

A PSICOPEDAGOGIA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR

PSYCHOPEDAGOGY IN THE CARE OF CHILDREN WITH OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

LA PSICOPEDAGOGÍA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS CON TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE

Tatiane Cristina Martins¹
Jucimara de Barros Bandeira²

Resumo

Transtorno Opositivo Desafiador é um distúrbio de comportamento. É usado para se referir a crianças que constantemente discutem ('se opõem') e desobedecem ('desafiam') àqueles que cuidam delas, muito mais do que normalmente seria esperado. O objetivo principal do presente trabalho é analisar as ações praticadas por familiares e professores para dar o atendimento às crianças com Transtorno Opositivo Desafiador. O estudo se justifica, uma vez que perceber precocemente as principais características das crianças com TOD auxilia no cotidiano, tanto das próprias crianças como também dos pais e educadores. Sabe-se que as birras, comportamento contestador e desafiador são normais em crianças que estão contrariadas com algo ou alguém, porém, quando esse comportamento se torna excessivo, pode produzir desconforto nas famílias, que necessitam lidar e ensinar que o viver tem desafios. Devem ser controladas as emoções que, ao se tornarem explosivas, trazem preocupações no que se refere a formas de lidar com a agressividade e recusa de obedecer às regras dos pais e professores. A metodologia do estudo é de abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica. De acordo com os resultados da pesquisa, o psicopedagogo tem a responsabilidade de verificar todo o histórico e características da criança analisada, para que seja possível concluir um diagnóstico e, desta forma, traçar técnicas interventivas. Assim, as ações psicopedagógicas e terapêuticas precisam, além de auxiliar na autorregulação das emoções e comportamentos, trabalhar na prevenção da progressão do TOD para conflitos maiores, que tragam problemas de aprendizagem.

Palavras-chave: Transtorno Opositivo Desafiador; escola; crianças.

Abstract

Oppositional Defiant Disorder is a behavior disorder. It is used to refer to children who constantly argue ('oppose') and disobey ('challenge') those who care for them, much more than would normally be expected. The main objective of this study is to analyze the actions practiced by family members and teachers to provide care to children with Oppositional Defiant Disorder. The study is justified, as the early awareness of the main characteristics of children with ODD helps in their daily lives, both for the children themselves and also for parents and educators. It is known that tantrums, challenging and defiant behavior are normal in children who are upset about something or someone, however, when this behavior becomes excessive, it can lead to discomfort in families, who need to deal with it and teach that life has many challenges. Emotions that, when they become explosive, bring concerns about how to deal with aggressiveness and refusal to obey the rules of parents and teachers should be controlled. The study methodology has a qualitative approach, with bibliographic research. According to the research results, the psychopedagogues are responsible for verifying the entire history and characteristics of the analyzed child, so that it is possible to conclude a diagnosis and, thus, outline interventional techniques. Hence, psychopedagogical and therapeutic actions need, in addition to assisting in the self-regulation of emotions and behaviors, to prevent the progression of the ODD for larger conflicts, which bring learning problems.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; school; children.

¹ Acadêmica no curso de Psicopedagogia no Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: tatianemartins5510@gmail.com.

² Professora no Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: jucimara.b@uninter.com.

Resumen

Trastorno Oposicional Desafiante es un desorden del comportamiento. Se usa para referirse a niños que constantemente discuten ('se oponen') y desobedecen ('desafían') a aquellos que cuidan de ellos, mucho más de lo que normalmente se esperaría. El objetivo principal del presente trabajo es analizar las acciones de familiares y profesores en la atención a niños con Trastorno Oposicional Desafiante. El estudio se justifica por cuanto percibir precozmente las principales características de los niños con TOD auxilia en lo cotidiano, tanto de los propios niños como de padres y educadores. Se sabe que las rabietas, el comportamiento de protesta y desafiante, son normales en niños que están en desacuerdo con algo o alguien; sin embargo, cuando este comportamiento se vuelve excesivo, puede producir malestar en las familias, que necesitan hacerle frente y enseñar que el vivir implica enfrentar retos. Deben controlarse las emociones que, al volverse explosivas, traen preocupaciones sobre cómo lidiar con la agresividad y la negativa de obedecer a reglas de padres y profesores. La metodología del estudio tiene enfoque cualitativo, con investigación bibliográfica. De acuerdo con los resultados de la investigación, el psicopedagogo tiene la responsabilidad de verificar toda la historia y características del niño analizado, para que sea posible concluir un diagnóstico y, de esta manera, definir técnicas de intervención. Así, las acciones psicopedagógicas y terapéuticas necesitan, además de ayudar en la autorregulación de las emociones y comportamientos, trabajar en la prevención de la progresión del TOD para conflictos mayores, que generen problemas de aprendizaje.

Palabras-clave: Trastorno Oposicional Desafiante; escuela; niños.

1 Introdução

O ser humano normalmente estabelece relações e tem necessidade de carinho, atenção e cuidado desde o seu nascimento; quando esse atendimento não lhe é fornecido, a sobrevivência está em risco e a morte acontecerá poucos dias após o nascimento (SILVA, 2017).

A convivência com a comunidade possibilita o aprendizado da língua falada pelo grupo, da sua cultura e costumes; estimula o crescimento e desenvolvimento de maneira saudável e feliz; na comunidade aprende limites e possibilidades, seu potencial e valor (ALENCAR; RESENDE, 2020).

