

A interação escolar de uma criança com síndrome de Tourette, de acordo com as percepções de pais e professores: um estudo de caso exploratório

Scholar interaction of a child with Tourette disorder by the perspective of parents and educators: case study exploration

Ana Paula Terra¹, Regina de Cassia Rondina²

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p177-84>

Terra AP, Rondina RC. A interação escolar de uma criança com síndrome de Tourette, de acordo com as percepções de pais e professores: um estudo de caso exploratório. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 maio/ago.;25(2):177-84.

RESUMO: A Síndrome de Gilles de La Tourette (ST) pode gerar acentuado sofrimento em diversas áreas da vida do indivíduo. A literatura refere que a criança com ST pode apresentar dificuldades no relacionamento com educadores e colegas. O objetivo deste estudo de caso exploratório visou conhecer e descrever as percepções de pais e educadores sobre aspectos da dinâmica de interação escolar de uma criança com ST, matriculada no ensino fundamental regular. Foram realizadas entrevistas com os pais de uma criança de 8 anos de idade diagnosticada com ST e com três educadores. Foram também realizadas sessões de observação participante do cotidiano escolar. O conjunto dos relatos revela dúvidas por parte dos entrevistados, no sentido de identificar comportamentos involuntários da criança ou de identificar ações intencionais. Observou-se que ainda não existe articulação entre pais e educadores no atendimento às necessidades da criança. Supõe-se que estratégias de intervenção em perspectiva multiprofissional poderiam contribuir para que pais, educadores e profissionais de saúde atuem de forma articulada, no sentido de promover melhorias na interação escolar e social da criança.

DESCRITORES: Educação especial/recursos humanos; Inclusão educacional; Síndrome de Tourette; Criança; Intervenção precoce (educação); Manifestações neurocomportamentais; Tiques.

Terra AP, Rondina RC. Scholar interaction of a child with Tourette disorder by the perspective of parents and educators: case study exploration. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 maio/ago.;25(2):177-84.

ABSTRACT: The syndrome of Gilles de la Tourette (ST) can cause marked distress in several areas of functioning. The literature indicates that children with TS may present difficulties in relationships with teachers and peers. This case study exploration aimed to discover and describe the perceptions of parents and teachers of child with TS enrolled in regular school, regarding the child-school relationships. Interviews were conducted with parents of a 8 years-old child, diagnosed with ST and three educators. Participant observation of everyday children's school was also performed. The set of reports reveals doubts on the part of respondents to identify involuntary behaviors of the child or to identify intentional actions. It was observed that there is still no connection between parents and educators in meeting the needs of the child. It is assumed that intervention strategies in a multidisciplinary perspective could help parents, educators and health care professionals act in a coordinated way in order to improve the school and social interaction of the child.

KEYWORDS: Education, special/manpower; Mainstreaming (education); Tourette syndrome; Child; Early intervention (education); Neurobehavioral manifestations; Tics.

Pesquisa de iniciação científica, apresentada no XXIII Congresso de Iniciação Científica da UNESP, em Marília (30/10/2011).

1. Acadêmica de Terapia Ocupacional, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Marília.

2. Professor Assistente Doutor - UNESP, Marília.

Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia e Educação. Av. Hygino Muzzi Filho, 737, Marília, SP. CEP: 17.525-900

INTRODUÇÃO

A síndrome de Gilles De La Tourette (ST) é uma patologia de natureza neuropsiquiátrica, com base genética, que, em geral, inicia-se antes dos 18 anos de idade. É caracterizada principalmente por compulsões, que podem resultar em múltiplos tiques motores e em um ou mais tiques vocais, durante pelo menos um ano^{1,2}.

Os tiques se caracterizam por movimentos ou vocalizações rápidas, recorrentes, não ritmados nem estereotipados. São divididos em vocais e motores, e estes se subdividem em simples e complexos. Tiques simples envolvem contração de grupos musculares, acontecem de forma rápida, repetidamente e sem propósito. Dentre eles, estão os movimentos de abrir e fechar os olhos, contrair o pescoço, fazer caretas, tossir, encolher os ombros, gritar, coçar a garganta, tossir e gemer³. Tiques complexos são mais lentos e envolvem contração de grupos musculares não relacionados entre si, podendo, assim, parecer propositais⁴. São exemplos de tiques complexos: gesticulação das mãos e da face; bater no próprio corpo, em objetos e em outras pessoas; bater com a cabeça; palilalia (repetição de sons); ecolalia (imitação de sons); coprolalia (vocalização de palavras obscenas); copropraxia (realização de gestos obscenos); ecopraxia (imitação de gestos). Os tiques vocais simples são meros sons, e os tiques vocais complexos apresentam significado⁴. Comorbidade com outros distúrbios estão presentes em cerca de 80% dos casos⁵.

