



NEUROAROMATERAPIA: A CLÍNICA DA AROMATERAPIA NOS TRANSTORNOS DE NEURODESENVOLVIMENTO – TEA E TDAH

SOUSA, Cleuber Cristiano de.¹

1 - Doutor e PHD em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela *Middletown Community College*. Diretor NEEP, e Presidente Estadual da Associação Brasileira de Medicina Psicosomática e Neurologia e Psiquiatria Infantil – ABMP/ABENEPI. E-mail: dr.cristianosousa@gmail.com

LINHA DE PESQUISA: Neuroeducação. Neuropsicologia. Aromaterapia. Ensino. Aprendizagem.

RESUMO: Tem o presente artigo o objetivo de compreender, relacionar e irromper o sujeito da profundidade imaterial daquilo que chamamos de essência, porquanto esta se depreende do produto das relações humanas, que suscita o objeto que denominaremos de problema/sintoma. Assim, como a linguagem é um sistema, que, podemos dizer, como um dos mais complexos e dinâmicos, no TEA e TDAH (Transtornos de Neurodesenvolvimento – Transtorno de Espectro Autista e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção), esta complexidade é o que denominamos prognóstico para assertividade clínica.

Palavras-chave: Educação, Neuroeducação, Procedimentos Metodológicos e Ensino.

APRESENTAÇÃO

E por que o estudo da Aromaterapia?

A medicina ortodoxa tem diretrizes baseadas na clínica tradicional, com utilização de fármacos, em contraposição, a aromaterapia tem uma orientação por meio do uso de concentrados voláteis, conhecidos como óleos terapêuticos/essenciais, com várias funções químicas, como aldeídos, ésteres, fenóis, álcoois e hidrocarbonetos. No processo de prensagem ou destilação dos vegetais são extraídos os compostos orgânicos. As sementes, flores, frutos e raízes passam por estes processos e o produto desta extração é diluído nas mais distintas concentrações.

O ponto de articulação entre a Aromaterapia e a Neuropsicologia se dá na pressuposição: a classificação na psicopatologia é substituída (em partes) por um diagnóstico amparado pela matriz

cultural, pelos processos sociais, psíquicos e somatológicos, bem como a ação de depuração para a extração dos óleos terapêuticos. A absorção é uma propriedade de assimilação que pode ocorrer pela inalação por vias aéreas, pela ingestão ou uso tópico. Tudo se inicia no controle neurobiológico das emoções, impulsos, sexualidade, reações instintivas, memória, atenção, percepção e demais componentes que decorrem desta inalação, ativação do sistema olfativo pelos nervos olfativos e bulbo, propiciando ligação de forma direta com o Sistema Nervoso Central, conduzindo o estímulo ao sistema límbico. Deste processo, há um quociente que chega até a corrente sanguínea dinamizada pelo sistema respiratório.

A atuação das moléculas pela via cutânea resulta na absorção dos óleos terapêuticos e sua condução pela circulação do sangue, chegando até os tecidos e órgãos do corpo humano. A condução final dos óleos terapêuticos ocorre em distintos tecidos do corpo, contudo a passagem

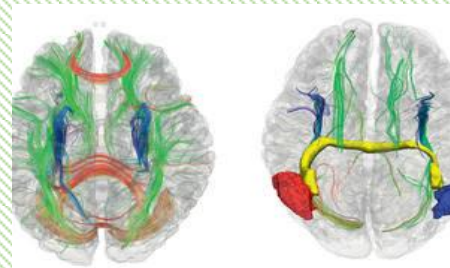


destas substâncias do local de contato é por meio do intestino.

É uma pesquisa complexa? Sabemos que a é, porém se torna importante para a compreensão da constituição do sujeito na estrutura psíquica da neurose, psicose e perversão. O ato de constituir-se é do acontecimento, do estilo estruturado, da percepção de si mesmo, da coesão familiar, da competência social, contanto que nos aprofundemos o suficiente para buscar o todo em detalhes importantes que nos levem a trazer para a realidade psíquica. É nesta orientação, que perpassaremos pelo conceito de atividade empática da experiência subjetividade e a importância do auto-conhecimento.

A lavanda se insere no universo dos óleos aromáticos com efeito de bem-estar, sedativo e calmante, já o alecrim age sobre o corpo humano com sinais e sintomas de alternância entre hiperprosexia e vigilância. Em 1988, psicólogos da Universidade de Miami comprovaram por meio de EEG – Exame Eletroencefalográfico, com 40 pacientes, o efeito de sonolência da lavanda, por significativo rebaixamento da frequência de ondas cerebrais, em contrapartida, o estado de alerta seria confirmado por pacientes com histórico de inalação do alecrim. O mais relevante é que ao serem monitorados em testes que exigiam raciocínio lógico-matemático, os pacientes que inalaram essência de alecrim tiveram resultados mais satisfatórios dos que os que não tinham recebido tratamento com óleos terapêuticos.

O sulco cerebral, denominada físsura inter-hemisférica, separa o cérebro humano apresentando, assim, dois hemisférios. O feixe de fibras neurais corpo caloso é quem une os dois hemisférios, esquerdo e direito, com intercâmbio de informações ativas e complementares aprimorando os estímulos que se aplicam e operacionalizam a parte antagonista do corpo.



Revista Pesquisa Fapesp/2014

O ESTADO DE MATO GROSSO

A população de Mato Grosso foi estimada em 3,4 milhões de habitantes, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados nesta quarta-feira (29), no Diário Oficial da União. A última estimativa divulgada pelo IBGE tinha sido em 2016. À época, a população estimada do estado era de 3.305.531. Ou seja, nos últimos dois anos, houve crescimento populacional de 136.467, o que corresponde a 4,1%.