Entretanto, nem sempre um ambiente com condições saudáveis faz parte da vida das crianças. As enfermidades, os problemas físicos ou psicológicos podem ocorrer, o que pode exigir mais cuidados para o seu desenvolvimento e o dos que com elas convivem. Podem surgir situações mais tensas, que demandem mais atenção (CÁCERES; SANTOS, 2018).

Entre os problemas de transtorno neuropsíquico de comportamento está o Transtorno Opositor Desafiador. Existem diversas nomenclaturas para o mesmo transtorno: Transtorno de Oposição (TO); Desafio e Transtorno Opositor Desafiante (DTOD); e Transtorno Opositivo Desafiador (TOD); é com esse último que o presente estudo se apresenta. Independentemente da nomenclatura, o transtorno é definido pela agressividade e tendência a, intencionalmente, incomodar e irritar os outros (AGOSTINI; SANTOS, 2018).

Embora seja verdade que qualquer pessoa possa ser agressiva e irritante de tempos em tempos, para ser diagnosticada com TOD, deve apresentar um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador, com duração de pelo menos seis meses (AMARAL, 2013).

Segundo Teixeira (2017), pode identificar-se por um padrão insistente de comportamento negativista, hostil, desafiador e desobediente, observado nas interações da criança com adultos e figuras de autoridade, como pais, tios, avós e professores.

Muitas vezes o TOD ocorre em comorbidade com outros transtornos, incluindo transtornos de humor, ansiedade, conduta e déficit de atenção/hiperatividade, o que aumenta a necessidade de um diagnóstico precoce e intervenção, para desenvolver ações preventivas junto à criança, família e educadores (MANTOANI, BERGAMO; CORDEIRO, 2019).

O comportamento de uma criança com TOD é muito mais extremo e perturbador do que o normal; no entanto, ocorre com muito mais frequência do que a teimosia infantil, ganância e rebeldia que frequentemente ocorrem em estágios diferentes do desenvolvimento de um infante (SILVA, 2017).

A problemática que orientará a pesquisa teórica é: quais as características típicas e as particularidades das crianças com Transtorno Opositivo Desafiador?

O objetivo principal do presente estudo é analisar as ações praticadas por familiares e professores para dar atendimento às crianças com Transtorno Opositivo Desafiador. Como objetivos específicos, o estudo pretende discorrer sobre o TOD; verificar as principais características das crianças com TOD; informar as ações da psicopedagogia no atendimento das crianças com essa condição.

O estudo justifica-se por quanto perceber precocemente as principais características das crianças com TOD auxilia no cotidiano, tanto delas próprias, como dos pais e educadores. Sabe-se que as birras, comportamento contestador e desafiador são normais em crianças que estão contrariadas com algo ou alguém, porém, quando esse comportamento se torna excessivo, pode produzir desconforto nas famílias, que necessitam lidar e ensinar que o viver tem desafios. Devem ser controladas as emoções que, ao se tornarem explosivas, geram preocupações sobre a forma de lidar com a agressividade e com a recusa de obedecer às regras dos pais e professores.

2 Características do Transtorno Opositivo Desafiador

Transtorno Opositivo Desafiador é um distúrbio de comportamento. Refere-se a crianças que constantemente discutem ('se opõem') e desobedecem ('desafiam') àqueles que

cuidam delas, muito mais do que normalmente seria esperado. Frequentemente, elas têm problemas em casa com os pais e irmãos, na escola com os professores; geralmente têm dificuldade para fazer e manter amigos. A característica definidora é a luta contra o controle.

Segundo as informações do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5*, o Transtorno Opositivo Desafiador tem como característica

[...] um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste por pelo menos seis meses. [...] os comportamentos negativistas ou desafiadores são expressados [sic] por teimosia persistente, resistência a ordens e relutância em comprometer-se, ceder ou negociar com adultos ou seus pares. O desafio também pode incluir testagem deliberada ou persistente dos limites, geralmente ignorando ordens, discutindo e deixando de aceitar a responsabilidade pelas más ações. A hostilidade pode ser dirigida a adultos ou a seus pares, sendo demonstrada ao incomodar deliberadamente ou agredir verbalmente outras pessoas (APA, 2013, p. 12).

De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM)*, da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2009), o diagnóstico requer que a incidência de comportamento desafiador ocorra na maioria dos dias por pelo menos seis meses em crianças menores de 5 anos, ou pelo menos uma vez por semana durante seis meses em crianças maiores de 5 anos.

Entre as características do TOD, a criança apresenta um humor raivoso e irritável, com comportamento questionador e desafiante ou ainda com índole vingativa.

Com grande frequência, perde a calma, sendo sensível ou facilmente incomodada. Muitas vezes questiona as figuras de autoridade, desafia acintosamente, recusando-se a obedecer regras. Outra característica é o de culpar outros por seus erros ou mau comportamento.

Quando mais agressiva, pode apresentar um quadro de malvadeza ou vingança. Outro ponto importante é que esses comportamentos devem se apresentar em lugares públicos, além da escola e em casa (BARLETTA, 2011, p. 27).

