

TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL I: ALGUNS APONTAMENTOS

Maria Helena Fenerich Sgargetta¹
Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os desafios didáticos-pedagógicos, com relação à inserção de alunos com Transtorno Opositor Desafiador (TOD) em sala de aula regular, nos anos iniciais do Ensino Fundamental I. Para tanto, buscamos entender como ocorre a inserção do aluno com esse transtorno na instituição escolar, se os professores possuem respaldos legais para atuar com o educando e os desafios que são evidenciados no contexto de ensino. O estudo consiste em uma pesquisa teórico-empírica, com a análise de documentos como a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), os Critérios para o atendimento educacional especializado em Sala de Recursos Multifuncional Tipo I, na Educação Básica (2011), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014), além de entrevista semiestruturada com uma professora e uma orientadora que atuam com um aluno com TOD, bem como a contribuição de autores que embasam nossas compreensões. Evidenciamos que a inserção do transtorno nas políticas públicas inclusivas é essencial, visto que os profissionais da educação não sabem como lidar com essa especificidade em sala de aula regular, logo o aluno não tem suas necessidades atendidas. Constatamos a imprescindibilidade de que mais pesquisas tratem sobre o transtorno, no contexto escolar, a fim de propiciar maior visibilidade ao tema e às possíveis intervenções pedagógicas.

Palavras-chave: Transtorno Opositor Desafiador. Inclusão escolar. Práticas pedagógicas.

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER IN THE INITIAL SERIES OF FUNDAMENTAL EDUCATION I: SOME REMARKS

ABSTRACT

This research aims to analyze the didactic-pedagogical challenges, in regard to the students with Oppositional defiant disorder (ODD) inclusion in a regular classroom, in the Elementary School I, early years. Thus, we seek to understand how student with this disorder integration happens in the school institution, if the teachers have legal support to work with the student and the challenges that are evidenced in the teaching context. This work consists of a theoretical-empirical research, through the documents analysis such as the The National Special Education Policy from the Perspective of Inclusive Education (2008), the criteria for specialized educational assistance in the Type I Multifunctional Resource Room, in Basic Education (2011), the Mental Disorders, DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual (2014), in addition to a semi-structured interview with a teacher and an advisor who work with a student with ODD, as well as the authors contribution who base our understandings. We show that this disorder insertion in inclusive public policies is fundamental, since education professionals do not know how to deal with this specificity in a regular classroom, consequently the student does not have his needs met. We note the need for more research to deal with this disorder, in the school environment, in order to provide greater visibility to the theme and possible pedagogical interventions.

Keywords: Oppositional defiant disorder. School inclusion. Pedagogical practices.

¹Acadêmica do curso de Pedagogia na Universidade Estadual de Maringá/PR (UEM). E-mail: mariasgar28@gmail.com

² Professora orientadora. Docente do Departamento de Teoria e Prática da Educação (DTP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: garalencar@uem.br

INTRODUÇÃO

A escola é o local em que o conhecimento científico é transmitido e o acesso aos bens culturais, historicamente produzidos pelo homem, é visto como um veículo que pode oportunizar a ascensão social e contribuir para o desenvolvimento das máximas capacidades humanas. Contudo, para apreendermos o que perpassa nesse cenário, faz-se necessário considerarmos vários condicionantes, ou seja, analisarmos os determinantes sociais, apreciando as analogias com as dimensões políticas, econômicas e sociais da sociedade. Isso porque são muitos os desafios a serem superados³ dentro da instituição escolar, os quais perpassam desde a não apropriação do código da língua escrita até as dificuldades evidenciadas quanto a aprendizagem e comportamentos, por exemplo. Atualmente, se direcionarmos nosso olhar para as políticas públicas de educação, constataremos que leis e ações foram traçadas e implementadas com o objetivo de superar os desafios que se impõem.

Hoje, a sala de aula é um palco para alunos oriundos de diferentes lugares, com histórias, interesses, condições físicas, psíquicas, sociais e cognitivas distintas, que apresentam as mais diversas dificuldades ou inabilidades sociais. Para atender à parcela de alunos que destoam biologicamente, psiquicamente e socialmente daquilo que é concebido como padrão de normalidade, várias leis foram criadas e implementadas, em âmbito nacional, a fim de respaldar o atendimento educacional com vistas à inclusão de todos, sem distinção. Dentre os documentos que regulamentam a educação inclusiva, podemos citar a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, formulada pelo o Ministério da Educação (MEC), em 2008⁴, que normatizou “o acesso, a participação e a aprendizagem dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares [...]” (BRASIL, 2008, p. 10).

Entretanto, cabe-nos uma reflexão: apenas as políticas públicas traçadas a nível federal são suficientes para atender as especificidades e demandas estaduais e municipais? Apenas o público alvo citado na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEE) necessita de atendimento educacional especializado (AEE)?

Com essa premissa, o governo do Estado do Paraná traçou e implementou políticas estaduais, com intuito de atender as especificidades dos alunos que não estavam se beneficiando

³ Fala da profa. Dra. Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar na disciplina de Formação e Ação Docente: Práticas de Ensino nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental I, UEM, 2019.

⁴ Durante a elaboração desse texto, o MEC lançou a Política Nacional de Educação Especial Equitativa, Inclusiva e com aprendizado ao longo da vida, 2020.

da dinâmica da escola de forma satisfatória. Portanto, por meio da instrução nº 016/2011, são considerados como alunos de AEE não apenas os citados na política nacional, mas os que apresentam transtornos funcionais específicos (TFE). Os transtornos funcionais específicos mais comuns citados nessa instrução são: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, dislalia, discalculia, disgrafia, dislexia, disortografia e falha de processamento auditivo.

