

O TRANSTORNO DE CONDUTA NO CONTEXTO ESCOLAR: ALGUMAS REFLEXÕES

Mariana Aparecida de Souza¹

Solange Franci Raimundo Yaegashi²

Resumo: Este artigo, de natureza teórica, teve como objetivo geral caracterizar o Transtorno de Conduta, suas causas e consequências para crianças e adolescentes em idade escolar. Como objetivos específicos buscamos: 1) identificar as diferentes abordagens de tratamento do transtorno de conduta; 2) investigar se existem orientações em relação à forma de lidar com as crianças e adolescentes que possuem TC, tanto no que se refere ao comportamento quanto às práticas pedagógicas que podem ser utilizadas. Para tanto realizamos uma pesquisa bibliográfica no Scielo e no Google Acadêmico. Por meio da revisão de literatura verificamos que o Transtorno de Conduta é definido como um conjunto de alterações comportamentais observadas em crianças e adolescentes que apresentam comportamentos agressivos contra pessoas ou animais, violação de regras e normas sociais, e atitudes antissociais. Indivíduos com esses transtornos sofrem sérios prejuízos sociais e interpessoais, pois não conseguem desenvolver vínculos e, raramente, sentem-se culpadas ou responsabilizam-se pelo seu comportamento. Além disso, acabam tendo dificuldades escolares. As formas de tratamento para indivíduos com esse transtorno envolvem a prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação aos pais e treinamento de professores. Todavia, são poucos os estudos que trazem orientações sobre como lidar com alunos com transtorno de conduta no contexto escolar. Concluímos que a prática da medicalização dos indivíduos com transtorno de conduta não contribui para a resolução dos problemas enfrentados no cotidiano escolar. Enquanto professores devemos repensar a nossa prática pedagógica e assumir a responsabilidade sobre os nossos alunos, visto que o papel de promover a educação sistematizada é dos docentes, independentemente de os alunos possuírem ou não diagnóstico de transtorno de conduta e de estarem ou não em tratamento.

Palavras-chaves: Educação. Transtorno de Conduta. Professores.

CONDUCT DISORDER IN THE SCHOOL CONTEXT: SOME REFLECTIONS

Abstract: This theoretical article aimed to characterize Conduct Disorder (CD), its causes and consequences for school-age children and adolescents. As specific objectives we sought to: 1) identify the different approaches to treating conduct disorder; 2) investigate whether there are guidelines regarding how to deal with children and adolescents who have CD, both regarding behavior and the pedagogical practices that can be used. For this we conducted a bibliographic search in Scielo and Google Scholar. Through the literature review we found that

1 Graduanda no Curso de Pedagogia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

2 Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada do Departamento de Teoria e Prática da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Conduct Disorder is defined as a set of behavioral changes observed in children and adolescents who present aggressive behavior against people or animals, violation of social rules and norms, and antisocial attitudes. Individuals with these disorders suffer serious social and interpersonal damage because they cannot develop bonds and rarely feel guilty or are responsible for their behavior. In addition, they end up having school difficulties. The forms of treatment for individuals with this disorder include drug prescribing, psychotherapy, parent orientation and teacher training. However, there are few studies that provide guidance on how to deal with students with conduct disorder in the school context. We conclude that the practice of medicalization of individuals with conduct disorder does not contribute to solving the problems faced in daily school life. As teachers we must rethink our pedagogical practice and take responsibility for our students, since the role of promoting systematized education is that of teachers, whether or not students have a diagnosis of conduct disorder and whether or not they are receiving treatment.

Keywords: education, conduct disorder, teachers.

Introdução

Frente a um aluno com dificuldades de aprendizagem ou com qualquer outro tipo de transtorno do neurodesenvolvimento, a função da equipe pedagógica deve ser a de trabalhar, por meio de intervenções pedagógicas, para que o aluno supere suas dificuldades; todavia, isso não tem ocorrido nas escolas atualmente. De acordo com Mori (2016, p, 54),

[...] é recorrente entre educadores pensar que muitas crianças não conseguem aprender por razões orgânicas, ignorando ou desconsiderando o papel da organização social e da forma como se efetivam as relações de produção na sociedade capitalista.

Segundo a autora, o fato de a escola estar voltada para formar um ideal de aluno, sem particularidades, representa um empecilho para sua inclusão na instituição escolar.

Da mesma forma que a escola não está preparada para lidar com as dificuldades de aprendizagem, ela também não tem lidado de forma adequada com os problemas comportamentais de seus alunos.

Muitas são as queixas em relação aos alunos com problemas comportamentais no contexto escolar. Gestores e professores argumentam que não sabem como enfrentar o problema e quase sempre culpabilizam as famílias por não darem limites aos filhos.

