

MATERIAL DIDÁTICO



**TRANSTORNOS GLOBAIS
DO DESENVOLVIMENTO – TGD:
SÍNDROME DE ASPERGER,
RETT E AUTISMO**

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

1 SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	2
2	TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	3
3	DEFICIÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE SÍNDROMES	4
4	AUTISMO	5
5	ESPECTRO AUTISTA - SÍNDROME DE ASPERGER X AUTISMO	7
6	SÍNDROME DE RETT	10
7	PSICOSE	11
7.1	Transtorno Desintegrativo da infância (psicose infantil)	12
8	ESQUIZOFRENIA	13
9	TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	14
10	NEUROFISIOLOGIA E O DEFICIENTE INTELECTUAL	14
11	DSM-5	17
12	SÍNDROMES GENÉTICAS	19
12.1	Síndrome de Down	21
12.2	Síndrome do X Frágil	23
13	ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO	25
13.1	Evolução conceitual dos termos adotados ao longo da história no Brasil: dotação, supernormais, bem-dotados, talentos, altas habilidades/superdotação	26
13.2	Um gênio, um prodígio ou simplesmente precoce?	29
14	INCLUSÃO E INTEGRAÇÃO NO CONTEXTO EDUCACIONAL	32
15	INCLUSÃO NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS ASPECTOS LEGAIS ...	36
15.1	Inclusão enquanto princípio e prática	38
16	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

1 INTRODUÇÃO

Prezado aluno!

O Grupo Educacional FAVENI, esclarece que o material virtual é semelhante ao da sala de aula presencial. Em uma sala de aula, é raro – quase improvável - um aluno se levantar, interromper a exposição, dirigir-se ao professor e fazer uma pergunta, para que seja esclarecida uma dúvida sobre o tema tratado. O comum é que esse aluno faça a pergunta em voz alta para todos ouvirem e todos ouvirão a resposta. No espaço virtual, é a mesma coisa. Não hesite em perguntar, as perguntas poderão ser direcionadas ao protocolo de atendimento que serão respondidas em tempo hábil.

Os cursos à distância exigem do aluno tempo e organização. No caso da nossa disciplina é preciso ter um horário destinado à leitura do texto base e à execução das avaliações propostas. A vantagem é que poderá reservar o dia da semana e a hora que lhe convier para isso.

A organização é o quesito indispensável, porque há uma sequência a ser seguida e prazos definidos para as atividades.

Bons estudos!

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

2 TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO



Fonte: unicead.com.br

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) representam uma categoria na qual estão agrupados transtornos que têm em comum as funções do desenvolvimento afetados. Posto isso, é importante compreender que nem todos os estudantes diagnosticados com algum tipo de transtorno mental são estudantes da Educação Especial – área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Nessa categoria, estão incluídos os alunos com diagnóstico de autismo, Síndrome do Espectro Autista, também chamado síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância (psicose) e Transtorno Invasivo de Desenvolvimento - sem outra especificação (PARANA, 2016).

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

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

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

[...] são sinônimos para nomear um grupo que apresenta precocemente atrasos e desvios no desenvolvimento das habilidades sociais e comunicativas e um padrão restrito de interesses. Existe uma tendência atual em conceber essa categoria como aquela que apresenta alterações no modo do funcionamento do cérebro social (MERCADANTE, 2009, apud SANTOS, 2015 p. 23).

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

A neurociência define o cérebro social como um grupo de regiões cerebrais que são ativadas durante a execução de atividades sociais. Considerando que essas estruturas estão interligadas, formando o que podemos chamar de cadeias associativas ou de redes neurais, é possível afirmar que o modo de agir socialmente depende do desenho dessas redes. Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), por se tratarem de um conjunto de sintomas e comportamentos que transcorrem na infância, com comprometimento ou atraso no desenvolvimento apresentam, entre a síndrome e os transtornos que os compõem, uma sucessão de características.

3 DEFICIÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE SÍNDROMES

Na literatura especializada existem pesquisadores importantes por suas argumentações acerca dos transtornos, sobre os fundamentos internacionais para o seu diagnóstico e, ainda, por se dedicarem ao estudo das possíveis hipóteses para seu aparecimento. Para os educadores, esse conhecimento é considerado importante

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

para pensarmos nas dificuldades e desvantagens que esses alunos podem ou não ter no processo de ensino.

4 AUTISMO



Fonte: hoje.unisul.br

O autismo é uma palavra de origem grega (autós), que significa por si mesmo. O termo é usado pela psiquiatria para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, voltados para o próprio sujeito. Foi descrito, na década de 40, por Léo Kanner, psiquiatra austríaco, residente nos Estados Unidos, que se dedicou ao estudo e à pesquisa de crianças que apresentavam comportamentos estranhos e peculiares, caracterizados por estereotípias (repetição de gestos), por outros sintomas aliados a uma imensa dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais.

A terminologia é utilizada pela Psiquiatria para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, voltados ao próprio sujeito. Essa terminologia foi utilizada pela primeira vez por Bleuler em 1919 para fazer alusão à perda de contato com a realidade e consequente dificuldade ou impossibilidade de comunicação. O autismo refere-se a um grupo de transtornos caracterizados por uma tríade de prejuízos qualitativos, quanto à interação social, à comunicação e a comportamentos, que poderão variar em menor ou maior agravo para a criança que apresente comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados. É um transtorno com perturbações

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

significativas no desenvolvimento do sujeito e começa a manifestar-se antes dos três anos de idade.

Assim, Kanner definiu o autismo como um distúrbio infantil caracterizado por uma inabilidade inata de relacionar-se afetivamente com outras pessoas, apresentando uma minuciosa descrição desse transtorno (KAJIHARA 2014, apud, SANTOS, 2015 p. 25).

O desejo obsessivo de isolamento e de manutenção da uniformidade explicava uma série de comportamentos do autista. Eles ignoram contato físico direto, movimento ou barulho que ameaçasse interromper seu isolamento, ou demonstram aflição ao sofrerem interferência externa. Ainda que o campo da Psicologia, da Psicanálise, da Neuropsicológica e da Genética tenha trazido enormes contribuições, não há uma resposta definitiva quanto a sua etiologia. O diagnóstico realizado por especialistas é alicerçado em 27 critérios comportamentais, ou seja, distúrbios na interação social, comunicação e padrões restritos de comportamentos e interesses. Ainda, para um completo diagnóstico, é necessário que haja desenvolvimento anormal nos três primeiros anos de vida, em pelo menos um dos seguintes aspectos: social, linguagem, comunicação ou brincadeiras simbólicas.

O autismo como um transtorno invasivo do desenvolvimento, é caracterizado por prejuízos na interação social, atraso na aquisição da linguagem e comportamentos estereotipados e repetitivos. Já os bebês com autismo apresentam grande déficit no comportamento social, tendem a evitar contato visual, mostram-se pouco interessadas na voz humana e não assumem a postura antecipatória – como colocar seus braços à frente para serem levantados pelos pais. Quando crianças não demonstram interesse em brincar com outras crianças, tampouco interesse por jogos e atividades de grupo, podem ter tendências como cheirar e lambe objetos ou ainda bater palmas e mover a cabeça e tronco para frente e para trás. Os autistas adolescentes podem adquirir sintomas obsessivos como ideias de contaminação e apresentar, também, comportamentos ritualísticos como repetição de perguntas, dentre outros.

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

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

“[...] admite-se, atualmente, que o quadro tenha várias etiologias possíveis, graus muito diversos de severidade e causas neurobiológicas presentes desde o nascimento.” (D’ANTINO 2008, apud SANTOS 2015, p.27).

Em relação ao aspecto comportamental, em geral, alunos com esse diagnóstico apresentam intolerância frente a mudanças de rotina, expressando-se com reações de oposição. A dificuldade em lidar com sentimentos e expressá-los, é observada nas mudanças de humor sem causa aparente e acessos de agressividade. Diferentemente da maioria das crianças, que diante de novidades demonstram interesse e necessidade de novos conhecimentos e em explorar o meio. O mais comum nas crianças autistas são os comportamentos estereotipados, com interesse limitado diante do novo, repetitivos em ações, gestos e falas. Os sujeitos com Transtorno do Espectro Autista devem manifestar sintomas desde a infância, mesmo que ainda não sejam identificados nesta faixa etária. Essa possibilidade permite que os sujeitos, cujos sintomas não tenham sido plenamente identificados até a idade das demandas sociais, tenham condições de receber diagnóstico, mesmo que tardio.

A avaliação da criança com autismo exige um histórico cuidadoso do desenvolvimento físico e psicológico, das habilidades adaptativas nos diversos momentos e contextos. Devem ser verificadas evidências de perdas ou prejuízos, auditivos e atrasos motores. O diagnóstico é feito por exclusão, diferenciando os sintomas causados por fatores orgânicos, como convulsão e esclerose tuberosa, ou alterações por causas genéticas como a Síndrome do X Frágil. (FRANZIN, 2014, apud, SANTOS 2015, p. 28).

Advertimos para o número considerável de diagnósticos equivocados, principalmente nos extremos dos níveis de funcionamento intelectual. A hipótese deve acontecer quando a criança entre um ano e um ano e meio não desenvolve linguagem, não responde às abordagens, mas reagem de forma dramática aos sons e objetos inanimados, como por exemplo, o som do aspirador de pó ligado.

5 ESPECTRO AUTISTA - SÍNDROME DE ASPERGER X AUTISMO

A distinção entre autismo e síndrome de Asperger não é universalmente aceita. O quadro de autismo e síndrome de Asperger tem similaridades nos quesitos de diagnóstico. A diferença está apenas em que a síndrome de Asperger a memória é privilegiada e os aspectos cognitivos e da linguagem não apresentam atraso.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

Hans Asperger descreveu a síndrome de Asperger em 1944. Este transtorno também é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento. Crianças com a síndrome de Asperger podem ter inteligência normal, sendo que tipicamente apresentam inteligência verbal maior que a não verbal, (isto é, “falam” melhor do que “fazem”). Embora as habilidades verbais dessas crianças não apresentem os prejuízos encontrados nas crianças autistas, elas frequentemente apresentam profundas dificuldades sociais. O desenvolvimento inicial da criança apresenta normal, contudo no decorrer dos anos seu discurso torna-se diferente, monótono, peculiar e há com frequência a presença de preocupações obsessivas. É um transtorno de múltiplas funções do psiquismo, com afetação principal na área do relacionamento interpessoal e no da comunicação, embora a fala seja relativamente normal. A interação dela com outras crianças torna-se difícil, é pouco empática, apresenta comportamento excêntrico, sua vestimenta pode se apresentar estranhamente alinhada e a dificuldade de socialização pode torná-la solitária. São inflexíveis, tem dificuldades de lidar com mudanças, são emocionalmente vulneráveis e instáveis, são ingênuos e eminentemente carentes de senso comum. Há prejuízo na coordenação motora e na percepção viso espacial. Frequentemente apresenta interesses peculiares e pode passar horas assistindo ao canal da previsão do tempo na televisão ou estudando exaustivamente sobre temas ou assuntos preferidos, como dinossauros, Egito, carros, aviões, mapas de ruas, entre outros (PARANÁ, 2016).

