

## TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

PESSIM, Larissa Estanislau<sup>1</sup>  
HAFNER, Maylu Botta<sup>2</sup>

### RESUMO

Segundo a ONU, o autismo acomete cerca de 70 milhões de pessoas no mundo. Em crianças, é mais comum que o câncer, a AIDS e o diabetes. Este artigo tem como objetivo descrever as características, tipos de tratamento e formas de estimulação, tanto para o autismo como para as outras síndromes que fazem parte dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Foi realizado um levantamento de dados com base no acervo bibliográfico e busca eletrônica de artigos. Os resultados encontrados mostraram que há diversos tipos de autismo, ou seja, o autismo se apresenta como um espectro, a criança pode ter um grau mais leve ou um grau mais acentuado.

**Palavras-chave:** Autismo. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Tratamentos.

### ABSTRACT

According to the UN, autism affects approximately 70 million people worldwide. In children is more common than cancer, Aids and diabetes. This article aims to describe the characteristics of autism and other syndromes that are part of the pervasive developmental disorders (PDD); treatments and ways of stimulation. We conducted a survey of data based on bibliographic collection and electronic search of articles. The results showed that there are different types of autism, the Autism presents as a spectrum, the child may have a lighter degree or a higher degree.

**Keywords:** Autism. Pervasive developmental disorders. Treatments.

## INTRODUÇÃO

*“Conta-me e esquecerei.  
Ensina-me e lembrarei.  
Envolve-me e aprenderei.”*

Benjamim Franklin

A categoria “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID)” inclui o Autismo, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e uma Categoria Residual denominada Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra Especificação (A.A.P., 1995).

Define-se TID como um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Formação de Psicólogos da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU/ACEG – Garça/SP.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça.

anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões, com aparecimento dos sintomas antes dos 36 meses (O.M.S., 1993).

Não é fácil ter um filho que não gosta de carinho, que não consegue falar como falam as crianças de sua idade e que fica sempre perdido no mundo social à sua volta.

Entender e dominar o mundo singular dos indivíduos com autismo é ter a oportunidade de participar de um milagre diário: a redescoberta do que há de mais humano em nós e neles (Mundo Singular, p. 19).

O objetivo deste artigo é identificar e descrever as características, diagnóstico, tratamentos, maneiras de estimulação, o conceito e a história das síndromes que fazem parte do TID.

Quanto à metodologia, foi realizado um levantamento de dados no acervo da Biblioteca Central da FAEF- Associação Cultural e Educacional de Garça - e busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados do Scholar Google Acadêmico, Scielo, Pubmed e Periódico CAPES. As palavras-chave usadas foram: autismo, transtornos invasivos do desenvolvimento, tratamentos.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TRANSTORNOS INVASIVOS ELECADOS**

A Síndrome de Asperger consiste num autismo de alta funcionalidade, no qual a criança nasce com a síndrome e a partir dos dois anos de idade começa a manifestar os primeiros sintomas (GALENTI, 2009).

A Síndrome de Asperger é uma condição ainda pouco conhecida e de difícil diagnóstico, devido à dificuldade na padronização ou definição. O aumento de casos diagnosticados faz com que se pesquise mais sobre o assunto, mas sua cura ainda está distante. Atualmente, é considerada uma síndrome por apresentar um conjunto de sintomas que pode ter mais de uma origem (FERREIRA, 2009).

No que se refere ao Autismo, o termo originário da palavra grega *autos*, que significa próprio, foi cunhado por Eugene Bleuler em 1911, para descrever um sintoma da esquizofrenia, definido como “estreitamento com o mundo exterior” (FRITH, 1989 citado por AMORIM, 2006).

Em 1943, Kanner descreveu, sob o nome “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, um quadro caracterizado por isolamento extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia. Esse

conjunto de sinais foi por ele visualizado como uma doença específica relacionada a fenômenos da linha esquizofrênica (ASSUMPÇÃO JR.; PIMENTEL, 2000).

