



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA

ÂNGELA RAYANE RODRIGUES FERNANDES

**O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) E SUAS REPERCUSSÕES NO
PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

Natal - RN
2019

ÂNGELA RAYANE RODRIGUES FERNANDES

**O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) E SUAS REPERCUSSÕES NO
PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso, na modalidade: artigo científico, apresentado ao Curso de Pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do grau de licenciada em Pedagogia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cynara Teixeira Ribeiro.

Natal - RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Fernandes, Ângela Rayane Rodrigues.

O Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e suas repercussões no processo de ensino-aprendizagem / Angela Rayane Rodrigues Fernandes. - 2020.

36 f.: il.

Monografia (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Educação, Curso de Pedagogia, Natal, RN, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Cynara Teixeira Ribeiro.

1. Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) - Monografia. 2. Aprendizagem - Monografia. 3. Formação docente - Monografia. I. Ribeiro, Cynara Teixeira. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 37:616.89

ÂNGELA RAYANE RODRIGUES FERNANDES

**O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) E SUAS REPERCUSSÕES NO
PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso, na modalidade:
artigo científico, apresentado ao Curso de Pedagogia
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial à obtenção do grau de
licenciada em Pedagogia.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em ___/___/____, pela
seguinte Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cynara Teixeira Ribeiro - Presidente
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Géssica Fabiely Fonseca
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Jacyene Melo de Oliveira Araújo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO

O presente trabalho consiste em um estudo teórico, de caráter exploratório e natureza qualitativa, que objetiva conhecer o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e suas repercussões no processo de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes, assim como apresentar sugestões de intervenções pedagógicas visando uma maior qualificação nesse processo. Para tanto, adota como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica a fim de contextualizar o transtorno, suas principais características e sintomatologia, assim como também descrever as repercussões nas vivências de indivíduos em fase escolar, traçando um panorama de suas implicações nas esferas familiar, social e acadêmica. Além disso, discute algumas possibilidades de intervenção pedagógica direcionados para os estudantes que apresentam esse transtorno, bem como alerta para a necessidade de pensar readaptações curriculares que considerem a interface educação e saúde mental. Tal estudo revelou que o TOC é um transtorno que normalmente compromete o funcionamento mental da pessoa, trazendo obstáculos desenvolvimentais e de aprendizagem, os quais perpassam principalmente a atenção e concentração, os processos de socialização e interação, e o estabelecimento de relações afetivas. A partir da pesquisa também foi possível concluir que a parceria conjunta entre familiares, escola e profissionais de saúde, assim como também uma abordagem didático-pedagógica que trabalhe elementos socioemocionais, pode contribuir para favorecer o processo de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes diagnosticadas com TOC.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Aprendizagem. Formação docente.

ABSTRACT

This essay is about a theoretical study that features exploratory-quality research that aims to know the obsessive-compulsive disorder (OCD) and how it affects on teaching-learning of children and teenagers, as well as suggesting pedagogical interventions looking for a better qualification during the process. To do so, it adopts bibliographic research as a methodological procedure trying to contextualize the disorder, its main characteristics and symptoms as well as it describes the impacts on these individual's lives in scholar age. Beyond that, it discusses some pedagogical interventions possibilities towards these students displaying such disorder and claims attention to the fact that it's necessary to make some changes to the curriculum that includes education and health interface. This essay has shown that OCD is a disorder that normally affects a person's mental function, bringing development and learning challenges which go from attention and concentration, socialization and interaction process, to creating relationships. From that research, it was also possible to conclude that the association between family, school and health professionals as well as an affectionate pedagogic-didactic approach may contribute to making children with the OCD teaching-learning process easier.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Learning. Teacher's formation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)....	9
3. O TOC NA ESCOLA	15
3.1 Impactos do TOC nas esferas familiar, social e escolar.....	20
3.2 O papel do professor e da família diante das problemáticas enfrentadas pelo aluno com TOC	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um estudo teórico, de caráter exploratório e natureza qualitativa, que objetiva conhecer o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e suas repercussões no processo de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes, assim como apresentar sugestões de intervenções pedagógicas visando uma maior qualificação nesse processo. Para tanto, adota como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica a fim de contextualizar esse transtorno, suas principais características e sintomatologia, assim como também descrever as repercussões nas vivências de indivíduos em fase escolar, traçando um panorama de suas implicações nas esferas familiar, social e acadêmica. Além disso, discute algumas possibilidades de intervenção pedagógica direcionadas para os estudantes que apresentam esse transtorno, bem como alerta para a necessidade de pensar readequações curriculares que considerem a interface educação e saúde mental.

O interesse em desenvolver uma pesquisa nesta temática partiu de minha trajetória pessoal, assim como também das inquietações afloradas ao longo de meu percurso formativo na academia enquanto graduanda, bolsista de iniciação à docência e estagiária. Outra motivação para a realização deste trabalho diz respeito ao fato de que o TOC ainda é pouco tratado no meio educacional. Uma das razões que justificam esse silenciamento é que a maioria dos alunos e famílias de alunos diagnosticados com este transtorno sentem medo e vergonha de externalizar as dificuldades e desafios enfrentados cotidianamente. Considerando que este não é um tema que faça parte da maioria dos cursos de formação inicial ou continuada de professores, a falta de conhecimento por parte dos docentes também contribui para a ausência de mais discussões sobre o tema.

Assim, no contexto escolar, a falta de compreensão sobre o que se passa com esses alunos é frequente. Muitos professores podem confundir os sintomas da patologia e suas consequências (como a lentidão, dificuldade de se concentrar ou perfeccionismo) com indisciplina, desinteresse ou preguiça. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é contextualizar esse fenômeno, bem como discutir algumas possibilidades de intervenção pedagógica voltadas para os estudantes que apresentam esse transtorno.

Para dar conta destes objetivos, o primeiro capítulo deste trabalho traz uma contextualização acerca do TOC, apresentando as principais características do transtorno, sua sintomatologia, estudos de prevalência e comorbidades, pautando-se, sobretudo, na classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) e em bibliografias da área. Já o segundo capítulo dialoga com autores tanto do meio educacional quanto da saúde, estando dividido em três tópicos: o primeiro conceitua a aprendizagem e discute suas dimensões; o segundo apresenta os impactos do TOC nas esferas familiar, social e escolar; e o terceiro enfatiza a importância do tratamento e o papel do professor, assim como também aponta algumas atitudes que os familiares e educadores podem adotar no intuito de auxiliar os alunos diagnosticados ou com sintomas de TOC, apontando a relevância de uma formação complementar de professores em saúde mental. Por fim, as considerações finais apresentam as principais conclusões obtidas com o estudo.

2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo é definido como uma patologia psíquica grave que se apresenta como um transtorno heterogêneo, pois possui vários subtipos e bases fisiopatológicas específicas. Caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões, também chamadas de sintomas obsessivo-compulsivos (SOCs).

As obsessões dizem respeito a pensamentos, imagens, idéias, medos, preocupações, dúvidas e impulsos que emergem na mente do indivíduo de forma intrusiva, ou seja, involuntária e indesejada. São recorrentes e persistentes, causam grande desconforto e ansiedade, além de poderem abranger diversos conteúdos (como, por exemplo, medo de ter ingerido alguma substância nociva, de ser contaminado por uma doença, de ferir alguém ou de ter sido responsável por alguma tragédia).

Já as compulsões se apresentam como comportamentos repetitivos ou atos mentais de cunho ritualístico, ou seja, procedem através de regras rigorosas, às quais o indivíduo é impelido a executar em resposta a alguma obsessão (como, por exemplo, evitar lugares e contato com outras pessoas por medo de contaminação, realizar

repetições mentais de vocábulos, rezar, piscar os olhos, contar ou repetir números, esfregar as mãos e higienizar partes do corpo exacerbadamente, levantar e sentar na cadeira determinada quantidade de vezes). Esses comportamentos ou atos objetivam a prevenção ou diminuição da ansiedade e do sofrimento ou evitar alguma situação temida, mas possuem, via de regra, relações com as obsessões. Todavia, nem as obsessões nem as compulsões apresentam uma ligação realista com a ansiedade ou medo experienciados pelo indivíduo.