Mato Grosso é o segundo maior da região Centro Oeste em número de habitantes. Aparece atrás de Goiás, que tem população estimada em 6,9 milhões, e à frente de Mato Grosso do Sul, 2,7 milhões de habitantes, e do Distrito Federal, 2,9 milhões.

A Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso, SEDUC, MT, é a maior estrutura organizacional na administração pública estadual. Atualmente, conta com aproximadamente 41.000 servidores, 767 escolas urbanas, rurais, indígenas e quilombolas, 98 assessorias pedagógicas, 15 Centros de Formação e Atualização dos Profissionais da Educação Básica - CEFAPROS. Conforme relatório 2017 (anexo I), encaminhado pela SEPLAG/MT, em relação ao motivo de afastamento, verificou-se que as doenças com maior frequência são as do grupo M – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo que representa (29,9%), seguidas das doenças do grupo F –



transtorno mentais e comportamentais (27,7%).

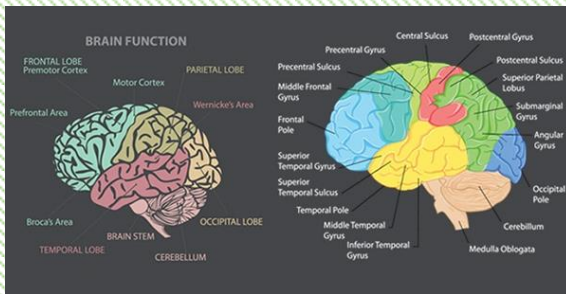
Já no ano de 2018, conforme dados encaminhados, as doenças do grupo F com maior frequência, é o F.41, correspondente aos transtornos ansiosos de pânico, misto de ansiedade e depressão, ansiedade generalizada não especificada, seguido do F.32 de episódios depressivos, leves, moderados ou grave, totalizando 27,6% do total de afastamentos do ano de 2018. Em se tratando do CID M54, identificou-se grande frequência de dorsalgia, representando 27,5% dos afastamentos dos servidores. (NSS/SEDUC/MT/2019)

O TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA – TEA

As alterações na aquisição de linguagem, sejam elas, por questões de cronologia equiparada, ou de desenvolvimento tardio na aprendizagem, são as queixas mais frequentes no que se refere aos sinais, sintomas, transtornos e distúrbios de neurodesenvolvimento, tais como o TEA e TDAH. Esta realidade clínica é um fator preocupante para os vários segmentos que se articulam no referencial de normalidade no desenvolvimento infantil. É sabido que clinicamente as alterações fisiológicas na linguagem não se limitam aos aspectos biologicistas de neurodesenvolvimento, mas é a partir destes limites que vamos manifestar nossas considerações fundamentais sobre a relação do binômio linguagem/aprendizagem. Os prejuízos na aquisição de linguagem e como isso afeta o desenvolvimento escolar tem causas multifatoriais, mas são os fatores neurológicos a nossa referência para o diagnóstico e intervenções no tratamento. O objetivo deste artigo é viabilizar uma proposta que visa à análise, diagnóstico ou cuidado primário do processo constitutivo dos distúrbios de comunicação e como todo este conjunto organizado é fisiologicamente

percebido, possibilitando estudos com fundamentos clínicos, na nosologia e nosografia dos sintomas do TEA.

O desenvolvimento da linguagem se fundamenta em dois eixos fundamentais da função cortical superior: estrutura anatomofuncional e estimulação verbal. A distinção está na natureza determinante da biologia e a influência do meio e condições externas. É importante para o conhecimento e reconhecimento das bases neurobiológicas da linguagem considerá-la como sendo processada em distintas estruturas anatômicas. Os estudos bioelétricos do tecido cerebral e as mais diferentes técnicas de imagem possibilitam um estudo mais abrangente da neurofisiologia da linguagem, porque tanto a fala, quanto a compreensão, recepção e nomeação podem sofrer prejuízos naturais ou determinados pela biologia. O princípio básico apresenta predominância do hemisfério esquerdo para o desenvolvimento da linguagem, segundo Kandel (2003), o processamento da linguagem em cerca de 96% das pessoas é realizada neste hemisfério. Uma questão importante que corrobora o estudo clínico em questão proposto por Broca em 1864 é o teste de Wada, que avalia qualitativamente e quantitativamente a lateralidade e as funções verbais, tanto no que se refere à linguagem quanto a sua memória. Neste exame clínico, a aplicação de uma anestesia no hemisfério cerebral esquerdo, geralmente, bloqueia a fala. As áreas associativas do córtex cerebral, duas áreas corticais que ao não desempenharem normalmente suas funções correspondem a prejuízos significativos na linguagem, condição *sine quae non* para excluir as áreas motoras e sensoriais primárias ou secundárias de local que controla as funções linguísticas. Para uma compreensão mais descritiva, do ponto de vista nosográfico dos transtornos, as áreas que serão estudadas serão denominadas de área associativa parieto-occipitotemporal e a área associativa pré-frontal.