O Autismo – chamado pela CID-10 de “Autismo Infantil” e de “Transtorno Autístico” pelo DSM-IV – manifesta-se desde a primeira infância, ou seja, antes dos 3 anos de idade. Atinge 3 a 4 vezes mais meninos que meninas. Caracteriza-se por problemas sérios nas interações sociais, na comunicação e no comportamento, o qual é bastante limitado, e de natureza repetitiva e estereotipada. Quase 50% das crianças autistas são mudas. Em quase dois terços dos casos, o autismo é acompanhado de retardo mental.

A síndrome de Rett é uma das causas mais frequentes de deficiência múltipla severa no sexo feminino. Andreas Rett identificou, em 1966, uma condição caracterizada por deterioração neuromotora em crianças do sexo feminino, quadro clínico bastante singular, acompanhado por hiperamonemia, tendo-o descrito como uma “Atrofia Cerebral Associada à Hiperamonemia” (Schwartzman, 2003).

Gradativamente observa-se desaceleração do crescimento cefálico, anomalias de marcha (ataxia/apraxia) convulsões, padrões respiratórios irregulares e escoliose.

Critérios Obrigatórios: (1) período pré e peri natal aparentemente normal, (2) desenvolvimento neuropsicomotor aparentemente normal nos 6 primeiros meses de vida, (3) perímetro cefálico normal ao nascimento, (4) desaceleração do crescimento cefálico entre 5 meses e 4 anos de idade, (5) déficit severo do desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva, acompanhado de grave retardo psicomotor (6) movimentos estereotipados de mãos, (7) aparecimento de apraxia ao andar entre as idades de 1 e 4 anos (8) tentativa diagnóstica entre 2 e 5 anos.

O Transtorno Desintegrativo da Infância, caracteriza-se por um período de desenvolvimento normal de, pelo menos, dois anos, seguido de uma desintegração rápida e espantosa da maior parte das competências adquiridas durante esse período. Essa desintegração é acompanhada do aparecimento de alterações qualitativas das interações sociais, da comunicação e do comportamento, características mais comuns também no autismo (DUMAS, 2011, p. 129 citado por OLIVEIRA, 2011).

Crianças com transtornos desintegrativos da infância podem apresentar desde ausência de linguagem com função comunicacional, até uma linguagem estruturada em termos formais da língua (com estruturas sintáticas obedecendo regras gramaticais), mas com graves alterações de significado (semânticas), uso funcional (pragmáticas) e aspectos narrativos.

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, é o diagnóstico dado aos sujeitos que apresentam características muito semelhantes aos dos outros transtornos

do TID, mas não se enquadram em nenhum transtorno devido a falta de clareza nos sintomas, pois se apresentam de forma incompleta. Incluem-se nesse quadro também o autismo atípico, que abrange indivíduos com alguns sintomas autísticos, porém não se encaixam no diagnóstico de autista. Deve-se esclarecer que há diversos quadros de autismo para diferentes pessoas, isso depende de fatores como, a idade e o nível intelectual de cada indivíduo, isso é o que se pode chamar de *espectro autista*. (RIVIÈRE, 2004 citado por OLIVEIRA, 2011).

### **Tratamentos de auxílio no comportamento e na comunicação para crianças autistas.**

As pesquisas demonstram que o tratamento mais eficaz é uma combinação de programas especializados, englobando: programa educacional, intervenções na comunicação, desenvolvimento de habilidades sociais e intervenção comportamental. Outros tratamentos, tais como terapia ocupacional e fisioterapia podem promover progressos porque atuam nas possíveis comorbidades, como dificuldades motoras e sensoriais (LEVY, S.; HYMAN, S. 2008).

Alguns autores afirmam que o planejamento do tratamento deve ser estruturado de acordo com as etapas de vida do paciente. Portanto, com crianças pequenas, a prioridade deveria ser terapia da fala, da interação social/linguagem, educação especial e suporte familiar. Já com adolescentes, os alvos seriam os grupos de habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade. Com adultos, questões como as opções de moradia e tutela deveriam ser focadas (BOSA, 2006).

Os tratamentos do autismo geralmente constituem programas intensos e abrangentes que envolvem a criança, a família e os profissionais, sendo indicado o início mais cedo possível. Os objetivos desses tratamentos são estabelecidos de acordo com as dificuldades e habilidades da criança, é muito importante levar em conta a fase de desenvolvimento em que ela se encontra.