De acordo com a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana – DSM-5 (2014, p. 238),

Muitos indivíduos com TOC têm crenças disfuncionais. Essas crenças podem incluir senso aumentado de responsabilidade e tendência a superestimar a ameaça; perfeccionismo e intolerância à incerteza; e importância excessiva dos pensamentos (por exemplo, acreditar que ter um pensamento proibido é tão ruim quanto executá-lo) e necessidade de controlá-los.

Tanto as obsessões quanto as compulsões tomam bastante tempo e acarretam enorme sofrimento ao indivíduo, que, no geral, percebe seu caráter irracional, e por isso as experimenta como egodistônicas¹, portanto, indesejadas e incoerentes. Todavia, em casos de ausência de insight², os quais correspondem a menos de 4% no TOC, têm-se a presença de crenças delirantes, isto é, a pessoa está convencida de que as crenças do transtorno são absolutamente verdadeiras. Porém, o TOC possui características próprias, as quais diferem das presentes nos transtornos psicóticos, como a esquizofrenia ou o transtorno esquizoafetivo, não suprimindo, assim, todos os requisitos necessários (presença de alucinações, por exemplo) para ser configurado como um transtorno dessa natureza (DSM-5, 2014).

No tocante à sintomatologia, existem alguns SOCs que são reconhecidos como mais comuns. No geral, envolvem preocupação excessiva em ser contaminado ou que alguém se contamine; necessidade de higienizar ambientes ou a si mesmo diversas

¹ Em discordância ou não sintonizadas com o ego. Estranhas ao indivíduo e indesejadas por ele.

² Relaciona-se com o conhecimento de si mesmo e a compreensão de uma condição mórbida presente. É o nível de crítica que o sujeito possui acerca de seu próprio estado psíquico.

vezes seguidas; rituais de alinhar objetos simetricamente e, geralmente, em sequências e combinações; receio de involuntariamente insultar alguém ou proferir palavras obscenas ou, ainda, ser responsável por tragédias; rituais de verificação, como averiguar sucessiva e demasiadamente se fechou a geladeira, se desligou o fogão, se torneiras estão fechadas, ou checar se feriu alguém, se cometeu falhas; acumular coisas triviais como papéis de balas por medo de precisar depois, entre outros.

Também são recorrentes as compulsões de piscar os olhos ou esfregar partes do corpo determinada quantidade de vezes; realização de rituais mentais, como ter que pensar em algo bom para tentar anular o pensamento em algo ruim, reler o parágrafo de um texto várias e várias vezes, rituais de contagem³; e os comportamentos de evitação, como evitar frequentar lugares e tocar pessoas por medo de contaminação; esquivar-se de situações habituais da rotina da maioria das pessoas, no intuito de não ativar gatilhos para os pensamentos obsessivos ou evitar constrangimentos devido às compulsões, evitando ir ao banheiro em shoppings, escolas ou outros espaços públicos, por ser comum que levantem a tampa da privada utilizando os pés ou abram a porta com os cotovelos; e evitar passar próximo a torneiras, geladeira e fogão, por passarem bastante tempo checando se estão fechados ou desligados.

Estudos de prevalência revelam que o TOC afeta cerca de 1 a 3% da população mundial, acometendo, portanto, uma em cada 40 ou 50 pessoas (CORDIOLI, 2007). Sendo, aproximadamente, de 1,6% o índice em adultos e 2,7% em crianças e adolescentes. Assim, é um transtorno que acomete mais indivíduos em fase inicial da vida, podendo haver um bom nível de remissão dos sintomas até o início da idade adulta, quando o tratamento é realizado ainda nessa fase inicial, do contrário, tende a durar a vida inteira. Mais de 50% dos indivíduos que desenvolvem o transtorno na infância têm a persistência dos sintomas na idade adulta (SÁ, 2016).

O DSM-5 (2014) aponta alguns fatores de risco para o surgimento do transtorno

³ É comum em pessoas com TOC a necessidade de realizar atos de contagem durante determinadas atividades (por exemplo, verificar determinado vocábulo em um texto quantidade “X” de vezes, pois se não o fizer nessa quantidade, as consequências não serão positivas). Envolve a associação de números ou quantidades a “sorte ou azar”, “bom ou ruim”, “certo ou errado”. No geral, se esses indivíduos perdem a contagem durante a tarefa, precisam retomá-la do começo, causando atrasos e desgastes. Diferentemente das pessoas sem o transtorno, elas não conseguem simplesmente interromper essa contagem quando querem.

nesse período, como aspectos temperamentais (sintomas internalizantes, afetividade negativa em nível significativo, inibição de comportamento), fatores ambientais (abuso físico e sexual na infância, episódios estressantes e eventos traumáticos, além de relações com algumas doenças infecciosas e autoimunes) e fatores genéticos (por exemplo, a taxa de TOC em parentes do primeiro grau é maior em casos de indivíduos que desenvolveram o TOC na infância ou adolescência). Para os especialistas, o transtorno é

consequência da interação de fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. Essa interação altera o funcionamento de circuitos que conectam áreas mais externas do cérebro, regiões do córtex ligadas ao processamento das emoções, do planejamento e ao controle das respostas de medo, a áreas internas como os núcleos da base e o tálamo, que integram informações emocionais, cognitivas e motoras, regulando a resposta ao ambiente. No TOC, a troca de informações entre essas áreas, mediada principalmente pelo neurotransmissor serotonina, estaria desregulada (ZORZETTO, 2013).

Para Cordioli (2007), provavelmente no Brasil existem de 3 a 4 milhões de pessoas com TOC. Porém, embora a grande maioria dessas pessoas tenham suas vidas devastadas pelo transtorno, muitas ainda permanecem sem diagnóstico. Isso porque as pessoas com TOC costumam ter muita vergonha dos seus sintomas e é por essa razão que, de acordo com Rosário, Velloso e Mastroiosa (*apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014), esse transtorno também é conhecido como a “doença do segredo”.

Grande parte desses indivíduos acredita que não é boa pessoa, que possui algum desvio moral ou de caráter e que pode vir a pôr em prática impulsos e pensamentos irracionais. Dessa forma, no mais das vezes tais pessoas são atormentadas com sentimentos de culpa, aflição e autocrítica severa. Também costumam pensar que não serão compreendidas e, por essa razão, não costumam conversar com outras pessoas sobre seu sofrimento.

Conforme Cordioli (2007), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essa patologia pode acometer indivíduos de qualquer sexo, idade, etnia e classe social. Entretanto, tende a se manifestar em pessoas do sexo masculino mais cedo do que em pessoas do sexo feminino, visto que a incidência do TOC na infância é predominantemente em meninos e cerca de 25% dos homens desenvolvem o transtorno

antes dos 10 anos. Já nas mulheres, é mais comum a manifestação do transtorno na fase adulta, sendo nessa fase a predominância de casos no público feminino. No meio científico ainda não há um consenso acerca das razões que levam a esse quadro de incidência.

Além disso, também destaca que o Transtorno Obsessivo-Compulsivo está entre as 10 patologias que mais comprometem o funcionamento da pessoa⁴ e está na 5ª posição entre as 10 principais razões de doenças em pessoas do sexo feminino com idade entre 15 e 44 anos no cenário dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Seu início é em maior percentual no final da adolescência, porém cerca de 25% dos indivíduos desenvolvem o transtorno até os 14 anos, sendo raro o início do TOC depois dos 40 anos de idade.

De acordo com Cordioli (2007, p. 9),

Seu curso geralmente é crônico e, se não tratado, tende a manter-se por toda a vida, raras vezes desaparecendo por completo de forma espontânea. Em aproximadamente 10% dos casos, seus sintomas são graves e tendem a agravar-se de forma progressiva, podendo incapacitar os portadores para o trabalho e acarretar limitações significativas à convivência com os demais, além de submeter seus portadores a um grande e permanente sofrimento.

