



FACULDADE DE TECNOLOGIA, CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO

Graduação

GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA

O TOD - Transtorno Opositor Desafiador: A Importância da Família e da Escola no Diagnóstico e Tratamento

Beatriz Moreira Fernandes
Profª Drª Carolina Fuzaro Bercho

RESUMO

Este trabalho apresenta como a escola, por meio do profissional professor em sala de aula, pode perceber nas crianças e nos adolescentes, desde tenra idade, o Transtorno Opositor Desafiador, percebendo seus sintomas, por meio de treinamento individualizado, para que haja o diagnóstico precoce, e, conseqüente tratamento precoce, o que desencadeia uma melhor relação familiar, entre amigos e entre os conviventes do indivíduo portador do transtorno. Descreve-se nesta pesquisa, também, os princípios inerentes à criança e ao adolescente, e a responsabilidade de cuidado deles, com a elucidação da Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ademais, após o diagnóstico, a criança e o adolescente devem passar por avaliação psicológica para o devido diagnóstico, e, após, começar o tratamento com ação medicamentosa, terapia, terapia familiar, inclusão escolar e devido treinamento para os professores saberem como agir com o aluno portador de referido transtorno.

Palavras-chave: Indivíduo, transtorno, família, educação e colaboração.

ABSTRACT

This work presents how the school, through the professional teacher in the classroom, can perceive Oppositional Defiant Disorder in children and adolescents, from a young age, noticing its symptoms, through individualized training, so that there is an early diagnosis, and, consequently, early treatment, which triggers better family relationships, among friends and among those living with the individual with the disorder. This research also describes the principles inherent to children and adolescents, and the responsibility for caring for them, with the elucidation of the Federal Constitution, the Statute of Children and Adolescents and the Universal Declaration of Human Rights. Furthermore, after the diagnosis, the child and adolescent must undergo a psychological assessment for the proper diagnosis, and, after, begin treatment with medication, therapy, family therapy, school inclusion and due training for teachers to know how to act with the student with the aforementioned disorder.

Keywords: Individual, disorder, family, education and collaboration

Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso, tem como objetivo dispor acerca do diagnóstico e tratamento do Transtorno Opositor Desafiador, e de que maneira a escola e o profissional da educação conseguem identificar e abordar o transtorno, desde sua aprendizagem infantil. Assim, o tema foi escolhido por conta da aplicabilidade e de sua importância, pois com o estudo do tema, nota-se que a atenção, imaginação, e a memorização da criança fica aguçada, além de sua aprendizagem ser mais bem aproveitada com o diagnóstico precoce, associada às atividades e tratamento, além do acompanhamento dos pais.

Neste sentido, serão estudadas as contribuições que a educação e a escola trazem para a aprendizagem da criança, desde a educação infantil, associada a atividades lúdicas para o desenvolvimento da criança, nos níveis cognitivo, afetivo e social, quando ocorre o diagnóstico precoce do transtorno.

Desta feita, o trabalho tem como escopo ainda demonstrar os comportamentos difíceis da criança, que atrapalham seu desenvolvimento pessoal e de aprendizagem,

haja vista que o transtorno opositor desafiador tem dificuldade de aceitar opinião contrária a sua, de forma que o seu desenvolvimento deve ser pautado apenas em suas vontades, pois, tem extrema dificuldade em se portar como o outro deseja.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é aproximar a criança do aprendizado infantil, com o auxílio da família, e o diagnóstico precoce do transtorno, o que evitará diversas situações corriqueiras, que podem ser confundidas com birras e falta de educação.

O levantamento bibliográfico e a metodologia se referem a todas as ações desenvolvidas no método do trabalho de pesquisa. A pesquisa se desenvolverá por meio de pesquisa bibliográfica, de forma a se utilizar de trabalhos publicados nos últimos anos, sejam eles artigos científicos, trabalhos, doutrinas e livros, além ainda da metodologia dedutivo – indutivo - sistemático, e ainda documentação indireta, além seja, por meio de artigos e livros, além da pesquisa descritiva e método indutivo.

O primeiro capítulo discorre sobre a importância da escola e da educação, e de como o transtorno é diagnosticado, e a importância da família durante esse processo. Após, no segundo capítulo, é disposto acerca do indivíduo como ser social, as características do transtorno, fatores, causas, e a maneira como é abordado na infância e na adolescência.

Por fim, é disciplinado acerca de uma alternativa para que a criança seja estimulada no tratamento do Transtorno Opositor Desafiador e obtenha os melhores diagnósticos possíveis.

Referencial teórico

1 Princípios norteadores em face da responsabilização da criança e do adolescente

Muito se fala sobre a criança e o adolescente, e sobre sua responsabilização em face de seus atos, atitudes e consequências, principalmente, conforme o cerne do presente trabalho versa, acerca do transtorno opositor desafiador.

