

A IMPORTÂNCIA DA PARCERIA ENTRE A ESCOLA E A FAMÍLIA NOS CASOS DE TOD - TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR

THE IMPORTANCE OF THE PARTNERSHIP BETWEEN THE SCHOOL AND THE FAMILY IN THE CASE OF TOD - DEFIANT OPPOSITIONAL DISORDER

Maria Carolina dos Santos Costa*
Carolina Fuzaro Bercho**

RESUMO

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre o Transtorno Opositor Desafiador, abordando seus sintomas e quais suas características que o diferenciam de outros transtornos ou comportamentos associados. Descreve-se nesta pesquisa, o indivíduo como ser social, considerando que é a partir da convivência que se observa alguns transtornos de conduta; dentre eles o TOD que está associado com a dificuldade de convivência social, seja na família ou na escola. Destaca-se ainda a colaboração entre pais, psicoterapeutas e pedagogos enquanto pilar fundamental para obter o diagnóstico, e por consequência, o tratamento decisivo. Escolhe-se um referencial teórico de abordagem qualitativa e observações de referenciais - destacando o Dr. Gustavo Teixeira, por ser psiquiatra especializado na infância e na adolescência. Desta forma, conclui-se com uma abordagem metodológica através da apresentação do estudo de caso e sugestões de análise para propostas de intervenções baseadas em comprovações científicas.

Palavras-chave: Indivíduo. Transtorno. Família. Escola. Psicoterapeutas.

ABSTRACT

This paper presents a reflection on Defiant Oppositional Disorder, addressing its symptoms and what are its characteristics that differentiate it from other disorders or associated behaviors. In this research, the individual is described as a social being, considering that it is from the coexistence that some conduct disorders are observed; among them the TOD that is associated with the difficulty of social coexistence, whether in the family or at school. The collaboration between parents, psychotherapists and educators also stands out as a fundamental pillar to obtain the diagnosis, and consequently, the decisive treatment. We choose a theoretical framework with a qualitative approach and observations of references - highlighting Dr. Gustavo Teixeira, for being a psychiatrist specialized in childhood and adolescence. Thus, it concludes with a methodological approach through the presentation of the case study and analysis suggestions for proposals for interventions based on scientific evidence.

Keywords: Individual. Disorder. Family. School. Psychotherapists.

* Graduada em Pedagogia pela Faculdade de Tecnologia, Ciências e Educação – FATECE. carollina.ed@outlook.com

** Docente do Curso de Graduação e Pedagogia na Faculdade de Tecnologia, Ciências e Educação – FATECE. carolinafuzaro@hotmail.com

Introdução

Nesta pesquisa iremos abordar um dos Transtornos mentais que acometem os alunos, presente no cotidiano de muitos profissionais da educação. O Objetivo deste artigo em estudar o Transtorno Opositor Desafiador, se dá em analisar a importância da parceria existente entre escola e a família para auxiliar no desenvolvimento do indivíduo; obtendo a colaboração de ambas as partes. Para tratar deste transtorno utilizaremos duas siglas; sendo elas TOD ou TDO.

Levando em consideração que o indivíduo é um ser social, sabemos que todo ser humano não vive sozinho, ele depende do outro para sobreviver desde que nasce. No desenvolvimento humano, o indivíduo apresenta determinados comportamentos, como chorar, sentar, engatinhar, andar, falar e outras diversas ações que já conhecemos. E uma das etapas presentes neste processo é a educação, onde a criança primeiramente obtém uma educação informal - em casa, através da imitação. Logo depois passa pelo processo de ensino aprendizagem, quando começa a frequentar a escola (tal processo onde a família e a escola estão presentes).

Porém, nem todo desenvolvimento acontece de forma saudável, onde a criança apresenta sinais de carinho, afeto, etc. Algumas vezes nos deparamos com comportamentos difíceis, de negatividade, rejeição, desafio, desobediência onde, estes, atrapalham o crescimento da criança. Neste caso o TOD, que de acordo com psiquiatras está relacionado com a disfunção, é um transtorno disruptivo, de má conduta, onde o indivíduo tem dificuldade de aceitação – como uma breve explanação, tudo deve acontecer como o portador deseja.

Neste contexto temos como objetivo geral deste trabalho aproximar ainda mais a família da escola, pois sabemos que a ausência de um tratamento eficiente por parte da família, afetará o processo de ensino aprendizagem da criança, dificultando o trabalho do professor na atenção dos demais alunos sendo dispersas por gritos, inquietações, e outras situações por parte do indivíduo com TDO.

O levantamento bibliográfico e a apresentação de caso foram utilizados como metodologia de estudo nesta pesquisa para apresentar comportamentos frequentes neste transtorno, além de artigos de autores que estudaram o TOD e a participação da família junto a escola.

A falta de informação relacionada ao transtorno, entre pais e profissionais, pode ocasionar um mal entendimento do assunto. Outrora, os pais que estão presentes no dia-

a-dia do filho, transmitem segurança ao educador, em que o mesmo está disposto a ajudar no que for necessário para colaborar com a aprendizagem do aluno - auxiliando em atividades, participando de projetos e reuniões que a unidade oferece. E um dos fatores extremamente importantes é reconhecer quando a criança adquire certo tipo de dificuldade de aprendizagem.

Assim como o dizer de Tom Jobim – “é impossível ser feliz sozinho”. Um pai presente transmite ao filho a importância da aprendizagem; da mesma forma que a ausência deles pode ocasionar o regresso da criança, onde o indivíduo não valoriza a educação, minando sua vontade de aprender e restringindo a sua interação com o outro. Assim, sem este elo entre família e escola torna difícil ao educador superar os desafios enfrentados na sala de aula.

No primeiro capítulo iremos transcrever o indivíduo como ser social, as características do transtorno, fatores, causas, e a maneira como o TOD é abordado na infância e na adolescência, analisando o transtorno mental de maneira geral e as fases do desenvolvimento humano onde ele está presente.

No próximo capítulo, investigaremos a importância da família e da escola e os cuidados especiais – o conhecimento entre ambas as partes para benefício do indivíduo com o transtorno.

Complementaremos com o terceiro capítulo uma alternativa para estimular a criança no tratamento do Transtorno Opositor Desafiador para que ela não se sinta oprimida na realização da terapia.

1 Analisando o indivíduo e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD)

A existência humana é comprovada através de alguns elementos como a filosofia, cultura, ciência e o trabalho; sendo interligados pelo meio de produção.

O indivíduo é o ser social. Sua manifestação de vida – mesmo que ela não apareça na forma imediata de uma manifestação comunitária de vida, realizada simultaneamente com outros – é por isso, uma extenuação e confirmação da vida social. A vida individual e a vida genérica do homem não são diversas, por mais que também – e isso necessariamente o modo de existência da vida individual seja um modo mais particular ou mais universal da vida genérica, ou quanto mais a vida genérica seja uma vida individual mais particular ou universal (MARX, 2010, p. 108).

De acordo com Marx o indivíduo de forma geral é representado por um ser social apto de relações com o outro; necessita de afeto, cuidados, participar de interações, pois mesmo que esteja representado individualmente, o ser humano está inserido em um contexto social.