Os quadros de TOC geralmente estão associados a outras psicopatologias, sendo assim, indivíduos com esse transtorno costumam possuir outros transtornos também. Conforme o DSM-5 (2014), 76% das pessoas com TOC desenvolvem algum transtorno de ansiedade ao longo da vida (como, por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobias específicas e transtorno de ansiedade social), sendo por essa razão e pelo fato dos pensamentos obsessivos gerarem uma forte descarga de ansiedade no organismo do indivíduo que, segundo esse Manual, o TOC e transtornos relacionados possuem estreita relação com os Transtornos de Ansiedade.

Além disso, cerca de 63% dos indivíduos com TOC também desenvolvem algum transtorno depressivo ou bipolar, sendo o transtorno depressivo maior⁵ o prevalente, com

⁴ Comprometem significativamente às mais variadas esferas da vida da pessoa. Interferem ou até impossibilitam a realização das atividades diárias. Ocasionalmente elevados níveis de sofrimento.

⁵ O Transtorno Depressivo Maior é um quadro psíquico patológico crônico e recorrente, o qual possui como principais características a predominância de humor deprimido, capacidade reduzida de pensamento e

41% de incidência. Ainda segundo o DSM-5, cerca de 30% dos indivíduos com TOC também desenvolvem algum transtorno de tique e há uma taxa de 12% em casos de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Também foi constatada a prevalência em quadros de transtornos alimentares, síndrome de Tourette e transtorno de oposição desafiante.

No entanto, os transtornos com maior índice de comorbidade em indivíduos com TOC em relação aqueles sem o transtorno, são os que também pertencem ao espectro obsessivo-compulsivo, os quais foram reunidos em um mesmo capítulo junto ao TOC na 5ª edição do DSM, tais como o transtorno de escoriação (skin-picking), transtorno dismórfico corporal, a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e o transtorno de acumulação.

O diagnóstico do TOC é clínico e realizado por um médico psiquiatra. Para a realização do diagnóstico são consideradas a duração, frequência e intensidade dos sintomas apresentados. No campo científico existe uma diversidade de possibilidades de tratamentos para o transtorno, mas no meio médico as formas mais utilizadas são através da Farmacologia e Psicoterapia, por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Em geral, os profissionais da psiquiatria costumam preconizar a combinação de ambos os tratamentos. Segundo Cordioli (2007), em casos de pacientes refratários (que não respondem aos tratamentos convencionais), os quais representam 20% do cenário, existe a possibilidade de redução de até 40% dos sintomas através de neurocirurgia.

Haja vista o exposto acima, sendo o TOC um transtorno com um alto nível de incidência na infância e adolescência, acometendo essencialmente indivíduos em fase de desenvolvimento e escolarização, cabe pensar em como se encontram essas pessoas no cenário das instituições educativas. Quais fatores relacionados ao transtorno dificultam sua aprendizagem e desenvolvimento e como a ação conjunta entre família, professores e profissionais da saúde pode contribuir positivamente nesse sentido.

concentração, forte diminuição do interesse e sensação de prazer em todas ou quase todas as atividades, sentimentos de culpa exacerbada e inutilidade, fadiga, pensamentos suicidas, ruminações (“remoer” lembranças) assim como alterações no sono e no apetite.

3. O TOC NA ESCOLA

Antes de adentrarmos na discussão acerca das repercussões do Transtorno Obsessivo-Compulsivo no processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, precisamos compreender em que consiste o aprender e as dimensões que favorecem que o aprendizado ocorra de maneira exitosa.

A aprendizagem é um processo extremamente amplo e complexo, o qual envolve aspectos internos e externos ao sujeito aprendente. Sabe-se que ela acompanha o indivíduo ao longo de toda sua trajetória existencial e integra a dimensão cognitiva, social, afetiva e psicomotora. Memória, atenção, concentração, motivação, socialização, interação, e aspectos psicomotores são fatores que atuam conjuntamente para a efetivação desse processo. Por meio dela, são adquiridas, aprimoradas, aprofundadas, expandidas e/ou reorganizadas habilidades, conhecimentos, competências e comportamentos e/ou valores. Assim,

entende-se a aprendizagem como um processo dinâmico e interativo da criança com o mundo que a cerca, garantindo-lhe a apropriação de conhecimentos e estratégias adaptativas a partir de suas iniciativas e interesses e dos estímulos que recebe de seu meio social (TABILE; JACOMETO, 2017, p. 75).

Nesse sentido, a seguir iremos centrar nossa discussão nos pilares centrais da aprendizagem utilizando como base fundante a importância da atenção e concentração, da afetividade e dos processos de socialização e interação no desenvolvimento humano e na construção de novos conhecimentos. Esta discussão servirá de alicerce para o entendimento dos obstáculos enfrentados pelo aluno com TOC em meio ao processo de ensino e aprendizagem.

Primeiramente, a respeito do papel da atenção e concentração no processo de aprender, Pinto (2001) alude que a atenção é a primeira etapa no processo de aquisição de novos conhecimentos, ou seja, da entrada da informação na memória. “Os processos de aquisição da informação permitem a criação de uma representação interna da estimulação sensorial de forma a ser armazenada na memória.” (PINTO, 2001, p.2).

Para que se possa aprender algo, primeiramente é preciso que o indivíduo esteja atento a este algo. “Prestar atenção” antes de mais nada significa realizar a triagem de

qual ou quais estímulos dentre os muitos que nos circundam são importantes para um processamento mais amplo e aprofundado posteriormente – esse processo passa por um refinamento ao longo do tempo, conforme o indivíduo se desenvolve, por isso crianças muito pequenas possuem maior dificuldade na realização dessa triagem. Assim, a atenção possui dois atributos importantes: o processamento da informação de modo seriado e a capacidade limitada.

A cada momento diversas informações nos “bombardeiam” – sejam elas de natureza externa ou interna. Cognitivamente não é possível que todas essas informações sejam processadas simultaneamente, de maneira que sua seleção, por caráter de relevância, é efetuada a cada instante. Logo, a atenção implica no ato de filtrar determinados estímulos e no “esforço de controlar a informação irrelevante e concorrente de forma a permitir a concentração no processamento da informação considerada útil.” (PINTO, 2001, p.2).

No geral, o quantitativo de estímulos a que se pode direcionar a atenção em um determinado momento é limitado. Todavia, pode apresentar uma alternância devido ao nível de familiaridade que o sujeito possui com a informação. Em vista disso, por exemplo, em uma discussão não é viável compreender os argumentos de cinco pessoas se todas estiverem falando simultaneamente. Somente a argumentação de uma pessoa pode ser processada ou, se a temática tratada for muito familiar, é plausível dizer que os elementos levantados por mais de uma pessoa possam ser atendidos (PINTO, 2001).

Para o autor, o grau de similaridade entre os tipos de informação é algo que também dificulta no trabalho de prestar atenção, culminando, mutuamente, em interferências e requerendo uma quantidade maior de recursos de processamento. Outro fator envolvido é a novidade de um estímulo ou o seu aparecimento imprevisto, o qual pode levar o indivíduo a mudar o direcionamento da atenção, interrompendo a realização da atividade que estava sendo executada.

Como já vimos, a atenção é um recurso cognitivo que possui limitações, portanto, se determinada tarefa possui um alto nível de complexidade, os recursos atencionais requeridos para o seu processamento integral vão se esgotando mais rapidamente. A partir de uma prática contínua e sistêmica, é possível realizar a atividade de modo cada vez mais autônomo. A esse respeito, Shiffrin e Schneider (*apud* Pinto, 2001), fazem uma

diferenciação oportuna entre processos automáticos e processos controlados ou que exigem uma carga de esforço e atenção maior.