Segundo Ornelas (2009), o espaço escolar pode incentivar ou desestimular o aluno, contribuindo para agravar os quadros de Transtorno de

Conduta (TC) em crianças e adolescentes, o que muitas vezes pode causar déficits cognitivos e dificuldades no desempenho escolar. Corroborando esse pensamento, Vilhena e Paula (2017) argumentam que o TC interfere na aprendizagem e na compreensão de novas informações, podendo levar à repetência e à evasão escolar.

Nessa perspectiva, visando colaborar diretamente com a educação de alunos com TC, o problema que pretendemos investigar pode ser expresso pela seguinte questão: Como a literatura acadêmica tem abordado o Transtorno de Conduta nos últimos dez anos? Essa questão se desdobra em outras duas: 1) Que tratamentos são sugeridos para o transtorno de conduta? 2) Que orientações são dadas em relação às práticas pedagógicas que podem ser utilizadas com crianças e adolescentes com transtorno de conduta?

A partir desses questionamentos, o objetivo geral desse estudo é caracterizar o Transtorno de Conduta, suas causas e consequências para crianças e adolescentes em idade escolar. Como objetivos específicos pretendemos: 1) Identificar as diferentes abordagens de tratamento do TC; 2) Investigar se existem orientações em relação à forma de lidar com as crianças e adolescentes que possuem TC, tanto no que se refere ao comportamento quanto às práticas pedagógicas que podem ser utilizadas.

Partimos do pressuposto que as formas de abordagem do tratamento do TC se concentram essencialmente em práticas de medicalização, tirando dessa forma, a responsabilidade da família e da escola para lidar com esse transtorno.

O estudo justifica-se pela necessidade de compreendermos de forma mais aprofundada, os impactos do transtorno de conduta na vida de um aluno. Além disso, no ambiente escolar estão presentes alunos de variados contextos, culturas e famílias. Nesse sentido, é importante que pesquisadores da área da educação compreendam a influência que esses variados contextos exercem sobre os alunos, considerando sempre que estes têm particularidades e formas diferentes de lidar com problemas externos ao ambiente educacional. Com isso, consideramos importante fazer uma análise de como está o debate a respeito do Transtorno de Conduta nas produções acadêmicas.

A fim de alcançar os objetivos propostos, esse artigo foi subdividido em quatro partes. Na primeira descrevemos a metodologia utilizada para a pesquisa bibliográfica. Na segunda buscamos conceituar os Transtornos de Conduta a

partir da literatura pesquisada. Na terceira discorreremos sobre a patologização do comportamento humano por meio de publicações da área da saúde. Na quarta, por sua vez, apresentamos as abordagens de tratamento para os indivíduos com transtorno de conduta.

1. Metodologia

1.1 Caracterização da pesquisa

Para analisar como o Transtorno de Conduta tem sido debatido na literatura acadêmica e as práticas pedagógicas voltadas para o aluno com TC, realizamos uma pesquisa bibliográfica.

Segundo Lima e Miotto (2007), a pesquisa bibliográfica tem como característica a produção de trabalhos acadêmicos com base em materiais já conhecidos, e que tenham relação com o tema pesquisado. Nela pode-se incluir jornais, revistas, monografias, livros, dissertações, teses, periódicos científicos e até meios de comunicações orais como rádio, gravações, vídeos e filmes. O objetivo é analisar diferentes fontes teóricas e relacionar com o assunto pesquisado.

Marconi e Lakatos (2011) apontam que a pesquisa bibliográfica oferece meios para resolver problemas e também explorar novas áreas aonde esses dilemas não foram bem discutidos e estudados. Assim, ela não é apenas repetição do que já foi dito, mas pode propiciar uma análise sobre um novo enfoque uma nova abordagem.

Luna (2009) destaca que as fontes a serem usadas como referencial teórico do trabalho científico ou acadêmico devem ser as mais diretas possíveis, a fim de que se possa garantir a confiabilidade do material pesquisado.

1.2 Procedimentos de coleta de dados

Para coletar dados para a pesquisa optamos por seguir as etapas propostas por Lima e Miotto (2007). Primeiramente fizemos um levantamento de artigos na base de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online) .

Os descritores de busca, para a localização dos títulos e análise dos resumos, foram combinados em: “Transtorno de Conduta, Tratamento, Práticas Pedagógicas”. Os termos foram inseridos na busca de maneira combinada,

utilizando os operadores booleanos (*and/e*, *or/ou* e *not/não*), por exemplo, “transtorno de conduta *and* tratamento *and* práticas pedagógicas”, caracterizando distintas combinações que serão empregadas na busca dos dados. Utilizamos apenas os artigos disponíveis em língua portuguesa.

Usando os três descritores citados acima não encontramos nenhum artigo. Então realizamos nova busca com dois descritores: Transtorno de Conduta e Tratamento. Encontramos nessa nova busca 17 artigos: sendo 4 em língua inglesa, 3 em língua espanhola e 10 em língua portuguesa. Desses 10, publicados entre o período de 2002 a 2012, excluímos 9 por não atenderem os objetivos da pesquisa. Restaram apenas 1 (GREVET et al., 2007).