Este capítulo, versará sobre quem detém a responsabilidade e os deveres sobre a criança e o adolescente, independente de suas atitudes serem desencadeadas por meio do transtorno opositor desafiador, ou não, além da correlação entre o papel do Estado, do educador em sala-de-aula e do ambiente familiar, amparadas pelo ordenamento jurídico brasileiro, seja por meio da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente e, ainda, da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A escola e a família têm a função de amparar a criança e adolescente, conforme disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente, *in verbis*

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Lembrando que, o trabalho do profissional da educação e da família, em face das crianças e dos adolescentes, consiste em proteger o princípio da dignidade da pessoa humana, conforme o que está disciplinado na Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, conforme se nota,

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos. III - a dignidade da pessoa humana. (Brasil, 2023)

A respeito desse princípio, nota-se que é o princípio que carrega emoções e sentimentos. A esse respeito, Dias disciplina

É o princípio maior, fundante do Estado Democrático de Direito [...]. Sua essência é difícil de ser capturada em palavras, mas incide sobre uma infinidade de situações que dificilmente se podem elencar de antemão. Talvez possa ser identificado como sendo o princípio de manifestação primeira dos valores constitucionais, carregado de sentimentos e emoções. É impossível uma compreensão exclusivamente intelectual e, como todos os outros princípios, também é sentido e experimentado no plano dos afetos. (Dias, 2010, p. 62)

A dignidade da pessoa humana está disciplinada também no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, conforme se vê, *in verbis*

Artigo 1º Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade. (Dudh, art. 1º, 1948)

A respeito deste princípio, além da CF/88 o disciplinar e a declaração Universal dos Direitos Humanos também, logo em seu *caput*, conforme se vê acima, há ainda sua maior função elucidada no artigo 7º da Declaração, que bem dispõe que todos são iguais perante a lei e são detentores do mesmo direito, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação, conforme segue

ART. 7º. Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação. (DUDH, ART. 7, 1948)

Nota-se a importância de referido princípio, pois, disciplina que todos são iguais e não devem sofrer distinção, pois todos têm o mesmo direito.

Neste escopo, Moraes (2012, p. 19), disciplina de maneira brilhante

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo o estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais. (Moraes, 2012, p. 19)

Nota-se que, a dignidade é valor moral inerente ao indivíduo, de forma que, apenas em situações excepcionais possa haver limitações a respeito do exercício dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

Maria Berenice Dias, brilhantemente assevera, *in verbis*

O princípio da dignidade da pessoa humana é o mais universal de todos os princípios. É um macroprincípio do qual se irradiam todos os demais: liberdade, autonomia privada, cidadania, igualdade e solidariedade, uma coleção de princípios éticos. (Dias, 2010, p. 62)

Conforme elucidado acima, o princípio da dignidade da pessoa humana é o mais abrangente a criança e ao adolescente, pois prevê liberdade, autonomia privada, cidadania, igualdade e solidariedade, e principalmente, não assevera nenhum tipo de discriminação e assédio, em qualquer ambiente que seja, inclusive, o ambiente escolar, mesmo que a criança possua algum tipo de limitação ou déficit.

O princípio da proteção integral e do melhor interesse da criança está disciplinado por meio do 227 da CF/88, *in verbis*

Art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1988)

Assim sendo, conforme o próprio artigo disciplina, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e a toda convivência familiar e em sua comunidade, de forma a protege-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, de forma que, independente da modalidade da família, a sociedade e o estado têm o dever de cuidar da população.

Neste escopo, Mendes assevera

A condição peculiar de pessoa em desenvolvimento implica, primeiramente, o reconhecimento de que a criança e o adolescente não conhecem inteiramente os seus direitos, não têm condições de defendê-los e fazê-los valer de modo pleno, não sendo ainda capazes, principalmente as crianças, de suprir, por si mesmas, as suas necessidades básicas. (Mendes, 2007)

As crianças e os adolescentes, portanto, não são capazes de cuidar de si mesmos, e por esse motivo, necessário se faz que o Estado, a sociedade e a família zelam por eles. Ademais, não importa se a família é biológica ou ocorreu por meio da afetividade, a criança deve ser protegida de qualquer maneira, por quem quer que o cuide.

Neste sentido, Albuquerque assevera que: “novos princípios permeando as relações de família, a exemplo do da afetividade, ganham *locus* privilegiado e, portanto, mitigam o endeusamento ao biologismo nas relações de filiação”. (Albuquerque, 2006, p. 351)

Assim sendo, pode-se observar diversas formações familiares, tais como família matrimonial, família paralela, família monoparental, família aparental, pluriparental, e o cerne do trabalho, família homoafetiva. (Dias, 2007)

Dias assevera acerca do pluralismo das relações familiares

O pluralismo das relações familiares ocasionou mudanças na própria estrutura da sociedade. Rompeu-se o aprisionamento da família nos moldes restritos do casamento, mudando profundamente o conceito de família. A consagração da igualdade, o reconhecimento da existência de outras estruturas de convívio, a liberdade de reconhecer filhos havidos fora do casamento operaram verdadeira transformação na família. (Dias, 2007, p. 39).

Assim, uma família não é apenas formada por pais, mães e filhos, por conta do pluralismo familiar existente em nosso ordenamento, conforme disciplina Dias, *in verbis*

Uma família se desdobra para além da unidade pais/filhos e/ou da unidade do casal, estando ou não dentro de um mesmo domicílio: irmãos, meios-irmãos, avós, tios e primos de diversos graus. (Dias, 2007, p. 24).

O conceito de família se altera de acordo com o momento que se passa, com a globalização e o crescente aumento tecnológico, o que se conhece hoje como família se difere da conceitualização do passado. (Venosa, 2005).