Segundo Bosa (2006) alguns autores salientam quatro alvos básicos de qualquer tratamento: 1) estimular o desenvolvimento social e comunicativo; 2) aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; 3) diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano; e 4) ajudar as famílias a lidarem com o autismo.

Os principais métodos de intervenção para os tratamentos do autismo são:

- **Análise do Comportamento Aplicada (ABA):** é uma abordagem da Psicologia que é usada para a compreensão do comportamento e vem sendo amplamente utilizada no atendimento a pessoas com desenvolvimento atípico, como os transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs). ABA vem do *behaviorismo* e observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem (Lear, K., 2004). Não é uma cura, mas, segundo a evidência científica atual, é a terapia com melhores resultados. A evolução de cada pessoa através de um programa ABA depende de vários fatores, nomeadamente: a) das capacidades e competências do sujeito; b) das suas necessidades; e c) da forma como o modelo é implementado. Um programa ABA consiste numa terapia intensiva que pode ir até 40 horas semanais, por um período de aproximadamente 2 anos, em contexto escolar e/ou doméstico. Os terapeutas (normalmente três técnicos por cada aluno) trabalham com a criança na proporção de um para um, durante cinco a oito horas por dia, cinco ou sete dias por semana. Os programas ABA devem ser dirigidos por profissionais com formação avançada em análise comportamental e experiência supervisionada no desenho e implementação de programas ABA para alunos com autismo.
- **TEACCH – Treinamento e Ensino de Crianças com Autismo e Outras Dificuldades de Comunicação Relacionadas:** oferece estratégias cognitivas e comportamentais nos **tratamentos do autismo** que auxiliam os professores a intervir na capacidade de aquisição de habilidade do aluno. O método fornece técnicas de organização, estruturação, repetições e treinamento, considerando pré-requisitos importantes para a alfabetização. O ambiente físico e social é organizado com a utilização de recursos visuais, para que a criança possa prever e compreender as atividades diárias com mais facilidade e ter reações apropriadas. Os programas de TEACCH são geralmente dados em uma sala de aula, mas também podem ser feitos em casa e são usados em conjunto com aqueles destinados à sala de aula. Os pais trabalham com os profissionais como co-terapeutas para que as técnicas possam ter continuidade em casa. É usado por psicólogos, professores de educação especial, fonoaudiólogos e profissionais devidamente treinados.
- **Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS – Picture Exchange Communication System):** é um sistema de ensino que permite à criança com pouca ou nenhuma habilidade verbal comunicar-se usando figuras. O PECS pode ser usado em

casa, na sala de aula ou em vários outros ambientes. Um terapeuta, professor, pai ou mãe ajuda a criança a construir vocabulário e articular os desejos, observações ou sentimentos usando as imagens sistematicamente.

→ **Terapia fonoaudiológica:** inclui diversas técnicas e trata diversas questões desafiantes para crianças com autismo. Por exemplo, algumas pessoas com autismo não conseguem falar. Outros, porém, adoram falar. Pode ser que enfrentem dificuldades para compreender as informações, ou para expressar as suas necessidades. O objetivo do tratamento fonoaudiológico para os indivíduos com autismo é o de coordenar a mecânica da fala com o significado e o valor social da linguagem. O programa começa com uma avaliação individual feita por um fonoaudiólogo. A terapia pode, então, ser conduzida individualmente, em pequenos grupos, ou na sala de aula. Os objetivos individuais da terapia podem ser diferentes. Dependendo da aptidão verbal do indivíduo, o objetivo pode ser o domínio da língua falada, ou o aprendizado de sinais e gestos para se comunicar. De qualquer modo, o objetivo é ajudar a pessoa a aprender um tipo de comunicação útil e funcional. O tratamento é feito por fonoaudiólogos especializados em autismo. Os programas de terapia mais intensa incluem, também, a terapia da fala e da linguagem.

