

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
CURSO DE PEDAGOGIA

MILENA CAROLINE DOMINGOS DIAS

**IMPRECISÕES DIAGNÓSTICAS AUTISTÍCAS E PSICÓTICAS: RELATOS DE  
UMA MÃE**

MARINGÁ

2019

MILENA CAROLINE DOMINGOS DIAS

**IMPRECISÕES DIAGNÓSTICAS AUTISTÍCAS E PSICÓTICAS: RELATOS DE  
UMA MÃE**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Curso de Pedagogia na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para o cumprimento das atividades exigidas.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar

MARINGÁ

2019

## **IMPRECISÕES DIAGNÓSTICAS AUTISTÍCAS E PSICÓTICAS: RELATOS DE UMA MÃE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Graduação em Pedagogia. Sob a apreciação da seguinte banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar  
Universidade Estadual de Maringá – UEM

---

Prof. Me<sup>a</sup>. Rozenilda Luz Oliveira de Matos  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kethlen Leite Moura  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Dedico este trabalho aos meus pais, Sônia e Itamar, que desde sempre me incentivaram a estudar e seguir meus sonhos. Dedico também a minha irmã Vitória, mesmo sendo mais nova sempre me apoiou e esteve ao meu lado. Ao meu irmão, Henrique, uma das fonte inspiradoras para meu trabalho, me inspira diariamente a seguir trilhando na área da educação. E por fim, ao meu marido Thierry, que com toda paciência e amor me ajudou em todo meu processo de graduação.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me dar forças para seguir em frente sem desistir sem me deixar entregar nos momentos de dificuldades diárias, sendo acadêmica, trabalhadora assalariada, e com a família em casa me esperando diariamente.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer a minha mãe, Sônia, por me mostrar que a vida é feita de seus altos e baixos e que não podemos desistir em qualquer obstáculo, devemos lutar com unhas e dentes para alcançar nossos objetivos. Ao meu pai, Itamar, que sempre me apoiou para não cair, enfrentou momentos difíceis ao meu lado e sempre com todo seu amor e carinho me incentivou a buscar melhores oportunidades.

Agradeço também aos meus irmãos, aos quais são meus amparos diários, minhas inspirações, pessoas que sempre sonhei em ter. Ao meu marido Thierry que me deu a mão, me ajudou a enfrentar a graduação da melhor forma, me apoiando, me aconselhando, sendo paciente e prestativo em todas as situações.

Trago também um agradecimento especial às minhas amigas da graduação: Celine, Isabella, Giulia, Larissa Nascimento, Larissa Casale e Áira que com suas particularidades me motivaram a enfrentar um dia de cada vez fazendo com que tudo fosse mais fácil, animado e tranquilo.

Por fim, gostaria de agradecer minha orientadora Gizeli que aceitou o desafio de me orientar neste trabalho de conclusão de curso se fazendo uma peça muito importante nesse processo de formação e desenvolvimento.

DIAS, Milena Caroline Domingos de. **IMPRECISÕES DIAGNÓSTICAS AUTISTÍCAS E PSICÓTICAS: RELATOS DE UMA MÃE**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr<sup>a</sup> Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar Maringá, 2019.

## **RESUMO**

O presente estudo teve como problema de pesquisa: como os rótulos diagnósticos podem ou não impactar a vida familiar e a forma de conceber o processo de desenvolvimento da criança diagnosticada. Para tanto, teremos como objetivo geral descrever as memórias cotidianas de uma mãe diante das imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas de seu filho. Diante disso, com o intuito de alcançar o objetivo, como metodologia, faremos uma revisão de literatura em artigos e dissertações publicadas, bem como utilizaremos documentos atuais como DSM V e CID-10 para a contextualização e apresentação das características de ambos os transtornos, além de dialogar com a progenitora da criança diagnosticada. Para tanto, nesse trabalho, realizaremos um estudo de caso em formato de relato de vivência ao qual a mãe relata todo o percurso desde o nascimento até os dias atuais de uma criança diagnosticada inicialmente como autista e após como psicótica. Como perguntas norteadoras da pesquisa, pesquisaremos quais as diferenças entre o diagnóstico de autismo e psicose infantil, além de pesquisar a possibilidade de inserção escolar bem como se o processo de desenvolvimento e aprendizagem se destoa dos demais alunos. Chegamos à conclusão que nos aprofundar em temas que discutem transtornos do neurodesenvolvimento na graduação se faz de extrema importância, uma vez que esses alunos estão atualmente sendo cada vez mais, matriculados nas escolas regulares de ensino e temos que ter o preparo para lidar com suas particularidades atingindo o objetivo principal da escola, sendo o de transmitir o conhecimento e formar o aluno para o convívio em sociedade.

**Palavras-chave:** Autismo. Psicose Infantil. imprecisões diagnósticas.

DIAS, Milena Caroline Domingos de. **AUTISTIC AND PSYCHOTIC DIAGNOSTIC IMPRECISSIONS: REPORTS OF A MOTHER**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr<sup>a</sup> Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar. Maringá, 2019.

## **LOOKING OUTSIDE THE WINDOW: ASPECTS REGARDING AUTISM AND CHILD PSYCHOSIS**

### **ABSTRACT**

The present study had as a research problem: how diagnostic labels may or may not impact family life and a way of conceiving the development process of the diagnosed child. Therefore, we will have as a general objective to describe as a mother's daily memories in face of the automatic and psychological diagnostic inaccuracies of her child. Therefore, in order to achieve the objective, such as the methodology, we will review the literature in articles and dissertations, as well as use historical documents such as DSM V and ICD-10 to contextualize and present the characteristics of both disorders, in addition to dialogue with a parent of a diagnosed child. For this purpose, in this work, carry out a case study in an experience relationship format and which mother reports the entire journey from birth to the present day of a child diagnosed as autistic and later as psychotic. Like the guiding questions of the research, which show what are the differences between the diagnosis of autism and childhood psychosis, in addition to using the possibility of school insertion as well as the development and learning process, if it is the case of other students. We came to a conclusion that addresses topics that discuss extremely important neurodegenerative disorders in undergraduate courses, since students are currently being increasingly enrolled in mainstream schools and are prepared to deal with their particularities to achieve the main objective school, transmit knowledge and train the student for relief in society.

**KEYWORDS:** Autism. Child Psychosis. Diagnostic Inaccuracies.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1 – Ordem cronológica dos fatos do relato de vivência.....</b>	<b>33</b>
--	-----------

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 CONTEXTUALIZANDO O AUTISMO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 CONTEXTUALIZANDO A PSICOSE INFANTIL.....</b>	<b>16</b>
<b>3 METODOLOGIA E MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
<b>4 RELATO DE VIVÊNCIA.....</b>	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o decorrer da vida, os humanos necessitam realizar escolhas, as quais decidirão seu futuro. Na fase da adolescência, uma das escolhas que geralmente preocupa é a respeito de qual faculdade/profissão seguir. Nesse sentido, nossa fonte inspiradora e incentivadora foi nossa progenitora, que exercia a função de cozinheira dentro de um centro de educação infantil. Sugeriu-nos o curso de pedagogia e entre seus argumentos, alegava que gostávamos de crianças e que dificilmente ficaríamos desempregadas.

A partir desse incentivo iniciamos o ensino médio e durante todo o curso participamos do processo de avaliação seriada (PAS). E foi dessa forma que ingressamos no curso de Pedagogia na Universidade Estadual de Maringá (UEM) no ano de 2016. Iniciamos nossos estudos e já em nosso primeiro ano de graduação, estudamos a disciplina de Psicologia da Educação: Aspectos Neuropsíquicos e afetivos. Nesse momento, acreditávamos que se abria um leque de possibilidades de formação e, por conseguinte, de elucidação sobre algumas vivências.

Na nossa família, constituída por cinco pessoas ao todo, havia muitas dúvidas, angústias e incertezas, pois o caçula de três irmãos estava fazendo acompanhamento psicológico desde o ano de 2015 e, segundo a terapeuta apresentava características semelhantes ao autismo.