Isto posto, vale pontuar que dentre as diversas patologias e necessidades educacionais especiais que estão chegando à escola, encontramos também o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), definido cientificamente como “um transtorno disruptivo, caracterizado por um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil” (SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004, p. 273). De acordo com essa definição, a criança diagnosticada com o transtorno pode ter como característica dificuldade de cumprir regras, manifestar comportamentos que incomodam as pessoas ao seu redor, envolver-se em constantes discussões com os adultos, perder o controle quando não tem seus desejos satisfeitos, dentre outros.

Dessa forma, considerando as inúmeras variáveis que se fazem presentes nas escolas, no que diz respeito aos alunos que necessitam de um olhar diferenciado, os problemas que norteiam esse estudo são: *Como o aluno com TOD é inserido na instituição de ensino? Que respaldos são dados aos professores? Quais os principais desafios evidenciados no contexto institucional?*

A fim de investigar essa temática e responder a essas questões, traçamos como objetivo geral: analisar os desafios didáticos-pedagógicos, com relação à inserção de alunos com Transtorno Opositor Desafiador em sala de aula regular, nas séries iniciais do Ensino Fundamental I. Como objetivos específicos, delimitamos: verificar as possibilidades e percalços das ações docentes na dinâmica de ensino em sala de aula com aluno com TOD; descrever como os professores observam a apropriação dos saberes escolares por parte dos alunos com TOD.

Para tanto, desenvolvemos um estudo de caráter bibliográfico e de campo, contemplando as contribuições de Agostini e Santos (2017), Monteiro e Melo (2018), Silva (2017), Serra-Pinheiro *et al.* (2004), APA (2014), Braga *et al.* (2019), dentre outros. O estudo de campo se efetivou por meio de entrevista semiestruturada direcionada a uma orientadora pedagógica e uma professora regente.

Para melhor encaminhamento didático, organizamos as seções que compuseram esse estudo descrevendo a conceituação histórica sobre o TOD, a qual compreende sua caracterização, origem, avaliações diagnósticas e intervenções, seguido das políticas públicas inclusivas que amparam legalmente o trabalho educacional com os deficientes, TGD e altas

habilidades/superdotação. Em seguida, os resultados e análises advindos das entrevistas e das articulações teóricas, culminando em algumas considerações sobre o estudo.

Esperamos, ao final desse estudo, contribuir com possíveis reflexões dos profissionais da área da educação que atuam com aluno com TOD, bem como incitar a produção de estudos e pesquisas no campo acadêmico que contemplem a temática.

1 TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR

Para fins de definição do TOD, utilizamos a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os quais correspondem às diretrizes diagnósticas de caráter nosológico que classificam as doenças e os transtornos mentais. Ressaltamos que tais manuais servem de respaldos para os profissionais da saúde, no estabelecimento de diagnósticos fiéis aos sintomas apresentados por seus pacientes, inexistindo quaisquer relações pedagógicas nesses documentos.

O TOD encontra-se na classificação F91.3 do CID-10⁵, sendo conceituado 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 dissociadas graves (CID-10, 2012, p. 372 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017, p. 4).

Quanto ao DSM, o transtorno faz parte da nosologia psiquiátrica americana desde a sua terceira versão, estando situado no DSM-5 na categoria dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, que engloba todos os transtornos mentais que apresentam dificuldades de controle do comportamento e das emoções. Dessa forma, o TOD é definido na classificação do DSM-5 sob o nº 313.81 como:

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 (APA, 2014, p. 462).

No que diz respeito às características sintomáticas do transtorno, termo que corresponde às manifestações de dada doença, o qual auxilia o profissional da área a determinar o diagnóstico (DICIO, 2020), o DSM-5 descreve que há ocorrências do humor raivoso/irritável e frequente perda da calma; frequente sensibilidade ou incomodação; e frequente manifestação

⁵ O CID já apresenta uma nova versão: CID-11, mas em decorrência da pandemia do Sars-Cov-2, não tivemos condições de acesso.

de raiva ou ressentimento. Com relação ao sintoma questionador/desafiante, é englobado a frequente confrontação a figuras de autoridade ou a crianças, a adolescentes e a adultos. Ainda, apresenta comportamentos de desafio ou recusa ao cumprimento de regras ou a pedidos de figuras de autoridade; incomoda pessoas ao redor; e amiúde atribui seus erros e comportamentos indesejados às pessoas alheias. Vale destacar que a manifestação da índole vingativa inclui como ocorrência a maldade e a vingança, apresentando incidência ao menos duas vezes nos últimos seis meses (APA, 2014).

Silva (2017) concorda com a descrição apresentada pelo manual e acrescenta que o TOD manifesta comportamentos antissociais, o que torna difícil a proximidade de seus pares e adultos. Outro tipo de sintoma do indivíduo com o transtorno consiste na agressão aos familiares, por meio da ação contrária ao que se espera que ele faça.

Monteiro e Melo (2018) também destacam outras características apresentadas pela pessoa com TOD, tais como a não aceitação do erro e a não compreensão sobre estar suscetível a errar, criando conflitos nos grupos dos quais faz parte, por considerar apenas sua concepção como verídica.

Braga *et al.* (2019) atribuem aos sintomas do transtorno a dificuldade do indivíduo em lidar com limites e regras, trazendo consigo a irritabilidade, a agitação, a impulsividade, a desatenção e a negatividade. Outros autores como Paulo e Rondina (2010) e Serra-Pinheiro *et al.* (2004) comungam de uma mesma definição do transtorno, de que apresenta sintomas padronizados de desobediência, de hostilidade, de enfrentamento a adultos, de dificuldades de submissão às regras e perda do controle.