Assim sendo, há um princípio chamado de princípio da afetividade. O mesmo dispõe que muito mais que o laço consanguíneo e as relações biológicas entre pais e filhos, o que mais importa é a afetividade, de forma que, não importa se o filho é biológico ou adotado, o que mais importa é o amor e a afetividade entre os pais e os filhos.

Ainda, há o princípio da proteção integral, que está disciplinado no artigo 100, do Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, como se vê

Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas: II - proteção integral e prioritária: a interpretação e aplicação de toda e qualquer norma contida nesta Lei deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos

direitos de que crianças e adolescentes são titulares. (Brasil, Lei nº 8.069/1990, art. 100, II)

Assim sendo, a criança e o adolescente têm direito à proteção integral, de acordo com suas necessidades pedagógicas, principalmente a proteção e a necessidade que fortaleça os vínculos familiares e entre a comunidade e a criança e/ou adolescente. Neste sentido, Ferreira assevera

Doutrina da Proteção Integral: representa um avanço em termos de proteção aos direitos fundamentais, posto que calcada na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, tendo, ainda, como referência documentos internacionais, como Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, aos 20 de novembro de 1959, as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça e da Infância e da Juventude – Regras de Beijing – Res. 40/33 de 29 de novembro de 1985, as Diretrizes das Nações Unidas para a prevenção da delinquência juvenil – Diretrizes da Riad, de 1º de março de 1988 e a Convenção sobre o Direito da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e aprovada pelo Congresso Nacional Brasileiro em 14 de setembro de 1990. (Ferreira, Luiz Antônio Miguel; DOI, Cristina Teranise, 2010).

Há, portanto, um avanço dos direitos fundamentais, estabelecidos desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem, por meio da promulgação da Declaração Universal dos Direitos da Criança, além da Constituição Federal Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de forma que, todos eles protegem a criança e o adolescente para que possam ter proteção integral por meio do Estado, da comunidade e de suas famílias.

Ademais, a criança e o adolescente detêm prioridade e atenção pertinentes, conforme dispõe o Princípio da Prioridade Absoluta.

Este princípio assevera que, como anteriormente mencionado, é dever da família, da comunidade, da sociedade e do Estado prestar direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e à convivência familiar e comunitária, para as crianças e os adolescentes, conforme preceitua o artigo 227 da CF/88 e, no ECA, em seu artigo 4º

Art. 4º ECA. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. (Brasil, Lei nº 8.069/1990, art. 4º)

Art. 227. CF. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-

los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, art. 227)

Assim sendo, é dever da família, da comunidade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o mínimo de respeito e direitos, pois a criança como hipossuficiente que é, necessita de diversos cuidados.

Há ainda, o princípio sobre o melhor interesse da criança e do adolescente, que está disciplinado na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, conforme preleciona o artigo 3º,

Art. 3º 1. Todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de bem estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança.

2. Os Estados Partes se comprometem a assegurar à criança a proteção e o cuidado que sejam necessários para seu bem-estar, levando em consideração os direitos e deveres de seus pais, tutores ou outras pessoas responsáveis por ela perante a lei e, com essa finalidade, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.

3. Os Estados Partes se certificaram de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado ou da proteção das crianças cumpram com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde das crianças, ao número e à competência de seu pessoal e à existência de supervisão adequada. (Brasil, 1990)

Todas as ações relativas às crianças e aos adolescentes devem sempre considerar, acima de qualquer outra situação, o melhor interesse da criança, por meio de ações efetivas do Estado, da comunidade e das famílias, pois o que mais importa é o melhor interesse da criança e do adolescente, em detrimento de quaisquer outras situações.

Já o Princípio da Responsabilidade Parental elucida que a família deve ter a responsabilidade da criança e do adolescente, pois o mesmo é incapaz e hipossuficiente. Assim, o artigo 229, da CF/88, bem assevera, *in verbis*

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. (Brasil, 1988)

Assim sendo, os pais devem cuidar de seus filhos, de forma correta, por conta de sua responsabilidade.

2 A importância do ambiente escolar acolhedor no desenvolvimento da criança

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 destine (Durkheim, 1978, p. 41).

O desenvolvimento infantil começa pelo conceito de criança e de infância, partindo da premissa do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e passando por diversos autores e teóricos. O ECA disciplina acerca dos Direitos e dos Deveres das crianças e dos adolescentes, de forma que, amparados pela lei, são direitos fundamentais e inalienáveis.

Neste escopo, Frota disciplina

Hoje, o estudo do desenvolvimento da criança é necessário e indispensável para quem deseja trabalhar com essa fase da vida humana. Além disso, a perspectiva extremamente positivista assumida pela Psicologia do Desenvolvimento, que se preocupava principalmente em observar, medir e comparar as mudanças exibidas pelas crianças ao longo de sua trajetória de vida, foi substituída por uma perspectiva mais histórica. Hoje se estuda a criança e a infância como categorias construídas historicamente, o que nos abre possibilidades de compreendê-las de modo concreto, na sua expressão de vida. O tempo é linear, cronológico e contínuo é superado por um devir, um tempo que não se esgota em si mesmo. (Frota, 2007, p.8)

O estudo do desenvolvimento da criança é indispensável para o trabalho, pois embora o cerne do trabalho seja o transtorno opositor desafiador, referido transtorno começa a se desenvolver, a partir da infância da criança. Como bem assevera Rocha (2002, p. 2-3), “nesse sentido, a história da infância surge como possibilidade para muitas reflexões sobre a forma como entendemos e nos relacionamos atualmente com a criança”.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI 1998), não se pode dissociar o ato de educar com o lúdico pois para a formação integral da criança ela precisa brincar para exercer a criatividade, socializar com grupos de fora do âmbito familiar e conhecer diferentes culturas, vivenciar novas experiências experimentar tudo a sua volta e se conhecer por inteiro, corpo e predileções.