Segundo Savoia (1989, p. 54) a formação da personalidade do homem é concedida a partir “de um processo de socialização, no qual intervêm fatores inatos e adquiridos”. Logo, a criança já nasce com uma certa definição de si mesma, ao ter um sexo específico, uma cor, etc. E a partir do seu desenvolvimento passa a frequentar a escola, a igreja, a brincar com vizinhos e além de outros diversos contatos que irão decorrer durante a construção de suas relações sociais.

Durkheim (1978, p. 41) afirma que no desenvolvimento humano o indivíduo adquire uma educação com apoio de um adulto onde ocorre a preparação de um ser que desconhece a vida social. Assim cada um obtém suas características próprias, genótipos e fenótipos que os distinguem dos demais.

A educação é a ação exercida, pelas gerações adultas, sobre as gerações que não se encontram ainda preparadas para a vida social; tem por objeto suscitar e desenvolver, na criança, certo número de estados físicos, intelectuais e morais, reclamados pela sociedade política, no seu conjunto, e pelo meio especial a que a criança, particularmente, se destina (DURKHEIN, 1978, p. 41).

Neste contexto podemos considerar que um ser humano é totalmente dependente de outro para sua formação. A interação com o outro está presente no cotidiano de todos e é a partir dela que o indivíduo pode socializar-se.

O processo de socialização consiste em uma aprendizagem social, através da qual aprendemos comportamentos sociais considerados adequados ou não e que motivam os membros da própria sociedade a nos elogiar ou a nos punir (SAVOIA, 1989, p. 55).

Savoia confirma em uma de suas obras a importância deste tal processo de socialização; onde é descrito como comportamentos sociais convenientes ou não para atuar em sociedade.

No decorrer de seu crescimento o indivíduo participará do processo de alfabetização ao começar frequentar a escola. Estará presente nesta etapa profissionais de educação para assim contribuir com seu desenvolvimento. É a partir deste momento que o ser humano construirá suas primeiras relações sociais, sairá da concepção individualista que estava vivendo, onde seu maior contato é apenas com familiares, e passa a construir

suas primeiras relações sociais, onde de fato, se engloba religiões, opiniões, práticas morais, tradições e outros diversos fatores.

É através da convivência que se faz “o saber” na educação, onde as crianças menores são educadas pelos mais velhos. Assim o indivíduo passa adquirir algumas aprendizagens como costumes, cultura, etc. Neste desenvolvimento pode ocorrer o aparecimento de alguns distúrbios de conduta, no caso desta pesquisa costuma afetar entre crianças e adolescentes com comportamentos violentos, antissociais, desafiadores sendo repetitivos capazes de infringir regras.

Transtorno de conduta, manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p. 372).

Tais transtornos estão associados a disfunções pessoais, familiares, sociais, etc., especificadamente o Transtorno Opositor Desafiador (TOD ou TDO) está caracterizado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por padrões constantes de conduta agressiva, dissocial e desafiante. Deste modo o indivíduo com TOD está cercado de conflitos por não aceitar respostas contrárias as que desejam, não conseguem entender que no decorrer na vida o ser humano está sujeito a falhas.

É comum a desobediência e o “querer ultrapassar limites” de crianças e adolescentes em alguns momentos; são reações diversificadas para enfrentar certas dificuldades. Todavia uma grande frequência de alguns comportamentos pode ocasionar em determinada dificuldade para o relacionamento com o outro (família, colegas ou qualquer outro contato social). Nestes casos exige-se uma preocupação maior por parte da família e da escola.

De acordo com Teixeira (2014, p. 18-19), o TOD é “um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis, desafiadores e desobedientes, observados nas interações sociais da criança com adultos e figuras de autoridade”.

Comportamentos disruptivos são características de portadores do TOD, sendo estas atitudes inconvenientes às pessoas com quem convive, criando dificuldades em lidar com regras, autoridade, etc., pois estas são maneiras de dar acesso a impulsos agressivos, e, no entanto, acaba gerando rejeição por todos que o cercam.

Com esses comportamentos educadores e a própria família pode confundir com falta de educação, indisciplina e hiperatividade.

Os comportamentos costumam aparecer conforme a evolução da criança, em situações de discussão com pais e educadores quando é necessário o portador obedecer, mas chega ao extremo de xingar, ficar irritado e podemos dizer que é um momento onde “sai do controle”.

Quando o transtorno de oposição desafiante é persistente ao longo do desenvolvimento, os indivíduos com o transtorno vivenciam conflitos frequentes com pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos. Com frequência, tais problemas resultam em prejuízos significativos no ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional do indivíduo (APA, 2014, p. 465).

A APA (2014) vem complementar que a partir do momento que o indivíduo adquire tais comportamentos, passa-se agravar sua vida social, além de começar surgir os problemas.

Neste contexto quando a criança vir a atingir os limites ditos normais em dificuldade de relacionar-se com todos ao seu redor, como indisciplina, falta de respeito, apatia exagerada, confrontação ao encarar regras, é momento para buscar ajuda; levando em consideração que o TDO é confundido com TDAH.

Essa associação é muito comum, estando presente em até 14% dos casos. Essas crianças apresentam maior agressividade, maior impulsividade, mais conflitos com os outros estudantes, maior dificuldade nos relacionamentos sociais e pior desempenho acadêmico (TEIXEIRA, 2014, p. 35).

Com base nestes conceitos nota-se que é necessário um diagnóstico completo, devido ao fato que a criança muitas vezes possui dificuldade para se acalmar, e também, possui reações repulsivas além dos limites.

Foi confirmada através de alguns estudos a existência de oito características que podem diagnosticar o indivíduo como portador do transtorno.

A DSM – IVTR (2000) cita cada um deles:

Perder a calma; discutir com adultos; negar-se a obedecer aos pedidos ou regras dos adultos; fazer coisas que incomodem, gratuitamente os outros; culpar os outros por seus erros ou comportamentos inadequados; ser suscetível à irritação; ficar enraivecido e ressentido; ser rancoroso e vingativo.

Vale lembrar que para diagnosticar o indivíduo com transtorno, o mesmo precisa conter um agrupamento de característica por um longo período. Como explica Teixeira (2014, p. 29):

As causas do transtorno desafiador opositivo são complexas e multifatoriais. Os estudos científicos evidenciam que múltiplos fatores de risco estão relacionados ao surgimento do transtorno. Esses fatores

são eventos, características ou processos que aumentam as chances do desencadeamento do problema comportamental, e seu desenvolvimento está provavelmente relacionado com uma quantidade de fatores de risco presentes na criança. Todos esses possíveis fatores estão relacionados com questões sociais, psicológicas e biológicas, sendo suas interações responsáveis pelo surgimento, desenvolvimento e curso clínico da condição.

Não é qualquer fator que irá identificar um portador de TOD, pois esses fatores devem estar associados a seu status neurológico e seu histórico comportamental.

Complementando estes conceitos, não existem pesquisas que possam comprovar as causas do transtorno, considerando que outros distúrbios de conduta estão associados ao TOD. Podendo surgir entre a infância e à adolescência, na maioria dos casos em idades entre 6 e 12 anos, devendo ser analisado para primeiramente entendê-lo e buscar soluções para dificuldades encontradas no processo de ensino aprendizagem.

As características do TOD na infância e na adolescência, podem ser variadas de acordo com o ambiente que o cidadão está inserido. Pois Camargo vem nos relatar, que o portador do transtorno possui dificuldade de assumir o que faz.

