalidade e crescimento intra e interpessoal (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). Como uma visada experiencial composta de pressupostos holísticos, fenomenológicos e existenciais, crítica à corrente psicanalítica freudiana e alternativa às psicologias comportamentais, vigentes nas décadas de 1950-1960, a Gestalt-Terapia somou-se às contendas da Psicologia Humanista, tornando-se reconhecida como uma abordagem humanística (MOSS, 2001; HOLANDA, 2014).

Com o desenvolvimento da Gestalt-Terapia, muitas de suas atitudes e premissas foram utilizadas além do âmbito clínico, nos contextos grupais, comunitários, educacionais, organizacionais etc. Desse advento, surgiu o termo Abordagem Gestáltica para referir a um campo maior de implicação das atitudes gestálticas onde existir relações humanas. Fritz Perls, em momento maduro de sua carreira, optou por usar o mencionado termo ao considerar seus trabalhos anteriores (Ego, Fome e Agressão e Gestalt-Terapia) ultrapassados e demasiadamente eruditos, além de estar interessado em apresentar outra proposta vivencialmente mais direta e acessível em seu entendimento e prática (SPITZER, 1988).

Com a expansão da Gestalt-Terapia e da Abordagem Gestáltica, nas diversas localidades do mundo, existiu um movimento de recepção dessa vertente humanista no Brasil, que foi desde os anos de 1960 até uma intensificação nas décadas seguintes. Isso aconteceu devido à criação de grupos de estudos, à vinda de alguns psicólogos humanistas, às defesas das primeiras dissertações e teses sobre a abordagem e as traduções das obras de Perls e outros expoentes gestálticos. Com efeito, atualmente, é possível encontrar algumas produções, notoriamente de cunho histórico, que analisam e refletem o movimento da Gestalt-Terapia no Brasil (GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004; HOLANDA; KARWOSKI, 2004; SUASSUNA; HOLANDA, 2009; HOLANDA, 2009; PRETELO, 2012; FRAZÃO, 2013).

Ao migrar para o Brasil, a Gestalt-Terapia, destarte, colabora com a assunção de uma Psicologia Humanista brasileira com alguns expoentes nacionais. Esta ascensão não seria possível sem algumas operações sociais que visam à propagação de conhecimentos específicos nos diversos meios de produção científica que possibilitam a sua circulação, como encontros, simpósios, congressos, anais, boletins, periódicos acadêmicos, cursos, centros de formação, dissertações e teses (GRYNZSPAN, 2012). Estes meios de produção e circulação de conhecimento psicológico são possíveis de ser estudados como objetos que retratam um momento histórico de desenvolvimento e consolidação de uma abordagem psicológica que migrou de um local para outro e se atualizou conforme as contendas regionais do lugar que a recebeu.

Extraído de: CASTELO BRANCO, Paulo Coelho; CARPES, Cândida de Oliveira. Produção Gestáltica nas Bases de dados SCIELO e PEPSIC: Revisão Sistemática. **IGT rede**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 26, p. 72-86, 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25262017000100005&Ing=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000100005&Ing=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

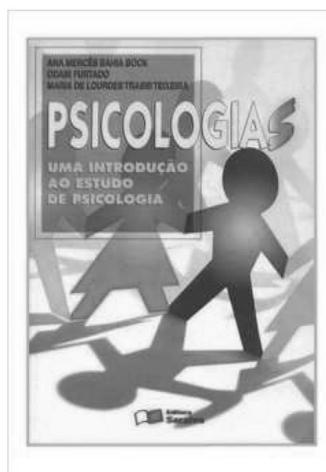
Com a leitura desse tópico você pôde ter algumas noções acerca do atendimento e acompanhamento que o psicólogo realiza com pessoas que apresentam deficiência intelectual.

Atenção! Esses exemplos relacionados à deficiência intelectual foram trazidos de maneira bastante resumida. Os psicólogos contam com mais técnicas e práticas interventivas que não foram citadas. Vale lembrar que cada psicólogo atua embasado na sua vertente da psicologia.

“A premissa de que pessoas com deficiência intelectual estão condenadas à imaturidade foi superada. O comprometimento cognitivo não é necessariamente sinônimo de dependência emocional” (SEVERO, et al, 2021, p. 436).

## GIO

Conhecer um pouco a respeito de algumas vertentes da psicologia lhe causou mais curiosidade sobre elas? Então, o ideal é iniciar suas leituras com esse livro! “Psicologias. uma Introdução ao Estudo de Psicologia”. Nele você encontra de modo resumido e acessível informações sobre a psicologia, e parte de suas vertentes. Boa leitura!



Fonte: <https://www.estantevirtual.com.br/livros/ana-bock/psicologias-uma-introducao-ao-estudo-de-psicologia/19551688>. Acesso em 17 Set. 2021.

## 2.2 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL

Nos transtornos do neurodesenvolvimento é muito importante o acompanhamento multiprofissional. Na deficiência intelectual esse trabalho é primordial, pois a criança precisa de muito apoio dos pais e de constante estimulação neuromotora, envolvendo aspectos da fala, audição, movimentos, cognição etc. Confira a seguir exemplos dos acompanhamentos realizados por profissionais da saúde:

### a) Fonoaudiologia

Os profissionais da fonoaudiologia trabalham vários aspectos com os pacientes com deficiência intelectual, como comunicação e linguagem e motricidade orofacial. Vamos aprender duas perspectivas do trabalho da fonoaudiologia, que são essenciais na estimulação clínica dos pacientes com DI:

- **A intervenção clínica no auxílio da atribuição do significado ao som**, por exemplo, na alfabetização aprendemos que o som (letra) do “índio” é “i” – por ser a primeira letra da palavra. Na intervenção clínica em fonoaudiologia realiza-se a associação funcional do significado ao som, ou seja, o som do índio é “Ú-Ú-Ú”.
- **Intervenção clínica para a disfagia**: disfagia é a incapacidade para deglutir e engolir os alimentos e costuma ser presente nos quadros de deficiência intelectual profunda. O profissional da fonoaudiologia tem conhecimento teórico e técnico para auxiliar o paciente a realizar essa função do corpo.

FIGURA 3 – INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO PACIENTE COM DISFAGIA



FONTE: Disponível em: <<http://fonoaudio-logia.blogspot.com.br/2010/07/programa-de-disfagia-completa.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

Conforme Lazzuri, César e Baldrighi (2014), as dificuldades da motricidade orofacial, isto é, dificuldades nas funções desenvolvidas pela anatomia e fisiologia da cabeça e respiração na deficiência intelectual, são:

- dificuldades na deglutição;
- alterações na tonicidade;
- alterações estruturais e dentárias;
- alterações no sistema estomatognático;
- alterações na postura;
- alterações na mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios;
- dificuldades na mastigação;
- alterações respiratórias.

O referido estudo científico realizado por Lazzuri, César e Baldrighi (2014) é brasileiro e apresenta a seguinte consideração: os pacientes com deficiência intelectual não apresentam sintomas na motricidade orofacial únicas e similares, ou seja, cada paciente apresentará certo conjunto diversificado das dificuldades citadas anteriormente.

## IMPORTANTE

Que tal aprender mais acerca das contribuições da fonoaudiologia no acompanhamento de pessoas com deficiência intelectual? Segue uma sugestão de leitura: "Linguagem e comunicação de pessoas com deficiência intelectual e suas contribuições para a construção da autonomia". Você encontra o pdf do artigo em <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4034>.



FIGURA 4 – PROFISSIONAL DA FONOAUDIOLOGIA TRABALHANDO O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO SOM



FONTE: Disponível em: <<https://www.infoescola.com/profissoes/fonoaudiologo/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

## **b) Fisioterapia**

Os profissionais da fisioterapia atuantes nas áreas clínicas (consultórios de fisioterapia) e até mesmo nas escolas especializadas em AEE (atendimento ao estudante especial) atuam nas desordens neuromusculares dos sujeitos acometidos pela DI. Pessoas com deficiência intelectual podem apresentar comprometimentos no que se refere:

- a realização dos movimentos do corpo (em especial, membros inferiores e superiores e cabeça);
- a independência na realização dos movimentos corpóreos;
- dificuldade em realizar atividades pessoais diárias (trabalhar, comer, higiene pessoal);
- muitos pacientes apresentam déficit no tônus muscular;
- desenvolvimento da atrofia muscular.

Os profissionais da fisioterapia, através da fisioterapia neurológica, realizam técnicas específicas para diminuição do comprometimento do corpo e da relação corpo e cérebro, pois infelizmente não há cura para a deficiência intelectual.

Como já foi mencionado, não há cura (mudança total do quadro clínico) para a deficiência intelectual, contudo o diagnóstico precoce e o constante acompanhamento terapêutico podem melhorar o prognóstico, ou seja, possibilitar mais qualidade de vida ao paciente e até mesmo aos familiares.

FIGURA 5 - INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA: A ESTIMULAÇÃO NEUROMOTORA NOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL



FONTE: Disponível em: <<http://www.shiatsuancestral.com.br/2017/10/25/fisioterapia-neurolgica/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

# IMPORTANTE



A reabilitação das funcionalidades motoras é um dos principais aspectos desenvolvidos na vida das pessoas com deficiência intelectual e múltipla.

Nesse contexto, o fisioterapeuta é responsável não apenas pelo desenvolvimento das habilidades físicas, mas também colabora na conscientização das diferenças, na diminuição de complicações e no incentivo à independência. Através da realização de exercícios físicos com auxílio de instrumentos e materiais, a assistência fisioterapêutica trabalha para a promoção aspectos como: alongamento e fortalecimento dos músculos dos membros, do tronco e do sistema respiratório, além da manutenção da postura.

Fonte: <http://www.crefito1.org.br/noticias/6418/a-fisioterapia-na-assistencia-a-pessoa-com-deficiencia-intelectual-e-multipla>. Acesso em 17 Set. 2021.

## 2.3 ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Hoje, no Brasil, temos o trabalho educativo, social e até mesmo de promoção de saúde da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Lá as turmas são organizadas a partir das necessidades similares e faixa etária. Desta maneira, os alunos de cada turma são de necessidades e patologias parecidas, o que facilita o foco do trabalho de ensino-aprendizagem e cuidados por parte do educador.

A organização das turmas por idades mais próximas também é fundamental, afinal cada etapa da vida do sujeito tem suas especificidades, independentemente da existência de algum tipo de patologia.

Outro ponto fundamental é o aluno com deficiência intelectual que tem como desafio aprender, assim como os demais alunos. Ele não deve ser visto como menos ou mais, mas como um sujeito digno de educação. A diferença é que seu objeto de aprendizado é uma demanda diferenciada, sendo desafiante da mesma maneira, então cabe ao educador o processo da inclusão, pois o aluno ocupa o espaço que é direito de todos. Mesmo o ensino-aprendizagem do aluno com deficiência intelectual sendo aparentemente “limitado”, ele não é menos que os demais processos que ocorrem na sala de aula.

FIGURA 6 – ATIVIDADE COM OS ALUNOS REALIZADA NA APAE



FONTE: Disponível em: <<http://www.projotoguri.org.br/acontece/educadores-e-supervisores-do-guri-tem-dia-na-apae/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

O profissional da educação especial faz a diferença na vida social dos alunos com deficiência intelectual por tudo aquilo em que acredita e insiste. Muitas vezes, a relação que o educador especial estabelece com seu aluno transforma a maneira das outras pessoas (familiares, demais alunos, professores, pais) verem o aluno com deficiência intelectual ou algum outro tipo de transtorno do neurodesenvolvimento.

## DICAS

No site da APAE Brasil, encontramos o Relatório Anual das Atividades da APAE. Nota-se que a organização é ativa em vários setores sociais, a fim de possibilitar a inclusão com qualidade e desenvolver todos os aspectos educacionais e de saúde. Para acompanhar e aprender mais, acesse <<https://apaebrazil.org.br/>>.



FIGURA 7 – APAE BRASIL



FONTE: Disponível em: <<https://apaebrazil.org.br/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

### 3 TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO

A avaliação médica consiste na identificação do transtorno e na diferenciação de outras patologias, tal como o transtorno do espectro autista (TEA).

Salienta-se que as crianças com transtornos da comunicação não apresentam os comportamentos repetitivos e interesses restritos inerentes ao TEA. Muitas vezes, o médico pode solicitar exames específicos, como exames auditivos.

É do consenso médico a necessidade do acompanhamento multiprofissional, ou seja, vários profissionais acompanhando o paciente – cada área contribuindo e sem interferir (sem julgamentos, sem “intromissões”) na área alheia.

Devido à falta de informações adequadas, os profissionais da saúde e da educação confundem diversos transtornos com transtorno do espectro autista, isto é incorreto e completamente antiético.

Acompanhamento terapêutico em cognitiva-comportamental é indicado em todos os transtornos da comunicação, em que o psicólogo utilizará técnicas para a diminuição da ansiedade e do medo. Além disso, será preciso investigar no paciente quais mecanismos inibem a autoconfiança e geram insegurança ao se expressar. As técnicas utilizadas na psicologia cognitiva-comportamental são: visualização mental, dessensibilização sistemática, questionamento socrático e exposição sistemática.

FIGURA 8 – O PSICÓLOGO UTILIZA ATIVIDADES DE EXPOSIÇÃO GRADATIVA DO PACIENTE EM SITUAÇÕES DE DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://denizecoaching.com.br/portfolio-item/oratoria-para-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

Com a técnica da psicologia cognitiva-comportamental de aproximação gradual ao estímulo que elicia (gera) medo, o paciente diminuirá a ansiedade, o medo e facilitará sua comunicação, conforme observamos na figura anterior.

Já o trabalho da fonoaudiologia é fundamental na melhora dos sintomas dos transtornos da comunicação:

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para identificar, diagnosticar e tratar indivíduos com distúrbios da comunicação oral e escrita, voz, audição. Entretanto, nesse processo é fundamental a participação de outros profissionais que acompanham o desenvolvimento, como pediatras, educadores, psicólogos, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários de saúde, entre outros (PRATES; MARTINS, 2011, p. 55).

Segundo Prates e Martins (2011), há estudos científicos demonstrando que a detecção das disfunções na comunicação (nesse caso da fala e da linguagem) aos dois ou três anos de idade reduz 30% a necessidade de acompanhamento terapêutico aos oito anos de idade. Já no caso das dificuldades com a linguagem escrita, o diagnóstico sendo realizado nas idades iniciais reduz 33% a necessidade do acompanhamento terapêutico da fonoaudiologia e demais profissionais até os oito anos de idade. Lembrando que isso é muito mais que números e estatística! A prevenção e o diagnóstico precoce diminuem anos de sofrimento, baixo rendimento escolar e até mesmo pouca autoestima.

Acadêmico, apresentamos a seguir algumas orientações no processo de ensino-aprendizagem dos alunos com transtornos da comunicação:

- Evitar realizar atividades de exposição na turma, por exemplo, apresentação de trabalho oral para toda turma, apresentações em público.
- Gradativamente deve-se trabalhar pequenas intervenções de expressão de comunicação oral e escrita, sempre reforçando os pontos positivos do aluno: a iniciativa ou a realização da atividade comunicativa.
- Incentivar os pais a elogiarem as ações corretas logo em seguida da realização das mesmas e continuarem os tratamentos até os resultados se solidificarem.

## DICAS



Acadêmico, acesse o site do Conselho Federal de Fonoaudiologia e conheça mais sobre os trabalhos, as ações e as legislações dessa profissão tão interessante! Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>.

FIGURA 9 – CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA



FONTE: Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

# RESUMO DO TÓPICO 1

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- As terminologias e definições técnicas utilizadas na área da Saúde são: diagnóstico, conduta, acompanhamento terapêutico e prognóstico.
- A psicologia é uma ciência e tem como objeto de estudo a subjetividade humana. Dentro da psicologia há três principais vertentes metodológicas: psicanálise, cognitiva-comportamental e fenomenologia.
- O primeiro encaminhamento do aluno que apresenta dificuldades deverá ser para o profissional da medicina e/ou profissional da psicologia.
- Nos transtornos da comunicação, a vertente metodológica cognitiva-comportamental apresenta os melhores resultados através das suas técnicas psicológicas.
- O trabalho dos demais profissionais da saúde é fundamental na estimulação e melhora do prognóstico dos pacientes com deficiência intelectual. A fonoaudiologia e a fisioterapia também apresentam importantes intervenções.
- Os profissionais da educação especial devem ter cuidado no manejo com os alunos que apresentam transtornos de comunicação, tais como: evitar a exposição em público e sempre reforçar positivamente as ações corretas quanto à comunicação.

# AUTOATIVIDADE



1 A psicologia é uma ciência e só pode ser exercida por psicólogos, sendo necessário realizar curso de graduação em Psicologia. Após concluído o curso, solicitar habilitação junto ao Conselho Regional de Psicologia (ligado ao Conselho Federal). Na psicologia há três principais vertentes: psicanálise, cognitiva-comportamental, fenomenologia/humanista. A seguir, correlacione as vertentes metodológicas da psicologia com as ações que serão tomadas pelo psicólogo:

I- Psicanálise

II- Cognitiva-Comportamental

III- Fenomenologia/Humanista

a) ( ) As consultas de psicologia serão realizadas com os pais, na maioria das vezes, e o psicólogo tem a função de ser "como um espelho".

b) ( ) Acredita no inconsciente e, em especial, trabalhará para que a criança com deficiência intelectual seja vista como sujeito pertencente à sua própria história e vida.

c) ( ) Acredita apenas no consciente e trabalha a mudança comportamental.

2 O transtorno da comunicação é a denominação do conjunto dos seguintes transtornos: transtorno da fala, transtorno da linguagem, gagueira e transtorno da comunicação pragmática. Neste contexto, escreva sobre a importância do trabalho dos profissionais da educação especial acerca deste transtorno.



# AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA/TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO



## 1 INTRODUÇÃO

Caro acadêmico, você já aprendeu sobre a avaliação e acompanhamento terapêutico da deficiência intelectual e do transtorno da comunicação. No presente tópico, vamos aprender sobre a avaliação e a conduta (acompanhamento) do transtorno do espectro autista e também do transtorno do movimento estereotipado.

É comum a criança que apresenta o transtorno do movimento estereotipado realizar movimentos repetitivos, sendo similares aos da criança com transtorno do espectro autista. Dois elementos de suma relevância na melhora do transtorno do espectro autista são a utilização da disciplina (obediência às regras e criação de regras pelos pais e professores) e o respeito na rotina das atividades diárias. A rotina gera sensação de segurança interior e também de independência dentro das possibilidades oferecidas aos pacientes com transtorno do espectro autista.

## 2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A avaliação para o transtorno do espectro autista – TEA – baseia-se principalmente na investigação clínica, visto que ainda há uma grande carência de elementos e operações para o seu diagnóstico.

Ocorreu a retirada dos critérios envolvendo o atraso ou a ausência de linguagem expressiva e um aumento na importância do comprometimento da comunicação social, além do comportamento e interesses restritos e/ou repetitivos.

O papel do profissional da medicina é a definição diagnóstica, o que nem sempre é fácil e por vezes pode levar um tempo maior. O médico também avaliará a necessidade ou não de outros exames para investigação e fatores causais e comorbidades.

Os profissionais da educação e da saúde não devem solicitar laudos tão precocemente. É importante a realização de uma investigação diagnóstica de qualidade, o que envolverá tempo, assim, devemos evitar “rótulos”. Vejamos os exames solicitados pelo médico para auxiliar a confirmação do diagnóstico de transtorno do espectro autista:

- Tomografia.
- Ressonância magnética.
- Eletroencefalograma.
- Exame de pesquisa de erros inatos do metabolismo.
- Exames genéticos.

Esses exames acabam sendo solicitados quando há suspeita (indícios de crises convulsivas, alterações em exame neurológico e dimorfismos, por exemplo) e não são definidores de diagnóstico.

O tratamento medicamentoso também pode ser denominado de terapêutica farmacológica. O tratamento farmacológico precoce melhora o prognóstico, isto é, quanto antes diagnosticado, menos serão os danos e limitações cognitivas e comportamentais. Além disso, a criança deve ser encaminhada para terapias não medicamentosas, o quanto antes e por prazos longos, como fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

É empregado o medicamento como auxílio no tratamento dos sintomas associados ao TEA (transtorno do espectro autista). Esses sintomas são insônia, agitação, agressividade, desatenção, transtornos do humor, tiques, estereotípias, dentre outros. Os medicamentos mais usados são psicoestimulantes, antipsicóticos, anticonvulsivantes ou antidepressivos.

Há um grande número de terapias alternativas e de outras supostas soluções para o TEA. Grande parte delas já se mostrou ineficaz, e ainda assim, vez ou outra permanece sendo incentivada em algumas ocasiões. É muito provável que isso aconteça por falta de conhecimento de sua ineficiência. Dentre elas encontram-se: ozônio em supositório, medicação antifúngica, tratamento para intoxicação por chumbo.

Você já ouviu falar das dietas sem glúten? De vez em quando encontram-se depoimentos de familiares de pessoas com TEA alegando que mudanças na alimentação da criança revelaram mudanças positivas.

Será que os efeitos benéficos das dietas sem glúten para o TEA são comprovados pelas pesquisas científicas?

Monteiro, et al (2020, p. 1) fizeram uma investigação sobre o tema. Vamos conferir quais foram as conclusões obtidas?

Síntese dos dados:

Dezoito estudos foram incluídos na revisão (16 ensaios clínicos randomizados, um estudo de caso-controle e um ensaio clínico aberto). As intervenções e os resultados variaram, entretanto a implementação de uma dieta livre de glúten e caseína foi a intervenção mais utilizada entre os estudos. Do total, dez estudos encontraram associação positiva entre intervenção e resultados avaliados, enquanto oito não encontraram associação significativa.

Conclusões:

Embora alguns autores exponham progressos nos sintomas associados ao autismo em indivíduos com esse transtorno submetidos a intervenções nutricionais, há poucas evidências científicas para apoiar o uso destas em crianças e adolescentes com autismo.

Agora, veremos alguns dos enfoques da psicanálise e da terapia cognitivo comportamental voltados ao TEA?

Os autores precursores da psicanálise, iniciaram os estudos sobre o autismo. Seus escritos continuam sendo lidos, e amparando estudos recentes. Ainda hoje encontramos psicanalistas buscando compreender o TEA, construindo conhecimentos sobre o tema, bem como, realizando o atendimento com pessoas com TEA, bem como, com seus familiares.