Educar significa, portanto, propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis de relação interpessoal, de ser e estar com os outros em uma atitude básica de aceitação, respeito e confiança, e o acesso, pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural. Neste processo, a educação poderá auxiliar o desenvolvimento das capacidades de apropriação e conhecimento das potencialidades corporais, afetivas, emocionais, estéticas e éticas, na perspectiva de contribuir para a formação de crianças felizes e saudáveis. (Rcnel 1998, p.23)

Craidy e Kaercher, (2007, p.28) mostram que Henri Wallon categorizou algumas fases do desenvolvimento como sendo; impulsivo-emocional (1º ano de vida), sensório-motor (um a três anos aproximadamente), personalismo (três a seis anos aproximadamente) e estágio categorial (seis anos).

A primeira fase é descrita como a fase em que a criança está desenvolvendo seu olhar, andar e pegar, o que permitirá a exploração do ambiente, enquanto que na segunda fase a criança irá desenvolver a inteligência prática, ao passo que ela vai interagindo com o meio em que está vivendo e criando em si a função simbólica das coisas. Na terceira fase ocorre a construção da consciência, neste momento ela desenvolve consciência de si e do outro por meio da interação social e condições afetivas e intelectuais. Por fim, na quarta fase, há um interesse para o conhecimento e progresso intelectual. (*Craidy e Kaercher, 2007, p. 28*)

Se esses conhecimentos forem para a sala de aula, pode-se explorar a ludicidade como recurso pedagógico para desenvolver tais habilidades, fazendo essa criança já no primeiro ano de vida, buscar as mais diversas formas e texturas possíveis e andar em diferentes trajetos.

Ainda sobre o desenvolvimento da criança, tem-se a ideia de Vygotsky, com o conceito de educação voltada para a interação social, agindo como recurso fundamental para o desenvolvimento do sujeito em todas as etapas da vida, pois a mesma possibilita que o sujeito se submeta ao convívio e aquisição de costumes, crenças, regras, culturas e conhecimento sobre o local que frequenta e convive.

Neste escopo, de forma a socializar e desenvolver seu conhecimento, linguagem e valores culturais, a criança começa a falar, com o intuito da comunicação, para apenas depois, servir com a função de adaptar-se socialmente. Assim, “Para Vygotsky, primeiro a criança utiliza a fala socializada, para se comunicar. Só mais tarde é que ela começará a usar como instrumento de pensamento, com a função de adaptação social.” (*craidy; kaercher; 2007, p.29*).

Por tanto, se faz necessário que o docente, dentro de sala-de-aula, apresente diversas atividades lúdicas diversificadas, que atendam de maneira prazerosa a maioria das crianças e os diferentes gostos, para que assim possibilite o vivenciar da ludicidade como experiência interna, ou seja, como “o desenvolvimento das dimensões, corpo, mente, sentimento, possibilitará a plenitude da experiência dos educandos”. (*Bacelar, 2009, p.83*)

Assim sendo, o lúdico tem um papel muito importante. *BACELAR (2009)*, discorre que:

Através de uma vivência lúdica, a criança está aprendendo com a experiência,

de maneira mais integrada, a posse de si mesma e do mundo de modo criativo e pessoal. Assim, a ludicidade, como uma experiência vivenciada internamente, vai além da simples realização de uma atividade, é na verdade a vivência dessa atividade de forma mais inteira. (BacelaR, 2009)

Muszkat (2019, p.239), assevera que “crianças em ambientes sensorialmente enriquecedores apresentam respostas fisiológicas mais amplas, maior atividade das áreas associativas cerebrais, maior grau de neurogênese (formação de novos neurônios em área importante para a memória como o hipocampo) e diminuição da perda neuronal (apoptose funcional).”

Crianças com deficiência passaram a ser integradas à sociedade de fato, a partir do século XIX, por meio do pensamento positivista, que estimulava o cuidado das pessoas, com o intuito de integrá-las à sociedade. Neste sentido, Mendes disciplina:

Paralelamente à evolução asilar, a institucionalização da escolaridade obrigatória e a incapacidade da escola de responder pela aprendizagem de todos os alunos deram origem, já no século XIX, às classes especiais nas escolas regulares, para onde os alunos difíceis passaram a ser encaminhados. (Mendes, 2006, p. 387)

Assim, segundo Omote (1999, p. 9), a ideia de inclusão dentro do ambiente escolar recai sobre todo o ambiente, e, não apenas sobre o deficiente, de forma a se criar uma mudança no conceito de deficiência.