Devido à escassez de materiais decidimos então fazer uso do DSM-V e do CID-10 para conceituar o Transtorno de Conduta, uma vez são utilizados por profissionais da saúde para o fechamento de diagnóstico. Além disso, utilizamos livros, teses e dissertações, os quais foram buscados no Google Acadêmico. Devido à escassez de fontes bibliográficas não fizemos uma delimitação temporal para selecionar os materiais.

2. Conceituando o transtorno de conduta

2.1 Características e classificações do transtorno de conduta

O Transtorno de Conduta é caracterizado, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, por crianças ou adolescentes que apresentam comportamentos agressivos e cruéis contra pessoas ou animais, violando normas sociais. Nesta classificação do ***Distúrbio de Conduta (F91)***, o paciente diagnosticado apresenta atitudes antissociais como brigas excessivas, mentiras em excesso e comportamentos provocativos. De acordo com essa classificação, existem muitas possibilidades de diagnóstico, dentre elas temos:

- **Distúrbio de Conduta restrito ao contexto familiar (F91.0)**: O paciente manifesta comportamentos agressivo e antissocial com membros do seu grupo familiar;
- **Distúrbio de Conduta não socializado (F91.1)**: O paciente apresenta conduta solitária e agressiva em todos os espaços sociais em que frequenta, além dos outros critérios citados em (F91);

- **Distúrbio de Conduta socializado (F91.2):** O paciente apresenta os comportamentos listados em (F91), mas tem habitualmente uma boa interação com seus companheiros;
- **Distúrbio Desafiador de Oposição (F91.3):** O paciente não apresenta condutas agressivas e graves, porém, manifesta um comportamento desobediente, perturbador e provocador.

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), manual considerado o guia oficial para traçar e reconhecer os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos e no mundo, o Transtorno de Conduta é definido como um conjunto de alterações comportamentais observadas em crianças ou adolescentes que apresentam comportamentos agressivos contra pessoas ou animais (pode ser desde ameaça até danos físicos graves), violação de regras e normas sociais, e atitudes antissociais. É comum também, o paciente não exibir remorso ou culpa pelo seu comportamento, não se preocupa com o sentimento de outras pessoas (falta de empatia), não expressa sentimento e também não se preocupa com o seu desempenho na escola, trabalho ou outras atividades em que ele esteja envolvido. O Transtorno de Conduta se desenvolve mais comumente, em meninos, mas também ocorre em meninas. Para ser diagnosticado, o indivíduo tem que apresentar pelo menos duas das características expostas anteriormente, em um período mínimo de 12 meses.

Nunes (2007) aponta que estas manifestações concentram-se em quatro grupos de sintomas: atos agressivos a pessoas e/ou a animais; ações que provocam danos e/ou destruição de patrimônio; defraudação ou furto e sérias violações de regras e normas. Segundo a autora, crianças e adolescentes com esse transtorno podem ser verbalmente abusivas, impudicas, manipuladoras, desafiadoras e negativistas em relação aos adultos. São comportamentos comuns encontrados no ambiente escolar: mentiras, faltas às aulas e vandalismos. As manifestações das condutas são variadas e estáveis, especialmente na família, escola e comunidade.

As crianças e os adolescentes sofrem sérios prejuízos sociais e interpessoais com este tipo de manifestação psicopatológica, pois não conseguem desenvolver vínculos e, raramente, sentem-se culpadas ou responsabilizam-se pelo seu comportamento.

O diagnóstico é feito antes dos 18 anos, podendo os sintomas ter início na infância (antes dos 10 anos), ou na adolescência (após os 10 anos). Quanto mais cedo iniciarem os comportamentos característicos, pior é o prognóstico, pois, nesse caso, a propensão é de que persista o transtorno até a adolescência, com probabilidade de evoluir para transtorno antissocial na adultez.

Grevet et al (2007) ressaltam que o transtorno de conduta implica um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. Esse transtorno, quando associado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pode produzir grande impacto no prognóstico e tratamento da criança e/ou adolescente.

2.2 Transtorno de conduta na infância e na adolescência

Segundo Campos (2013), o TC pode ser diagnosticado somente na infância ou adolescência, quando as características desse transtorno são encontradas em um paciente com idade acima dos 18 anos, o diagnóstico deve ser de Transtorno da Personalidade Antissocial.

Para o diagnóstico na infância, as características devem aparecer antes dos 10 anos de idade e os portadores, em geral, são do sexo masculino. Ainda segundo Campos (2013), os pacientes geralmente apresentam dificuldade de relacionamento com os pais, irmãos ou amigos e demonstram agressividade física contra as pessoas.