Considerando esse conjunto de sintomas, o DSM-5 descreve que as características sintomáticas do TOD podem ser apresentadas por pessoas que não possuem tal transtorno. Por isso, é importante o preenchimento de ao menos quatro sintomas característicos e com duração mínima de seis meses, sendo necessário observar a insistência e a frequência dos comportamentos, considerando que eles devem extrapolar aos condizentes para a idade, gênero e cultura da pessoa.

De acordo com esse manual, os comportamentos sintomáticos, na maioria das vezes, pertencem a um padrão de interações problemáticas do indivíduo com as demais pessoas. Assim, ele não assume ser raivoso, opositor e desafiador, justificando seus atos como respostas às situações e exigências do momento. Desse modo, é difícil para o profissional especializado “estabelecer a contribuição relativa do indivíduo com o transtorno para as interações problemáticas que ele vivencia” (APA, 2014, p. 463), ou seja, é difícil entender se os sintomas ocorrem devido às interações do indivíduo com seu meio familiar, escolar, social, dentre outros

ou constituem-se como comportamentos próprios dele. A separação desses potenciais fatores causais, que possam contribuir para o aparecimento dos comportamentos, não devem interferir no estabelecimento do diagnóstico ou na exclusão dele.

Com relação à prevalência do TOD, o DSM-5 apresenta que o transtorno é mais comum em meninos antes da adolescência e estima-se que ele atinja 3,3% dos indivíduos de ambos os gêneros. O documento afirma ainda que o TOD surge na idade pré-escolar, podendo, raramente, apresentar-se na adolescência. Segundo o manual, o transtorno pode ser observado com maior incidência em países com várias raças e etnias.

Serra-Pinheiro *et al.* (2004) pontuam que o transtorno atinge 6% das amostras retiradas da comunidade de seu estudo e as chances de evolução para o Transtorno de Conduta (TC) são consideradas um fator de risco, estando entre 2,7% e 40% em meninos. Porém, as chances de o TOD estabilizar, ao ter associado o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, a partir dos 4 anos de idade, corresponde a 57% de uma amostra de crianças.

Nesse viés, estudos como de Agostini e Santos (2017) comprovam que a prevalência é variável, visto que, se observarmos os índices, há oscilação dependendo da idade e gênero dos indivíduos. Os autores apontam, ainda, que sua manifestação ocorre antes da puberdade e com mais frequência em meninos, mas, ao manifestar na puberdade, as proporções são mais similares em ambos os sexos (CABALLO; SIMÓN, 2015 *apud* AGOSTINI; SANTOS, 2017).

A respeito da manifestação do TOD, o DSM-5 descreve que os primeiros sintomas surgem em idade pré-escolar, sendo raros os casos de aparecimento na adolescência. Quanto a isso, Agostini e Santos (2017) concordam com o manual, pois que entendem que o transtorno se manifesta antes dos oito anos de idade e que há grandes chances de evolução para o TC. Além disso, depois da evolução para o TC, os autores indicam que cerca de 10% dessas crianças desenvolvem o Transtorno de Personalidade Antissocial.

Silva (2017) enfatiza que o transtorno se manifesta em torno dos oito anos de idade e está presente em 6% das crianças e adolescentes. Valle (2015) destaca que, se o diagnóstico ocorrer antes dos oito anos de idade, as chances de evolução para o TC são maiores. Portanto, quanto mais precoce a manifestação dos sintomas, maiores as probabilidades de o quadro evoluir para o TC. Ainda, se o TOD não for devidamente tratado, as chances de evolução para o TC correspondem a 75%.

Monteiro e Melo (2018) também sinalizam que os sintomas manifestam em crianças de 6 a 12 anos, podendo vir a aparecer em qualquer etapa da vida. Os critérios diagnósticos do transtorno especificam que os sintomas devem ser observados por, no mínimo, seis meses e na

presença de um adulto que não seja um irmão, pois os irmãos costumam se relacionar de forma semelhante aos comportamentos decorrentes de alguns transtornos.

No que concerne à frequência com que os sintomas ocorrem, o DSM-5 define que, para as crianças abaixo dos cinco anos de idade, as características sintomáticas devem ocorrer todos os dias por no mínimo seis meses. Nas crianças acima de cinco anos, os sintomas devem ocorrer pelo menos uma vez na semana e num período de seis meses. Observada a frequência da manifestação sintomática juntamente com a intensidade, com o nível de desenvolvimento, com o gênero e com a cultura do indivíduo, é possível fazer a distinção entre um comportamento dentro do limite de normalidade ou um comportamento sintomático.

Quanto aos níveis de gravidade que o TOD pode apresentar, o DSM-5 descreve que estes são: leve, moderado e severo. No nível leve, a criança ou adolescente manifesta os sintomas em apenas um ambiente. Já no nível moderado, o indivíduo apresenta ocorrências em dois ambientes. E no nível severo, os sintomas são observados em três ou mais ambientes.

1.1 QUANTO À ORIGEM DO TOD

Acerca da origem do TOD, autores como Paulo e Rondina (2010) afirmam que há escassez de estudos sobre o surgimento do transtorno, bem como a inexistência de uma teoria geral que descreva suas causas, isto é, sua etiologia. O que encontramos na literatura científica é que o transtorno pode sofrer influências de muitas variáveis, na medida que se mantém e se adapta por meio das trocas mútuas estabelecidas entre o indivíduo e os adultos de seu contexto. Dessa forma, ao pensar nas causas do TOD, é necessário observar as características desse indivíduo e de seus pais, além das situações que influenciam a qualidade das interações entre eles.