"[...] a ideia de inclusão se apresenta como um avanço em relação à sua antecessora, enfatizando-se especialmente o redirecionamento do foco de atenção, que antes recai sobre o deficiente, para o ambiente. Isso implica, na realidade, uma mudança radical na concepção de deficiência." (Omote, 1999, p. 9)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº LDB n. 9.394/96 disciplina, no Art. 59, inciso III, que:

Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como, professores do ensino regular, capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns. (Brasil, 1996)

Porém, embora haja a inclusão em sala-de-aula de crianças com diferenças, não há uma boa preparação na formação dos professores, em como lidar com as diferenças, de forma que, se sentem inseguros e ansiosos, por conta da falta de preparo, conforme assevera Lima (2002, p. 40),

A formação de professores é um aspecto que merece ênfase quando se aborda a inclusão. Muitos dos futuros professores sentem-se inseguros e ansiosos diante da possibilidade de receber uma criança com necessidades especiais na sala de aula. Há uma queixa geral de estudantes de pedagogia, de licenciatura e dos professores com o discurso de que não fui preparado para lidar com crianças com deficiência. (Lima, 2002, p. 40)

Ademais, Mantoan (2003, p. 93), disciplina que os professores devem ser cada vez mais especialistas em como dominar os conteúdos curriculares, além de se

adequarem ao tratamento às pessoas com algum tipo de deficiência, a fim de proporcionar uma fusão entre a educação especial e a regular, conforme se vê, *in verbis*

Os professores precisam dominar cada vez mais os conteúdos curriculares, os processos de ensino e aprendizagem, isto é, especializarem-se no “o que”, no “como” e no “para que” se ensina e se aprende. Ao nosso ver e inspirados nos projetos que visam uma educação de qualidade para todos, o tratamento das questões relativas ao ensino de pessoas com deficiência na formação geral de educadores eliminaria, em grande parte, os obstáculos que se interpõem entre a escola regular e esses alunos. Em resumo, a formação única para todos os educadores propiciará a tão esperada fusão entre a educação especial e a regular, nos sistemas escolares. (Mantoan, 2003, p. 93)

Teixeira (2014, p. 81), disciplina que

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. 81)

Assim sendo, Ballone (2008, p.3), disciplina que quando há um aluno com dificuldades, é dever do professor investir maior tempo e disposição nele.

Mas se temos um aluno com dificuldades, sejam 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).

Ademais, Teixeira (2014, p. 71-72), disciplina ainda acerca da importância da intervenção escolar e a aplicação de técnicas comportamentais para que a criança e o adolescente se portem da maneira menos agressiva possível. Neste escopo,

As intervenções escolares são muito importantes no tratamento. Na escola, professores 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. (Teixeira, 2014, p. 71-72)

Glat e Nogueira (2002, p. 23) disciplinam que deve haver capacitação e diminuição da exclusão gradativa de forma a beneficiar os alunos em geral, não apenas os que necessitam de cuidados especiais. Neste escopo,

As políticas para a inclusão devem ser concretizadas na forma de programas de capacitação e acompanhamento contínuo, que orientem o trabalho docente na perspectiva da diminuição gradativa da exclusão escolar, o que virá a beneficiar, não apenas os alunos com necessidades especiais, mas, de uma forma geral, a educação escolar como um todo. (Glat e Nogueira, 2002, p. 23)

Barbosa (2017, p. 17), disciplina sobre a importância do professor em pensar estratégias para diminuir a diferença entre os alunos portadores do transtorno e os

outros da sala-de-aula, e ainda, para diminuir o comportamento agressivo e arredio, com o intuito de melhorar seu comportamento e sua formação, de forma que não seja excluído pelos outros alunos.

Cumpramos ressaltar a importância de a equipe pedagógica pensar em estratégias, que possam dinamizar essa fragilidade na escola, pois é essencial a formação que a escola possibilita aos indivíduos e, se esse aluno permanecer com esses comportamentos, irá afetar a 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. (Barbosa, 2017, p. 17)

Teixeira (2014, p. 50), dispõe 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. (Teixeira, 2014, p. 50)

Assim, a escola tem importante papel na formação, inclusão e educação da criança, possuidora do transtorno ou não, desde tenra idade, seja por meio da ludicidade, de forma a criar ambientes enriquecedores e estimuladores, onde a criança possa aprender e se desenvolver, seja por meio da educação, e do aprendizado intelectual e formal.

3 Transtorno de Oposição Desafiante

A criança e/ou adolescente, com Transtorno de Oposição Desafiante, é portadora de um transtorno, e não apenas de uma indisciplina ou falta de educação. Assim sendo, para Barkley, transtorno comportamental é

Um transtorno do desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e o nível de atividade. [...] Esses problemas são refletidos em prejuízos na vontade da criança ou em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo – em ter em mente futuros objetivos e consequências. Não se trata apenas [...] de uma questão de estar desatento ou hiperativo. Não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de “maldade” da criança. (Barkley, 2002, p. 35).

Assim sendo, ela pode se portar de forma agressiva, consistente em desafiar, discutir com todos a sua volta, desde outras crianças e adolescentes de seu convívio,

como com os professores, no ambiente escolar e com a própria família, dentro de seu ambiente familiar.