A prevalência de ST pode variar de 1% a 2,9% em alguns grupos². A incidência é maior em crianças e adolescentes, embora também possa ocorrer em adultos. É observada em nível mundial, não tendo relação com a classe social ou etnia e acomete três a quatro vezes mais o sexo masculino, em relação ao feminino^{2,5}. Ainda não existe consenso quanto à etiologia. Pesquisadores atribuem o aparecimento do problema a fatores genéticos, perinatais, neurobiológicos e psicológicos^{2,4}. Constitui-se como uma síndrome multicausal². O portador de ST pode sofrer prejuízos em sua vida diária, de acordo com o tipo, intensidade e frequência dos tiques. A criança pode se sentir envergonhada pela falta de controle sobre seus tiques e por eles acontecerem, algumas vezes, em momentos e situações constrangedoras¹. Para que as consequências psicológicas associadas ao transtorno sejam minimizadas, é importante que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados precocemente^{2,6}. O diagnóstico é fundamentalmente clínico e exige habilidades de observação e levantamento do histórico do paciente⁷. Até o momento, não existem exames laboratoriais para comprovação da existência dessa

perturbação^{2,7}.

As principais estratégias de intervenção associam tratamentos farmacológicos e psicológicos. Em casos severos, recomenda-se cirurgia ou injeções de toxina botulínica para o tratamento de sintomas de tiques isolados, incluindo tiques vocais⁸. A farmacoterapia só deve ser utilizada nos casos em que os benefícios da intervenção sejam superiores aos dos efeitos colaterais dos medicamentos. Isso ocorre, por exemplo, quando os tiques causam desconforto, dor ou machucados, quando resultam em problemas, como isolamento social, *bullying*, problemas emocionais como depressão reativa e / ou quando resultam em prejuízos funcionais, como danos ao desempenho escolar^{2,7}. A escolha do tratamento deve ser apropriada para cada portador². Além do tratamento farmacológico e psicoterápico, é fundamental orientar pais, familiares e pessoas próximas ao portador de ST sobre as características da perturbação e estratégias para o manejo dos sintomas^{2,9}. É importante adotar estratégias de intervenção em colaboração com familiares, visando ao apoio psicológico e a reintegração social do indivíduo^{1,6}.

Dentre as abordagens psicoterápicas para a ST, destacam-se as terapias de enfoque comportamental e cognitivo-comportamental. Um conjunto de estratégias vem sendo utilizado com eficácia, tais como treinamento em reversão do hábito, exposição e prevenção de resposta, automonitoramento, terapia cognitivo-comportamental, treinamento em assertividade, manejo de contingências, treinamento em técnicas de redução da tensão e biofeedback, entre outras^{7,8}. As intervenções podem melhorar a identificação dos fatores ambientais que afetam a severidade dos tiques, além de fornecer suporte para o manejo de sintomas comportamentais^{7,8}. Estratégias utilizadas no âmbito da Terapia Ocupacional também podem contribuir, a exemplo, do emprego de técnicas de relaxamento, que podem permitir maior conhecimento, por parte do indivíduo, de seu corpo e também a distinção entre o corpo contraído e relaxado, o que minimiza a frequência e a intensidade dos tiques¹⁰. O funcionamento acadêmico e ocupacional de indivíduos com ST pode sofrer prejuízos em decorrência da rejeição social e/ou da ansiedade em experimentar os tiques em situações sociais¹. Educadores podem se deparar com dificuldades no atendimento ao portador do problema, o que pode se refletir em seu ajustamento psicossocial. Assim, é essencial que educadores, funcionários e alunos recebam esclarecimentos sobre a ST⁶.