Afasia.com.br

A área de Broca se encontra na área associativa pré-frontal, se relaciona ao córtex motor para planejamento de sequencialidade de movimentos e está conectada por feixe de fibras subcorticais à área associativa parieto-occipitotemporal. Tem na área de Broca o que podemos considerar como circuito indispensável para a formação da palavra e se encontra na região do córtex pré-frontal. Então, pode-se afirmar que no córtex pré-frontal postero-lateralmente e na parte pré-motora são planejados os padrões motores para que as palavras individuais sejam expressas de forma natural e recebidas de forma efetiva. A área associativa parieto-occipitotemporal se constitui de uma área para compreensão de linguagem, nomeação de objetos, processamento primário de lecto/linguagem e coordenadas espaciais do corpo, no que se refere à análise. A compreensão de linguagem e nomeação de objetos são fundamentais para que as atividades linguísticas de recepção, compreensão e fala sejam executadas na normalidade. No lobo temporal, situa-se a área de Wernicke, com um objetivo funcional de evocar conceitos, por meio do processamento de sons, que ao serem recebidos e reconhecidos são interpretados como palavras. É no ato de compreensão de palavras que se fundamenta a função da área de Wernicke e qualquer lesão nesta área. Mas é necessário que seja considerada a associação relativa entre o centro de Wernicke e área de Broca. A área para nomeação de objetos se encontra na lateral da região anterior do lobo occipital e da região posterior do lobo temporal. A visão e a audição estão envolvidas neste processo,

um no que se refere à aprendizagem dos nomes e o outro acerca da natureza física do objeto. Esta realização é condição sem a qual não se compreende a linguagem. É importante considerar que mesmo com a polarização das áreas de Wernicke e Broca, a leitura é consequência da integração das duas áreas, sendo que esta dependência sinalizaria a recepção de informações do córtex visual esquerdo. Os estudos clínicos vêm se aprofundando no mecanismo de ação, recepção, produção e compreensão da linguagem e não se admite um cartesianismo biologista quando são analisados os prejuízos por lesões cerebrais ou mesmo por genética. Novas regiões corticais e subcorticais no hemisfério esquerdo foram envolvidas neste processo, sendo essenciais para a aquisição e desenvolvimento da linguagem. Os sistemas de implementação da linguagem Wernicke e Broca, envolvendo córtex insular e núcleos de base, com função de análise dos sinais auditivos aferentes, construção fônica e controle articatório se constituem como um sistema conceitual, que tem como função embasar o conhecimento conceitual, sendo regiões distribuídas entre o córtex associativo de ordem superior. E, por final, o sistema mediador que age de forma intermediária e se constitui de várias regiões no córtex de associação frontal, parietal e temporal. Os neurônios que se relacionam formando uma imbricada rede e são distribuídos em várias regiões do cérebro são responsáveis de forma especializada pelo processamento da linguagem. É o aparelho auditivo que se responsabiliza em sincronizar os sinais auditivos e, ao decodificá-los, transformá-los em impulsos elétricos. Estes impulsos viajam por meio de neurônios até a área auditiva do córtex cerebral, no lobo temporal. O reconhecimento do padrão de sinais auditivos, interpretação, formulação de conceitos ou pensamentos, com ativação de grupos diversos de células nervosas é função específica da área da Wernicke. Na parte inferior do lobo temporal, é formada a



imagem do que sinal acústico, sendo que os conceitos relacionados são armazenados no lobo parietal. Consideramos o processo contrário para verbalização do pensamento. Uma verbalização interna é canalizada para a área de Broca, na parte inferior do lobo frontal, para se efetivar em produção de fala. Tanto as áreas de controle motor quanto as responsáveis pela memória estão envolvidas na linguagem. É importante reforçar que mais de 90% da população tem como dominante o hemisfério esquerdo para o processamento da linguagem, mas o hemisfério direito também participa deste processamento. As lesões do cérebro resultam em perturbações na linguagem (na fala) e da compreensão que são denominadas de afasia, prejudicando assim a competência de falar e compreender a fala. A prosódia, a ressonância, a articulação, a voz, a cadência/ritmo caracterizam a fala. Quando a linguagem sofre alterações, podemos classificá-las em: desvio, atraso e dissociação.

natureza são diversos e há uma multiplicidade de testes, avaliações e laudos para classificar os tipos e identificar formas de intervenção, sendo prioridade que isto aconteça nos primeiros anos de vida da criança. No geral, as afasias são sistematizadas em sensorial e motora, a última ainda recebe a denominação de expressiva, porque está intimamente conectada à dificuldade na produção da fala, prejudicando quanto ao ritmo, cadência e fluência. A afasia receptiva ou também denominada sensorial, na maioria das vezes, se refere a prejuízos e dificuldades na compreensão da fala e linguagem, prejudicando a leitura e a escrita nos pacientes afásicos. Como parte constitutiva da síndrome de afasia, temos a apraxia de fala. Nestes pacientes, mais do que compreensão, leitura e escrita, são percebidos prejuízos motores, como por exemplo deficiência especializada nos movimentos orofaciais. Sendo a natureza linguística o que marca definitivamente a afasia, a incapacidade de desenvolvimento motor é a desordem que produz ineficiência na condição prosódica, com lacunas, espaços e fluência lenta, causando equívocos na articulação. As alterações de ordem muscular, tais como prosódia, articulação fonação e ressonância, que envolvem também a respiração, são características do distúrbio de fala denominado disartria. Estes sintomas têm casuística nas lesões do SNC ou Periférico, com fixidez ou paralisia nos músculos da fala, ou seja, falta de coordenação no controle muscular. Mesmo sendo a apraxia e a disartria desordens motoras da fala, os prejuízos são diferentes em nível de produção. A fixidez/paralisia, lentificação, tônus dos músculos não são elementos significativos nos pacientes apráxicos. Já a ataxia, hipertônus ou hipotônus, movimentação restritiva dos músculos da fala são específicos da disartria. A avaliação de linguagem do paciente em vários níveis de complexidade de atividades de fala, repetição, descrição, compreensão e