→ **Terapia Ocupacional (TO):** trabalha as habilidades cognitivas, físicas e motoras como um todo. O objetivo da TO é ajudar a pessoa a ganhar independência e a participar mais ativamente na vida, de um modo geral. Para uma criança com autismo, a terapia pode se concentrar nas habilidades lúdicas, pedagógicas e básicas para as atividades da vida diária. Primeiro, o terapeuta ocupacional avalia o nível de desenvolvimento da criança, bem como os fatores psicológicos, sociais e ambientais que possam estar envolvidos. Depois, o terapeuta planejará estratégias e táticas para o aprendizado de tarefas chave que serão praticadas em casa, na escola e em outros locais. A terapia ocupacional, de um modo geral, é administrada em sessões de meia hora ou até de uma hora, e a frequência está baseada nas necessidades da criança. As metas de um programa de terapia ocupacional podem incluir o aprendizado de atividades a serem realizados de modo independente, tais como se vestir, a comer, pentear o cabelo e etc., usar o banheiro, tanto quanto a melhoria das habilidades sociais, motoras especializadas e percepção visual. A terapia ocupacional é administrada por terapeutas ocupacionais registrados.

- **Fisioterapia:** concentra-se em qualquer problema do movimento que cause limitações funcionais. Crianças com autismo muitas vezes têm dificuldades motoras, tais como dificuldades para sentar, andar, correr e pular. A fisioterapia também pode tratar a falta de tônus muscular, equilíbrio e coordenação.
- **Acompanhamento psicopedagógico:** busca desenvolver recursos para a aprendizagem, instrumentalizando com técnicas que o facilitem a aprender, investindo no potencial (habilidades) encontrado.
- **Ludoterapia:** é a psicoterapia que se utiliza do lúdico como instrumento para a relação terapêutica. É realizada por meio de brinquedos e jogos. No caso específico de crianças autistas, a ludoterapia é um recurso auxiliar às demais terapias. Alguns autistas não possuem uma comunicação verbal suficiente que lhes permitam sustentar uma sessão de terapia e, aliado ao fato de que têm uma intensa predileção pela manipulação de objetos, faz com que a ludoterapia seja um recurso poderoso, para um melhor conhecimento da criança autista.

### **Há mil e uma maneiras de estimular uma criança autista**

Os jogos estimulam o raciocínio, ensinam a lidar com regras e dificuldades, a interagir e até a perder. Há diversos tipos de jogos educativos para estimular a criança autista, como: alinhavo, cartões sequenciados, jogo da velha, jogo da memória, lego, etc.

Educar uma criança autista é uma experiência que leva o professor a rever e questionar suas ideias sobre desenvolvimento, educação, normalidade e competência profissional. Torna-se um desafio descrever um impacto dos primeiros contatos entre este professor e estas crianças tão desconhecidas e na maioria das vezes imprevisíveis (BEREOHFF, 1991, s/pág).

#### **→ Coordenação motora:**

Uma dica muito interessante para as crianças que não gostam de desenhar é colar canetinhas coloridas na traseira de alguns carrinhos dela, dessa forma ela vai brincar pelo papel treinando sua coordenação motora.

Outra ideia criativa é fazer um molde (com folha de e.v.a) da parte da frente de um tênis, furar o centro do material – onde a criança vai passar o cordão para amarrar o “cadarço” e fazer um laço.

→ **Orientação temporal:**

Há um método bem legal para ensinar as horas de cada atividade diária, como a hora do almoço, escola, lanche, hora de brincar e hora de dormir. Pendurar na parede, ao lado do relógio normal da casa, vários relógios com os ponteiros parados no horário que será realizada determinada atividade. Colocar o nome das atividades em cima de cada relógio.

→ **Atividades táteis:** brincar com areia, água, terra, grama, argila, massinha, brinquedos de consistências e texturas diferentes.

→ **Visuais:** brinquedos coloridos e com contrastes (ex: preto, branco; amarelo / preto).

→ **Auditivos:** brincar com instrumentos musicais, ouvir músicas de diferentes estilos, cantar.

→ **Olfativos / gustativos:** cheirar, provar e preparar alimentos com consistências e sabores variados (líquido, pastoso, sólido e doce, salgado, amargo).

→ **Proprioceptivos:** brincadeiras que envolvem o uso de força (puxar, carregar, amassar, lavar, esfregar).