A seguir você encontra o nome de alguns psicanalistas, e artigos relativamente recentes inspirados em seus estudos:

QUADRO – PSICANÁLISE E TEA

Autor	Sugestões de leituras sobre algumas contribuições
Sigmund Freud	“Um olhar psicanalítico sobre a inclusão de um aluno com autismo” – artigo publicado em 2020, disponível em <a href="https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/27244">https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/27244</a> .
Rene Spitz	“A posição autista-contígua e a comunicação não verbal na clínica psicanalítica” – artigo escrito em 2016, disponível em <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0100-34372016000100007">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0100-34372016000100007</a> .
Donald Woods Winnicott	É conhecido pela expressão “suficientemente boa”. Você aprender sobre ela por meio do artigo “As condições de surgimento da “Mãe Suficientemente Boa”, escrito em 2008, disponível em: <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0486-641X2008000400009">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0486-641X2008000400009</a> Ele também buscou compreender as causas do autismo, como podemos ver no artigo intitulado “Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe”. Trata-se de um artigo escrito em 2003, disponível em <a href="http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v8n14/v8n14a11.pdf">http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v8n14/v8n14a11.pdf</a> .
Françoise Dolto	Ela é citada no artigo intitulado “Autismo, psicanálise e prevenção: do que se trata?”, escrito em 2018, disponível em <a href="http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v23n1/a08v23n1.pdf">http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v23n1/a08v23n1.pdf</a> . Também é mencionada no artigo cujo título é “Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura” – de 2017, disponível em <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-48382017000200008">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-48382017000200008</a> .

Melanie Klein	O nome da psicanalista consta no artigo "A função do objeto na clínica do autismo", de 2018, disponível em <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1983-34822018000100007">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1983-34822018000100007</a> .
Alfredo Jerusalinsky	É o autor do artigo "Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo", de 2010, disponível em <a href="https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19695/19023">https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19695/19023</a> .

Fonte: Os autores.

As técnicas a serem realizadas a partir da vertente da psicanálise são:

- O manejo lúdico, possibilitando que o filho construa sua individualidade.
- Através do brincar, desenvolver a psique para o equilíbrio entre o "estar no seu mundo" com o "mundo exterior".
- Realizar intervenção com a mãe: dar apoio aos seus medos, desejos, sentimentos para ela sair do lugar psíquico inferiorizado.

Quando o psicólogo utiliza a abordagem cognitiva-comportamental há um arsenal de técnicas para mudança do comportamento e do pensamento do paciente. O objetivo é proporcionar uma mudança que gere mais qualidade de vida e desenvolvimento de habilidades.

Uma das técnicas mais comuns usadas no acompanhamento terapêutico dos pacientes com transtorno do espectro autista é denominada modelação comportamental. Trata-se de uma técnica psicológica que modifica o comportamento progressivamente até a realização do comportamento desejado.

Hoje, uma das linhas mais utilizadas para o acompanhamento psicológico dos autistas é a terapia cognitiva-comportamental (TCC). Vejamos a seguir uma leitura que complementa a presente afirmação:

### **a) Psicopedagogia ou Neuropsicopedagogia**

Após a realização de um curso de graduação, há a possibilidade de realizar uma pós-graduação nos campos da Psicopedagogia ou da Neuropsicopedagogia, que são especializações destinadas aos profissionais da saúde e profissionais da educação.

O trabalho do psicopedagogo e/ou neuropsicopedagogo pode ser realizado nas condições institucional ou clínica.

No trabalho institucional cabem o apoio e suporte na realização das atividades escolares dentro de escolas, escolas especializadas e demais instituições de ensino. Já o trabalho na área clínica refere-se ao acompanhamento individualizado a partir de cada dificuldade de aprendizagem.

O psicopedagogo e/ou neuropsicopedagogo apresenta um papel muito importante no desenvolvimento educacional dos alunos com transtorno do espectro autista, tanto nas intervenções institucionais quanto nas intervenções clínicas.

Acadêmico, você sabe exatamente como funciona o trabalho deste profissional? O psicopedagogo ou neuropsicopedagogo estimulará o desenvolvimento das habilidades cognitivas e demais funções relacionadas ao processo de aprendizagem. Assim, no atendimento aos alunos com TEA, ele realiza:

- Observação constante quanto às escolhas dos brinquedos que o aluno com TEA faz, pois é um instrumento de auxílio na interação.
- O respeito ao tempo em que o aluno é produtivo: se consegue ficar concentrado cinco minutos, deve-se fazer a atividade em tal tempo.
- Utilização de cantos e músicas para a preparação para a alfabetização.

FIGURA 10 – TRABALHO DO PSICOPEDAGOGO OU NEUROPSIPEDAGOGO



FONTE: Disponível em: <<https://amenteemaravilhosa.com.br/diferencas-entre-psicopedagogos-e-psicologos/>>. Acesso em: 18 jan. 2018.



## DICAS

A psicopedagogia é interessante, não é mesmo? Saiba mais informações sobre a especialização de Psicopedagogia do ensino a distância da UNIASSÉLVI. Acesse: <<https://portal.uniasselvi.com.br/posgraduacao/sc/cursos/neuropsicopedagogia-lato-sensu/ead>> e/ou <<https://portal.uniasselvi.com.br/posgraduacao/sc/cursos/psicopedagogia-lato-sensu/ead>> e confira!

## **b) Terapia ocupacional**

Ouvimos e assistimos diversas vezes no noticiário reportagens sobre a terapia ocupacional, mas como ela pode nos ajudar no acompanhamento dos pacientes autistas?

A terapia ocupacional (TO) é uma graduação do Ensino Superior e, ao concluí-la, é necessário solicitar licença junto ao Conselho da Classe Profissional.

O objeto de estudo e intervenção da TO é atender aos pacientes com alterações cognitivas, afetivas, psicomotoras e, através da intervenção da sistematização e utilização das atividades humanas, realizar projetos terapêuticos específicos (COFFITO, 2017).

O transtorno do espectro autista é um desafio aos profissionais da educação especial, mas é um desafio positivo. Vejamos as principais orientações para o processo de ensino-aprendizagem:

- **A utilização e o respeito pela rotina:** para os alunos com transtorno do espectro autista, a rotina e o respeito de todos pela mesma são fundamentais. A rotina gera a sensação de segurança e auxilia o aluno na organização espacial, cognitiva e até mesmo emocional. Desta maneira, devemos respeitar a lógica apresentada pelo aluno: a sequência das atividades, necessidade de apego a objetos, ritualização.
- **Focar nas habilidades do aluno:** é muito comum que o aluno autista tenha desempenho excepcional em certas atividades. Cabe aos profissionais da educação especial elogiar o desempenho nessas atividades e, a partir disso, inserir novas habilidades.
- **Respeitar a expressão afetiva e sentimental do aluno:** um dos aspectos que deve ser realizado com muita cautela é a relação afetiva com o aluno com transtorno do espectro autista. É inerente ao transtorno a dificuldade em expressar sentimentos, desenvolver laços afetivos. Devemos nos lembrar de que os sentidos, no autista, são mais aguçados, assim é importante que o educador especial deixe o aluno apresentar o caminho da formação afetiva. Por exemplo, se o aluno com TEA começa a beijar a face, o professor deve retribuir. Cabe também associar essa demonstração de carinho a uma fala de orientação: “Que bom que você mostra que gosta de mim! Isso é bom para você e é bom para mim também”.
- **Usar somente expressões claras e objetivas:** o profissional da educação especial deve sempre utilizar expressões claras, de forma objetiva, sem a utilização de termos conotativos. Ao solicitar que o aluno realize dada atividade, segue sugestão de fala:

Troque a frase:

“Hoje você irá desenhar algo que goste com as cores mais lindas que existem!”.

Por:

“Hoje você irá desenhar um quadrado com as cores disponíveis”.

Não utilize expressões populares que não apontam o sentido correto e objetivo, ou seja, expressões figuradas. Afinal, muitos dos estudantes com o transtorno do espectro autista não apresentam a habilidade cognitiva para compreender a utilização figurada.

Por fim, devemos compartilhar as orientações que estudamos anteriormente com os pais dos nossos alunos. Muitas vezes, não há progressos no dia a dia devido à falta de informação e/ou a falta de informação adequada.

### **3 TRANSTORNO DO MOVIMENTO ESTEREOTIPADO**

Como já estudamos na Unidade 1, o transtorno do movimento estereotipado tem como característica movimentos rítmicos – movimentos repetitivos sem intenção e sem finalidade.

No atendimento médico será verificado com muita atenção se os sintomas e sinais apresentados compreendem ou não ao transtorno do movimento estereotipado, pois pode ser confundido com o TEA. Como são patologias muito similares, é necessário realizar o diagnóstico correto.

Certa característica é importante ressaltarmos: os pacientes com transtorno do movimento estereotipado não apresentam alterações na linguagem e/ou na comunicação social.

A indicação médica aos pacientes com transtorno do movimento estereotipado compreende: psicoterapia (acompanhamento terapêutico), técnicas de relaxamento e medicações.

No transtorno do movimento estereotipado há certa similaridade com o transtorno do espectro autista no que se refere à constante repetição de movimentos “estranhos”.

#### **• Escola cognitiva-comportamental**

Um dos objetivos do psicólogo que utiliza os conceitos e técnicas da psicologia cognitiva-comportamental é ensinar o paciente a conseguir discriminar quando o mesmo emite os movimentos repetitivos. Quando o paciente consegue, aos poucos, “localizar” os momentos e situações em que realiza os movimentos repetitivos (que são automáticos), há probabilidade de diminuição do número de movimentos repetitivos (denominados “tiques”). Desta maneira, trabalha-se a autopercepção do paciente.

Será importante também o psicólogo trabalhar técnicas para a diminuição da ansiedade e, se possível, realizar **intervenções psicoeducativas com os familiares do paciente**. Normalmente, o ambiente familiar é composto por vários integrantes com comportamentos e pensamentos ansiosos.

## • **Educação física**

Conforme algumas publicações científicas, a realização da natação trará benefícios em relação à ansiedade nas crianças e adolescentes acometidos pelo transtorno.

A realização de atividade física é fundamental para a complementação dos acompanhamentos terapêuticos relacionados à ansiedade e baixa autopercepção do paciente.

## • **Nutrição**

A alimentação saudável e equilibrada é um elemento muito importante para amenizar os sintomas da ansiedade. Infelizmente, a ansiedade é o começo para desencadear diversas desordens no comportamento, emoções e pensamentos. Quase não percebemos, mas quando estamos "nervosos", o ritmo da nossa respiração se altera e acabamos não levando o oxigênio adequado para todo o corpo.

Realizar consultas e acompanhamentos com os profissionais da nutrição auxilia o paciente e os familiares a obterem novos hábitos. Muitas vezes, negligenciamos a importância dos profissionais da nutrição, da melhora e permanência dos efeitos positivos da intervenção desse profissional.

Os profissionais da educação especial devem aprender a manter a saúde física e mental, pois se dedicam muito ao outro e às vezes esquecem de si. Não vamos cometer esse erro. Desde já, devemos desenvolver:

- A prática de vigiar nossos pensamentos para mantê-los positivos, otimistas e sempre em alerta sobre nosso corpo.
- A prática de dedicar um pequeno espaço de tempo para a realização de atividade física.
- A prática de deixar um intervalo de tempo para esvaziar a mente de tantas cobranças, pensamentos (ócio da tranquilidade).
- Valorizar nossas qualidades, as características positivas e as das pessoas que nos rodeiam, assim criamos "harmonia organizacional".

FIGURA 11 – PROFISSIONAL DA NUTRIÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://medquimheo.com.br/dia-nutricionista-entenda-importancia/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

A principal e essencial orientação quanto ao transtorno do movimento estereotipado é a intervenção educativa quanto ao *bullying* dos outros alunos.

É objeto de intervenção do educador especial a realização de atividades informativas e de formação para a ampliação do comportamento de respeito entre os alunos. A inclusão de palestras, gincanas e atividades on-line (cabe aqui a criatividade do educador especial) no calendário educativo fará a diferença no processo de inclusão de alunos.

FIGURA 12 – O EDUCADOR ESPECIAL DEVE DESENVOLVER TRABALHOS DE PREVENÇÃO CONTRA O BULLYING

**BULLYING**  
**NÃO É**  
**BRINCADEIRA**

FONTE: Disponível em: <<http://educacao.estadao.com.br/blogs/aprendendo-a-aprender/bullying-o-papel-dos-pais/>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

# DICAS

Confira o vídeo “Projeto define oito tipos de *bullying* que devem ser evitados na escola”, encontrado no Youtube. Inclusive, esse material poderá ser compartilhado com demais professores e alunos. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=psieH5qBlpk>>.



Projeto define oito tipos de bullying que devem ser evitados na escola



Outra indicação importante aos profissionais da educação especial refere-se a trabalhar os aspectos da autoestima, diminuição de ansiedade e autopercepção:

- Orientar os pais a desenvolverem a autoestima dos filhos.
- Os pais devem mudar. Filhos com transtorno do movimento estereotipado podem indicar pais ansiosos.
- Solicitar que os pais sinalizem aos filhos quando os mesmos realizam os movimentos estereotipados, assim os filhos desenvolverão o autocontrole.

# RESUMO DO TÓPICO 2

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- A abordagem psicológica cognitiva-comportamental tem como foco na sua intervenção a mudança do comportamento e da cognição no atendimento dos pacientes com transtorno do espectro autista (TEA), com a utilização da técnica da modelação comportamental.
- A intervenção dos profissionais da educação especial é fundamental aos alunos com o TEA, desta maneira é importante ter certos cuidados, como a utilização e o respeito pela rotina, focar nas habilidades do aluno, usar somente expressões claras e objetivas, respeitar a expressão afetiva e sentimental do aluno.
- O tema bullying deve ser constantemente trabalhado nas instituições de ensino.
- É importante ressaltarmos uma característica presente nos pacientes acometidos pelo transtorno do movimento estereotipado: eles não apresentam alterações na linguagem e/ou na comunicação social.
- As indicações médicas aos pacientes acometidos são psicoterapia (acompanhamento terapêutico), técnicas de relaxamento e medicações.

# AUTOATIVIDADE



- 1 Quando a escola ou os pais notam a necessidade de realizar uma investigação sobre certos sintomas na criança, a primeira indicação é o encaminhamento ao profissional da medicina ou da psicologia. Desta maneira, assinale a alternativa CORRETA:
  - a) ( ) É indicado encaminhar inicialmente aos profissionais da medicina com uma das seguintes especialidades (quando crianças): neuropediatria ou psiquiatria infantil.
  - b) ( ) O primeiro encaminhamento deverá ser para os profissionais que atuam com terapias alternativas e negligenciar os atendimentos médicos e/ou psicológicos.
  - c) ( ) A escola não deve realizar nenhum tipo de encaminhamento e negligenciar as necessidades dos alunos.
  - d) ( ) Inicialmente o aluno (quando for um aluno adulto) deverá ser encaminhado para os profissionais da medicina atuantes em psiquiatria infantil.
  
- 2 Conforme estudamos, a intervenção dos profissionais da educação especial é fundamental no desenvolvimento escolar e social do aluno com transtorno do espectro autista. Deve-se estudar com atenção e cuidado o item "Orientações aos Profissionais da Educação Especial". Utilize sua habilidade criativa com o conteúdo que já estudamos e escreva uma sugestão de atividade para ser realizada com um aluno autista.

# **AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE, TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM E DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM**



## **1 INTRODUÇÃO**

Neste tópico, iniciaremos os estudos sobre as avaliações e acompanhamentos terapêuticos dos profissionais da saúde e da educação nos transtornos que afetam “bem de perto” o processo de ensino-aprendizagem: o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o transtorno específico da aprendizagem e os distúrbios de aprendizagem.

Cada vez mais precisamos da articulação entre os profissionais da saúde e da educação para desenvolver as estratégias mais qualificadas e funcionais no ensino-aprendizagem: nosso livro de estudos é um excelente começo!

## **2 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE**

No TDAH, o médico deverá realizar uma anamnese cuidadosa. Deve-se verificar o histórico familiar, visto que a patologia apresenta um caráter genético importante. Geralmente encontramos familiares com o problema e muitas vezes não diagnosticados.

Outros elementos que deverão ser investigados pelo médico são: nível de estresse familiar e socioeconômico cultural, pois já é sabido que as crianças oriundas de lares conturbados (conflitos parentais, violência doméstica ou necessidades financeiras) apresentam maior chance de transtornos neuropsiquiátricos. A prematuridade, baixo peso ao nascer e intercorrências perinatais também são fatores de risco para TDAH.

É importante também analisar se o ambiente escolar e os métodos de ensino são adequados ao aluno. Sabe-se, por exemplo, que quanto mais ruidoso o ambiente de estudo, pior será o aprendizado dos alunos em geral.

Com relação à conduta, a primeira a ser tomada é garantir, através de orientações à família e escola, um ambiente ideal para os estudos.

Já com o tratamento medicamentoso, geralmente é necessário e é feito com medicações estimulantes. Além disso, comumente os médicos indicam o acompanhamento com um psicólogo da abordagem cognitiva comportamental.

Conforme Paula e Mognon (2017), vamos conferir as técnicas da terapia cognitiva-comportamental (TCC) mais utilizadas:

**Psicoeducação:** trata-se da técnica da TCC mais utilizada. Essa intervenção psicológica é literalmente o trabalho de educar o paciente, os familiares e a escola sobre a patologia, as dificuldades que o paciente apresenta e estabelecimento de “regras” e “condutas” para o convívio mais fácil com a doença.

**Solução de problemas:** a técnica psicológica consiste em elencar todos os problemas que o paciente apresenta e assim desenvolver uma estratégia de ação para minimizá-los. Após realizar as ações, faz-se uma avaliação sobre o desempenho e os resultados.

Além das técnicas apresentadas, os autores apontam também o uso do treino de autoinstrução e o automonitoramento.

Por fim, os autores apresentam o importante elemento interdisciplinar no acompanhamento do aluno com TDAH:

Os resultados indicaram que a avaliação diagnóstica do TDAH é clínica, entretanto, uma avaliação criteriosa depende da contextualização dos sintomas baseados na história de vida da criança. O tratamento envolve a combinação entre psicofármacos e intervenções psicossociais. No que se refere às intervenções cognitivo-comportamentais para o tratamento do TDAH, são enfatizados o uso de técnicas diversificadas e a participação ativa da família e da escola. Com base nos estudos foi possível concluir que a TCC apresenta maior eficácia nos sintomas secundários do TDAH, favorecendo a melhora nos relacionamentos interpessoais, na autoestima e qualidade de vida (PAULA; MOGNON, 2017, p. 76).

É preciso sempre dialogar com os pais para que tenham o conhecimento adequado do transtorno e, em especial, orientá-los para “não cobrarem” os resultados dos profissionais da saúde e da educação que estão empenhados em atender, mas JUNTOS **refletirem sobre as melhores mudanças a serem realizadas.**

# DICAS

Sugestão de leitura sobre psicanálise e TDAH:  
Estudo psicanalítico sobre Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância, artigo escrito em 2020, disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v42n43/v42n43a14.pdf>.



## • Educação física

Todos nós devemos nos manter atualizados sobre as práticas contemporâneas e que apresentam resultados no campo da educação especial. Além, claro, de muita criatividade e amor ao que fazemos.

A ciência vem apresentando estudos e excelentes resultados com a utilização das atividades físicas e esporte na melhora dos sintomas e sinais dos transtornos do neurodesenvolvimento.

Vamos conferir um trecho de um artigo científico sobre o TDAH e a educação física:

O tratamento desses pacientes engloba uma equipe multidisciplinar, e o envolvimento da família é fundamental. Por isso, é importante que, além de médicos e psicólogos, os professores e pais tenham mais informações sobre o TDAH. Estudos comprovaram a importância do professor de Educação Física nesse processo de tratamento, pois apontam que crianças com TDAH têm um perfil motor abaixo do desejável e um equilíbrio estático com alterações, por isso, trabalhando estas características motoras, podemos melhorar não somente a parte psicomotora desse aluno, como também a sua aprendizagem de uma forma global (BARRETO; MOREIRA, 2011, p. 105).

Notamos o quanto o trabalho multidisciplinar é importante. As atividades físicas e a prática regular de esportes poderão ser realizadas na escola, dentro do cronograma letivo e também no contraturno (atividades complementares).

Ao atendermos os alunos que apresentam o TDAH é imprescindível jamais utilizar a expressão “Ele é hiperativo, por isso não rende”. Em hipótese alguma vamos utilizar a expressão “Fulano é hiperativo”, porque cada ser humano quer saber seu lugar, saber seu valor e ser importante. Quando a criança percebe que ela recebe atenção por apresentar comportamentos impulsivos (vulgarmente denominada e resumida na expressão “hiperatividade”), logo os comportamentos impulsivos aumentarão. Vamos pontuar e comunicar mais sobre as ações que a criança realiza adequadamente e evitar falar a expressão “hiperatividade”.

# IMPORTANTE

Você sabia que um programa de intervenção psicomotora pode ser bastante proveitoso para crianças com TDAH?

Este trabalho verificou a eficácia de um programa de intervenção psicomotora para crianças com TDAH. O estudo comparou o desempenho psicomotor e cognitivo de crianças com TDAH submetidas e não submetidas a intervenção psicomotora. Participaram do estudo 26 crianças do sexo masculino, sendo 14 com TDAH, divididas em grupo experimental I e II (GE I / GE II), e 12 com desenvolvimento típico agrupados no grupo controle (GC). As crianças do GE realizaram avaliação psicomotora e cognitiva nos dois momentos, pré e pós-intervenção e foram comparadas ao GC na avaliação após a intervenção. Houve diferenças estatisticamente significativas nos escores de classificação do perfil psicomotor e nos testes de atenção e funções executivas. Foi observada uma tendência de melhora indicado pelo aumento das médias das funções de noção de corpo, equilíbrio, estruturação espaço temporal, praxia fina, lateralidade e tonicidade, respectivamente. Os resultados sugerem que a intervenção psicomotora foi eficaz para o tratamento das crianças com TDAH deste estudo.

Fonte: FERNANDES, Mariana Coelho Carvalho et al . Effect of a psychomotor intervention program for children with ADHD. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 24, n. 1, p. 1-11, mar. 2019 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190001>.