Alterações de Linguagem			
Item	Desvio	Atraso	Dissociação
1	Padrão evolução	Progressão linguagem	Distinção significativa
2	Alterado	Ritmo mais lento	Relação áreas
3	Anomalia Aquisição linguagem	Sequência correta	Diferença evolução

ABMP/MT

Os fatores que concorrem para a etiologia das dificuldades e transtornos de aprendizagem e linguagem são diversos, tanto podem ser emocionais, intelectuais ou cognitivos e orgânicos. Existem relações estreitas entre determinados transtornos e a linguagem. Trataremos neste artigo especificamente do Transtorno de Espectro Autista – TEA, contudo, podemos destacar a dislexia, dislalia, discalculia, epilepsia e demais afasias. A diminuição da capacidade da linguagem escrita ou oral resultante de qualquer distúrbio cerebral é denominada afasia. Os transtornos desta



demais elementos constitutivos de comunicação e linguagem, além da avaliação dos elementos que constituem e concorrem para a fala e os movimentos e tarefas que envolvem a programação motora.

Os estudos que envolvem as descargas eletroencefalográficas, as crises de convulsão, em geral, todos os sintomas advindos de crises epiléticas trazem alguns distúrbios específicos no quadro clínico atual dos distúrbios de linguagem. As afasias agudas ou críticas, com disfunções transitórias cognitivas, a Síndrome de Landau-Kleffner, ou afasia epilética adquirida, e as disfasias dos desenvolvimentos que são relacionadas clinicamente à epilepsia. É sabido pelos fundamentos clínicos que a causa desta afasia se dá por crises continuadas ou atividades que envolvem a eletroencefalografia epileptiforme anormal, mesmo que muitas vezes haja confusão aparente com sintomas do transtorno autístico ou deficiência auricoarticular. Já no caso da dislexia, é importante ressaltar que, segundo Rutkowski (2003), que há uma discrepância clínica significativa quando se compara os dados das crianças brasileiras e as de países desenvolvidos, sendo que no Brasil cerca de 40% delas apresentam dificuldades de lecto-escrita nos anos iniciais e esta porcentagem diminui para a metade em países mais desenvolvidos. A memória sensorio-perceptual, socioemocional e motora são integridades que se articulam para a combinação dos fenômenos ambientais e biológicos no que se refere à quantidade, qualidade e frequência de estímulos que o ambiente oferece no aprendizado da linguagem/comunicação. A lecto-escrita é a base para a análise da dislexia, por ser uma mudança significativa na aprendizagem infantil, diferenciando-se em adquirida e de desenvolvimento propriamente dita. A dislexia adquirida é resultante de uma lesão cerebral, no caso biológico/genético. As causas que envolvem meio ambiente ou o

espaço escolar caracterizariam a dislexia de desenvolvimento. Os fatores neurológicos, neuroanatômicos e neurofisiológicos, os de cognição, as bases genéticas, nascimento prematuro e outros como peso abaixo da média caracterizariam a dislexia de desenvolvimento. Outra divisão das dislexias se refere aos tipos denominados de central e periférico. Na dislexia central, há prejuízo na conversão da grafia correta para a fala. Na dislexia periférica, o comprometimento se dá na compreensão do conteúdo de leitura, ou seja, mais na percepção visual. Os tipos fonológicos, de superfície e profunda fazem parte como subtipos da dislexia central, sendo que atencional, pura (literal) ou por negligência constituem as dislexias periféricas. As dislexias de superfície, semântica e fonológica são mais comuns nas denominadas de desenvolvimento. Entre as dislexias centrais e periféricas, temos como fundamento clínico da dislexia pura ou literal a leitura letra por letra preservada e nas características neuroanatômicas lesões occipitais inferiores à esquerda. As lesões no lobo parietal esquerdo se constituem como características neuroanatômicas da dislexia atencional, sendo que há preservação da leitura de palavras isoladas, mas quanto agrupadas, persistem as dificuldades na leitura no campo visual global. A lesão na região da artéria cerebral média do hemisfério direito envolvendo lobos frontal, parietal, frontal e temporal, faz parte dos caracteres neuroanatômicos da dislexia por negligência e os prejuízos na leitura no campo visual do lado contralateral ao da lesão cerebral se constituem dos fundamentos clínicos desta alteração de aprendizagem. As características clínicas da dislexia profunda são fluência para leitura para palavras frequentes e concretas, ausência de leituras de não-palavras e bloqueio na via não-lexical. Lesões múltiplas no hemisfério esquerdo e a existência de habilidades de leitura residuais no hemisfério direito são características neuroanatômicas deste tipo