Em indivíduos com TDO, a percepção de seu próprio comportamento em geral é contraditória com a realidade, e normalmente afirmam que os comportamentos desafiadores opositores são resultado de exigências e eventos absurdos colocados para ele (CAMARGO *et al*, 2008, p. 34).

Sempre haverá agressões se no ambiente houver uma outra pessoa que pode ser agredida, no ambiente escolar por exemplo onde pode ocorrer muitas vezes esses comportamentos por ter várias crianças em um mesmo ambiente.

O TDO não possui gênero específico, porém nos meninos por serem mais agitados e ativos, geralmente aparece um número maior de casos.

No sexo masculino, o transtorno é mais prevalente entre aqueles indivíduos que, nos anos pré-escolares, têm temperamento problemático (por ex., alta reatividade, dificuldade em serem acalmados) ou alta atividade motora. Durante os anos escolares, pode haver baixa autoestima, instabilidade do humor, baixa tolerância à frustração, blasfêmias e uso precoce de álcool, tabaco ou drogas ilícitas. Existem, frequentemente, conflitos com os pais, professores e companheiros. Pode haver um círculo vicioso, no qual os pais e a criança trazem à tona o que há de pior um do outro. O Transtorno Desafiador Opositivo é mais prevalente em famílias nas quais os cuidados da criança são perturbados por uma sucessão de diferentes responsáveis ou em famílias nas quais práticas rígidas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos são comuns. Uma vez que o comportamento oposicional temporário é muito comum em crianças pré-escolares e adolescentes, deve-se ter cuidado ao fazer o diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositivo, especialmente durante esses períodos do desenvolvimento. O número de sintomas de oposição tende a aumentar com a idade. O transtorno é mais prevalente em homens do

que em mulheres antes da puberdade, mas as taxas são provavelmente iguais após a puberdade. Os sintomas em geral são similares em ambos os gêneros, à exceção do fato de que os homens podem apresentar mais comportamentos de confronto e sintomas mais persistentes (DSM- IV-TR, 2000).

É importante lembrar, que as crianças devem ser educadas com rigor, porém que não falte o carinho necessário tanto dos educadores como das famílias, de certo modo que transmita segurança aos pequenos, para sentirem que não estão sozinhos.

Para uma criança com TOD exige-se um tratamento, e só ocorrerá a partir de uma equipe eficaz para proporcionar total atendimento ao indivíduo, contribuindo em diversos aspectos do desenvolvimento da criança.

Tratamento medicamentoso. – Antipsicóticos ou Neurolépticos. – Estabilizadores do humor. – Psicoestimulantes. – Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina. – Tratamento Psicossocial. – Psicoterapia cognitivo comportamental. – Terapia Familiar. – Psicoeducação Familiar. – Treinamento dos pais. – Psicoeducação Escolar. – Intervenções Escolares (TEIXEIRA, 2014, p. 44-50).

No entanto não basta somente profissionais da saúde para tratar do paciente, mas também uma parceria entre educadores junto à família para contribuir no desenvolvimento da criança além de evitar o sofrimento de todos que a cercam.

2 A importância da família e da escola ao enfrentar o Transtorno Opositor Desafiador

São muitos os desafios a serem enfrentados por educadores e até mesmo os pais de uma criança com o transtorno; pois sabemos que o TOD no início pode ser confundido com indisciplina e rebeldia além de outros distúrbios; tendo em vista que uma criança com TOD pode ser agressiva, insistente em desafiar, discutir com adultos e até mesmo com seus familiares; assim, pessoas que a cercam ficam entristecidas por ela nunca assumir seus erros e sempre colocar a culpa nos outros.

Camargo (2008, p. 34) vem nos confirmar essa tal dificuldade que o indivíduo possui em aceitar que errou:

Em indivíduos com TDO, a percepção de seu próprio comportamento em geral é contraditória com a realidade, e normalmente afirmam que os comportamentos desafiadores opositores são resultado de exigências e eventos absurdos colocados para ele.

Segundo estudos feitos pela DSM-V (2000), o TOD pode ser ocasionado por fatores genéticos e fisiológicos (associados a marcadores neurobiológicos), ambientais

(relacionados a algumas práticas na criação dos filhos como agressivas, inconsistentes ou negligentes), e temperamentais (relacionados à problemas de regulação emocional).

O esclarecimento de tais fatores genéticos se dá a partir de estudos de Barlow e Durand (2015, p. 69):

A influência genética sobre muito do nosso desenvolvimento, comportamento, nossa personalidade e até mesmo sobre o nível de QI é poligênica, ou seja, influenciada por muitos genes. Esse parece ser também o caso do comportamento anormal, embora pesquisas tenham identificado pequenos grupos de genes específicos relacionados a alguns transtornos psicológicos principais.

Nesta mesma linha de raciocínio, Teixeira (2014, p. 30-31) conota que o uso de fumo e álcool excessivo durante o processo de gravidez pode aumentar a probabilidade de o indivíduo nascer com diagnóstico de TOD:

Alguns fatores biológicos relacionados com características da própria criança, como temperamento, negativismo, baixa capacidade de adaptação a mudanças, déficits neuropsicológicos, dificuldades de linguagem, memória, planejamento, organização, disciplina, atenção e julgamento, também influenciaram no desenvolvimento do transtorno. Outros estudos descrevem alterações estruturais no córtex pré-frontal, região cerebral responsável pelo controle das emoções e da impulsividade, alterações no funcionamento de substâncias neurotransmissoras dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos, baixa de cortisol e níveis elevados de testosterona. Entretanto, esses dados também não são conclusivos.

O surgimento do transtorno está também associado com o “apego” e o relacionamento social da criança; já que quem apresenta o transtorno, possui certa dificuldade de aderir informações baseadas a vivências sociais presentes, como encarar frustrações diárias. Assim, situações de violência e hostilidade no cotidiano da criança favorecem o desenvolvimento do TOD, considerando a ideia de que o filho tem de repetir comportamentos dos pais (TEIXEIRA, 2014).

No desdobramento do transtorno diversos fatores podem estar presentes como, por exemplo, a interação entre pais e filhos em assimilar suas características em comum, a falta de experiência e imaturidade, hostilidade e até mesmo problemas conjugais de ordem psicopatológicas como a depressão pós parto.

O lugar da família no contexto social é relevante, posto que é nela o primeiro contato social que a criança está inserida. Neste sentido, a família é vista como um sistema socioafetivo, básico e vital, exercendo um grande impacto no desenvolvimento do indivíduo (GAUER; VASCONCELLOS; DAVOGLIO, 2012).

É considerável destacar também, que a família é o padrão básico de interação para a construção de outros vínculos na vida do indivíduo, são os comportamentos adquiridos na infância que irão se relacionar com interações afetivas e sociais baseadas no contexto familiar (GAUER; VASCONCELLOS; DAVOGLIO, 2012).