Para Silva (2011), há indícios de que o TC, quando desenvolvido na infância, pode causar danos psiquiátricos na idade adulta, incluindo fobia, depressão, pânico e esquizofrenia. Segundo a autora, há uma grande chance de que esses transtornos persistam ao longo da vida. Além do comportamento antissocial a criança pode apresentar também déficit cognitivo, hiperatividade, desatenção, impulsividade, baixo desempenho escolar e dificuldades de relacionamento com pares. Nessa mesma perspectiva, Bordin e Offord (2000) relatam que o TC na infância está diretamente associado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois na maioria das vezes, o paciente apresenta um nível alto de dificuldade intelectual e hiperatividade. Tais dificuldades podem resultar em outros transtornos na vida adulta.

Bordin e Offord (2000) ressaltam que quando o transtorno surge na adolescência, o jovem desenvolve atitudes que violam regras sociais, porém, parece ser influenciado por outros jovens, ou seja, sofre influência do meio que está inserido. O surgimento do Transtorno de Conduta na adolescência pode incitar o uso abusivo de drogas e o envolvimento em crimes, desencadeando assim, um baixo desempenho escolar e uma má relação com familiares próximos.

2.3 Causas do Transtorno de Conduta

Há diversos fatores que podem influenciar no surgimento do transtorno de conduta. Durante muitos anos as teorias sobre a origem desse transtorno eram de cunho social, ou seja, jovens economicamente ou socialmente desprivilegiados teriam uma chance maior de desenvolvê-lo. Devido a isso, pesquisas, por muito tempo, apontavam fatores sociológicos como a causa principal desse transtorno.

Bordin e Offord (2000), em sua pesquisa, constataram que, em uma clínica de delinquentes juvenis, a maioria dos casos de pessoas que apresentavam comportamentos antissociais relataram problemas familiares ou sociais em suas histórias de vida. Ainda segundo os autores, pessoas que na infância sofreram algum tipo de privação emocional, afetiva ou até mesmo negligência por parte da família desenvolvem os sintomas na casa onde moram e também em outros ambientes sociais como, por exemplo, na escola.

Campos (2013) explica que o ambiente familiar, social e cultural no qual o jovem está inserido, tem influência sobre o comportamento, porém, considera essas causas vagas e imprecisas, pois existem casos de jovens que vivem em situação de vulnerabilidade social e não desenvolveram comportamentos compatíveis para o diagnóstico de Transtorno de Conduta. Segundo a autora, portadores do TC, podem revelar em exames clínicos sintomas que indicam uma disfunção cerebral, por isso, é comum pacientes diagnosticados com Transtorno de Conduta apresentarem outros diagnósticos neuropsiquiátricos, ou seja, a causa pode ser também biológica.

3. Transtorno de Conduta e patologização do comportamento humano

Até a segunda metade do século XIX, não havia pesquisas sobre doenças mentais na infância, até aquele momento, para os estudiosos e pesquisadores, crianças e adolescentes não desenvolviam nenhum tipo de transtorno mental. Foucault (2006) descreve que, antes das crianças serem objeto de estudo da psiquiatria, aquelas que manifestavam diagnósticos desconhecidos eram consideradas por psiquiatras como débil, imbecil, idiota ou retardada. Esses sujeitos eram considerados loucos quando seus comportamentos eram avaliados como socialmente incomuns ou perigosos. Esses indivíduos que apresentavam esses comportamentos “anormais” eram reclusos em cadeias públicas ou enfermarias dos hospitais de caridade.

A partir da segunda metade do século XIX, segundo Ribeiro (2015), a medicina psiquiátrica passou a ser mais científica e cada vez menos exercida por leigos. Com o tempo, ela se tornou uma instituição muito influente na sociedade, podendo propor e impor normas de saúde que beneficiassem ou não a sociedade. Ainda segundo o autor, a psiquiatria se desenvolveu sob influência de pensamentos do positivismo, evolucionismo e darwinismo.

Segundo Perez (2017), a atenção ao desenvolvimento infantil, se ampliou devido ao surgimento das primeiras escolas. Com a eclosão desta nova instituição, percebeu-se dentre as crianças, aquelas que tinham uma dificuldade em acompanhar o ensino regular. Assim, segundo a autora, coube aos psiquiatras infantis a responsabilidade de descrever e identificar incapacidades intelectuais. Perez (2017) ressalta que é nesse contexto que surgiram os primeiros locais destinados às crianças que apresentavam algumas anormalidades, buscando pesquisar sobre o desempenho intelectual da infância.

Fora os problemas de atrasos intelectuais, tinham também os considerados idiotas ou loucos, caracterizado pela psiquiatria como “incuráveis”. Em meado do século XX, na França, emerge dos especialistas da área a ânsia por oficializar esses “idiotas” em espaços psiquiátricos. Segundo Foucault (2006), a ideia de inserção desses pacientes em clínicas psiquiátricas, ocorreu para que os relacionamentos dessas crianças “idiotas” com os pais não afetassem o trabalho dos profissionais que estavam atendendo as crianças. Porém, segundo o autor, o preço para manter esses pacientes internados era

alto e pago pela comunidade, a qual apresentava resistência em relação a essa medida. De acordo com Foucault (2006), a saída encontrada para que aceitassem pagar essa internação foi divulgar uma mentira, dizendo que essas crianças seriam perigosas e por isso precisariam de assistência 24h, um pronunciamento falso, feito por médicos.