## • **Indicação de medidas para serem realizadas nos espaços educacionais:**

1. Manter o aluno sentado à frente na sala de aula.
2. Manter o aluno afastado de portas e janelas.
3. Realizar reforço positivo (isto é, frases de elogio) logo após o aluno executar uma ação correta.
4. Evitar comentários em sala de aula ou para outras pessoas sobre o transtorno do aluno e sobre algum tratamento medicamentoso.
5. Fazer a criança sentir-se incluída e produtiva (ser a ajudante da professora, por exemplo).
6. Combinar um sinal com a criança quando a mesma estiver distraída, assim evita-se críticas e exposição da criança.
7. Realizar avaliações em tempo maior e, se possível, em ambiente separado.

FIGURA 13 – CAMPANHA CONTRA O ESTIGMA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE



# TDAH

## Trabalho Desafio Amor Humor

FONTE: Disponível em: <<https://doutormatematico.blogspot.com.br/2016/09/tipos-de-tdah.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

## DICAS

Uma excelente dica de filme para ser assistido com pais e professores é “Mommy”. Trata-se de um filme produzido no Canadá, em 2015, e relata a história de uma mãe que tem muitas dificuldades de lidar com seu filho. Steve foi expulso do reformatório após causar severos danos à instituição e acaba voltando para a casa da mãe, contudo ambos enfrentam muitas diversidades devido à hiperatividade de Steve. Acesse <<http://www.adorocinema.com/filmes/filme-223002/criticas-adorocinema/>>.

FIGURA 14 – MOMMY



FONTE: Disponível em: <<http://www.adorocinema.com/filmes/filme-223002/criticas-adorocinema/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

### 3 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

A avaliação médica consiste na identificação do transtorno, de fatores causais que podem invalidar o diagnóstico, na identificação de qual ou quantas áreas de aprendizagem estariam sendo afetadas (leitura, escrita ou matemática) e se existe a possibilidade de haver problemas pedagógicos e não inerentes à patologia.

Salienta-se que o transtorno do aprendizado da leitura é diferente do distúrbio de aprendizagem de leitura – a dislexia; visto que a última se apresenta como uma dificuldade na decodificação de textos associados à decodificação fonológica e de ortografia, enquanto o transtorno de aprendizado ocasiona uma dificuldade maior na aquisição de habilidades de leitura básica.

O tratamento consiste no encaminhamento para terapia específica: psicopedagogia, fonoaudiologia, psicologia. Não há utilização de medicamentos para o transtorno, somente se houver comorbidades.

A avaliação e o acompanhamento psicológico de pessoas com transtorno específico da aprendizagem muitas vezes é realizada por profissionais da psicologia cognitiva-comportamental.

A psicopedagogia e/ou neuropsicopedagogia são as duas especializações com o maior know-how no transtorno. As intervenções são baseadas em atividade lúdicas e jogos são comumente empregadas com crianças que apresentam o transtorno específico da aprendizagem.

## IMPORTANTE

Há um grande equívoco em várias páginas na internet quanto à terminologia das patologias, porém, tenha cuidado! Há pessoas que confundem os transtornos de aprendizagem com os distúrbios. Aliás, ao realizar pesquisas na internet para a construção dos seus trabalhos acadêmicos (paper, projeto), utilize sempre artigos científicos e jamais esqueça de realizar as devidas referências.

O site scielo é uma excelente opção! <https://www.scielo.org/>



Vejamos, a seguir, orientações para auxiliar o processo de ensino-aprendizagem com os alunos com transtornos de aprendizagem:

- Realizar as provas em sala separada, silenciosa e adequada.
- Oferecer tempo adicional para realização de provas e atividades.

- Realizar a leitura das avaliações para o aluno.
- Realizar provas orais se aluno não conseguir escrever as respostas (cuidado para esta opção não ser considerada “inferior” pelos demais alunos).
- Conferir se o aluno compreendeu de fato o conteúdo apresentado. É interessante solicitar para que o aluno repita o que foi ensinado.
- Utilizar metodologia de ensino que priorize o exemplo, a atividade prática e a aplicação do conteúdo.
- Não descontar erros ocorridos pelo transtorno em provas.
- Não corrigir provas ou trabalhos com caneta vermelha.

## DICAS

Sugerimos mais um filme incrível para seu aprendizado. Assista “Como Estrelas na Terra”, uma obra cinematográfica que relata as dificuldades que um menino enfrenta por ter dislexia. Acesse <<https://theprocrastinadores.wordpress.com/2016/02/15/recomendacao-de-filme-somos-todos-diferentescomo-estrelas-na-terra/>>.



FIGURA 15 – COMO ESTRELAS NA TERRA



FONTE: Disponível em: <<https://theprocrastinadores.wordpress.com/2016/02/15/recomendacao-de-filme-somos-todos-diferentescomo-estrelas-na-terra/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

## 4 DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

Nos últimos anos, a discussão sobre diversos transtornos mentais tem aparecido na mídia (internet, televisão), bem como causas, características e tratamentos. Podemos perceber que também aumentou a discussão sobre os transtornos e distúrbios relacionados à criança e ao processo de ensino-aprendizagem. Isso é bom! Nos assustamos quando paramos para refletir e nos damos conta de que, na verdade, por tantos anos pessoas e mais pessoas deixaram de estudar, deixaram de se desenvolver porque não sabiam que padeciam de algum transtorno ou distúrbio de aprendizagem.

Ainda hoje, o motivo que geralmente faz os pais levarem seus filhos à consulta do neuropediatra ou psiquiatra infantil é o comportamento inadequado (rebeldia, agitação, irritabilidade, comportamento de oposição). A questão é que muitas crianças padecem de distúrbios de aprendizagens e não são levadas ao tratamento e acompanhamento profissional adequado, pois são rotuladas como “preguiçosas”, “burras”, “incompetentes”.

Desta maneira, profissionais da saúde e da educação especial sempre devem realizar suas investigações acerca das contingências da realidade do aluno.

Uma pesquisa foi feita acerca de transtornos de aprendizagem, no contexto educacional, relacionado com a aprendizagem. Essa pesquisa resultou em um artigo intitulado “Distúrbios de aprendizagem na visão do professor”. Vamos conferir qual foi a conclusão dela?

Os resultados apontam que há um desconhecimento do professor quanto ao assunto distúrbio e dificuldade de aprendizagem e, as responsabilidades do fracasso escolar recaem sobre os agentes do processo: professor e aluno, por um lado às práticas pouco adequadas e, por outro, o esforço insuficiente para alcançar o sucesso: aprender e passar de ano. Por esse motivo, é importante, ao professor, a busca do conhecimento e repensar suas práticas pedagógicas (CARVALHO; CRENITTE; CIASCA, 2007, p. 236).



## ATENÇÃO

Se realmente queremos melhorar a qualidade da educação brasileira não basta ficar apontando as falhas, criticando, perpetuando a patologização da educação. Também se faz necessário buscarmos soluções, possibilitarmos melhorias.

Quando o acadêmico de Psicologia conclui sua graduação, ele recebe o título de psicólogo, tornando-se apto para atuar em qualquer área cabível ao seu ofício e respeitando o Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO), contudo, cada área de atuação denotará os objetos de intervenções e as formas adequadas de realizá-las. Por exemplo, o psicólogo clínico está focado em atender aos transtornos contidos no DSM-V, demandas analíticas (psicanálise), “crises existenciais” (reflexões sobre o *self*).

Já o psicólogo escolar realizará suas intervenções no que se refere à organização escolar. O profissional intermediará a relação entre alunos e professores; professores e gestores; atividades de prevenção à saúde mental; intervenções para melhora dos sintomas dos transtornos do neurodesenvolvimento no espaço escolar. A atuação do psicólogo clínico não substitui a do psicólogo escolar e vice-versa.

- Especialização em neuropsicologia

A neuropsicologia é uma especialização do psicólogo (independente da área em que ele atua, mas normalmente é mais realizada por psicólogos clínicos) e foca tratar os transtornos mentais a partir de intervenções específicas (que são feitas muitas vezes a partir de exames psicológicos). No acompanhamento terapêutico da psicologia aos distúrbios de aprendizagem, a neuropsicologia apresenta excelentes resultados.

Outras duas indicações do trabalho do psicólogo clínico aos pacientes acometidos pelos distúrbios da aprendizagem referem-se ao que é chamado de “ganho secundário” (expressão de cunho médico). No “ganho secundário”, os sintomas são desencadeados devido ao transtorno originário. É o caso do paciente que sempre atribui seus erros e fracassos ao distúrbio.

A outra indicação seria para o acompanhamento psicológico referente às comorbidades envolvidas nos distúrbios de aprendizagem.

- Psicopedagogia/neuropsicopedagogia

É indiscutível a necessidade do apoio complementar do trabalho do psicopedagogo/neuropsicopedagogo no apoio aos alunos com distúrbios de aprendizagem, por isso explicaremos como ocorre esse acompanhamento.

O trabalho do psicopedagogo/neuropedagogo não substitui em hipótese alguma o acompanhamento do educador especial, pois são atividades que se complementam. Assim, como estes profissionais não podem substituir as intervenções do psicólogo (destinado a verificar o contexto patológico ou, no caso do psicólogo educacional, verificar todo o contexto ao qual se aplicam suas dificuldades).

O psicopedagogo/neuropsicopedagogo poderá atender aos alunos no consultório ou com intervenções articuladas ao tempo e funcionamento da escola, na psicopedagogia institucional. A intervenção do profissional é a partir da utilização de jogos, brinquedos e brincadeiras.

Há na literatura uma imprecisão sobre a definição dos transtornos de aprendizagem<sup>10</sup>, que pode ser evidenciada pelos diversos nomes que recebem: problemas de aprendizagem, problemas escolares, etc. Dessa forma, o termo Transtornos de Aprendizagem será adotado neste trabalho, como um termo genérico, englobando, o Distúrbio de Aprendizagem e a Dislexia. As Dificuldades Escolares também serão abordadas e, para maior esclarecimento, serão apresentadas breves definições. No caso de Dificuldades Escolares, o rendimento e desempenho escolar podem ser influenciados tanto por problemas afetivos, como por problemas relacionados à escola. O aluno pode estar apresentando dificuldades escolares como consequência de não estar se adaptando à metodologia usada, ou por dificuldades na relação com o professor e com os colegas<sup>11</sup>. Sendo assim, a causa da dificuldade está relacionada a fatores pedagógicos, não sendo classificada como transtorno.

O Distúrbio de Aprendizagem, por outro lado, traduz-se num conjunto de sinais sintomatológicos que provocam uma série de perturbações no aprender da criança, interferindo no processo de aquisição e manutenção de informações de uma forma acentuada. O Distúrbio de Aprendizagem é uma disfunção do sistema nervoso central. Portanto, um problema neurológico relacionado a uma falha na aquisição,

no processamento, ou ainda, no armazenamento da informação, envolvendo áreas e circuitos neuronais específicos em determinado momento do desenvolvimento<sup>12</sup>.

Já a Dislexia é uma neurodisfunção que se caracteriza por um rendimento inferior ao esperado para a idade mental, nível socioeconômico e instrução escolar, e afeta os processos de decodificação e compreensão da leitura<sup>13,14</sup>.

Fonte: GONÇALVES, Thaís dos Santos; CRENITTE, Patrícia Abreu Pinheiro. Concepções de professoras de ensino fundamental sobre os transtornos de aprendizagem. **Revista CEFAC** [online]. 2014, v. 16, n. 3 [Acessado 22 Setembro 2021], pp. 817-829. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0216201427312>>. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201427312>.

# RESUMO DO TÓPICO 3

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade possui um importante caráter genético, no qual encontramos familiares com problemas similares. Além disso, a família apresenta alto nível de estresse, dificuldades econômicas e “lar conturbado”.
- É essencial ao profissional da educação especial não intitular o aluno com transtorno como “hiperativo” e realizar demais orientações cabíveis ao manejo educativo.
- O transtorno de aprendizagem é muito similar aos distúrbios de aprendizagem, mas não são a mesma coisa, por exemplo, a dislexia é uma dificuldade na decodificação dos textos.
- Algumas orientações ao processo de ensino-aprendizagem são: realizar as provas em sala separada, silenciosa e adequada; oferecer tempo adicional para realização de provas e atividades; realizar a leitura das avaliações para o aluno; realizar provas orais se o aluno não conseguir escrever as respostas; conferir se o aluno compreendeu de fato o conteúdo apresentado; utilizar metodologia de ensino que priorize o exemplo, a atividade prática e a aplicação do conteúdo; não descontar erros ocorridos pelo transtorno em provas; não corrigir provas ou trabalhos com caneta vermelha.

# AUTOATIVIDADE



1 Conforme estudamos neste tópico, algumas complicações no período pré-natal e nos primeiros dias de vida (prematuridade, baixo peso) podem ser um dos fatores relacionados à causa do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Além disso, é comum os pacientes possuírem um ambiente familiar conturbado. Referente ao TDAH, assinale a alternativa CORRETA:

- a) ( ) Ao acompanhar um aluno acometido pelo TDAH, deve-se sempre comentar aos demais professores sobre as fragilidades dele e utilizar a expressão “hiperativo”, quando se referir ao aluno.
- b) ( ) O educador especial deve expor o aluno com TDAH aos demais alunos, para criar um espaço de discriminação educativa.
- c) ( ) O educador especial deve evitar a expressão “hiperativo” e evitar falar das dificuldades do aluno, focando as qualidades.
- d) ( ) O educador especial deve sempre utilizar a expressão “hiperativo” e evitar falar das dificuldades do aluno, focando as qualidades.

2 Os profissionais da educação especial devem realizar ações no espaço educativo para auxiliar e potencializar o processo de ensino-aprendizagem na educação do aluno com TDAH. O livro de estudos apresenta orientações ao profissional da educação especial, desta maneira, escreva duas orientações indicadas.

# AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIANTE/ TRANSTORNO DE CONDUTA/ TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE



## 1 INTRODUÇÃO

Vamos estudar com dedicação nosso último tópico da Unidade 2? E aí, quantos recursos legais existem e que farão a diferença no nosso dia a dia na educação especial, não é mesmo?

Os últimos transtornos que estudaremos estão localizados neste mesmo tópico, não por mera coincidência, mas por serem transtornos muito parecidos em suas características e muito fáceis de confundir o diagnóstico. Além disso, são transtornos “delicados”, porque a falta do manejo educativo e familiar persistente poderá prejudicar a formação da personalidade quando adulto. São alunos que precisam de pessoas que deem bons exemplos, e que os auxiliem no controle emocional (devem aprender a expressar suas emoções sem prejudicar outras pessoas ou a si mesmos).

## 2 TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIANTE

A avaliação médica visa identificar o diagnóstico correto do transtorno opositor desafiante (TOD), caracterizado por um padrão de humor raivoso, irritável, comportamento questionador (desafiante ou índole vingativa). Além disso, o médico também deverá verificar os diagnósticos diferenciais.

Afinal, o que é diagnóstico diferencial?

O diagnóstico diferencial é uma metodologia de investigação clínica através da eliminação de um conjunto de patologias com características muito próximas, verificando qual doença engloba os sintomas e sinais apresentados pelo paciente. Os principais diagnósticos diferenciais do transtorno opositor desafiante são:

- **Transtorno de conduta:** possui uma natureza patológica mais grave, incluindo agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade ou padrão de roubo.

- **TDAH:** o paciente com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade geralmente não aceita orientações dos pais, professores e outros a sua volta. A criança apresenta falas e comportamentos de oposição nas situações relacionadas a sua falha em atender às solicitações que demandam esforço ou atenção sustentada.

Além dos transtornos citados, o TOD é similar às características do transtorno explosivo intermitente, transtorno de linguagem e mutismo seletivo.

- **Conduta médica**

As medicações prescritas para os pacientes com TOD são: neurolépticos, estimulantes e antidepressivos. É fundamental realizar a combinação de psicoterapia com o tratamento medicamentoso.

No acompanhamento do transtorno opositor desafiante e no transtorno de conduta, as vertentes metodológicas da psicologia seguirão a mesma perspectiva de intervenção: **trabalhar a relação pais e filho**. A abordagem psicanalítica trabalhará aspectos referentes à autoridade dos pais, o lugar psíquico que os pais destinam ao filho.

A psicologia cognitiva-comportamental recomendará uma sequência clara de alterações comportamentais que os pais e o filho deverão adotar e reformulações nas crenças cognitivas (pensamentos).

Infelizmente são pouquíssimos os artigos científicos e práticas de outras áreas da saúde referentes ao transtorno opositor desafiante (praticamente quase não há). Todos os transtornos contidos neste tópico costumam ser investigados apenas pela psicologia, psiquiatria e neurociência.

Vejamos as orientações aos profissionais da educação especial quanto ao manejo educativo com os alunos acometidos pelo transtorno opositivo desafiante:

- Os educadores especiais devem orientar os pais para que ambos concordem quanto às regras e rotinas diárias.
- Realizar as solicitações ao aluno sempre de maneira clara e objetiva (não utilizar expressões no sentido figurado).
- Após o aluno realizar ações corretas e comportamentos adequados, elogiá-lo na sequência e referente àquele acerto (reforço positivo). Exemplo: "Parabéns, Joãozinho! Você fez (indicar o comportamento) corretamente!"
- O educador especial deve perceber quais motivos são eliciadores do comportamento de oposição do aluno.
- Aguardar a crise de oposição terminar para posteriormente orientar o aluno.

## 3 TRANSTORNO DE CONDUTA

No transtorno de conduta é muito importante a realização do diagnóstico diferencial e a investigação das comorbidades (como estudamos na Unidade 1, Tópico 5). Trata-se de um transtorno complexo e pode ser confundido com o TDAH quando há predominância do comportamento hiperativo, devido aos sintomas de agressividade e impulsividade.

O fator socioeconômico do nosso país é um elemento que pode “mascarar” se a criança tem o transtorno ou realiza atos infratores.

Quando a criança não é devidamente tratada, incentivada e orientada a modificar seus comportamentos, há chances de tornar-se um adulto com problemas com a lei (cometer crimes, por exemplo) ou desenvolver transtornos de personalidade.

Ao atender o paciente, o médico realizará o acompanhamento psicológico e, no segundo momento, utilizará a terapêutica farmacológica, que são remédios da classe dos neurolépticos.

## NOTA

### **Um transtorno de conduta envolve um padrão repetitivo de comportamento que viola os direitos básicos de terceiros**

Crianças com transtorno de conduta são egoístas e insensíveis aos sentimentos dos outros e podem assediar outras crianças, danificar propriedade, mentir ou furtar sem culpa. Os médicos baseiam o diagnóstico no histórico do comportamento da criança.

Psicoterapia pode ajudar, mas afastar as crianças de um ambiente problemático e oferecer um ambiente rigidamente estruturado, como uma instituição de saúde mental, pode ser o tratamento mais eficaz.

Ainda que algumas crianças se comportem melhor do que outras, crianças que, de modo repetitivo e constante, violam as regras e os direitos dos demais de forma inadequada para sua idade, têm um transtorno de conduta. Transtornos de conduta em geral começam durante o final da infância ou no início da adolescência e são mais comuns em meninos do que em meninas.

A hereditariedade e o ambiente provavelmente influenciam o desenvolvimento de um transtorno de conduta. As crianças geralmente têm pais com um distúrbio da saúde mental, tais como abuso de substâncias, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, distúrbio do humor, esquizofrenia ou distúrbio de personalidade antissocial. No entanto, as crianças afetadas podem vir de famílias saudáveis que funcionam bem.

FONTE: Disponível em: <<http://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/dist%C3%BArbios-da-sa%C3%BAde-mental-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/transtorno-de-conduta>>. Acesso em: 23 jan. 2018.



A avaliação e o tratamento psicológico do transtorno de conduta seguirão o mesmo preceito indicado anteriormente no item “avaliação e acompanhamento psicológico” no transtorno opositor desafiante.

Conforme mencionamos anteriormente, praticamente não há produções das áreas da fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição sobre o transtorno (assim como os demais contidos neste tópico).

Caberá, neste item, seguir as orientações repassadas anteriormente no transtorno opositor desafiante, como já estudamos aqui no tópico 4 da unidade 2.

## **4 TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE**

O transtorno explosivo intermitente exige do profissional da medicina analisar a possibilidade de diagnósticos diferenciais e se há ou não comorbidades. Esse conjunto de ações avaliativas é deveras especial, afinal, o médico equivocando-se no diagnóstico poderá desencadear um processo equivocado e desgastante emocional, física e socialmente. Afinal, se o diagnóstico for equivocado, o encaminhamento também tende a ser desacertado, errôneo.

O transtorno explosivo intermitente tem como característica episódios de explosões comportamentais recorrentes e são desproporcionais aos fatores desencadeantes. Durante sua avaliação, ou seja, na consulta médica, o médico verificará os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Intoxicações por substância(s) ou abstinência de substância(s) – entende-se a expressão “substância” como drogas ou remédios.
- *Delirium tremens* (forte perturbação física e mental).
- Transtorno afetivo bipolar.
- Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade – Atenção: quanto à agressividade, a diferença entre os dois transtornos é o fato do paciente acometido pelo TDAH apresentar agressividade impulsiva, enquanto no transtorno explosivo intermitente é somente diante a uma dada situação.

Já o tratamento médico será o encaminhamento ao profissional da psicologia e a utilização de terapia farmacológica. Os medicamentos administrados nesse transtorno são os estabilizadores de humor, anticonvulsionantes, dentre outros.

A realização do acompanhamento psicológico gera bons resultados, ou seja, melhora os sintomas do transtorno explosivo intermitente com a utilização da técnica da psicologia cognitiva-comportamental denominada treino cognitivo do controle da raiva.

A participação dos pais na escola será muito importante para os alunos com o transtorno de conduta. O vínculo pais e professores deverá ser estabelecido sob algumas regras, pois é comum que os pais dos alunos apresentem as seguintes características:

- ansiedade;
- estresse;
- negação: ao falar sobre o filho, os pais negam a existência do problema ou das dificuldades de relacionamento em casa;
- irritabilidade/agressividade: alguns pais também costumam apresentar tais características e inclusive serem assim com os professores, educadores sociais, gestores e profissionais da saúde;
- são “prioridade”: os pais solicitam conversar com os professores a qualquer momento;
- realizam cobranças, mas não “dão exemplo”: são pais que cobram muito dos educadores especiais, mas muitas vezes não participam das reuniões de pais e professores, por exemplo.