Alguns comportamentos diferenciados dos “ditos normais”, devem ser identificados pela família, a partir do momento que passam ser agressivos, ocasionando situações conflitantes entre pais e filhos. Existem alguns cuidados que sendo levados em consideração podem colaborar para que o TOD não alcance uma maior intensidade, como diz Teixeira (2014, p. 85-93):

- 1) Tenha um ambiente saudável;
- 2) Estabeleça regras e limites;
- 3) Faça pedidos claros e objetivos;
- 4) Pai e mãe devem falar a mesma língua;
- 5) Seja um exemplo positivo e pacífico para o seu filho;
- 6) Seja amigo de seu filho;
- 7) Fortaleça a autoestima de seu filho;
- 8) Esteja atento às mudanças da adolescência;
- 9) Esteja atento à saúde mental de seu filho;
- 10) Ensine sobre as pressões da juventude;
- 11) Estimule as práticas de esporte;
- 12) Comunica-se com a escola.

Não é exatamente de modo profissional, mas os pais podem contribuir para que seus filhos adquiram uma melhor convivência com os outros, os privando de vivenciar situações de confrontos e melhorando a forma de enxergar a vida.

Infelizmente não é sempre que a família aceita o transtorno, não tem acesso a profissionais e acabam esperando que o problema se resolva sozinho – o que pode agravar a situação.

Facion (2013, p. 123-124) nos afirma que existem alternativas para conviver com crianças com transtorno:

As alternativas pedagógico-terapêuticas para a convivência diária com essas crianças há bastante semelhança com as apresentadas para os outros transtornos de comportamento disruptivo. Os terapeutas comportamentais indicam que os melhores resultados podem ser obtidos quando é realizada uma orientação familiar, com o objetivo de modificar sua postura com os filhos, principalmente para ficarem mais atentos aos comportamentos adequados e reforçá-los, tentando desencorajar os comportamentos desafiadores. Ou seja, é mais indicado reforçar seletivamente os comportamentos adequados e, na medida do possível, ignorar, ou não reforçar, os comportamentos inadequados.

É um momento em que pais e professores devem trabalhar juntos para observar comportamentos difíceis e persistentes de filhos e alunos e assim poder proporcionar

ajuda, porém a partir do momento que a conduta é demais individualizada, deve ser buscada uma ajuda profissional competente.

Alguns fatores inseridos na escola também contribuem com o surgimento do transtorno, destacando que em muitos casos as instituições não estão estruturadas para lidar com alunos com problemas comportamentais (TEIXEIRA, 2014).

Os alunos com transtornos muitas vezes são vistos como os “alunos problemas” da sala, por apresentar comportamentos agressivos, serem inquietos, parecendo não ter nenhuma educação, acabam sendo deixados de lado, sendo, muitas vezes expulsos da sala e castigados. Esses alunos passam despercebidos pois nem sempre a escola possui um grupo de apoio com psicopedagogos que possam identificar distúrbios de conduta.

Como se sabe, a escola é um universo de circunstâncias pessoais e existenciais que requerem do educador (professor, dirigente ou staff escolar), ao menos uma boa dose de bom senso, quando não, uma abordagem direta com alunos que acabam demandando uma atuação muito além do posicionamento pedagógico e metodológico da prática escolar. O tão mal afamado "aluno-problema", pode ser reflexo de algum transtorno emocional, muitas vezes advindo de relações familiares conturbadas, de situações trágicas ou transtornos do desenvolvimento, e esse tipo de estigmatização docente passa a ser um fardo a mais, mais um dilema e aflição emocional agravante (BALLONE, 2008, p. 4).

Quando esses comportamentos passam dos limites os pais são comunicados, para buscar um diagnóstico completo para tamanha rebeldia e indisciplina da criança.

Na escola, para conviver com essas crianças portadoras do transtorno, educadores devem ser resistentes, entendendo que é necessária uma mudança multidisciplinar para abordar os conteúdos a serem trabalhados; pois nos três eixos existentes para tratamento englobam a mediação, a psicoterapia comportamental e o suporte escolar.

Na instituição educacional, ou melhor dizendo em sala de aula, os alunos desse grupo possuem um comportamento diferenciado dos demais com problemas afetivos, emocionais e sociais; os mesmos não deixam de ser observados por professores por suas ações e vão além de travessuras normais da idade da criança. Geralmente é na idade escolar que esses alunos passam ser mais percebidos por apresentar, em muitos casos, problemas de aprendizagem.

Segundo Hübner e Marinotti (2004, p. 97), cabe ao docente:

[...] No entanto os educadores terão de desenvolver alguns conhecimentos, competências e habilidades básicos [...] Necessitam ainda adquirir competências e habilidades para identificar rapidamente dificuldades e entraves no processo de ensino de cada aluno. Isto requer

competências e habilidades para observar o comportamento humano e para lidar com registros de desempenhos (automatizados ou não).

Para o educador é necessário que ele tenha conhecimento sobre o TOD, para buscar ajudar à criança quando apresentar dificuldade de concentração, baixo índice escolar, relação conflituosas com colegas e professores; entre outros diversos sintomas que podem variar conforme a idade e maturidade do aluno.

Mas se temos um aluno com dificuldades, seja elas de adaptação, aprendizagem ou comportamento, é prioritariamente dele que devemos investir nosso tempo, nosso saber e nossa disposição como educadores. Dentro da sala de aula há situações psíquicas significativas, nas quais os professores podem atuar tanto beneficentemente quanto, consciente ou inconscientemente, agravando condições emocionais problemáticas dos alunos. Os alunos podem trazer consigo um conjunto de situações emocionais intrínsecas ou extrínsecas, ou seja, podem trazer para escola alguns problemas de sua própria constituição emocional (ou personalidade) e, extrinsecamente, podem apresentar as consequências emocionais de suas vivências sociais e familiares (BALLONE, 2008, p. 3).

Ao professor, lidar com quem apresenta o transtorno, não é fácil, pois em muitas vezes a criança gera situações de desconforto em sala de aula, acabam atrapalhando o desempenho da turma. É válido recapitular que na maioria dos casos, quem possui TOD não busca ajuda, e a opinião dos pais não é a mesma que a do educador; assim gerando uma discordância que dificulta o desenvolvimento do indivíduo, além de não frequentar um tratamento adequado para o problema.

Nesses casos o papel é do docente em buscar uma relação positiva com a família e o aluno, com a ajuda de um profissional abrangendo o corpo docente para acompanhar o progresso da criança.

O apoio positivo pode ser complicado com alunos com TDO, pois eles procuram críticas para que possam responder desfazendo qualquer coisa boa que tenham feito antes. Os professores podem contornar essa situação fazendo elogios ao trabalho, em vez de ao aluno, como "esse trabalho está excelente" em vez de "você está indo bem" ou fazendo elogios por escrito em vez de dizê-los pessoalmente. Os professores também podem premiar bons comportamentos com privilégios ou oportunidades especiais, como ajudando a preparar os materiais para uma experiência de ciências. Alunos com TDO têm pouca tolerância ao tédio ou estresse, então, eles funcionam melhor quando a carga acadêmica está no ritmo e nível certo para eles. Os professores podem incentivar esses alunos a concluir os trabalhos dos quais eles não gostam "subornando-os" com tarefas divertidas; por exemplo, quando eles terminarem um certo número de exercícios de matemática, poderão deixar os estudos um pouco de lado e ler um livro por um certo tempo antes de retomar os exercícios. Os professores também devem dar

segundas chances a esses alunos quando eles não forem bem nas tarefas (MITCHELL, 2013, p. 3).