O autismo e a síndrome de Asperger são entidades diagnósticas em uma família de transtornos de neurodesenvolvimento, nas quais ocorre uma ruptura nos processos fundamentais de socialização, comunicação e aprendizado. Com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (2014) houve algumas modificações, importantes, quanto à denominação de quadros clínicos, anteriormente, associados à área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno Desintegrativo da infância e síndrome de Asperger são englobados pelo termo transtorno do espectro autista. Por exemplo, alunos com diagnóstico de síndrome de Asperger, atualmente, receberiam o diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais salienta:

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

No diagnóstico do transtorno de espectro autista, as características individuais são registradas por meio de uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associados a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidade). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. (DSM V, 2014, apud SANTOS 2015, p. 21).

Podemos dizer que essas classificações (DSM-IV e DSM-V) baseiam suas descrições em sintomas ou comportamentos observáveis, sem considerar elementos mais sutis referentes à vivência subjetiva e às modalidades relacionais dessas crianças. Ainda que, nessas classificações, tenham prudência de serem autônomas de alguma hipótese teórica relacionada à patogenia desses quadros clínicos, essas descrições sublinham as eventuais anormalidades na maturação e no desenvolvimento do sistema nervoso, mais do que os modos psicopatológicos e as modalidades relacionais.

Nessa perspectiva, o autismo não é considerado um estado mental fixo, irreversível e imutável, mas o resultado de um “processo psicótico autizante”, suscetível – ao mesmo em parte – de ser modificado ao longo de seu desdobramento por meio de intervenções terapêuticas, podendo então tomar formas menos severas e invalidantes, nas quais se constata uma melhora do estado clínico da criança. Nessa abordagem, a atenção se volta para o funcionamento mental, mas as deficiências e limitações que o processo autístico acarreta no desenvolvimento são, no entanto, reconhecidas em sua importância e em seu impacto na vida da criança. (FERRARI, 2012, apud SANTOS, 2015, p. 21).

Salientamos que no Decreto nº 8.368, de 02 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, em seu artigo 1º discorre que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

6 SÍNDROME DE RETT



Fonte: neuro-conecta.com.br

A Síndrome de Rett é uma doença de ordem neurológica e de caráter progressivo, que acomete em maior proporção crianças do sexo feminino, sendo hoje comprovada também em crianças do sexo masculino. Por volta dos 6-18 meses de idade, os primeiros sinais clínicos aparecem, estando associados à perda de aquisições motoras e aquisições cognitivas, ou seja, perda das capacidades anteriormente adquiridas, iniciando-se, portanto, o curso da doença. Os critérios de diagnóstico da Síndrome de Rett clássica foram definidos na II Conferência Internacional sobre Síndrome de Rett em Viena (1984), após o trabalho de Hagberg et al., publicado em 1985, que se resume em:

Gênero Feminino: período pré e perinatal normais; desenvolvimento normal nos primeiros meses de vida; Perímetro craniano normal ao nascimento com desaceleração do crescimento da cabeça entre 6 meses e 4 anos de vida; Regressão precoce das atividades comportamental, social e psicomotora (perda das habilidades previamente adquiridas); Desenvolvimento de disfunção da comunicação e de sinais de “demência, ”; Perda do uso funcional e/ou intencional das mãos entre 1 a 4 anos; Tentativas diagnósticas inconsistentes até 3 anos de idade.

O quadro clínico que mais está presente nos casos de Síndrome de Rett está relacionado com desaceleração do crescimento craniano, perda da fala e das habilidades motoras adquiridas, em particular o movimento ativo da mão. As pacientes desenvolvem esteriotipias de mãos, irregularidades respiratórias, ataxia e convulsões.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

Após um período de pseudo-estabilização e posterior deterioração, a condição é principalmente caracterizada por retardo mental severo com uma habilidade de comunicação visual frequentemente notável e relativamente fugaz, uma escoliose progressiva, graus variados de espasticidade e rigidez muitas vezes levando a dependência em cadeiras de rodas (CASTRO et. all, 2004).

7 PSICOSE



Fonte: minutosaudavel.com.br

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

Desta forma, Sadock (2000, apud, SANTOS 2015, p.31) define a psicose como uma desordem mental na qual ocorre um comprometimento do pensamento, da capacidade de perceber a realidade sem distorções e do relacionamento interpessoal.

Existem muitos conceitos diferentes para o termo psicose, tais como perda do contato com a realidade de forma temporária ou definitiva; perturbação grave psíquica grave (podendo gerar uma desintegração das estruturas da personalidade); a personalidade que se fragmenta. Não podemos negar a legitimidade do DSM, porém é verdadeiro acrescentar a importante contribuição da psicanálise no entendimento do campo psíquico. Ao passo que o diagnóstico psiquiátrico é realizado pela observação

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

e classificação dos sintomas, o diagnóstico na psicanálise é desencadeado por hipóteses que se constroem durante o processo psicanalítico, sendo os sintomas lidos, traduzidos. Esses sintomas para a medicina podem significar uma doença orgânica, para os psicanalistas é a expressão de um conflito inconsciente. Para a psicanálise, a causalidade no campo psíquico não opera segundo a lógica de causa e efeito, assim o efeito traumático acarretado é diferente para cada um dos sujeitos, mesmo sendo um evento igual. A psicanálise particulariza a escuta e a compreensão do sujeito, numa situação transferencial. Um dos principais quadros clínicos com alucinações e delírios é a esquizofrenia (PARANÁ, 2016).

7.1 Transtorno Desintegrativo da infância (psicose infantil)

O Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) foi inicialmente retratado por Theodore Heller, educador austríaco, em 1908. Heller explicitou o caso de seis crianças que, após um desenvolvimento aparentemente normal nos quatro primeiros anos de vida, apresentaram uma grave perda das habilidades de interação social e comunicação. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (1994), o Transtorno Desintegrativo da Infância é também conhecido como Síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa. A Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva PNEEPEI (2008) usa a nomenclatura Transtorno Desintegrativo da Infância (psicoses) ao se referir ao público-alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE) (PARANÁ, 2016).

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

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

8 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia tem como característica fundamental o embotamento afetivo, podendo levar a distorções do pensamento, na percepção e emoções. As estatísticas evidenciam que o transtorno atinge cerca de 1% da população; normalmente, a idade média inicial é a faixa etária adulto-jovem, entre 15 e 30 anos de idade. Pode ocorrer em idade inferior a 17-18 anos conhecida como esquizofrenia precoce e a de início muito precoce antes dos 13 anos de idade. Os sintomas e características classificatórias da patologia, necessariamente, precisam de observação e análise da interação social e do conteúdo dos pensamentos, o que deixa o diagnóstico incomum na infância, sendo extremamente inusitados os relatos de incidência em idade inferior a cinco anos.

Em relação à esquizofrenia, admite-se que a vulnerabilidade genética desempenha um papel importante no desenvolvimento desse quadro. O diagnóstico de esquizofrenia na infância exige um exame cuidadoso para que se faça o diagnóstico diferencial com autismo e outros transtornos degenerativos do sistema nervoso central (SANTOS, 2015).

Geralmente, compreende-se por psicose esquizofrênica um conjunto de distúrbios em que predominam a discordância, a incoerência verbal, a ambivalência, o autismo, as ideias delirantes, as alucinações mal sistematizadas e profundas perturbações afetivas no sentido do desinteresse e da estranheza dos sentimentos – distúrbios que tendem a evoluir para um déficit e uma dissociação da personalidade (EY, 1985, apud TENÓRIO 2015 p. 948).

A esquizofrenia se desenvolve por uma vertente negativa ou deficitária de dissociação – a síndrome de dissociação – e por uma síndrome secundária positiva de produção de ideias, percepções, sentimentos e atividade delirante. Esses dois polos são complementares e associados pelas seguintes características comuns, inerentes à doença: a ambivalência, a bizarria, a impenetrabilidade e o isolamento.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

9 TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são um grupo de transtornos caracterizados por importante atraso no desenvolvimento, em diferentes áreas de funcionamento, incluindo a socialização, comunicação e relacionamento interpessoal. O Transtorno Invasivo do Desenvolvimento - sem outra especificação é composto por um grupo heterogêneo de crianças com tendências a apresentar comportamento inflexível, intolerância à mudança e explosão de raiva e birra quando submetidas às exigências do ambiente ou até mesmo às mudanças de rotina (MERCADANTE,2005, apud, KEHL, 2015 p.15).

Nesta categoria se enquadram as crianças que não apresentam o quadro completo de sintomas de outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, ou seja, casos atípicos sejam pelos comprometimentos, sejam pela idade de início do desenvolvimento. No caso do autismo, seria como um quadro atípico com particularidades que não confirmariam completamente o diagnóstico pela ausência de comportamentos (ou seja, um autismo mais leve) e assim se enquadram em Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra especificação.

10 NEUROFISIOLOGIA E O DEFICIENTE INTELECTUAL

Durante muito tempo, acreditou-se que as pessoas com deficiência intelectual eram seres amaldiçoados, e essa deficiência era vista como um castigo. A história relata que, ao longo dos anos, essas pessoas foram exterminadas ou afastadas do convívio com a sociedade, abandonadas à própria sorte, pois eram vistas como fardos pesados e inúteis, sem capacidade para estudar, trabalhar, sem qualquer aptidão para participar da vida em sociedade. Tanto a influência cultural, a própria religião, ao catequizar que o homem é a imagem e semelhança de Deus, dissemina a ideia da perfeição humana física e mental. Como os deficientes não se encaixavam nessa descrição pré-concebida de Deus, eram colocados à margem da sociedade. Outro aspecto desse comportamento para com os deficientes era o consenso de que essa concepção de “incapacitado, deficiente, inválido” tratava-se de uma condição permanente, o

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

que ocasionou a total omissão da sociedade com relação a essas pessoas, seus direitos e suas necessidades (ACCORSI, 2016).

Desde a antiguidade e ao longo dos tempos, a postura das sociedades com relação às pessoas com necessidades especiais foi se modificando de acordo, muitas vezes, com a cultura, as crenças, fatores econômicos, políticos e sociais. Por um longo período, talvez a melhor palavra para caracterizar a relação da sociedade com a pessoa com necessidades especiais seria exclusão (SONZA, 2013, apud ACCORSI, 2016 p. 26).

No entanto, em meados do século XVI, as pessoas com deficiência intelectual passaram a receber cuidados, contudo, foi estabelecida a crença de que, no que se refere à sua educação, só precisavam ter acesso a aprendizagens relacionadas a atividades da vida diária - como o autocuidado e a segurança -, desenvolvendo poucas habilidades sociais, de lazer e de trabalho supervisionado, sendo que ainda permaneciam isolados, pois a família temia que fossem rejeitados.

Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais a deficiência intelectual é entendida como um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Esse manual pressupõe o preenchimento de três critérios para o diagnóstico dessa afecção: déficits em capacidades mentais genéricas (critério A); prejuízo na função adaptativa diária na comparação com indivíduos pareados para idade, gênero e aspectos socioculturais (critério B); e início da deficiência durante o período do desenvolvimento (critério C).

O que o manual parece dizer é que a deficiência intelectual é reconhecida em função desses três parâmetros. Um deles, mensurado em teste de inteligência, refere-se às funções intelectuais que envolvem raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem pela educação escolar e experiência e compreensão prática. O outro alude aos déficits no funcionamento adaptativo e diz respeito a quão bem uma pessoa alcança os padrões de sua comunidade em termos de independência pessoal e responsabilidade social em comparação a outros com idade e antecedentes socioculturais similares, envolvendo, nessa perspectiva, percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; habilidades de comunicação interpessoal; habilidades de amizade; julgamento social, entre outros. E o último parâmetro usado para o preenchimento do diagnóstico refere-se ao

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

reconhecimento da presença de déficits intelectuais e adaptativos durante a infância ou adolescência.