No final de 2016, a terapeuta suspeitou que o diagnóstico não mais fosse autismo e sim psicose infantil e sugeriu suspender temporariamente os atendimentos para melhor estudar o caso.

Dentre tantas dúvidas que passaram a surgir, já no segundo ano da graduação do curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá (2017), passamos a estudar a disciplina de Necessidades Educacionais Especiais. Constatamos que a carga horária era muito reduzida (34 horas) para um campo tão amplo e complexo. O máximo de conteúdos contemplados foram definições do público alvo da educação especial e algumas especificidades de quadros patológicos.

Assim, concomitantemente às aulas presenciais na graduação no ano de 2017, e sendo irmã dessa criança, que outrora tinha diagnóstico de autismo e agora tem diagnóstico de psicose, presenciemos a busca incessante de uma mãe por diagnóstico, tratamento e intervenção para o filho caçula.

Esses fatores contribuíram para produção do nosso trabalho Imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas: relatos de uma mãe. O tema da referida pesquisa intitula-se “As imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas de uma criança”.

Diante do exposto, surge o problema que orienta nossa pesquisa: Como os rótulos e diagnósticos podem ou não impactar a vida familiar e a forma de conceber o processo de desenvolvimento da criança diagnosticada? Para a resolução deste problema de pesquisa, utilizaremos como principais autores: Ferreira (2004), Honorato e Gebara (2004), Maia e Tengan (2004), Lins (2007), Vanoli e Bernardino (2008), Vasques (2010), Papim e Sanches (2013), Mexko e Galhardi (2014) Pontes e Calazans (2017).

Deste modo, a pesquisa tem como objetivo geral descrever as memórias cotidianas de uma mãe diante das imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas de seu filho. Como objetivos específicos elencamos: dialogar com a progenitora da criança diagnosticada; conhecer as especificidades do autismo e da psicose infantil, de acordo com o DSM V e o CID-10; descrever algumas situações vivenciadas sobre como rótulos diagnósticos podem ou não impactar a vida familiar e a forma de conceber o processo de desenvolvimento da criança diagnosticada. Neste trabalho não temos a pretensão de aprofundar a temática referente ao autismo e a psicose, e sim, conceituá-las e descrever algumas situações vivenciadas para atingir os objetivos da pesquisa.

Esta pesquisa tem como justificativa, a vivência de um caso no qual a criança foi diagnosticada com autismo, e após acompanhamento, a psicóloga suspeitou que o diagnóstico fosse psicose infantil, além disso, no segundo ano do curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá, há a disciplina de Necessidades Educacionais Especiais com a carga horária de apenas 34 horas, e consideramos que a carga horária é insuficiente, não havendo possibilidade do estudo aprofundado nas Necessidade Educacionais Especiais. A falta de conhecimento em relação à psicose infantil também é algo que nos incomodou muito e nos motivou para a realização desta pesquisa, tendo em vista que a definição de psicose e suas características ainda são pouco conhecidas e divulgadas.

A metodologia desta pesquisa refere-se à uma pesquisa explicativa, no qual de acordo com Gil (2008), “têm como preocupação identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2008, p. 28). Para além disso, a pesquisa caracteriza-se como um relato de vivência, por apresentar relatos

de uma mãe no qual demonstra todas as suas angústias, preocupações e aflições acerca das imprecisões diagnósticas de seu filho.

Para a realização desta pesquisa, organizamos em seções e subseções: Na primeira seção abordaremos a fundamentação teórica, contextualizando o autismo e posteriormente contextualizando a psicose infantil. A segunda seção diz respeito à metodologia e método utilizados para a realização desta pesquisa.

Na terceira seção, realizamos um relato de vivência, no qual apresentamos os relatos de uma mãe no qual o filho foi diagnosticado com autismo e posteriormente descobriu-se que o diagnóstico correto era a psicose infantil. Na quarta seção, abordaremos os resultados e discussões e por fim, as considerações finais em relação à pesquisa.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO O AUTISMO

Para a contextualização do Transtorno do Espectro Autista, apresentamos os estudos de Leo Kanner, na década de 1940, em que o autismo passou a ser conhecido pela comunidade científica. De acordo com Ferreira (2004) em Leo Kanner seus estudos, em meados de 1943, relatou a observação de onze crianças, sendo 8 meninos e 3 meninas as quais apresentavam comportamentos, denominados na época, de esquizofrenia.

Essas características foram apresentadas por Kanner como: extremo isolamento, a recusa ao mundo exterior, falta de contato visual, não atendimento quando chamados pelo nome, muito presos a rotinas, movimentos repetitivos, dificuldades e até atrasos na fala, interesses restritos, dentre outras características. Essas características eram apresentadas muito precocemente. Além disso, fez observações de características chamadas de secundárias co-relacionadas a distúrbios alimentares, psicomotores, intelectuais, de comportamento e de linguagem. (FERREIRA, 2004)

Ferreira (2004) apresentou que em 1944, Kanner passou a utilizar o termo Autismo Infantil Precoce. A partir de então, o autor afirmou que existiam três níveis de análise do autismo: organicista, funcionalista e psicológica. O primeiro se define pela incapacidade de estabelecer contato com as pessoas. Já no segundo, a criança percebe os estímulos, mas não apresenta respostas adequadas ao mesmo, ou seja, possui dificuldade para criar relações com o mundo exterior. No terceiro nível, a criança apresenta distúrbios autísticos inatos do contato afetivo.

A partir dos estudos de Kanner, podemos definir o autismo como um transtorno no qual a principal característica é a extrema solidão resultando na dificuldade de interação com o meio exterior, visto como um distúrbio intrapsíquico.

À medida em que os estudos foram sendo mais desenvolvidos, criaram-se novas formas de ver e conceber o autismo, bem como os critérios dos diagnósticos. O diagnóstico de autismo, atualmente denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA) é essencialmente clínico e baseia-se no comprometimento histórico, sinais e sintomas do paciente, e de acordo com os critérios estabelecidos pelo CID (Classificação Internacional de Doenças), pela OMS (Organização Mundial da Saúde)

e pelo DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria).

O CID é um manual que fornece códigos concernentes à classificação de doenças. De acordo com o estado de saúde do indivíduo é atribuída uma categoria única, que corresponde a um código e que contém 6 caracteres. Essas categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes.

De acordo com o site do Instituto de Inclusão Brasil<sup>1</sup>, o CID 10<sup>2</sup> – versão que está em vigência desde o ano de 1993, o autismo compõem os Transtornos Globais do Desenvolvimento identificado pela categoria F84. Essa categoria possui subdivisões, sendo elas: autismo infantil (F.84.0), autismo atípico (F84.1), síndrome de Rett (F84.2), outro transtorno desintegrativo da infância (F84.3), transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados (F84.4), síndrome de Asperger (F84.5), outros transtornos globais do desenvolvimento (F.84.8), e transtornos globais não especificados do desenvolvimento (F84.9).

Considerando as categorias acima, é possível perceber que os grupos dos transtornos globais do desenvolvimento são assinalados por alterações qualitativas no intercâmbios sociais, mútuos e modalidades de comunicação, também sendo marcadas por um repertório de interesses e atividades limitado, estereotipado e recorrente.

Já o DSM V, em vigência desde maio de 2013, por sua vez, é um manual diagnóstico e estatístico elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e determina como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. Nele, o autismo é classificado na categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento e afirmam que:

O transtorno, na atual classificação, é considerado como uma desordem causada por uma alteração no funcionamento cerebral, sendo, portanto de ordem neurobiológica, configurando uma condição que estará presente ao longo da vida da pessoa [...] (PAPIM e SANCHES, 2013, p. 18)

---

<sup>1</sup> Site do Instituto de Inclusão Brasil, no qual foram retiradas as informações.