Para os autores, os processos automáticos vão requerer a atribuição de poucos recursos atencionais e podem ser realizados paralelamente com outras atividades ou processos cognitivos, de modo mais automático. Normalmente, a prática favorece o desenvolvimento da automaticidade nas atividades diárias, atuando como uma estratégia adaptativa do próprio organismo no intuito de preservar mais energia.

Já no caso dos processos controlados, são atividades que precisam ser realizadas de modo seriado, uma por vez, em função de exigirem recursos atencionais em mais alto patamar de complexidade e uma atividade mais consciente, controlada e esforçada. No geral, o conhecimento produzido em uma situação escolar é uma tarefa que implica uma complexidade significativa, demandando uma considerável parcela dos recursos de atenção disponíveis. O aluno precisa direcionar o foco da sua atenção para o que está sendo trabalhado em sala, tanto no que se refere aos estímulos que recebe do professor e colegas, como na realização de sua própria síntese pessoal do que está sendo abordado e, ainda, ao mesmo tempo, buscar abstrair-se de ruídos ou outras questões que possam propiciar tirar a atenção desse foco, causando interferência no processo de percepção, memorização e compreensão do conteúdo.

Como vimos no capítulo anterior, o TOC é caracterizado sobretudo pela presença de pensamentos obsessivos e ações compulsivas, de cunho ritualístico e envolvendo regras. Esses atributos por si só acabam por ocasionar um entrave no processo de conversão de atividades que requerem uma maior atenção e esforço para ações de caráter autônomo ou automático. Sendo assim, é possível compreender o grau de sobrecarga psíquica e as dificuldades atencionais enfrentadas por estas pessoas em suas atividades diárias e, por conseguinte, em seu processo de aprendizagem.

Já no que se refere à socialização e à interação, Vygotsky (1994) afirma que as interações sociais e sua qualidade assumem um papel fundamental em relação à aprendizagem. Em seus estudos traz a ideia de mediação e internalização enquanto aspectos indispensáveis para o aprendizado, afirmando que é a partir de um processo denso de interação entre os indivíduos que ocorre a construção e consolidação do conhecimento. Desse modo, é através de sua inserção no cenário cultural que o ser

humano, por intermédio da interação com os indivíduos que o cercam, desenvolve-se. O autor enfatiza a importância do outro não apenas na construção do conhecimento, mas também na constituição da própria identidade do sujeito. Assim, é por meio da internalização das práticas culturais que o indivíduo avança das formas basilares do pensamento para formas que envolvam um maior grau de abstração, as quais subsidiarão seu conhecimento e interpretação da realidade (TASSONI *apud* VYGOTSKY, 2000).

Vygotsky (1994, p. 75) defende ainda que a internalização compreende várias transformações que articulam o social e o individual. Aponta que “todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois no nível individual; primeiro entre pessoas (interpsicológica), e, depois, no interior da criança (intrapsicológica)”.

Ao nos reportarmos a compreensão de mediação proposta pelo autor, temos a tríade relacional sujeito-sujeito-objeto. Nesse sentido, cabe dizer que a produção da cognição é fortemente alicerçada nas relações estabelecidas entre o indivíduo e os objetos de conhecimento, as quais são viabilizadas pela sua interação com os demais sujeitos (SMOLKA; GÓES, 1995).

Analogamente, Klein (1996) ratifica que fora das relações humanas não é possível existir objeto de conhecimento. “De fato, para chegar ao objeto, é necessário que o sujeito entre em relação com outros sujeitos que estão, pela função social que lhe atribuem, constituindo esse objeto enquanto tal” (p. 94). Nessa perspectiva, são as relações interpessoais que constituem o núcleo do objeto de conhecimento, visto que a existência desse só se justifica pelo seu uso social.

Por conseguinte, é possível concluir que dificuldades na interação com o outro e na inserção no contexto social — problema esse que frequentemente afeta às pessoas com TOC, como veremos adiante — comprometem diretamente o processo de aprendizagem, já que é mediante a interação com o meio social, por intermédio da mediação exercida por esse outro, que a apropriação dos objetos culturais se efetiva. E é por meio dessa mediação que esses objetos ganham significado.

Por fim, no tocante a formação de relações afetivas, Wallon (1975) elucida que a afetividade é um dos elementos basilares do desenvolvimento da pessoa. Segundo ele,

embora sua natureza seja subjetiva ou orgânica, sua construção se dá na esfera social, através das influências socioambientais. Em sua teoria psicogenética, ele enfatiza que o biológico jamais está dissociado do social e que o indivíduo é um ser integral. Portanto, uma de suas premissas é a defesa de que a dimensão afetiva está integrada às dimensões cognitiva e motora.

Mahoney (2000) descreve a integração afetiva-cognitiva-motora, conceito basilar da teoria de Henri Wallon, da seguinte maneira:

O motor, o afetivo, o cognitivo, a pessoa, embora cada um desses aspectos tenha identidade estrutural e funcional diferenciada, estão tão integrados que cada um é parte constitutiva dos outros. Sua separação se faz necessária apenas para a descrição do processo. Uma das consequências dessa interpretação é de que qualquer atividade humana sempre interfere em todos eles. Qualquer atividade motora tem ressonâncias afetivas e cognitivas; toda disposição afetiva tem ressonâncias motoras e cognitivas; toda operação mental tem ressonâncias afetivas e motoras. E todas essas ressonâncias têm um impacto no quarto conjunto: a pessoa (p. 15).

Na teoria walloniana, a afetividade se refere à capacidade que o indivíduo tem de ser afetado por fatores internos e externos e responder a eles, de modo positivo ou negativo. Para Wallon (1995), existem três formas de expressão da afetividade, as quais evoluem sucessivamente e são resultantes de fatores orgânicos e sociais: emoções, sentimentos e paixões.

Wallon (1995) destaca a importância das emoções não apenas na instância humoral, mas comportamental e adaptativa do desenvolvimento humano, visto que nelas são assentados “os exercícios gregários, que são uma forma primitiva de comunhão e de comunidade. As relações que elas tornam possíveis afinam os seus meios de expressão, e fazem deles instrumentos de sociabilidade cada vez mais especializados (Wallon, 1995, p. 143). Antes do aparecimento da linguagem, a emoção é a forma que o recém-nascido utiliza para se relacionar com o mundo humano.

Os sentimentos, por sua vez, possuem um caráter mais representacional, não implicando em ações espontâneas e não governadas pela razão como no caso da emoção. De forma gradativa, as expressões primeiramente de cunho fisiológico vão dando lugar a comportamentos afetivos de maior complexidade, em meio aos quais a emoção, progressivamente, abre espaço para os sentimentos e, posteriormente, para as

atividades intelectuais. Já as paixões só aparecem após o surgimento do autocontrole e da repressão das emoções.

Portanto, a afetividade possui modos de expressão distintos, os quais irão se configurar como um constructo de significados adquiridos pelo sujeito a partir das relações com o meio e com a cultura ao longo de sua trajetória de vida, sendo extremamente necessária ao seu desenvolvimento e aprendizagem. Esses significados traduzem para cada indivíduo as distintas experiências e situações vividas em um determinado espaço temporal e ambiente social.

3.1 Impactos do TOC nas esferas familiar, social e escolar

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo também é considerado uma doença familiar, visto que os parentes de pessoas com TOC normalmente se adaptam aos seus sintomas e exigências no intuito de evitar conflitos e tentar amenizar o sofrimento da pessoa. Não raras vezes os familiares chegam a apoiar os comportamentos compulsivos e os rituais de evitação ou participam dos comportamentos repetitivos ou ainda antecipam atitudes pelo indivíduo. Essa participação abrange diversas situações, que vão desde a submissão a rituais de higienização excessiva ou de “descontaminação” até a impossibilidade de utilização de determinados cômodos da casa (GUEDES, 2001).

Esse processo chamado de acomodação familiar geralmente está acompanhado de aborrecimento e frustração por parte da família que, muitas vezes, se torna refém dos rituais da pessoa com TOC, o que resulta em brigas, discussões sérias e até agressões físicas. Muitas vezes esses indivíduos “tentam impor regras e proibições aos membros da família devido ao transtorno (por exemplo, ninguém na família pode receber visitas em casa por medo de contaminação)” (DSM-5, 2014, p. 240). Como produto dessa situação, tem-se o agravamento do quadro da pessoa com TOC e o desgaste familiar.