Desta maneira, é necessário o estabelecimento claro e objetivo do relacionamento dos pais com os educadores especiais para não ocorrerem cobranças excessivas e irreais.



## ESTUDOS FUTUROS

Na última unidade, vamos conversar mais sobre este tema tão importante, que é o estabelecimento de vínculo sadio e produtivo entre pais e escola.

# LEITURA COMPLEMENTAR



## COMO O CRACK E OUTRAS DROGAS PODEM INFLUENCIAR NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS QUE FORAM EXPOSTAS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

Amanda Prachthäuser Rodrigues

Daniela Dalcim

Morgana Eschenbach

Vancéli dos Santos Ramos

Luiz Arthur Rangel Cyrino

### Introdução

O presente artigo tem como objetivo levantar reflexões sobre o abuso de substâncias químicas como o álcool e drogas, em especial o crack, no período gestacional e o impacto que poderá ocorrer após o nascimento de crianças cujas mães foram usuárias durante a gestação. Dessa forma, selecionamos artigos mais recentes, de base nacional e internacional, em bancos de dados como SciELO, Academic Google, entre outros, que têm conceitos-chaves: crack, uso e abuso, drogas e gestação, para a sustentação das possíveis reflexões que este artigo pode nos apresentar.

Ao ser confirmada a gravidez, a principal expectativa dos pais gira em torno do nascimento da criança, que pode ser influenciada quando existe a utilização de alguma substância que poderá trazer algum risco para o feto (Silva; Tocci, 2002). Um fator de alto risco para o bebê, que diz respeito a sua formação uterina e ao desenvolvimento pós-natal são as drogas utilizadas por sua mãe durante e após a gestação, em especial o crack (derivado da cocaína).

O crack é classificado como uma droga estimulante do sistema nervoso central (SNC), provocando um estado de vigília no usuário em suas atividades motoras, entre outros sintomas excitatórios (Matos; Mello; Colombo e Melo, 2011). Esses sintomas estão relacionados à inibição (causada pela cocaína) da receptação da norepinefrina, da dopamina e da serotonina (Margotto, 2013). Além desses aspectos, o crack gera prazer, excitação, euforia, sensação de poder, autoconfiança, falta de apetite, redução do frio e do sono (Nappo et al., 2004 apud Camargo; Martins, 2014).

O crack é preparado à base de cocaína com bicarbonato de sódio, sendo uma substância psicoativa euforizante, que causa dependência química rapidamente devido à alta absorção e rapidez na geração de efeito, se comparado com a cocaína

em pó, o que faz o sujeito querer mais em poucos minutos, ocasionando na conhecida “fissura”. A fissura é a necessidade de não sentir desconforto causado pela ausência do crack (Unidade, 2011, p. 9, apud Camargo; Martins, 2014). A fissura ao crack pode ser considerada como um dos pilares responsáveis pela dependência da droga, sendo caracterizada pela sua busca constante a fim de combater o “desconforto” causado pela falta dela. O crack é uma droga de efeito rápido cujo consumo tem caráter compulsivo (Reis; Moreira, 2013).

Para Bordin et al. (2010), não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. Poderíamos definir o uso como qualquer consumo de substâncias, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo como o consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social); e, por fim, dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário.

O abuso de crack pode acarretar danos ao próprio sujeito, à família e também à sociedade, como perda de emprego, violência, crimes, rupturas familiares e acidentes (Oliveira et al., 2014). A depressão e a ansiedade também são comorbidades recorrentes nos usuários de crack, podendo torná-los antissociais e borderline (ABP, 2011). O crack, ao ser utilizado, dissipa-se por todo o organismo e apresenta efeitos cardiovasculares, neurológicos e pulmonares, podendo-se, então, encontrar as substâncias no sangue, no cabelo, no suor, na saliva, no leite materno, na urina e no mecônio fetal (Carvalho; Chasin; Carvalho, 2008 apud Silva, 2014). O consumo da cocaína, assim como de seu produto alcalinizado (crack), tem aumentado dramaticamente na população obstétrica durante as últimas décadas (Yamaguchi; Cardoso; Torres e Andrade, 2008).

## **Conclusão**

Os resultados obtidos por meio das pesquisas citadas no atual artigo até o momento são baseados em poucos estudos concretizados. Dessa forma, observa-se a necessidade de buscar dados nacionais atualizados, pois no momento os números de produções bibliográficas são limitados.

Com esses estudos, notou-se que o aumento do risco de distúrbios de aprendizagem e atenção em crianças expostas à cocaína e ao crack continua sendo uma importante questão de investigação. Pesquisas existentes enfatizam a hipótese de que crianças expostas à cocaína apresentam um impacto considerável no funcionamento intelectual, excitação prejudicada e dificuldade de atenção, medida por indicadores de vigilância de tarefas e atenção sustentada relacionados à inibição da recepção da norepinefrina, da dopamina e da serotonina. Além disso, os fatores de risco ambientais desempenham um papel formativo no desenvolvimento durante a primeira infância.

O uso de drogas na população em geral permanece um sério problema a ser tratado, havendo a necessidade de políticas públicas e regionais mais específicas para

tratar a questão de drogas no país, e que deve envolver equipes multidisciplinares em sua abordagem. Tendo em vista as consequências do uso do crack durante a gestação, poderiam ser colocadas em prática ações que tratem sobre o tema. Tais ações deveriam ser praticadas dentro de escolas, instituições de reabilitação, por meio da mídia, entre outros locais, para que desde cedo os jovens percebam a gravidade do uso da droga e o quão prejudicial pode ser para o seu filho, visando à conscientização e buscando uma redução de uso e conseqüentemente um menor índice de crianças prejudicadas por essa exposição.

Medidas como acompanhamento pré-natal e campanhas sobre uso de drogas durante a gestação são importantes para que a drogadição diminua no período gestacional. Portanto é de grande valia o aumento das formas de conscientização, com atendimento especializado com equipes capacitadas a realizar palestras e projetos para esse público em centros de apoio, promovidos preferencialmente com a participação do governo, proporcionando, assim, uma melhora favorável na saúde dessas mães e conseqüentemente das crianças.

Buscou-se representar, de uma forma geral, o detrimento que o crack/cocaína causa não apenas ao usuário, mas também nos seus descendentes e familiares, acarretando ocasionalmente danos em vários âmbitos, dentre eles o comportamental, emocional, entre outros, tornando o indivíduo excluído da sociedade e marginalizado.

Dessa forma, é de grande importância proporcionar mais estudos para confrontar as consequências associadas ao uso do crack, havendo a necessidade de profissionais capacitados que possam promover atendimento adequado a essas pessoas que muitas vezes são limitadas em seu meio social, possibilitando um acompanhamento capaz de fazê-las inclusas novamente na sociedade e proporcionando uma escolarização melhor, bem como a inclusão social desses indivíduos fragilizados e um futuro melhor para eles.

FONTE: Disponível em: <[http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2856/1884](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2856/1884)>. Acesso em: 17 abr. 2018.

# RESUMO DO TÓPICO 4

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Os transtornos são muito parecidos em suas características e sendo fáceis de confundir o diagnóstico. Além disso, são transtornos “delicados”, porque a falta de manejo educativo e familiar adequada fortalecerá os traços de adultos com personalidades conturbadas.
- Na avaliação médica será realizado o diagnóstico diferencial, pois há características similares que podem confundir até mesmo a avaliação médica.
- As orientações aos educadores sociais no acompanhamento dos alunos acometidos pelo transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante são: os educadores especiais devem orientar os pais para que ambos concordem quanto às regras e rotinas diárias; realizar as solicitações ao aluno sempre de maneira clara e objetiva (não utilizar expressões no sentido figurado); após o aluno realizar ações corretas e comportamentos adequados, elogiá-lo na sequência e referente àquele acerto (reforço positivo); o educador especial deve perceber quais motivos que disparam o comportamento de oposição do aluno; aguardar a crise de oposição terminar para posteriormente orientar o aluno.
- Os pais poderão apresentar características que exigirão do educador especial um desenvolvimento de algumas regras para não existir uma cobrança excessiva, irreal e que não gera bons resultados para nenhum dos lados (alunos, pais, educadores).

# AUTOATIVIDADE



- 1 A terapêutica farmacológica é uma aliada no tratamento do transtorno opositor desafiante, em que são utilizados medicamentos como neurolépticos, estimulantes e antidepressivos. Assim, é importante que:
- a) ( ) O profissional da educação especial incentive o acompanhamento médico e psicológico, respeitando as recomendações informadas pelos profissionais da saúde.
  - b) ( ) O profissional da Educação Especial adote uma postura contra a utilização dos medicamentos.
  - c) ( ) A educação especial não é uma área adepta do trabalho multidisciplinar, deve-se trabalhar isoladamente.
  - d) ( ) O profissional da educação especial incentive o acompanhamento médico e psicológico, sem respeitar as recomendações informadas pelos profissionais da saúde.
- 2 É muito comum os pais dos alunos acometidos por transtorno opositor desafiante, transtorno de conduta ou transtorno explosivo intermitente apresentarem estresse, ansiedade e negação. Desta maneira, escreva sobre a importância do diálogo entre pais e educador social e quais elementos são fundamentais para ambos serem parceiros na construção educativa e social do aluno.

# DESAFIOS ATUAIS NA INFÂNCIA BRASILEIRA

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

**A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:**

- refletir sobre os pontos importantes envolvendo educação e saúde no atual cenário da infância no Brasil;
- conhecer como desenvolver vínculo satisfatório (comunicação) entre educadores especiais e profissionais da saúde;
- refletir sobre pontos fundamentais, tais como a ética no atendimento/acompanhamento à educação especial e aspecto de não rotular.

## PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em quatro tópicos. No decorrer dela, você encontrará auto-atividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – TECNOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO: TRÍPLICE DA MUDANÇA

TÓPICO 2 – RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

TÓPICO 3 – A IMPORTÂNCIA DO NÃO ROTULAR

TÓPICO 4 – A ÉTICA NA EDUCAÇÃO ESPECIAL



## CHAMADA

Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.



# **CONFIRA A TRILHA DA UNIDADE 3!**

Acesse o  
QR Code abaixo:



# TECNOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO: TRÍPLICE DA MUDANÇA



## 1 INTRODUÇÃO

Estamos na última unidade do livro de estudos e até aqui aprendemos as características e definições dos transtornos, as avaliações e condutas de tratamentos e as orientações ao profissional da educação especial.

Nestes últimos tópicos de estudo, vamos nos possibilitar refletir sobre questões e práticas na atualidade envolvendo a saúde e a educação na infância. O conhecimento atualizado e de qualidade acadêmica, a prática sob ética e resultados positivos e construtivos são fundamentais na formação dos profissionais, contudo, sempre há a necessidade de expressarmos nossa melhor intenção e criatividade sobre a sociedade e projetar um futuro melhor para nós. Desta maneira, aproveite os temas abordados para desenvolver práticas diferenciadas. Bons estudos!

## 2 JOGOS DIGITAIS E REDES SOCIAIS

Compartilhamos diversas vezes nossas observações e comentários referentes ao aumento do uso do telefone celular entre todas as faixas etárias. Todos os aparelhos eletrônicos são importantes e geram benefícios e satisfações. Vamos imaginar esse encantamento que temos levado até às crianças, estas que adoram e têm necessidade dos elementos interativos. Bem, será que podemos julgar ou culpar as crianças por tanto uso deste aparelho? Cabe aos educadores e educadores especiais auxiliarem os pais nesse quesito: **organização do uso do telefone celular no dia a dia**. Aí, inclusive, também nos cabe uma reflexão: Como estamos usando o nosso telefone celular?

Como acadêmicos atualizados, matriculados em graduação a distância, não vamos negligenciar a importância do aparelho celular. Agora, nos cabe um exercício: **utilizar o telefone celular para desenvolver o nosso autocontrole**. Como faremos isso? Parece difícil, não? Da mesma maneira será para os alunos também, portanto não vamos deixar o telefone celular ficar contra nós, mas a nosso favor.

Os exemplos de como podemos desenvolver o autocontrole através da utilização do celular são:

- Promover o uso consciente: a definição de períodos para verificação de certos aplicativos ou mensagens. Estipular períodos para verificar e responder às mensagens de *Whatsapp* referentes ao trabalho e verificá-las somente no horário de trabalho.

Separar a leitura das mensagens em períodos específicos. As mensagens do grupo da família, deixe para olhar somente à noite, dentro de um prazo de 20 minutos. Desta maneira, seu corpo consegue entender o início-meio-fim das atividades, não sobrecarregando sua psique.

- Definir horários para utilizá-lo e mantê-lo desligado quando não estiver usando.
- Organizar dias para verificar as redes sociais, pois são muitas e isso pode sobrecarregar sua produtividade, atenção e equilíbrio emocional. Assim, deixe algumas redes sociais para verificar apenas aos finais de semana.

Sobre o autocontrole, verifica-se:

Tendo adquirido um mínimo de autocontrole para regular as emoções negativas, a criança torna-se habilitada a efetivar soluções cognitivas eficazes em situações de conflito interpessoal. Em outras palavras, o autocontrole será o moderador que possibilitará à criança, que tem dificuldade em dominar suas emoções, agir como sabe e quer, em situações interpessoais problemáticas (BORGES; MARTURANO, 2010, p. 127).

Como verificamos, oportunizar habilidade de autocontrole contribui no processo de ensino-aprendizagem e até mesmo a controlar as emoções e comportamentos nas crianças com alguns tipos de transtornos do neurodesenvolvimento (TOD, TDAH, Transtorno do Espectro Autista, por exemplo).

As crianças e os adolescentes estão em desenvolvimento, então é importante que o uso de eletrônicos seja menor e a exposição à radiação emitida pelos aparelhos também deve ser cuidada. Podemos inserir o telefone celular no processo educativo e aproveitar para ensinar às crianças esses cuidados.

A seguir estão algumas ideias de como utilizar o celular em atividades educativas:

- realizar tarefas por e-mail;
- realização de vídeos educativos no Youtube;
- conhecer os jogos que os alunos acessam e solicitar que escrevam redações sobre estes, assim conhecemos mais sobre a “realidade virtual” na qual o aluno encontra-se inserido.

# DICAS

Confira o vídeo do Youtube denominado *Tecnologia na Vida das Crianças* e compartilhe com os demais profissionais da educação especial, pedagogia e professores. Acesse o link <<https://www.youtube.com/watch?v=MWEHbnlaFUQ>>.



Tecnologia na vida das crianças

E o que as pesquisas científicas recentes vêm abordando sobre o uso de tela com as crianças?

O tempo de tela, que é entendido como o tempo total pelo qual a criança permanece exposta a todas as telas, tem aumentado<sup>2,11</sup>. Estudos indicam que a média de exposição é superior ao tempo recomendado, uma vez que a *American Academy of Pediatrics* (AAP)<sup>12</sup> recomenda que o tempo de exposição de crianças à tela não ultrapasse 2 horas por dia, com conteúdos educativos e adequados para a faixa etária. Viver em um ambiente multitela, por exemplo, televisão, tablet, computadores, smartphones, pode incentivar o uso da tela precocemente na primeira infância<sup>13,14</sup>.

O tempo de exposição à tela é considerado um fator de risco para o comportamento sedentário, para doenças cardiovasculares e metabólicas em adultos. Já em crianças pode causar obesidade, maior pressão arterial e problemas relacionados à saúde mental<sup>15,16</sup> além de reduzir o tempo de interação social e familiar<sup>5</sup> e favorecer exposição a conteúdos impróprios<sup>3</sup>. Alguns autores associam a alta exposição à tela a atrasos nos domínios de linguagem<sup>1,17</sup> e habilidade motora fina<sup>18</sup>.

No entanto, o tempo de tela na televisão é amplamente abordado na literatura<sup>17,19,20</sup> enquanto estudos que dizem respeito as mídias interativas (p. ex., smartphones, tablets, *videogames*) começaram emergir<sup>5,21-23</sup>, consoante com o aumento generalizado do acesso e uso dos dispositivos móveis por crianças<sup>24</sup>. Mídias interativas podem ser definidas pelos meios tecnológicos que respondem com conteúdo às ações dos usuários, oportunizando diálogo e participação, o que diferencia da televisão<sup>25</sup>.

Fonte: NOBRE, Juliana Nogueira Pontes et al. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 20 Setembro 2021], pp. 1127-1136. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>.

# ATENÇÃO

Não devemos proibir as crianças quanto ao uso do telefone celular, **mas ensinar o uso sadio e consciente** a partir do estabelecimento de períodos, posicionamento físico (para não gerar má postura), aplicativos adequados, cuidados com emissão de radiação. Lembre-se de que a internet não é uma realidade alternativa, mas um elemento de comunicação da nossa realidade física que deve **ser limitada e disciplinada**.

FIGURA 1 – INÍCIO CADA VEZ MAIS PRECOCE DOS SMARTPHONES: ENSINAR O USO CONSCIENTE



FONTE: Disponível em: <<http://www.mistobrasilia.com.br/noticia-4891-Tire-o-celular-das-crian%C3%A7as>>. Acesso em: 28 jan. 2018.



# NOTA

## 10 motivos para proibir os smartphones para crianças menores de 12 anos Como controlar o uso das novas tecnologias nos bebês e nas crianças

### 1. Desenvolvimento cerebral das crianças

Um desenvolvimento cerebral causado pela exposição excessiva às tecnologias pode acelerar o crescimento do cérebro dos bebês entre 0 e 2 anos de idade, bem como a função executiva e o déficit de atenção, atrasos cognitivos, problemas na aprendizagem, aumento da impulsividade e da falta de controle (birras).

### 2. Atraso no desenvolvimento da criança

O excessivo uso das tecnologias pode limitar o movimento e consequentemente o rendimento acadêmico, a alfabetização, a atenção e capacidades.

### 3. Obesidade infantil

O sedentarismo que implica o uso das tecnologias é um problema que está aumentando entre as crianças. Obesidade leva a problemas de saúde, como o diabetes, problemas vasculares e cardíacos.

### 4. Alterações do sono infantil

Os estudos revelam que a maioria dos pais não supervisiona o uso da tecnologia pelos seus filhos nos seus quartos. Isso faz com que seus filhos tenham mais dificuldades para conciliar o sono. A falta de sono afetará negativamente seu rendimento escolar.



### **5. Doença mental**

Alguns estudos comprovam que o uso excessivo das novas tecnologias está aumentando as taxas de depressão e ansiedade infantil, distúrbios do processo de vinculação entre pais e filhos, déficit de atenção, transtorno bipolar, psicose e outros problemas de conduta infantil.

### **6. Condutas agressivas na infância**

A exposição das crianças a conteúdos violentos e agressivos pode alterar sua conduta. As crianças imitam tudo e a todos. Assim que os pais perceberem, devem vigiar o uso de smartphones e tablets pelas crianças.

### **7. Falta ou déficit de atenção**

O uso excessivo das novas tecnologias pode contribuir para o déficit de atenção, diminuir a concentração e a memória das crianças, graças à grande velocidade dos seus conteúdos.

### **8. Vício infantil**

Os estudos demonstram que uma em cada onze crianças é viciada nas novas tecnologias. Cada vez que as crianças usam os dispositivos móveis, elas se distanciam do seu meio, de amigos e familiares.

### **9. Muita radiação**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os celulares como um risco na emissão de radiação. As crianças são mais sensíveis a esses agentes e existe o risco maior de contrair doenças, como o câncer.

### **10. Superexposição**

A constante superexposição das crianças à tecnologia as torna vulneráveis, sujeitas a serem exploradas e expostas a abusos. Além disso, os especialistas concordam que ficar horas conectadas ao celular ou tablet é prejudicial ao desenvolvimento das crianças. Os estudiosos acreditam que geram crianças mais passivas e que não sabem interagir ou ter contato físico com outras pessoas. Ainda que entendam que as novas tecnologias façam parte da sua vida, eles acreditam que não devem substituir a leitura de um livro ou o tempo de brincadeira com irmãos, pais e amigos.

FONTE: Disponível em: <<https://br.guiainfantil.com/materias/educacao/internet10-motivos-para-proibir-os-smartphones-para-criancas-menores-de-12-anos/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

## **3 EAD E EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Que tal inserirmos atividades a distância para os alunos? Claro, sempre respeitando as necessidades de cada um (condição socioeconômica, necessidades especiais), até mesmo solicitar tarefas em que os pais possam participar. Que tal sugerir para os pais conhecerem ou jogarem os jogos on-line? É uma ótima oportunidade para reforçar aos pais a maneira de como oferecer e limitar o uso do celular e computadores em casa.

## **4 SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

É possível agregar algumas atividades no currículo da Escola sobre saúde e ações de prevenção de doenças (físicas e emocionais) com os alunos. Por exemplo: ensinar os alunos a estipularem um horário fixo para realizar as tarefas e que todos os dias devem realizá-las em tal horário. Após concluí-las, ensinar ao aluno que ele terá direito

a um prêmio. Desta maneira, já trabalhará o aspecto de autocontrole e organização, auxiliando na diminuição de desatenção, procrastinação (deixar para depois), formação de rotina e produtividade.

Das ideias a seguir, nem sempre é possível aplicá-las em todas as escolas e ambientes escolares.

### **Sugestão 1 - aproximação da relação de animais e alunos acometidos por patologias**

Conforme Garcia (2000 apud VACCARI; ALMEIDA, 2007), a relação entre animais e crianças pode trazer resultados nos seguintes aspectos:

- auxiliar a criança a desenvolver relações com outras crianças através da linguagem não verbal;
- aprender a observar e interpretar a linguagem não verbal (gestos, posturas, expressões);
- auxilia no aprendizado de processos fundamentais dos seres vivos (reprodução, nascimento, desenvolvimento, morte);
- potencializar atitudes de conscientização humanitária e consciência ecológica.

FIGURA 2 – CÃO GUIA NO SUPORTE À EDUCAÇÃO INCLUSIVA



Cão ajuda criança com doença rara em São Paulo

FONTE: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=LhS1SZ1rIjw>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

### **Sugestão 2 - utilização da ioga para melhora da concentração das crianças**

Além da ioga ser uma atividade física diferenciada e que também trabalha o lúdico,

estudos científicos feitos em crianças mostraram eficácia na redução do peso, aumento da autoestima, balanço emocional e benefícios físicos. Observa-se que os benefícios físicos são mencionados como aspecto central, como se a ioga se constituísse em um condicionamento físico, uma espécie de ginástica. No entanto, essa prática tem o crédito do 'balanço emocional', o que proporciona um equilíbrio integral (SILVEIRA, 2012, p. 180).