de dislexia. As evidências de disfunção na região temporal média e pósterio-superior do hemisfério esquerdo são caracteres neuroanatômicos da dislexia de superfície, com características clínicas de comprometimento da via lexical, sem capacidade ortográfica de informação. O último tipo é a dislexia fonológica, que se apresenta com fundamento clínico de incapacidade de decodificação fonológica, danos da via de conversão grafema-fonema, dificuldades em tarefas de memória fonológica, desempenho insuficiente na leitura de pseudopalavras. No que se refere ao funcionamento adequado do processamento perilexical, não se percebem disfunções neuroanatômicas específicas. Os estudos que relacionam a dislexia à genética consideram a leitura vinculada aos cromossomos específicos 6, 1, 2 e 15. O Projeto Genoma Humano relaciona os genes DYX1, DYX2, DYX3 e DYX4, de suscetibilidade à dislexia. Os mesmos cromossomos específicos citados acima foram identificados como relativos ao prejuízo no processamento textual. As alterações da linguagem escrita, sejam elas, disortografia ou disgrafia, se referem, respectivamente, alterações ortográficas na grafia das palavras, sendo a disgrafia mudanças nos traçados das letras. A etiologia dos distúrbios da linguagem oral e escrita se referem às alterações de déficit auditivo, cognitivo, autístico, casuística ambiental ou de influência do meio, a atraso constitucional ou isolado da linguagem expressiva e as demais alterações específicas da linguagem. A análise descritiva destes distúrbios se fundamenta, respectivamente: 1. Influencia a aquisição de linguagem após 6-9 meses, observadas as alterações de perda de qualidade vocal, consoantes suprimidas e modificação da sonoridade das vogais. Os sons guturais e primitivos ainda persistem. 2. O atraso de desenvolvimento na evolução da linguagem na criança é parcialmente similar ao da criança normal, em um ritmo de involução. 3. Ocorrência de ecolalia,

persistência inapropriada do mesmo tema (perseveração), alterações da comunicação não-verbal, comportamentos estereotipados e repetitivos, interesses restritivos e prejuízo da sociabilidade. 4. Elementos que envolvem riscos sociais e emocionais. 5. Prejuízo e atraso relacionado à pragmática e à compreensão. No caso das demais alterações específicas de linguagem, é um diagnóstico diferencial de exclusão.

LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.

**Presidência da República
Casa Civil Subchefia para Assuntos
Jurídicos**

LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;



II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder

público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada a necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência



à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6º (VETADO).

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2º (VETADO).

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Henrique Paim Fernandes

Miriam Belchior

**DECRETO Nº 8.368, DE 2 DE
DEZEMBRO DE 2014**

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos
Jurídicos**

**DECRETO Nº 8.368, DE 2 DE
DEZEMBRO DE 2014**

Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

**A PRESIDENTA DA
REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012,

DECRETA:

Art. 1º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Parágrafo único. Aplicam-se às pessoas com transtorno do espectro autista os direitos e obrigações previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, e na legislação pertinente às pessoas com deficiência.

Art. 2º É garantido à pessoa com transtorno do espectro autista o direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitadas as suas especificidades.

§ 1º Ao Ministério da Saúde compete:

I - promover a qualificação e a articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para assistência à saúde adequada das pessoas com transtorno do espectro autista, para garantir:

a) o cuidado integral no âmbito da atenção básica, especializada e hospitalar;

b) a ampliação e o fortalecimento da oferta de serviços de cuidados em saúde bucal das pessoas com espectro autista na atenção básica, especializada e hospitalar; e

c) a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e da rede de cuidados de saúde da pessoa com deficiência no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista, que envolva diagnóstico diferencial, estimulação precoce, habilitação, reabilitação e outros procedimentos definidos pelo projeto terapêutico singular;



II - garantir a disponibilidade de medicamentos incorporados ao SUS necessários ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista;

III - apoiar e promover processos de educação permanente e de qualificação técnica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista;

IV - apoiar pesquisas que visem ao aprimoramento da atenção à saúde e à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtorno do espectro autista; e

V - adotar diretrizes clínicas e terapêuticas com orientações referentes ao cuidado à saúde das pessoas com transtorno do espectro autista, observando suas especificidades de acessibilidade, de comunicação e atendimento.

§ 2º A atenção à saúde à pessoa com transtorno do espectro autista tomará como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Art. 3º É garantida proteção social à pessoa com transtorno do espectro autista em situações de vulnerabilidade ou risco social ou pessoal, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Art. 4º É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar o direito da pessoa com transtorno do espectro autista à educação, em sistema educacional inclusivo, garantida a transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior.

§ 1º O direito de que trata o **caput** será assegurado nas políticas de

educação, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, de acordo com os preceitos da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

§ 2º Caso seja comprovada a necessidade de apoio às atividades de comunicação, interação social, locomoção, alimentação e cuidados pessoais, a instituição de ensino em que a pessoa com transtorno do espectro autista ou com outra deficiência estiver matriculada disponibilizará acompanhante especializado no contexto escolar, nos termos do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 12.764, de 2012.

Art. 5º Ao tomar conhecimento da recusa de matrícula, o órgão competente ouvirá o gestor escolar e decidirá pela aplicação da multa de que trata o caput do art. 7º da Lei nº 12.764, de 2012.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação a aplicação da multa de que trata o **caput**, no âmbito dos estabelecimentos de ensino a ele vinculados e das instituições de educação superior privadas, observado o procedimento previsto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

§ 2º O Ministério da Educação dará ciência da instauração do processo administrativo para aplicação da multa ao Ministério Público e ao Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Conade.

§ 3º O valor da multa será calculado tomando-se por base o número de matrículas recusadas pelo gestor, as justificativas apresentadas e a reincidência.

Art. 6º Qualquer interessado poderá denunciar a recusa da matrícula de estudantes com deficiência ao órgão administrativo competente.



Art. 7º O órgão público federal que tomar conhecimento da recusa de matrícula de pessoas com deficiência em instituições de ensino vinculadas aos sistemas de ensino estadual, distrital ou municipal deverá comunicar a recusa aos órgãos competentes pelos respectivos sistemas de ensino e ao Ministério Público.