Para complementar, Agostini e Santos (2017), em consonância com Paulo e Rondina (2010), quanto a inexistência de estudos que abordem a origem do transtorno, citam Barlow e Durand (2015) para sinalizar a importância de atentar-se às questões de ordem biológica e aos fatores psicossociais como causadores dos transtornos psicológicos. Dessa forma, de acordo com Paulo e Rondina (2010), crianças que possuem comportamentos como reações emocionais extremas, falta de atenção, irritabilidade crônica e impulsividade, podem desenvolver sintomas de oposição e tais comportamentos podem estar relacionados a uma base genética ou constitucional, por fazerem parte do temperamento infantil.

Características comportamentais tais como a hostilidade, a labilidade⁶, a falta de experiência para educar os filhos, a imaturidade, a depressão materna, a existência de psicopatologia parental e os conflitos conjugais estão presentes em famílias com crianças diagnosticadas com TOD. Nesse sentido, se os pais respondem e se comportam de igual modo à conduta de desafio e oposição dos filhos, os comportamentos podem aumentar.

Para efeitos de diagnóstico, o DSM-5 aponta como fatores de riscos do TOD os fatores temperamentais, os ambientais, os genéticos e fisiológicos. O manual explica que os fatores temperamentais são relacionados à regulação emocional do indivíduo; os fatores ambientais se voltam para a forma de criação dos filhos, os quais podem envolver práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes; e, enfim, os fatores genéticos e fisiológicos, que correspondem aos marcadores neurobiológicos, porém sem uma clareza de quais marcadores são específicos do transtorno.

Serra-Pinheiro *et al.* (2004), nessa mesma linha de raciocínio, também afirmam que a criança com o transtorno geralmente possui disfunções familiares, escolares, sociais e econômicas. Silva (2017), em conformidade com Paulo e Rondina (2010) e Agostini e Santos (2017), entendem que o TOD pode derivar de múltiplos fatores, mas salientam que não há estudos conclusivos que possam especificar qual(is) causa(s) é(são) determinante(s) para o seu aparecimento. No entanto, indicam alguns fatores que podem ser encontrados em famílias que possuem crianças com TOD:

Complicações pré e perinatais; complicações da gravidez e do parto; prematuridade e baixo peso ao nascer, lesões ou complicações cerebrais menores; Psicopatologia e comportamento criminoso na família: comportamento criminoso, personalidade antissocial e alcoolismo em um dos genitores; Histórico familiar de personalidade antissocial, abuso de drogas, TDHA, transtorno de humor, transtorno de aprendizagem; Desempenho materno e paterno deficiente: comunicações coercitivas dos pais aos filhos; disciplina inconsciente, punição severa ou física e pai/mãe permissivos ou excessivamente controladores; Supervisão deficiente: poucas regras e falta de supervisão; Perturbação das qualidades das relações familiares: pouca aceitação dos filhos por parte dos pais; falta de calor humano, afeição, apoio emocional e apego; Discórdia conjugal: conflitos e/ou violência doméstica; Tamanho da família: família muito grande; Irmãos com comportamento antissocial (especialmente irmão mais velho); Desvantagem sócio econômica: pobreza, excesso de pessoas no lar, desemprego, habitação precária, estresse financeiro e falta de apoio. (GONÇALVES, 2014, p. 8 apud SILVA, 2017, p. 20).

O que se pode verificar é que existem muitas discussões sobre a origem do TOD, porém sem resultar em estudos que comprovem uma única etiologia. Até o momento, o que há são

⁶ A labilidade é um adjetivo que remete a algo ou alguém instável, variável ou adaptável emocionalmente. (DICIO, 2020).

suspeitas derivadas de comparações realizadas com indivíduos diagnosticados, podendo ter ou não associado outros transtornos.

1.2 O QUE CONSIDERAR NAS AVALIAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Definir a origem de um transtorno não é tarefa fácil, pois estamos considerando diversos indivíduos singulares e que advêm de diferentes contextos. Por isso, é importante o estudo em meios sociais distintos.

No que concerne as avaliações diagnósticas, o DSM-5 aponta que é importante observar os ambientes nos quais o indivíduo apresenta os sintomas, visto que, comumente, os comportamentos sintomáticos aparecem em casa, com pares ou adultos, por meio das interações estabelecidas entre os sujeitos, podendo não ocorrerem em um exame clínico, por exemplo. Em outras palavras, é comum a manifestação dos sintomas apenas com pessoas de seu cotidiano, mas na presença de um médico, uma figura desconhecida para o indivíduo, não ocorra tais manifestações. Entretanto, algo importante apontado no manual são as manifestações sintomáticas em ambientes que anteriormente não eram apresentadas, constituindo em um indicador de gravidade do transtorno.

Nesse sentido, é essencial a realização de uma avaliação para estabelecer ou descartar o diagnóstico de TOD. De acordo com Teixeira (2014 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017), para estabelecer um diagnóstico correto do transtorno são necessárias investigações clínicas feitas por meio da avaliação do indivíduo em ambientes tanto familiar quanto escolar.

Na avaliação familiar, é importante atentar-se aos comportamentos dos pais, suas atitudes e as formas adotadas para a criação de seus filhos. Outro ponto dessa avaliação condiz em identificar como ocorre a interação social e a comunicação da família em questão, bem como fazer um levantamento histórico quanto aos transtornos comportamentais, à agressividade, à violência, ao alcoolismo e ao consumo de drogas dessa família. Já na avaliação escolar, Agostini e Santos (2017) pontuam a importância de se investigar o desempenho dessa criança, diante do cenário de reprovações, e também o comportamento dela nesta instituição, sua interação com os colegas, professores e demais funcionários.