FIGURA 3 – REALIZAÇÃO DE IOGA COM CRIANÇAS



Prática da yoga também oferece benefícios para crianças

FONTE: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=f0QzlvjwHF8>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

Vamos conferir o que as pesquisas sobre yoga e infância têm apontado?

“Ao realizar o estudo de revisão sistemática da literatura e analisar os estudos encontrados, verificamos que as pesquisas relacionadas à prática do Yoga para crianças ainda é um tema pouco conhecido e, sobretudo, pouco estudado no campo acadêmico-científico. Embora se trate de um recorte específico, pois foram consultadas as bases Google Scholar, Google, Scielo, Sistema de Bibliotecas da Unicamp, Biblioteca Digital da USP, Biblioteca Digital da Unesp, Biblioteca Digital da UFSCar, Biblioteca Digital da Unifesp e Sistema de Bibliotecas da UFABC para esta pesquisa, o número de estudos encontrados foi incipiente, resultando em apenas 14 trabalhos relacionados à temática em foco. Os estudos encontrados foram publicados em anais de congresso, artigos de revista e monografias de conclusão de curso, evidenciando assim, a carência de dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Cabe ressaltar, ainda, que outros estudos vêm contribuindo para compreender e difundir a prática de Yoga na infância, conforme aqueles que foram problematizados na revisão de literatura deste trabalho.

Com a análise dos resultados encontrados nos estudos em pauta constata que, em geral, diversos benefícios à saúde da criança foram confirmados pelas investigações, sendo eles físicos, motores, psicológicos, sociais, comportamentais, espirituais e mentais, contribuindo assim, para a formação do ser integral. Exemplificando, as crianças desenvolveram concentração, melhoraram seus comportamentos e interação social, diminuíram ansiedade e tensão, aprenderam a respirar corretamente, melhoraram a postura, flexibilidade e equilíbrio, assim como a autoestima e humor.

Dessa forma, espera-se que o Yoga possa se tornar reconhecido para essa faixa etária por seus benefícios sobre a melhora da qualidade de vida e formação do ser integral tanto em escolas, quanto fora delas. Para isso, são necessários novos estudos constatando os benefícios da prática para que essa possa se tornar rotina de crianças e também de seus pais e professores, para desenvolver assim, uma cultura do Yoga. Se a prática se tornar comum no cotidiano da população, estima-se um

futuro com menos problemas de saúde causados pela inatividade física, estresse, tensões, respiração incorreta, ausência de valores e exercícios mal prescritos e/ou inadequados à faixa etária”.

Fonte: SIMÕES, 2017, p. 28, disponível em : <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/155521/000885333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 Set. 2021.

## 4.1 CUIDADOS COM A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Os profissionais da educação também devem realizar ações de prevenção a doenças constantemente. Torna-se fundamental cuidar da saúde física, saúde emocional e saúde vocal.

Conforme Reis et al. (2006), ensinar é um labor estressante e acaba repercutindo na saúde física, mental, emocional e no desempenho profissional dos professores.

### DICAS

Assista ao vídeo do Youtube denominado *Conhece a ti mesmo*, apresentado por Leandro Karnal (você também pode acessar por meio deste link <<https://www.youtube.com/watch?v=LRBYmsuyFYI>>).



Conhece A Ti Mesmo • Leandro Karnal



# AUTOATIVIDADE



Conhecer a si mesmo é uma parte importante para o desenvolvimento pessoal. Nesse contexto, escreva características positivas e negativas sobre si, afinal, *Conheça a ti*.

## DICAS

O vídeo a seguir, encontrado também no Youtube, apresenta as doenças mentais encontradas na classe dos educadores, como o Transtorno do Humor Deprimido (depressão) e a Síndrome de Burnout. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=vxQ9GmXRckc>> e confira!



Saúde mental dos professores - Conexão Futura - Canal Futura



## 4.2 INCLUSÃO DE AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

É importante pensarmos em práticas e estudos que preservem aspectos cognitivos e emocionais para prevenir diversas patologias, quiçá alguns dos transtornos do neurodesenvolvimento, em especial, as ações de desenvolvimento pessoal possibilitarão aos alunos o aprendizado e o aperfeiçoamento de habilidades, tais como:

- motivação;
- foco e atenção;
- organização do tempo;
- organização financeira;
- qualidade nos relacionamentos afetivos;
- criatividade;
- aplicação da matemática no dia a dia;
- paciência e autocontrole.

Ao implementar e ampliar tais habilidades o quanto antes, irá gerar mais qualidade na vida dos alunos, o que ajudará no desenvolvimento educativo e na melhora da qualidade socioeconômica do país. É importante sempre respeitar as necessidades de cada aluno para a implementação dessas atividades.

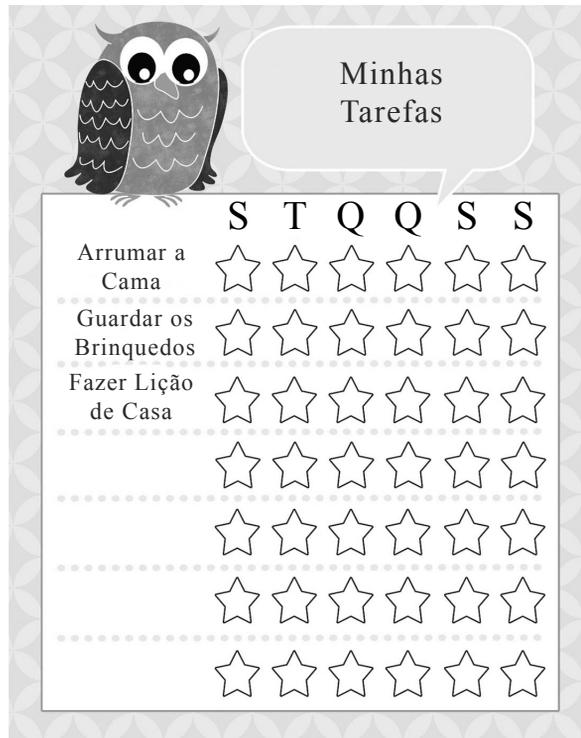
FIGURA 4 – ILUSTRAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE TRABALHAR O DESENVOLVIMENTO PESSOAL COM AS CRIANÇAS NA EDUCAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.artesonora.pt/breves/bons-sons-programacao-para-criancas-e-familias/>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

Podemos fortalecer as qualidades dos alunos através de atividades que já aprendemos, como a ioga; outras atividades são a realização de dinâmicas de grupo e dinâmicas de autoconhecimento (cartas para si, por exemplo), painel de objetivos e metas e técnicas de relaxamento.

FIGURA 5 – PAINEL DE OBJETIVOS PARA CRIANÇAS



FONTE: Disponível em: <<https://www.pinterest.pt/explore/quadro-de-tarefas/>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

Você já ouviu a expressão *mindfulness*? Vamos aprender sobre ela?

Conforme descrito por Kabat-Zinn (2003), *mindfulness* pode ser entendido como sendo "a consciência que surge quando prestamos atenção de um modo particular com propósito, no momento presente e sem julgamento". Consiste em treinar capacidades de auto-regulação e controle atencional, além de ajudar a promover comportamentos pró-sociais. Comumente as situações são editadas e distorcidas através dos pensamentos e sentimentos habituais, seguidamente envolvidos em alienação da experiência sensorial direta e do corpo, o que gera respostas emocionais e comportamentais mais automáticas e reativas, e que estão associadas ao sofrimento (Kabat-Zinn, 2003). A prática de *mindfulness* visa treinar a mente através da meditação para cultivar e refinar essa capacidade de estar presente e reconhecer a experiência como um todo, com uma atitude amigável e de compaixão, para assim responder de forma mais assertiva. Além disso, busca desenvolver uma consciência da conexão entre corpo e mente (Tang *et al.*, 2012).

As pesquisas com adultos já estão bem estabelecidas e demonstram resultados mais consistentes, diversas meta-análises demonstraram que as práticas baseadas em *mindfulness* resultaram em melhora da saúde mental e qualidade de vida, além da diminuição de sintomas depressivos, ansiedade e estresse (Demarzo *et al.*, 2015; Gotink *et al.*, 2015; Khoury *et al.*, 2013; Khoury *et al.*, 2015). Apesar das evidências dos resultados em adultos, as pesquisas em crianças ainda são escassas.

Os estudos com crianças já existentes vêm demonstrando resultados promissores que corroboram a ideia de que as intervenções nessa população também podem trazer esses benefícios para o desenvolvimento saudável e bem-estar. O treinamento em *mindfulness* com crianças tem sido associado a uma melhora na atenção (Black & Fernando, 2014; Semple *et al.*, 2010), nas funções executivas (Flook *et al.*, 2010; Schonert-Reichl *et al.*, 2015), na regulação cognitiva (Black e Fernando, 2014; Mendelson *et al.*, 2010; Schonert-Reichl *et al.*, 2015) e emocional (Black e Fernando, 2014; Cotton *et al.*, 2016; Mendelson *et al.*, 2010; Schonert-Reichl *et al.*, 2015), no otimismo e empatia (Schonert-Reichl *et al.*, 2015), comportamentos pró-sociais (Black e Fernando, 2014; Schonert-Reichl *et al.*, 2015) e uma diminuição na depressão (Liehr e Diaz, 2010; Schonert-Reichl *et al.*, 2015), ansiedade (Cotton *et al.*, 2016; Semple *et al.*, 2005) e comportamentos agressivos (Lee *et al.*, 2008; Schonert-Reichl *et al.*, 2015).

A maior parte das pesquisas com intervenções baseadas em *mindfulness* para crianças é desenvolvida em escolas e com população não clínica e apresentam limitações metodológicas importantes, tais como a escassez de estudos experimentais randomizados e de grupo controle ativo, além de a utilização de diversos métodos sem detalhar os programas (Felver *et al.*, 2016). Dessa forma, acabam sugerindo uma possível aplicação desse tipo de intervenção, com resultados preliminares e pouco consistentes ainda.

Até o momento, existem poucos estudos que investiguem os efeitos de intervenções baseadas em *mindfulness* em crianças com níveis clínicos de psicopatologia. Em meta análise recente sobre intervenções baseadas em *mindfulness* para crianças foram apontados efeitos maiores em população clínica (Zoogman *et al.*, 2015) embora os estudos com essa população sejam escassos.

Fonte: FORTES, Paula Madeira et al. Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 584-598, ago. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822019000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.09>.

## NOTA

### Exemplos de Exercícios de Mindfulness (auxilia na atenção, foco e relaxamento) para crianças

#### RECORDANDO OBJETOS

Leve seu filho para um passeio em um entorno específico: um bosque, o caminho para o colégio, um trajeto de carro, uma rua, uma visita a um museu. Explique a ele que desta vez farão *Mindfulness*. Dessa forma, deve estar bem atento a tudo o que vê pelo caminho. Ao finalizar o passeio, peça-lhe que recorde cinco coisas que tenha visto. Que coisas eram (uma árvore, um animal, um prédio...)? Como era cada coisa? Motive-o a perceber as qualidades de cada uma dessas coisas recordadas, sem julgá-las, sem dizer se é bom ou ruim, bonito ou feio, simplesmente apreciando as características que a formam.



### VEJO VOCÊ

Vejo você é uma atividade que motiva o desenvolvimento da emoção. É uma ferramenta maravilhosa para despertar a empatia e criar vínculos afetivos. O jogo deve ser realizado em duplas, um de frente para o outro. Durante um tempo, temos de olhar-nos nos olhos sem perder o contato. Manter a mirada atenta é o foco de concentração.

FONTE: Disponível em: <<http://www.criandocomapego.com/18-exercicios-de-mindfulness-para-criancas/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

## 4.2.1 Ações de desenvolvimento pessoal aos profissionais da educação e educação especial

Os profissionais da educação também devem cuidar dos seus objetivos, metas e sonhos, devem aprender a desenvolver a automotivação. Quando perdemos nossos objetivos ou ficamos desanimados, estamos propensos ao sedentarismo, transtornos mentais e doenças psicossomáticas.

Infelizmente ainda observamos poucas produções científicas referentes à saúde do professor, apesar de o tema aparecer diversas vezes na mídia e de termos o conhecimento do senso comum de que há diversos casos de transtorno de humor deprimido (depressão) acometendo diversos profissionais da educação.

Podemos realizar o teste colocando algumas palavras-chave no Google Acadêmico ou no Banco de Periódicos (sempre devemos buscar fontes científicas confiáveis). Veremos que até aparecerão vários artigos, mas são raros aqueles que abordam sobre o tema saúde do professor.

Vejamos algumas sugestões de palavras-chave:

Depressão Professor	Transtorno de Humor Deprimido Professores	Burnout Professor	Sedentarismo Professores	Educação Infantil Burnout
Educação Especial Depressão	Educação Infantil Depressão	Bipolar Professor	<b>* Preencher sugestão de palavra-chave</b>	<b>* Preencher sugestão de palavra-chave</b>

\* Aproveite os dois quadrantes em aberto para preencher com mais sugestões de palavras-chave. Busque o comportamento de pesquisar e saber pesquisar nos locais corretos da internet. Lembre-se de que, ao utilizar nosso material pesquisado, você deve utilizar somente sob citações e com as devidas referências (conforme ABNT).

# LEITURA COMPLEMENTAR



## **AGRESSIVIDADE INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO PARA A FORMAÇÃO DE PROFESSORES**

Sandralea Gonçalves Moura  
Marília Maia Lincoln Barreira

### **1 INTRODUÇÃO**

A educação infantil é o primeiro momento da educação básica, tratando-se de um segmento escolar que recebe crianças pequenas. Neste é trabalhada a personalidade da criança, nos aspectos da socialização e da inteligência emocional. Essas primeiras experiências podem tornar-se marcas profundas na vida adulta. Se a rotina vivenciada por essas crianças, no ambiente escolar, for algo positivo, elas tendem a se tornar adultos cooperativos, autoconfiantes, solidários, responsáveis (SOUZA; CASTRO, 2008). As crianças que tendem a ter comportamentos “indesejáveis” e que não são manejadas de forma adequada, sendo punidas e rejeitadas pelos colegas ou professores, têm a probabilidade de agravar tais comportamentos, podendo tornar-se adultos imprudentes e agressivos (SILVA et al., 2015).

Na contemporaneidade, as instituições de educação infantil compartilham o desenvolvimento da criança com a família, no que diz respeito ao cuidar e educar, trazendo a necessidade de a escola ser um local em que a criança possa se sentir segura e protegida, um espaço saudável para um melhor aprendizado (ZENDRON et al., 2013). Diante deste contexto, os professores irão se deparar com comportamentos agressivos, com os quais, na maioria das vezes, se sentem perdidos e confusos, sem saber lidar com tal conflito.

Falar sobre agressividade remete a um assunto polêmico, com discussões que transcendem ao tempo e ao molde social. Nota-se que há dificuldade em lidar com o tema, entre educadores e sociedade em geral, questionando-se sobre as possíveis causas e repercussões de um comportamento agressivo. Os professores precisam ir além dos saberes pedagógicos para conseguirem lidar com conflitos do cotidiano, levando a necessidade de envolverem conjuntos de saberes (BUZINARI; SOMMERHALDER, 2016).

Com o trabalho do psicólogo escolar, se poderia buscar uma reflexão para a mudança de tal realidade, levando em conta as relações ali estabelecidas, as características físicas do ambiente e o contexto familiar dos alunos (ZENDRON et al.,

2013). A psicologia escolar traz como necessidade compreender como os educadores, os alunos e a instituição vivenciam sua implantação e concepção dentro das escolas (ANTUNES, 2008).

Assim, este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância dos saberes do psicólogo escolar para contribuir na formação dos professores frente à agressividade infantil, mostrando a importância desse assunto e levando em consideração que esses profissionais estão trabalhando com a base da escolarização, o primeiro contato socializador fora da família com que a criança se depara.

## **2 AGRESSIVIDADE E REPERCUSSÕES PARA A INFÂNCIA**

Não levando em consideração a agressividade somente ao nível patológico, Silva et al. (2015) dizem que existe uma recorrente discordância nos estudos ao falar sobre os comportamentos agressivos do ser humano. Assim, há pesquisadores que acreditam que a agressividade está sujeita a influências inatas ou instintivas, e outros acreditam que é um comportamento aprendido. Para estes, nem sempre é algo negativo, como é vista em geral, também é desencadeada de maneira positiva e imprescindível para desenvolver o sujeito. No entanto é necessário observar, pois ao se constituir como negativo na personalidade do sujeito, poderá levá-lo a agir com violência e destruição.

Gagliotto, Berté e Vale (2012) falam que, ao nascer, a criança chora e grita, esse é o primeiro sinal da sua agressividade. Normalmente, as crianças apresentam comportamento agressivo frente a situações que as rodeiam, são comportamentos que não necessariamente visem prejudicar ou violentar alguém, podendo simplesmente ser uma manifestação ou medo por alguma situação e, assim, reagir de forma agressiva, sem a intenção de machucar.

Como o comportamento agressivo se manifesta de várias formas e em vários contextos, a escola é um bom meio para pesquisar e trabalhar intervenções sobre o assunto, pois nem sempre os professores sabem lidar com tal comportamento. A seguir, analisar-se-á teoricamente como se dá a relação do aluno e do professor no contexto escolar em relação à agressividade.

## **3 OS PROFESSORES DIANTE DA AGRESSIVIDADE**

A agressividade entre crianças na educação infantil apresenta-se de várias formas e em contextos diferentes, inclusive por existirem diversas teorias investigando as variáveis de risco, focalizando a problemática na criança. Também foram encontradas pesquisas focando as concepções e percepções dos professores diante dessa questão.

Cabe aos professores o papel de orientador no desenvolvimento afetivo e emocional dos alunos, principalmente diante da agressividade, surgindo assim uma necessidade ainda maior por parte dos gestores das instituições educacionais, para

suprir a carência da formação profissional junto à formação continuada do docente, um trabalho voltado para as situações de agressividade em contexto escolar. Há, inclusive, neste âmbito, alguns estudos que geraram conhecimento científico sobre práticas de prevenção e remediação que o docente pode operar diante de comportamentos agressivos dos alunos. (SILVA et al., 2015)

A agressividade infantil, ainda que reflita a esperança de suprir necessidades muito precoces, também provoca hostilidade, desejos de retaliação ou mesmo de evasão por parte dos professores, o que demanda um aprofundamento sobre as atitudes que os docentes assumem em sala de aula ao interpretarem as atitudes infantis como agressivas (SOUZA; CASTRO, 2008).

Picado e Rose (2009) focalizam seus estudos falando sobre a importância do professor como um agente ativo para prevenir os comportamentos agressivos. Entre vários aspectos, seu estudo permitiu apresentar algumas estratégias que seriam capazes de identificar que os professores podem prevenir a agressividade nas crianças, elogiar comportamentos positivos, estimular comportamentos proativos perante situações de conflito e recorrer ao diálogo para expor as consequências de ações inapropriadas. Os autores consideram que quando a escola e a família dão respostas inadequadas às reais necessidades da criança, expõem-na a riscos (SLAVIN, 2006 apud PICADO; ROSE, 2009), daí que defendem que a criança é colocada em risco na fase de escolarização.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreender o processo das manifestações agressivas das crianças na escola poderá auxiliar os professores a entenderem esse comportamento. É importante observar que o psicólogo escolar terá uma contribuição positiva para tal compreensão, auxiliando na formação desses professores, constituindo-se como um fator que influenciará bastante, pois a partir dos estudos aqui apresentados, pode-se identificar concordância em todos de que os professores podem contribuir como desencadeadores da agressividade ou funcionarem como recursos intermediadores de ajuda às crianças sobre como lidar com esses sentimentos.

Diante dos diversos estudos pesquisados, concluiu-se que, quanto ao fato do professor exercer uma função socializadora, constitui-se em um fator de proteção para os casos de emergência com manifestação precoce de comportamentos agressivos não adaptativos por crianças expostas aos ambientes de risco (DIAS, 2014). Desta forma, o psicólogo escolar pode ajudar o professor a trabalhar o clima dentro da sala de aula, o pensamento crítico sobre as mudanças que podem ocorrer dentro da escola, encorajando os professores para que eles possam contribuir cada vez mais no processo educacional.

Diante das informações aqui apresentadas, conclui-se que, independentemente de teorias, os autores concordam que os profissionais preparados na educação infantil são de fundamental importância para a orientação e intervenção nas reações agressivas dos alunos no cotidiano escolar. Considera-se, assim, que o compromisso da Psicologia Escolar tem uma perspectiva de humanizar as relações e as práticas nas escolas, sendo imprescindível que os professores participem como aliados nessa luta desse profissional, que tem papel importante para sua formação.

FONTE: Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rh/article/view/7480>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

# RESUMO DO TÓPICO 1

## **Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- O telefone celular está presente no nosso dia a dia e é praticamente indispensável, desta maneira, devemos aprender a utilizá-lo sob organização, bons hábitos e ensinar isso aos alunos.
- A utilização de telefone celular por crianças deve ser limitada e também é uma oportunidade para trabalhar atividades escolares, a interação entre alunos e pais e o desenvolvimento do autocontrole.
- É importante e possível desenvolvermos atividades de prevenção a doenças, tanto para os alunos como para os próprios profissionais da educação e educação especial.
- Indica-se também a realização de atividades de desenvolvimento pessoal para a implementação de tais habilidades: motivação, foco e atenção, organização do tempo, organização financeira, qualidade nos relacionamentos afetivos, criatividade, aplicação da matemática no dia a dia, paciência e autocontrole.

# AUTOATIVIDADE



1 A leitura do artigo intitulado “A aprendizagem socioemocional pode transformar a educação infantil no Brasil” escrito em 2017 por Ana Luiza Raggio Colagrossi e Geórgia Vassimon, nos mostra que a yoga pode ser utilizada com crianças a fim de auxiliá-las a refletirem acerca das formas pelas quais constroem e processam seus pensamentos. Desta maneira, assinale a alternativa CORRETA:

Fonte: COLAGROSSI, Ana Luiza Raggio; VASSIMON, Geórgia. A aprendizagem socioemocional pode transformar a educação infantil no Brasil. *Constr. psicopedag.*, São Paulo, v. 25, n. 26, p. 17-23, 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542017000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 set. 2021.