O profissional de educação é um membro muito importante na vida da criança, por ser a pessoa que o indivíduo tem maior contato, ele tendo um conhecimento maior na área pode identificar problemas e transtornos, podendo assim posicionar-se em relação ao contexto familiar - a criança pode apresentar situações vivenciadas em casa que possam evidenciar possíveis causas do transtorno. Podendo, o educador, atuar beneficentemente para melhorar o convívio com a criança.

É difícil acreditar, mas existem muitos educadores, e pais, que rotulam as crianças com TOD, acreditando que a criança está com mal criação ou problemas disciplinares, não entendendo que uma criança com transtorno, ao sofrer mudanças na vida particular, social, ou até mesmo a troca de escola, enfrenta uma tarefa difícil, e de alguma forma vai procurar chamar atenção.

Aquino (1996, p. 22) dá uma breve visão dos tais problemas disciplinares que educadores confundem com o transtorno:

A indisciplina em sala de aula não se deve essencialmente a ‘falhas’ psicopedagógicas, pois está em jogo o lugar que a escola ocupa hoje na sociedade, o lugar que a criança e o jovem ocupam, o lugar que a moral ocupa.

Uma tarefa importante para o educador é conhecer seus alunos e sua família, para saber se a mesma tem estrutura em termos de afeto, apego e o apoio da família para essa criança. E, por sua vez, o professor deve estar atento a essas informações.

Como diz Tiba (2006, p. 145) em uma de suas obras sobre a grande importância da presença da família e da escola na vida da criança: “se os professores e pais tivessem conhecimento do que se passa com seus alunos e filhos, provavelmente muitos conflitos deixariam de existir”.

Com essa ideia podemos identificar que o trabalho feito em meio a conflitos torna-se difícil para ambas partes – pais e educadores. O apoio a essas crianças seria muito importante para prevenir que a indisciplina aconteça.

É correto afirmar que muitas escolas ao apresentar casos de transtornos, partem logo para o método de expulsar a criança, gerando assim o fracasso escolar, além de acarretar a não aceitação dos pais. Não é fácil conviver com alguns problemas no processo de aprendizagem, mas são nessas horas que a inclusão deve estar presente.

Na maioria das vezes, ao se depararem com alunos com transtorno de conduta, as escolas tendem logo a tentar se livrar do “problema”, ocasionando a expulsão desses alunos por não

obedecerem às regras da escola. Dessa forma, com o fracasso escolar, e, em muitos casos, a rejeição dos pais, a baixa auto-estima acaba ficando ainda pior (SILVA *et al.*, 2012, p. 4).

A Unesco (1994, p. 8-9) diz sobre a inclusão, onde toda criança com necessidades educacionais especiais deve estar inserida na rede regular de ensino:

As crianças e jovens com necessidades educacionais especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas devem se adequar, já que tais escolas constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias [...], construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a Educação para todos.

Para o desenvolvimento da aprendizagem é necessária atuação pedagógica especializada, onde estará apta para mudar as situações de exclusão, segundo Brasil (2010, p. 21):

Os estudos mais recentes no campo da educação especial enfatizam que as definições e o uso de classificações devem ser contextualizado, não se esgotando na mera especificação ou categorização atribuída a um quadro de deficiência, transtorno, distúrbio, síndrome ou aptidão. Considera-se que as pessoas se modificam continuamente, transformando o contexto no qual se inserem. Esse dinamismo exige uma atuação pedagógica voltada para alterar a situação de exclusão, reforçando a importância dos ambientes heterogêneos para a promoção da aprendizagem de todos os alunos.

Com base nestes conceitos ao lidar com alunos com TOD é importante que o educador proponha conteúdos que cause interesse nos educandos, também é necessário expor os benefícios alcançados ao se comportar, da mesma forma, os prejuízos por obter o mal comportamento. O professor expressar o tipo de comportamento que espera da turma ocasionará a uma posição adequada tomada por ele, ademais proporcionará um melhor entendimento de tais comportamentos.

Barbosa (2017, p. 167) expõe a excelência da equipe pedagógica nestes casos:

Cumpram ressaltar a importância de a equipe pedagógica pensar em estratégias que dinamizam essa fragilidade na escola, pois é essencial que a formação que a escola possibilita aos indivíduos e, se esse aluno permanecer com esse comportamento, irá afetar sua formação. Por isso, a escola e os professores devem se empenhar em proporcionar práticas que contribuirão para o aluno incluindo-o, pois muitas vezes ele pode se sentir excluído.

Vale ressaltar que a unidade escolar é um dos únicos lugares onde a criança com TOD procura acolhimento e ajuda, assim se a mesma não estiver preparada para receber este aluno, será impossível o indivíduo assistir aula na sala com o restante da turma.

No processo neuropsicológico do ato de aprender, assumem papel de mais alta importância a atenção, a memória e as funções executivas, bem como os distúrbios atencionais e das funções corticais de percepção, planejamento, organização e inibição comportamental. Por outro lado, a memória é essencial em todos os processos de aprendizagem e seus distúrbios não permitem reter as informações (RELVAS, 2010, p. 55-56).

Se para uma criança, dito normal o processo de aprendizagem, já é bem complexo, para quem possui o transtorno é bem mais complicado – ficar sentado, prestar atenção, ficar quieto, não são características do TOD, o que pode dificultar a sua absorção. O rendimento dessa criança provavelmente vai cair e ela reprovará, por não conseguir trabalhar em grupo e aceitar ajuda dos demais da sala.

Na escola o desempenho está comprometido na maioria das vezes, pois ele não participa das aulas, não realiza trabalhos ou deveres escolares. Entre esses alunos são grandes as incidências de abandono e reprovação (TEIXEIRA, 2014, p. 56).

Confirma Teixeira, que muitos pais acreditam que a criança irá melhorar ao chegar na escola, mas pelo contrário elas acabam piorando, por estar em um novo ambiente, com diferentes pessoas; e ao se depararem com professores e parte do grupo docente, não se submetem a cumprimento de regras, o que os levam culpar os outros pelos seus atos.

É importante ressaltar ainda, que o educador não conseguirá chegar no conteúdo que foi planejado, ficando transtornado e obtendo o insucesso, pois a criança com TOD presente na sala levará a um mal desempenho de toda a classe.

Teixeira (2014, p. 50) relata que:

As intervenções escolares são muito importantes no tratamento. Na escola, professor e funcionários podem encontrar mecanismos mais adequados para reintegrar o aluno em sala de aula e no recreio. Técnicas comportamentais podem ser aprendidas para que a promoção e o estímulo de comportamentos aceitáveis do aluno sejam introduzidos e atitudes de desrespeito e agressão sejam desencorajadas. [...] O trabalho de informação e orientação aos professores, diretores, orientadores pedagógicos e funcionários da escola será essencial no manejo dos sintomas no ambiente escolar, objetivando o sucesso do tratamento. Esse trabalho pode ser feito através de programas pedagógicos direcionados aos profissionais da educação e a todos os funcionários da instituição de ensino que tenham contato com a criança.

É por meio da escola que pode ser encontrado novos métodos para o desenvolvimento do aluno, além de proporcionar estímulos para o aluno aprender aceitar algumas atitudes melhorando seu desenvolvimento interpessoal e social.