<<https://www.institutoinclusaobrasil.com.br/diagnostico-do-autismo-no-cid-11-cid-10-e-dsm-v>>

<sup>2</sup> Está prevista a substituição pela décima primeira edição (CID-11). O CID-11 foi lançado em 18 de junho de 2018, e foi apresentada durante a Assembléia Mundial de Saúde em maio de 2019 para adoção dos Estados Membros e deve entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o\\_Estat%C3%ADstica\\_Internacional\\_de\\_Doen%C3%A7as\\_e\\_Problemas\\_Relacionados\\_com\\_a\\_Sa%C3%BAde](https://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as_e_Problemas_Relacionados_com_a_Sa%C3%BAde)

Sendo assim, o autismo a partir do DSM V passou a configurar como Transtorno do Espectro Autista (TEA), ele é concebido como uma condição geral para um grupo de desordens complexos do desenvolvimento do cérebro, antes, durante ou logo após o nascimento que afetam a comunicação social e apresentam comportamentos repetitivos. Apesar das pessoas com diagnóstico de TEA compartilharem essas dificuldades, as mesmas podem apresentar intensidades distintas, ou seja, graus de apoio que variam de nível 1 (pouco apoio), nível 2 (apoio substancial) e nível 3 (apoio muito substancial).

Além disso, Papim e Sanches (2013) frisam a dificuldade de socialização, em que acarreta diretamente no desenvolvimento da autonomia prejudicando-o até mesmo quando mais velho o que reforça a característica principal da síndrome, o isolamento. Pontuam também que as crianças autistas interagem apenas de acordo com a zona de interesse e muitas vezes evitam o contato físico além de apresentarem dificuldades para compreender sentimentos tanto internos quanto alheios.

Outra característica apresentada pelo autismo, segundo os mesmos autores (PAPIM, SANCHES, 2013), está ligada a comunicação, em que é possível verificar tanto na linguagem verbal como não verbal, que devem ser estimuladas ao longo do tempo para que o indivíduo não permaneça distante da socialização. Esse fator de dificuldade na linguagem pode resultar na repetição de palavras, inversão de pronomes, não responder a estímulos, além de não compreender quando se utiliza sarcasmos.

Conforme apresentado em Papim e Sanches (2013), no distúrbio da linguagem, podemos observar as crianças não verbais, ou seja, aquelas que não falam nada e as verbais que falam, mas apresentam algum nível de dificuldade no desenvolvimento da fala. Às vezes pode falar apenas algumas palavras ou até algumas frases. Por vezes, algumas das palavras para o autista pode conter algumas significações particulares e não fazerem sentido próprio do símbolo, desta forma, o fio condutor para o interlocutor ter acesso à fonte original que pode ser fornecida pela observação direta e pela lembrança do episódio que está na origem de cada expressão metafórica particular. Além disso, observa-se uma boa capacidade de memória e por vezes manipulam brinquedos ao invés de brincar com os mesmos.

Papim e Sanches (2013) apresentam também o que diferencia a imaginação de uma criança autista, demonstrado por vezes em suas brincadeiras:

[...] é composto pelos comportamentos e focos de interesse pouco comuns. Estes relacionam-se a condições como: enfileirar objetos; manipular objetos da mesma forma, repetidamente por longos períodos de tempo; interesse por partes específicas de objetos (rodas, cores); ser muito organizado; irrita-se com mudanças mínimas de objetos; possui interesses obsessivo e segue rotinas de maneira inflexível. (PAPIM e SANCHES, 2013, p. 22)

O autista necessita ainda de uma rotina, pois quando ocorrem alterações na forma de organizar o seu dia a dia, estas podem resultar em perda de controle, por parte do mesmo, comportamentos de birra e isolamento, principalmente em locais desconhecidos. Além dessas características, pessoas com TEA podem apresentar sintomas diversos tais como:

- a) Hiper e hipo atividade;
  - b) Condutas impulsivas;
  - c) Prestar pouca atenção;
  - d) Agressividade;
  - e) Autolesão;
  - f) Birras;
  - g) Pica;
  - h) Apresentar hábitos estranhos ao comer ou dormir;
  - i) Labilidade emocional;
  - j) Apresentar medo demasiado ou ausência de medo.
- (PAPIM e SANCHES, 2013, p. 23)

Dito isso, é importante frisar que o diagnóstico do autismo se faz a partir de avaliação de caso, pois não é possível detectar a partir de exame clínico como o de sangue, por exemplo. O diagnóstico se baseia nos aspectos acima apresentados na área da interação social, comunicação e comportamentos restritos por meio de uma análise comportamental, analisando e comparando de acordo com a faixa etária o desenvolvimento típico do atípico.

## **2.2 CONTEXTUALIZANDO A PSICOSE INFANTIL**

Quando nos referimos a transtornos e doenças, é importante compreender quais os meios adotados pelo profissional para a obtenção de um diagnóstico. De acordo com o DSM-V, diagnóstico apresenta-se como uma avaliação que pode abranger desde o histórico médico pré-natal e perinatal, genograma familiar, exames físicos, avaliação genética, triagem metabólica até investigação por neuroimagem. Porém, de acordo com o documento, há também o diagnóstico diferencial, em que é usado para deficiência intelectual e não utiliza como pressuposto condição genética ou médica. Todo diagnóstico se constitui, portanto por critérios.

De acordo com Pontes e Calazans (2017), os documentos apresentam que o critério utilizado para o diagnóstico de transtornos psicóticos é inicialmente a presença de alucinações e delírios, sendo a alucinação interpretada como um erro de percepção e o delírio como falsa realidade, comprometendo a sociabilidade do indivíduo.

A partir do diagnóstico, é possível observar os sintomas e então classificar em qual quadro do CID10 e do DSM V, o transtorno ou a doença se enquadra. Os transtornos psicóticos, de acordo com o DSM-V estão ligados ao transtorno de neurodesenvolvimento, ou seja, suas condições são apresentadas durante o período de desenvolvimento do indivíduo. Em geral, as características são notadas ao ingressar na escola ainda quando crianças que resultam em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e até profissional.

Segundo Pontes e Calazans (2017), vale lembrar que quando falamos de psicose, nos referimos a um transtorno, diferentemente de doenças ou enfermidade, ao qual não apresenta causas genéticas para se desenvolver.

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), apresenta a psicose na categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento pontuando que configura-se em um transtorno psicótico.

[...] O transtorno específico da aprendizagem distingue-se das dificuldades acadêmicas e de processamento cognitivo associadas com esquizofrenia ou psicose, porque, no caso desses transtornos, ocorre um declínio (frequentemente rápido) nesses domínios funcionais. (DSM-V, 2013 p.74)

Ainda de acordo com o DSM V, encontramos a psicose e suas características como um transtorno de personalidade.

Pessoas com transtorno psicótico breve costumam vivenciar turbulência emocional ou grande confusão. Podem apresentar mudanças rápidas de um afeto intenso a outro. Ainda que a perturbação seja breve, o nível de prejuízo pode ser grave, podendo haver necessidade de supervisão para garantir o atendimento às necessidades nutricionais e higiênicas e para que a pessoa fique protegida das consequências de julgamento insatisfatório, prejuízo cognitivo ou atos baseados em delírios. Parece haver risco aumentado de comportamento suicida, particularmente durante o episódio agudo. (DSM-V, 2013 p. 95)

A versão anterior do DSM V, o DSM IV, justifica a psicose como sendo a perda dos limites do ego ou amplo prejuízo de teste de realidade, com presença de sintomas que variam em seus graus entre categorias diagnósticas.

O termo “psicótico” delimitou-se a partir de três acepções que vão de plano mais restrito a plano mais amplo. Em definição mais restrita, ele especificaria a presença de delírios e alucinações sem o insight de sua natureza patológica. Em definição intermediária, a psicose seria caracterizada pela presença de alucinações, mas o sujeito as perceberia como experiências patológicas. Por fim, em perspectiva mais ampla, são considerados, além de delírios e alucinações, os sintomas positivos da esquizofrenia, como o discurso desorganizado e a catatonia. (PONTES E CALAZANS, p. 112, 2017).

Os autores afirmam ainda que o agrupamento das categorias da psicose foram feitos para que facilitasse no diagnóstico diferencial dos transtornos que incluem sintomas psicóticos.