Um estudo verificou que mais de 40% dos familiares de pessoas com esse transtorno haviam modificado suas rotinas (CORDIOLI, 2007). Amigos, professores e demais pessoas próximas em contextos de convivência mais efetiva, como é o caso da escola, também podem fazer parte do fenômeno acomodativo.

Como é possível perceber mediante o exposto, o TOC está vinculado a uma qualidade de vida baixa e os prejuízos ocasionados atingem as mais diversas dimensões da vida. Os indivíduos com TOC manifestam bloqueios e complicações nas relações interpessoais, essencialmente no que se refere as que são de convívio mais próximo e frequente. Sendo assim, suas limitações nesse quesito são mais percebidas nos âmbitos familiar, social, afetivo e profissional ou acadêmico (SILVA, 2011).

Na visão de Cordioli (2004), as atitudes dos familiares em relação aos sintomas interferem diretamente no tratamento da pessoa com TOC, já que os parentes tanto podem assumir uma postura motivadora para a busca de ajuda e tratamento, quanto uma postura contrária por não acreditarem que é possível que a pessoa mude. Podem estimular a adesão às tarefas recomendadas no tratamento, a exemplo às de exposição e prevenção de rituais (que se baseiam na Terapia Cognitivo-Comportamental) ou às adotadas na psicoeducação; ou, em razão dos julgamentos excessivos, induzir ao abandono. É comum os pacientes deixarem o tratamento após desentendimentos em casa.

Tendo em vista que considerável parcela da vida da criança e do adolescente refere-se ao ambiente escolar, é imprescindível destacar o papel dessa instituição no diagnóstico e acompanhamento de possíveis patologias e transtornos psíquicos que venham a acometer os estudantes. Isso se torna ainda mais urgente diante do fato de que há muitas famílias que aguardam a manifestação dessas instituições para tomar providências efetivas quanto ao processo de diagnóstico e tratamento dos seus filhos.

Sendo assim, se faz necessário conhecer como esse transtorno se manifesta no contexto escolar e como afeta a vida do estudante, a fim de que o educador junto à família e profissionais da saúde possam traçar estratégias para amenizar o sofrimento desses indivíduos e ajudá-los na superação de desafios referentes à sua aprendizagem e desenvolvimento, bem como de sua plena inserção nas atividades escolares, visto que a escola não deve contribuir apenas para a formação cognitiva do aluno, mas também deve favorecer o seu desenvolvimento social e emocional de forma integrada.

Rosário, Velloso e Mastroso (2014) esclarecem que o TOC não compromete a capacidade cognitiva da pessoa, mas afirmam que seus sintomas frequentemente dificultam ou tornam inviável a finalização de atividades e avaliações, além de

contribuírem para uma maior frequência de atrasos e não comparecimento às aulas. Sendo assim, embora não comprometa a disposição natural para aprender, esse transtorno costuma afetar consideravelmente o desenvolvimento e desempenho escolar do indivíduo.

Quanto mais graves os SOC's, maiores costumam ser os impactos negativos na vida da pessoa. Quando o transtorno tem início na infância ou adolescência normalmente gera dificuldades desenvolvimentais, as quais envolvem prejuízos a socialização e interação, autonomia, motivação, atenção e concentração e nas dimensões emocional e afetiva (DSM-5, 2014). Além disso, a literatura também chama atenção para os índices de evasão escolar, casos de bullying, riscos de suicídio, bem como os aspectos supracitados referentes aos atrasos e faltas.

As pessoas com TOC apresentam desafios consideráveis no que tange a interação junto ao meio social, o que, por consequência, culmina no distanciamento parcial das atividades realizadas no cotidiano e que explica facilmente, em meio a outros fatores, os casos de evasão escolar. No intuito de esquivar-se de olhares e atitudes regadas por preconceito, muitos buscam não expor o transtorno. A medida que os problemas tomam uma proporção maior, a esfera social dessas pessoas tende a ser veementemente comprometida (SALES et al., 2010). Assim, como resultado dessa conjuntura, temos “poucas relações significativas fora da família e falta de autonomia” (DSM-5, 2014, p. 240).

Um estudo realizado por Sá (2016) com a população dos estados de São Paulo e Porto Alegre evidenciou que o custo com evasão escolar ao longo da vida por criança com TOC corresponde, aproximadamente, a US\$ 322,63, em relação a outros transtornos que custam em média US\$148,37 e aos de crianças sem transtornos mentais, cujo custo é de US\$ 59,53. Já no que diz respeito ao custo social com repetência temos uma média de US\$ 1.366,34 por criança com TOC, em relação a US\$ 852,81 por criança com outros transtornos e US\$ 404,42 por criança sem transtorno. E no tocante ao custo relacionado à perda de produtividade dos pais, temos, respectivamente, uma média de US\$ 209,03, em relação a US\$ 147,64 e US\$ 73,25, configurando um quadro preocupante nesses sentidos.

Em casos mais graves, devido às obsessões de contaminação, por exemplo, as quais aparecem acompanhadas de lavagens excessivas (a criança ou adolescente com TOC pode, literalmente, arrancar a pele de suas mãos ou de outras partes do corpo nesses rituais), e evitação de contato com objetos e pessoas, alguns indivíduos podem ficar impossibilitados de sair de casa, em decorrência do medo de contrair uma doença.

Outra questão problemática do TOC no contexto escolar é o bullying ou quadros de discriminação. Há casos em que a criança ou adolescente é coagida pelos seus colegas, os quais não compreendem seus atos repetitivos, de modo que seja rotulada de maneira pejorativa ou que seja destrutada de alguma outra forma. Por isso, é imprescindível que o educador, ao observar os sintomas, apresente a situação aos pais da criança e “evite que a criança/adolescente seja vítima de bullying — é muito frequente que indivíduos com TOC sejam vítimas de discriminação pelos demais.” (ROSÁRIO; VELLOSO; MASTROROSA, 2014, p. 124).

Assim, os professores têm o importante papel de trabalhar com a turma pilares centrais e universais para a formação do caráter do indivíduo, como o respeito, a empatia, a gentileza, a responsabilidade, a sinceridade, o zelo, o companheirismo, o senso de justiça e a consciência cidadã. A esse respeito, atualmente temos o programa Justiça e Escola, que se configura como uma ação formativa direcionada aos educadores e funcionários de instituições educativas públicas municipais, desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (TJRN) em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME), no intuito de atuar na prevenção e mediação de conflitos no ambiente escolar, assim como também favorecer a construção de uma cultura de paz, através da educação em valores humanos e de um olhar valorativo para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais.

Outra problemática que, não raramente, faz parte da vida desses indivíduos diz respeito aos insucessos nos relacionamentos afetivos e dificuldades severas no tocante à socialização, de maneira que muitas vezes apresentam incapacidade para fazer novos amigos, sentem-se severamente desmotivados, além de não conseguirem se concentrar nos estudos e cogitarem ou tentarem o suicídio (SALES et al., 2010). A esse respeito, o DSM-5 aponta que

pensamentos suicidas ocorrem em algum momento em cerca de metade dos indivíduos com TOC. Tentativas de suicídio também são relatadas em até um quarto daqueles com o transtorno; a presença de transtorno depressivo maior comórbido aumenta o risco (2014, p. 240).

Logo, caso o tratamento não seja realizado corretamente, não é apenas a aprendizagem e o desenvolvimento do indivíduo que são prejudicados, mas também a preservação da própria vida da criança e do adolescente em questão.

Além disso, muitas vezes a criança ou o adolescente pode apresentar dificuldades em atividades em grupo, devido ao fato de não conseguir aceitar que as coisas não sejam realizadas da sua forma em decorrência do transtorno e, caberá ao professor, mediar essas relações de modo que não agrave o quadro desse indivíduo e nem desmereça as propostas e opiniões dos demais alunos.