Algo muito importante é a compreensão dos pais, em entender que ambas as partes necessitam de tratamento (pais e filhos). A aceitação dos familiares pode propiciar o desfecho positivo de seus filhos, transcreve Teixeira (2014, p. 93):

A comunicação entre pais e professores é muito importante para a identificação e o monitoramento do comportamento do estudante. Portanto, comunique-se com professores e coordenadores pedagógicos sempre que necessário. A experiência diária de professores com aluno poderá ser de grande valia para discussões e a busca conjunta por estratégias e soluções de problemas de indisciplina do estudante presentes tanto na escola quanto em casa.

Todavia, existindo uma parceria entre educadores e pais, acarreta em um acompanhamento através de observação, para compreender melhor a criança ou adolescente.

3 Diagnóstico e Tratamento para o TOD

Compreendendo a grande variabilidade sintomatológica apresentada pelo TOD, conseguir um diagnóstico não é uma tarefa fácil. Considerando o fato que há uma grande dificuldade em encontrar informações significativas relacionadas ao TOD (CABALLO; SIMÓN, 2015).

Complementando a ideia anterior, existem certos comportamentos desafiadores presentes no desenvolvimento de crianças e adolescentes ditos normais, delimitando uma grande dificuldade na realização do diagnóstico de transtornos disruptivos. Neste sentido, é indispensável uma avaliação criteriosa por um terapeuta (BARLETTA, 2011).

É importante ressaltar que não existem exames laboratoriais ou de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, capazes de realizar o diagnóstico, sendo este efetuado através de uma avaliação clínica criteriosa envolvendo a criança, a família e a escola (TEIXEIRA, 2014).

Para realização desta avaliação, observar alguns comportamentos é importante, como a mentira em diversos aspectos; de um lado pode ser um comportamento da idade, já por outro pode ser sinal do transtorno. Deste modo, saber diferenciar comportamentos psicopatológicos de condutas ditas normais é fundamental, observando o modo em que essas ações acontecem (isoladas ou constituindo quadros de síndromes), o que por sua vez ocasionam a um desvio comportamental, considerando a idade, o contexto cultural e o gênero que indivíduo está inserido (ALMEIDA *et al.*, 2014).

É de grande importância que ocorra a avaliação familiar, pois é neste momento que serão investigadas características, sintomas, etc., que determinará a ajuda médica necessária. Assim será estudado os comportamentos dos pais, tais como criação, a interação familiar, como também a descendência de transtornos comportamentais que envolvem alcoolismo, violência, agressividade e drogas (TEIXEIRA, 2014).

Esta avaliação também deve acontecer no ambiente escolar, de forma dissertativa, no qual deve ser observado o desenvolvimento acadêmico da criança ou adolescente em sala de aula e na interação social com educadores e colegas de classe (TEIXEIRA, 2014).

Neste contexto a DSM-V (2014, p. 462), estabelece que existam critérios gerais para o Diagnóstico do TOD, acentuando que o Critério A está pertencente a outros oito critérios, dentre eles:

A. Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, como evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

Humor Raivoso/Irritável

1. Com frequência perde a calma.
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento Questionador/Desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.

Índole Vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses [...]

B. A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar. Além disso, os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor não são preenchidos.

Baseando-se nesses critérios a DSM-V especifica que a gravidade do transtorno está situada a categoria leve quando os sintomas estão inseridos em apenas um ambiente como: em casa, na escola, no trabalho, com os colegas. A gravidade moderada quando os sintomas estão em dois ambientes e a grave quando os sintomas ultrapassam três ambientes (DSM-V, 2014, p. 463).

Avaliar comportamento da criança em mais de um ambiente é de extrema importância, levando em consideração que a gravidade do transtorno está associada aos sintomas apresentados por ela.

A Organização Mundial de Saúde (2012, p. 372) para complementar o raciocínio relacionado ao diagnóstico do TOD afirma que:

Para que um diagnóstico positivo possa ser feito, o transtorno deve responder aos critérios gerais citados em F91. -; mesmo a ocorrência de travessuras ou de desobediências não justifica, por si só, este diagnóstico. Esta categoria deve ser utilizada com prudência, em particular nas crianças com mais idade, dado que os transtornos de conduta que apresentam uma significação clínica se acompanham habitualmente de comportamentos dissociais ou agressivos que ultrapassam o quadro de um comportamento provocador, desobediente ou perturbador.

Neste segmento pode-se observar que desenvolvimento da criança é significativo, refletindo que o TOD vai mais além que birras e ações desafiadoras; ponderando que tais comportamentos temporários fazem parte da evolução do indivíduo. Assim sendo, é importante os pais, responsáveis e educadores diferenciar comportamentos opostos vivenciados pela criança em seu desenvolvimento (TEIXEIRA, 2014).

Existem meios preventivos para evitar manifestações do transtorno, como:

As intervenções preventivas para crianças em idade escolar se baseiam em programas psicoeducacionais para pais com estratégias de controle comportamental, treinamento em habilidades sociais, resoluções de conflitos e técnicas de controle da raiva. Para prevenção em adolescentes, os programas psicoeducacionais devem se basear em intervenções cognitivas, treinamento em habilidades sociais, orientação vocacional e reforço escolar para aqueles que estiverem apresentando dificuldades acadêmicas (TEIXEIRA, 2014, p. 58).

Vale relatar que existe a possibilidade de o TOD evoluir para o transtorno de conduta devido à falta de tratamento, afirma Teixeira (2014, p. 33):

Desta forma, cerca de 30% das crianças com diagnóstico inicial de transtorno desafiador opositivo irão evoluir para o transtorno de conduta na adolescência, e naquelas em que o início dos sintomas opositivos e desafiadores foi precoce, antes dos 8 anos de idade, o risco de evolução para o transtorno de conduta será muito maior. Quando o transtorno desafiador opositivo não é tratado, a evolução para o transtorno de conduta pode ocorrer em até 75% dos casos. Diante desse fato, diversos autores consideram o transtorno desafiador opositivo um antecedente evolutivo do transtorno de conduta. Logo, o diagnóstico e o tratamento precoce podem exercer um importante papel preventivo com o manejo desses sintomas.

Considerando que o transtorno de conduta, de acordo com a DSM-V (2014, p. 470) é definido como:

A. Um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade, tal como manifestado pela presença de ao menos três dos 15 critérios seguintes, nos últimos 12 meses, de qualquer uma das categorias adiante, com ao menos um critério presente nos últimos seis meses:

Agressão a Pessoas e Animais

1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.
3. Usou alguma arma que pode causar danos físicos graves a outros (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo).
4. Foi fisicamente cruel com pessoas.
5. Foi fisicamente cruel com animais.
6. Roubou durante o confronto com uma vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada).

7. Forçou alguém a atividade sexual.

Destruição de Propriedade

8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves.
9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).

Falsidade ou Furto

10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.
11. Frequentemente mente para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações (i.e., “trapaceia”).
12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima (p. ex., furto em lojas, mas sem invadir ou forçar a entrada; falsificação).

Violações Graves de Regras

13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.
14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.
15. Com frequência falta às aulas, com início antes dos 13 anos de idade.

B. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, os critérios para transtorno da personalidade antissocial não são preenchidos.

Além do transtorno de conduta estão associados outros transtornos, descreve Teixeira (2014), como o TDHA (Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade) já citado anteriormente, e também “transtornos ansiosos, depressão, transtorno bipolar do humor e a prática de bullying no ambiente escolar”.