Na CID-10, a classificação de transtornos mentais e de comportamento é destinada para uso clínico, educacional e assistencial e comparada às definições apresentadas pelo DSM V, são em similares. De acordo com Pontes e Calazans (2017), nessas versões atuais dos documentos, é possível observar a psicose, como um transtorno psicótico agudo e transitório, possui ainda a presença de alucinações, delírios e algumas anormalidades comportamentais, porém passou a ser separado da esquizofrenia, ao qual na psicose, pode-se obter uma evolução favorável.

A partir dos documentos de definição e classificação dos transtornos, encontramos também estudos que abordaram e acrescentaram as características da psicose, já como psicose infantil, como Honorato e Gebara (2004), ao afirmarem que

A psicose infantil é um transtorno de personalidade dependente do transtorno da organização do eu e da relação da criança com o meio ambiente. As características do psicótico infantil listadas são: dificuldade para se afastar da mãe; problemas para compreender o que vê; alterações significativas na forma ou conteúdo do discurso, repetindo de imediato palavras e/ou frases ouvidas (fala ecológica), ou empregando-se de forma idiossincrática estereotípias verbais ou frases ouvidas anteriormente, sendo comum a inversão pronominal, referindo-se a ela mesma usando a terceira pessoa do singular ou o seu nome próprio; alterações significantes na produção da fala com relação ao volume, ritmo e modulação; habilidades especiais; conduta socialmente embaraçosa; e negação da transformação da alimentação líquida para sólida ou bulimia não diferenciada incorporando qualquer objeto pela boca. (HONORATO E GEBARA, 2004).

Compreendemos dessa forma que além do critério de diagnóstico atribuído a psicose como a presença de alucinações e delírios, é possível identificar características desse transtorno ao qual podemos realizar associações a outros, ou seja, é possível perceber que alguns transtornos apresentam a noção de

comorbidade, ao qual é a ocorrência de dois ou mais sintomas psiquiátricos, podendo desta forma apresentar variáveis diagnósticas para o mesmo caso.

De acordo com Tengan e Maia (2004), quando na família existe algum caso de uma criança com algum transtorno, acaba por diversas vezes causando um desequilíbrio, principalmente quando falamos em doença mental. Sentimentos tais como culpa, raiva, medo, vergonha, fracasso, entre outros acabam se mobilizando em pessoas a volta da criança, por isso a importância de orientação familiar adequada para a solução e o tratamento do problema,

Lins (2007) contribui também para o estudo da psicose ao apresentar que o psiquismo é composto por três estruturas, sendo elas o Id, ego e superego, estudadas por Freud, em que classifica-se como três partes da mente atuando em conjunto. O Id se apresenta no momento em que o indivíduo se faz repleto de desejos e pulsões, movido propriamente pelo prazer a partir de estímulos instintivos. Já o ego, é direcionado a realidade e busca a satisfação da necessidade através do meio social, é responsável por funções como memória, sentimentos e pensamento. E o superego por fim, se faz pela consciência, ou seja, é como um inibidor da mente, formada por leis e pela cultura ao qual o sujeito está inserido.

O autor apresenta também estudos de Freud (1905), em que naquele período, o autor apresentou um conceito importante para a compreensão da psicose infantil, que, segundo ele, o complexo de Édipo<sup>3</sup> estaria ligado ao transtorno, uma vez que é um fenômeno inconsciente que mobiliza as pulsões, o afeto e representações ligadas aos pais. Desta forma, a criança compete a mãe com a figura do pai, tendo seu relacionamento direto com a mesma, necessitando de uma terceira pessoa para romper com essa relação introduzindo-se a esse meio.

Lins (2007) avança um pouco no tempo, porém ainda utilizando os estudos de Freud (1924), apresentou que o autor considerava a existência da psicose

---

<sup>3</sup> Na teoria clássica da psicanálise, o complexo de Édipo ocorre durante o estágio fálico do desenvolvimento psicosssexual (a idade de 3 até 6 anos), quando ocorre também a formação da libido e do ego; no entanto, pode se manifestar em idade mais precoce. É o primeiro estágio em que as crianças tornam-se conscientes das diferenças sexuais. Com suas observações, Freud concluiu que nessa fase, tanto homens como mulheres desenvolvem temores sobre questões sexuais. Descobriu também em seus pacientes neuróticos manifestações inconscientes de fantasias de incesto com o progenitor do sexo oposto. Comprovou-se depois que o complexo de Édipo não era somente recorrente em mentes doentes, mas sim um evento comum possível a todas as pessoas. Sendo acontecimentos importantes para a construção da personalidade normal ou patológica humana.

propriamente dita, em que refere-se a um diferenciamento do ego, em que seu desenvolvimento se dá de maneira que desenvolva um prejuízo com a realidade, ou seja, quando o sujeito se encontra no estado de psicose, as funções do ego ficam prejudicadas, tendo dificuldades com o mundo externo tendo-se restrito ao seu universo intrapsíquico.

É possível encontrar na literatura como Vanoli e Bernardino (2008), estudos um pouco mais atuais relacionados à psicose, que ainda afirmam como uma das causas da psicose a falta do rompimento da relação direta de mãe/filho durante o complexo de Édipo como em Lacan (2002), que apresentou o funcionamento psíquico entendido como uma maneira que o sujeito tem de enfrentar as angústias, uma delas, de acordo com o autor é a angústia da castração, ao qual o mesmo define como uma ação simbólica de que rompe com a relação direta entre mãe e filho. Nesse caso deve ser introduzida a criança a um terceiro elemento que romperá com a relação única com a mãe, como a figura do pai, por exemplo. A partir dessa causa, as autoras afirmaram o quão importante é, partindo do conceito da alucinação pensada a partir da via simbólica, é para o sujeito ter relação com o outro e manter uma organização significativa na construção da subjetividade.

Vanoli e Bernardino (2008) apresentam características do transtorno psicótico, que a criança psicótica possui: relacionamento prejudicado com o outro, porém, um mundo interno rico, confusão de identidade pessoal, preocupação excessiva com objetos, resistência a mudanças, reações excessivas de ansiedade perturbação na linguagem e fala e atraso no desenvolvimento intelectual.

De acordo com as autoras, é possível a partir do conhecimento das características, o profissional realizar uma anamnese e obter um diagnóstico dessa criança. A partir do diagnóstico obtido, o psicólogo realiza o encaminhamento para terapia e nessa etapa o foco não deve se ater na singularidade mas na coletividade, sendo possível obter o desenvolvimento da criança, tornando o transtorno imperceptível. Ainda de acordo com Vanoli e Bernardino (2008), a família nessa fase do tratamento desempenha um importante papel como uma ação relevante para o processo de tratamento da criança psicótica.

### **3 METODOLOGIA E MÉTODO**

A metodologia no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é nada mais do que a descrição do processo de pesquisa adaptado às necessidades e objetivos a serem alcançados. Já o método, é o modo de proceder, ou seja, a maneira de agir, relacionando-se diretamente a metodologia.

Neste trabalho apresentando com objetivo geral descrever as memórias cotidianas de uma mãe diante das imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas de seu filho, decidimos fazer uma pesquisa explicativa referenciada em documentos como CID-10 e DSM V, além de pesquisas em artigos como Ferreira (2004), Honorato e Gebara (2004), Maia e Tengan (2004), Lins (2007), Vanoli e Bernardino (2008), Vasques (2010), Papim e Sanches (2013), Mexko e Galhardi (2014) Pontes e Calazans (2017).

Fizemos um estudo teórico empírico, aquele que precisa da comprovação de algo através de experimentos ou observações para coleta de dados, do tipo estudo de caso.

Para a coleta de dados, decidimos realizar a técnica de coleta de dados, como os relatos da progenitora, tendo como participantes principais, a mãe e a criança diagnosticada e como local, utilizamos a residência da família.

#### 4 RELATO DE VIVÊNCIA

Os relatos aqui apresentados referem-se à vivência, referentes a situações e os sofrimentos de uma mãe com seu filho caçula em busca de definições precisas sobre diagnósticos e tratamento. Dessa forma, nesse relato vamos descrever como enxergamos e concebemos toda essa busca por um diagnóstico para melhor conduzir, encaminhar e pensar em um processo de desenvolvimento da criança.