A Deficiência Intelectual é definida como limitações importantes que afetam o funcionamento intelectual, significativamente abaixo da média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, competência doméstica, habilidades sociais, interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. O início deve ocorrer antes dos 18 anos (AAIDD, 2002, apud, MENDONÇA, 2018, p.6).

Nesse sentido, podemos dizer que a melhor forma de definir a DI é por uma visão multidimensional, de acordo com a qual a DI seria uma incapacidade caracterizada por limitação significativa no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo expresso nas habilidades conceituais, sociais e práticas. Embora as dificuldades resultem dos prejuízos cognitivos, é evidente que são fortemente influenciadas por fatores ambientais, como precocidade do diagnóstico, preconceitos, qualidade dos serviços de apoio, inclusão familiar, entre outros.

A DI pode ocorrer por motivos genéticos, problemas na gestação, dificuldades na hora do parto ou em algum momento após o nascimento. Não é fácil para os estudiosos da área encontrarem respostas para o que provoca a DI, pois, na grande maioria dos casos estudados, não é possível determinar alguma causa conhecida ou, até mesmo, a origem da deficiência. O que se sabe é que existem faixas dentro das quais se encontra a deficiência intelectual, que pode ser leve ou profunda, sendo que cada sujeito é um, com capacidades, dificuldades e comportamentos diferentes. Dessa forma, desenvolver-se-ão intelectualmente e aprenderão de forma única, podendo, inclusive, potencializar sua inteligência através da aprendizagem.

A deficiência mental pode, portanto, ser modificada por meio de um processo vivenciado pelo sujeito. O seu potencial pode ser estimulado e realizado ou não ser desenvolvido. O fato de uma criança apresentar um resultado intelectual baixo significa que deverá ser estimulada a elevá-lo por meio de processos educativos, podendo alcançar o nível de uma criança normal (LIMA, 2006, apud ACCORSI, 2016, p.20).

Por isso que, segundo Carvalho (2009, apud ACCORSI, 2016), quando um estudante com DI alcança os bancos de uma instituição de Educação Superior, talvez muitos se perguntem o que essa pessoa, com uma limitação cognitiva que a restringe

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

doenças mentais eram fracionadas em sete categorias diferentes (mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia). Portanto, podemos observar que as primeiras classificações norte-americanas de transtornos mentais aplicadas em larga escala, tinham objetivo sobretudo estatístico.

No início do século XX o Exército norte-americano, juntamente com a Associação de Veteranos, desenvolveu uma das mais completas categorizações para aplicação nos ambulatórios que prestavam atendimento a ex-combatentes. Em 1948, sobre forte influência desse instrumento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu pela primeira vez uma sessão destinada aos Transtornos Mentais na sexta edição de seu sistema de Classificação Internacional de Doenças - CID-6 (ARAÚJO; NETO, 2013).

A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi publicada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1953, sendo o primeiro manual de transtornos mentais focado na aplicação clínica. O DSM-I consistia basicamente em uma lista de diagnósticos categorizados, com um glossário que trazia a descrição clínica de cada categoria diagnóstica. Apesar de rudimentar, o manual serviu para motivar uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais. O DSM-II, desenvolvido paralelamente com a CID-8, foi publicado em 1968 e era bastante similar ao DSM-I, trazendo discretas alterações na terminologia.

Ainda segundo Araújo e Neto (2013) em 1980, a APA publicou a terceira edição do seu manual introduzindo importantes modificações metodológicas e estruturais que, em parte, se mantiveram até a recente edição. Sua publicação representou um importante avanço em termos do diagnóstico de transtornos mentais, além de facilitar a realização de pesquisas empíricas. O DSM-III apresentou um enfoque mais descritivo, com critérios explícitos de diagnóstico organizados em um sistema multiaxial, com o objetivo de oferecer ferramentas para clínicos e pesquisadores, além de facilitar a coleta de dados estatísticos. Revisões e correções foram promovidas sobre o manual, levando à publicação do DSM-III-R, em 1987.

A proliferação de pesquisas, revisões bibliográficas e testes de campo permitiram que, em 1994, a APA lançasse o DSM-IV. A evolução do manual representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de diversos novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos. Uma revisão dessa edição foi publicada em 2000 como DSM-IV-TR e foi formalmente utilizada até o início de 2013.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

O DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica.

Em seu aspecto estrutural o DSM-5 rompeu com o modelo multiaxial introduzido na terceira edição do manual. Os transtornos de personalidade e o retardo mental, anteriormente apontados como transtornos do Eixo II, deixaram de ser condições subjacentes e se uniram aos demais transtornos psiquiátricos no Eixo I. Outros diagnósticos médicos, costumeiramente listados no Eixo III, também receberam o mesmo tratamento. Conceitualmente não existem diferenças fundamentais que sustentem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III. O objetivo da distinção era apenas o de estimular uma avaliação completa e detalhada do paciente (ARAÚJO; NETO, 2013).

12 SÍNDROMES GENÉTICAS

Define-se por doença genética qualquer alteração do patrimônio genético. Abrangendo todas as alterações gênicas presentes no indivíduo que podem ser transmitidas a gerações futuras, bem como o aumento ou diminuição da quantidade de DNA, seja através de cromossomos inteiros ou por frações dos mesmos, através de deleções, duplicações ou ainda, translocações não equilibradas.

A deficiência intelectual é considerada pelo DSM-5 uma condição heterogênea com múltiplas causas, dentre as quais as etiologias pré-natais como as síndromes genéticas (variações na sequência ou variações no número de cópias envolvendo um ou mais genes; problemas cromossômicos), erros inatos do metabolismo, malformações encefálicas, doença materna (inclusive doença placentária) e influências ambientais (álcool, outras drogas, toxinas, teratógenos). Existem também as causas perinatais que englobam eventos no trabalho de parto e no nascimento que levam à encefalopatia neonatal. E o DSM-5 destaca ainda as causas pós-natais, que incluem lesão isquêmica hipóxica, lesão cerebral traumática, infecções, doenças desmielini-

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

zantes (qualquer doença do sistema nervoso na qual a bainha de mielina dos neurônios é danificada), doenças convulsivas (espasmos infantis), privação social grave e crônica, síndromes metabólicas tóxicas e intoxicações (chumbo, mercúrio) (SANTOS, 2020).

De acordo com o DSM-5, ela pode estar associada a uma síndrome genética que em alguns casos apresenta uma aparência física característica, como é o caso da Síndrome de Down; noutras formas, as evidências costumam ser expressas exclusivamente no comportamento. De maneira geral, a deficiência intelectual não tem prognóstico ruim, ou seja, não se apresenta de forma progressiva. No entanto, em algumas doenças genéticas (Síndrome de Rett), há períodos de piora seguidos de estabilização; em outras (Síndrome de San Phillip), ocorre piora progressiva da função intelectual. Considerando os critérios usados para o fechamento do diagnóstico de DI, o manual destaca a vulnerabilidade social desses sujeitos em decorrência de dificuldades associadas à avaliação de riscos; ao autocontrole do comportamento, das emoções ou das relações interpessoais. O DSM-5 diz ainda que se por um lado a falta de habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos (algo que interrompe uma ação). Ou agressivos; por outro, a credulidade da pessoa com diagnóstico de DI costuma ser uma característica que a predispõe à ingenuidade em situações sociais e à tendência a ser facilmente conduzida pelos outros, o que a tornaria alvo fácil de fraude, envolvimento criminal não intencional, falsas confissões e risco de abuso físico e sexual. O DSM-5 reconhece, no entanto, que a deficiência intelectual, embora perdure por toda a vida, pode ter seus níveis de gravidade alterados ao longo do tempo. O curso dessa afecção pode ser influenciado por condições médicas ou genéticas subjacentes e por condições comórbidas (deficiências auditivas ou visuais e epilepsia). Em contrapartida, intervenções precoces e continuadas podem melhorar o funcionamento adaptativo na infância e na vida adulta, de forma que em alguns casos pode ocorrer melhora significativa da função intelectual, tomando o diagnóstico de deficiência intelectual como não mais apropriado (SANTOS, 2020).

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

12.1 Síndrome de Down



Fonte: uninassau.edu.br

A Síndrome de Down (SD) ou trissomia do 21 é uma condição humana geneticamente determinada, é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. A SD é um modo de estar no mundo que demonstra a diversidade humana. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas e atraso no desenvolvimento. Sabe-se que as pessoas com SD quando atendidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social.

A primeira descrição clínica foi feita em 1866 pelo médico pediatra inglês John Langdon Down, que trabalhava no Hospital John Hopkins em Londres em uma enfermaria para pessoas com deficiência intelectual, e publicou um estudo descritivo e classificou estes pacientes de acordo com o fenótipo. Descreveu como “idiotia mongólica” aqueles com fissura palpebral oblíqua, nariz plano, baixa estatura e déficit intelectual (DALGALARRONDO, 2019).

No Brasil a cada 600 e 800 nascimentos nasce uma criança com SD, independente de etnia, gênero ou classe social. O termo “síndrome” significa um conjunto de sinais e sintomas e “Down” designa o sobrenome do médico e pesquisador que primeiro descreveu a associação dos sinais característicos da pessoa com SD, como já visto. As diferenças entre as pessoas com SD, tanto do aspecto físico quanto de desenvolvimento, decorrem de aspectos genéticos individuais, intercorrências clínicas,

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

nutrição, estimulação, educação, contexto familiar, social e meio ambiente. Apesar dessas diferenças, há um consenso da comunidade científica de que não se atribuem graus à SD.

Tendo sido a primeira descrição completa num grupo de pacientes, este conjunto de sinais e sintomas passou a ser chamado de síndrome de Down, em reconhecimento a Langdon Down. Infelizmente também se assimilou como uso corrente o termo “mongolismo”, que deve ser evitado devido à conotação pejorativa. Lejeune e colaboradores, em 1959, demonstraram a presença do cromossomo 21 extra nas pessoas com SD. A expectativa de vida das pessoas com SD aumentou consideravelmente a partir da segunda metade do século XX, devido aos progressos na área da saúde principalmente da cirurgia cardíaca.

O aumento da sobrevida e do entendimento das potencialidades das pessoas com síndrome de Down levou à elaboração de diferentes programas educacionais, com vistas à escolarização, ao futuro profissional, à autonomia e à qualidade de vida. Cada vez mais a sociedade está se conscientizando de como é importante valorizar a diversidade humana e de como é fundamental oferecer equidade de oportunidades para que as pessoas com deficiência exerçam seu direito em conviver em comunidade. A sociedade está mais preparada para receber pessoas com síndrome de Down e existem relatos de experiências muito bem-sucedidas de inclusão.

Pessoas com Síndrome de Down diferem muito com relação à presença e grau de seus problemas médicos do que outros sem esta desordem cromossômica. Entretanto, a maioria das pessoas com síndrome de Down que recebe serviços médicos e dentários adequados terá boa saúde geral. (PUESCHEL, 1993, apud PAIVA, 2016, p.8).

O aspecto das crianças com síndrome de Down é bastante típico e não se tem dúvidas do diagnóstico desde o momento do nascimento. Em geral, costumam nascer menores que os outros bebês, possuindo grandes bochechas, olhos amendoados relativamente distantes um do outro, língua protrusa, que geralmente se projeta para fora da boca. Sua face e expressão como um todo, mostram sinais característicos, como a prega epicântica e o formato oblíquo da fenda palpebral. O rosto é redondo, pois o crânio é achatado, podendo apresentar retardo no fechamento das fontanelas (moleiras) e os cabelos são finos e em pouca quantidade. A baixa estatura é uma das principais características dos indivíduos com síndrome de Down, entre outras. No

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

exame neurológico praticamente todos os reflexos pesquisados são fracos e lentos e os marcos de desenvolvimentos como sentar, levantar e andar surgem lentamente. Nem sempre os sintomas são encontrados em sua totalidade nos indivíduos afetados. A ausência de alguns sinais, portanto, não invalida o diagnóstico clínico.