Masellis, Rector e Richter (2003) afirmam que as obsessões interferem significativamente em atividades intencionais como ler, escrever, contar, ou simplesmente sustentar a concentração. Isso porque normalmente a criança ou adolescente, ao adentrar no círculo vicioso da obsessão ou compulsão, tende a ter dificuldade ou não conseguir voltar sua atenção para o desenvolvimento dessas atividades ou, ainda, não conseguir manter o foco por um período mais prolongado de tempo.

Em momentos de leitura, por exemplo, o indivíduo pode apresentar a necessidade de reler determinado parágrafo do texto 10, 20 ou 50 vezes por pensar que caso não o faça algo trágico vai acontecer ou que não gravou aquelas informações e não terá como fazer isso depois. Na escrita, pode aparecer o perfeccionismo ao escrever uma palavra ou a impossibilidade de escrever outra pois algo de muito ruim poderia acontecer. Rosário, Velloso e Mastrosoa apud Estanislau e Bressan (2014) nos trazem um caso real:

José tem 10 anos de idade e está no 5º ano do ensino fundamental. Apesar de ter sido sempre um bom aluno, participativo na sala de aula, com muito interesse em aprender coisas novas e notas muito boas, há cerca de quatro meses começou a ter baixo rendimento nas atividades. Passou a apagar o que escrevia durante as aulas, reescrevendo várias vezes a mesma frase, e a pedir pra sair da sala várias vezes para ir ao banheiro. Começou a demorar muito tempo para finalizar provas, e suas

notas pioraram muito. Apesar de sempre ter sido um pouco tímido, passou a se isolar e reduziu o convívio com os colegas.

Assim, é possível concluir que

o TOC pode ter um impacto devastador na educação de uma criança. A demora para realizar os rituais pode interferir na atenção e nos deveres em classe e em casa. Uma criança, ou adolescente, distraída por medos obsessivos muitas vezes parece desatenta. Além disso, os sintomas que ocorrem na escola podem resultar em problemas sociais, pois os pacientes tentam escondê-los e, para isso, tendem a se isolar ou a reduzir o contato com os colegas (ROSÁRIO; VELLOSO; MASTROROSA, 2014, p. 123).

Sendo assim, se vimos anteriormente que a atenção, a socialização e a afetividade são aspectos indispensáveis para que o processo de aprender se efetive de modo satisfatório, e neste tópico discutimos o panorama dos comprometimentos ocasionados pelo TOC no tocante também a essas funções psicológicas, entende-se que o mesmo afeta diretamente, em muitos casos, o processo de ensino e aprendizagem, bem como o desenvolvimento completo da criança e do adolescente em meio ao contexto de suas vivências. Sendo preconizada, portanto, uma abordagem proativa e humanizada da comunidade escolar frente a esse fenômeno.

3.2 O papel do professor e da família diante das problemáticas enfrentadas pelo aluno com TOC

Os pontos levantados acima apresentam em seu conjunto, a complexidade envolvida no tocante ao TOC em indivíduos em fase escolar, evocando a necessidade de pensarmos em uma abordagem transdisciplinar, fazendo uma interface clara entre educação e saúde mental. Todavia, essa abordagem só se faz viável através da “flexibilização do pensamento, redefinição dos limites das respectivas áreas do saber, incorporação da experiência de outras disciplinas e quebra das barreiras da linguagem técnica” (KONKIEWITZ, 2013, p. 11-12).

Dado o papel do professor acerca no processo de ensino e aprendizagem de seus alunos, é de suma importância que assuma uma postura proativa diante da identificação

de problemas que prejudiquem ou possam prejudicar o aprendizado e a qualidade de vida da criança e do adolescente que acompanha na escola. Principalmente se considerarmos o tempo que o educador passa com esses sujeitos, o qual muitas vezes supera o que passam com os pais, principalmente se falamos de escolas de tempo integral, seja da educação infantil ou dos anos iniciais do ensino fundamental.

Além disso, possui uma condição de observação bastante favorável, haja vista que lhe é oportunizado observar os estudantes em diversos contextos situacionais, como em momentos recreativos, nas atividades individuais dirigidas, nas tarefas grupais e em meio a interação com outros indivíduos de faixas etárias diversas. Sua experiência com um grande quantitativo de crianças e adolescentes, bem como através dos conhecimentos advindos de sua própria formação, ajudam na compreensão acerca de quais comportamentos são esperados para determinada idade e estágio de desenvolvimento e quais são atípicos (FLEITLICH-BILYK et al *apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Também é importante ressaltar que a família muitas vezes espera por uma devolutiva da escola para tomar a iniciativa de levar a criança ou adolescente a um especialista. Sendo assim, devido a uma maior facilidade na identificação de sintomas de modo precoce, a escola se configura enquanto espaço fundamental de colaboração no processo de diagnóstico e tratamento, visando reduzir os prejuízos do transtorno à vida do aluno.

O diagnóstico médico contribui para a melhoria do quadro do aluno em muitos aspectos, uma vez que marca o início do tratamento e pode fornecer informações valiosas para a comunidade escolar sobre como melhor proceder frente às dificuldades enfrentadas pelo estudante, assim como também subsidiar estratégias de ensino e aprendizagem adotadas pelos professores. É bastante comum nos depararmos com discursos de educadores relatando que se sentem desorientados e impotentes em relação aos seus alunos com transtornos psíquicos, pois não conhecem as características da patologia, muitas vezes não tem a confirmação do quadro ou ainda não recebem nenhuma formação continuada nesse sentido. A falta de conhecimento sobre como proceder, portanto, acaba ocasionando, no geral, um olhar distorcido por parte do professor e comunidade escolar sobre a situação.

Embora, lamentavelmente, ainda hoje o estigma enfrentado por indivíduos com transtornos mentais seja uma realidade, não se justifica privar esses sujeitos de terem seu diagnóstico e realizarem seu tratamento por temer eventuais preconceitos. Mesmo porque ainda que o indivíduo não tenha um diagnóstico, a própria externalização dos sintomas através do comportamento provoca estranhamento em pessoas desinformadas e/ou preconceituosas, de modo que

as próprias crianças com TOC veem seu comportamento como esquisito e diferenciado do comportamento dos seus companheiros, têm vergonha, e diversas vezes necessitam disfarçar ou retirar-se para realizar seus rituais compulsivos. Ocasionalmente não utilizam o banheiro da escola, nem se aproximam de seus colegas para impossibilitar qualquer contato físico e receiam que possam estar ficando 'loucos' (BECKER, 2016, p. 32-33).

Logo, é necessário que, através da formação do professor e de demais atores da comunidade escolar que possam vir a se envolver com quadros de saúde mental dos estudantes, priorizar a construção de uma cultura escolar voltada para o acolhimento das diversidades. Em meio a esse panorama, cabe aos professores atentarem para a presença de disfuncionalidade em algumas ações por parte do estudante e a determinados comportamentos que devem ser levados em consideração de modo conjunto e podem fornecer indicativos de quadros de sofrimento psíquico.

Nessa direção, faz-se importante que o professor possa estar atento a sinais como: observar se a criança ou adolescente demonstram dificuldades de concentração, idas frequentes e duradouras ao banheiro (sobretudo em momentos os quais percebem que não serão expostos, como no horário de aula, em que a maior parte dos colegas estejam ocupados); ou o contrário, se não quer mais ir ao banheiro da escola; assim como também observar a presença de rituais prolongados e excessivos de higienização.

Além disso, eles podem frequentemente atrasar para a aula ou faltar; demorar para finalizar trabalhos e provas; buscar excessivamente se certificar de que não cometeram falhas ou de que entenderam algo, repetindo questionamentos sobre um mesmo ponto várias vezes; esquivar ou evitar tocar objetos ou pessoas e estar em lugares ou passar por determinados ambientes; queda abrupta do rendimento acadêmico; isolamento durante o recreio e relutância na participação de trabalhos em grupo; dificuldades em tarefas de transição, como entrar e sair de ambientes; reler,

reescrever, apagar e jogar papel fora excessivamente; dermatites nas mãos; necessidade de manter os objetos da mesa demasiadamente alinhados e em simetria etc.