- ) Não há necessidade de implementar atividades diferenciadas para desenvolver os temas contidos no currículo e nas diretrizes.
- ) Não há artigos científicos sobre os benefícios da ioga com crianças.
- ) Existem artigos científicos apresentando a realização e/ou benefícios da ioga com crianças.
- ) Com base nos artigos científicos, crianças não devem realizar atividades de ioga.
- ) A ioga pode acarretar benefícios tanto para o corpo quanto para as emoções das crianças.

Agora, assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a)  ) F – F – V – F – V.
- b)  ) V – V – F – V – F.
- c)  ) F – V – F – V – F.
- d)  ) V – F – V – F – V.

2 Estudamos sobre o uso consciente do telefone celular, tanto para nós quanto para nossos alunos, bem como a possibilidade de integrar o uso do aparelho (quando possível) no processo de ensino-aprendizagem. Nesse contexto, assinale a alternativa CORRETA:

- a)  ) O uso do telefone celular encontra-se no nosso dia a dia e é importante desenvolvermos práticas de bom uso e a inserção deste no processo de ensino-aprendizagem.
- b)  ) Os telefones celulares tipo smartphone não são muito utilizados atualmente.
- c)  ) A utilização do telefone celular deve ser sempre proibida, em todo o momento e local, e é importante evitar falar sobre o seu uso, mesmo sendo referente ao “uso consciente”.
- d)  ) O uso excessivo do telefone celular não apresenta problemas à saúde.



# RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO



## 1 INTRODUÇÃO

A educação e a saúde são áreas com práticas diferentes, mas ambas são essenciais para nossa sociedade.

No atendimento aos alunos com transtornos do neurodesenvolvimento é fundamental existir contribuição profissional dos dois lados para o trabalho multiprofissional.

Neste tópico, abordaremos aspectos importantes sobre o relacionamento e a comunicação dos profissionais da saúde e da educação. Bons estudos!

## 2 ESPECIALIDADES MÉDICAS

É natural que, em dados momentos da nossa vida, precisemos nos consultar com um profissional da medicina para a realização de avaliação e tratamento. Sabemos que o vestibular para o curso de Medicina é concorrido e que o curso é caro. Mas afinal, temos o conhecimento básico e informativo sobre a formação acadêmica do médico?

No Brasil, a graduação em Medicina tem a duração de seis anos e é realizada em tempo integral. A matriz curricular é formada por disciplinas como: Genética Humana, Anatomia e Fisiologia Humana, Semiologia Médica, Patologia, entre outras.

Na graduação, o acadêmico realiza o internato no período final, onde acompanhará o professor nos procedimentos hospitalares, ambulatoriais e cirúrgicos.

Ao concluir a graduação, o acadêmico recebe o título de médico. Após esta etapa, ele poderá se inscrever em um processo seletivo denominado residência médica, que é a especialização profissional dentro da medicina, em que cada especialidade terá seu tempo de duração.

Após concluir a residência médica, o médico realizará outra avaliação para obtenção do título de especialista e pertencer à Sociedade Médica da Classe, visto que é o órgão regulador das práticas médicas. Cada especialidade possui sua sociedade ou academia.

Como estudamos na Unidade 2, as especialidades da medicina que atenderão aos alunos com transtornos mentais são: Neuropediatria e/ou Psiquiatria Infantil – no caso de crianças e adolescentes; Neurologia e/ou Psiquiatria – pacientes adultos. Os referidos especialistas possuem o conhecimento médico atualizado e com profundidade técnica e teórica sobre os transtornos do neurodesenvolvimento.

Quando o profissional da educação/educação especial perceber que há a necessidade de encaminhar o aluno aos profissionais da saúde para a avaliação, pode inicialmente encaminhá-lo ao médico, conforme a indicação de especialidades que verificamos anteriormente. É interessante sempre pedir o acompanhamento psicológico.

O valor da consulta médica pode variar em cada região do Brasil. Temos a tendência de considerá-la “cara”, mas é um investimento que trará retornos a curto, médio e longo prazo. É importante também respeitarmos a prescrição médica:

- Evitar falas do tipo: “Nossa, o outro médico indicaria algo mais barato!”
- Evitar comparações de tratamentos, médicos, medicamentos – muitos pais e alunos buscam qualquer motivo para abandonar o tratamento e continuar com os sintomas e problemas de saúde.

## 2.1 ESPECIALIZAÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA

Em cada país, a formação da psicologia é diferente. No Brasil, a Psicologia é uma graduação de quatro anos em tempo parcial. Atualmente, nos cursos de Psicologia costuma-se estudar disciplinas como: Biologia Humana, Filosofia, Sociologia, Antropologia, Bioestatística e, claro, as Escolas Psicológicas.

Concluída a graduação, é outorgado ao acadêmico o título de psicólogo, o qual recebe a formação durante a faculdade para atuar em várias áreas, sendo as mais comuns:

- Psicologia Clínica;
- Psicologia Organizacional;
- Psicologia Hospitalar;
- Psicologia do Esporte;
- Psicologia do Trânsito;
- Psicologia Jurídica;
- Perícias em Psicologia;
- Psicologia Escolar;
- Psicologia Social.

Após a conclusão da graduação em Psicologia será necessária a realização do requerimento junto ao Conselho Regional de Psicologia para tornar-se um psicólogo com licença na classe e regulamentado. Além disso, próximo à conclusão da graduação ou no final dela é possível a realização de curso de especialização nas áreas citadas anteriormente ou até mesmo em outras áreas. Inclusive, o psicólogo poderá realizar curso de especialização em Psicopedagogia ou Neuropsicopedagogia.

## NOTA

Vamos aproveitar e estudar brevemente sobre os Princípios Fundamentais contidos no Código de Ética do Psicólogo no Brasil. É importante sabermos cada vez mais sobre tais princípios éticos dos profissionais da Psicologia e demais profissionais, para juntos construirmos ações de saúde e educação melhores em nosso país.

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.
- V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.
- VI. O psicólogo zelarà para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.
- VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

FONTE: Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.



## 2.2 COMUNICAÇÃO ESCRITA: DA ESCOLA PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE

Como já estudamos, muitas vezes haverá a necessidade do encaminhamento de alunos aos profissionais da saúde. Desta maneira, apresentamos a seguir o modelo de documento para encaminhamento, o qual você pode utilizar quando necessário:

QUADRO 1 – MODELO DE DOCUMENTO

<p>Nome da cidade, data.</p> <p><i>Ao (nome do especialista) ou nome da especialidade</i></p> <p>O aluno, idade, cursando tal fase, apresenta no momento as seguintes dificuldades na sala de aula:</p> <p>Além disso, os pais relataram:</p> <p>Respeitosamente, solicitamos a avaliação e conduta do Dr.</p> <p style="text-align: center;"><b>Atenciosamente</b> <b>Nome do Educador</b> <b>Educador Especial</b></p> <p style="text-align: center;">(Utilizar um carimbo profissional e visto da escola)</p>
--

FONTE: Os autores

QUADRO 2 – MODELO DE DOCUMENTO PREENCHIDO

<p>Indaial, 31 de janeiro de 2018.</p> <p><i>Ao Dr. Kligiel Rosa</i></p> <p>A aluna Ariane Regis, 8 anos, matriculada no terceiro ano da nossa escola, apresenta no momento as seguintes dificuldades na sala de aula: não completa as atividades, parece não ouvir as solicitações da professora e apresenta agitação.</p> <p>Além disso, os pais relataram: dificuldade em seguir regras e não termina as atividades que inicia.</p> <p>Respeitosamente, solicitamos a avaliação e conduta do Dr.</p> <p style="text-align: center;"><b>Atenciosamente</b> <b>Monteiro Lobato</b> <b>Educador Especial</b></p> <p style="text-align: center;">(Utilizar um carimbo profissional e visto da escola)</p>
--

FONTE: Os autores

Deve-se realizar quatro cópias do encaminhamento:

- uma cópia deverá ficar guardada com o educador especial;
- uma cópia deverá ser de direito dos pais;
- uma cópia deverá ficar com a escola – direção;
- a versão original do documento deverá ser entregue ao médico.

O profissional da educação especial poderá solicitar a confecção de um carimbo profissional para formalização dos documentos escolares e demais encaminhamentos. Neste carimbo devem constar:

- nome completo do educador especial;
- identificação da(s) graduação(ções);
- identificação da(s) especialização(ções).

Outro documento importante é o relatório das atividades escolares e do desempenho do aluno. O relatório é um instrumento de investigação (captura de dados) importante que os pais levam ao profissional da saúde quando o consultam, e também mantém o registro do desenvolvimento escolar.

Infelizmente não há artigos científicos apresentando dados ou informações sobre a confecção do relatório e da sua importância, o que muitas vezes faz com que o acadêmico interessado em realizar pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) pesquise sobre o assunto. Vamos conferir a seguir um modelo de relatório:

### QUADRO 3 – MODELO DE RELATÓRIO

Indaial, 31 de janeiro de 2018.

*Ao Dr. Kligiel Rosa*

Segue abaixo relatório e desempenho escolar da aluna Ariane Regis, 8 anos, matriculada no terceiro ano da nossa escola:

Tipo de Atividade	Desempenho	Dificuldades Apresentadas	Nível de Satisfação em Realizar a Atividade

Contudo, observamos que essas atividades a aluna desempenha com maior facilidade e tem mais satisfação em realizar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atenciosamente**  
**Monteiro Lobato**  
**Educador Especial**

(Utilizar um carimbo profissional e visto da escola)

FORNTE: Os autores



## ATENÇÃO

Acadêmico, lembre-se de sempre confeccionar quatro cópias assinadas e uma você mantém consigo.

## 2.3 COMUNICAÇÃO ESCRITA: DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PARA A ESCOLA

Os documentos emitidos pelos profissionais da saúde normalmente obedecem às normativas (resoluções) do conselho profissional de cada categoria.

O Conselho Federal de Psicologia normatizou as modalidades de documentos. Assim, há estrutura e finalidade para cada tipo de documento emitido pelo psicólogo, e tais definições encontram-se na Resolução CFP nº 007/2003.

# NOTA

## CONCEITO E FINALIDADE DO RELATÓRIO OU LAUDO PSICOLÓGICO

O relatório ou laudo psicológico é uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica. Como todo DOCUMENTO, este deve ser subsidiado em dados colhidos e analisados, à luz de um instrumental técnico (entrevistas, dinâmicas, testes psicológicos, observação, exame psíquico, intervenção verbal), consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. A finalidade do relatório psicológico será a de apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica, relatando sobre o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso, orientação e sugestão de projeto terapêutico, bem como, caso necessário, solicitação de acompanhamento psicológico, limitando-se a fornecer somente as informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição.

FONTE: Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003\\_7.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2018.



# RESUMO DO TÓPICO 2

**Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- É muito importante a comunicação entre profissionais da educação e profissionais da saúde para trazer resultados mais significativos aos nossos alunos.
- Os itens importantes que devem constar no encaminhamento aos profissionais da saúde, apresentados por meio do modelo de encaminhamento.
- Confeccionar o relatório das atividades e desempenho escolar também é muito relevante.

# AUTOATIVIDADE



1 A emissão dos documentos confeccionados pelos psicólogos deve seguir a Resolução CFP nº 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia. Nesse contexto, assinale a alternativa CORRETA:

- a) ( ) Não há necessidade do psicólogo seguir os critérios de emissão de documentos conforme as Normas do Conselho Federal de Psicologia.
- b) ( ) Há necessidade do psicólogo emitir os documentos a partir da resolução vigente do Conselho Federal de Psicologia.
- c) ( ) Não há nenhum tipo de normatização para a emissão de documentos psicológicos.
- d) ( ) O Conselho Federal de Psicologia não tem nenhum tipo de resolução sobre a emissão dos documentos feitos pelos psicólogos.

2 É importante compreendermos quais itens deverão constar no Encaminhamento ao Profissional da Saúde. Desta maneira, utilize as informações a seguir para confeccionar o encaminhamento fictício:

Informações: Aluna: Luiza Souza, idade 10 anos, 4ª fase (série), apresenta dificuldade de leitura e escrita, os pais dizem que ela é desatenta em casa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Ao Médico Neuropediatra*

Além disso, os pais  
relataram: \_\_\_\_\_

Respeitosamente, solicitamos a avaliação e conduta do Dr.

**Atenciosamente**  
**Educador Especial**

(Utilizar um carimbo profissional e visto da escola.)



# A IMPORTÂNCIA DO NÃO ROTULAR



## 1 INTRODUÇÃO

Neste tópico, conversaremos sobre alguns cuidados que deverão ser tomados por nós, profissionais da educação e educação especial: a importância do não rotular.

Há a necessidade de observarmos constantemente nossos pensamentos e comportamentos frente ao aluno que apresenta qualquer tipo de necessidade educacional especial (NEE). Em hipótese alguma deveremos “passar a mão na cabeça”, pois com tal ato podemos inferiorizar a construção que ele faz de si.

A relação aluno-professor é um elemento muito importante na construção do ensino-aprendizagem.

## 2 A RELAÇÃO EDUCADOR E ALUNO

Segundo Videira (2009 apud CARVALHO et al., 2018), o aluno é o principal ator do processo de ensino-aprendizagem. Assim, todas as ações devem ser pensadas para que de fato ocorra a aprendizagem: o ambiente escolar, a formação dos professores, recursos e demais elementos necessários. O aprendizado do aluno também se constrói na relação de respeito entre ele e o professor (mediador de conhecimento).

É fundamental reconhecermos que a afetividade é um fator humano muito importante dentro do processo de ensino-aprendizagem, inclusive é uma modalidade de conhecimento.

A afetividade também é concebida como o conhecimento construído através da vivência, não se restringindo ao contato físico, mas à interação que se estabelece entre as partes envolvidas, nas quais todos os atos comunicativos, por demonstrarem comportamentos, intenções, crenças, valores, sentimentos e desejos, afetam as relações e, conseqüentemente, o processo de aprendizagem (CARVALHO et al., 2018, p. 472).

Vale ressaltar que a afetividade que mencionamos aqui não é necessariamente e somente bons sentimentos (amor, por exemplo), mas a importância de saber expressar o que sente e sempre utilizar as emoções a favor do desenvolvimento e construção social. Assim, sugerimos trabalhar a afetividade com os alunos, a qual contribuirá até mesmo para a melhora dos sintomas dos Transtornos do Neurodesenvolvimento.

QUADRO 4 – SUGESTÃO PARA TRABALHAR A AFETIVIDADE COM OS ALUNOS

Classe de "afetividade"	Ação a desenvolver	Qualidades comportamentais reforçadas	Dificuldades
Raiva.	Solicitar para respirar profundamente.  Tranquilizar através de palavras: "Pense antes de agir!"	Autocontrole.	Atos impulsivos, atos de agressividade.
Desinteresse.	Pontuar pontos positivos ao realizar a atividade.  Realizar reforço positivo quando o aluno concluir a atividade.	Automotivação.	Procrastinação (deixar para depois).

FONTE: Os autores



## DICAS

Acadêmico, você pode acessar o *Portal do Professor* no site do Ministério da Educação. O portal é composto por vários cursos, materiais, modelos de aulas e fóruns. Nesses espaços, os educadores e educadores especiais podem trocar ideias e matérias, para juntos realizarem atualização e formação digital. Que legal, não é mesmo? Acesse <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/>> e confira!

The screenshot shows the 'Portal do Professor' website. At the top, there is a navigation bar with the logo and the text 'PORTAL DO PROFESSOR'. To the right of the logo are links for 'login', 'senha', and 'ENTRAR'. Below this, there are links for 'CADASTRE-SE' and 'ESQUECEU SUA SENHA?'. The main navigation menu includes 'ESPAÇO DA AULA', 'JORNAL', 'MULTIMÍDIA', 'CURSOS E MATERIAIS', 'COLABORAÇÃO', 'LINKS', and 'VISITE TAMBÉM'. The 'COLABORAÇÃO' link is highlighted. Below the navigation menu, there is a search bar and a language selector set to 'Espanol'. The main content area is titled 'FÓRUMS' and features a banner that says 'Primeira vez aqui? Assista ao vídeo e saiba como utilizar melhor este espaço.' Below the banner, there is a text box that says 'Vários tópicos atuais de educação são discutidos nas categorias do fórum. Participe!' with buttons for 'Expandir todos' and 'Encolher todos'. A table titled 'Tecnologias educacionais' lists forum topics with columns for 'Assunto / Autor', 'visitas', 'mensagens', and 'Última mensagem'.

Assunto / Autor	visitas	mensagens	Última mensagem
Limites e possibilidades da mídia radiofônica na escola Mathias Gonzalez	25979	239	LUIZ OLIVEIRA 07/04/2018
Como criar um podcast? Eziquiel Menta	17593	185	ALEXSANDRO PEREIRA 10/03/2018
Webquest: estratégias de pesquisa orientada e aprendizagem em rede Mary Martins	21872	164	AMELIA LIMA 23/06/2016
Como utilizar as tecnologias simples, gratuitas e interessantes na escola	252286	2266	GILVANIA ROCHA

### 3 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOBRE O NÃO ROTULAR

Segundo Oliveira (2004 apud SAMPAIO, 2013), o educador é o mediador da relação aluno-conhecimento (conhecimento científico e demais temas trabalhados nas organizações educacionais). Desta maneira, o DISCURSO, ou seja, as palavras e as intenções das palavras – e as ATITUDES do professor (expectativas sobre o aluno) são geradas a partir das concepções que o professor tem dele mesmo.

O educador apresenta seu discurso e seus atos em relação ao aluno conforme as concepções que ele mesmo tem sobre si. Por exemplo, o professor que tem pouca autoestima projetará inferioridade ao observar e relacionar-se com os alunos. Percebemos, assim, o quanto se faz importante a busca do desenvolvimento pessoal e, até mesmo, de psicoterapia, pois o professor precisa cada vez mais ter melhores concepções sobre si, pois irá projetá-las nos alunos.

De mais a mais, ao investir em seu desenvolvimento pessoal, no seu autoconhecimento e processo psicoterapêutico, o próprio educador será beneficiado.

Apresentamos agora tal cenário na educação especial:

No caso, em especial da criança com deficiência, é comum o professor antecipar um saber teórico sobre o que ele aprendeu sobre o assunto, reproduzindo um olhar estigmatizado, no qual o quadro clínico tende a predominar sobre uma compreensão mais larga acerca da criança (Mrech, 1999). Para que um professor assuma uma postura inclusiva é essencial que ele veja seu aluno não apenas como um portador de deficiência, já que, desta maneira, o traço biológico é colocado na dianteira de sua condição de sujeito. Não é como, por exemplo, um “DM” (deficiente mental) que uma criança deve entrar na escola, mas como alguém que possui um nome, uma história, desejos, inclusive o de aprender (Meira, 2001) (SAMPAIO, 2013, p. 106).

## DICAS



Você notou que nessa citação direta consta a expressão “deficiente mental”? É válido ressaltar que na atualidade convencionou-se utilizar a expressão **pessoa com deficiência intelectual** e não mais “deficiente mental”.

Por se tratar de uma citação direta deixamos conforme as palavras literais do autor.

A título de informação, é pertinente mencionar que em outros períodos históricos outros termos foram sendo usados, tais como: “[...] inválido, anormal, especial, excepcional, imbecil; débil, mongoloide, atrasado, treinável, adestrável”[...]” (BRAGA; SCHUMACHER, 2013, p. 380).

Essas expressões não fazem mais parte do contexto de inclusão atual.

Fonte: BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. *Sociedade e Estado* [online]. 2013, v. 28, n. 2 [Acessado 21 Setembro 2021], pp. 375-392. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>>. Epub 11 Nov 2013. ISSN 1980-5462. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>.

Sampaio (2013) também apresenta outra questão muito importante para nós:

Outra contribuição da psicanálise ao estudo da questão da deficiência é a discussão que alguns autores fazem sobre os efeitos psíquicos que a deficiência pode causar tanto na pessoa que a possui como naqueles com quem ela se relaciona. Fedidá (1984 apud Amariliani, 1997) mostra o quanto a percepção da deficiência do outro pode levar à vivência dos nossos próprios limites e deficiências, não só por fazer ressurgir angústias de castração e desmoronamento, mas também por lembrar que o deficiente é sempre um sobrevivente que escapou de uma catástrofe que já ocorreu, o que poderá acontecer a qualquer um (SAMPAIO, 2013, p. 106-107).

Conforme as duas citações anteriores, Sampaio (2013) apresenta pontos importantes para a autopercepção do educador e educador especial na realização do seu labor com os alunos que apresentam deficiência intelectual, ou até mesmo demais transtornos do neurodesenvolvimento:

- O educador deve ter atenção em não reproduzir um conhecimento prévio sobre o transtorno frente ao aluno acometido. Exemplo: quando uma criança acometida por deficiência intelectual leve inicia na escola, já nos vêm ao pensamento estigmas ou dificuldades que outros professores tiveram ao lecionar para esta criança etc. É fundamental ao educador zerar seus conhecimentos a priori e verificar quais são as necessidades atuais. Independentemente do tipo de transtorno ao qual o aluno é acometido, todos têm direito à educação, ou seja, todo aluno tem o direito de aprender aquilo que lhe faz um ser social.
- O professor deve ver além das condições físicas geradas pela deficiência intelectual (ou de qualquer outro transtorno), isto é, saber sua história, desejos, inclusive quais desejos interiores o impulsionam a aprender.
- É desafiador o atendimento aos alunos com deficiência intelectual, pois nos coloca diante de impotência, frustração dos resultados serem lentos e poucos, até mesmo a empatia que temos frente à dificuldade vivida pelos alunos. É preciso sempre saber lidar com seus próprios sentimentos e lembrar de que, independentemente da patologia, todos merecem e necessitam ter acesso aos elementos que constroem um SER SOCIAL (disciplina, conhecimento, afetividade, segurança, autonomia).