A motivação para este estudo foi o interesse em conhecer, por meio de relatos de pais e educadores, como se configura a interação escolar de uma criança portadora de ST. A meta foi investigar as percepções de quem atua diretamente com a criança e a dinâmica de interação escolar

do portador de ST. O trabalho enfocou aspectos como: dificuldades enfrentadas pela criança em seu cotidiano escolar, estratégias utilizadas para lidar com a criança, a relação entre atividades ou situações dentro da escola e a frequência / intensidade dos tiques. O projeto de pesquisa foi vinculado ao Departamento de Psicologia da Educação da Universidade Estadual Paulista, (Marília), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (Processo 0044/2011). Os dados foram coletados em 2011.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa de natureza exploratória, com desenho metodológico sob a forma de um estudo de caso¹¹ de criança com ST. Essa abordagem permite descrever aspectos da interação da criança no ambiente escolar, tendo como parâmetro a percepção dos pais e educadores. O critério utilizado para a escolha da criança foi o diagnóstico de ST e a frequência ao ensino regular. Para seleção do participante, foram efetuados contatos junto à equipe de uma Clínica - Escola de Psicologia, em uma faculdade da região, que oferece assistência psicológica à infância. A criança escolhida, M. tem sete anos de idade, é do sexo masculino e foi diagnosticada com ST em comorbidade com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). M. estava matriculado em Escola Municipal de Ensino Fundamental. Recebia tratamento medicamentoso e assistência psicoterápica paralela, à época em que foi iniciada a pesquisa.

Após contatos com os pais, houve a assinatura do termo de consentimento para o estudo. Os pais foram codificados como P1 e P2. Em seguida, foi solicitada a autorização para o desenvolvimento da pesquisa junto à escola em que M. se encontrava matriculado. Após a autorização, foi solicitada a participação voluntária de três educadores, que atuavam diretamente junto a M. Os educadores foram codificados como E1 (Docente), E2 (Docente) e E3 (Direção). Para levantamento das percepções de pais e educadores, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas¹¹. As entrevistas partiram de um roteiro pré-estruturado, flexível, de modo a permitir uma conversação continuada entre pesquisadora e entrevistados. Solicitou-se aos participantes que discorressem livremente sobre temas como o comportamento de M., aprendizado e rendimento escolar, rotina acadêmica, interação social, dificuldades enfrentadas no cotidiano, entre outros aspectos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas na escola, após as aulas, e gravadas. Os depoimentos foram analisados segundo o referencial de análise de conteúdo¹².

Foram extraídos os trechos mais significativos/relevantes dos relatos. Em seguida, os trechos foram agrupados em “tópicos”. Os tópicos delimitam temas relacionados aos objetivos da pesquisa. Por meio dessa análise, construíram-se categorias direcionadas a promover uma descrição compreensiva da dinâmica de interação escolar da criança, sob a óptica de pais e educadoras.

Foram também realizadas sessões de observação participante do cotidiano escolar. A observação foi desenvolvida no primeiro semestre de 2011, sendo o mesmo período em que ocorreram as entrevistas. Essa estratégia consistiu na inserção da pesquisadora na rotina escolar. Foram observadas aulas de matemática, português, redação, cidadania e informática, além de outras atividades, como avaliações em redação e português, reunião de todos os alunos da escola, na quadra de esportes, para o canto do hino nacional e municipal, entre outras. A pesquisadora permaneceu em sala de aula, sem interferir nas atividades, adotando uma postura discreta para evitar a dispersão dos alunos. Em momento algum os alunos tiveram conhecimento de que a presença da pesquisadora se devia a um estudo sobre o aluno com ST, garantindo o sigilo. Foram realizadas duas sessões semanais em 26 dias dedicados a essa técnica, perfazendo um total de aproximadamente 100 horas de observação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os relatos dos pais e de três educadores: direção escolar (E3), docente atual (E1) e docente auxiliar (E2), que lecionou também para M. no ano anterior à pesquisa. As categorias emergentes dos relatos foram: a) os comportamentos e/ou os sintomas da criança; b) a interação de M. com os demais alunos; c) o relacionamento da criança com os educadores; d) aprendizado e desempenho escolar de M; e) as estratégias adotadas para lidar com sintomas e comportamentos de M; f) relação entre pais e educadores.