Conforme disciplina a APA, o diagnóstico para detecção ou não do transtorno se dá em oito passos, tal sejam:

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 culpam outros por seus erros ou mau comportamento, índole vingativa. 8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses. (2014, p. 62)

Segundo Gonçalves (2014, p. 12), para diagnóstico do transtorno é necessário uma avaliação

Inicialmente, em qualquer transtorno e para qualquer paciente, o primeiro passo é a realização de uma avaliação minuciosa que possa trazer dados consistentes a fim de se traçar uma linha de bases. Isto é, conhecer quem é a pessoa, qual sua demanda, como foi sua história de aprendizagem e quais são as relações estabelecidas com o contexto. A avaliação permite trazer um diagnóstico topográfico e funcional, apontar diagnósticos diferenciais e escolher as técnicas mais pertinentes e eficazes para serem utilizadas no processo terapêutico. Além disso, a avaliação não ocorre apenas no início do acompanhamento psicoterápico, mas durante todo o processo. (Gonçalves, 2014, p. 12)

Ademais, Teixeira disciplina que a criança que apresenta o Transtorno Opositivo Desafiador no ambiente escolar, possui reações de modo constante, como discussões, não conseguem trabalhar em grupo, não aceitam ordem, não cumprem com deveres escolares, não aceitam críticas e desejam tudo apenas de seu modo e maneira

Discute com professores e colegas. Recusa-se a trabalhar em grupo. Não aceita ordens. Não realiza deveres escolares. Não aceita críticas. Desafia a autoridade de professores e coordenadores. Deseja tudo ao seu modo. É o “pavio curto” ou o “esquentado” da turma. Perturba outros alunos. Responsabiliza os outros por seu comportamento hostil. (Teixeira, 2014, p.31-32)

Neste sentido, para Teixeira (2014), a criança e o adolescente portador do transtorno de oposição desafiante, tem um padrão de ser hostil, desafiador e desobediente, além de afetar a convivência com os amigos da escola, conforme se vê

Um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis, desafiadores e desobedientes observados nas interações sociais da criança com adultos e figuras de autoridade. O transtorno pode se apresentar também nos relacionamentos da criança com os colegas, sendo comum na idade escolar. (Teixeira, 2014, p. 18-19).

Os comportamentos da criança com o transtorno, foram subdivididos em três categorias, conforme assevera Luiselli (2005): “a demora demasiada para responder a uma solicitação de um adulto; a falta de manutenção de uma resposta solicitada, mesmo

quando a criança/adolescente tenha respondido à primeira solicitação de maneira imediata, ou a desobediência às normas sociais.”

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5.^a edição) ou DMS-5 (2014, p. 462), define o TOD como sendo:

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: 1. Com frequência perde a calma. 2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado. 3. Com frequência é raivoso e ressentido. 4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos. 5. Frequentemente desafia continuamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade. 6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas. 7. Frequentemente culpa os outros por seus erros ou mau comportamento. 8. Foi malvado e vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses. Nota: A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. No caso de crianças com idade abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante no mínimo seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo. 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 de desregulação do humor não são preenchidos.

Já a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde ou CID-10, disciplina o transtorno, conforme dispõe sua classificação F91.3, como:

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 (CID-10, 2012, p. 372).

Camargo (2008, p. 34), assevera acerca da 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 opostos são resultado de exigências e eventos absurdos colocados para ele. (Camargo, 2008, p. 34)

Teixeira disciplina que referido transtorno é mais comum em meninos, e os sintomas passam a ocorrer entre 6 e 8 anos de idade.

Estudos americanos atribuem esse diagnóstico a cerca de 10% das crianças em idade escolar, sendo duas vezes mais frequente entre meninos. Os sintomas iniciais do transtorno desafiador opositivo ocorrem normalmente entre 6 e 8 anos de idade. (Teixeira, 2014, p. 21)

Segundo Serra-Pinheiro, Schmitz e Mattos *apud* Meira, o transtorno “trata-se de um transtorno disruptivo que leva os indivíduos a perderem facilmente o controle se as coisas não seguem a forma que eles desejam”. (SERRA-PINHEIRO, SCHMITZ E MATTOS *apud* MEIRA, 2012, p. 140)

Segundo Paulo e Rondina, o comportamento do indivíduo portador deste transtorno, se dará de acordo com o ambiente em que está inserido, de forma que, poderá ser mais agressivo ou mais apático, dependendo de quem estará cercado

O comportamento pode se manifestar não apenas sob a forma de atitude ativa no sentido de agredir, mas, também, através de comportamentos como o silêncio, a omissão, a apatia, o emudecimento, ou não fazer nada e assim por diante. (Paulo e Rondina, 2010, p.2)

Assim sendo, a convivência com uma criança e adolescente com o transtorno é algo muito difícil, tendo em vista seu comportamento arreado, mal educado, fora do controle, de forma que o indivíduo portador deste transtorno é constantemente rejeitado, pois as pessoas do convívio se afastam por não aguentarem o mal comportamento.

Teixeira, assevera que, quanto antes o diagnóstico do indivíduo com o transtorno, os resultados são melhores, do que os diagnosticado tardiamente

Para aqueles estudantes submetidos a intervenções precoces, isto é, quando o início do tratamento ocorre logo após o aparecimento dos sintomas, o prognóstico é mais favorável e os resultados terapêuticos são melhores. (Teixeira, 2014, p. 35)

4 Das possíveis causas do Transtorno de Oposição Desafiante e o Tratamento

Paulo e Rondina *apud* Silva disciplinam que há uma certa escassez sobre o TDO, de forma que, há diversas hipóteses acerca do nascimento e dos fatores determinantes do problema.