Perez (2017) discorre que no início do século XX, mesmo sendo mentira, surgem nas literaturas médicas, pesquisas que vinculavam o paciente débil/louco/idiota ao perigo, dando a entender que estes seriam um perigo à sociedade, associando-os, ainda, à possível criminalidade.

Segundo Perez (2017), os estudos psiquiátricos da época não se concentravam em analisar o que o paciente pensava, e o que o levou a cometer certas atitudes ou a adotar determinado comportamento; eles se concentravam em investigar o que esse paciente era capaz de fazer ou cometer, ou seja, eram centrados em prevenção. Com isso, a saída encontrada para lidar com esses pacientes, na época, foi excluir o sujeito do contato social, internando em hospitais psiquiátricos (asilo/hospício/manicômio). Os tratamentos a esses indivíduos, nessas instituições psiquiátricas, eram práticas de tortura como choque, isolamento em quartos escuros, banhos de água fria e muitas outras técnicas que não eram médico-científicas.

No Brasil, de acordo com Serra (2011), em meados do século XX; pediatras e psiquiatras, visando evitar anormalidades, propuseram a observação precoce das crianças a fim de observar alguma anormalidade. Quando um comportamento era analisado como algo fora do comum, sugeriam a intervenção com métodos psiquiátricos utilizados na época; essa ação foi chamada de higienismo, movimento que buscava a melhoria genética da espécie humana. A intervenção segundo Perez (2017), era a exclusão (em clínicas psiquiátricas, longe de contato social) dessas pessoas consideradas anormais, primeiro porque elas eram consideradas perigosas à sociedade e segundo porque essas pessoas eram caracterizadas como inúteis, pois não trabalhavam.

Merisse (1997) explica que:

O higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do século XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-

se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área de saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social. Diante dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, e tendo em vista a disseminação de novos conhecimentos e técnicas provenientes do avanço da ciência, o higienismo conseguiu influenciar decisivamente a emergência de novas concepções e novos hábitos (p. 33-34).

Segundo Ribeiro (2003), sob influência do movimento de higiene mental, na década de 1920, as doenças mentais começaram a ser justificadas como hereditárias, possibilitando a difusão de ideais racistas.

A intervenção psiquiátrica em crianças, segundo Perez (2017), era considerada inevitável, pois a família não era vista como capaz de dar conta desses pacientes e a escola, segundo os especialistas, não estava capacitada para acolher esses alunos. Portanto, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM, 1932), instituição civil que visava a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico, e contava com a participação dos principais psiquiatras brasileiros, visando capacitar professores da educação infantil, passou a formar esses educadores para atender essas crianças e adolescentes, de maneira que eles identificassem as anormalidades e dificuldades de aprender. Assim, segundo Serra (2011), a escola passaria a ser usada como uma instituição para coordenar essas crianças.

De acordo com Seixas, Mota e Zilbreman (2009, p.82),

[...] influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação, de modo que uma clara tentativa de “normalizar” a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir os deficientes mentais.

É neste período, que a indisciplina passou a ser um dos comportamentos característicos dos anormais. Perez (2017) pontua que os pesquisadores acreditavam que essas crianças que apresentavam a indisciplina no ambiente escolar, poderiam se tornar delinquentes. Dessa forma, colocar a indisciplina como um comportamento anormal, contribuiu para a patologização das atitudes

da criança, uma vez que passaram a ser vistas como criminosas em potencial, e por isso deveriam ser investigadas e corrigidas. De 1880 a 1929, conforme as ideias eugenista tomavam notoriedade o número de crianças internadas em clínicas psiquiátricas aumentou.

É neste contexto que, segundo Perez (2017), o DSM (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) e o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde), foram formulados.

Em 1952 foi publicado o DSM-I pela Associação Médico-Psicológica Americana, chamada de Associação Psiquiátrica Americana – APA (AGUIAR, 2004). Essa primeira versão do DSM contava com a descrição de 100 patologias, e teve como finalidade: “[...] o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos (DUNKER; NETO, 2011, p.4).

Em 1968, a segunda edição do DSM (DSM II) é publicada apresentando pouca influência da psiquiatria em seus escritos. O DSM-I e o DSM-II tinham uma forte influência da abordagem psicanalítica, uma vez que os comportamentos anormais eram considerados sintomas que revelavam a expressão de conflito.

O DSM-III, por sua vez, surge em 1980, com a caracterização das doenças se aproximando do modelo biológico. Isso ocorreu devido a dois fatores importantes: primeiro foi o surgimento de medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes e sedativos) e, segundo, foi a restrição ao financiamento para procedimentos psiquiátricos, pois os diagnósticos não eram definidos com clareza.