Portanto, tanto o ambiente familiar quanto o ambiente escolar devem ser contemplados na avaliação, pois assim é possível realizar um diagnóstico correto para que possam ser feitas intervenções precoces de forma adequada.

1.2.1 Diagnósticos diferenciais

Conforme descrito até o momento, os comportamentos opostos e desafiadores são as principais características de uma pessoa com TOD. mas deve-se considerar a possibilidade de diagnósticos diferenciais. O DSM-5 sinaliza a possibilidade de evolução ou desenvolvimento do transtorno de conduta, transtorno de ansiedade, transtorno depressivo maior e de transtornos por uso de substâncias.

Nessa perspectiva, os riscos da evolução para o TC, na maioria dos casos, convergem para os sintomas questionadores, desafiadores e vingativos, enquanto os sintomas de humor raivoso/irritável abrem a possibilidade de desenvolvimento para os transtornos emocionais.

Em seguida, o DSM-5 apresenta que a diferença do TOD quanto ao TC, apesar de manifestarem comportamentos semelhantes, ocorre devido o TOD não apresentar comportamentos graves, ou seja, não apresentar violências contra animais ou pessoas, furtos, nem defraudação ou destruição de patrimônios. Outro quesito diferencial do transtorno é ele estar relacionado à desregulação emocional, o que não caracteriza o TC.

De acordo com o DSM-5, os transtornos depressivos e bipolar são diferentes do TOD por apresentarem, frequentemente, irritabilidade e afeto negativo. Assim, se esses sintomas apresentarem apenas durante um transtorno de humor, o diagnóstico de TOD não deve ser traçado.

Com relação o transtorno explosivo intermitente, o documento apresenta que o TOD se diferencia deste, pois não envolve agressões às pessoas.

O transtorno disruptivo da desregulação do humor possui como diferencial do transtorno em questão a intensidade superior de humor negativo crônico e as explosões de raivas. Assim, se já foram preenchidos os critérios do transtorno disruptivo da desregulação do humor, o TOD não deve ser traçado, mesmo que também preencha seus critérios (APA, 2014).

Nos casos de deficiência intelectual, o manual afirma que o TOD só é averiguado se os comportamentos de oposição forem considerados superiores “do que aquele que em geral se observa entre indivíduos com idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual” (APA, 2014, p. 466).

Quanto ao transtorno de linguagem, o manual afirma que esse transtorno se diferencia do TOD devido à falta de capacidade de seguir comandos, consequência de uma modificação na compreensão da linguagem. Outro aspecto contemplado no manual diz respeito ao transtorno de ansiedade social ser diferente do transtorno em questão, por não fazer parte de seus sintomas a recusa proveniente do medo de uma avaliação negativa.

Para além dos diagnósticos diferenciais, também é importante considerar a possibilidade de comorbidades. Nessa ótica, Agostini e Santos (2017), Serra-Pinheiro *et al.* (2004), Silva (2017) e Monteiro e Melo (2018) citam o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) como uma comorbidade. Em relação a transtornos em concomitância com o TOD, o DSM-5 descreve a ocorrência do TC e que, independentemente da presença Transtorno de Conduta, há grande risco de desenvolvimento de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior. Neste sentido, Caballo e Simón (2015 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017) acrescentam que podem ser observados a ocorrência simultânea entre o TOD e o transtorno de aprendizagem e de comunicação. Teixeira (2014 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017) complementa que é encontrado juntamente ao TOD o transtorno bipolar do humor.

Autores como Agostini e Santos (2017) afirmam ser essencial a identificação do TOD comparado a outros transtornos e aos transtornos que aparecem concomitantemente. Dessa forma, o DSM-5 descreve que se o TDAH se apresenta comórbido ao transtorno em questão, devem ser feitos dois diagnósticos, diferenciando ambos. Portanto, é preciso especificar que a falta de obediência, quanto as solicitações apresentadas aos indivíduos, não ocorre apenas em situações que demandam atenção e esforços em grandes períodos de tempo ou em relação a permanência dele quieto.

No que tange ao tratamento e intervenção do transtorno, temos que pode ser feito de várias formas:

Tratamento medicamentoso. – Antipsicóticos ou Neurolépticos. – Estabilizadores do humor. – Psicoestimulantes. – Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina. – Tratamento Psicossocial. – Psicoterapia cognitivocomportamental. – Terapia Familiar. – Psicoeducação Familiar. – Treinamento dos pais. – Psicoeducação Escolar. – Intervenções Escolares (TEIXEIRA, 2014, p. 44-50 apud SILVA, 2017, p. 25).

Dito isso, Silva (2017) acrescenta que para o tratamento do indivíduo com TOD, faz-se necessário uma equipe especializada, pois é preciso levar em consideração vários quesitos.

Considerando o exposto, fica evidente que o diagnóstico do transtorno envolve a análise de vários aspectos que vêm sendo trabalhados no decorrer deste estudo. Esses aspectos são de suma importância tanto para traçar o diagnóstico quanto para prescrever os tratamentos necessários.