Trata-se de um representante da grande raça mongólica. O cabelo não é negro como o dos verdadeiros mongóis, mas de cor castanha, liso e escasso. A face é plana, alargada e desprovida de proeminências. As bochechas são redondas e estendidas lateralmente. Os olhos são situados obliquamente e as comissuras internas dos mesmos distam entre si mais que o normal. A fenda palpebral é muito estreita (...) os lábios são grandes, grossos e com pregas transversais. A língua é comprida, grossa e rugosa. O nariz é pequeno. A pele tem uma tonalidade amarelada e sua elasticidade é escassa (DOWN, 1886, apud TRENTIN, 2014 p.21)

Com relação ao seu temperamento, os indivíduos com SD podem ser caracterizados como dóceis, afetuosos, meigos, alegres e felizes na maioria das vezes. Porém, existem ideias pré-concebidas que buscam estereotipar esse comportamento a todos eles, o que não é compatível com o real, pois são únicos e apresentam diferenças em relação à personalidade e temperamento como qualquer outro indivíduo.

12.2 Síndrome do X Frágil



Fonte: infanciaecomportamento.com.br

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

Conhecida também como síndrome de Martin -Bell, a síndrome do X Frágil é uma condição genética que causa debilidades intelectuais, problemas de aprendizado e de comportamento, além de diversas características físicas peculiares. Ainda que ocorra em ambos os gêneros, afeta mais frequentemente os meninos e geralmente com grande severidade. A Síndrome do X Frágil é a forma herdável mais comum de deficiência intelectual moderado a grave, sendo a Síndrome de Down a primeira entre todas as causas, porém a síndrome de Down não é herdada e sim uma fatalidade na maioria das vezes.

A síndrome do X Frágil é tão comum que requer consideração no diagnóstico diferencial de deficiência intelectual e está entre as indicações mais frequentes para a análise de DNA, a consulta genética e diagnóstica pré-natal. Estima-se que a incidência da síndrome ocorra em 1 em cada 4.000 nascimentos masculinos e em 1 em 8.000 meninas. O nome “X-frágil” refere -se a um marcador citogenético no cromossomo X, um sítio frágil no qual a cromatina não se condensa apropriadamente durante a mitose. As características físicas, geralmente, são marcantes no gênero masculino, mas, podem afetar o gênero feminino (FRYNS, 1986 apud CARVALHO, 2003).

Ainda que ocorra em ambos os sexos, afeta mais frequentemente os meninos e geralmente com grande severidade. A incidência ocorre, aproximadamente em cada 2000 nascimentos de meninos, 1 é afetado, e em cada 4000 meninas nascidas, 1 é portadora da mutação, porém com quadro mais brando. A maior frequência em homens é atribuída ao fato de eles apresentarem apenas 1 cromossomo X. Como as mulheres apresentam 2 cromossomos X, um sadio compensa o outro.

Dentre as características predominantes no gênero masculino, constam: hiperatividade, impulsividade, concentração reduzida, dificuldade em lidar com os estímulos sensoriais, impaciência ou agressividade em situações altamente estimulantes, ansiedade social, recusa ao pedido de interação social, dificuldade de adaptação, desagrado com alterações de rotina, baixa tolerância à frustração, irritabilidade e explosões emocionais, comportamento ritualístico, estereotípias, facilidade para imitação, evitação do contato visual e tátil (CARVALHO, 2003, apud RUIVO, 2010, p.2).

Os indivíduos afetados pela síndrome do X Frágil geralmente tem um atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem aos dois anos. A maioria dos homens com a síndrome do X frágil tem de ligeira a moderada deficiência intelectual, enquanto cerca de um terço das mulheres afetadas são intelectualmente deficientes. Crianças com a

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

síndrome do X Frágil podem também ter ansiedade e comportamento hiperativo, como inquietação e impulsividade. Podem sofrer ainda de Desordem do Déficit de Atenção (DDA), o que inclui não conseguir prestar atenção e dificuldade de concentração para tarefas específicas. Cerca de um terço dos indivíduos com a síndrome do X Frágil tem as características do autismo de amplo espectro, desordem que afeta a comunicação e a interação social. Convulsões ocorrem em cerca de 15% dos meninos e 5 % das meninas afetadas com a síndrome do X Frágil.

As características físicas, geralmente, são marcantes no gênero masculino, mas, podem afetar o gênero feminino. As mais frequentes são: face alongada; orelhas grandes ou em abano; macrorquidia (testículos aumentados); testa proeminente; palato em ogiva; estrabismo; e alterações no aparelho osteoarticular.

13 ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO



Fonte: ceducaprofissional.com.br

No Brasil, há mais de 2,5 milhões (3,5-5%) de alunos com altas habilidades/superdotação – AH/SD matriculados nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, de acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde. No entanto, a falta de identificação desses alunos, nas escolas, impede a organização de ações voltadas para suas especificidades. Os alunos com AH/SD são público-alvo da Educação Especial e necessitam de Políticas Públicas que amparem e garantam sua real inclusão no ensino regular comum, pois percebe-se que estes não têm suas necessidades

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

atendidas em razão das dificuldades no processo de identificação, assim como dos mitos que os circundam. Nesse sentido, a inclusão tem como um dos seus objetivos aceitar e trabalhar com a diferença no contexto escolar, para, assim, possibilitar o acesso ao conhecimento, de modo que:

[...] a escola que pretende seguir uma política de Educação Inclusiva (EI) desenvolve políticas, culturas e práticas que valorizam a contribuição ativa de cada aluno para a formação de um conhecimento construído e compartilhado – e, desta forma, atinge a qualidade acadêmica e sociocultural sem discriminação (RODRIGUES, 2006, apud BRANCO, 2017 p.25).

A fim de compreender o panorama sobre as altas habilidades/superdotação, este estudo tem como objetivos: apresentar uma revisão de literatura acerca de conceituações históricas, elencar as características da pessoa com altas habilidades/superdotação descritas pelos principais pesquisadores da área e dialogar sobre a importância do envolvimento do professor, do psicólogo e dos demais profissionais no processo de identificação destes alunos.

13.1 Evolução conceitual dos termos adotados ao longo da história no Brasil: dotação, supernormais, bem-dotados, talentos, altas habilidades/superdotação

A polêmica acerca da terminologia mais adequada para se referir às pessoas com altas habilidades/superdotação não é recente, sendo possível constatar nos registros históricos existentes no Brasil que, desde 1924, há discordância entre os autores sobre quais termos devem ser adotados. Um exemplo do que se afirma, foi registrado por Novaes (1979) ao apontar um relatório de Ulisses Pernambuco, no qual este já fazia distinção entre crianças “super- -normais” e “precoces”. A terminologia “super” foi adotada por Leoni Kaseff em 1931, e o referido autor foi o precursor do uso do termo “super-normais”, com o prefixo “super” utilizado na legislação estadual do Rio de Janeiro e na Reforma do Ensino Primário, Profissional e Normal, nas quais se previa a seleção de alunos com AH/SD desde as séries iniciais.

Concomitantemente, o atendimento junto ao público-alvo da Educação Especial, em específico, àqueles com altas habilidades/ superdotação, no Brasil, teve início em 1929, com o convite do Governo de Minas Gerais a Helena Antipoff, para ministrar aulas de Psicologia Experimental na Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, em Belo Horizonte. Nesse período, Antipoff implantou ideias inovadoras e foi precursora desse

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

trabalho no país, desenvolvendo projetos e estudos que fomentaram programas de pesquisa na área da Educação em relação a esse tema. Sob esse formato, constituiu-se sua principal contribuição à educação dos “excepcionais”, termo adotado na época para designar os que possuíam deficiência, mas também aos que apresentavam inteligência acima da média.

No ano de 1938, Antipoff fundou a Sociedade Pestalozzi, em Belo Horizonte, com o marco da identificação de oito crianças supernormais, em que modificou a característica da instituição, mas também deu visibilidade ao atendimento de crianças com altas habilidades/superdotação. Sua preocupação com alunos que apresentavam características de AH/SD no meio rural e em classes menos favorecidas tornou-se um referencial no trabalho com esse segmento, em particular por ir contra o movimento que considerava que havia predominância desses indivíduos nas classes alta e média. Em razão do extenso trabalho desenvolvido, Antipoff tornou-se referência fundamental para a área no Brasil.

Influenciado por Antipoff, no ano de 1967, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) editou uma portaria, em que criou uma comissão que indicou um rol de critérios para que houvesse a identificação e, conseqüentemente, atendimento a esse alunado. Em 1971, a Lei 5.692, que estabelece as diretrizes e reforma do Ensino de 1º e 2º graus, em seu art. 9º, aborda pela primeira vez o termo “superdotado”, determinando que alunos identificados como tal devessem receber tratamento especial. Após a promulgação dessa lei, o Centro Nacional de Educação Especial (Cenesp), lançou o Projeto Prioritário nº 35, que implantou uma política voltada para aluno com altas habilidades/superdotação.

No ano de 1972, o Brasil foi influenciado pelo “Relatório Marland”, proposto pelo Departamento de Saúde e Bem Estar dos Estados Unidos, no qual as AH/SD foram consideradas por uma perspectiva multidimensional em decorrência, por exemplo, da Teoria das Inteligências Múltiplas de Howard Gardner, que identificou uma compreensão das AH/SD em que várias áreas foram contempladas, dentre elas: a capacidade intelectual; o talento especial para artes visuais, a capacidade de liderança, as artes dramáticas e músicas, bem como a capacidade psicomotora. No que diz respeito às terminologias especificadas, evidencia-se uma ausência de concordância entre os especialistas da área, pois, enquanto alguns defendem a supressão do termo “superdotado”, por considerá-lo demasiadamente tendencioso e elitista, outros fazem uso do

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

termo de forma equivalente ao talento; outros ainda optam por denominar esses indivíduos como “aprendizes capazes”, pois se referem não ao indivíduo, mas ao desenvolvimento de comportamentos superdotados. Entretanto, o termo “superdotação” não foi muito bem aceito nos meios educacionais e, para suavizar esse efeito, adicionou-se a expressão inglesa High Ability, que, em português, significa “capacidade elevada”. Guenther (2011) critica também a tradução dessa última expressão para “Altas Habilidades”, no plural, uma vez que a tradução correta de ability é capacidade, e a passagem do termo para o plural não se justifica, e faz perder a essência do conceito.