Segundo Perez (2017), o DSM-III foi publicado, visando a padronização dos diagnósticos, para que os transtornos fossem melhor diagnosticados. Após sua publicação, o governo americano passou a aumentar os recursos financeiros destinados a pesquisas na área da saúde mental. Essa edição do manual, ganha visibilidade internacional.

O DSM-IV foi publicado em 1995. Nessa quarta versão, o uso de medicamentos passa a ser a principal intervenção da medicina psiquiátrica. Essa abordagem de tratamento, não considera os históricos familiares e sociais, o que segundo Perez (2017), deixa falhas nos estudos psiquiátricos, pois anula as experiências humanas.

Desde a primeira edição, o número de doenças catalogadas aumentou. Atualmente, em sua quinta edição, publicada em 2013 nos Estados Unidos, o DSM-V conta com a descrição de mais de 297 patologias. Esse aumento de patologias descrita no manual alcançou uma forte rejeição de especialistas da área, os quais argumentam que, a cada edição, os criadores do manual estariam criando doenças, fazendo com que todas as pessoas sejam portadoras de alguma doença mental. Segundo os críticos desse manual, as características das doenças descritas são frequentemente encontradas em pessoas que não necessariamente possuem transtornos mentais.

Esse aumento de doenças catalogadas pode significar também a influência dos grandes laboratórios de medicamentos sobre a medicina, contribuindo para o processo de medicalização do comportamento humano e do fracasso escolar. O conceito medicalização foi proposto por Zola (1972), o qual argumenta que comportamentos ou problemas que antes não eram considerados da área médica e passaram a ser tratados como doenças ou transtornos, sendo atribuído à medicina o dever de tratá-los por meio de medicamentos.

O elevado número de transtornos fez com que aumentasse o consumo de medicamentos psiquiátricos (psicotrópicos), sem uma real necessidade. Como bem argumenta Maia (2019), o risco do uso desenfreado de psicotrópicos é grande devido à ausência de pesquisas sobre a eficácia e segurança desses medicamentos a longo prazo. De tempos em tempos, segundo o autor, somos surpreendidos por descobertas científicas sobre os males que determinado medicamento está provocando em quem os consome. Com os psicotrópicos utilizados hoje em dia não é diferente. A maioria pode causar dependência química e psicológica, morte súbita e problemas cardíacos. Claro que a ingestão de qualquer medicamento implica em um determinado nível de risco. No entanto, aceitar o risco envolvido no tratamento de alguma enfermidade é bem diferente de aceitá-lo para fins de controle dos corpos e mentes antissociais.

Por meio desse breve histórico, vimos que as formas de abordagem e tratamento se concentraram essencialmente em práticas de medicalização, desenvolvidas por profissionais da psiquiatria; práticas essas que tiraram a responsabilidade da escola, em lidar com esse transtorno.

3. Abordagens de tratamento do Transtorno de Conduta

Nos protocolos de tratamentos para o Transtorno de Conduta, é comum o uso de medicamentos como a Resperidona, a qual pertence à classe dos antipsicóticos. Há ainda profissionais que indicam a psicoterapia individual como a forma de tratamento, bem como psicoterapia familiar, orientação aos pais e treinamento dos professores.

Todavia, um dos fatores que dificulta o atendimento do paciente com Transtorno de Conduta é a questão de não haver tratamentos considerados efetivos contra essa doença. Esse aspecto contribui para que alguns autores não considerem o TC como uma doença e sim uma alteração momentânea do caráter de uma criança ou adolescente, desenvolvida por questões sociais. Para Campos (2013), apenas no caso de o Transtorno de Conduta resultar em outras doenças como depressão ou hiperatividade é que o tratamento dirige-se para essas patologias. Nesse caso, a abordagem terapêutica ocorreria apenas após o paciente apresentar outras doenças.

Segundo Moffit (2008), a maior dificuldade em intervir com tratamentos para o Transtorno de Conduta, a fim de prevenir danos futuros, é diferenciar os casos de transtorno surgido na infância que podem perdurar até a vida adulta e os casos que não vão influenciar na vida adulta do indivíduo. Para o autor, cerca de 50% das pessoas diagnosticadas com Transtorno de Conduta não apresentam comportamentos antissociais na vida adulta, o autor descreve também, que problemas de conduta leves e temporários são corriqueiros e normativos em crianças saudáveis, com isso, corre-se o risco de diagnosticar uma criança com Transtorno de Conduta sem que isso se caracterize como uma patologia de longa duração.

Perez (2017) considera importante analisar o TC, mas julga que a classificação desse transtorno procura uma normatização de pessoas através da medicalização. Para a autora, a criança se tornou um objeto de estudo da psiquiatria e com isso os sintomas e características dos transtornos passaram a ser generalizados.