Por essa razão é necessário um tratamento para que não ocorra a agravação do transtorno; onde estejam envolvidos, além da criança e seu contexto social, a família e a escola (CABALLO; SIMÓN, 2015).

O uso da psicoterapia infantil é uma das alternativas utilizadas como intervenção, pois pode atender vários problemas que provocam estresse emocional, dificultando o progresso da criança em sua vida familiar, social e acadêmica (DEAKIN; NUNES, 2008).

O tratamento recomendado pela DSM-V (2014) envolve um sistema interdisciplinar, onde atua diversas áreas do relacionamento da criança, através de um tratamento diversificado.

É notado que, nas maiores referências de tratamento no mundo se observa a preconização dos cuidados de um sintomático, englobando uma pluralidade de intervenções no que se refere às áreas de sua vida, por exemplo, em assuntos familiares, escolares, sociais e intrapessoais, empregado por psicoterapeutas, buscando uma resolução estrategicamente decisiva (DSM-V, 2014).

Toda a intervenção psicoterapêutica anda lado a lado com medidas socioeducativas e medicações apropriadas. Os medicamentos são complementos poderosos no tratamento do quadro. Visto a grande dificuldade da absorção de orientações vinda de um psicoterapeuta, por conta das constantes variações emocionais. Os medicamentos "acalmam as águas para o navio passar com mais facilidade" (TEIXEIRA, 2014).

Alguns medicamentos são neuro-psicóticos ou antipsicóticos, com a função central de equilibrar os processos hormonais do cérebro - o epicentro dos excessos de raiva, impulsões e explosões. Estes, são os artifícios que obstruem o julgamento lógico das situações na vida do indivíduo. São exemplos de medicamentos: risperidona, quetiapina e o aripiprazol, que são especificadamente direcionados ao tratamento do TOD (TEIXEIRA, 2014).

Alguns casos de TOD podem conter quadros paralelos de transtornos emocionais, como a bipolaridade. Assim, necessitando de maneira síncrona, o uso de medicamentos objetivos para cada transtorno, como o carbonato de lítio, divalproato de sódio, a carbamazepina, a oxcarbazepina, a lamotrigina e o topiramato.

Em casos de TDAH, é indicado o uso de netilfenidato e lisdexanfetamina. E nos casos de depressão e ansiedade é aplicado fluoxetina, setralina, paroxetina, citalopran, escitalopran e venlafaxina, utilizados como seletivos de receptação de serotonina. Sendo seguros e bem tolerados para estes casos.

Todavia, o tratamento medicamentoso é um dos pilares para o sucesso da reversão do quadro; é importante destacar que tais medicamentos não proporcionam a cura, e sim uma melhoria nos sintomas do transtorno. As margens intervencionistas dos agentes de

saúde emocional não se limitam aos remédios, mas, de maneira ampla e afetiva, buscam aconselhar e preparar pais, irmãos, amigos e educadores para lidar com as adversidades da doença.

Teixeira (2014) menciona que coopera outro pilar, também fundamental para o tratamento, o pilar psicossocial. É importante que o indivíduo tenha boas relações sociais, logo, este pilar trata destes assuntos de maneira estratégica, com o objetivo de minimizar alguns efeitos pejorativos vindos do âmbito social. Os psicoterapeutas vão orientar pais e educadores, para o melhor efeito positivo de campo.

É do assunto da psicoterapia cognitivo-comportamental, terapias que reduzem a negatividade emocional e deficiências cognitivas dos pacientes. Tal terapia explora a comunicação para, assim, melhorar o autodomínio do indivíduo. Atuando também em treinamentos para solucionar problemas intrapessoais. Todavia, o mesmo tratamento intervém para melhorar as habilidades sociais, visando o aumento de tolerância a frustrações e melhor flexibilidade (TEIXEIRA, 2014).

Também faz parte do corpo psicossocial a terapia familiar, a psicoeducação familiar e o treinamento de pais, onde são aplicadas juntas para garantir o sucesso do tratamento. Levando-nos a concluir que é de extrema importância a intervenção psicoterapêutica, já que estruturas familiares disfuncionais estão associadas ao TOD. A família será auxiliada com o tratamento, e através de algumas modificações habituais - essas que colaboram com o aumento sintomático do TOD - melhorará a interação e desenvolvimento do indivíduo neste meio. Neste âmbito, com ajuda psicoterapêutica, os familiares desenvolverão habilidades para resolver conflitos internos, facilitando o diálogo e o convívio. Tornando mais leve o choque da família com os comportamentos provenientes do transtorno, outrora imprevisíveis; ajudando na redução dos sintomas e a criança a controlar suas próprias emoções (TEIXEIRA, 2014).

E para completar esse raciocínio, o uso da psicoeducação e intervenção escolar são outros tipos de tratamentos psicossociais. As orientações ao corpo docente da instituição de ensino facilitará o manuseamento de sintomas, através de apresentações pedagógicas aos profissionais da educação e a equipe de funcionários da escola. Contudo, educadores poderão encontrar mecanismos, como técnicas de comportamentos que possam reintegrar o aluno em sala de aula ou no recreio (TEIXEIRA, 2014).

3.1 Relato de experiência observado

Podemos observar a veracidade destes dados num caso real analisado em uma escola da região. Um garoto de 4 anos da rede privada localizada na região de Pirassununga interior de São Paulo, realiza algumas ações que vão além de comportamentos da sua idade; tendo um apego maior com a mãe a ponto de querer evitar a aproximação do pai. Não gosta quando o pai vai buscá-lo na escola, sendo agressivo e desobediente. Não quer brinquedos de criança e sim materiais perigosos que podem colocar sua vida e dos outros em risco. Na escola, proporciona medo nas outras crianças por ser sempre agressivo e violento, machucando os outros sem motivo. Não obedece a professora e se nega a fazer as atividades junto com os outros (tudo tem que ser no tempo dele), e, quando faz, não tem nenhuma atenção. Vive saindo da sala sem autorização do professor, necessitando sempre o acompanhamento de um adulto, pois se tirar a atenção por um instante o garoto é agressivo, confrontoso e desafiante com quem estiver a sua frente. Caso ele queira algum objeto que esteja sendo utilizado por outra criança, ele não pede, simplesmente chega tirando do colega, e se o mesmo se impuser ele, vai logo batendo.

É bem difícil a relação com o menino, pois dificilmente apresenta algum tipo de afeto. Sua família opta por fazer suas vontades, ao invés de buscar ajuda. A mesma tem dificuldade de aceitar o transtorno opositor desafiador presente na vida do garoto, o que dificulta o trabalho do pedagogo no processo de ensino aprendizagem.

3.2 Proposta de intervenção

De acordo com o caso relatado acima, podemos concluir que a intervenção psicoterapêutica, juntamente com o a orientação dos pais e o corpo docente de sua escola, resultaria em uma reversão sistêmica e gradual do quadro. A negligência desta realidade fará com que o transtorno tome maiores proporções, como o transtorno de conduta e, um pouco além, o transtorno antissocial. Já a melhor saída, essa que é recomendada que seja feita o mais cedo possível, traria maiores e melhores resultados, se não definitivos, para a saúde mental do indivíduo.