Para garantir a privacidade da família, utilizaremos nomes fictícios para os participantes do relato.. Chamaremos a mãe de Laura, o pai de Mauro, a filha mais velha de Isabela, a filha do meio de Mirela, e o caçula de Michel. A psicóloga será chamada por Luciana e a diretora do Centro de Educação Infantil em que Michel esteve matriculado de Márcia.

Para melhor compreensão dos fatos perguntamos à Laura quando se casou e o que vivera até o nascimento do filho caçula. Laura relatou que se casara em 1997. Naquela época, ela e o marido (Mauro) possuíam um sonho de constituir uma grande família, pois Mauro fora filho único. Logo em 1998 nasceu a primeira filha do casal, Isabela. De acordo com Laura, a filha era muito amada e esperada por toda a família e mesmo diante das dificuldades financeiras em que eles estavam, sentiam-se completos.

No ano de 2000, sentiram necessidade de aumentar a família, porém com as tentativas de engravidar, o sonho acabou se tornando sofrimento e frustração, pois ocorreram quatro abortos espontâneos. Até que no ano de 2004, Laura engravidou e ficou hospitalizada durante toda a gestação até dar a luz a mais uma menina, a Mirela, no dia 30/12/2004.

Oito anos se passaram e segundo Laura, não havia muita expectativa de terem o terceiro filho (a), pois o medo e a insegurança falavam mais alto. Além disso, o médico que acompanhou a gravidez da segunda filha, informou que uma próxima gestação seria praticamente impossível e que se acontecesse, seria de grande risco, tanto para mãe quanto para a criança.

Naquele mesmo ano, Laura desconfia estar grávida de seu terceiro filho (a), ou como ela mesma disse: “*sétima gestação*”. Porém o sentimento que predominava naquele momento era de medo, pois se perguntava constantemente: “E se eu perdesse a criança novamente? E se tivesse que submeter minhas duas filhas e marido a mais nove meses no hospital?” (LAURA).

Com todas essas aflições tomando conta da cabeça de sua cabeça, Laura decidiu omitir a informação até completar 3 meses de gestação. Acreditando estar de 3 meses de gestação, contou a novidade à família, mas foi surpreendida ao descobrir, após exames, que já estava no 5º mês de gestação, “Durante minha gestação, meu marido trabalhava em período integral, até brinquei com ele dizendo que a figura masculina que meu filho teria seriam meus colegas de trabalho” (LAURA).

De acordo com Laura, quase no final da gestação, com tamanha felicidade, ansiedade e acrescido da insegurança fica sabendo que uma criança, bem próxima à família, perdeu a vida, vítima de engasgo com o leite materno. Esse acontecimento abalou-a muito, pois além de temer perder seu filho durante a gestação, passou a se preocupar com a possibilidade de perdê-lo depois do nascimento também.

Segundo os relatos, no dia 04/04/2013, Laura não estava bem e Mauro a levou até o médico para verificar o que poderia estar acontecendo. Na consulta, a doutora disse que ainda não estava era hora do parto, pois a criança estava muito alta na barriga e suspeitou que pudesse ser uma infecção de urina. Ao ouvir isso da médica, Laura se recordou de uma história de uma mãe que perdera seu filho por conta de uma infecção de urina e mais uma vez se viu presa dentro de sentimentos ruins e assombrosos.

Foi encaminhada para fazer exames e retornar no dia seguinte com os resultados. Depois de uma noite de angústia, voltaram ao médico com os resultados e ao foi contatado que não se tratava de infecção e sim dores do parto, porém sem dilatação. Laura foi encaminhada com urgência ao centro cirúrgico, a cesariana foi feita e Michel nasceu muito saudável no dia 05/04/2013.

Após três dias do nascimento, Michel apresentou um quadro grave de refluxo, e nesse momento Laura disse ter recordado do falecimento da criança vítima de engasgo pouco tempo antes de Michel nascer. Laura passou a ser uma mãe super protetora com medo de dormir e acontecer o mesmo a ele ou ainda outra pessoa pega-lo no colo de forma inadequada.

Sempre que estava dormindo e escutava qualquer barulho, eu me levantava assustada achando que alguma coisa tinha acontecido com meu filho e com isso percebi que toda a família começou a agir como eu. (LAURA)

Laura afirmou que quando Michel queria algo, a família ao redor sempre se precipitava e não hesitava em atendê-lo, era só um gesto apontando para a geladeira que todos o serviam de água.

Quando Michel completou 11 meses de idade, Laura voltou a trabalhar e matriculou Michel no mesmo Centro de Educação Infantil que trabalhava. Nesse momento Michel passou a ter contato com outras pessoas, outras crianças, porém sempre sob seus olhos. Foi então, que Laura e Mauro passaram a notar que ele apresentava um comportamento diferente se comparado com as outras crianças, como não atender quando era chamado, nem com um olhar ou uma expressão diferente da que já estava e nem demonstrar ouvir qualquer estímulo auditivo. Esse comportamento contribuiu para que levantasse a hipótese de que Michel era surdo. Ao levá-lo ao médico, foi constatado que não possuía nenhum nível de surdez e que o problema poderia ser outro.

De acordo com Laura, com o passar dos dias, foi possível observar outras características, como: Dificuldade de se afastar dela falta de atenção, não interagia com as brincadeiras, não falava, não brigava/disputava brinquedos quando lhe era tomado, estranhava todos a sua volta, chorava muito, não gostava de colo, principalmente de estranhos, agia com agressividade contra si mesmo muitas vezes se batendo, tinha muito medo de fazer atividades as quais a mãe não estava por perto, como subir em alguns lugares como cama, degraus, cadeiras, etc.

Nos passeios que faziam em família, muitas vezes voltavam para casa antes mesmo de conseguirem chegar ao local desejado, pois ao ser exposto a várias pessoas, principalmente desconhecido, ele se exaltava, ficava nervoso, chorava muito, se escondia.

Era muito complicado de controlá-lo, ficávamos bem chateados com isso. Um dia resolvemos ir com a família no parque, mas ficamos um pouco preocupados porque ele não interagia com ninguém, só queria ficar deitado no carrinho e fechava o olho quando alguém chegava perto ou tentava conversar com ele e se insistissem, ele se irritava muito. (LAURA)

Esses indicativos fizeram com que uma tia da criança, Livia, começasse a investigar discretamente o que poderia estar havendo. Foi Livia quem sugeriu levar Michel a um psicólogo, pois algumas das características que ele apresentava se assemelhava ao autismo.

A possibilidade de o meu filho ser diferente das outras crianças parecia um pesadelo, foi um choque, meu chão desabou, e chorei muito. Mas logo fui atrás de ajuda de quem eu acreditava entender um pouco melhor do assunto para me indicar o que fazer para tratar do meu filho. (LAURA)

Naquele momento, já em 2015, Michel já tinha aproximadamente dois anos de idade. Laura solicitou uma conversa com a diretora da instituição em que a criança estudava para pedir um auxílio e questionar a respeito do comportamento do mesmo dentro de sala de aula. A diretora, Márcia, que também era psicóloga, afirmou que as professoras ainda não haviam apresentado nada e que iria observar para dar uma devolutiva mais precisa.

Laura afirmou que enquanto aguardava, decidiu procurar ajuda por outros meios, indo diretamente a clínicas particulares. Foi quando levou Michel em uma consulta com um médico que afirmou que não era possível, segundo seu ponto de vista, afirmar que uma criança tenha algum transtorno, mas que a partir de algumas características que elas apresentavam, o conveniente seria receitar medicamentos que pudessem diminuir essas características. Porém, Laura, mesmo nunca tendo imaginado a possibilidade de ter um filho com algum transtorno, nunca foi a favor de medicalização por acreditar que a criança fica apática.

Passado algumas semanas, Márcia (diretora) marcou uma reunião para dar à devolutiva e informou que a criança apresentava características que o diferenciava das outras. Na sala de aula, foi observado que ele era muito quieto, não interagia a estímulos realizados. No coletivo, não participava das rodas de contação de história, solicitava livros por gestos e sentava sempre longe das outras crianças. Após tomar conhecimento dos comportamentos de Michel, Laura foi orientada a procurar um profissional da área. Segundo Laura a diretora fez um encaminhamento à uma clínica que atendia crianças com diversos transtornos.