O TOD afeta entre 2% e 16% das crianças e adolescentes na população geral e é mais comum em meninos. Estudos mostram que pelo menos 40 por cento das crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) têm TOD coexistente, de acordo com o Learning Assessment and Neurocare Center (LANC) do Reino Unido (DAVIES, 2016).

As crianças podem desenvolver TOD a qualquer momento e, se não forem tratadas, a condição pode levar a problemas mais sérios, como o uso indevido de drogas, crime e doenças mentais graves. Este não é um caso simples de uma criança aprendendo a ser independente — ao contrário, o TOD é um distúrbio sério que requer intervenção médica (CÁCERES; SANTOS, 2018).

O TOD e o transtorno de conduta (TC) são superficialmente semelhantes. Ambos podem causar problemas de comportamento que dificultam o relacionamento com adultos e colegas. Ambos costumam levar as crianças a quebrar as regras. Mas enquanto o TOD é caracterizado pelo desafio à autoridade, o transtorno de conduta o é pelo desejo de violar os direitos dos outros (PAULA; SANTOS, 2015).

No TOD, machucar os outros é geralmente acidental. Uma criança pode gritar com a mãe porque não quer seguir as regras ou bater em um professor que tenta obrigá-la a fazer algo que ela não quer. Com transtornos de conduta, o desejo de ferir e prejudicar outras pessoas é fundamental (PAULA; SANTOS, 2015).

2.1 o TOD e a influência do ambiente sociofamiliar

Em sua obra *O reizinho da casa*, Teixeira (2014, p. 32) — sobre os fatores psicológicos das crianças com TOD —, afirma que aquelas que convivem diariamente com violência, hostilidade e briga dos pais, entendem que essa é a forma correta de se lidar com situações de conflito, “com violência, no grito e na agressividade”; quando estão fora do lar, é assim que vão se comportar, acreditando que isso é “normal”.

Afirma ainda o autor que as crianças com características de TOD podem ter vindo de lares onde as regras e limites — quando pedidos pelos pais e retrucados pelos filhos que apresentam ataques de raiva, choro e briga, por exemplo, na execução das tarefas rotineiras —, a mãe, para não enfrentar a ira dos filhos, retira a ordem e ela mesma faz as ações pedidas; assim, nesse momento, alimenta o comportamento do filho (TEIXEIRA, 2014).

Segundo Teixeira (2014), todas as vezes que a mãe fizer um pedido que desagrade o filho, este assumirá o comportamento aprendido, que será reforçado toda vez que a mãe se desautoriza; assim, o círculo vicioso se mantém. Gomes *et al.* (2017) apontam que há correlação entre a falta de consistência na disciplina e a conduta e comportamento dos filhos que apresentam Transtorno Opositivo Desafiador.

Serra-Pinheiro *et al.* (2004, p. 275) apontam que “fatores associados à evolução de TDO para transtorno de conduta são adversidades familiares e ambientais, tais como ter uma mãe adolescente, mudanças frequentes e possuir um padrasto ou uma madrasta”.

Luiselli (2005) informa que existe um padrão comportamental dos pais, quando se observam famílias que apresentam características de TOD: normalmente são pais imaturos, com nenhuma ou pouca habilidade para lidar com os conflitos da criança, pouco comprometidos com a educação dos filhos, alta incidência de hostilidade e falta de habilidade emocional.

Desta forma, de acordo com o autor, no convívio familiar costumam existir conflitos e presença de psicopatologia parental e depressão materna. Nesse sentido, acrescenta que podem ser divididos em dois níveis, os fatores de interação pai/filho:

1. As habilidades parentais deficientes, como não prestar atenção a sinais significativos da criança (por exemplo, quando está claro o mal-estar), não colocar limites ao comportamento impróprio e não vigiar de forma constante o nível de atividade podem funcionar também como acontecimentos antecedentes que provoquem e mantenham o desafio.

2- As crianças com um TDO e seus pais realizam inúmeros intercâmbios interpessoais que são 'reforçados negativamente'. A pesquisa de Patterson e seus colaboradores, por exemplo, demonstra que quando as crianças atuam de maneira desafiadora, negativa e agressiva para com seus pais, tal comportamento frequentemente produz consequências favoráveis, como o fim das demandas, a retirada da atenção não desejável ou a obtenção de algo agradável (LUISELLI, 2005, p. 42).

O que se observa é que os resultados desses comportamentos são fortalecidos e ocorrerão com maior probabilidade no futuro. Assim também, quando os pais apresentam atitudes mais severas, sendo punitivos ou negativos em suas interações com a criança, visto ser esse comportamento o que induz obediência ou elimina uma fonte de irritação (por exemplo), a criança 'cede'. Com efeito, tanto a criança quanto os pais aprendem a realizar comportamentos negativos e coercitivos quando enfrentam acontecimentos desagradáveis ou aversivos (LUISELLI, 2005).

Teixeira (2014) também aponta as questões familiares como o desencadeamento das condições comportamentais das crianças com TOD. Em ambientes em que falta estrutura familiar, moradia em áreas de grande criminalidade e a falta de regras e limites, pais ausentes, negligentes, agressivos, com pouco comprometimento na educação dos filhos, podem favorecer o aparecimento do transtorno desafiador opositivo.