Comportamentos e sintomas

Educadores

Segundo os educadores, anteriormente ao uso da medicação, M. apresentava comportamentos e sintomas típicos de ST:

“Ele roía muito a unha, mordida o lápis, mordida borracha, ele estava nessa situação. Tinha tiques de fechar o olho, de levantar o ombro, inclinando a cabeça. Com o haldol, melhorou (...)” (P2)

Educadores observaram mudanças no comportamento de M., que atribuem à medicação (haloperidol, tofranil e orap):

“Tique assim, de ficar fazendo barulho, micagem, essas coisas, não está apresentando. Ele parou. No primeiro ano, quando foi meu aluno, ele tinha muito.” (E2)

Alguns comportamentos eram percebidos como complicadores da interação escolar. E3, relata que houve transformação perceptível nesse sentido:

“O fato da sexualidade exacerbada quase desapareceu; as ofensas gratuitas diminuíram também.” (E3)

Os educadores afirmam ter certa dificuldade em distinguir comportamentos decorrentes da ST de ações que ocorrem voluntariamente ou sob o controle consciente da criança:

“Quanto aos tiques, percebi o grito, mesmo. Mas, pra mim, como eu não entendo muito dessa área, parece que ele quer ficar gritando, mesmo (...) que ele grita para atrapalhar.” (E1)

“Os palavrões têm um contexto. Têm algum envolvimento, alguma coisa que aconteceu que gerou a briga. Não é do nada.” (E2)

Pais

Também os pais afirmam ter dificuldade em distinguir comportamentos decorrentes da ST de ações voluntárias:

“Antes eu achava que ele estava me provocando, agora eu entendi, através do papel que me deram. Ele me provoca, ele faz gestos obscenos, ele fala palavrão, ele, do nada, grita. (...) É involuntário. Tudo isso é por causa da Síndrome.” (P1)

Aspectos de natureza psicossocial devem ser levados em conta na adoção de procedimentos para intervenção. Os pais da criança com ST devem receber esclarecimentos a respeito da síndrome, de suas características, sintomas e abordagens de intervenção de modo a desmistificar a intencionalidade dos tiques; devem, ainda, ser orientados sobre a melhor forma de lidar com a perturbação^{6,10}. Para aumentar as chances de eficácia, o acompanhamento terapêutico deve abordar, além dos familiares, todos os que convivem com a criança. O ambiente frequentado pela criança deve se caracterizar pela tolerância, pela

compreensão, pela flexibilidade e pela adequação às suas necessidades¹³.

Relatos dos progenitores sugerem que situações específicas favorecem o aparecimento dos sintomas. Na percepção de P2, havia associação entre o aparecimento, intensidade e frequência dos tiques e o estado de humor ou ansiedade:

“Quando ele estava nervoso, tinha mais tiques”.

Os depoimentos são compatíveis com a literatura. Para Shaw et al.¹⁴, altos níveis de estresse podem funcionar como gatilhos para o aumento da frequência e da gravidade dos tiques. A realização de gestos obscenos e a fala excessiva de palavrões podem estar relacionadas com o que, na ST, pode aparecer na forma dos tiques motores e vocais complexos de copropraxia e coprolalia⁴. Em alguns momentos, foi observado um aumento na frequência de tiques e comportamentos, como a verbalização de palavrões, por exemplo, diante de determinadas situações. Possivelmente, situações específicas (como provocações) atuam como desencadeadores dos sintomas de M. Como sugerem especialistas, pode ocorrer exacerbção dos tiques quando a criança é submetida a estresse⁴. Foi possível observar que a criança apresenta também numerosos comportamentos comuns a outros transtornos psicológicos, tais como desatenção, movimentação constante das pernas, dificuldade em permanecer sentado, impulsividade, dificuldade em manter sua atenção em atividades monótonas e fala constante³.