1.2.2 Das intervenções farmacológicas às psicopedagógicas

No que concerne as intervenções do TOD, observamos a medicamentosa ou farmacológica como uma delas. A esse respeito, Serra-Pinheiro *et al.* (2004) são alguns dos autores encontrados na literatura científica que abordam estudos sobre os medicamentos usados em sintomas do transtorno. Em seus escritos são citados estudos de Kolko *et al.* (1999 apud SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004) indicando que o *metilfenidato* diminuía os sintomas de oposição em pacientes com TOD grave. Ainda, esse mesmo medicamento diminuía em 63% os sintomas do transtorno em pacientes com TDAH comórbido. Outro medicamento descrito por Serra-Pinheiro *et al.* (2004) é a *clonidina*, que atua na diminuição dos sintomas agressivos do TOD. Para Campbell (1984 apud SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004), o *haloperidol* e o *lítio* são medicamentos que podem ser usados em casos que envolvem a agressão como sintoma. Já o *valpróico* foi testado em pacientes com o transtorno que possuía características sintomáticas de explosão e labilidade de humor, respondendo bem ao teste. A *risperidona* teve bons resultados na promoção da calma e adesão desses pacientes. A *bupiriona* teve resultados consideráveis para o tratamento do TOD. Diante do exposto, vale ressaltar que Serra-Pinheiro *et al.* (2004) salientam não haver testes sistematizados que comprovem a eficácia desses medicamentos para o tratamento do transtorno.

Caponi (2018) contribui ao pontuar em seu estudo que a *risperidona* é um psicofármaco potente e considerado o mais eficaz no tratamento do transtorno, porém englobando vários efeitos já conhecidos.

Teixeira (2014 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017) afirma que há comprovação da eficácia de alguns medicamentos utilizados no tratamento do TOD, que possuem a função de diminuir os sintomas de impulsividade, de raiva e de agressividade, atuando como um tratamento paliativo que proporciona melhor qualidade de vida tanto para a criança como para a família e as pessoas de seu convívio. A exemplo, o autor citou a *risperidona*, a *quetiapina*, o *ariprazol*, o *carbonato de lítio*, o *divalproato de sódio*, a *carbamazepina*, a *oxcarbazepina*, a *lamotrigina*, o *topiramato*, o *metilfenidato*, a *lisdexanfetamina*, a *fluoxetina*, a *sertralina*, a *paroxetina*, o *citalopram*, o *escitalopram* e a *venlafaxina*.

Ao tratar da intervenção psicoterapêutica, Serra-Pinheiro *et al.* (2004) citam que as terapias cognitivas passaram a assumir maior destaque no tratamento do TOD e o Tratamento de Manejo Parental, tipo de terapia cognitivo-comportamental, trouxeram resultados positivos nos pacientes. Essa terapia tinha como fim “modificar o comportamento da criança por meio da alteração na forma dos pais lidarem com a criança” (SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004, p.

275). Caponi (2018) concorda com Serra Pinheiro *et al.* (2004) ao pontuar que o tratamento para os transtornos disruptivos pode se dar pelo ‘manejo parental’, relacionada à terapia cognitivo-comportamental.

Deakin e Nunes (2008 apud AGOSTINI; SANTOS, 2017), entendem que a psicoterapia psicanalítica infantil também pode fazer parte do tratamento, pois tem o objetivo de melhorar os sintomas, de trazer modificações comportamentais, de alterar a estrutura da personalidade em partes e de retomar os impulsos próprios do desenvolvimento normal da criança.

Já a intervenção psicossocial, tratada por Agostini e Santos (2017), aborda um conjunto de estratégias que promovem na criança uma qualidade melhor de vida, visto que melhora as condições de suas relações sociais em âmbitos familiares, escolares e sociais. Nesse sentido, Rangé (2011), Teixeira (2014) e Caballo e Simón (2015) (apud AGOSTINI; SANTOS, 2017) discorrem sobre a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento do TOD e trazem como procedimentos o treinamento de pais, a terapia familiar, a psicoeducação familiar, a psicoeducação escolar e as intervenções escolares. Entretanto, nos estudos citados acima são mencionados esses tipos de procedimentos, mas sem adentrar em suas especificidades.

No que concerne às intervenções pedagógicas para o aluno com TOD, vale ressaltar que não encontramos na literatura científica pesquisas que fazem inferência às intervenções da área educacional, especificamente. O que foi encontrado são autoras, como Monteiro e Melo (2018), afirmando que esses educandos possuem resistência quanto aos conteúdos ensinados na escola e que para isso é necessário promover uma mudança multidisciplinar, englobando a mediação, o suporte escolar e a terapia comportamental nesse processo. Todavia, discordamos dessas autoras ao afirmarem que o aluno com TOD possui resistência aos conteúdos escolares, uma vez que o transtorno apresenta comportamentos desafiadores e opostos em relação aos que estão em sua volta, e não especificamente aos saberes escolares.

As autoras citam, de forma sucinta, como estratégia a necessidade de o professor buscar trabalhar questões que levistem o interesse desse aluno, evitando os questionamentos e conflitos acarretados por ele e mantendo sempre a postura condizente de educador. Outra estratégia citada é o estabelecimento de combinados com esse discente, enfatizando os benefícios caso eles sejam cumpridos e os prejuízos caso sejam descumpridos.

Ainda, a fim de modificar o comportamento dessa criança, Monteiro e Melo (2018) salientam que o professor pode trabalhar com a ludicidade nas aulas, levando jogos e brincadeiras que ajudem o educando com TOD a lidar com seus conflitos e a comportar-se

adequadamente. Mas, nem sempre esses recursos podem ser agradáveis, dependendo do grau do TOD.