Estudo elaborado por Bernardo, Silva e Santos (2017) coloca os jogos eletrônicos como um dos responsáveis prováveis da agressividade das crianças e informa que é por volta de 5-6 anos que os primeiros sinais de transtorno desafiador opositor aparecem, idade em que se está formando a personalidade a partir de experiências vividas. Como os jogos e desenhos agressivos estimulam comportamentos violentos e hostis, nessa idade não se têm ainda condições de diferenciar o que é real e o que é somente imagens e ilusão.

Alencar, Gomide e Wzorek (2011) afirmam que jogos e desenhos violentos devem ser controlados para os menores de sete anos, visto que estes têm dificuldade em distinguir a realidade da fantasia, tornando-se, assim, influência negativa às crianças.

2.2 Genética e neurociência

Existem dois elementos considerados como básicos para que se possa compreender a formação do indivíduo: a herança genética e o ambiente. De acordo com estudos, existe uma influência entre o ambiente nos primeiros anos de vida e as características de uma pessoa durante seu percurso até a idade adulta (VELASQUES; RIBEIRO, 2017).

Assim, como afirmam Velasques e Ribeiro (2014), quando as crianças nascem em lares saudáveis e recebem estímulos afetivos, sensoriais e limites, passam a existir conexões neurais que trarão equilíbrio emocional e melhores condições para lidar com as situações no dia a dia e para resolver problemas de forma saudável.

De acordo com Teixeira (2014, p. 30), não há estudos conclusivos que relacionem o TOD com origem genética, porém, há artigos que descrevem uma possível relação familiar em seu desencadeamento, reforçando a ideia “de que o temperamento da criança modula o surgimento do transtorno no futuro”.

Ainda no campo da genética, informam Serra-Pinheiro *et al.* (2004) que uma pesquisa associou os sintomas desafiadores de oposição com o gene DAT (Transportador de Dopamina) em pacientes cuja mãe tivesse fumado durante a gravidez, demonstrando uma interação genético-ambiental. O grau geral de correlação genética com TOD é possivelmente dependente da presença ou não de comorbidades e interações ambientais.

A esse respeito, um estudo feito por Genro (2008) indica que o DAT é uma proteína transmembrana com 620 aminoácidos e faz parte da grande família de transportadores dependentes de sódio e cloreto; desempenha papel fundamental na regulação da neurotransmissão dopaminérgica e, conseqüentemente, na regulação das funções motoras, emocionais, cognitivas e endócrinas. Ainda, segundo o autor, “o DAT é o alvo principal dos psicoestimulantes (cocaína, anfetamina e metilfenidatos), cujos efeitos neuropsiquiátricos corroboram a importância da dopamina e do DAT em muitas doenças neurológicas e psiquiátricas” (GENRO, 2008, p. 32).

Em seu estudo sobre *Bases neurocientíficas do TOD*, Xavier (2012) informa, primeiramente, sobre a ação dos neurotransmissores e suas funções:

Dopamina - controla níveis de estimulação e controle motor em muitas partes do cérebro;

Serotonina - age no humor, na ansiedade e na agressão;

Acetilcolina - controla a atividade de áreas cerebrais relacionadas à atenção, aprendizagem e memória;

Noradrenalina - induz a excitação física, mental e bom humor e glutamato que é o principal neurotransmissor excitante do cérebro, vital para estabelecer os vínculos

entre os neurônios que são a base da aprendizagem e da memória a longo prazo (XAVIER, 2012, p. 31).

No nível de neurociência, Teixeira (2014) ensina que, embora ainda não conclusivos, estudos apontam para

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 nível elevados de testosterona (TEIXEIRA, 2014, p. 29).

Segundo Teixeira (2014, p. 30), alguns fatores biológicos que estão relacionados com as características da própria criança, como por exemplo, “negativismo, déficits neuropsicológicos, memória, dificuldades de linguagem, temperamento, organização, atenção, julgamento e disciplina podem influenciar no desenvolvimento do TOD”.

2.3 Tratamento dos transtornos desafiantes

Para o tratamento dos transtornos desafiantes é necessário o uso de medicação e psicoterapia, embora não exista cura e sim uma melhor forma de lidar com os sintomas que o transtorno apresenta e com o comportamento da criança. Como informa Albuquerque (2013), não existe um tratamento medicamentoso específico para o TOD.

Teixeira (2014) acrescenta que os medicamentos elevam a autoestima, dando qualidade de vida à criança, à sua família, aos amigos, professores e a todas as pessoas que interagem com ela. Essa melhoria favorece o trabalho dos demais profissionais envolvidos com o tratamento e produz melhor eficácia terapêutica e melhor prognóstico.

No que se refere ao tratamento psicossocial, este envolve grande quantidade de estratégias que têm como objetivo a melhoria das relações sociais da criança com seus pais, familiares, professores, orientadores pedagógicos, funcionários da escola e amigos; a psicoterapia cognitivo-comportamental tem, segundo Teixeira (2014), apresentado bons resultados.

Caminha e Caminha (2017) apontam para a prática do treinamento de pais para a mudança nos comportamentos das crianças, visando um ambiente familiar mais harmônico e saudável; desta forma, o processo educacional escolar tem melhores resultados. Almeida (2017) informa que o trabalho é feito com a criança, individualmente, e em reuniões de grupos com os pais. Faz-se atendimento coletivo, visto que os problemas enfrentados são muito parecidos nos lares. Nas duas situações, o terapeuta busca identificar os problemas comportamentais.