Quando chegaram à clínica, o primeiro procedimento foi passar por entrevista para fazer uma anamnese. Já na primeira entrevista a psicóloga levantou a hipótese de que os comportamentos de Michel eram reflexos das dificuldades e traumas vivenciados por ela.

A família se recorda que a psicóloga (Luciana) solicitou a presença dos membros da família para fazer algumas sessões junto com Michel (pai, mãe, as duas irmãs e o namorado da irmã mais velha, Jean), informou que, para obter um resultado melhor e mais rápido, a família toda deveria se sujeitar a acompanhar o tratamento.

Após algumas conversas individuais e coletivas que a psicóloga (Luciana) realizou com a família, afirmou que devido à superproteção de todos da família com a criança, ele não demonstrava suas vontades e toda vez que queria algo, não o deixavam nem pedir que já o atendessem. Para isso, foi sugerido por Luciana que o

deixasse pedir o que quisesse e que a atenção não fosse inteiramente à ele todo o tempo do dia. “Paramos de super proteger, que foi um dos pontos fundamentais para começar a se desenvolver e começar a ter um quadro de melhora (LAURA)”.

Laura relatou que no início do tratamento, Michel resistia muito em entrar na sala com a psicóloga, acarretando no acompanhamento do mesmo. Nas primeiras sessões de terapia ele sequer olhava para Luciana, mas sempre demonstrava com gestos que estava compreendendo o que ela falava. Conforme as semanas foram passando e os encontros sendo realizados de 2 a 3 vezes na semana, Michel passou a interagir mais durante as sessões da terapia. Segundo Laura, Michel começou a brincar, a rir, desenhar e manusear livros juntamente com a psicóloga. Certo dia, no momento em que Luciana chamou Michel pelo nome, ele levantou e foi até a sala sozinho sem o acompanhamento de Laura dessa forma, a psicóloga dispensou a mãe que ficou apreensiva e ansiosa pelo lado de fora até que a sessão acabasse.

Não imaginava que ele algum dia iria entrar sem que eu fosse junto, ele me surpreendeu. Confesso que fiquei apreensiva durante a sessão porque não sabia como meu filho estava o que estava acontecendo, do que ele estava brincando e muito menos o que ela estava falando para ele, tudo o que eu queria é que acabasse para que eu pudesse vê-lo e perguntar para Luciana como foi. (LAURA)

Laura relatou que o pai de Michel não se fez muito presente nos processos de desenvolvimento, tanto no período da gestação, quanto após o nascimento, pois trabalhava em período integral. Isso ficou mais evidente para ela quando a psicóloga lhe informou que a presença de Mauro nesse processo de terapia seria um dos pontos principais para o tratamento, pois Michel precisava de alguém que adentrasse em seu contexto e fizesse certo rompimento na relação de dependência dele com ela.

Os dias se passavam e as angústias aumentavam. Durante o acompanhamento terapêutico, Luciana afirmou que ainda não poderia fechar um laudo, pois os casos devem ser estudados e pode levar alguns anos para ser concluído, mas ao apresentar conversar com Laura e Mauro a respeito do desenvolvimento de Michel, foi cogitada a possibilidade do autismo, mas sempre assegurando que com o acompanhamento terapêutico que estava sendo realizado, seria possível lidar com o dia a dia da criança.

Eu sabia o que era autismo porque uma amiga minha tinha um filho autista, eu sabia que nesse caso as crianças tinham dificuldades de se relacionar com outras pessoas e meu minha angústia era ver meu filho isolado, sem estar rodeado de amigos a sua volta como as outras crianças, eu tinha medo dele não conseguir se desenvolver como os

outros ou então usar medicamentos ou professora de apoio na escola e ser taxado por ser diferente dos outros, minha angústia era de pensar no meu filho sofrer por qualquer motivo que fosse. Me comprometi a fazer de tudo para que ele melhorasse” (LAURA)

Laura afirmou que foi muito difícil de contar para a família o que estava acontecendo e como deveriam proceder daquele momento em diante, pois tinha receio da reação de todos, porque realmente um diagnóstico é visto como um rótulo e impacta a vida de forma a conceber o processo de desenvolvimento da criança, mas segundo ela, a família por mais que impactou a todos a notícia, todos colaboraram para que o que fosse feito dali para frente fosse feito todos os encaminhamentos possíveis.

Na terapia, de acordo com Laura, a psicóloga colocava jogos que trabalhavam aspectos aos quais Michel tinha mais dificuldade, como a repetição de sons de animais, palavras e nomes, trabalhava também o desenvolvimento motor, ao propor subir em escadas, pular de um tatame ao chão. Fazia também desenhos e trabalhava com massinhas e tintas, duas coisas que ele não gostava muito de usar por se incomodar com as texturas.

Já no começo do ano de 2016, os pais afirmaram que Michel aparentava ser criança, totalmente diferente, já falava, apresentava interação brincando e se aproximando com algumas de crianças do CEI (Centro de Educação Infantil). A interpretação e compreensão que os pais tinham, com essa melhora, é que ele teria sido “curado”, mas aos poucos, foram percebendo que toda evolução faz parte de um longo processo.

Laura informou que a psicóloga havia solicitado mudanças quanto aos encaminhamentos junto a Michel, como uma presença maior do pai e a aproximação de alguém de fora da casa para uma interação externa.

A psicóloga pediu para o pai dele ter mais contato, dar mais atenção para o Michel e disse também que nós temos que colocar ele com outras crianças para brincar. Foi aí que chamamos a priminha dele, a Nicole, pois eles têm a mesma idade e poderiam se dar bem. (LAURA)

Com o acompanhamento terapêutico e aproximação a outras crianças, além de uma maior presença do pai, Michel foi se desenvolvendo e começou a falar. Os passeios em família estavam pouco mais tranquilos, pois ele já conseguia interagir melhor, estranhava menos e ficava menos incomodado na presença de outras pessoas. Mesmo com esses avanços, Laura observou outros comportamentos que as outras crianças não tinham.

Ele já brincava, falava bastante coisa, atendia quando era chamado, mas enquanto falava, referia a si mesmo sempre em terceira pessoa.

Gostava de assistir sempre os mesmos filmes e quando acabava não aceitava em assistir outro. Via o mesmo 2 a 3 vezes seguidas e ficava muito frustrado ao ser contrariado ao querer algum filme, algum objeto ou alguma brincadeira e também quando era proposto alguma mudança.” (LAURA).

Já no ano de 2017, Laura conta que sua filha mais velha, Isabela se casara e foi um impacto muito grande para Michel compreender o porquê de sua irmã saiu de casa. De acordo com Laura, esse momento propiciou para a possibilidade dele dormir fora de casa pela primeira vez, sendo na casa de sua irmã para que pudesse matar a saudade.

Quando ele dormiu fora a primeira vez eu me senti bastante insegura mandei roupa, mandei ligar no meu telefone, mandei todos os brinquedos que ele gostava, mandei comida, e pedi pra Isabela dormir com ele na sala pra não deixar ele sozinho porque tinha medo dele acordar apavorado. E quando me dei conta que ele realmente estava dormindo fora, o que eu queria era buscar ele porque parecia que tinha um buraco em casa. (LAURA)

De acordo com Laura, por mais que sua insegurança por Michel dormir longe de casa tenha sido grande, ele se deu bem e adorou dormir na casa da irmã.

No começo do ano de 2018, Luciana chamou a família para conversarem a respeito do desenvolvimento desses três anos de trabalho e foi nesse momento que informou que o diagnóstico da criança não era o autismo e sim de psicose infantil. Laura afirmou que a psicóloga disse que o desenvolvimento de Michel se deu de forma rápida e foram utilizadas técnicas para obter a melhora de forma que não seria possível se o caso realmente fosse o autismo. Luciana afirmou também que, embora algumas características apresentadas fossem as mesmas de ambos os transtornos, a causa estaria mais relacionada ao Transtorno Psicótico que do TEA, sendo possível, se tratado desde pequeno, obter uma melhora significativa.