A interação com colegas

Educadores

A interação da criança com os colegas, de acordo com os entrevistados, mostra-se superficial. Para E1, a princípio, os colegas aparentavam ter receio de ficar perto de M:

“No começo, quando eu coloquei em duplas, ninguém sentava com ele, ninguém queria sentar. Nem na fileira. Teve dias que ninguém sentava na fileira perto dele, porque ele cospe – não sei se você viu – o tempo todo nos amigos; cutuca, mexe, bate (E1)

Apresença de crianças com ST pode ser um desafio para alunos e professores, devido aos comportamentos involuntários do sujeito. A ST pode levar ao comprometimento social e educativo do portador⁶ (Ramalho et al. 2008). E2 afirma que recentemente passou a perceber mudanças:

“Como eu tinha outros alunos que já estudaram com ele no primeiro ano e que aconteceram algumas situações difíceis, no começo teve esse receio. Quando eles perceberam que tinha que ser trabalhado algo, sem eu precisar falar nada já perceberam; eles começaram a aceitar mais.”(E2)

Parece haver certa ambiguidade de sentimentos permeando o relacionamento. Os colegas de M. ora apresentam comportamentos que sugerem rejeição, ora aparentam demonstrar aceitação dessa criança “diferente” ou “com problema”. Foram presenciados comportamentos da criança como, por exemplo, xingamentos e gritos que aparentaram incomodar e desviar a atenção dos colegas, o que, possivelmente, interfere em sua interação com os demais. No entanto, M. parece não se importar e continua com os xingamentos e gritos. Isso vai ao encontro do que prevê a literatura. Crianças com ST podem apresentar dificuldade de relacionamento com seus pares, tornando-se mais retraídas e agressivas¹⁴.

Educadores atribuem grande importância ao relacionamento entre M. e os colegas. Segundo uma educadora, os docentes tentam fazer com que eles aprendam a aceitá-lo dentro dos grupos, e, a partir das atividades grupais, trabalham o relacionamento interpessoal:

“Ele tinha muita dificuldade na interação com o outro. De estar ouvindo, emprestar aquilo, pegar ali, devolver aquilo. Então, no começo, atividade em grupo era um trabalho difícil. (...) Mas isso já melhorou. Agora ele aceita mais, respeita o espaço do outro”. (E2)

Pais

Segundo a percepção dos pais, M. tem preferência em se relacionar com crianças mais agitadas:

“Ele se dá melhor com crianças que são mais parecidas com ele, que são mais agitadas. Os diferentes, que são mais bonzinhos, não gostam muito dele, não. Não têm muita paciência.” (P1)

A dificuldade dos demais alunos em lidar com a criança com necessidades especiais pode se configurar como uma oportunidade para que os educadores trabalhem questões de cidadania¹⁵. As informações levantadas neste estudo remetem a reflexões sobre a inclusão de crianças consideradas “diferentes” no ensino regular e, conseqüentemente, à necessidade de se criarem estratégias voltadas à integração.

A escola inclusiva proporciona aos alunos que apresentam deficiência: maior interação com seus colegas e maior desenvolvimento [...]. Ao mesmo tempo, seus

colegas terão mais oportunidade para crescer com uma visão mais realista e menos preconceituosa sobre a vida e sobre a diversidade humana. Para os professores, a inclusão escolar é também entendida como benéfica, pois os desafia a: derrubar barreiras pedagógicas e atitudinais existentes frente ao aluno tido como ‘diferente’; aprofundar os seus conhecimentos para poder melhor atuar com a diversidade; adaptar o ensino a todos os educandos¹⁶ (p.19)

Os educadores devem receber esclarecimentos sobre a ST para que evitem promover a estigmatização e facilitem a integração da criança. Programas educativos podem contribuir para prevenir atitudes discriminatórias, promover a aceitação da diversidade e para que seja evitada a atribuição de “rótulos”¹⁶. Através de trabalho em parceria colaborativa com as escolas, o profissional na área de Terapia Ocupacional pode promover a busca de estratégias para suporte ou apoio, facilitando a inclusão^{17,18}. A atuação em equipes multidisciplinares pode ser decisiva.

O terapeuta ocupacional é um profissional que em sua atuação assume grande compromisso com a inclusão escolar da criança e, no futuro, com a sua inserção no mundo do trabalho. O suporte profissional, muitas vezes, facilita a desconstrução de conceitos e ideias relacionadas à impossibilidade de inclusão social da pessoa com deficiência e tem importante papel no investimento familiar¹⁹ (p.187).

O relacionamento da criança com os educadores

Educadores

Os relatos revelam a percepção de que, por parte da criança, existe grande afeto e respeito pelas professoras e diretora:

“Comigo não tem problema nenhum. Ele me respeita, nunca me falou nada. Eu consigo lidar muito bem com ele. Ele me ouve, me atende, me acompanha” (E3).