Art. 8º A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, juntamente ao Conade, promoverá campanhas de conscientização sobre os direitos das pessoas com transtorno do espectro autista e suas famílias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de dezembro de 2014;
193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Henrique Paim Fernandes

Arthur Chior

Ideli Salvatti

A ONU – Organização das Nações Unidas, ao declarar o dia 2 de abril – o Dia Mundial da *Conscientização do Autismo*, viabilizou uma discussão macro que coincide com o objetivo desta pesquisa que é a articulação entre educação, linguagem e transtorno de espectro autista. A estrutura quaternária é a articulação entre elementos do *setting* psicanalítico: associação livre; dimensionamento e redimensionamento do sintoma, demanda, transferência e contra-transferência e processo de cura. A análise destes elementos associados ao contexto clínico do TEA possibilita a compreensão de uma clínica sistêmica e uma aproximação transferencial entre Psicanálise e Neurociências do Comportamento. Até onde esta aproximação pode nos levar é o objeto deste trabalho.

A escola não é o espaço apropriado para a identificação, classificação ou diagnóstico de uma criança que apresenta sinais e sintomas de transtorno autístico. Mas é preciso ressaltar que o fato de que o professor não esteja preparado para este trabalho não prescinde o número significativo de crianças em estado de autismo (leve e moderado) nas unidades escolares. Segundo o Portal Brasil, com informações do Ministério da Educação, do Governo Federal, em 2014, mais de 698 mil estudantes, com características especiais, estavam matriculados em classes comuns, sendo que o percentual sobe 93%, em escolas públicas.

A importância desta pesquisa está na estimativa de prevalência de que o TEA incide em 1% da população, 70 milhões de pessoas no mundo, sendo 2 milhões de pessoas no Brasil. Nos Estados Unidos, um relatório de março de 2014, a CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças, apresentou dados de prevalência de 1 em cada 42 meninos e 1 em cada 189 meninas, com Transtorno de Espectro Autista. Estudos recentes, no ano de 2014, na Suécia, demonstraram uma mudança sociocultural importante nas estimativas, com base em pesquisa anterior. Os autores são pesquisadores da King's College, de Londres, e no Instituto Karolinska, de Estocolmo, e afirmaram que a genética tem um peso de 50 %, bem menos do que as estimativas anteriores de 80 a 90%, segundo o *JAMA, Journal of the American Medical Association*.

A pesquisa é predominantemente qualitativa, com traços quantitativos, pelos dados e análise de dados, sendo que ao analisar como uma desordem neurológica, de causas imprecisas, e, por conta disso, não existir escalas normatizadas e no Brasil, não existir um estudo completo de prevalência, bem como a mudança na classificação e diagnóstico ser bem recente, a partir da quinta revisão do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é viável a pesquisa proposta.



A Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012, discorre sobre a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. As Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo, (TEA), de abril de 2013, do Ministério da Saúde, apresenta as orientações à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ainda há, como parte deste arcabouço legal, o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

A CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição, tem na classificação F 48 – Transtornos Globais de Desenvolvimento – aproximando nesta rubrica nove transtornos relacionais. Como referência, apresentam-se sintomas tais como a aversão social, dificuldades no desenvolvimento da imaginação, estereotípias motoras, linguagem com significativos desvios, sendo estas manifestações sintomáticas observadas antes do terceiro ano de vida infantil.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição, o DSM-V, mudou de forma significativa os critérios diagnósticos para o autismo. A apresentação de sintomas precocemente e o comprometimento da capacidade do indivíduo praticar as suas atividades no seu cotidiano são dois referenciais fortemente destacados pela nova revisão do DSM acerca do Transtorno de Espectro Autista.

A apresentação de problemas de interação social ou emocional alternativo, graves problemas para manter relações ou desenvolver atividades de engajamento social, bem como apresentar dificuldades de comunicação não-verbal, incluindo, assim, o gestual, o vocal, o postural, anormalidade nos movimentos dos olhos e nas expressões faciais e o não reconhecimento das

expressões faciais, como sinais, nas outras pessoas. Ainda nesta orientação sintomática, percebem-se a resistência a mudanças e apego à rotina e às atitudes e ações padronizadas, sem comportamentos de estímulos sensoriais. Todos estes elementos são característicos da pessoa que pode ser diagnosticada com Transtorno de Espectro Autista, TEA.

Em 1943, Leo Kanner apresentou pela primeira vez as características de ecolalia, obsessividade, estereotípias e autismo extremo para o termo descrito por ele denominado como Transtorno Autístico do Contato Afetivo. Notam-se já nestes escritos uma relação com a intensidade da vida imaginativa, o alheísmo e ausência de respostas a estímulos da exterioridade. Este termo (autismo) é caudatário dos estudos de Bleuler, que por meio dos AA/4A, apresentava que, para a Esquizofrenia, deveriam ser identificados os sintomas inerentes à orientação para a vida subjetiva que altera a percepção do mundo (autismo na concepção de E. Bleuler), falta de unidade de consciência, presença de sintomas característicos, evolução com inevitável deterioração e uma construção multidimensional.

É importante ressaltar novamente que na revisão número 5, do DSM, são descartados os subtipos dos transtornos do autismo, sendo que as subcategorias são agrupadas em uma condição unificada denominada de Transtorno de Espectro Autista – TEA. Não se considera de forma singular a Síndrome de Asperger, sendo esta condição relacionada ao diagnóstico global do autismo, que passa a ser orientado por duas categorias: presença de comportamentos repetitivos e estereotipados e alteração da comunicação social.

