

Transtorno de conduta

Michelle Marques Teixeira Ornelas *
Orient.: Sérgio de Freitas Oliveira **

RESUMO

Vários quadros psicopatológicos podem ser identificados na infância. Normalmente, tais problemáticas são focalizadas no contexto escolar e, entre esses quadros, encontra-se, com frequência, o diagnóstico de Transtorno de Conduta. Nos estudos realizados, pode-se entender que o Transtorno de Conduta está frequentemente integrado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Transtornos das Emoções (ansiedade, depressão, obsessão-compulsão). Também se associa a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais ao indivíduo. O presente artigo relata o estudo de caso de uma criança com esse diagnóstico e apresenta as principais características desse transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de conduta; Comportamento escolar.

O Transtorno de Conduta é um dos transtornos psicológicos mais frequentes na infância e um dos maiores motivos de encaminhamento ao psicólogo infantil.

Na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), esse transtorno é descrito como um padrão repetitivo e persistente de conduta antissocial, agressiva ou desafiadora, com violação de normas sociais ou direitos individuais. Os sinais dessa problemática são assimilados pelo discurso (psico) pedagógico como decorrentes de uma “falta de limites” na educação ou de uma ausência real da figura paterna na dinâmica familiar.

Os sintomas do Transtorno de Conduta surgem no período compreendido entre o início da infância e a puberdade e podem persistir até a idade adulta. Eventos de vida podem favorecer a persistência do comportamento antissocial na adolescência e na idade adulta. O ambiente escolar, dependendo de suas características, pode incentivar ou desestimular o comportamento antissocial.

Transtorno de Conduta está frequentemente integrado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Transtornos das Emoções

(ansiedade, depressão, obsessão-compulsão). Também se associa a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais ao indivíduo.

Os fatores agregados ao comportamento antissocial na infância, na maioria dos casos, são: receber cuidados maternos e paternos inadequados, viver em meio à discórdia conjugal, ser criado por pais agressivos e violentos, ter mãe com problemas de saúde mental, residir em áreas urbanas e ter nível socioeconômico baixo.

De acordo com Grunspun (1999), o que possibilita o diagnóstico de um transtorno é o impacto da combinação de sintomas e sinais no paciente ou no ambiente, no que diz respeito à área emocional, da conduta, do desenvolvimento e do relacionamento.

No caso do Transtorno de Conduta, os sinais são mais observados no sexo masculino e os critérios para seu diagnóstico, conforme o DSM IV, compreendem a possibilidade dos seguintes comportamentos antissociais: níveis excessivos de brigas ou intimidação; crueldade com animais ou outras pessoas; destruição grave de propriedades; comportamento incendiário; roubo; mentiras repetidas; cabular aulas ou fugir de casa; birras incomuns, frequentes e gra-

* Psicóloga e graduanda em Pedagogia com Ênfase em Necessidades Educacionais Especiais pela PUC Minas. E-mail: michelle-mteixeira@hotmail.com

** Licenciado em Letras e em Pedagogia. Professor Adjunto da PUC Minas. E-mail: sergiofoliveira@globo.com

ves; comportamento provocativo, desafiador; e desobediência grave e persistente.

Segundo Wajnsztein (2005), o tratamento de crianças com Transtorno de Conduta deve ser multimodal para ser útil e deve focar as vulnerabilidades médicas, psicodinâmicas, cognitivas, educacionais, familiares e ambientais de cada indivíduo.

Isto posto, esse transtorno será ilustrado com um estudo de caso de uma aluna do 2º ano do 1º ciclo do Ensino Fundamental com o referido diagnóstico. Evitando citar nomes, a aluna será denominada como Luma e a escola inclusiva onde ocorreu o estudo de caso como Escola S.

Luma chegou à Escola S no início de 2007, com sete anos. Cursava o 1º ano do 1º ciclo do Ensino Fundamental pela segunda vez, a pedido da mãe.

Residia com a mãe e com os avós maternos e dormia no quarto junto com a mãe. Os pais são separados, não dialogavam entre si e a criança presenciou muitas brigas do casal.

A família tinha vergonha do comportamento “grosseiro” de Luma com as outras pessoas e em lugares públicos. No entanto, estavam preocupados com a sua aprendizagem e interação com outras crianças.