Para Harley, Murtagh e Cannon (2008, apud SILVA, 2011), a identificação desses pacientes ainda na infância, não é feita de forma consistente, apesar de representar o foco ideal de intervenções terapêuticas. Todavia, no momento em que o sujeito atinge a vida adulta com um longo histórico de condutas

antissociais, uma intervenção bem-sucedida torna-se extremamente difícil. Os autores sugerem a intervenção no curso da doença desde o momento em que ela é diagnosticada, logo na infância, porém, a psiquiatria por si só, não possui tratamentos eficazes para serem usados em crianças diagnosticadas com Transtorno de Conduta, uma vez que o tratamento desse transtorno requer uma abordagem multidisciplinar.

Muitas das vezes, o Transtorno de Conduta é reprimido com o uso de medicamentos psicotrópicos. Resende, Pontes e Calanzans (2015), ressaltam que 44% dos remédios vendidos no Brasil são para Transtornos Mentais e que as vendas dos mesmos tiveram o crescimento de 930% entre os anos de 2004 a 2008. Essas mudanças revelam, segundo os autores, que a apropriação de questões que anteriormente eram consideradas da área social, existencial ou até jurídica passou a ser responsabilidade médica, ou seja, passou-se a priorizar um discurso único, onde o médico é detentor de uma verdade a respeito do homem e procura propor uma norma ou ordem social por meio de medicamentos (medicalização).

Ao analisarmos artigos que abordam o Transtorno de Conduta, verificamos que psiquiatras e psicólogos têm visões divergentes em relação ao tratamento para esse transtorno. Como dito anteriormente não existem tratamentos que sejam comprovadamente eficazes para o paciente diagnosticado com TC, porém segundo Ribeiro (2015), muitos psiquiatras recorrem ao uso de medicamentos. Por outro lado, há profissionais que são contra o tratamento medicamentoso para essas crianças e adolescentes, estes especialistas partem do pressuposto que as formas de abordagem do tratamento do TC se concentram essencialmente em práticas de medicalização, tirando dessa forma, a responsabilidade da família e da escola para lidar com esse transtorno.

Esses tratamentos voltados para o uso de medicamentos psicotrópicos representam, segundo Mori (2011), um predomínio de concepções que colocam os aspectos biológicos como mais importantes que o desenvolvimento do indivíduo. Segundo a autora, isso faz com que, até mesmo os educadores, desconsiderem práticas pedagógicas e recorram o uso de remédios, a fim de corrigir alunos que apresentam algum tipo de indisciplina.

Acreditamos que a escola é um ambiente que recebe alunos de variados contextos sociais, sejam eles de classe econômica alta ou baixa; que vivem com os pais, com avós, com tios; que sofreram algum tipo de abuso físico ou mental; que vivem em condições de vulnerabilidade social. Por isso, consideramos importante que a escola esteja preparada para atender esses alunos. Para tanto, ela deve se valer de práticas pedagógicas adequadas às necessidades de seus alunos.

Segundo Campos (2013), professores, diretores e coordenadores educacionais têm a função de pensar em métodos pedagógicos, que auxiliem na aprendizagem da criança com esse transtorno, para isso, a autora considera importante a capacitação de profissionais da educação, para que eles estejam preparados para lidar com o aluno com Transtorno de Conduta. Porém, Campos (2013) salienta também, a existência de crianças que apresentam um padrão de comportamento envolvendo agressividade com professores e alunos, por exemplo. Para esses casos a autora recomenda o tratamento psicológico.

Outro ponto importante a se pensar, e que contribui para melhoria das relações entre o aluno com transtorno e os demais agentes educacionais, é a interação professor aluno. De acordo com Campos (2013), os professores não podem discriminar alunos por suas condições particulares (cor, sexo, condição econômica e outras), isto porque em primeiro lugar é errado e segundo porque no caso do aluno com TC, isso agravaria as condições do paciente.

Outro ponto destacado por Campos (2013) é o uso dos trabalhos em grupos, visando a socialização do aluno com transtorno. De acordo com a autora, o humano é um ser social, que se desenvolve através da sua interação com as outras pessoas, formando suas opiniões e comportamentos. Nesse sentido, o trabalho em grupo, seria aplicado ao aluno com Transtorno de Conduta como um instrumento, visando desenvolver a capacidade de aprender com o outro, dialogar, procurar soluções para questões propostas pela professora, aceitar regras e normas e entre outras; essas são atitudes que os alunos podem desenvolver através dos trabalhos em grupo. Campos (2013), busca enfatizar que o professor deve promover atividades que priorizem a integração do aluno no ambiente escolar, de maneira que ele se sinta parte daquele ambiente, e nesse caso, o trabalho em grupo pode ser uma boa estratégia.

Campos (2013) reitera também a importância da participação da família quando requisitada pela escola, a fim de que família e escola atuem em colaboração para que promovam a aprendizagem do aluno. Entretanto, segundo a autora, um dos desafios que a escola tem enfrentado é o trabalho em conjunto com os profissionais da área da saúde. No caso do TC o acesso a psicólogos e psicopedagogos tanto para o aluno quanto para a família é essencial, pois os pais necessitam de orientação sobre como lidar com os conflitos decorrentes do desajuste comportamental do filho em diferentes contextos.