As leis que instituem a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista são, primeiramente, a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e, o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Neste



Decreto, a pessoa com transtorno de espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, sendo esta uma particularidade deste transtorno.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO, COM HIPERATIVIDADE, IMPULSIVIDADE E DESATENÇÃO – TDAH

Sendo caracterizado por uma disfunção no córtex pré-frontal, o TDAH tem como constituição de seus sintomas a impulsividade, distúrbios de desatenção, o prejuízo no controle das emoções, dificuldade de planejamento, elaboração de estratégias e hiperatividade, com hipercinesia.

Segundo ARRUDA (2019), 912 mil crianças brasileiras de 5 a 12 anos, percentual estimativo de 3,3% da população infantil, conforme apresenta o IBGE, possuem o TDAH, mas nunca foram tratados. Ainda nesta orientação, 2,3%, equivalente a 625 mil crianças nem sabem que têm este transtorno, mas convivem com os prejuízos deste sintoma, que ainda podem ser tratados e controlados, com um prognóstico significativo de qualidade de vida.

Crianças com TDAH têm sete vezes risco maior de sofrerem acidentes domésticos e nove vezes mais chance de serem hospitalizados por contusões e fraturas, sendo que na vida adulta apresenta também maior risco de dificuldade de manutenção de relacionamentos pessoais e maior possibilidade de desenvolvimento de ideação suicida.

Por mais que haja indicações para tratamento do TDAH com uso de anfetaminas e estimulantes (Arruda, 2019), é importante ressaltar o papel dos componentes cognitivos no “amadurecimento” do frontal e a contribuição significativa das psicoterapias e atividade cognitiva-comportamental.

O diagnóstico deve levar em conta vários critérios clínicos. Esta condição clínica é muito comum, por isso afeta uma parcela significativa da população infantil, cerca de 5%, sendo que estes sintomas se não forem tratados persistirão na vida adulta, manifestando-se como agitação, impulsividade e desatenção.

O Centro de Pesquisa da América Latina de estudo de TDAH, teve participação em sua pesquisa do Instituto DÓr de Pesquisa e Ensino no Rio de Janeiro, com representação do Dr. Paulo Mattos. Esta pesquisa contou com mais de 3 mil pessoas, pacientes com TDAH e indivíduos saudáveis, entre 4 e 63 anos, que foram submetidos a exames de neuroimagem estrutural por Ressonância Magnética. A posteriori, cada região do cérebro foi avaliada. Este protocolo pode apresentar uma comparação das estruturas cerebrais entre indivíduos com o transtorno e sem o transtorno.

O resultado da pesquisa foi muito importante pela comprovação de que as estruturas de pacientes com TDAH tais como hipocampo, acúmbens e amígdala, são menores, sabendo, assim, que estas são responsáveis pela motivação e regulação de emoções, bem como o chamado sistema de recompensa. Quando se percebe que no adulto estas alterações são menos significativas, temos a comprovação que este transtorno é relacionado ao atraso da maturação de regiões cerebrais que regulam as emoções e tem como público principalmente as crianças.

É importante ressaltar a diferença entre o Transtorno de Déficit de Atenção, do tipo desatento daquele denominado tipo hiperativo, senso que o impulsivo também deve receber um cuidado específico e direcionado. O ato de cometer erros descuidados, dificuldade de manter a atenção diretiva e operante, seguir instruções, organizar tarefas e esquecimento, relaciona-se a desatenção.

O tipo hiperativo e combinado apresenta o comportamento de se mexer



todo o tempo, sair do lugar para se locomover de forma voluntária, correr ou escalar, falar de forma excessiva, relacionam-se aos sintomas hiperativos. Os sintomas da desatenção são mais comumente percebidos e evidenciados em crianças do sexo feminino. É importante salientar que as literaturas atuais não admitem mais uma visível distinção entre meninos e meninas quando o tema é o TDAH.

O TDAH é um transtorno de neurodesenvolvimento que tem especificação de gravidade atual, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – 5, da *American Psychiatric Association – APA*, em leve, com poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, critérios preenchidos em seis (6) meses, vida social, acadêmica ou profissional. Moderada, sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes. E ainda grave, muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado.

MÉTODO E METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Estudos Especializados em Psicopatologia, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, firmado por membro da família. A pesquisa foi apresentada à Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil/MT e a Regional de Medicina Psicosomática/MT.

Esta pesquisa se deu pelo interesse clínico acerca da impossibilidade de leitura e compreensão lecto-escrita do analisando P.H.B.C., filho de K.R.C e E.B.L., com 10 anos de idade completos e cursando o 3º ano, do Ensino Fundamental. O quadro desta criança do sexo masculino é recorrente em dificuldades de aprendizagem, com orientação para

transtornos de aprendizagem de neurodesenvolvimento. Havia suspeita de TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção.

A indicação pelo relatório da Unidade de Ensino é que o analisando não se desenvolvia, que já havia “reprovado” duas vezes, reincidentemente, e que não aprendia a ler, ficando “nervoso e angustiado” e, às vezes, estressado e desatento, quando se dirigiam a ele. Continuaram suas considerações afirmando que “não escutava” e quando escutava, esquecia (não havia retenção de conteúdo informacional), o que era dito. Não fazia uso de medicamento. Não praticava dieta ou restrição alimentar. Estava acima do peso corporal, com base nas correspondências altura/massa, sendo que esta situação o deixava desconfortável, por sempre seus colegas e familiares se reportarem a ele com apelidos pejorativos. Sua primeira análise fora feita em 2018, contudo sem evolução e acompanhamento.