O novo diagnóstico pegou a família de surpresa, pois nunca haviam nem ouvido falar e muito menos pensado nessa possibilidade.

Psicose naquele momento me fez lembrar pessoas psicopatas que fazem maldade aos outros e não se arrependem do que fizeram que não tem remorso, como meu filho, uma criança, seria psicopata? (LAURA)

De acordo com os relatos de Laura, Luciana saía dos impactos que traria um diagnóstico de psicose para a família, abordou o autismo como diagnóstico e ao estudar o caso durante esses três anos de acompanhamento, apresentou a psicose infantil. Em conversa, a psicóloga mostrou primeiro os avanços obtidos por Michel

nesse tempo de tratamento, falou como ele ainda teria a capacidade de se desenvolver sem todo aquele contato único e direto com a mãe, sempre introduzindo outros nesse meio, para que assim, pudesse causar um menor impacto na família em primeiro contato com o termo psicose, pois pelo fato da psicose ser mais impactante, poderia causar uma maior insegurança na família, podendo, de certa forma, interferir no tratamento de Michel.

Com mais algum tempo de acompanhamento já com o diagnóstico de psicose infantil, Luciana deu alta ao Michel, desde que acompanhamento à distância de forma que semanalmente via mensagens de celular ou ligações, sempre que necessário, para que Laura relatasse fatos ocorridos naquele período e se necessário, Laura poderia levar Michel até a clínica caso seu desenvolvimento regredisse.

A partir de orientações da psicóloga o pai se aproximou mais da rotina de Michel e a diferença em seu desenvolvimento ficou clara, porém, enquanto Michel estava de alta, Mauro ficou doente e passou algum tempo no hospital e a ausência do pai fez com que fosse possível observar que Michel regredisse em algumas características específicas já superadas, como o uso da fala, o comportamento isolado e agressivo em locais com pessoas estranhas, relacionamento com outras crianças, sendo possível observar que novamente ele sentia falta do pai.

De acordo com o depoimento de Laura, seu maior medo ao iniciar o acompanhamento com Michel, era que fosse preciso o uso da medicalização e/ou uma professora de apoio em sala de aula, pois de acordo com a mãe, haveria dessa forma a possibilidade de Michel ser taxado como diferente na instituição, além de alegar que gostaria que seu filho tivesse uma vida mais normal possível.

De acordo com Laura, foi preciso fazer a compreensão e o estudo de muitas coisas para que pudéssemos colaborar para o desenvolvimento de Michel, hoje, ela afirma ter uma maior compreensão do que é psicose, porém é perceptível que quando perguntam o porquê de Michel ter atitudes diferentes, Laura afirma que ele é autista, mesmo sabendo que seu diagnóstico é psicose, pode ser que de certa forma não compreenda o que é a psicose de fato, pode ser que tenha medo do que as pessoas podem falar, ou medo de tratarem Michel diferente. Mas se conforma ao vê-lo se desenvolvendo como as outras crianças, mesmo com suas particularidades.

Laura afirmou também como é difícil ver as pessoas que desde antes do início do acompanhamento terapêutico de Michel, até os dias atuais pré-julgarem a criança por seus comportamentos impulsivos, sem conhecer o contexto ao qual enfrentaram

e ainda enfrentam. Segundo ela, já ouviu chamarem seu filho de chato, sem educação, antipático, e até estranho. Laura relata que é difícil enfrentar esses momentos de cabeça erguida, mas tudo vale a pena ao ver o desenvolvimento de seu filho.

Atualmente Michel tem seis anos de idade, ele já conseguiu superar muitas barreiras. Se mostra uma criança extremamente inteligente, amorosa e muito sincera. Nesses dois últimos anos começou a querer participar de apresentações na escola, tem vários amigos, se comunica extremamente bem, inclusive corrige se alguém pronuncia palavras incorretas a sua volta, não se recusa a ficar com pessoas conhecidas, é também bastante perfeccionista e cismado com alguns objetos, lugares e pessoas. Se alguém nos questionar o quanto ele mudou, para nós, poderíamos dizer que 99% (LAURA).

Na escola, desde o início do acompanhamento até os dias atuais, Michel nunca necessitou de acompanhamento, atividades diferenciadas ou mediação individualizada, única coisa que se diferenciou foi uma carta enviada pela psicóloga relatando sobre seu acompanhamento, solicitando que fizessem o possível para contribuir a sua inserção escolar em como ajudar em seu relacionamento com as demais crianças.

Para concluir, podemos utilizar um trecho da fala da mãe ao expressar o que compreende de todo o processo em que passou com Michel até os dias atuais:

Eu realmente não sei se meu filho é autista, se tem a psicose infantil, ou se eu sou a única culpada em ter transferido a ele todo o meu medo e minha insegurança. O que sei é que luto para que eu me torne mais segura e transmita aos meus filhos e principalmente ao caçula, que tudo é possível, e que se por acaso se deparar com algum obstáculo interno ou externo, é possível vencer. Toda luta nos leva a vitória, mesmo quando achamos difícil, tudo se resolve (LAURA).

Após se emocionar com a apresentação de fim do ano de 2019 de Michel no CMEI, e imaginando ele no primeiro ano no ano de 2020, Laura fez as seguintes considerações:

A minha maior luta durante todos esses anos foi para ele conseguir superar as dificuldades dele e agora ir pra escola sem precisar de professora de apoio, para não ser tratado diferente dos outros, essa era a minha meta. Graças a Deus a gente conseguiu isso, com todo apoio que recebi da família e da psicóloga, graças a Deus, uma vitória (LAURA).

Para finalizar, é possível ressaltar que para Laura, sua intenção é obter o desenvolvimento de Michel, sem que ele seja tratado diferente das outras crianças, de forma que não gostaria que seu filho necessitasse fazer uso de medicamentos,

professora de apoio, ou qualquer coisa que trouxesse a ideia que ele não pode ser como os demais.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a finalizarmos as pesquisas para fundamentação teórica e do relato de vivência, podemos apresentar algumas discussões obtidas. Na facção desta monografia, pudemos observar que o conhecimento acerca das necessidades especiais em geral é muito precária tanto para a população quando para a comunidade acadêmica, no caso, a pedagogia.

Quando nos formamos pedagogos após quatro anos de graduação na Universidade, espera-se de nós profissionais o mínimo de conhecimento para lidar com atribuições da profissão, porém como pudemos observar, cada dia que se passa embasado nas Leis de Diretrizes e Bases e outros documentos, crianças com as mais variadas deficiências físicas e intelectuais vem sendo matriculadas no ensino regular. Porém, com a falta de conhecimento na área, o objetivo principal da escola que é o de transmitir o conhecimento se faz vago.

Arelada a produção desta monografia, tivemos a oportunidade de atuar na rede municipal de ensino e observamos que o pedagogo nas fases iniciais de desenvolvimento da criança matriculada na rede tem a possibilidade estar na instituição 11 horas por dia e por ser um local de desenvolvimento e inclusão no meio social, temos a possibilidade de sermos os primeiros a observar as diferenças e semelhanças entre as crianças de mesma faixa etária podendo realizar os encaminhamentos devidos quando necessários.

Tivemos também a possibilidade de acompanhar não somente como profissionais da área da educação mas também o caso da imprecisão diagnóstica dentro da família e, visto isso, conseguimos destacar como a falta de conhecimento e informações precisas a respeito de Transtornos Globais do Neurodesenvolvimento podem impactar a vida familiar e quais são as maiores angústias apresentadas pela família a partir de um diagnóstico.

Acreditamos que a metodologia e os métodos realizados para o desenvolvimento do referido trabalho se fizeram suficientes para atingir os objetivos da pesquisa, abordando no referencial teórico os transtornos de acordo com os documentos e suas principais características a partir da literatura, porém, pudemos concluir que no campo da Psicose Infantil, os estudos ainda são pouco realizados e de difícil compreensão.