Há relativa escassez de trabalhos sobre o Transtorno Desafiador Opositor, de forma geral e a literatura sugere que fatores diversos podem contribuir para o aparecimento do problema. Em especial, é possível afirmar que ainda há poucos estudos direcionados a investigar os fatores determinantes que contribuem para o aparecimento do problema. (Paulo E Rondina *apud* Silva, 2010, p. 2-3)

Para a ocorrência do diagnóstico, o ideal é o paciente passar por uma avaliação envolvendo criança, família e escola, conforme disciplina Teixeira (2014), *in verbis*

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).

Teixeira, (2014, p.31), disciplina que as causas do transtorno são multifatoriais, de forma que diversos fatores de risco estão relacionados ao surgimento do transtorno, sejam eles eventos, características ou algum fator que possa desencadear um problema comportamental.

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. (Teixeira, 2014, p.31)

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. Com frequência perde a calma. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado. Com frequência é raivoso e ressentido. Comportamento Questionador/Desafiante Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos. Frequentemente desafia continuamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento. Índole Vingativa.
1. 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 de desregulação do humor não são preenchidos.

Ademais, a CID-10 (2012, p. 372) disciplina 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. (CID-10, 2012, p. 372)

Teixeira (2014, p. 30-31), disciplina ainda que o uso de fumo e álcool durante a gravidez pode aumentar a probabilidade do 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. (Teixeira, 2014, p. 30-31)

Alguns comportamentos devem ser tomados, para que o portador do transtorno não piore ainda mais, conforme assevera 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. (Teixeira, 2014, p 85-93)

Facion (2013, p. 123-124) disciplina acerca das alternativas para conviver com crianças com transtorno, de forma que é melhor reforçar os bons comportamentos e não reforçar os comportamentos inadequados

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. (Facion, 2013, p. 123-124)

Neste sentido ainda, de reforçar o bom comportamento e não reforçar o mal, o profissional da educação pode elogiar o aluno com o transtorno

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).

Com base nisto, ao lidar com crianças e adolescentes com TOD é necessário que se proponha conteúdos que não cause desinteresse, além de expor os benefícios alcançados ao se comportar, pois “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).

Teixeira (2014), demonstra a existência de determinados tratamentos terapêuticos para o Transtorno Opositivo Desafiador por meio de estratégias medicamentosas, às quais buscam melhorar a qualidade de vida do paciente, agindo no alívio dos sintomas, diminuindo a impulsividade, a agressividade, nervosismo e crises de raiva frequentes.

Teixeira (2014), defende ainda alguns medicamentos que possuem efeito positivo em pacientes com TOD, como os antipsicóticos ou neurolépticos, que controlam os comportamentos impulsivos, violentos e explosivos, os estabilizadores de humor, que controlam e diminuem a agressividade e impulsividade.

Teixeira (2014), disciplina que, há ainda, os psicoestimulantes que são usados em casos que o TOD está associado ao TDAH, e por fim, os antidepressivos, que são utilizados em quadros de depressão ou de ansiedade quando coligados ao Transtorno Opositivo Desafiador.

Além do uso da medicação, Teixeira (2014), defende ainda a psicoterapia cognitivo-comportamental, a qual busca diminuir reações agressivas e negativas e controlar a raiva, agressividade e impulso, conter a frustração e melhorar a comunicação e o convívio social. Ademais, a psicoeducação da família do indivíduo portador do transtorno, por meio do treinamento dos pais, ou de quem cuida da criança e/ou adolescente, para aprenderem a lidar e amenizar os conflitos com as crianças, promovendo a interação, o relacionamento em casa, o que irá contribuir no incentivo a realização de atitudes positivas.

E, por último, Teixeira (2014), dispõe que a psicoeducação escolar onde os professores obtêm informações fundamentais sobre como enfrentar e solucionar as situações difíceis ocasionadas pelo transtorno, por meio de treinamento e técnicas adequadas que estimulem e contribuam na existência de um ambiente mais harmonioso.

Teixeira (2014), assevera que para melhor convívio entre família e criança portadora do transtorno, são necessários alguns critérios, tal sejam:

1) Tenha um ambiente doméstico 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 a prática de esportes; 12) Comunique-se com a escola. (Teixeira, 2014)

Note-se que há um equilíbrio entre a família, a escola, a medicação e a terapia, para que a criança e quem convive diretamente com ela, possa lidar da melhor maneira possível com o transtorno.

Considerações Finais

A criança e o adolescente não são responsáveis por si só, sendo necessário o acompanhamento do Estado, da família e da escola, conforme disciplinam a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Assim sendo, com o diagnóstico do transtorno, a criança e o adolescente, devem passar por avaliação, e tratamento.

Ademais, o transtorno oppositor desafiador, costuma ocorrer em meninos desde tenra idade, de modo que, com o efetivo treinamento dos professores, os alunos poderão ter diagnóstico precoce, e assim, poderão começar o tratamento o mais breve possível.

Desta feita, para o efetivo tratamento da criança e do adolescente acometidos com esse transtorno, é necessário uma ação em conjunto, entre escola, com professores capacitados, família expondo os pontos positivos e minimizando os negativos, terapia e ação medicamentosa, para minimização dos sintomas que o transtorno acomete.

Referências

Apa - *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* - DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 462.

Bacelar, Vera. **Ludicidade e educação infantil**. Salvador. EDUFBA, 2009.

Barletta, Janaína Bianca. **Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões**. Rev. bras. ter. cogn. Vol 7 n.2 Rio de Janeiro, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18085687201100020005 Acesso em: 18 set. 2023.