As inúmeras manifestações ou sintomas desse mal estar profissional, expressos por depressão, desilusão, desmotivação (Marinho-Araújo & Almeida, 2005) e até o abandono da profissão (Lapo & Bueno, 2003) tomam a escola como realidade indiscutível de intervenção do psicólogo. Assim, pode-se reaproximar o professor de sua trajetória profissional e de seu vínculo afetivo com o valor de seu trabalho, e fazê-lo restabelecer o sentido no objeto de seu trabalho. Um trabalho de escuta clínica auxiliaria o professor a perceber-se nesses conflitos (Marinho-Araújo & Almeida, 2005).

Fonte: PATIAS, Naiana Dapieve; BLANCO, Hartmann Monte; ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. Psicologia escolar: proposta de intervenção com professores. Cad. psicopedag., São Paulo, v. 7, n. 13, p. 42-60, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-10492009000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492009000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 set. 2021.

## DICAS

Veja um pouco mais sobre o tema assistindo ao vídeo denominado *Rótulos / Labels / Etiquetar | Conversa com Criança | Psicóloga Infantil Daniella Freixo de Faria*, encontrado no Youtube. Acesse <<https://www.youtube.com/watch?v=EzEwuUK63rU>> e confira!



Rótulos / Labels / Etiquetar | Conversa com Criança | Psicóloga Infantil Daniella Freixo



# RESUMO DO TÓPICO 3

**Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- O aluno é o principal ator do processo de ensino-aprendizagem.
- O aprendizado do aluno também se constrói a partir da relação de respeito entre aluno e professor (oriunda de ambos).
- A afetividade é fundamental no processo de ensino-aprendizagem.
- O professor deve ver além das condições físicas geradas pela deficiência intelectual do aluno (ou de qualquer outro transtorno), isto é, saber sua história, desejos, inclusive quais desejos interiores o impulsionam a aprender.

# AUTOATIVIDADE



- 1 Conforme estudamos, a afetividade é importante no processo de ensino-aprendizagem. Com base nessa informação, realize uma breve pesquisa nos artigos científicos e elabore uma citação indireta sobre o tema (verificar normatização da ABNT).
- 2 Uma das dicas citadas neste tópico foi sobre o Portal do Professor. Realize uma breve pesquisa no Portal e escreva duas ideias criativas e inovadoras para serem utilizadas como estratégia de ensino (planejamento de aula).



# A ÉTICA NA EDUCAÇÃO ESPECIAL



## 1 INTRODUÇÃO

Caro acadêmico, estamos no último tópico do livro de estudos. Já aprendemos muito desde o primeiro tópico da Unidade 1 até aqui, e isso é maravilhoso! O presente livro traz o conhecimento mais atualizado e de qualidade para sua formação acadêmica e profissional, contudo, o que faz um profissional se destacar dos demais é a disciplina nos estudos (estudar um pouquinho, mas todos os dias), a fonte das suas pesquisas – utilizar Base de Dados, a Biblioteca Virtual da UNIASSELVI, o desejo de ser o melhor educador e compartilhar um mundo melhor com seus alunos e companheiros de profissão. É possível, sim!

A seguir, abordaremos assuntos sobre ética e educação especial, definições de condutas no atendimento de pais de alunos e verificaremos dois estudos de caso.

## 2 ÉTICA E EDUCAÇÃO ESPECIAL

Há diversos filósofos de diferentes momentos da produção intelectual da humanidade que realizaram contribuições sobre o tema “Ética”. Aqui não iremos nos aprofundar no questionamento filosófico seguindo uma linha histórica, mas vamos refletir a partir do pensamento teórico de Rousseau (1712-1778), pois ele estudou sobre ética e também realizou colaborações significativas para a Pedagogia.

Vamos aprender um pouco mais sobre a ética sob a perspectiva de Rousseau?

O tempo da modernidade tem, talvez, na filosofia de Descartes sua expressão mais difundida. A busca de um método sistemático como roteiro para investigação racional, a dúvida metódica como anteparo do conhecimento racional, a atitude da crítica frente às dimensões incertas contidas no mundo dos sentidos e das percepções sensoriais remetem à consagração da idéia de razão como motivo e instrumento do conhecimento. O século XVIII, com o movimento iluminista, levaria à radicalidade a exaltação da razão como fonte e estratégia para a regeneração coletiva das sociedades. Rousseau, nesse aspecto, torna-se voz dissonante dessa matriz cartesiana, tão cara aos seus contemporâneos, teóricos enciclopedistas. Rousseau, para além de quaisquer aspectos relativos ao conhecimento e à razão, na contracorrente de seu tempo, acentua explicitamente a dimensão da vontade humana como verdadeiro sinal da distinção do homem de seu meio natural. Por suas palavras, temos que:

(...) não é pois tanto o entendimento que faz entre os animais a distinção específica do homem, mas a sua qualidade de *agente livre*. A natureza manda

todos os animais e o animal obedece. O homem experimenta a mesma expressão, mas reconhece-se livre de concordar ou de resistir; e é sobretudo na consciência desta liberdade que se mostra a espiritualidade da sua alma; porque a física explica de alguma maneira o mecanismo dos sentidos e a formação das idéias; mas no poder de querer ou, antes, de escolher, e no sentimento deste poder só se encontram atos puramente espirituais, que não se conseguem explicar absolutamente nada pelas leis da mecânica. (Rousseau, 1976, p. 33)

Depreende-se do trecho acima transcrito que a tônica do pensamento rousseauiano reside na qualificação do dilema ético como um problema expresso antes na vontade humana do que na razão; mais do que isso, o homem, como ser capaz de tomar decisões, como ser capaz de se afastar da regra prescrita, teria nessa força da vontade seu principal distintivo de humanidade. Tendo na piedade sua virtude originária, o homem civil distingue o bem do mal: nessa opção estaria dada a escolha ética. As crianças, assim como o homem no estado de natureza, não conhecem tal distinção: daí a ausência de virtude na bondade natural; portadora apenas da piedade originária. O aprendizado da ética virá pelo exemplo, pela revelação, pela imitação. Parte-se do amor de si para desenvolver o amor pelo outro. O pudor, portanto, nasce do conhecimento do mal. Nos termos de Rousseau, sendo que a amizade costuma ser o primeiro sentimento do jovem educado, será a partir da sensibilidade por sua prática originada que o indivíduo adquirirá "sementes de humanidade" (idem, 1979, p. 242). Sendo a ética, em Rousseau como em Aristóteles, antes uma prática do que um aprendizado conceitual, recomendará o educador do *Emílio*:

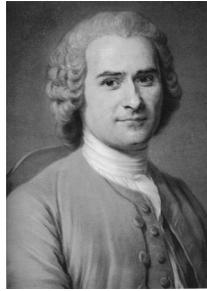
Em uma palavra, ensinaí a vosso aluno a amar todos os homens, inclusive os que o desdenham; fazei com que ele não se coloque em nenhuma classe, mas que se encontre em todas; falai diante dele, e com ternura, do gênero humano, com piedade até, mas nunca com desprezo. Homem, não desonres o homem. (Idem, p. 242).

A liberdade residiria, em Rousseau, no coração do homem. Tal sensibilidade seria - note-se - passível de educação. Ora, como o homem conteria em si aquele princípio inato de justiça expresso na idéia de piedade, existe possibilidade e necessidade de desenvolver tal disposição - de maneira a, para utilizar a expressão aristotélica, transformar a potência em ato.

Fonte: BOTO, Carlota. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. Educação & Sociedade [online]. 2001, v. 22, n. 76 [Acessado 21 Setembro 2021], pp. 121-146. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-73302001000300008>>. Epub 25 Out 2001. ISSN 1678-4626. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302001000300008>.

Segundo Rousseau (1958 apud PAULA, 1996), **apenas a educação possibilita o processo de iluminação da razão humana, visto que o educar para os direitos e deveres dos cidadãos é uma obrigação favorável e urgente para ser iniciada desde os primeiros anos da criança** no ambiente escolar, para conceber o aprimoramento do caráter moral que é o "chão necessário" para as ações éticas.

FIGURA 6 – FILÓSOFO JEAN-JACQUES ROUSSEAU (1712-1778)



FONTE: Disponível em: <<http://ppl.gal/rousseau-grande-teorico-da-educacao/>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

Desta maneira, caro acadêmico, reflita sobre seus pensamentos, ações e intenções frente ao seu labor na educação: **“Como estou proporcionando um processo de ensino-aprendizagem capaz de construir um cidadão que saiba compartilhar e gerar uma vida social justa, correta para si e aos demais?”**

## DICAS

Uma ótima dica de leitura para suas horas de folga é o livro *Qual é a tua Obra?*, do professor Mário Sérgio Cortella, Editora 7, 2009.

FIGURA 7 – QUAL É A TUA OBRA?



FONTE: Disponível em: <<https://www.saraiva.com.br/qual-e-a-tua-obra-inquietacoes-propositivas-sobre-etica-lideranca-e-gestao-1990467.html>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

## 3 DEFINIÇÕES DE CONDUTAS NO ATENDIMENTO DE PAIS DE ALUNOS

Vamos compartilhar nesta seção algumas definições que possam ser eficientes e possibilitam gerar ótimas métricas na qualidade e quantidade de atendimentos aos pais. Confira a seguir, sugestões de condutas nos atendimentos com os pais:

- Escreva um documento denominado *Vínculo Professor e Pais* contendo todas as condutas para o atendimento. É interessante realizar duas cópias, sendo que uma fica retida com o professor e é assinada pelos pais.
- Limita-se a colocar neste documento a conduta de não atender pais por redes sociais (Facebook, Whatsapp), pois tal modalidade de comunicação pode gerar falhas de entendimento e o professor poderá perder sua privacidade e não ter tempo para o descanso.
- Defina um dia da semana para receber os pais na escola, por exemplo, nas quintas-feiras, das 13 às 14 horas. Deixe sempre esse dia e esse horário para os atendimentos e atenda-os somente nesta especificação, salvo reuniões escolares ou entregas de boletim. Escolha um horário em que os alunos já tenham atividades ou prepare material específico, mas que estes percebam que a conversa entre pais e o professor é importante, e que de fato isto é bom para eles.
- Ao conversar com os pais, inicie a conversa elogiando, falando sobre as qualidades do aluno; depois poderá apresentar as dificuldades, mas sempre sugerindo mudanças claras e específicas.
- Sempre conclua a conversa com os pais com atitudes e definições práticas.
- Elogie os comportamentos corretos dos pais e ouça suas lamentações, pois muitos pais são carentes de apoio e incentivo.

Acadêmico, apresentamos a seguir um exemplo do planejamento que você poderá entregar aos pais:

QUADRO 5 – EXEMPLO DO PLANEJAMENTO

<b>QUALIDADES DO ALUNO</b>	<b>DIFICULDADES DO ALUNO NO MOMENTO</b>	<b>AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO OU EXTINÇÃO DAS DIFICULDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza as atividades.</li> <li>• Mantém silêncio na sala de aula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em realizar cálculos de matemática.</li> <li>• Fica isolado no intervalo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Três vezes por semana estudar matemática com o filho em casa.</li> <li>• Não observando melhoras significativas, solicitar avaliação do profissional da saúde (verificar discalculia).</li> <li>• Realizar mais diálogo com o filho sobre sua dificuldade em ter amigos, incentivá-lo.</li> </ul>

FONTE: Os autores

# ATENÇÃO



Caro acadêmico, lembre-se de que é necessário realizar duas cópias, sendo que uma ficará com o professor e deverá ser assinada pelos pais, bem como colocar a data. Utilizar o planejamento para guiar os atendimentos e para verificar o desenvolvimento e a construção de melhores comportamentos e bons resultados.

Poderá ocorrer de os pais boicotarem as atividades e apresentarem “desculpas”, contudo é importante que o professor incentive os pais a continuarem as ações e, em especial, **em hipótese alguma, pais e/ou escola desistam do aluno, desistam do desenvolvimento, desistam da melhora, desistam de possibilitar um Ser Social com Valores!**

## DICAS

Há diversos autores que, além de oferecerem ótimas leituras, também compartilham falas fabulosas. Sugerimos que você acompanhe a discussão filosófica sobre ética no vídeo *O que é Ética*, disponível no link <<https://www.youtube.com/watch?v=Q-CcfQXJjhc>>. Vale a pena conferir!



## 4 ESTUDOS DE CASO

O relato de experiências multiprofissionais, além de possibilitar mais conhecimento, nos permite refletir sobre os comportamentos adequados a serem seguidos (conforme condição ética e produções científicas).

É um ato ético sempre nos mantermos atualizados e buscando informações de fontes científicas confiáveis. Assim, é interessante designar um tempo da sua semana (20 minutos, por exemplo) para pesquisar no Google Acadêmico, na Biblioteca Virtual da UNIASSELVI e nos Bancos dos Periódicos que a instituição disponibiliza. Além disso, buscar por novas maneiras de transmitir o conhecimento e construir cidadãos envolve criatividade e dedicação, tornando esta uma atitude ética.

A seguir, apresentamos a você, acadêmico, dois Estudos de Caso:

## **Caso Clínico 1**

### **Parte 1**

O aluno S., 8 anos, cursando o terceiro ano, foi encaminhado para o ambulatório médico devido a dificuldades de aprendizado e socialização.

Segundo o relatório escolar, o paciente é agitado: não para quieto em sua carteira e tem o hábito de correr de forma repetitiva e sem objetivo durante todo o recreio. Além disso, não compartilha interesses e brincadeiras com os colegas, ficando a maior parte do tempo isolado. Não consegue efetuar operações de soma e subtração simples e também não reconhece todas as letras do alfabeto.

A criança S. tem histórico pré e perinatais normais, isto é, não houve nenhum problema de saúde com a criança durante a gestação e os primeiros dias como recém-nascido. Inclusive, teve seu desenvolvimento normal, em que falou e andou dentro do tempo esperado.

Desta maneira, o médico, ao realizar o diagnóstico diferencial, chegou às seguintes hipóteses diagnósticas:

- 1 - Transtorno do Espectro Autista?
- 2 - Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade?
- 3 - Distúrbio de Aprendizagem - Dislexia?

### **Parte 2**

Ao realizar atendimento com a mãe (anamnese médica), ela relata que o paciente apresenta agitação intensa em casa, tem bom relacionamento com a família e amigos da rua. Assim, o médico aplicou exame de verificação de sintomas (escala para TDAH) e, de fato, evidenciaram-se sinais compatíveis com a hiperatividade.

O médico também observou durante o atendimento: sem sinais de esteriopatas, sem déficits de comunicação. Assim, o médico, junto a outros fatores, identificou que o hábito de correr se devia à agitação e impulsividade inerentes à hiperatividade. Afinal, os pacientes com dislexia apresentam histórico de atraso da linguagem nas idades iniciais.

### **Resolução**

O médico realizou um laudo para os pais levarem à escola contendo as orientações, tanto para a escola como para os pais. Posteriormente, após medidas sugeridas não surtirem efeito, o aluno S. foi medicado e apresentou melhora no aprendizado e no comportamento.

## **Caso Clínico 2**

Paciente Z. A., 6 anos e encontra-se matriculado no primeiro ano. A criança tem histórico do pré-natal e dos primeiros dias de vida sem intercorrências. O pai da criança tem 50 anos e a mãe 47 e, além do Z. A., eles têm mais dois filhos (um com 17 e outro com 15 anos).

O paciente Z. A. foi encaminhado pela escola devido ao comportamento agressivo. Segundo o relatório escolar, o paciente apresenta episódios de fúria em que joga seus objetos ao chão e agride pessoas próximas a ele. Tal situação já ocorria na pré-escola e agora vem se intensificando. Além disso, há relatos de que o paciente reconhece números até 50 e algumas palavras dissílabas.

Os pais, em entrevista, relatam que o paciente apresentou um atraso no desenvolvimento neuromotor, andando com 1 ano e 8 meses e falando aos 2 anos e meio. Relatam também que o paciente adora tomar banho, ficando horas no chuveiro quando permitido.

A criança é considerada uma pessoa tímida em casa, pois não gosta de brincar com muitas pessoas, nem de ir a festas de aniversário ou ao shopping. Tem fascínio por livros, placas de carros e anúncios de publicidade. Geralmente é impaciente e, quando contrariado, agride pessoas e não mostra remorso quanto a isso.

As hipóteses diagnósticas do médico para o caso são: Será que é transtorno de conduta? A partir dos sintomas e comportamentos relatados acima, poderia ser transtorno do espectro autista? Ou alguma outra variante, como a timidez, por exemplo?

Em observação do paciente no consultório, percebe-se que apresenta voz monótona e não entendimento de algumas linguagens figuradas ou brincadeiras. Sua brincadeira simbólica era pobre, tendo pouca imaginação para criar estórias. Mostrou-se bastante incomodado e chorou durante uma brincadeira, quando cantou-se "Parabéns para você" para uma boneca. Além disso, a criança andou na ponta dos pés durante a consulta e apresenta vocabulário rico.

## **Conclusão**

Após a realização de todos os procedimentos de avaliação médica, diagnosticou-se que Z. A. é portador do Transtorno do Espectro Autista, nível leve. Apresenta interesses restritos, hábitos repetitivos (andar na ponta dos pés, como mencionado), problemas em socialização, hipersensibilidade auditiva – fato este que lhe provoca surtos de agressividade e dificuldades em frequentar ambientes com muita gente. Além do mais, soma-se a tudo isso a hiperlexia (facilidade em leitura) e o fascínio por números, fatores que frequentemente estão associados ao autismo. Por fim, o paciente foi encaminhado para o acompanhamento multidisciplinar com terapeuta ocupacional, realização de atividades de musicoterapia e psicologia. O paciente Z. A. está apresentando ótimas melhoras no seu comportamento e não necessitou de medicamentos (tratamento farmacológico).

# LEITURA COMPLEMENTAR



## **CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL PEDAGOGO ASSOCIAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE PEDAGOGIA DO BRASIL**

O Código de Ética Profissional enuncia os fundamentos e as condutas necessárias que permeiam a profissão do pedagogo enquanto campo científico profissional, procurando fomentar sua autorreflexão, pautando-se na legislação em vigor: Constituição Federal do Brasil (1988), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/96) e Diretrizes Curriculares para o curso de Pedagogia (Resolução nº 1 do MEC/CNE, de 15 de maio de 2006) e outras resoluções complementares afins.

### TÍTULO I – DA AÇÃO PROFISSIONAL DO PEDAGOGO

#### CAPÍTULO I: Dos Princípios

Art. 1º O exercício da profissão de pedagogo pautar-se-á:

- a. no respeito, na dignidade e na integridade do ser humano, objetivando o desenvolvimento harmônico do Ser e dos seus valores, munindo-se de técnicas adequadas, assegurando os resultados propostos e a qualidade satisfatória da educação;
- b. na defesa da democracia, respeitando as posições filosóficas, políticas, religiosas e culturais, analisando crítica e historicamente a realidade em que atua, buscando a socialização do saber;
- c. na promoção do bem-estar do indivíduo e da comunidade atuando a favor destes com aplicação de várias áreas do conhecimento humano, selecionando métodos, técnicas e práticas que possibilitem a consecução do ato de educar;
- d. na responsabilidade profissional através de um constante desenvolvimento pessoal, científico, técnico e ético;
- e. na definição de suas responsabilidades, direitos e deveres de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na legislação educacional em vigor.

O profissional licenciado em Pedagogia forma-se para a docência da Educação Infantil, para os anos iniciais do Ensino Fundamental, além do exercício nos cursos de Ensino Médio, na modalidade Normal e em cursos de Educação Profissional, na área de serviços e apoio escolar, bem como em outras áreas nas quais sejam previstos conhecimentos pedagógicos, atuando em contextos escolares e não escolares, além de capacitar-se para atuar como profissional da Educação na administração, planejamento, inspeção, supervisão e orientação educacional (Art. 64, LDB 9.394/96).

## CAPÍTULO II: Dos Deveres Fundamentais

- Art. 2º a. respeitar a dignidade e os direitos fundamentais da pessoa humana;
- b. atuar com elevado padrão de competência, senso de responsabilidade, zelo, discrição e honestidade;
- c. manter-se atualizado quanto aos conhecimentos científicos e técnicos, corroborando com pesquisas que tratem o fenômeno do desenvolvimento humano;
- d. colocar-se a serviço do bem comum da sociedade, sem permitir que prevaleça qualquer interesse particular ou de classe;
- e. ter filosofia de vida que permita respeito à justiça, transmissão de segurança e firmeza para todos aqueles com quem se relaciona profissionalmente;
- f. respeitar os códigos sociais e as expectativas morais das comunidades com as quais realize seu trabalho;
- g. assumir somente a responsabilidade de tarefas para as quais esteja capacitado, recorrendo a outros especialistas sempre que for necessário;
- h. zelar para que o exercício profissional seja efetuado com a máxima dignidade, recusando e denunciando situações em que o indivíduo esteja correndo risco ou o exercício profissional esteja sendo aviltado;
- i. prestar serviços profissionais, desinteressadamente, em campanhas educativas e situações de emergência, dentro de suas possibilidades;
- j. manter atitude de colaboração e solidariedade com colegas sem ser conivente ou acumpliciar-se, de qualquer forma, com ato ilícito ou calúnia. O respeito e a dignidade na relação profissional são deveres fundamentais do pedagogo para a harmonia da classe e manutenção do conceito público que o mesmo contribui para a formação do Ser;
- k. denunciar ao Conselho Federal e Regional de Pedagogia as instituições públicas ou privadas onde as condições de trabalho não sejam dignas ou depreciem, monetária e moralmente, nas diferentes mídias, a formação e a atuação do profissional pedagogo;
- l. dar conhecimento ao Conselho Federal e/ou Regional de Pedagogia, às instituições públicas e particulares de atos que possam prejudicar alunos, suas famílias, membros da comunidade ou outros profissionais;
- m. lutar pela expansão da Pedagogia e defender a qualidade na sua profissão;
- n. denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes curriculares do Curso de Pedagogia, como também deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário;
- o. denunciar ao Conselho Regional profissionais pedagogos e/ou instituições que não atendam aos preceitos científicos da profissão e que, notoriamente, ferem este Código e outros parâmetros legais.

O pedagogo, no âmbito profissional, deve:

- p. empregar com transparência as verbas sob a sua responsabilidade, de acordo com os interesses e necessidades coletivas dos usuários.