4. Considerações finais

Por meio da revisão de literatura percebemos que não há consenso no que diz respeito às causas do Transtorno de Conduta, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento dos alunos com TC.

Como o desenvolvimento do TC pode levar a problemas de relacionamentos é imprescindível que pais e professores tenham acesso a informações a respeito desse transtorno, bem como que haja o desenvolvimento de um trabalho em conjunto entre famílias e escola, visando uma melhor identificação dos sintomas e um tratamento adequado.

Entendemos também que não basta apenas identificar os sintomas de um transtorno, é necessário buscar maneiras de lidar com esse problema. Em se tratando do espaço educacional, isso se torna mais óbvio, pois os alunos carregam um contexto de vivências boas e ruins para a escola, as quais podem influenciar positivamente ou negativamente o desenvolvimento do mesmo na instituição.

Os gestores e professores, nesse ponto, têm um papel fundamental, pois devem lutar pela permanência do aluno na escola, evitando a prática de encaminhamento para profissionais que irão prescrever medicamentos. Além disso, é preciso repensar a prática pedagógica, a fim de que seja possível contribuir para a aprendizagem dos alunos com TC.

O presente estudo não encerra a temática, por isso é importante que novas pesquisas sejam realizadas, para que se possa refletir acerca dos impactos do transtorno de conduta na vida dos estudantes, bem como das alternativas de tratamento para esse problema.

5. Referências

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMERICANPSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BORDIN, I. A. S; OFFORD, D. R. Transtorno da conduta e comportamento antissocial. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 12-15, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v31n2/0102-4698-edur-31-02-00017.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

CAMPOS, A. G. **O psicopedagogo em face à orientação educacional em alunos com distúrbio de conduta**. Dissertação (Mestrado em Psicopedagogia) - Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2013.

DUNKER, C.; NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2019.

FERREIRA, M. C. C. Os movimentos possíveis e necessários para que a escola faça a inclusão de alunos com necessidades educacionais. In: JESUS, D. M.; BAPTISTA, C. R.; VICTOR, S. L. (Orgs.). **Pesquisa e educação especial**: mapeando produções. Vitória, ES: Edufes, 2005, p. 130-154.

FOUCAULT. M. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

GREVET, E. H.; SALGADO, C. A. ZENI, I.; ABREU, G., P. B. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, supl 1; p.34-38, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a08v56s1.pdf>
Acesso em: 20 nov. 2019.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em> <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

LUNA, Sergio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. 2ª ed. São Paulo: EDUC, 2009.

MAIA, R. B. **Representações sociais de professores universitários sobre o aprimoramento cognitivo farmacológico**. 2019. 196 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2019. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/teses/2019/2019%20-%20ROBSON%20BORGES%20MAIA.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas: 2011.
- MERISSE, A. **Lugares da Infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato**. São Paulo: Arte & Ciência, 1997.
- MOFFITT, T. E. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.1, n.49, p.3-33, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>. Acesso em: 27 set. 2019.
- MORI, N. N. R. **Psicologia e educação inclusiva: ensino, aprendizagem e desenvolvimento de alunos com transtornos**. Maringá: Eduem, 2016.
- NUNES, M. M. S. **A percepção familiar em crianças com ou sem transtornos de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo**. 2007. 63f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp026787.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde**. 10ª ed. São Paulo: EDUSP, 1993.
- ORNELAS, M. M. T. Transtorno de conduta. **Pedagogia em Ação**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 107-109, jul. 2009. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/657>. Acesso em: 30 set. 2019.
- PEREZ, C. D. **O diagnóstico de transtorno de conduta: incidências no campo da saúde mental da infância a adolescência**. Dissertação (Mestrado) –Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2017.
- RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Revista de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008. Acesso: 01 out. 2019.
- RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.1, p. 29- 38, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>. Acesso: 01 out. 2019.
- RIBEIRO, P. R. M. **A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação**. In: BOARINI, M L. (Org). **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2015, p. 15-18.
- SERRA, L.N. **Infância perdida: a concepção de “menores anormais” na obra de Pacheco e Silva**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-31082011-122307/publico/serra_me.pdf Acesso em: 20 out. 2019.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.31, n.1, p. 82-82, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100015. Acesso em: 20 de out. de 2019.

SILVA, L. R. F. Transtorno de conduta: uma oportunidade para prevenção em saúde mental? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol.15, n.36, p.165-73, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a13v1536.pdf>. Acesso em: 21 de out. de 2019.

VILHENA, K.; PAULA, C. S. Problemas de conduta: prevalência, fatores de risco/proteção; impacto na vida escolar e adulta. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 39-52, jun., 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000100005. Acesso em: 22 out. 2019.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v.4, p. 487-504, 1972.