Estudos indicam o uso de recompensas positivas para crianças que apresentam um quadro de TOD; desta forma, reforçam-se as ações corretas e alcançam-se objetivos como, por exemplo, terminar as atividades ao mesmo tempo que os colegas, fazer os afazeres de casa ou outras situações em que a criança possa ser elogiada pelas boas ações (PAULO; RONDINA, 2010; TEIXEIRA, 2017; CAMINHA; CAMINHA, 2017).

2.4 O TOD no ambiente escolar

Seja qual for a condição orgânica da pessoa, o meio em que está influi sobre o processo de aprendizagem e nos descobrimentos da sua própria dimensão como sujeito. Com a compreensão de que o ser humano está em constante aprendizado na escola, na interação com pessoas e ambiente, cabe ao professor trabalhar a apreensão das percepções e descobertas que perpassem por quatro conjuntos funcionais: motor, afetivo, cognitivo e pessoal (MANTOANI, BERGAMO; CORDEIRO, 2019).

De acordo com os autores,

Os quatro campos funcionais de desenvolvimento estão interligados e conduzem de forma integrada à evolução do desenvolvimento da pessoa, apesar de haver o predomínio de um campo de acordo com a etapa do desenvolvimento ou idade (MANTOANI, BERGAMO; CORDEIRO, 2019, p. 38).

Pelas suas características, o aluno com TOD trata de ganhar e manter o controle, testando a autoridade ao limite, quebrando regras e provocando e prolongando argumentos. Na sala de aula, isso pode distrair tanto o professor quanto os outros alunos (SANTOS; GONZAGA FILHO, 2018).

As crianças com esse transtorno não prestam muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidado nos trabalhos escolares ou outras tarefas. O trabalho frequentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada (APA, 2013).

Quanto à atenção nas tarefas ou atividades lúdicas, apresentam dificuldades e, muitas vezes, tornam-se ausentes no pensamento, dando a impressão de estarem em outro local e não escutar o que se lhes diz. A organização de tarefas e atividades é também difícil de ser realizada pelas crianças com TOD; as tarefas que exigem um esforço mental constante são sentidas como desagradáveis e acentuadamente aversivas (BARLETTA, 2011).

Normalmente os que têm TOD distraem-se com muita facilidade; estímulos irrelevantes habitualmente interrompem tarefas em andamento, para dar atenção a ruídos ou eventos triviais.

Como informa Genro (2008), o difícil processo do manejo em sala de aula de crianças com TOD costuma provocar emoções também negativas em seus pares, uma vez que estão em desalinho com suas próprias emoções; cabe ao professor não estar com o mesmo sentimento, ou por vezes, até pior. Assim, seguindo as palavras de Cury (2008, p. 211), quando a situação estiver indo para o descontrole deve-se

[...] esperar que a temperatura emocional de quem falhou abaixe; dê um momento para ele respirar, refletir. Espere uma hora, um dia, uma semana, se for necessário. Seja gentil, elogie. Encontre pontos nos quais ele possa ser valorizado, ainda que se tenha dificuldades de encontrá-los. Enfim, conquiste sua emoção. E então aponte os erros, disseque as falhas. Desse modo, os ânimos serão domesticados; as tensões aplainadas e a educação, realizada.

A menos que os professores tenham uma compreensão da TOD e das estratégias apropriadas, o comportamento disruptivo continuará ou aumentará, afetando o ambiente de aprendizado para os alunos e o ambiente de trabalho para os professores (APA, 2013).

Um dos elementos mais importantes da educação é criar um ambiente propício à aprendizagem de todos. Isso não é fácil, na melhor das hipóteses, devido a diferentes estilos de aprendizagem e níveis de habilidade, para não mencionar a presença de condições médicas e o impacto dos problemas de casa.

O planejamento e a preparação são elementos importantes na elaboração de estratégias para que os professores ajudem os alunos diagnosticados com TOD a alcançar resultados de aprendizado bem-sucedidos. Embora uma sala de aula estruturada possa parecer a melhor solução para a maioria das crianças, esse não é o caso frequente das pessoas com TOD (BERNARDO; SILVA; SANTOS, 2017).

Nas palavras de Davies (2016, n. p.),

Os professores geralmente têm muito pouco treinamento em como entender e gerenciar o comportamento disruptivo, apesar da importância de boas técnicas de gerenciamento de sala de aula para a realização, e a existência de várias intervenções que estão reunindo uma considerável base de evidências.

No entanto, o comportamento de um aluno com TOD pode afetar a todos na sala de aula, e ter estratégias implementadas de forma consistente é uma maneira de manter um ambiente de aprendizado positivo.

Paulo e Rondina (2010) acrescentam que, pelo fato de o tema ter sido alvo de estudos mais recentes, dada a importância que lhe é devida, as ações profissionais e as políticas públicas de saúde mental necessitam ser observadas e apoiadas para que se tenham mais informações sobre como lidar com crianças com esses transtornos.

2.5 Psicopedagogia no atendimento das crianças com TOD

Alguns autores informam que muitas crianças que exibem comportamento antissocial, por vezes estiveram expostas a situações consideradas de risco na infância. O ambiente social e familiar é uma causa comum do TOD; o ambiente treina-as para se comportar dessa forma (MAIA; WILLIANS, 2015; TEIXEIRA, 2017; VIEIRA, 2017).