Conforme Fleitlich-Bilyk et al (*apud* Estanislau; Bressan, 2014), ao identificar a carência de uma avaliação médica, o educador deve, de forma respeitosa e afetuosa, conversar com os familiares acerca do que tem observado e percebido no comportamento e desempenho do aluno, podendo encaminhar para profissionais especializados ou indicando serviços disponíveis na região. É fundamental que seja firmada uma parceria entre escola e família, pois em muitos casos os familiares estão tão imbuídos em suas demandas cotidianas que não conseguem perceber o sofrimento que a criança ou adolescente enfrentam.

Dado o início do tratamento, é importante que a equipe multidisciplinar trabalhe de forma integrada e sintonizada, de modo que as ações desenvolvidas no âmbito clínico possam ter continuidade no âmbito familiar e escolar. O terapeuta deve também comunicar informações importantes sobre o transtorno e indicar atitudes práticas que possam contribuir para a melhoria do quadro do estudante. Assim, é imprescindível que o que foi construído por um lado não seja desconstruído pelo outro.

É de suma relevância que o educador compreenda que, em muitos casos, o aluno possivelmente solicitará muitas idas ao banheiro e impossibilitá-lo de sair pode aumentar muito a ansiedade. Portanto, não é interessante que se proceda desta maneira. O mesmo se aplica em relação ao tempo de desenvolvimento de avaliações e tarefas, visto que indivíduos com TOC normalmente apresentam um esforço consciente muito grande na realização de grande parte das atividades diárias, diferentemente das pessoas sem o transtorno que executam muitas tarefas de modo automatizado e sem preocupações. Além disso, como já vimos, esses indivíduos frequentemente apresentam rituais e perfeccionismo os quais perpassam atividades dirigidas como ler, escrever etc. Portanto, é interessante que em algumas situações seja possibilitado que o aluno tenha mais tempo para a finalização da atividade ou que seja permitido que conclua em um outro momento. Também “permita flexibilidade no vestuário — alguns alunos têm SOC de vestiários e precisam utilizar as mesmas roupas todos os dias” (ROSÁRIO; VELLOSO;

MASTROROSA, 2014, p.125). Sendo assim, é fundamental respeitar as dificuldades do aluno, pois geralmente há uma condição de muito sofrimento envolvida.

Sob nenhuma hipótese o professor e familiar devem constranger o aluno, “ridicularizá-lo, ser hostil ou excessivamente crítico. A maioria dos pacientes tem vergonha de seus rituais e tem baixa auto-estima. É cruel humilhá-lo por um problema que ultrapassa sua capacidade de controle. O criticismo excessivo só piora as coisas.” (CORDIOLI, 2007).

É importante também desenvolver estratégias de comunicação mais efetiva entre a família e o professor, sendo útil no caso da criança com TOC, por exemplo, a utilização de um diário que possa ser passado dos educadores para os pais e vice-versa (ROSÁRIO; VELLOSO; MASTROROSA, 2014). Certamente favorecerá muito o processo de compartilhamento de observações, experiências, sugestões, informações sobre progressos ou eventuais recaídas e no acompanhamento do desenvolvimento do estudante de modo geral. Os relatórios escolares também se constituem enquanto ferramenta avaliativa e informacional muito pertinente nessa parceria.

Aos familiares, cabe informar que

Em maio de 1996, foi criada a Associação de Familiares e Portadores da Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-compulsivo (ASTOC), com o objetivo de apoiar os indivíduos com TOC e ST e seus familiares. A ASTOC tem desenvolvido um trabalho pioneiro para dar apoio a familiares e pacientes, estimular a pesquisa, promover encontros e, principalmente, divulgar informações atualizadas sobre esses transtornos. A ASTOC fornece informações sobre o TOC e a ST, opções de tratamento e links para profissionais da saúde mental e da área da educação, bem como protege os interesses dos alunos que apresentam essas síndromes. Os professores devem sempre sugerir que os pais entrem em contato com a ASTOC (ROSÁRIO; VELLOSO; MASTROROSA, 2014, p.129).

Ademais, é crucial que o educador analise as necessidades e potencialidades do educando em suas múltiplas particularidades, as quais vão muito além de seu transtorno, e trace estratégias metodológicas que ele acredite que contribuirão para uma fluidez maior no processo de ensino e aprendizagem desse aluno, o que só é possível definir partindo de uma convivência diária. Todavia, talvez até mais que métodos ou procedimentos em particular, o que faça uma extrema diferença nesse processo seja

uma postura docente compreensiva que se alicerce na empatia, afetividade e sensibilidade, atuando como uma força motriz para o aluno, através da motivação, acolhimento e sentimento de pertença, reforçando também sua autoestima. O professor deve lembrar que é uma referência para seus alunos, de modo que é através também de seu exemplo que eles construirão sua autoimagem.

Uma sugestão a se considerar seria adotar uma abordagem que atribuísse mais ênfase à aprendizagem socioemocional, traçando um percurso formativo que estimule a construção de relações afetivas e a interação desses alunos com seus pares, assim como também o trabalho com o autoconhecimento, autoconfiança, autonomia e autocontrole, objetivando a promoção de uma aprendizagem mais significativa, assim como também o desenvolvimento de habilidades socioemocionais tanto no professor, quanto nos estudantes.

Portanto, o desenvolvimento de atividades que promovam uma escuta paciente e reflexiva, a interação e cooperação entre toda a classe, assim como tarefas e situações que venham a reforçar as características de cada educando e envolver toda a comunidade escolar, como exposições ou mostras culturais, são imprescindíveis. Através de seus conhecimentos e criatividade, o professor pode utilizar diversas estratégias e recursos para inserir princípios dessa aprendizagem no dia-a-dia em sala de aula. Sendo cauteloso para não ser invasivo, incentivar o aluno a identificar e expressar seus sentimentos, verbalmente ou não. Utilizar determinado personagem de uma história literária para abordar comportamentos e emoções é uma opção relevante também. A construção de um ambiente emocionalmente saudável, tanto na escola quanto em casa, será fundamental.

Para tanto, é necessário pensar na formação continuada de professores no âmbito da saúde mental ou mesmo a incorporação desses estudos em seus currículos acadêmicos, partindo do pressuposto de que é necessário conhecer para intervir, de modo que se possa cada vez mais compreender a escola enquanto espaço de transdisciplinaridade e de garantia e efetivação de direitos, com a finalidade de auxiliar na superação dos desafios e contribuir para o desenvolvimento integral do educando, assim como também para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos em situação de aprendizagem.

Sobre isso, Kutcher, Wei e Estanislau (*apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 66) comentam que “tem sido evidente em nossas intervenções com escolas que a quase totalidade dos inúmeros professores com quem trabalhamos tem interesse em conhecer sobre saúde mental e considera esse tipo de programa importante para sua formação”.

Na atualidade, muitas pesquisas têm demonstrado que considerável parcela dos indivíduos que desenvolvem um transtorno mental recebe o diagnóstico tardiamente. Sendo assim, projetos voltados para a identificação e encaminhamento avaliativo precoce possivelmente transformariam o rumo desses quadros, dificultando seu desenvolvimento ou atenuando sua veemência depois de estabelecidos. Assim, programas que promovam a capacitação de educadores no tocante à saúde mental seriam de grande relevância (VIEIRA et al *apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014). Nessa linha de entendimento e

Preocupada com os enormes prejuízos vinculados aos transtornos mentais, a comunidade internacional passou a exaltar, nos últimos anos, a necessidade de intervenções voltadas para esse assunto no ambiente escolar. Nesse sentido, a Comissão Europeia, em um importante pronunciamento chamado Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (tradução livre de “European Pact for Mental Health and Well-being” (World Health Organization, 2008), definiu como urgente a inserção estratégica da saúde mental nas atividades curriculares e extracurriculares das escolas, além da sensibilização de profissionais da saúde (p. ex, pediatras e médicos de família) e da educação para o assunto. No Canadá, discussões sobre sentimentos, pensamentos e comportamentos sob a ótica da saúde da mente (e não exclusivamente de transtornos mentais) já são parte do currículo regular das escolas (VIEIRA et al *apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 18).