## CAPÍTULO III: Dos Impedimentos

Art. 3º Ao profissional pedagogo fica vedado:

- a. favorecer, de qualquer forma, pessoa que exerça ilegalmente e, em desacordo a este Código de Ética, a profissão de pedagogo;
- b. usar títulos que não possua;
- c. usar de privilégio profissional ou faculdade decorrente de função para fins discriminatórios ou para auferir vantagens pessoais;
- d. desviar, para atendimento particular próprio, os casos da instituição onde trabalha;
- e. usar ou permitir tráfico de influência para obtenção de emprego desrespeitando concursos ou processos seletivos;
- f. induzir a convicções políticas, filosóficas, morais ou religiosas, quando do exercício de suas funções profissionais;
- g. adulterar, interferir em resultados e fazer declarações falsas;
- h. apresentar publicamente os resultados de desempenho de indivíduos ou de grupos, que os depreciem;
- i. exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito de participação do próximo e decidir livremente sobre seus interesses, sem anuência do mesmo;
- j. descumprir normas técnicas e princípios teóricos que embasam a ação do profissional pedagogo, deixando de divulgar os conhecimentos científicos, artísticos e tecnológicos inerentes à profissão.

#### CAPÍTULO IV: Dos Direitos

Art. 4º Constituem Direitos do Pedagogo:

- a. dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidades públicas ou privadas, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;
- b. buscar a valorização profissional, garantida na forma da lei, com planos de carreira, ingresso exclusivamente por concursos públicos de provas e títulos, quando a atuação se der em redes públicas;
- c. respeitar-se e valorizar-se, profissionalmente, em suas atividades desenvolvidas no âmbito da Educação Escolar e Não Escolar;
- d. fazer cumprir a aplicação do inciso II do Parágrafo Único do art. 22 da Lei nº 11.494/2007, referente à destinação de, pelo menos, 60% dos recursos anuais totais dos fundos no pagamento da remuneração dos profissionais do magistério da Educação Básica em efetivo exercício na rede pública;
- e. garantir o piso salarial da categoria, conforme legislação em vigor.

#### CAPÍTULO V: Do Sigilo Profissional

Art. 5º Guardar sigilo de tudo que tem conhecimento, como decorrência de sua atividade profissional, que possa prejudicar o educando.

Parágrafo Único: será admissível a quebra de sigilo quando se tratar de caso que constitua perigo iminente:

- a. para a criança regularmente matriculada na instituição de ensino onde trabalha;
- b. para familiares ou responsáveis pela guarda do educando.

## TÍTULO II – DO TRABALHO CIENTÍFICO

### CAPÍTULO VI: Da Divulgação

Art. 6º Divulgar os resultados de investigações e experiências, quando isso importar em benefício do desenvolvimento educacional.

Artigo 7º Observar, nas divulgações dos trabalhos científicos, a seguintes normas:

- a. identificação e autorização dos envolvidos;
- b. seguir normas científicas que regulamentam a publicação em questão.

## TÍTULO III – DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

### CAPÍTULO VII: Com a Categoria

Art. 8º O pedagogo prestigiará as associações profissionais e científicas que tenham por finalidade:

- a. defender a dignidade e os direitos profissionais;
- b. difundir e aprimorar a Pedagogia, pautando-se nas ciências e de forma profissional;
- c. harmonizar e unir sua categoria profissional;
- d. defender os direitos trabalhistas;
- e. garantir a qualidade profissional no desempenho de suas funções, em relação aos educandos, com outros profissionais, com as instituições empregadoras, com as comunidades e com as entidades de classe.

## TÍTULO IV – DAS MEDIDAS DISCIPLINARES

### CAPÍTULO VIII: Das infrações e sanções disciplinares

Art. 9º Constitui infração disciplinar:

- a. exercer quando impedido de fazê-lo, ou facilitar, por qualquer meio, o seu exercício aos não inscritos, proibidos ou impedidos;
- b. violar, sem justa causa, sigilo profissional;
- c. deixar de pagar as contribuições, multas e preços de serviços devidos ao Conselho depois de regularmente notificado a fazê-lo;
- d. incidir em erros reiterados que evidenciem inépcia profissional;
- e. manter conduta incompatível com a atividade do pedagogo;
- f. fazer falsa prova a qualquer dos requisitos para inscrição;
- g. tornar-se moralmente inidôneo para o exercício da pedagogia;
- h. praticar crime infamante.

Parágrafo Único: incluem-se na conduta incompatível a prática reiterada de jogo de azar não autorizado por lei, incontinência pública e escandalosa, embriaguez ou toxicomania habitual.

Art. 10. As transgressões dos preceitos deste Código constituem infração disciplinar com a aplicação de penalidades, na forma de dispositivos legais ou regimentais.

Art. 11. As sanções disciplinares consistem em:

- a. advertência;
- b. multa;
- c. suspensão do exercício profissional;
- d. exclusão ou cassação do exercício profissional.

Art. 12. A advertência é aplicável pelo Conselho Regional, nos casos:

- a. violação a preceito desta norma, revistos, principalmente, nos itens do art. 9º, e sujeita à advertência escrita, a ser aplicada de forma reservada.

Art. 13. A multa é aplicável pelo Conselho Regional, nos casos de descumprimento, principalmente, dos itens a, c e d do art. 9º e em casos de reincidência, aplicada em dobro e encaminhada à apreciação do Conselho Federal. A pena de multa variará entre o mínimo correspondente ao valor de uma anuidade e o máximo do seu décuplo.

Art. 14. A suspensão é aplicável pelo Conselho Regional, nos casos de violação, principalmente dos itens do art. 9º quando da reincidência nos casos previstos.

Art. 15. a. em caso de cassação do exercício profissional, além dos editais e das comunicações feitas às autoridades competentes interessadas no assunto, proceder-se-á a apreensão da Carteira de Registro do profissional infrator emitida pelo Conselho Regional. A exclusão é aplicável pelo Conselho Regional, nos casos de falta grave, previstos, principalmente, nos itens f, g, h: do art. 9º.

Parágrafo Único: a exclusão do profissional pedagogo será ratificada pelo Conselho Federal e Pedagogia.

Art. 16. Fica garantida ampla defesa ao pedagogo infrator. A punibilidade do pedagogo, por falta sujeita a processo ético e disciplinar, prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data da verificação do fato respectivo.

Art. 17. As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Pedagogia, *ad referendum* ao Conselho Federal de Pedagogia, a quem cabe firmar jurisprudência e fazê-la incorporar a este Código.

Art. 18. As sanções disciplinares previstas neste Código somente poderão ser aplicadas por profissional pedagogo qualificado e/ou por autoridade judicial pública.

Art. 19. O presente Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Pedagogia, por iniciativa própria ou da categoria, ouvidos os Conselhos Regionais de Pedagogia.

## TÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

### CAPÍTULO IX: Da Divulgação e Cumprimento do Código

Art. 20. Divulgar este Código de Ética é obrigação das entidades de classe.

São Paulo, 28 de março de 2009 e 12 de setembro de 2009.

Responsável pela elaboração: Comissão da Associação Universitária de Pedagogia do Brasil – AUNIPEDAG.BR com a ratificação dos associados alunos e professores universitários presentes aos eventos.

Este Código de Ética entrará em vigor após sua publicação em Diário Oficial da União (DOU).

FONTE: Disponível em: <<http://www.tiberiogeio.com.br/texto/CodigoEticaPedagogo.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

# RESUMO DO TÓPICO 4

**Neste tópico, você adquiriu certos aprendizados, como:**

- Verificamos definições para o atendimento aos pais dos alunos, como estipulação de horários definidos e entrega de documentos estabelecendo regras claras.
- Foram apresentados de dois Estudos de Caso para exemplificar um encaminhamento e demais manejos aos alunos com Transtornos de Neurodesenvolvimento.

# AUTOATIVIDADE



- 1 Observando a imagem a seguir, escreva sua missão (propósito profissional) e valores (comportamentos) na Educação Especial. Aproveite para relacionar assuntos que estudamos neste tópico:

FIGURA 8 – CRIANÇAS



FONTE: Disponível em: <<http://www.conroeisd.net/community-outreach-dropout-prevention/>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

- Meu trabalho como educador especial é constituído de atitudes éticas as quais envolvem: disciplina, construção do conhecimento, inclusão e formação do sujeito social. Além disso, minha missão e meus valores como profissional da educação especial são:
- 2 Após assistir ao vídeo *O que é Ética*, escreva sobre dois itens apresentados pelos filósofos Clóvis de Barros Filho e Mário Sergio Cortella, os quais podem ser utilizados na prática do educador especial.

# REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maíra Lopes; NEVES, Anamaria Silva A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2020, v. 40 [Acessado 16 Setembro 2021], e180896. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>>. Epub 09 Nov 2020. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>.

ALVARADO, Carlos S. Fenômenos psíquicos e o problema mente-corpo: notas históricas sobre uma tradição conceitual negligenciada. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo) [online]. 2013, v. 40, n. 4 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 157-161. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400006>>. Epub 12 Set 2013. ISSN 1806-938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400006>.

ALVES, Rauni Jandé Roama; NAKANO, Tatiana de Cássia. Criatividade em indivíduos com transtornos e dificuldades de aprendizagem: revisão de pesquisas. **Psicologia Escolar e Educacional** [online]. 2015, v. 19, n. 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 87-96. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191802>>. ISSN 2175-3539. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191802>.

APA – Associação Psiquiátrica Americana. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**: DSM-V. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2014.

ARGOLLO, Nayara. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neurológicos. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 197-201, dez. 2003. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572003000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 set. 2021.

BARRETO, M. A. M.; MOREIRA, S. C. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a educação física. In: **Cadernos UniFOA**, n. 15, 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/15/101.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BITENCOURT, J. E. S. N.; SOUZA, C. G. de; ARAÚJO, S. G. **Transtorno Específico do Soletrar**. 2011. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/61618577/TRANSTORNO-ESPECIFICO-DO-SOLETRAR>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BORGES, D. S. C.; MARTURANO, E. M. Melhorando a convivência em sala de aula: responsabilidades compartilhadas. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 123-136, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X2010000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BOTO, Carlota. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. **Educação & Sociedade** [online]. 2001, v. 22, n. 76 [Acessado 21 Setembro 2021], pp. 121-146. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-73302001000300008>>. Epub 25 Out 2001. ISSN 1678-4626. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302001000300008>.

BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. **Sociedade e Estado** [online]. 2013, v. 28, n. 2 [Acessado 21 Setembro 2021], pp. 375-392. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>>. Epub 11 Nov 2013. ISSN 1980-5462. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>.

CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; FERREIRA, Monique Aparecida Vale. A função materna e seu lugar na constituição subjetiva da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 432-444, dez. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282019000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282019000300008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i3p432-444>.

CARVALHO, E. A. de et al. Os vínculos afetivos na Construção do Ensino Aprendizagem. In: **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 39, 2018. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1005>>. Acessado em: 20 de Fev. de 2018.

CARVALHO, Fabrícia Bignotto de; CRENITTE, Patrícia Abreu Pinheiro; CIASCA, Sylvania Maria. Distúrbios de aprendizagem na visão do professor. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 24, n. 75, p. 229-239, 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862007000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862007000300003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 set. 2021.

CASTELO BRANCO, Paulo Coelho; CARPES, Cândida de Oliveira. Produção Gestáltica nas Bases de dados SCIELO e PEPsic: Revisão Sistemática. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 26, p. 72-86, 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25262017000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 2017. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CONSOLINI, Marília; LOPES, Ederaldo José; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes. Terapia Cognitivo-comportamental no Espectro Autista de Alto Funcionamento: revisão integrativa. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 38-50, jun. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872019000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190007>.

COSTA VAL, Alexandre; et al. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 17 Setembro 2021], pp. 1287-1307. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FARMACÊUTICOS DO CERRADO. **Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)**. 2017. Disponível em: <<http://www.farmaceticosdocerrado.com.br/sindrome-alcoolica-fetal-saf/>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

FERNANDES, Mariana Coelho Carvalho et al. Effect of a psychomotor intervention program for children with ADHD. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 24, n. 1, p. 1-11, mar. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190001>.

FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. **Clínica Psiquiátrica de Bolso**. Barueri: Manoel, 2014.

FORTES, Paula Madeira; et al. Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 584-598, ago. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822019000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.09>.

GRIESI-OLIVEIRA, Karina; SERTIÉ, Andréa Laurato. Autism spectrum disorders: an updated guide for genetic counseling. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2017, v. 15, n. 2 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 233-238. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082017RB4020>>. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017RB4020>.

GOES, F. A. de B. Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental. In: **Revista Psicologia, Ciência & Profissão**. 2006, 26 (3). 450-461. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2820/282021746009/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GOMES, E. da R.; COELHO, H. P. B. Estratégias de Intervenção sobre os Transtornos do Espectro do Autismo na Terapia Cognitivo Comportamental: análise da literatura. In: **Revista Estação Científica**. Juiz de Fora, n.16, jun./jul. 2016. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3727389/estrat%C3%A9gias-de-interven%C3%A7%C3%A3o-sobre-os-transtornos-do-espectro-do-autismo-na-terapia-cognitivo-comportamental.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

GOMES, Juliana Braga et al. Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** [online]. 2011, v. 33, n. 2 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 121-127. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082011000200010>>. Epub 27 Set 2011. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011000200010>.

GONÇALVES, C. A. B.; CASTRO, M. S. J. de. Propostas de intervenção fonoaudiológica no autismo infantil: revisão sistemática da literatura: In: **Distúrb Comum**. 25 (1), São Paulo: abril, 2013.

GONÇALVES, Thaís dos Santos; CRENITTE, Patrícia Abreu Pinheiro. Concepções de professoras de ensino fundamental sobre os transtornos de aprendizagem. **Revista CEFAC** [online]. 2014, v. 16, n. 3 [Acessado 22 Setembro 2021], pp. 817-829. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0216201427312>>. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201427312>.

HAASE, Vitor Geraldi; LACERDA, Shirley Silva. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-42, jun. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2004000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021.

HAMAD, A. P. A. **Doenças Neurológicas da Infância**. 2017. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3356566/mod\\_resource/content/1/Doen%C3%A7as%20Neurol%C3%B3gicas%20na%20inf%C3%A2ncia%202017.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3356566/mod_resource/content/1/Doen%C3%A7as%20Neurol%C3%B3gicas%20na%20inf%C3%A2ncia%202017.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2017.

LAZZURI, D. D.; CÉSAR, C. P. H. A. R.; BALDRIGHI, S. E. Z. de M. Deficiência intelectual: produção científica acerca das características miofuncionais orofaciais. In: **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, 26 (4) 694-713, dezembro, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/17336/16047>>. Acessado em: 15 abr. 2018.

LOPES, Bruna Alves. Autismo, Narrativas Maternas e Ativismo dos Anos 1970 a 20081. **Revista Brasileira de Educação Especial** [online]. 2020, v. 26, n. 3 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 511-526. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>>. Epub 21 Ago 2020. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>.

MANSUR, S.; MARCON, A. Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. **Rev. bras. Crescimento e Desenvol. hum.**, v. 16, n. 3. São Paulo, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300003)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MANUAL MSD. Versão Saúde para a Família. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/dist%C3%BArbios-da-sa%C3%BAde-mental-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/transtorno-de-conduta>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo: guia prático. 5 ed. São Paulo: AMA. Brasília: CORDE, 2007

MERLETTI, Cristina. Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. **Psicologia USP** [online]. 2018, v. 29, n. 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 146-151. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-656420170062>>. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170062>.

MIELE, Fernanda Gonçalves; AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 89-102, dez. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-03072016000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072016000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1809-4139.20160010>.

MILIAN, Queila Guise et al. Deficiência intelectual: doze anos de publicações na base SciELO. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 30, n. 91, p. 64-73, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862013000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862013000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 set. 2021.

MONTEIRO, Manuela Albernaz et al. AUTISM SPECTRUM DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW ABOUT NUTRITIONAL INTERVENTIONS. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2020, v. 38 [Acessado 17 Setembro 2021], e2018262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018262>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018262>.

PAULA, C. de; MOGNON, J. F. Aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Infância: revisão integrativa. In: **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 197-216, 2017.

NEVES, Dulce Amélia. Ciência da informação e cognição humana: uma abordagem do processamento da informação. **Ciência da Informação** [online]. 2006, v. 35, n. 1 [Acessado 21 Setembro 2021], pp. 39-44. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-19652006000100005>>. Epub 04 Out 2006. ISSN 1518-8353. <https://doi.org/10.1590/S0100-19652006000100005>.

NOBRE, Juliana Nogueira Pontes et al. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 20 Setembro 2021], pp. 1127-1136. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00602019>.

OLIVEIRA, Maria Helena Mourão Alves; GARGANTINI, Marisa Bueno Mendes Comunicação e gagueira. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online]. 2003, v. 20, n. 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 51-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000100005>>. Epub 06 Mar 2009. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000100005>.

ORENGO, Fabiane Villatore, HOLANDA, Adriano Furtado e GOTO, Tommy Akira. FENOMENOLOGIA E PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA PARA PSICÓLOGOS BRASILEIROS: UMA COMPREENSÃO EMPÍRICA 11 Apoio e financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). . **Psicologia em Estudo** [online]. 2020, v. 25 [Acessado 17 Setembro 2021], e45065. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45065>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45065>.

PAULA, L. A. L. de. Ética, cidadania e Educação Especial. In: **Revista Brasileira de Educação Especial**. 1996. Disponível em: <[http://www.abpee.net/homepageabpee04\\_06/artigos\\_em\\_pdf/revista4numero1pdf/r4\\_art08.pdf](http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista4numero1pdf/r4_art08.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

PATIAS, Naiana Dapieve; BLANCO, Hartmann Monte; ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. Psicologia escolar: proposta de intervenção com professores. **Cad. psicopedag.**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 42-60, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-10492009000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492009000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 set. 2021.

PESTUN, Magda Solange Vanzo. Nonverbal learning disabilities and developmental dyscalculia: Differential diagnosis of two Brazilian children. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 22, n. 3, p. 257-263, set. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2017000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170026>.

PRATES; L. P. C. S.; MARTINS; V. de O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. In: **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011.

PRESTES, M.; FEITOSA, A. Teorias da Dislexia: Sustentação com Base nas Alterações Perceptuais Auditivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.32, s.p. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722016000500205&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500205&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

RAMALHO, Joaquim; SANTOS, Maria R. Síndrome Alcoólica Fetal: Implicações Educativas1 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382115000300002> . **Revista Brasileira de Educação Especial** [online]. 2015, v. 21, n. 3 [Acessado 16 Setembro 2021] , pp. 335-344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000300002>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1413-6538. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000300002>.

REIS, E. J. F. B. dos et al. Docência e Exaustão Emocional. In: **Educ. Soc. Campinas**, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr., 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/873/87313712011/>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

RIZZUTTI, S.; MUSZKAT, M.; VILANOVA, L. C. P. Epilepsias na Infância. **Rev. Neurociências**, v. 8, n. 3, p. 108-116, 2000. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2000/RN%2008%2003/Pages%20from%20RN%2008%2003-6.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ROCHA, Carla Cecília et al. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 04 [Acessado 16 Setembro 2021] , e290412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290412>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290412>

RODRIGUES, Sônia das Dores; CIASCA, Sylvia Maria. Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 33, n. 100, p. 86-97, 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021.

RODRIGUES, Allison Marcelo Anjolis; HARTWIG, Mayck Djúnior. As técnicas de tcc no controle da ansiedade em mulheres puerpério por cesariana. **Psicol. Am. Lat.**, México , n. 28, p. 119-130, jun. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2017000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

SAMPAIO, C. T. Aspectos Psicológicos da Formação do Professor para a Educação Inclusiva. In: **SENSOS**, v. 3, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://sensos-e.ese.ipp.pt/revista/index.php/sensos/article/viewFile/169/69>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

SEVERO, Charlie Trelles et al. Abordagens de Psicoterapia para Pessoas com Deficiência: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Especial** [online]. 2021, v. 27 [Acessado 17 Setembro 2021] , e0151. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0151>>. Epub 22 Mar 2021. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0151>.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2009, v. 29, n. 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 116-131. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>>. Epub 19 Jun 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>.

SILVA, Allan dos Santos da, VALENCIANO, Paola Janeiro e FUJISAWA, Dirce Shizuko. Atividade Lúdica na Fisioterapia em Pediatria: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Especial** [online]. 2017, v. 23, n. 4 [Acessado 20 Setembro 2021], pp. 623-636. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-65382317000400011>>. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382317000400011>.

SILVEIRA, M. C. A. de A. Yoga para crianças: uma prática em Construção. In: **Religare**, v. 9, n. 2, p. 177-185, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/religare/article/viewFile/15875/9086>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

SOUZA, Isabella et al. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** [online]. 2001, v. 59, n. 2B [Acessado 16 Setembro 2021], pp. 401-406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000300017>>. Epub 12 Jul 2001. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000300017>

TABAQUIM, M. L. M. Discalculia do desenvolvimento. In: CIASCA, S. M.; RODRIGUES, S. D.; AZONI, C. A. S.; LIMA, R. F. **Transtornos de aprendizagem: neurociência e interdisciplinaridade**. Ribeirão Preto: Book Toy, 2015.

TAVARES, H. et al. **Psiquiatria, Saúde Mental e a Clínica da Impulsividade**. Baurieri: Manole, 2015.

TENORIO, Carlene Maria Dias. As psicopatologias como distúrbios das funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 224-232, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2021.

TODOROV, João Cláudio. A Psicologia como o estudo de interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2007, v. 23, n. spe [Acessado 17 Setembro 2021], pp. 57-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>>. Epub 25 Feb 2008. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>.

TOMAZ, Rodrigo Victor Viana; et al. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 11 [Acessado 16 Setembro 2021], e00096016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00096016>>. Epub 21 Nov 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096016>..

VACCARI, Andreia Maria Heins; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. In: **Einstein**, v. 5, n. 2, p. 111-116, 2007. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/419-Einstein5-2\\_Online\\_AO419\\_pg111-116.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/419-Einstein5-2_Online_AO419_pg111-116.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2021.

ZUBERI, Sameer M; SYMONDS, Joseph D. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância. Como citar este artigo: Zuberi SM, Symonds JD. Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:S67-77. . **Jornal de Pediatria** [online]. 2015, v. 91, n. 6 Suppl 1 [Acessado 16 Setembro 2021], pp. S67-S77. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.003>>. ISSN 1678-4782. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.003>.