A dotação caracteriza-se por capacidades naturais notáveis denominadas de aptidões, em pelo menos um domínio de capacidade, com grau que coloca o indivíduo entre os 10% mais elevados no grupo de pares etários; e o talento volta-se para o desempenho notável de habilidades ordenadamente desenvolvidas, em pelo menos um campo de atividade humana, com o indivíduo tendo, no mínimo, 10% de desempenho mais alto quando comparado a grupos de pares etários que são ou já foram ativos em determinado período. Em termos conceituais e históricos caracteriza o superdotado como:

[...] uma criança como qualquer outra, mas há algo que a distingue: o talento. Todo talento deve ser estimulado, regado como se fosse uma planta. Entretanto, existe uma teoria antiquada, segundo a qual a criança superdotada encontra um caminho para desenvolver seus potenciais sob quaisquer circunstâncias. (Landau 2002, apud BRANCO, 2017 p.28)

Vale destacar que o termo superdotação não sofreu alterações por um período de vinte anos. Embora ainda existam autores que utilizam em suas obras os termos “altas habilidades”, “superdotação”, “talentos”, “bem-dotados”, dentre outros apresentados, ao longo dos anos, ocorreram algumas controvérsias na área e, portanto, em decorrência desses fatores, as terminologias ainda são adotadas de modos divergentes, inclusive por documentos oficiais. A Política Nacional de Educação Especial apresentou, em 1994, por meio do MEC, uma primeira definição de aluno com AH/SD, cuja caracterização voltou-se para um:

[...] notável desempenho e elevadas potencialidades em qualquer dos seguintes aspectos isolados ou combinados: capacidade intelectual geral, aptidão acadêmica específica, pensamento criativo ou produtivo, capacidade de liderança, talento especial para artes e capacidade psicomotora (BRASIL, 1994, apud BRANCO, 2017, p. 29).

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

Posteriormente, em 2001, a Resolução CNE/CEB nº 2 institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, que, em seu artigo 5º, inciso III, define os educandos com altas habilidades/superdotação como aqueles que apresentam grande facilidade de aprendizagem, levando-os a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes. No âmbito do governo federal, foram instituídos, em 2005, os Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação (NAAHS) em todos os estados brasileiros, com a missão de atuar em três eixos: aluno, professor e família. Embora essas ações consistam em vislumbrar um impacto positivo num país que até esse período não havia promovido nenhuma ação promissora relativa a esse grupo, os NAAHS não alcançaram grandes avanços, em razão das condições de implantação de políticas públicas voltadas para essa demanda.

13.2 Um gênio, um prodígio ou simplesmente precoce?

É importante a busca pela compreensão do que significa cada um dos termos (gênio, prodígio ou precoce) e de que forma o aluno pode ser percebido, um prodígio ou precoce e, quando utilizar o termo “gênio”. A questão pertinente ao Quociente de Inteligência (QI) é restrita a psicólogos, profissionais habilitados, para a aplicação de testes de inteligência e focam prioritariamente a identificação das inteligências na área de lógica e de lógica-linguística, restringindo a identificação das inteligências múltiplas, portanto, apesar de o teste de QI ser de altíssima qualidade e importância, para a identificação de alunos com indicadores de AH/SD e de suas habilidades matemáticas, não se deve focar apenas nesta possibilidade, pensando também na importância em identificar as inteligências mais específicas e não somente as identificadas por testes de QI. Alunos encaminhados para a avaliação psicológica e a identificação das inteligências comumente demonstram um comportamento que destoa do considerado padrão de normalidade e quando avaliados podem apresentar habilidades acima da média nas áreas de lógica e/ou de lógica linguística, porém existem formas de identificar outras inteligências e nem sempre alunos encaminhados para avaliação, por meio dos testes psicométricos demonstrarão um QI elevado, portanto, para dimensionar a inteligência e se precoce, prodígio ou gênio este parâmetro não é único e determinante, pois há um conjunto de indicadores no contexto que proporcionam a comparação entre uma pessoa que foi precoce, que é prodígio e que poderá vir a ser

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

um gênio. Dentro da área de estudos chegou-se a denominações conforme o perfil e indicadores de informações que definiram os alunos e após a leitura de alguns referenciais teóricos, chegou-se a uma breve síntese do que está posto no material do Ministério da Educação e Cultura (MEC), altas habilidades/superdotação. Acerca do assunto, onde estão descritos como:

- **PRECOCE** – pessoas que apresentam alguma habilidade específica desenvolvida muito cedo em qualquer área do conhecimento, porém, mesmo que seja exacerbada essa habilidade não significa que haverá futuro proeminente. Crianças precoces podem ser facilmente identificadas por demonstrarem maior facilidade, em uma área do conhecimento, que crianças da mesma idade. Estas pessoas apresentam um alto potencial aquisição de informações, o qual permanece no futuro se houverem estímulos intrínsecos e/ou extrínsecos. Além do que, é possível entender que crianças precoces são mais comumente identificadas dentre os alunos com AH/SD.
- **PRODÍGIO** – uma criança precoce que, ainda na infância, demonstra uma habilidade extremamente especializada, com facilidade e rapidez de raciocínio em algum campo específico do conhecimento, tal qual a de um adulto profissional e que será permanente. Podem em alguns casos demonstrar um desempenho extraordinário em várias áreas, porém seu interesse por uma determinada área é revelado e relevante para sua satisfação pessoal. Esta identificação torna-se rara por necessitar de circunstâncias diversas para poder explorar e desenvolver seu potencial e a priori quando este é alavancado passa a ser notória a expressão do talento em nível excepcional.
- **GÊNIO** – são considerados gênios aqueles que de alguma maneira deixaram um legado, algo que marcou e faz significativa diferença para a humanidade, seja na área da medicina, da tecnologia, ou qualquer outra que se possa usufruir das descobertas e criações por estes deixados.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) indica o aluno de Altas Habilidades/Superdotação como parte da Educação Especial, portanto devem ser disponibilizados a esses alunos, assim como a todos

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

da educação especial, recursos e serviços orientados para a promoção de sua participação e aprendizagem escolar, inclusive atendimento especializado de forma suplementar ou complementar ao ensino comum. Os alunos com Altas Habilidades/Superdotação não encontram dificuldade para matrícula na escola comum, no entanto devido a vários mitos que os acompanham, eles acabam passando despercebidos ou tentam disfarçar suas aptidões para serem aceitos no grupo. Esses alunos podem ter desvantagens, por atitudes negativas em relação a si mesmo e crenças de que não precisam de atendimento diferenciado para desenvolverem todo seu potencial, seus talentos. Segundo o MEC, os alunos com Altas Habilidades/Superdotação são:

Aqueles que demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes; também apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas do seu interesse. (BRASIL, 2008, apud MELLO, 2014, p.5)

A pioneira na implementação de estudos da superdotação no Brasil, Dr^a Eunice Soriano de Alencar, chama a atenção para a implementação de programas educacionais aos alunos com Altas Habilidades/Superdotação e sobre a importância para o país e para o mundo, o desenvolvimento desses talentos. Ela diz:

[...]de seus profissionais, da extensão em que a excelência for cultivada e do grau em que condições favoráveis ao desenvolvimento do talento, sobretudo do talento intelectual, estiverem presentes desde os primeiros anos da infância. O fato de que uma boa educação para todos não significa uma educação idêntica para todos tem levado a um interesse crescente pelos alunos mais competentes e capazes, a par de uma consciência de que um sistema educacional voltado apenas para o estudante médio e abaixo da média pode significar o não reconhecimento e estímulo do talento e consequentemente, o seu não aproveitamento. (ALENCAR, 2001, apud MELLO, 2014, p.5).

Reconhecer o potencial do aluno com Altas Habilidades/Superdotação para o desenvolvimento da tecnologia, cultura e educação de nosso país é de particular importância. Não podemos desperdiçar essas inteligências, já que por toda parte existem jovens e crianças esperando por melhores oportunidades e desafios às suas capacidades. Compreender as características dos alunos com Altas Habilidades/Superdotação e a articulação com o conhecimento acerca dos processos de construção da aprendizagem, possibilitam aos professores do ensino comum uma melhor elaboração de estratégias de ensino que potencializem as habilidades identificadas. Dessa forma estaremos contribuindo para um melhor desenvolvimento desses alunos.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

14 INCLUSÃO E INTEGRAÇÃO NO CONTEXTO EDUCACIONAL



Fonte: lacerdopolis.sc.gov.br

A Educação no Brasil vive um momento único, nunca na história deste país houve tanta modificação na área educacional quer seja pela pressão do neoliberalismo com vista nos acordos econômicos ou em nome do desenvolvimento. Assim as políticas públicas da educação interferem na escola, instituição responsável pela sistematização científica do conhecimento, que busca ajustar-se as novas determinações, um tanto confusa quanto as interpretações de integração e inclusão.

Percorrendo os diferentes períodos da história universal, desde os mais remotos tempos, evidenciam-se teorias e práticas segregadoras, inclusive quanto ao acesso ao saber. Poucos podiam participar dos espaços sociais nos quais se produzia e transmitiam conhecimentos. A pedagogia da exclusão tem origens remotas, condizentes com o modo como são construídas as condições de existência da humanidade em determinado momento histórico. (TAVARES,2006, apud MELLO,2014 p. 08).

Este desequilíbrio justifica-se na confusão originada no início da estruturação da educação especial no país, visivelmente percebidos quando atentamos para os aspectos históricos e políticos da educação especial na legislação brasileira.

Na escola espaço tenso e turbulento, cada um desempenha o seu papel, e as relações entre os interlocutores maiores: professor e aluno tentam adaptar-se numa tentativa de organização e reestruturação de uma Educação para todos. As condições atuais de funcionamento da escola (no plano político, organizacional e institucional) são vistas “sob a forma de uma crise contínua” (DUBET, 2001, apud MELLO, 2014, p.8).

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

Para que se compreenda melhor o porquê dessa confusão na estruturação da educação especial, é importante entender o que foi a Integração e qual a proposta da Inclusão. A escola integrativa assemelha-se muito à escola tradicional, pois os alunos com deficiência e aqueles com dificuldades de aprendizagem são ignorados. Diretamente, associado ao acesso a uma escola pública ou a serviços públicos está o discurso integrador no Brasil, que trata do direito de convívio com os alunos da escola regular em ambiente menos restritivo pelas instituições filantrópicas e nas escolas regulares em classe especial, vistos como merecedores de “tratamento e ou atendimento especial” como apregoa a Lei nº 5.692/71. Assim a “pedagogia terapêutica” da visão organicista e assistencialista que visava atingir a integração social na visão mediacional única da escola, caiu em contradição por serem pouco relacionado com a escola regular, em termos de iniciativas, estruturação, entre outros aspectos. As pessoas com deficiência ficaram limitadas a uma posição passiva de adaptação aos modelos e soluções preestabelecidas no discurso da integração. Nota-se, até então, o foco maior nas Pessoa com Deficiência - PcD, onde estariam àqueles outros sujeitos necessitados também de atenção maior, de uma pedagogia integradora uma vez que estes se encontravam ignorados na sala de aula em processo de exclusão. Na perspectiva integrativa era válido excluir para integrar, era Escola Especial paralela à escola regular, pois garantia condições especiais de atendimento “educacional” destinado ao alunado “clientela”, visto que o misto de saúde e educação se fazia presente nela. Desta forma a escola integrativa classificava dois tipos de aluno os “normais” e os “deficientes”; estes condicionados a ambientes propícios para “desenvolver” comportamentos adequados. O objetivo da integração era “ajudar pessoas com deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal possível a elas, disponibilizando padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e padrões da sociedade”

Nos modelos integrativos eram oportunizadas condições e provisões diferentes para superação da deficiência (dificuldade) na tentativa de aproximá-lo dos padrões de normalidade. Sendo assim, o problema ou a dificuldade está centrada no aluno, em sua família, no grupo social ao qual pertence, assim a escola que permanece inalterada se exime de todo e qualquer impedimento causado. Dependendo do julgamento de profissionais da educação, a escola na tentativa de sanar o problema, inova com recursos, técnicas, estratégias e métodos como se houvesse uma receita pronta capaz de sanar todos os problemas e dificuldades. É necessário comentar sobre a

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

implantação da integração escolar no Brasil, já que críticas indiscriminadas foram lançadas sobre esse tipo de atendimento, principalmente, pelas classes especiais que atenderam alunos com deficiência mental, pois,

A implantação desse modelo integracionista não respeitou as suas próprias indicações: não foi oferecido o referido conjunto de serviços de maneira a garantir que o encaminhamento respeitasse as características individuais e as necessidades das pessoas; o encaminhamento para a educação especial não se justificava pela necessidade do aluno, e sim por este ser rejeitado na classe comum; não foram seguidos os princípios de transitoriedade, ou seja, de permanências do aluno em ambientes exclusivos de educação especial por tempo determinado (MANTOAN, 2006, apud MELLO, 2014, p10).