De acordo com Vieira (2017), normalmente crianças punidas de forma abusiva pelos pais, ou quando expostas a modelos violentos na mídia e as que têm costume de brincar com armas de brinquedo, tendem a apresentar maior participação em conflitos envolvendo agressão física.

Sobre o atendimento psicopedagógico de crianças que apresentam o quadro de TOD, Banaschewski *et al.* (2015) informam que a primeira proposta é fazer uma reunião com o aluno e seus pais, no início do ano letivo, para discutir como a escola pode atender às necessidades desse aluno em relação ao TDO.

Isso permite descobrir: os pontos fortes, interesses e áreas de necessidade do aluno; os sintomas específicos do aluno; se este tem quaisquer outros distúrbios associados que precisam ser considerados na escola; estratégias de sucesso usadas em casa ou na comunidade, que também podem ser usadas na escola (BANASCHEWSKI *et al.*, 2015).

Se o aluno estiver tomando medicamentos durante o dia escolar, discutir com os pais os possíveis efeitos colaterais. Devem ser seguidas as políticas e protocolos escolares e/ou jurisdicionais, ao armazenar e administrar medicamentos (TEIXEIRA, 2014).

Ainda de acordo com Banaschewski *et al.* (2015), é importante para o psicopedagogo informar os pais sobre o TOD e como pode afetar o aprendizado e o bem-estar social e emocional da criança. Deve sugerir que os pais e professores leiam, façam perguntas e conversem com profissionais qualificados. Isto aumentará a compreensão e ajudará a tomar decisões para apoiar o sucesso do aluno na escola.

É essencial que o psicopedagogo colabore com a escola e/ou equipe multiprofissional para identificar e coordenar qualquer consulta e dar suporte necessário, como terapeuta comportamental. Deve desenvolver um sistema para compartilhar informações com membros relevantes da equipe sobre a condição do aluno e estratégias de sucesso. Os funcionários da escola que trabalham com o aluno devem ser treinados em gestão de crise e técnicas de intervenção não violenta em crises (CASTRO, 2018).

Castro (2018) acrescenta que o profissional que está cuidando do TDO, e até mesmos os pais, devem saber quais são seus próprios gatilhos para evitar ser arrastados para um padrão de interação negativa com o aluno.

A colocação física do aluno com TDO deve ser escolhida com cuidado (por exemplo, quem colocar ao lado, distrações físicas, espaço para se mover, proximidade do professor). É importante evitar a escolha de um local físico que isole o aluno, pois isso pode tornar os outros alunos menos dispostos e capazes de interagir positivamente com ele (VIEIRA, 2017).

Seguindo a mesma linha de raciocínio para o atendimento, os estudos informam que deve ser antecipada a dificuldade — como o controle da raiva —; a proatividade deve existir no momento de reconhecer os gatilhos, permitindo um planejamento de ação adequado. Deve ser criado um plano de suporte de comportamento em colaboração com a escola / equipe multiprofissional, pais e, se apropriado, o aluno.

A identificação do comportamento da criança pelos familiares é essencial para o processo de intervenção feito por psicoterapeutas; a intervenção define-se por meio de análise de comportamento — que é a ciência que estuda o comportamento humano —, tendo como princípio as técnicas de aprendizagem que produzem alteração no comportamento (MANTOANI; BERGAMO; CORDEIRO, 2019).

Assim, as sugestões de Rossi (2018, n. p.) para os professores e psicopedagogos no atendimento das crianças com TOD são:

- Esteja ciente de que os alunos com TDO tendem a criar lutas pelo poder.
- Evite essas trocas verbais. Evite fazer comentários ou falar sobre situações que podem ser uma fonte de discussão.
- Forneça expectativas claras e específicas de comportamento que o aluno pode seguir. Por exemplo, "Vou seguir as instruções". Use um gráfico para monitorar o progresso durante o dia.
- Seja claro sobre quais comportamentos não são negociáveis e quais as consequências que se seguirão. Seja consistente com as consequências.
- Use solicitações de "início" em vez de solicitações de "parada".
- Solicitações "Faça" são mais desejáveis do que solicitações "não".
- Faça um pedido de cada vez, usando uma voz baixa e, quando estiver próximo, usando o contato visual.

Teixeira (2014) acrescenta que se deve descrever ao aluno o comportamento desejado em termos claros e específicos para reduzir mal-entendidos, evitando entrar em discussão sobre o comportamento. Importante também é que se perceba se as palavras utilizadas para o diálogo ou as tarefas exigidas estão no nível apropriado (por exemplo, não muito difícil, não muito fácil).

De acordo com Mantoani, Bergamo e Cordeiro (2019, p. 38),

compete ao psicopedagogo compreender o desenvolvimento natural dos indivíduos para reconhecer a partir de uma avaliação psicopedagógica indícios de dificuldades que podem levar a comprometimentos na aprendizagem, e, em seguida, determinar instrumentos e práticas para seu atendimento.

Assim, segundo os autores, o psicopedagogo tem como indicação descobrir as condições para a aprendizagem, bem como dar orientação aos familiares e à comunidade educacional, amenizando as dificuldades de aprendizagem e as agitações que o transtorno traz para o dia a dia da criança (MANTOANI, BERGAMO; CORDEIRO, 2019).