Pais

Foi possível observar congruência entre as afirmações de pais e educadores quanto à afetividade no relacionamento:

“Eu percebo que ele gosta das professoras, quer levar coisas pra agradá-las.” (P1)

Contudo, na opinião dos pais, o comportamento agitado da criança interfere no relacionamento. Os pais acreditam que os sintomas prejudicam a interação:

“Mas elas não ligam muito pra ele, não. Não gostam da maneira como ele atrapalha a aula.” (P1)

O conjunto dos relatos e das observações permite supor que as dificuldades de interação entre criança e educadores foram minimizadas com o decorrer do tempo:

“Olha, com os professores, você sabe, né!? Ele é hiperativo, mesmo. (...). E agora essa professora tem mais paciência com ele.” (P2)

A criança com ST pode ter dificuldades no processo de aprendizagem e na interação escolar. Quando apresenta comorbidades, como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), os comportamentos provenientes dessas condições podem interferir e causar mais complicações nos relacionamentos com colegas e educadores, do que propriamente os tiques³. Shaw et al.¹⁴ destacam um conjunto de comportamentos relacionados com hiperatividade como o mais perceptível, já que os alunos com ST, em geral, sentem dificuldade em permanecer sentados, em manter a atenção e a concentração durante a execução de tarefas, em controlar a impulsividade e esperar a sua vez. Supõe-se que informações sobre transtornos psicológicos poderiam diminuir a probabilidade de o comportamento da criança interferir em seu relacionamento com os professores. Neste estudo, foi constatada forte preocupação por parte dos pais da criança, nesse sentido.

Aprendizado e desempenho escolar

Educadores

M. é percebido como um aluno que não apresenta dificuldades de aprendizagem ou de retenção dos conteúdos, mostrando-se uma criança inteligente e com notas satisfatórias:

“Ele é um dos alunos que menos erros de ortografia têm. A aprendizagem é excelente. Ele é muito inteligente, esperto. Eu explico uma vez, ele já pega.” (E1)

A maior dificuldade relatada pelos professores ocorre em situações em que a criança apresenta agitação. Na percepção dos docentes, essa característica prejudica a sua concentração e compreensão das tarefas:

“Nos dias que ele tá muito agitado, que a gente percebe que ele não consegue se concentrar (a maior dificuldade) é pra fazer atividade de matemática”. (E2)

Os relatos são compatíveis com a literatura. Os comportamentos relacionados às comorbidades podem interferir mais no processo educacional do que os

próprios tiques¹⁴. A partir das observações, supõe-se que o desempenho de M. possa ser prejudicado, pelo menos em parte, pelo comportamento agitado e a consequente falta de concentração e atenção. Porém, quando M. é auxiliado, aparentemente não apresenta déficits no entendimento e/ou na retenção de conteúdos.

Estratégias para lidar com a criança

Educadores

Educadores relatam a utilização de estratégias diversas na tentativa de lidar com os comportamentos de M.:

“Eu até evito ficar chamando a atenção dele toda hora. Às vezes eu dou bronca, e às vezes até por conta do que eu li. Pode ser algo dessa síndrome, então nem sempre eu tô chamando a atenção dele, brigando com ele. Às vezes eu finjo que nem ouvi.” (E1)

E1 intercalava momentos em que chamava a atenção da criança com momentos em que a ignorava. Isso pôde ser observado durante o período em que a pesquisadora esteve presente em sala de aula, confirmando o relato da educadora. E2 e E1 afirmam sempre adotar estratégias semelhantes entre si: chamam a atenção quando M. age de forma que consideram inadequada, mas se preocupam em explicar o motivo de estarem fazendo isso. Na percepção de ambas, a criança responde bem às orientações:

“Tudo que trabalhamos com ele diminui”, diz E3.

A necessidade de impor limites para os comportamentos da criança foi bastante enfatizada pelos educadores.