O que se verificou nesse modelo, é que os alunos continuaram em instituições especializadas e classes especiais, quando o que se pretendia era a inclusão desses alunos no ensino comum. A inclusão escolar questiona dois critérios colocados pela integração em relação à escolarização de pessoas com deficiências: a falta de mudança na escola comum mantendo os moldes atuais e esperando que os alunos se adaptem a ela, e o acesso condicional de alguns alunos às classes comuns. Em contraponto a esse modelo tem-se a inclusão escolar cujo objetivo é tornar reconhecida e valorizada a multiplicidade nos processos de aprendizagem, propiciando condições à aprendizagem as quais são inerentes ao ser humano. Quer dizer que as limitações apresentadas pelos sujeitos, deve ser considerada apenas como mais uma informação para se realizar o planejamento. Deve-se dar ênfase nas possibilidades do sujeito, buscando alternativas favoráveis para seu pleno desenvolvimento, autonomia escolar e social. A escola ou ensino inclusivo tem por princípio fundamental que todos os alunos, sempre que possível independente das dificuldades, deficiências habilidades, origens socioeconômicas ou culturais devem aprender juntos em escolas e salas que possam prover todas as necessidades.

Entende-se por inclusão a garantia, a todos, do acesso contínuo ao espaço comum da vida em sociedade, sociedade essa que deve estar orientada por relações de acolhimento à diversidade humana, de aceitação das diferenças individuais, de esforço coletivo na equiparação de oportunidades de desenvolvimento, com qualidade, em todas as dimensões da vida. (MENDES, 2009, apud MELLO, 2014, p. 11)

Muito se tem escrito sobre as diferenças entre “integração” e “inclusão, ” a integração pressupõe uma “participação tutelada” numa estrutura com valores próprios

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

e ao qual, o aluno “integrado” tem de se adaptar. Diferentemente, a inclusão pressupõe uma participação plena numa estrutura em que os valores e práticas são delineados tendo em conta todas as características, interesses, objetivos e direitos de todos os participantes no ato educativo. O fator mais importante a ser resolvido é incluir e garantir uma educação de qualidade para todos, bem como as questões referentes à função social da escola, levando em conta as dimensões essenciais a serem garantidas, isto é, a diversidade e a heterogeneidade dos educandos, bem como a complexidade da prática pedagógica. Portanto, é preciso que se efetive a inclusão. Uma transformação na escola regular, nas estruturas organizacionais deve acontecer, a princípio desfazendo práticas segregacionistas, isto implica no questionamento de valores, concepções já internalizados e práticas discriminatórias não só em relação à PcD, mas a todos os educandos.

O conceito de inclusão no âmbito específico da educação implica inicialmente em rejeitar a exclusão (presencial ou acadêmica) de qualquer aluno da comunidade escolar. Para isso, a escola que pretende seguir uma política de educação inclusiva deve desenvolver práticas que valorizem a participação de cada aluno (RODRIGUES, 2006, apud MELLO, 2014 p. 13).

Mudanças na educação brasileira no que diz respeito à inclusão devem ocorrer, não ações isoladas, mas sim um conjunto de ações em nível de sistema de ensino para garantir que todas as unidades que o compõe, ultrapassem o nível em que estão. Ter boa vontade muitas pessoas e instituições têm, mas fazer acontecer a verdadeira inclusão esse é o grande desafio da escola. A escola deve promover tanto o convívio do aluno com necessidades especiais com os demais alunos, como criar práticas que adaptem o conhecimento que o aluno já possui aos novos conhecimentos acadêmicos que ele precisa aprender. Cada escola deve buscar seu caminho a partir da sua realidade. É importante conhecer outras realidades até para se aperfeiçoar, melhorar, no entanto cada escola e cada aluno são únicos, e como fazer a inclusão acontecer, cada escola com seus profissionais, pais e alunos devem desenvolver juntos nem todas as diferenças, necessariamente, inferiorizam as pessoas. Há diferenças e há igualdades, e nem tudo deve ser igual nem tudo deve ser diferente.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

15 INCLUSÃO NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS ASPECTOS LEGAIS

Segundo a Secretaria de Educação Especial – MEC (2010), no Brasil a Educação Especial surgiu na época do Império, com a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, hoje Instituto Benjamim Constant (IBC), e o Instituto dos Surdos Mudos – (INES), ambos no Rio de Janeiro. O Instituto Pestalozzi surge já no século XX em 1954 e é fundada a primeira APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

Em 1945, é criado nesse instituto o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação. Sua fundadora foi Helena Atipoff. O sistema de ensino no Brasil caracterizou-se por práticas discriminatórias, privilegiando um grupo. As leis existentes firmavam e legitimavam essa prática. A partir dessa perspectiva, foi necessário buscar alternativas legais para superar as exclusões existentes. Com a democratização da escola, evidenciou-se a necessidade de repensar as questões de igualdade e diferença. Acompanhando a necessidade de mudanças, começa iniciativas para políticas nacionais, a fim de rever a organização das escolas e classes especiais.

Somente no ano de 1961 que o atendimento às pessoas com deficiência aparece na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, na Lei 4.024/61, indicando que seu atendimento fosse, preferencialmente, dentro do sistema geral de ensino. Em 1973 foi criado o Centro Nacional da Educação Especial pelo MEC que impulsionou ações educacionais no campo da inclusão, mas de forma ainda bastante tímida. A educação especial era tratada como políticas especiais, ou seja, à parte da educação e políticas da escola comum. No caso dos alunos superdotados, apesar de estar inserido no ensino regular, seu atendimento especializado não foi organizado, nesse período nenhuma política de acesso universal a educação foi efetivada. Somente em 1988 a Nova Constituição Federal Art. 208 estabelece igualdade de condições de acesso e permanência na escola e garantia de atendimento especializado, preferencialmente, na rede de ensino regular. Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com a Lei nº 8.069/90, artigo 55 reforçando os dispositivos legais para matrícula no ensino regular. Atualmente a LDB, Lei nº 9.394/96 no artigo 59, recomenda que os sistemas de ensino devam garantir aos alunos currículos adaptados, métodos e recursos diferenciados, e organização para atender suas especificidades.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

O decreto nº 3.298, criado em 1999, regulamenta a Lei nº 7.853/89, dispõe sobre as Políticas Nacionais para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e define como modalidade transversal a todos os níveis de ensino, fortalecendo a atuação complementar da educação especial dentro das escolas. A Resolução CNE/CEB nº 2/2001 no artigo 2, coloca que a educação especial deve dar atendimento complementar ou suplementar à escolarização. Em 2003 o Ministério da Educação/ Secretaria da Educação Especial implanta o Programa de Educação Inclusiva. Outros decretos vieram para reforçar a luta por uma educação inclusiva de qualidade.

Em 2005, houve a implantação dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação em todos os estados para atendimento educacional especializado, orientações das famílias e formação continuada para professores. Já, em 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, assegura um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino. O Decreto nº 6.571/08 dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (AEE) que complementa e suplementa a educação do aluno. Em 2009 foi criada as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica – Modalidade Educação Especial Resolução – nº 4 CNE/CEB 2009. Em agosto desse mesmo ano o Decreto nº 6.949, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com deficiência e seu Protocolo Facultativo, que foi assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. Trata do primeiro grande tratado internacional de direitos humanos do século XXI, tendo obrigações jurídicas impostas ao Estado e a sociedade brasileira. Ainda no mesmo direcionamento legal, promulga a Lei nº 12.796/2013 que altera a Lei nº 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tratando da obrigatoriedade escolar, padrões nacionais de funcionamento na Educação Infantil e, em relação à educação especial altera os artigos 4º III, artigo 59 e 60 em Parágrafo Único. A referida trata da obrigatoriedade escolar, padrões nacionais de funcionamento na Educação Infantil, a partir dos quatro anos de idade, como mínimo de horas de trabalho pedagógico e dias letivos, trazendo orientações para o combate à desigualdade. Ainda determina realização de recenseamento anual da população excluída da rede educacional, também a necessidade de valorizar e oferecer condições técnicas e materiais de trabalho à rede de proteção aos direitos da criança, principalmente aos Conselhos Tutelares. De acordo com a Resolução 02/01, a opção brasileira é de manter serviços especializados em caráter extraordinário e transitório. Atender esses

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

alunos nas classes comuns implica em atentar para mudanças nos sistemas de ensino, das escolas, da prática dos profissionais da educação em suas diferentes dimensões, respeitando suas particularidades.

Para Montoan (1999 apud GLAT, 2002, p. 26), vale sempre enfatizar que a inclusão de indivíduos com necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino não consiste apenas na sua permanência junto aos demais alunos, nem na negação dos serviços especializados àqueles que deles necessitem. Ao contrário, implica uma reorganização do sistema educacional, o que acarreta a revisão de antigas concepções e paradigmas educacionais na busca de possibilitar o desenvolvimento cognitivo, cultural e social desses alunos, respeitando suas diferenças e atendendo às suas necessidades.

A inclusão deve ser caracterizada como um processo que está sendo desenvolvido à medida que novas soluções são encontradas e estruturadas, às barreiras impostas à aprendizagem desses alunos, no entanto, continuam e novas barreiras surgirão espera-se que, conseqüentemente novas alternativas deverão ser buscadas.