No Brasil, projetos como o Daqui Pra Frente e o Projeto Cuca Legal desenvolvem abordagens nesse sentido. Todavia, ainda é um campo bastante incipiente, pois há poucos projetos, sobretudo em nível macro. Ainda sobre essa questão,

Um estudo de capacitação sobre saúde mental para professores de ensino fundamental (ciclo II) e médio, realizado em uma escola pública paulista por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mostrou que a intervenção foi efetiva ao auxiliar educadores a identificar problemas emocionais e comportamentais, a fazer encaminhamentos mais assertivos, bem como a discriminar fenômenos da adolescência normal de problemas em que a avaliação seria necessária. Ao fim do estudo, a maioria dos professores referiu ter adquirido conhecimentos a respeito do tema (74,2%) e afirmou que

recomendaria o modelo de capacitação adotado a professores de outras escolas (96,8%) (VIEIRA et al *apud* ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 19).

Portanto, para os autores, um processo colaborativo intersetorial de maior proximidade entre saúde e educação oportunizaria a promoção da saúde mental e bem-estar dos jovens, o que certamente reduziria os índices de fracasso e evasão escolar. Também favoreceria o acesso a serviços especializados e a minimização do preconceito que repele as pessoas de seu tratamento. Por fim, também facilitaria a troca de conhecimentos e complementaridade entre as áreas do saber, fator importante para a saúde coletiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado foi possível concluir que embora o TOC possa se apresentar em maior ou menor grau de severidade, geralmente é uma condição que está relacionada a bastante sofrimento e prejuízos ao funcionamento da pessoa. Além disso, suas repercussões atravessam as mais diversas esferas da vida, como a esfera familiar, social e escolar, destacadas aqui nesta pesquisa.

Como vimos anteriormente, o TOC é um transtorno que possui um alto índice de prevalência em indivíduos em fase escolar e, apesar desse fato, ainda continua sendo pouco falado no cenário educacional. Nesse sentido, este estudo aponta os principais aspectos de interferência dessa patologia no desenvolvimento e aprendizagem de sujeitos em processo de escolarização, os quais dizem respeito, sobretudo, a atenção, concentração, socialização, interação e formação de vínculos afetivos, abrangendo as dimensões cognitiva, social e afetiva, as quais são imprescindíveis e indissociáveis no processo de aprendizagem.

Discutimos ainda que os alunos com TOC podem apresentar dificuldades e um grande gasto de tempo na realização de atividades dirigidas como ler, escrever, contar, tanto em casa quanto em sala, pois os pensamentos intrusivos e a execução de rituais em paralelo a essas tarefas geram prejuízos no tocante a atenção/concentração desses sujeitos. Também constatamos, a partir de dados da literatura, que esses estudantes frequentemente se isolam por medo de estigmatização, vergonha ou baixa estima, se

escondendo muitas vezes de seus colegas e professores para realizarem suas compulsões e evitando brincar junto aos outros ou utilizar o banheiro da escola.

Dessa forma, foi possível constatar que tais repercussões exigem um olhar atento e sensível por parte da comunidade escolar sobre a questão, de maneira que se fazem necessários estreitamentos relacionais entre as áreas de saúde e educação, na composição de uma equipe multidisciplinar que atue em parceria. São necessários também programas direcionados à formação de professores no âmbito da saúde mental, de modo que estes possam intervir com mais qualidade, conhecendo as características dos transtornos mentais, assim como também as orientações sobre como intervir no processo de ensino e aprendizagem. Essas informações, em seu conjunto, também subsidiarão as estratégias didático-pedagógicas adotadas pelos docentes.

Finalmente, cabe inferir que, infelizmente, ainda há carência de pesquisas que abordem o TOC sob um olhar pedagógico. Sendo por essa razão também que este trabalho emergiu, objetivando contribuir com os estudos na área.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

BECKER, Angelita Brites. **O transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

_____. **TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

_____. **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

FLEITLICH-BILYK, Bacy et al. Saúde e transtornos mentais. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (Orgs). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014. p. 25-36.

GUEDES, Maria Luisa. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, p. 65-67, 2001.

JUSBRASIL. **TJRN e SME iniciam Ação Formativa para Justiça e Escola**. [2010]. Disponível em: <https://tj-rn.jusbrasil.com.br/noticias/2469890/tjrn-e-sme-iniciam-acao-formativa-para-justica-e-escola>. Acesso em: 13 nov. 2019.

KLEIN, L. R. **Alfabetização: quem tem medo de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1996.

KUTCHER, Stan; WEI, Yifeng; ESTANISLAU, Gustavo M. Educação em saúde mental: uma nova perspectiva. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (Orgs). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014. p. 63-70.

KONKIEWITZ, Elisabete Castelon (Org.). **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar**. Dourados/MS: Ed. UFGD, 2013.

MAHONEY, Abigail Alvarenga. Introdução. In: _____. **Henri Wallon: Psicologia e educação**. São Paulo: Loyola, 2000.

MASELLIS, Mario; RECTOR, Neil A.; RICHTER, Margaret A. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 2, p. 72-77, 2003.

PINTO, Amâncio da Costa. Memória, cognição e educação: implicações mútuas. In: DETRY, B.; SIMAS, F. (Orgs.). **Educação, cognição e desenvolvimento: textos de psicologia educacional para a formação de professores**. Porto/Portugal: Faculdade de Psicologia, 2001.

RAPOPORT, Judith L. **O menino que não conseguia parar de se lavar**: experiência e tratamento do distúrbio obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

ROSÁRIO, Maria C.; VELLOSO, Patrícia; MASTROROSA, Rosana S. Transtorno obsessivo-compulsivo: como o professor pode ajudar. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (Orgs.). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014. p. 119-131.

SÁ, Daniel Graça Fatori de. **Custo econômico e social do transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos mentais na infância**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade de São Paulo, 2016.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

SALES, Orcélia Pereira; VIANEY, Edilene Lima; BERNARDES Nereide; SILVA, Patrícia Pires da; OLIVEIRA, Paulo Maciel; AVELINO, Sara Coelho. Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva. **Journal Healthy Science Inst**, v. 28, n. 1, 2010.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes e manias: TOC: TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SHIFFRIN, R. M.; SCHNEIDER, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. **Psychological Review**, n. 84, 127-190.

SMOLKA, A. L. B.; GÓES, M. C. (Orgs.). **A linguagem e o outro no espaço escolar: Vygotsky e a construção do conhecimento**. São Paulo: Editora Papirus, 1995.

TABILE, Ariete Fröhlich; JACOMETO, Marisa Claudia Durante. Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. **Revista Psicopedagogia**, v. 34, n. 103, p. 75-86, 2017.

TACLA, Cristiane et al. Aprendizagem socioemocional na escola. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (Orgs). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014. p. 49-61.

TASSONI, Elvira Cristina Martins. Afetividade e aprendizagem: a relação professor-aluno. **Psicologia, análise e crítica da prática educacional**. Campinas: Cadernos ANPED, p. 1-17, 2000.

VIEIRA, Marlene A. et al. Saúde mental na escola. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (Orgs). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014. p. 13-23.

VYGOTSKY, L. S. **A formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WALLON, Henri. **Psicologia e Educação da Infância**. Lisboa: Estampa, 1975.

_____. **As origens do pensamento na criança**. São Paulo: Manoele, 1995.

ZORZETTO, Ricardo. **As muitas faces da obsessão**. Pesquisa Fapesp, v. 205, p. 18-25, 2013.