Pais

No contexto escolar, em relação a colocação de limites ao comportamento de M., os relatos revelam a percepção de que a criança vem aos poucos incorporando regras e normas. P1 afirma que a criança vem discriminando momentos adequados para emitir comportamentos:

“Sim, acho que ele sabe o que ele faz e a hora que ele tem que fazer.” (P1)

Os pais afirmam sempre conversar com a criança, dizendo como a mesma deve ou não agir:

“A gente conversa com ele, fala que não pode fazer isso com os amigos. Não pode xingar os outros, não pode bater nos amigos, que tem que conversar (...). Ele mudou

muito depois que a gente conversou bastante com ele”. (P2)

A literatura sugere predominância de estratégias de intervenção para ST sob enfoque comportamental e/ou cognitivo-comportamental. Shaw et al.¹⁴, desenvolveram algumas estratégias para facilitar a interação no ambiente escolar. Dentre elas, estão o treinamento de habilidades sociais e o trabalho em grupo para aconselhamento. Outras estratégias encontradas na literatura envolvem: oferecer maior tempo para a realização de atividades; permitir a realização de provas em outra sala para não atrapalhar o desempenho dos demais; permitir a saída da sala quando os tiques estão muito intensos; aceitar atividades com rasuras que possam ocorrer em função do aparecimento dos tiques; monitoração por parte dos professores das frequências dos tiques; utilização de reforços positivos; ignorar as condutas quando não atrapalharem o andamento da aula^{6,13}.

Os relatos e observações neste estudo permitem supor que as atitudes que os pais e educadores afirmam utilizar são permeadas, de alguma forma, por conceitos pertinentes à abordagem comportamental. É possível que os entrevistados tentem utilizar estratégias dessa natureza intuitivamente. Isso remete à importância de fornecer aos pais e educadores informações sobre a natureza da ST e as opções/estratégias para colocação de limites no comportamento da criança, entre outros aspectos.

Relacionamento entre pais e educadores

Educadores

Alguns relatos sugerem que, no início, houve algum conflito entre pais e educadores. Depoimentos revelam a percepção de certa ansiedade parental em relação ao processo de integração da criança à dinâmica escolar:

“Antigamente, quando ele foi meu aluno no primeiro ano, P1 vinha todos os dias perguntar como foi o comportamento, diariamente, na hora da saída.” (E2)

Contudo, o conjunto dos relatos sugere que os conflitos entre as partes diminuíram com o decorrer do tempo:

“Esse ano, já, não. Não entra, não pergunta. É até melhor, porque a criança fica ansiosa pra saber o que eu vou falar.” (E2)

Pais

Para os pais, a síndrome inicialmente resultou em rejeição a M., dificultando a interação entre os pais e a

comunidade escolar. Contudo, os depoimentos paternos também denotam que os conflitos diminuíram com o tempo.

“Quando ele apronta alguma coisa na classe, E3 chama ou eu ou P1 pra conversar. Daí vai a E3 e a E2 (...). Ela explica direitinho pra gente o que está acontecendo lá, né?! (P2)

As atividades de observação permitem supor que os conflitos iniciais na interação criança/pais/ escola realmente tenham sido minimizados com o tempo. Entretanto, tudo leva a crer que ainda não existe real articulação entre pais e educadores, no sentido de lidar com as dificuldades da criança e/ou promover melhorias em sua interação. Como sugerem especialistas, a adaptação da criança com ST terá maior probabilidade de sucesso quando o envolvimento da família na escola for o maior possível. A cooperação entre pais e educadores beneficiaria a comunidade escolar e social (Ramalho et al. 2008). A parceria entre a Terapia Ocupacional e a Educação pode ser decisiva, no sentido de acompanhar o atual modelo de inclusão escolar, envolvendo e valorizando a família da criança no processo¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso de criança com ST, destinou-se a prover uma exploração inicial sobre o assunto, apresentando relatos “à viva voz” de pais e educadores que atuam junto a um portador da ST na rotina escolar. Constatou-se que a falta de conhecimento prévio sobre a ST, por parte dos educadores, fez com que eles se questionassem a respeito de como agir com a criança. Foram observadas dúvidas no sentido de identificar em que medida M. apresentava determinados comportamentos involuntariamente ou de maneira proposital. Não foi observada articulação entre pais e educadores, no atendimento às necessidades da criança. São necessárias mais pesquisas, envolvendo um número maior de sujeitos para identificação de problemas pertinentes à dinâmica de interação escolar dessas crianças. Estudos dessa natureza podem embasar trabalhos em perspectiva multiprofissional, através dos quais pais e educadores recebam esclarecimentos e orientações sobre o assunto, facilitando, assim, ações articuladas entre as partes. Equipes compostas por docentes, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, poderiam ainda construir estratégias de natureza diversa, destinadas a adaptar o ambiente como um todo às necessidades da criança com ST.