No campo escolar, o professor e o psicopedagogo devem apoiar o sucesso acadêmico usando estratégias, como dicas, sugestões, treinamento, incentivos positivos e divisão de tarefas; instrução de ritmo, permitindo uma atividade preferida quando uma atividade não preferida foi concluída; permitir que o aluno refaça as tarefas para melhorar a nota ou pontuação final (TEIXEIRA, 2017; VIEIRA, 2017; ROSSI, 2018).

Outra dica é que se crie uma separação nítida entre os períodos de aula, mas que se mantenha o tempo de transição no mínimo. Minimizar o tempo de inatividade e planejar as transições com cuidado. Alguns alunos precisarão de um plano de suporte de comportamento, que descreve os pontos fortes, necessidades, gatilhos e um plano de intervenção. Quando apropriado, envolva o aluno no desenvolvimento deste plano (TEIXEIRA, 2017; VIEIRA, 2017; ROSSI, 2018).

3 Metodologia

O estudo é de abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica para o referencial teórico; de acordo com Lakatos e Marconi (2007), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de bibliografia publicada, no formato de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita, material impresso e publicações em endereços eletrônicos.

Quanto à questão ética, Prodanov e Freitas (2013) afirmam que o pesquisador deve observar os direitos autorais, sendo fiel às fontes bibliográficas utilizadas no estudo, referenciando os textos.

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 157), a pesquisa pode ser considerada “um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”.

Desta forma, o artigo foi elaborado a partir de textos acadêmicos, material disponível no Google Acadêmico, *The Scientific Electronic Library Online* –SciELO e revistas especializadas *online*. Os textos elucidativos sobre o Transtorno Opositivo Desafiador, se

encontraram com as palavras-chave: ‘Transtorno Opositivo Desafiador’; ‘criança’; ‘escola’; ‘atendimento’; ‘psicopedagógico’.

A pesquisa foi feita no idioma português e em inglês, com as palavras-chave: ‘*Defiant Oppositional Disorder*’; ‘*kid*’; ‘*school*’; ‘*attendance*’; ‘*Psychopedagogical*’; no caso dos textos estrangeiros, utilizou-se o recurso de tradução automática de textos do Google Tradutor.

O método de estudo implicou a leitura integral dos artigos científicos e das monografias publicadas; no caso dos livros impressos e/ou digitalizados, a atenção esteve voltada para os capítulos específicos que pudessem acrescentar material teórico para o presente trabalho.

4 Considerações finais

O presente artigo trouxe a informação de que a oposição é uma atitude normal no desenvolvimento da criança. É até essencial, pois permite que ela se realize como indivíduo e se capacite. No entanto, se a oposição for recorrente e perturbar o equilíbrio familiar, pode ser um transtorno e, mais precisamente, o Transtorno Opositivo Desafiador.

Tendo como objetivo principal fazer a análise das ações praticadas por familiares e professores para dar atendimento às crianças com TOD, pode-se compreender que o intuito teve êxito.

O TOD acarreta mudanças no comportamento social e, em consequência, atrapalha o processo de aprendizagem; é ocasionado por uma combinação de elementos ambientais e biológicos.

Sendo assim, é importante que se faça a verificação todo o histórico e características da criança analisada, para concluir um diagnóstico e, desta forma, traçar técnicas interventivas.

Nem todo comportamento opositor e desafiador é diagnosticado como transtorno; algumas vezes os pais precisam de ajuda para que sejam estabelecidos limites e regras sociais. Apesar de representarem figura de autoridade para os filhos, isso não quer dizer que suas funções sejam punitivas.

É essencial que existam regras firmes e claras, porém flexíveis, que permitam experimentação e possibilidade de escolha, respeito e acolhimento às demandas da criança. É preciso dar liberdade que estimule o processo de crescimento e a construção da individualidade.

Também é necessário que, uma vez feito o diagnóstico clínico por profissionais da saúde, as ações psicopedagógicas e terapêuticas, além de auxiliar na autorregulação das emoções e comportamentos, trabalhem na prevenção da progressão do TOD para conflitos maiores, para evitar problemas de aprendizagem.

Este estudo não se encerra aqui; é essencial que sejam feitas publicações para o conhecimento público sobre o TOD e que sirvam de base para novos estudos acadêmicos.