15.1 Inclusão enquanto princípio e prática

O conceito de inclusão não se refere apenas às pessoas com algum tipo de deficiência, mas sim ao atendimento à diversidade humana, diferentes contextos étnicos, linguísticos e culturais, convicções religiosas, situação social tanto quanto habilidades e limitações. Defendendo o direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação surgiu o movimento mundial pela educação inclusiva: uma ação política, cultural, social e pedagógica, num ambiente de ensino onde todos possam aprender, tendo deficiência ou não; assim denominada de educação inclusiva. O termo inclusão implica a modificação da sociedade como um pré-requisito para a pessoa realizar seu desenvolvimento e exercer a cidadania. O ser humano em sociedade sendo capaz de desenvolver todo seu potencial, aprendendo e convivendo com as diferenças. Inclusão, deve ser entendida, como um processo no qual a sociedade se organiza para incluir as pessoas com necessidades especiais, ao mesmo tempo em que estas se instrumentalizam para assumir seus papéis na sociedade, constituindo desta forma uma ação bilateral na qual as minorias excluídas em conjunto com a sociedade buscam resolver

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

problemas, decidir sobre soluções e efetivar as condições para equiparação de oportunidades para todos. As diferenças devem ser aceitas e respeitadas, num esforço mútuo de todos, na busca pelo aprimoramento da prática educativa, num desafio decoragem em assumir um sistema educacional para todos os alunos, a partir da crença que todos os alunos devem aprender juntos, independente de suas dificuldades ou talentos, deficiência, origem socioeconômica ou cultural. Para que isto ocorra, efetivamente, torna-se necessário respeitar as especificidades peculiares de cada ser humano. Temos a necessidade e o desafio de repensar inclusão que diz respeito à busca da construção de uma sociedade justa e igualitária na qual todos os envolvidos que atuam na educação não considerem unicamente os educandos da educação especial como aqueles que necessitam ser incluídos, mesmo porque no decorrer da história da humanidade as sociedades firmavam-se e pautavam-se em princípios que reforçavam a homogeneização. A inclusão é um processo e um dos seus principais obstáculos é a exclusão dos alunos diante da sociedade e a comunidade escolar em geral. Um exemplo de exclusão é a nomenclatura que algumas pessoas destinam às pessoas com deficiência que, ao invés de serem nomeada pelo nome são identificadas pela deficiência: o cego, o surdo e, assim sucessivamente. Essas nomenclaturas são fatos históricos. O caminho da mudança de nomenclatura passou também por uma história. Os deficientes eram chamados de "idiotas" antigamente e não se pensava em pessoas que poderiam ser ensinadas e sim, excluídas." Outras nomenclaturas como, abobado, retardado, entre outras, eram usadas para ofender e julgar essas pessoas. As leis que regem a educação especial, também trazem terminologias discriminantes, como a Constituição Federal de 1988, a LDB (9394/96) que descrevem "educandos portadores de necessidades especiais". A terminologia mais usada de acordo com Pinto, (2005) foi referenciada pela Declaração de Salamanca em 1994 – Declaração Mundial de Educação para Todos (UNESCO) – faz referências às "necessidades educativas especiais". Outros autores também apresentam termos pejorativos como "deficientes", "excepcionais", etc. A terminologia faz grande diferença quando se trata da aplicação de leis no que diz respeito à inclusão, pois pode mudar completamente a compreensão do que se pretendia para o que se é interpretado.

Quem define as terminologias acaba sendo os professores e gestores mais próximos ou distantes da escola, por isso é necessário considerar que quando é

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

realizadas as propostas, programas e outras iniciativas direcionadas à inclusão, são os educadores que atribuem significados pelas escolhas das palavras ao representar o poder de definir identidades, currículos e práticas escolares. A inclusão vem quebrar paradigmas contrapondo-se aos sistemas educacionais. Ela não aceita a fixação de modelos ideais para frequentar a escola, normal e especial por exemplo. Contrapõem-se a programas, currículos, avaliações que mantêm essa separação. Ambientes escolares inclusivos baseiam seus fundamentos na concepção de identidade e diferenças não em oposições contrárias como normal/especial, branco/negro entre outras. Segundo a revista A Escola Comum Inclusiva :

Na perspectiva da inclusão escolar, as identidades são transitórias, instáveis, inacabadas e, portanto, os alunos não são categorizáveis, não podem ser reunidos e fixados em categorias, grupos, conjuntos, que se definem por certas características arbitrariamente escolhidas. (BRASIL, 2010, apud MELLO, 2014 p.19).

A educação inclusiva entende as diferenças como resultados da multiplicidade e não da diversidade, isso quer dizer que é uma educação que garante o direito à diferença.

A diferença (vem) do múltiplo e não do diverso. Tal como ocorre na aritmética, o múltiplo é sempre um processo, uma operação, uma ação. A diversidade é estática, é um estado, é estéril. A multiplicidade é ativa, é fluxo, é produtiva. A multiplicidade é uma máquina de produzir diferenças – diferenças que são irredutíveis à identidade. A diversidade limita-se ao existente. A multiplicidade estende e multiplica, prolifera, dissemina. A diversidade é um dado – da natureza ou da cultura. A multiplicidade é um movimento. A diversidade reafirma o idêntico. A multiplicidade estimula a diferença que se recusa a se fundir com o idêntico (BRASIL, 2010, apud SILVA, 2000, p.100/101).

A diversidade na escola quer unir grupos idênticos, com alunos que possuem as mesmas características. No entanto, quando dizemos que a escola inclusiva é aberta a diversidade, eliminamos a possibilidade de agrupar os alunos em normais/especiais, ou seja, por suas características como grupo e passamos a olhá-lo individualmente. Existem três componentes práticos interdependentes do ensino da inclusão: o primeiro é a rede de apoio entre equipes e indivíduos que apoiam uns aos outros através de ligações informais e formais (escolas, distritos, agências comunitárias). O segundo é a consulta cooperativa e o trabalho em equipe, indivíduos de várias

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

especialidades trabalhando juntos no planejamento e implementação de programas para diferentes sujeitos em ambientes integrados. O terceiro e último componente é o aprendizado cooperativo, ou seja, o ensino realizado em uma atmosfera de aprendizagem, onde alunos com vários interesses e habilidades podem desenvolver-se na sala de aula. A escola inclusiva é a escola das diferenças, nessa perspectiva coloca em dúvida práticas e currículos excludentes. Não é fácil a adoção dessas práticas, pois dela depende mudanças de professores, gestores, especialistas, pais e alunos, e outros profissionais que compõem uma rede educacional. É preciso que a escola atual mude para tal, cada escola terá de encontrar soluções próprias para suas dificuldades. As mudanças podem acontecer por vontade política do coletivo da escola explicitado no seu Projeto Político Pedagógico e uma gestão escolar democrática. Ressalta-se que essas mudanças e desafios precisam ser assumidos por todos e decididos por todo coletivo escolar, o Atendimento em Salas de Recursos Multifuncionais ou o professor que nela atua, não podem ser um apêndice dentro da escola. Os horários e rotinas escolares precisam ser combinados e sistematizados para um bom aproveitamento de todos. Os professores do ensino comum e os da educação especial precisam sentar juntos para que seus objetivos específicos de ensino sejam alcançados, compartilhando um trabalho interdisciplinar e colaborativo para um melhor aproveitamento do aluno, tanto na sala de aula como no Atendimento Especializado. A construção de uma nova cultura de valorização das diferenças se fará através da garantia de acesso, participação e aprendizagem de todos os alunos nas escolas. A determinação e a possibilidade de inventar o dia a dia vêm rompendo com velhos paradigmas e tem sido a saída para a construção da escola inclusiva que desejamos.

Em todos os transtornos invasivos do desenvolvimento os sintomas aparecem nos primeiros anos de vida. Por isso é muito importante que os pais ou professores, ao detectarem algo diferente na criança, encaminhem-na para profissionais especializados, pois quanto mais cedo descobrir o diagnóstico, melhor será para o desenvolvimento da mesma. O diagnóstico é sempre muito difícil para a família. Há vários tipos de síndromes, um tratamento que é indicado para um pode não funcionar para o outro. Isso angustia ainda mais os pais, que depois de passarem pela fase da negação e do luto do filho ideal, começam a correr atrás de todos os tipos de tratamentos possíveis que ofereçam a cura. Muitas vezes acabam se decepcionando, pois, os Transtornos Globais do Desenvolvimento não tem cura e as melhorias no desenvolvimento e no

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

comportamento da criança vem com o tempo. É necessário conhecer a fundo “o problema” para que se possa trabalhar seu potencial e suas habilidades, pois cada pequena conquista é uma grande vitória para eles. É preciso comemorar, reconhecer e estimular, para que eles se tornem cada vez mais independentes.

Em suma a inclusão de alunos especiais no ensino regular é um processo que apresenta desafios à equipe de profissionais que atuam na escola. Assim, parece ser essencial, para que a escola regular seja inclusiva, que toda sua equipe compreenda os princípios da inclusão e realize ações para o seu desenvolvimento, contribuindo para que os alunos sejam agentes ativos na escola e não somente para que seja garantida sua permanência em sala de aula, sob quaisquer condições.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

16 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCORSI, M.I. A inclusão do estudante com deficiência intelectual na educação superior do IFRS Bento Gonçalves: um olhar sobre a mediação docente, Caxias do Sul, RS, 2016

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. Psicoses infantis. In: (Org.). Manual de psicopatologia infantil. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

ALENCAR, E.M.L.S. & FLEITH, D.S. Superdotação: determinantes, educação e ajustamento. São Paulo: EPU, 2001.

ALMEIDA (Org.). Temas em educação especial: Avanços recentes. São Paulo: EdUFSCar, 2004.

ÁLVARO, A.C. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5, São Paulo SP, 2014.

ALVES, C. N. O coordenador pedagógico como agente para a inclusão. In: SANTOS, M. P. dos; PAULINO, M. M. (Org.). Inclusão em Educação: culturas, políticas e práticas. 2. ed. Editora Cortez, São Paulo SP: 2008.

ARAÚJO, C. A. de. O processo de individuação no autismo. São Paulo: Menon, 2000.

BALL, S. MAINARDES. Políticas educacionais: questões e dilemas. São Paulo: Cortez, 2011.

BAPTISTA, C. R. Rev. Ação pedagógica e Educação Especial: a sala de recursos como prioridade na oferta de serviços especializados. Revista Brasília de Educação Especial, Edição Especial, SP Marília, 2011.

BARTALOTTI, C. C. Inclusão social das pessoas com deficiência: utopia ou possibilidade. São Paulo SP:2006.

BRASIL. Casa Civil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: CC, 1996.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora com Deficiência. Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais. Brasília, Corde, 1994.

BRASIL. Decreto nº 3956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília 2001

BRASIL. Decreto nº 7611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília 2011.

BRASIL. Decreto nº 8368, de 02 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília 2014

BRASIL. Direito à educação: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais: orientações gerais e marcos legais. 2. ed. Brasília: MEC, SEESP, 2006.

BRASIL. Diretrizes Operacionais do Atendimento Educacional Especializada na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, 2009.

BRASIL. Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF, 2012

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Decreto Nº 3.956, Brasília, DF de 8 de outubro de 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Formação Continuada a Distância de Professores para o Atendimento Especializado. Deficiência Física. Brasília, DF, MEC, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, DF, 2014.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. Estratégias e Orientações para a Educação de Alunos com Dificuldades Acentuadas de Aprendizagem Associadas às Condutas Típicas. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, 2008.

BRASIL. Nota Técnica nº 09, de 09 de abril de 2010. Orientações para organização dos Centros de Atendimento especializado. Brasília, DF, 2010

BRASIL. Nota Técnica nº 11, de 07 de maio de 2010. Orientações para a institucionalização da Oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em 127 Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares. Brasília, DF, 2010

BRASIL. Nota Técnica nº 20, de 18 de março de 2015. Dispõe orientações aos sistemas de ensino visando o cumprimento do artigo 7º da Lei nº 12.764/2012 regulamentada pelo Decreto nº 8368/2014. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Nota Técnica nº 55, de 10 de maio de 2013. Orientação à atuação dos Centros de AEE, na perspectiva da educação inclusiva. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Nota Técnica nº15, de 03 de março de 2015. Dispõe sobre a Avaliação técnica do indicador relativa ao cumprimento da Meta 4 prevista no Plano Nacional de Educação (PNE), instituído pela Lei nº 13005/2014. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Resolução nº02 de 11 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Conselho Nacional de Educação. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Resolução nº04 de 02 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Saberes e práticas de inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais de alunos com deficiência física/ neuro-motora. Brasília: MEC/ SEESP, 2006.

BRASIL. Transtornos Globais do Desenvolvimento. Brasília, DF, 2010.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

BRIANT, M. E. P.; OLIVER, F. C. Inclusão de crianças com deficiência na escola regular numa região do município de São Paulo: conhecendo estratégias e ações. Rev. bras. educ. esp., Marília SP: 2014.

CARVALHO, R. E. Removendo barreiras para aprendizagem. Porto Alegre RS 2011.