Logo nos primeiros dias de aula, além de já possuírem uma queixa da mãe, os professores de Luma perceberam um comportamento diferente dos demais colegas. Agredia fisicamente os colegas, era impulsiva, impunha suas vontades, não gostava de ser contrariada, respondia aos professores, falava palavrões, não aceitava carinho, não cooperava com os colegas, quebrava regras e combinados, tinha atitudes masculinas, falava engrossando a voz, verbalizava o desejo de ser homem, só ficava na companhia dos meninos, além de dificuldades de aprendizagem.

A mãe de Luma logo foi convocada pela coordenadora, para explicar sobre a origem de tais comportamentos e, nessa ocasião, relatou que Luma sofreu muita pressão na escola anterior para ler e escrever, pois esta acreditava que Luma tinha defasagem pedagógica e resistência em aprender. Luma já tinha feito exames neurológicos e nada foi diagnosticado.

A coordenação percebeu a necessidade da ajuda de um especialista para obter um diagnóstico. Então, Luma foi encaminhada para uma avaliação psicológica, pois as questões ultrapassavam o limite do pedagógico.

A partir das descrições da escola sobre o comportamento de Luma e de uma breve entrevista investigativa com a mãe, a psicóloga responsável pela avaliação psicológica “fechou” a problemática da criança com o diagnóstico de Transtorno de Conduta, explicitando como figura da autoridade ainda em formação, tentativa de transgredir as regras, função materna difusa e dificuldade em definir o seu lugar/ espaço.

As decisões tomadas como estratégias de intervenções para ajudar Luma a superar ou minimizar o problema detectado foram: mudança de casa, onde Luma passou a ter um quarto só para ela; comunicação entre os pais de Luma, sendo mais tolerantes um com o outro; frequência de Luma em terapia semanal; compreensão da agressividade de Luma pela escola; mostrar-se carinhosa e afetiva com ela; investir no seu letramento; apoio na leitura; atendimento individual durante algumas atividades para que Luma compreenda o que lhe é solicitado e mantê-la centrada.

O “importante é que a criança seja elogiada para ganhar cada vez mais estímulo. Ao mesmo tempo, é preciso exigir deveres e severidade, porque estas crianças não querem ser tratadas como doentes. Todas as exigências devem corresponder à capacidade da criança”. (FISCHINGER, 1970, p. 82-83).

Com o passar do tempo, muita dedicação e carinho de todos os envolvidos no caso, Luma conseguia alcançar sucessos em sua caminhada: maior tolerância com o outro; maior afetividade nas suas relações e durante a escuta (apesar de ainda encontrar dificuldades em perder e aceitar opiniões contrárias às suas); mostra-se mais gentil e carinhosa; reflete mais e pensa antes de agir, conseguindo se conter; respeita regras e combinados; brinca com as meninas; raramente volta a engrossar a voz para falar; e encontra-se alfabética (porém, não lê com ritmo, dificultando a compreensão do que lê).

Este estudo de caso vem ocorrendo há 1 ano e 4 meses e continua em andamento. Certamente, foi através dessa intervenção que a Luma começou a progredir e vem progredindo até hoje.

Enfim, como afirma Santos (2005), não basta apenas identificar o sintoma, é necessário adaptar-se à situação e buscar parceria. Com um trabalho solitário, é difícil, mas com um trabalho no qual profissionais se empenham, dedicando-se um pouco mais,

é possível lidar com a diversidade da aprendizagem escolar. O papel da família e da escola em aceitar propostas de intervenção e participação, buscando uma abordagem coletiva e valorizando os avanços de cada aluno conforme seu ritmo de aprendizagem, é a base fundamental para a inclusão social e o sucesso do atendimento pedagógico, psicológico e psicopedagógico.

REFERÊNCIAS

FISCHINGER, Bárbara Sybille. **Considerações sobre paralisia cerebral e seu tratamento**. Porto Alegre: Sulina, 1970.

GRUNSPUN, H. **Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento**. São Paulo: Atheneu, 1999.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TRTM : texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 1995. 880p. (Biblioteca Artmed)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SANTOS, Marta Carolina dos. **Relatórios e estudo de casos clínicos**: uma leitura multidisciplinar no espaço psicopedagógico. Gaspar: Atigos, 2005.

WAJNSZTEJN, Alessandra B. Caturani. **Dificuldades escolares: um desafio superável**. São Paulo: Ártemis, 2005.