**Vestibulares:** brinquedos e atividades relacionadas com movimento: rodar, balançar, pular, correr. Os brinquedos de parque são uma boa oportunidade para vivenciar estes estímulos.

## CONCLUSÃO

O espectro autista é o diagnóstico dado a pessoas que apresentam algumas características autísticas, porém não se enquadram dentro do autismo devido ao fato de ser um transtorno profundo do desenvolvimento. O autismo “parece remeter a um conjunto bastante heterogêneo de individualidades, cujos níveis evolutivos, 18 necessidades educativas e terapêuticas e perspectivas vitais são bastante diferentes” (RIVIÈRE, 2004, p. 241 citado por OLIVEIRA, 2011).

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento infantil que segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 70 milhões de pessoas no mundo são acometidas pelo transtorno, sendo que, em crianças, é mais comum que o câncer, a Aids e o diabetes.

Os transtornos invasivos do desenvolvimento são caracterizados por: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos; b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 autista, um tratamento que é indicado para um pode não funcionar para o outro. Isso angústia 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 o autismo não tem cura e as melhorias no desenvolvimento e no comportamento da criança vem com o tempo. É necessário conhecer a fundo “o seu” autista 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.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, L. C. D. **O conceito de morte e a Síndrome de Asperguer.** 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Insituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual de estatística e diagnóstico de transtornos mentais (DSM IV TM) 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSUMPCAO JR, Francisco B and PIMENTEL, Ana Cristina M. **Autismo infantil.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp. 37-39. ISSN 1516-4446.

BEREOHFF, A. M. **Autismo: uma história de conquistas.** In: BRASIL/MEC/SEESP. Tendências e desafios da educação especial. Brasília: SEESP, 1994. p. 15-34.

BOSA, Cleonice Alves. **Autismo: intervenções psicoeducacionais.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. 47-53, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf> > Acesso em: 15 set. 2008.

CAMARGO Jr., Walter et al. Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3o Milênio. Brasília: CORDE, 2005. 260 p. 26,5 cm.

Classificação Estatística Interanacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (CID 10) Décima Revisão. Edusp. 1993.

Deficiência 2. Deficiência mental 3. Autismo 4. Síndrome de Asperger 5. Síndrome de Rett I. Título II. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência .

FERREIRA, Neide Anísia Alves. **A competência comunicativa na criança portadora da problemática de síndrome de Asperger**. Porto : [ed.autor], 2009. 78 p., 48 f.

GALENTI, L. S. **Síndrome de Asperguer**. 2009. Disponível em:< <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC23062618817.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2012.

Gina Green, PhD, BCBA; Applied Behavior Analysis for Autism; San Diego State University and the University of North Texas; Board of Trustees, Cambridge Center for Behavioral Studies.

LEVY, S. E.; HYMAN, S. L. **Tratamentos Médicos Complementares e Alternativos para Crianças com Transtornos do Espectro Autista**. Volume 17, No 4. Publicado em Outubro de 2008. Disponível em:<<http://www.ama.org.br/site/images/stories/Voceeaama/artigos/090330tratamentocamart.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2012.

OLIVEIRA, A. L. – Formação de Professores na Educação Básica para Atuar com Educandos com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) no Processo de Educação Inclusiva. Universidade Federal do Paraná, 2011.

O.M.S. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticos. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed. 1993, p. 149-158.

RIBEIRO, S. **ABA: uma intervenção comportamental eficaz em casos de autismo**. Revista Autismo. n. 0. Ano 1. Set. 2010. Disponível em:< <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/aba-uma-intervenc-o-comportamental-eficaz-em-casos-de-autismo>>. Acesso em 03. Nov. 2012.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Síndrome de Rett. **Revista brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 110-113, 2003.

SILVA, A. B. B. **Mundo Singular**. 1. Ed. São Paulo: Fontanar, 2009.

Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3o Milênio / Walter Camargos Jr e colaboradores. -Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. 260 p.: 26,5 cm.

**Tratamentos Médicos Complementares e Alternativos para Crianças com Transtornos do Espectro Autista.** *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Volume 17, No 4. Publicado em Outubro de 2008.*