Barbosa, Ana Paula. **Transtorno Desafiador Opositivo: desafios e possibilidades**. Batatais: v.7, n.2, 2017, p. 167. Disponível em: [file:///C:/Users/Notebook/Downloads/sumario9%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Notebook/Downloads/sumario9%20(2).pdf). Acesso em: 18 set. 2023.

Barkley, Russell. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Ballone, G. J. Moura, E. C. **Transtornos Emocionais na Escola**. Parte 1 in. Psiqweb, 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=127> Acesso em: 18 set. 2023.

Brasil. **Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil/ Ministério da Educação e Desporto, Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

Brasil. **Constituição Federal do Brasil**. Disponível em: https://www.google.com/search?q=cf&oq=cf&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCwgAEEUYJxg7GloFMgsIABBFGCcYOxiKBTIGCAEQRRhAMg0IAhAAGIMBGLEDGIAEMg0IAxAAGIMBGLEDGIAEMhMIBBAuGIMBGMcBGLEDGNEDGIAEMg0IBRAAGIMBGLEDGIAEMg0IBhAAGIMBGLEDGIAEMg0IBxAAGIMBGLEDGIAE0gEHNTU1ajBqN6qCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 30 out. 2023.

Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 30 out. 2023.

Brasil. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 30 out. 2023.

Brasil. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em . Acesso em: 30 out. 2023.

Brasil. **Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil/ Ministério da Educação e Desporto, Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

Caballo, V. E.; Simón, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. 1 ed. Reimpr. São Paulo: Santos, 2015.

Camargo, C. H. P., et al. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

Craidy, Carmen. M; KAERCHER Glàdis E. P. da Silva. **Educação infantil, para que te quero?** ARTMED. 2007.

Dias, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 8. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

Dsm – IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (Trad.) Dayse Batista. 4a 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, Émile. **Educação e sociologia**. 11 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

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

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Glat, R; Nogueira, M. L. L. **Políticas educacionais e a formação de professores para educação inclusiva no Brasil**. Revista Integração. n.24, p.22-27, 2002.

Lima P.A. **Educação inclusiva e igualdade social**. São Paulo; AVERCAMP, 2002.

Luiselli, J. K. (2005). **Características clínicas e tratamento do transtorno desafiador de oposição**. In V. Caballo, & M. A. Simón (Orgs.), Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos (pp.39-55). São Paulo: Santos.

Mantoan, M. T. E. **Inclusão escolar: o que é, por que é? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003 (Coleção: Cotidiano Escolar).

Meira, Marisa Eugênia Melillo. **Para uma Crítica da Medicalização na Educação**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP: Volume 16, Número 1, 2012, p. 140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

Mendes, E. G. **A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.

Mitchell, S. **Técnicas para um professor lidar com um aluno com transtorno desafiador opositivo**, 2013. Disponível em https://www.ehow.com.br/tecnicas-professor-lidar-aluno-transtorno-desafiador-opositivo-info_100849/ Acesso em: 31/05/2020.

Muszkat, Mauro. **Música e neurodesenvolvimento: em busca de uma poética musical inclusiva**. Literartes, n 10. Entrevista, 2019.

Omote, S. **Normatização, Integração, Inclusão.... Ponto de Vista: Revista de educação e processos inclusivos**. UFSC. v. 1, n. 1 jul/dez 1999. Disponível em . Acesso em 15 de set. de 2023.

Paulo, Marta Mantovanelli de; RONDINA, Regina de Cássia. **Os Principais Fatores que Contribuem Para o Aparecimento e Evolução do Transtorno Desafiador Opositor (TDO)**. Garça: Faef. 2010, p. 2. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. Ano VIII – Número 14. Disponível em: http://www.faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/QdPKbe2jpxSiL8z_2013-5-13-15-9-34.pdf. Acesso em: 15 de set. de 2023.

Rocha, Rita de Cássia Luiz da. **História da Infância: Reflexões acerca de algumas concepções correntes**. Analecta. Guarapuava, Paraná. Vol. 3, nº2. Jul./Dez. 2002.

Savoia, Mariângela Gentil. **Psicologia social**. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.

Serra-Pinheiro, Maria Antonia; SCHMITZ, Marcelo; MATTOS, Paulo. **Transtorno Desafiador de Oposição**: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, s.l. vol. 26, n.4, 2004, p. 273.

Silva, Amanda Pereira. **Processo ensino-aprendizagem e transtorno de conduta: um diálogo possível**. Paraíba. Editora Realize, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/EAZYN/Downloads/Documents/Modalidade_1datahora_29_09_2014_20_36_57_idinscrito_354_5d425e712dc06505a5acc473bc85cce7.pdf Acesso em 28 set. 2023.

Silva, Tatiane Cristina Gonçalves da. **Transtorno Opositor Desafiador**: como enfrentar o TOD na escola. Rio de Janeiro: 2017, p. 18. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53309.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

Teixeira, Gustavo. **O Rezinho da Casa**. *E-book*. 1. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014, p. 21. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/n8nxce>. Acesso em: 15 de set. de 2023.

Teixeira, A. M. S. **Ensino individualizado: Educação efetiva para todos**. In: Hübner, M. M. C; Marinotti, M (Org.). **Análise do comportamento para a Educação**. Contribuições recentes. ESETec: Santo André, p. 65 – 101, 2004.