Trazemos também neste capítulo algumas dúvidas que nos foi apresentadas como o porquê da mãe da criança ser contra medicalização se não houveram outros casos parecidos em seu meio de convívio, e que segundo ela, a criança medicalizada fica apática, ou seja, indiferente.

Apresentamos então a análise do relato de vivência em ordem cronológica para melhor compreensão dos fatos apresentados pela progenitora:

<b>1997</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Casamento;</b></li> </ul>
<b>1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Primeira filha do casal;</b></li> </ul>
<b>2000 à 2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Família passa por quatro abortos;</b></li> </ul>
<b>2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Segunda filha do casal;</b></li> </ul>
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Terceira filha do casal;</b></li> <li>● <b>Pai trabalhava em período integral desde a gestação;</b></li> <li>● <b>Recém nascido – Refluxo;</b></li> </ul>
<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Começa a frequentar a educação infantil;</b></li> <li>● <b>Desconfia-se que a criança é surda; Criança apresenta dificuldade de se afastar da mãe, falta de interação com as brincadeiras, falta da fala, não disputava brinquedo, estranhava todos a sua volta, não gostava de colo, agressividade contra si, dificuldade nos passeios de família...</b></li> </ul>
<b>2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Família foi até a escola conversar sobre os comportamentos;</b></li> <li>● <b>Busca por médicos;</b></li> <li>● <b>Mãe contra medicalização;</b></li> </ul>

<p>2016</p> <p>Na clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na escola: não participava, era muito quieto, não interagia a estímulos, não participava de rodas de contação de história;</li> <li>• Encaminhamento à clínica com o apoio do CEI;</li> <li>• criança passa por anamnese;</li> <li>• Entrevista com os membros da família;</li> <li>• Terapia de 2 a 3 vezes na semana</li> <li>• Criança começa a interagir com o meio social;</li> <li>• Psicóloga faz algumas orientações para a família colaborar no desenvolvimento da criança;</li> <li>• Laudo não fechou mas o diagnóstico inicial dado foi de autismo de grau leve;</li> <li>• Criança apresentava interação com as demais, começou a falar (repetição de palavras e frases, referência a si mesmo na terceira pessoa), conseguiram fazer passeios em locais públicos;</li> </ul>
<p>2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•filha mais velha se casa e causa impacto no desenvolvimento;</li> <li>•Psicóloga apresenta a possibilidade de um novo diagnóstico: psicose infantil;</li> </ul>
<p>2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança recebeu alta porém com acompanhamento caso fosse necessário;</li> <li>• Mesmo com uma melhor compreensão dos sintomas da psicose e o possível desenvolvimento, quando questionada sobre o que a criança tem, a mãe afirma ser autismo;</li> </ul>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o curso de pedagogia, pudemos nos atentar que a função do pedagogo está ligada diretamente ao educar, porém não se resume somente a isso. Essa atuação também está na ação de administrar, planejar, pensar, articular e organizar os mais diversos processos de ensino e aprendizagem.

O pedagogo é o profissional que atua em várias instâncias da prática educativa, direta ou indiretamente ligadas à organização e aos processos de transmissão e assimilação de saberes e modos de ação, tendo em vista objetivos de formação humana previamente definidos em sua contextualização histórica. (LIBÂNEO, 2001, p.11)

Como tivemos a oportunidade de atuar na educação infantil da rede municipal e regular de ensino durante a graduação, pudemos perceber que as crianças nos dias atuais passam de 8 horas e 30 min a 11 horas por dia nas instituições, obtendo seu desenvolvimento desde os primeiros balbucios até as primeiras palavras escritas em salas de aula.

Visto esses aspectos, e pensando que as primeiras interações com outras crianças de mesma faixa etária de forma diária acontece na escola, podemos compreender que o pedagogo é um dos primeiros a verificar o comportamento das mesmas com relação aos outros. Dessa forma, compreender cada fase do desenvolvimento se faz muito importante para que se observado algo incomum, seja possível realizar uma conversa com os responsáveis abordando os fatos apresentados para que os encaminhamentos possíveis sejam realizados.

Ainda com compreensão das atribuições do pedagogo em sala de aula, não faz parte de suas competências diagnosticar crianças com transtornos, nessas situações, o profissional deve realizar encaminhamento pautado nas principais características comportamentais observadas diariamente a um profissional especializado na área como por exemplo psicólogos.

Quanto ao aspecto de abordar o autismo e a psicose infantil em um trabalho de graduação se faz de extrema importância uma vez que segunda a Declaração da Salamanca (1994) os alunos com necessidades educacionais especiais tem o direito de frequentar a escola regular e como profissionais da área da educação que trabalha diretamente com a função do educar das crianças, devemos ter o mínimo conhecimento de suas particularidades e necessidades.

Pudemos dialogar com os manuais de classificação a respeito da psicose infantil e do autismo, além de manter relação com a leitura de alguns trabalhos de autores que trazem como fundamentação, Lacan e Freud, para que desta forma, pudéssemos identificar quais as semelhanças e diferenças de ambos os transtornos e pudéssemos compreender melhor o caso abordado.

Este trabalho apresentou as memórias cotidianas de uma mãe diante das imprecisões diagnósticas autísticas e psicóticas de seu filho, contando como foi essa experiência, quais eram as maiores angústias nesse processo, a insegurança que transmitirá para a família para com os cuidados da criança, em como o medo da exclusão por parte das pessoas a volta de seu filho.

Ao identificarmos quais as diferenças entre o autismo e a psicose, quais as possibilidades de inserção escolar e se o desenvolvimento e a aprendizagem se destoam dos demais alunos, pudemos então, descrever algumas situações vivenciadas sobre como rótulos diagnósticos podem ou não impactar a vida familiar e a forma de conceber o processo de desenvolvimento da criança diagnosticada.

Para finalizar, podemos dizer que passamos por dificuldades, lutamos e continuaremos lutando não só pelo caso Michel, mas por tantos outros casos que passaram em nossas mãos enquanto profissionais, para que não sejam escondidos, para que sejam acompanhados, desenvolvidos e amados pela família, pelos amigos e todos aqueles que estejam a sua volta, pois quando atuamos em escolas e centros de educação não fazemos parte somente do ensino das crianças, mas marcamos para toda uma vida.

## 7 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Arán, M. **A psicanálise e o dispositivo**. Diferença sexual. Instituto de Medicina Social da UERJ. Revista Estudos Feministas, 17(3):312, setembro-dezembro de 2009.

FERREIRA, S. S. M. O. **Autismo**: descrição, etiologia e sintomatologia clínica. 2004. Tese de doutorado em Linguística - Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Honorato G. M., Gebara A. C. **Alguns aspectos que podem ser identificados no psicodiagnóstico de Psicose Infantil**. In: Psiqweb, 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=239>> Acesso em: out. 2019

LINS, S. L. B. Psicose: diagnóstico, conceito e reforma psiquiátrica. **Mental**, Barbacena, ano V, n. 8, p. 39-52, jun. 2007.

MAIA, K, A; TENGAN S, K. Psicoses Funcionais na Infância e Adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.2, p.59, 2004.

MEXKO, S; GALHARDI, C. M. Psicose Infantil: Revisão da literatura a partir da psicanálise lacaniana. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 77, p. 137-144. abr./jun. 2014.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

PAPIM, A, A, P; SANCHES, K, G. **Autismo e Inclusão**: Levantamento das Dificuldades encontradas Pelo Professor do Atendimento Educacional Especializado em Sua Prática Com Crianças Com Autismo. 2013. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia). Centro Universitário Católico Salesiano Auxílium. Lins-SP, 2013.

PONTES, S; CALAZANS, R. **Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico**. Universidade Federal de São João del-Rei, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. v 28 n. 1, p.108-117. 2017.

VANOLI, E. N; BERNARDINO, L. F. Psicose infantil – uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica. **Estilos da Clínica**, v. XIII, n. 35, p.250-267. 2008.

VASQUES,C. Alunos Com Autismo,Transtornos globais do Desenvolvimento, Psicose Infantil?! sobre as Formas de Nomear e Compreender o Atendimento

Educacional. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 9, n.19, p. 162-176. 2010.