2 O QUE DIZEM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

As políticas públicas inclusivas, presentes no nosso país, foram elaboradas no decorrer de um longo processo histórico e tiveram como base documentos internacionais e nacionais, os quais previam mudanças conceituais, de atitudes, de comportamentos e de práticas pedagógicas, com vistas a garantir uma educação de qualidade, sem discriminar pessoa alguma.

Dito isso, o primeiro documento que compreende todas as parcelas populacionais existentes no mundo e reconhece direitos humanos universais corresponde à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A partir dela, e no que diz respeito especificamente às pessoas com necessidades especiais, destacamos três documentos: a Declaração de Jomtien (1990), a Declaração de Salamanca (1994) e a Convenção de Guatemala (1999). Esses documentos subsidiaram as políticas públicas nacionais que versam e orientam as práticas pedagógicas e sociais para com os indivíduos com necessidades especiais e deficientes.

Voltando aos documentos orientadores das políticas públicas nacionais no Brasil, de modo geral, podemos afirmar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi resultante da Assembleia Geral das Nações Unidas no ano de 1948 e foi considerada um grande marco na história. Sua importância advém da afirmação de que todas as pessoas são livres e iguais e possuem os mesmos direitos, independentemente de suas especificidades. Assim, podemos afirmar, mediante este documento orientador, que as pessoas com deficiências possuem os mesmos direitos das pessoas ditas normais, quanto a liberdade, a dignidade, a educação, ao desenvolvimento social e pessoal, bem como na participação da vida comunitária (BRASIL, 2004).

Quando olhamos o cenário histórico, nem sempre essas pessoas tiveram um lugar na sociedade. Dessa forma, podemos afirmar que esses indivíduos passaram por três momentos significativos, ao observamos a sociedade e a forma como esta compreendia e legitimava o atendimento a eles. De acordo com Rodrigues e Lima (2017), tivemos um período de total exclusão, no qual essas pessoas eram exterminadas; tivemos um período de segregação, em que essas pessoas eram encaminhadas para instituições totalmente fora da sociedade; tivemos um período no qual iniciou a integração a sociedade, por meio de instituições especializadas que começaram a se fazer presente em nosso país. A partir de então, a medida que a ciência avançou e as pesquisas aumentaram, começaram a surgir críticas ao atendimento dessas

peessoas. A sociedade começou alterar o seu olhar e compreensão para com as pessoas com deficiência ou necessidades especiais. Avançando nessas questões, chegamos no momento atual, em que lutamos por uma perspectiva de inclusão para todos os indivíduos. Essa luta teve como amparo legal documentos e acordos internacionais ocorridos principalmente na década de 90 do século XX.

A Declaração de Jomtien, por exemplo, derivou da Conferência Mundial sobre Educação para Todos no ano de 1990 e reafirmou a educação como um direito fundamental de todos, independente do sexo, da idade e da localidade. Além disso, explicita que a educação é fundamental para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade (BRASIL, 2004).

A Declaração de Salamanca, por sua vez, derivou da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, que aconteceu no ano de 1994. Nela, é entendido que a educação é um direito fundamental capaz de reduzir a pobreza e o trabalho infantil, bem como um meio de promover a democracia, a tolerância, o desenvolvimento e a paz (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à Convenção de Guatemala, podemos afirmar que essa foi resultante da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras⁷ de Deficiência, ocorrida no ano de 1999. Esse documento ressalta que as pessoas com deficiência possuem os mesmos direitos e liberdades fundamentais dos indivíduos considerados e legitimados como normais pela sociedade. Assim, todos esses direitos, principalmente o de não sofrer discriminação em decorrência de suas especificidades, derivam da dignidade e da igualdade inerentes à humanidade (BRASIL, 2004).

Com base nesses documentos, o Brasil formulou políticas públicas, dentre elas destacamos a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEE), elaborada em 2008, a qual tem como premissa garantir a inclusão escolar de crianças com deficiências, altas habilidades/superdotação e transtornos globais do desenvolvimento (TGD) em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino e nos estabelecimentos oficiais da rede, durante toda a vida do indivíduo.

De acordo com a PNEE, os alunos de inclusão citados anteriormente possuem como direito o acesso e a permanência nas instituições de ensino. Para tanto, a política afirma que estes devem receber atendimento educacional especializado (AEE). O AEE, como descrito na PNEE, visa contribuir para o desenvolvimento dos alunos e deve ser ofertado obrigatoriamente pelos sistemas de ensino, sendo realizado em contraturno escolar na própria escola ou centro

⁷ O termo “Pessoa Portadora de Deficiência” foi substituído por “Pessoa com Deficiência”. (Portaria da Presidência da República – Secretaria de Direitos Humanos, nº 2.344, de 3 de novembro de 2010).

especializado. Para isso, o documento prevê a elaboração e organização de recursos pedagógicos e acessibilidade, com o objetivo de minimizar as barreiras dos educandos com necessidades educacionais especiais, para que consigam se apropriar dos conhecimentos científicos trabalhados no contexto escolar de forma efetiva.

Assim, foram criadas e equipadas, em vários estados do Brasil, Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) para atender os alunos de inclusão. Essas salas são destinadas para atender os alunos legíveis de inclusão que foram descritos na PNEE, cabendo a cada estado e município organizar os atendimentos. A esse respeito, vale destacar o olhar e o encaminhamento do Governo do Estado do Paraná para o atendimento dessa população, que se encontra em desvantagem no que tange à apropriação dos conhecimentos científicos.

A Secretaria de Estado da Educação (SEED) e a Superintendência da Educação (SUED) do estado do Paraná, por meio da Instrução nº 016/2011, consideraram, para efeitos de atendimento nas SRM, além do público-alvo legitimados pela PNEE, isto é, alunos com deficiência, altas habilidades/superdotação e TGD, os alunos que apresentam transtornos funcionais específicos (TFE).