REFERÊNCIAS

1. Loureiro NIV, Matheus-Guimarães C, Santos DO, Fabri RGF, Rodrigues CR, Castro HC. Tourette: por dentro da síndrome. Rev Psiquiatr. 2005;32(4):218-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000400004>.
2. Teixeira LLC, Pantoja Júnior JMS, Palheta Neto FX, Targino MN, Palheta ACP, Silva FA. Tourette syndrome: review of literature. Arq Int Otorrinolaringol. 2011;15(4):492-500. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000400014>.
3. APA. Manual diagnóstico e estatístico das doenças mentais - Texto revisado - DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed; 2002.
4. Hounie A, Petribú K. Síndrome de Tourette: revisão bibliográfica e relato de casos. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):50-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-4446199900100011>
5. Passos RBF, López JRR. A. Síndrome de Gilles de La Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: resposta clínica satisfatória ao inibidor seletivo de recaptura de serotonina e metilfenidato. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):160-2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200013>
6. Ramalho J, Mateus F, Souto M, Monteiro M. Intervenção educativa na perturbação Gilles De La Tourette. Rev Bras Educ Especial, Marília. 2008;14(3):337-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v14n3/v14n3a02.pdf>
7. Cavanna AE, Seri S. Tourette's syndrome. BMJ. 2013;347:f4964. doi: 10.1136/bmj.f4964.
8. Frank M, Cavanna AE. Behavioural treatments for Tourette syndrome: an evidence-based review. Behav Neurol. 2013;27(1):105-17. doi: 10.3233/BEN-120309.
9. Calil LC, Ramiceli D. Transtorno crônico de tique: síndrome Gilles de la Tourette: tratamento psicoterápico ou psicofarmacológico? J Bras Med. 2002;82(3):36-7.
10. Reis TL, Palhares MS. Estudo de caso: atendimento em terapia ocupacional de um paciente com síndrome de Tourette. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2007;18(2):78-85. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i2p78-85>.
11. Canonzieri AM. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.
13. Gomes MCO. Quando a gente não entende das coisas, a gente não sabe lidar com elas: estudo de caso de um aluno com Síndrome de Tourette cursando o ensino público regular [Dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2008.
14. Shaw SR, Woo AH, Valo S. Tourette's syndrome: a primer for school leaders. Principal Leadership. v.7, p.12-5 [cited 2011 June 9]. Disponível em <http://www.nasponline.org/resources/principals/tourettesprimer.pdf>.
15. Landskron LMF, Sperb TM. Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo. Rev Semestral Assoc Bras Psicol Escolar Educ (ABRAPEE). 2008;12(1):153-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11.pdf>.
16. Martins LAR. Formação de professores numa perspectiva inclusiva: algumas considerações. In: Imanzini EJ, organizador. Inclusão e acessibilidade. Marília: ABPEE; 2006. p.17-27.
17. Toyoda CY, Mendes EG, Lourenço FG, Akashi LT. O contexto multidisciplinar da prática da Terapia Ocupacional frente ao paradigma da inclusão escolar. Cad Ter Ocup, UFSCar. 2007;15(2):121-30. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/141>.
18. Trevisan JG, Barbo PSB. Reflexões acerca da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais. Cad Ter Ocup, UFSCar. 2012;20(1):89-94. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.010>
19. Marcelino JFQ. A diferença no cenário familiar, a inclusão escolar e a Terapia Ocupacional. Cad Ter Ocup, UFSCar. 2013;21(1):187-93. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.023>
20. Araújo APQC. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. J Pediatr, Rio de Janeiro. 2002;78(supl.1):104-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000700013>.
21. Santos MP. A inclusão e as relações entre a família e a escola. Informativo Técnico-Científico, INES. 1999;(11):40-3. Disponível em: <http://www.lapeade.com.br/publicacoes/artigos/A%20Inclusao%20nas%20Relacoes%20entre%20a%20Familia%20e%20a%20Escola.pdf>.

Recebido para publicação: 06/05/2013

Aceito para publicação: 12/06/2014