Referências

- AGOSTINI, V.L.M.L.; SANTOS, W.D.V. Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. *In: Psicologia.pt*. Portal dos psicólogos, 25 fev. 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1175.pdf>. Acesso em: jan. 2021.
- ALBUQUERQUE, R.N. Transtorno de conduta: um olhar na perspectiva psicanalítica de Winnicott. **Síndromes. Rev. Multidisciplinar do Desenv. Humano**, São Paulo, ano 3, n. 1, p. 11-19, jan./fev. de 2013.
- ALENCAR, M. S. O.; GOMIDE, P. I. C.; WZOREK, L. W. A influência do desenho animado violento no comportamento agressivo de crianças. **Rev. Elet. da Fac. Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 62-68, jul./set. 2011.
- ALENCAR, M.I.S.C.; RESENDE, G.S.L. Práticas pedagógicas com crianças que apresentam transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Facisa online**, Barra do Garças – MT, v. 9, n. 1, 2020.
- ALMEIDA, L.G.G. **Efetividade do treinamento de pais no tratamento do transtorno opositor desafiador**. 2017. 23 f. TCC (Curso Lato Sensu em Terapia Cognitivo-Comportamental) – CETCC, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://cetcconline.com.br/wp-content/uploads/2018/09/2017-2-LUIZ-GUSTAVO-GARCIA-DE-ALMEIDA.pdf>. Acesso em: jan. 2021.
- AMARAL, P. **Transtorno de conduta: síndromes diversas**. 1. ed. São Paulo: 2013.
- APA - Associação Americana de Psicologia. **Dicionário Conciso de Psicologia**. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
- APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BANASCHEWSKI, T. *et al.* **ADHD and Hyperkinetic Disorder**. 2. ed. United States of America: Oxford University Press, 2015.
- BARLETTA, J. B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. **Rev. Bras. Ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 2011.
- BERNARDO, M.O.; SILVA, R.T.; SANTOS, M.F.R. Transtorno Desafiador Opositor e a influência do ambiente sociofamiliar. **Rev. Transformar**, Itaperuna-RJ, v. 11, 2017.
- CÁCERES, N.G.; SANTOS, N.G. Conhecendo o transtorno opositor desafiador TOD e estabelecendo relações de aprendizagem escolar. **Revista Philologus**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 72, set./dez. 2018.

CAMINHA, M.G.; CAMINHA R.M. **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

CASTRO, E. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *In: Brasil Escola*, Goiânia, 2018. Disponível em: <http://brasileSCO.la/m14668>. Acesso em: jan. 2021.

Cury, Augusto. **O código da inteligência**: a formação de mentes brilhantes e a busca pela excelência emocional e profissional. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil/Ediouro, 2008.

DAVIES, N. Desordem desafiadora de oposição na sala de aula. *In: Headteacher Update*, Salisbury/London, 07 Jan. 2016. Disponível em: <https://www.headteacher-update.com/best-practice-article/oppositional-defiant-disorder-in-the-classroom/112142/>. Acesso em: jan. 2021.

GENRO, J.P. **O gene do transportador de dopamina e a suscetibilidade genética ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em crianças**. 2008. 112 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Pós-graduação em Genética e Biologia Molecular da UFRGS, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15475/000667582.pdf?sequence=1>. Acesso em: jan. 2021.

GOMES, A.Z. *et al.* Estresse materno e a relação entre crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Revista Uningá**, Maringá-PR, v. 51, p. 107-111, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1341>. Acesso em: jan. 2021.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LUISELLI, J.K. Características clínicas e tratamento do transtorno desafiador de oposição. *In: CABALLO, V. E; SIMON, M. (org.). Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente*: Transtornos específicos. São Paulo: Santos, 2005. p. 39- 55.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto – SP, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2015.

MANTOANI, F.F.S.; BERGAMO, L.P.D.; CORDEIRO, I. A intervenção psicopedagógica escolar em crianças com Transtorno Opositivo Desafiador. **Educação**, Batatais, v. 9, n. 1, p. 29-45, jan./jun. 2019.

PAULO, M.M.; RONDINA, R.C. Os principais fatores que contribuem para o aparecimento de evolução do Transtorno Desafiado Opositivo. **Rev. Cient. Eletron. de Psic.**, São Paulo, v. 1, p. 1-7, 2010.

PAULA, M. D. P.; SANTOS, L. A. Intervenção cognitiva em transtorno de oposição desafiante: um estudo de caso. **RGSN-Revista Gestão, Sustentabilidade e Negócios**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 84-98, jun. 2015.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo - RS: Universidade FEEVALE, 2013.

ROSSI, C. **Transtorno Opositivo Desafiador, da teoria à prática**. [S.l.]: NeuroSaber, 2018. Ebook. Disponível em: www.neurosaber.com.br. Acesso em: jan. 2021.

SANTOS, L. M. S.; GONZAGA FILHO, M. Transtorno Desafiador Opositivo: a agressividade no ambiente escolar. **Rev Cient. Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, ano 3, ed. 2, v. 3, p. 101-119, fev. 2018.

SERRA-PINHEIRO, M.A.; SCHMITZ, M.; MATTOS, P.; SOUZA, I. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-6, dez. 2004.

SILVA, R.C.G. **Transtorno opositor desafiador: como enfrentar o TOD na escola**. 2017. 48 f. Monografia (Especialização em Educação Especial e Inclusiva) - Instituto A Vez do Mestre, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53309.pdf. Acesso em: jan. 2021.

TEIXEIRA, G. **O reizinho da casa**. 1. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

TEIXEIRA, G. **Manual dos transtornos escolares: entendendo os problemas de crianças e adolescentes na escola**. 8. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

VELASQUES, B.B.; RIBEIRO, P. **Neurociência e aprendizagem: processos básicos e transtornos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

VIEIRA, T. M. **Fatores de aprendizagem social, comportamento agressivo e comportamento lúdico de meninos pré-escolares**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017.

XAVIER, C.V. **Bases neurocientíficas do Transtorno Desafiador Opositor em sala de aula**. 2012. 38 f. Monografia (Especialização em Neurociência Pedagógica) - AVM-Faculdade Integrada, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/T207092.pdf. Acesso em: ago. 2018.