CARVALHO, R.E. Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva. Porto Alegre, RS, 2004.

CASTRO, T.M. Síndrome de Rett e Hidroterapia: Estudo de Caso. MG Lavras 2004.

CENESP. Diretrizes básicas para ação do Centro Nacional de Educação Especial. Brasília, MEC/CENESP, 1974.

CEREZUELA, C.; SILVA, M.A.M; MORI, N.N.R. Os atendimentos educacionais especializados para alunos com transtornos globais do desenvolvimento no Paraná. In: Transtornos Globais do Desenvolvimento e Inclusão: Aspectos históricos, clínicos e educacionais. Maringá PR: 2014

CUNHA, E. Autismo na escola: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar. 2 eds. Rio de Janeiro RJ: 2013.

D'ANTINO, M.E.F. Interdisciplinaridade e transtornos globais do desenvolvimento: uma perspectiva de análise. Caderno de Pós-Graduação de Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo SP, 2008.

FARIAS, Maria Isabel Sabino. Inovação, mudança e cultura docente. Brasília, DF, 2006.

FÁVERO, E. G. PANTOJA, L. Atendimento educacional especializado: aspectos legais e orientações pedagógicas. São Paulo: MEC/SEESP, 2007.

FERNANDES, S. Fundamentos para Educação Especial. Curitiba PR: 2007.

FERRARI, P. Autismo Infantil – o que é e como tratar. Paulinas SP 2012.

FIGUEIREDO, R. V. A formação de professores para a inclusão dos alunos no espaço pedagógico da diversidade. In: MANTOAN, M. T. E. (Org.). O desafio das diferenças nas escolas. Rio de Janeiro RJ: 2011.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

FILHO, J. F. B.; CUNHA, P. A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: transtornos globais do Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza CE:2010.

FLEITH, V. Aspectos concernentes às origens do psiquismo na estruturação das crianças autistas e psicóticas: contribuições ao contexto da educação inclusiva. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Paraná, Curitiba PR, 2012.

FOGLI, D. F. C. S.; FILHO. L. F. S.; OLIVEIRA. M. N. S de. Inclusão na educação: uma reflexão crítica da prática. In: SANTOS, M. P. dos; PAULINO, M. M. (Org.). Inclusão em Educação: culturas, políticas e práticas. 2. ed. São Paulo SP:2008.

FRANZIN, S. O diagnóstico e a medicalização. In: Transtornos Globais do Desenvolvimento e Inclusão: Aspectos históricos, clínicos e educacionais. Maringá, PR, 2014.

GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. Rev. bras. educ. esp., Marília SP, 2010.

GRIBOSKI, C. Opinião. Inclusão: revista de educação especial, Brasília, DF, 2008.

GROSCH, M. S.; SILVA, N. M. A. Políticas de formação continuada de professores: (Des) Caminhos na constituição da autonomia docente. In: SILVA, N. RAUCH, R.N. Formação de professores: Políticas, gestão e práticas. Blumenau SC: 2010.

JANNUZZI, G.M. A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas, SP, 2004.

JERUSALINSKY, A. A escolarização de crianças psicóticas. In: Psicanálise e desenvolvimento infantil – um enfoque transdisciplinar. Artes e Ofícios: Porto Alegre, RS, 2000.

JOSLIN, M. F. A. A política de inclusão em questão: uma análise em escolas da rede municipal de ensino de Ponta Grossa. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa MG, 2012.

KAJIHARA, O. Setenta anos de pesquisa sobre o autismo. In: Transtornos Globais do Desenvolvimento e Inclusão: Aspectos históricos, clínicos e educacionais. Maringá SC: 2014.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

KEHL, T.S A. Sala de recursos como apoio aos alunos com transtornos globais. Matinhos, PR: 2015.

KUPFER, M. C. Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais de desenvolvimento. Salvador: BA, 2000.

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

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. rev. ampla. São Paulo SP: Atlas, 1991.

LAZZERI, C. Educação inclusiva para alunos com autismo e psicose: das políticas educacionais ao sistema de ensino. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria RS, 2010.

LEITE, S. A. da S.; KAGER, S. Efeitos aversivos das práticas de avaliação da aprendizagem escolar. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro RJ, 2009.

LEONARDO, N. S. T.; BRAY, C. T.; ROSSATO, S. P. M. Inclusão escolar: um estudo acerca da implantação da proposta em escolas de ensino básico. Rev. bras. educ. esp., Marília SP:2009.

LIBÂNEO, C.; OLIVEIRA, J, F.; TOSCHI, M, S. Educação escolar: políticas, estrutura e organização. São Paulo SP: 2003.

MACHADO, E. V; MAZARRO, J. L. Diálogos com o professor sobre inclusão: Fatos e histórias. Brasília DF: 2008.

MACHADO, R. O atendimento especializado (AEE) e sua repercussão na mudança das práticas pedagógicas, na perspectiva da educação inclusiva: um estudo sobre as escolas comuns da rede municipal de Florianópolis/SC. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Estadual de Campinas, Porto Alegre RS, 2013.

MAINARDES (org.). Políticas educacionais: questões e dilemas. São Paulo SP: 2011.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. Educação e Sociedade. Campinas SP, 2006.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETTE E AUTISMO

MAINARDES, J. MARCONDES, M.I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. Educação e Sociedade, Campinas SP:2009.

MAINARDES, J. Reinterpretando os ciclos de aprendizagem. São Paulo SP: 2007.

MAINARDES, J. ALFERES, M. A. Sociologia das Políticas Educacionais: Contribuições de Roger Dale. Atos de Pesquisa em Educação. Curitiba SC, 2014.

MANTOAN, M. T. E. Ensinando a turma toda: as diferenças na escola. In: MANTOAN, M. T. E. (Org.). O desafio das diferenças nas escolas. Rio de Janeiro RJ: 2011.

MELLO, A. M. S. R. Autismo: guia prático. Brasília DF: 2001.

MENDES, E.G. A formação do professor e a política nacional de educação especial. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Educação Especial: Formação de Professores em Foco, São Paulo, 2009.

MENDES, E.G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro RJ:2006.

MENDES; M. A ALMEIDA; L. C. de A. ALMEIDA. (Org.). Temas em educação especial: Avanços recentes. São Paulo: 2004.

MENDONÇA, A.A. dos S. O computador como inovação para a aprendizagem de alunos com deficiência intelectual Uberaba MG, 2018.

MERCADANTE, M.T. SCAHILL, L. Psicofarmacologia da Criança. São Paulo SP: 2005.

MOORE, S. T. Síndrome de Asperger e a escola fundamental: Soluções práticas para dificuldades acadêmicas e sociais. São Paulo: SP 2005.

MOURÃO, R. P. Desenvolvimento, industrialização e ordenamento político: uma discussão sobre os Estados em Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek – dois Estados, uma “Ordem”. Revista História em curso. Belo Horizonte MG:2012.

NOGUEIRA, C. M. A história da deficiência: Tecendo a história da assistência à criança deficiente no Brasil. Rio de Janeiro: 2008.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

OZONOFF, S.; ROGERS, S. J.; HENDREN, R. L. Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da investigação actual. Lisboa: Climepsi 2003.

PARANÁ. Diretrizes Curriculares da Educação Especial para a construção de currículos. Curitiba SC: 2006.

PARANÁ. Diretrizes Municipais. Araucária PR: 2010.

PARO, V. H. Escritos sobre educação. São Paulo SP:2001.

PILETTI, N.; PILETTI, C. História da Educação. São Paulo: Ática, 2006.

REILY, Lúcia. Escola inclusiva: linguagem e mediação. São Paulo SP: 2004.

ROSSI, T. M. de F.; CARVALHO, E. N. S. de; ALMEIDA, S. F. C. Autismo e intervenção psicoeducacional. In: TRIMBOLI, A. et al. (Org.). Modernidad, tecnologia y síntomas contemporáneos: Perspectivas clínicas, políticas, sociales y filosóficas. Buenos Aires: Asoc. Argentina de Profesionales de Salud Mental-AASM, 2008.

SALGADO, A. M. Impasses e passos na inclusão escolar de crianças autistas e psicóticas: o trabalho do professor e o olhar para o sujeito. Curitiba SC, 2012.

SALGADO, S. da. S. Inclusão e processos de formação. In: SANTOS, M. P. dos; PAULINO, M. M. (Org.). Inclusão em Educação: culturas, políticas e práticas. 2. ed. Editora Cortez, São Paulo SP: 2008.

SANTOS S.A.dos, Política de educação especial e o atendimento educacional. Curitiba 2015

SASSAKI, R. K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro RJ:2003.

SAYÃO, Y; LEÃO, S. Negócio fechado: Mateus vai à escola. In M. C. Kupfer. (Org.). Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais no desenvolvimento. Salvador BA: 2000.

SERRA, D. Inclusão e ambiente escolar. In: SANTOS, M. P. dos; PAULINO, M. M. (Org.). Inclusão em Educação: culturas, políticas e práticas. 2. ed. São Paulo SP: 2008.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

SHIROMA, E. O; CAMPOS, R.F; GARCIA, R.C. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. Revista Perspectiva. Florianópolis SC:2005.

SILVA, F. C. T. Espaços, Tempos e Professores das Salas de Recursos e das Salas Comuns: expressões de cultura escolar. Caxambu MG: 2006.

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

VASQUES, C. K. Alice na biblioteca mágica: uma leitura sobre o diagnóstico e a escolarização de crianças com autismo e psicose infantil. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre RS, 2008.

VASQUES, C. K; BAPTISTA, C. R. Transtornos Globais do Desenvolvimento: o conhecimento em perspectiva. Revista Educação e Realidade. Porto Alegre RS, 2014.

VYGOTSKY L. S. A formação social da mente. São Paulo SP: 1984.

WERNECK, C. Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva. Rio de Janeiro RJ:2000.

WINDHOLZ, M. H.; PICCINATO, C. Implementando uma classe “piloto” com metodologia comportamental em uma escola inclusiva. In: E. G. MENDES; M. A ALMEIDA; L. C. de A. ALMEIDA. (Org.). Temas em educação especial: Avanços recentes. São Paulo SP: 2004.

BALL, S. M. Políticas educacionais: questões e dilemas. Editora Cortez, São Paulo. 2011.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa. 31 ed. Editora, Paz e Terra (Coleção Leitura), São Paulo, SP. 2005.

ZILLMER, P. J., DUBOIS, R.C., Arte na Inclusão de Jovens Com Transtornos Globais de Desenvolvimento, 1 ed., Editora Mediação, Porto Alegre RS. 2012.

PARANÁ. Departamento de Educação Especial. Diretoria de Políticas e Tecnologias Educacionais. Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD: Procedimentos e Encaminhamentos. Curitiba: 2016. Disponível em: http://www.educadores.diaa-dia.pr.gov.br/arquivos/File/ed_especial/tgd_unid2.pdf. Acesso em: 26/11/2020.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD: SÍNDROME DE ASPERGER, RETT E AUTISMO

CASTRO, T. M.; LEITE, J. M. R. S.; VITORINO, D. F. M.; PRADO, G. F. Síndrome de Rett e Hidroterapia: Estudo de Caso. [S.I.], 2004.

SANTOS, Shirley Aparecida dos. Transtornos Globais do Desenvolvimento – Construindo olhares, trilhando novos caminhos. [S.I]. Curitiba, 2015.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. [S.I]. 2013.

SANTOS, Priscila Costa; SANTOS, André Felipe Costa. Educação em contemporaneidade: temas emergentes. 1ª ed. Appris. Curitiba, 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.