Em, 2019, foram realizadas outras análises e, por meio de psicoterapias entre família e analisando, os resultados foram exitosos. O analisando já apresenta evolução na leitura, iniciando seu processo de aquisição de correspondência lecto-escrita inicial. A pesquisa ainda se encontra em desenvolvimento. Foram utilizadas terapias como aromaterapia inicial e cromoterapia inicial, juntamente com o início da correspondência lecto-escrita. É necessária mais análise sobre a identificação de sintomas de TDAH, sendo a próxima etapa, atividades de constituição do leitor e, posteriormente, a aplicação do SNAP IV, para identificação de sinais e possíveis sintomas do TDAH, ainda não confirmado.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre Aromaterapia, Transtorno de Espectro Autista e Transtorno de Déficit de Atenção, com Hiperatividade, Impulsividade e Desatenção é um fato educacional. É necessário compreender como desenvolver práticas pedagógicas que possibilitem atividades de desenvolvimento dos componentes cognitivos: atenção, memória, aprendizagem, pensamento, percepção, resolução de problemas e linguagem.

É urgente que as pesquisas alcancem o público da escola, porque lá há uma multiplicidade de dificuldades, transtornos e comorbidades. Este estudo inicial se relacionou às psicoterapias e às terapias integrativas para corresponder ao pressuposto holístico do sujeito em sua constituição integral: o sujeito como um todo.

Estas pesquisas devem ser extensivas e ampliadas às práticas integrativas

complementares, pelo seu efeito que relaciona o psíquico ao biológico, somato. A articulação entre os estudos destes temas operacionalizam dois efeitos: a mente que tem seus traumas e os prejuízos cognitivos trabalhados, no que se refere a neurociências, por meio do sentido mais efetivo que é o olfato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** CID-10. 8. São Paulo: EDUSP, 2000. 119p.

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

DSM-IV-TR™ - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2002.



ABMP
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA*



Regional Mato Grosso

ANEXOS



ABMP
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA*



Regional Mato Grosso

ANEXO I

REGISTROS PICTÓRICOS

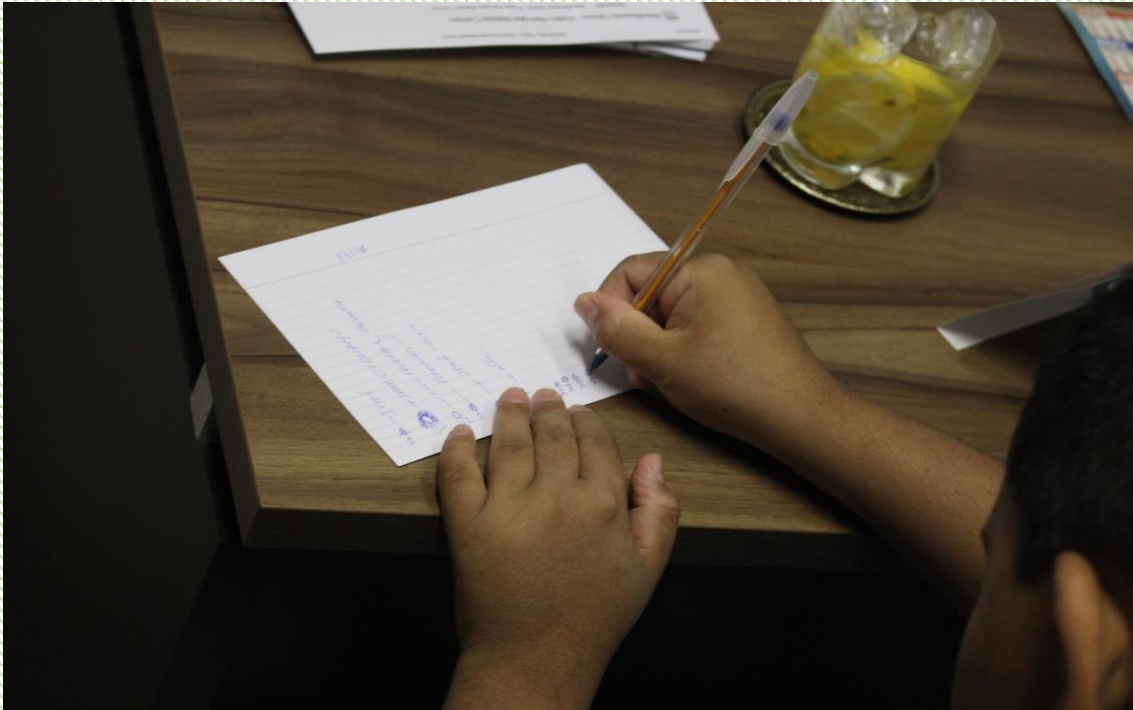


Figura 1 – P.H.B.C. apresentando texto pictográfico de representação de seus sentimentos.



Figura 2 – Apresentação da história da aromaterapia e aspectos lúdicos dos óleos terapêuticos.



ABMP
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA*



Regional Mato Grosso

ANEXO II

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



Figura 3 – Apresentação da Aromaterapia e da metodologia de aplicação dos óleos terapêuticos.



Figura 4 – Aplicação da Aromaterapia – óleos terapêuticos correspondentes às demandas da análise, alfabetização e letramento.



ABMP
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA**



Regional Mato Grosso

ⁱ Artigo publicado em 30/07/2019 - Revista Acadêmica Online – Vol. V. N.27 (Ed. jul/ago. 2019)