Ter um indivíduo com TOD em casa não é uma tarefa fácil para muitos pais, considerando que ser confrontado não é admitido por muitos familiares responsáveis.

Sendo viável nestes casos, a intervenção psicoterapêutica na família, com objetivo que os levem aceitar o transtorno.

Para o tratamento seria indicado a terapia familiar, com o intuito de levá-la a alterar algumas atitudes entre pais e filhos – situação que levaria diminuir os sintomas do TOD.

Tendo em vista que a escola é um dos ambientes que a criança demonstra ações agressivas e desafiadoras, nosso tratamento seria ocasionado de imediato em parceria com a escola. Assim, ocorreria o trabalho em conjunto, analisando fatores sintomáticos dentro da sala de aula. Logo, o indivíduo não teria uma visão do tratamento como algo ruim.

Após algumas terapias em conjunto na escola, daria continuidade com sessões individuais com a criança e a família; também, se necessário, a utilização de medicamento, até serem obtidos melhores resultados.

Considerações Finais

De acordo com o tema relatado neste trabalho, pode ser observado como é para a família, professores e profissionais da saúde lidar com o TOD. Neste sentido, primeiramente foi pontuado neste trabalho como é dada a existência humana, baseando-se no indivíduo como ser social e sua inserção na sociedade, onde pode ser analisada a importância da interação social originada por meio da convivência do homem no desenvolvimento humano. Nesta evolução humana, observamos a aparição dos distúrbios de conduta – como o TOD, que está associado às disfunções pessoais, familiares e sociais. Abordamos ainda neste capítulo o TOD de maneira geral, suas características, causas e fatores.

No segundo capítulo, partimos para os desafios enfrentados pelas famílias e educadores de uma criança com TOD, sinalizando possíveis situações que podem aumentar o diagnóstico do TOD, tais como: o uso de álcool e fumo. Relata-se ainda a importância da família para a identificação de comportamentos agressivos que ultrapassam os ditos normais da fase da criança; além de mostrar a forma que os pais podem contribuir para melhor convivência do filho com o transtorno. E para concluir esta seção, fora transcrito como a ausência de um psicopedagogo pode afetar negativamente os alunos portadores do transtorno na escola. Ainda foi relatada a grande relevância dos profissionais de educação possuir um conhecimento sobre o transtorno para assim buscar

novos métodos de desenvolvimento que podem proporcionar estímulos - onde a criança aprende a aceitar situações do cotidiano.

No terceiro capítulo, foram estudadas formas de diagnosticar o TOD, partindo de avaliações a serem feitas individualmente, com familiares e no ambiente escolar, sendo ela realizada por meio de um profissional de saúde. Trabalhamos também os transtornos associados ao TOD e a probabilidade de evolução para o transtorno de conduta. E para solidificar as abordagens aqui citadas, foram trazidas maneiras de tratamento para o transtorno, apresentando alguns medicamentos e psicoterapias para melhorias dos sintomas.

No seguimento do trabalho, foi utilizado um relato de caso de uma rede particular regional de educação, onde havia um garoto de quatro anos diagnosticado com TOD. Sendo proposta uma intervenção, onde o tratamento será ocorrido na instituição de ensino em parceria com a família e profissionais de saúde.

Baseando-se nos fatos acima, sabemos que o mundo moderno traz consigo cada vez mais pessoas que necessitam de ajuda. Que se faz essencial à formação de ajudadores. Que tal ajuda provém de pais, profissionais e professores - embora não aconteça como a narrativa deste trabalho - pode definir de maneira determinante a ajuda necessária para a criança.

Contudo, uma rasa percepção da textura da capa, ou do título de um livro, não nos permite conhecer tudo que o compõe. Logo, um coração atento e ouvidos bem abertos, são os ingredientes essenciais no combate contra o TOD.

Assim, a escola deve estar estruturada com profissionais capacitados para colaborar com o desenvolvimento do aluno com TOD, para, por fim, não prejudicar o restante da turma. Deste modo, a família provendo apoio à instituição, será um ponto positivo para o progresso do indivíduo.

Concluindo, foram explanados neste trabalho, de maneira técnica, o transtorno opositor desafiador. Este, que em suma, acomete meninos desde sua infância à sua juventude. O conteúdo, de maneira perspicaz, detalha a infância da doença – seus sintomas primários – e como discerni-los de outras emoções. Também, causas e o seu tratamento. Um alerta direto, mas sublime em palavras racionais, de que o bom profissional, de mãos dadas com o amor incondicional, pode fazer toda a diferença de forma fraternal.

Referências

- ALMEIDA, L. R. P. *et al.* Análise Funcional em um estudo de caso de Transtorno Desafiador de Oposição e Transtorno de Conduta. **FAEMA – Revista Científica Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ariquemes, v. 5, n. 2, p. 15-35, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/223>. Acesso em: 31 maio 2020.
- AQUINO, J. G. **Indisciplina na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1996.
- APA – Apsychiatric Association. **Manual Diagnóstico de transtornos mentais – DSM – 5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Transtornos Emocionais na Escola. **Psiquweb**, 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=127> Acesso em: 31 maio 2020.
- BARBOSA, A. P. Transtorno Desafiador Opositivo: desafios e possibilidades. **Batatais – Educação**, v. 7, n. 2, p. 151-171, jan./jun. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/EAZYN/Downloads/Documents/sumario9.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.
- BARLETTA, J. B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200005 Acesso em: 31 maio 2020.
- BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. Tradução Noveritis do Brasil. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- BRASIL. **Marcos Políticos e Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/EAZYN/Downloads/Documents/marcos_politicos_legais.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.
- CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. São Paulo: Santos, 2015.
- CAMARGO, C. H. P. *et al.* **Neuropsicologia**: teoria e prática. Porto Alegre: ARTMED, 2008.
- DEAKIN, E. K.; NUNES, M. L. T. Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. **Revista Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008.
- DSM – IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (Trad.) Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DSM - V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (Trad.) Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2014.

DURKHEIM, É. **Educação e sociologia**. 11. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

FACION, J. R. **Transtornos do desenvolvimento e do comportamento**. Curitiba: Intersaberes, 2013.

GAUER, G. J. C.; VASCONCELLOS, S. J. L.; DAVOGLIO, T. R. **Adolescentes em Conflito: violência, funcionamento antissocial e traços de psicopatia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MITCHELL, S. Técnicas para um professor lidar com um aluno com transtorno desafiador opositivo, **Ehow Brasil**, 2013. Disponível em https://www.ehow.com.br/tecnicas-professor-lidar-aluno-transtorno-desafiador-opositivo-info_100849/ Acesso em: 31 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10. ed. rev. 4 reimpr. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2012, 1.191 p.

RELVAS, M. P. **Neurociências e transtornos de aprendizagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.

SAVOIA, M. G. **Psicologia social**. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.

SILVA, Amanda Pereira. **Processo ensino-aprendizagem e transtorno de conduta: um diálogo possível**. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Artigo%20Silva.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

HÜBNER, M. M. C.; MARINOTTI, M. (org.). **Análise do comportamento para a Educação**. Santo André: Contribuições recentes. ESETec: Santo André, 2004.

TEIXEIRA, G. **O rezinho da casa**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

TIBA, I. **Disciplina, limite na medida certa**. 85. ed. São Paulo: Integrare, 2006.

UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**, 1994.