Esse documento elencou como público-alvo os alunos com deficiência, altas habilidades/superdotação, transtornos globais do desenvolvimento e transtornos funcionais específicos (TFE), este último compreendendo os alunos com dislalia, discalculia, disgrafia, dislexia e disortografia, transtornos de atenção e hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, dentre outros. Em suma, essa instrução, específica do estado do Paraná, amplia o AEE para além dos citados na PNEE.

Assim como na PNEE, a Instrução nº 016/2011 é concebida como uma complementação ao ensino regular, haja vista que esse ensino deve ocorrer em contraturno escolar para alunos que estão matriculados em sala de aula regular. No que concerne à duração do atendimento no contraturno escolar, a instrução descreve que este pode ser organizado de acordo com a instituição escolar, com encontros de duas a quatro vezes na semana, sem duas horas diárias. A terminalidade do atendimento nas SRM ou no AEE é definida de acordo com a necessidade educativa dos alunos ali atendidos.

Faz-se necessário esclarecer que, nesse texto, fizemos a opção por utilizar a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2008, ao invés da Política Nacional de Educação Especial Equitativa, inclusiva e com aprendizado ao longo da vida de 2020. Esta última apresenta muitas controvérsias e está sendo concebida como um retrocesso, pois é divergente da Constituição Federal de 1988, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 e da emenda constitucional resultante da Convenção dos Direitos das

Pessoas com Deficiência, que instituem à educação princípios como a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola e a oferta de atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, conforme evidenciado em lives com debates realizados por pesquisadores da área, tais como: Mônica Pereira dos Santos, Allan Damasceno (2020), Sonia Lopes Victor, Carla Karnoppi Vasques (2020).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No intuito de atingir o objetivo proposto, desenvolvemos um estudo teórico-empírico de cunho qualitativo junto a dois sujeitos de pesquisa: uma professora e uma orientadora que possuem um aluno com TOD. Para tanto, realizamos entrevistas semiestruturadas com o uso da plataforma Google Meet, devido a necessidade de isolamento social resultante da pandemia do Sars-Cov-2, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. A pesquisa foi aprovada no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá sob o parecer de nº 4.241.464.

A fim de garantirmos o anonimato dos sujeitos de pesquisa, denominamo-las de acordo com o cargo que ocupam na escola, a saber: professora e orientadora, as quais foram selecionadas a partir do critério de já ter atuado ou estar atuando com um aluno com TOD nos anos iniciais do Ensino Fundamental I.

A respeito da análise e categorização das respostas emitidas pelos sujeitos de pesquisa, baseamo-nos nos pressupostos de Bardin (2002), por meio da análise de conteúdo. Essa metodologia compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise, após a transcrição das falas dos sujeitos de pesquisa, organizamos os dados (respostas emitidas). Em seguida, exploramos o material com leitura cuidadosa e subdividimos as respostas emitidas em quatro categorias: caracterização dos sujeitos de pesquisa, definições conceituais sobre o TOD, políticas públicas e práticas pedagógicas. Por fim, realizamos o tratamento das informações, as análises.

4 RESULTADOS

Ao analisarmos os dados obtidos com as entrevistas referente a primeira categoria, denominada de caracterização dos sujeitos de pesquisa, identificamos formações a nível de graduação e pós-graduação muito similares entre ambos os sujeitos, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa.

| | Idade | Escolaridade | Ano de conclusão | Pós-graduação | Tempo de carreira docente | Modalidades de ensino que já atuou ^[1] |
|-------------|---------|--------------|------------------|--|---------------------------|---|
| Professora | 42 anos | Pedagogia | 2015 | Atendimento Educacional Especializado | 20 anos | E. Inf. EJA E. Fund I |
| Orientadora | 48 anos | Pedagogia. | 1991 | Educação Especial e, Gestão Pedagógica | 28 anos | E. Fund I |

^[1] E. Inf. (Educação Infantil); EJA (Educação de Jovens e Adultos); E. Fund I (Ensino Fundamental I).

Fonte: Elaborado pela autora com dados de entrevistas por ela realizadas (2021).

Assim, nessa categoria podemos constatar que os sujeitos de pesquisa possuem aproximadamente a mesma idade – professora 42 anos e orientadora 48 anos – e com experiência profissional na área educacional. Além disso, apresentam a mesma formação em nível superior e especialização voltada à educação especial, ocupando cargos distintos dentro da instituição escolar.

A segunda categoria compreende as respostas referentes a definições conceituais sobre o TOD. Durante a entrevista, os sujeitos de pesquisa foram indagados sobre a conceituação do transtorno e as características apresentadas pelo aluno com essa especificidade. A esse respeito, ambas disseram saber o que é o TOD e citaram algumas características, como pode ser constatado a seguir:

A característica principal é o enfrentamento da autoridade, seja do professor, diretor, zelador. A criança com TOD não gosta de obedecer, não obedece a regras, contesta o tempo todo, faz a vontade dela, independente de quem seja. Para ela não existe hierarquia, ele desafia e tenta impor a sua vontade independente de quem seja que esteja falando com ela. O aluno não faz o que é solicitado, sendo a vontade dele que impera. (PROFESSORA).

É, a característica que mais se apresenta é a agressividade. É, o aluno não pode ser contrariado. Quando ele é contrariado, ele tem certas atitudes agressivas. É, o que eu mais eu li sobre isso. [...] (ORIENTADORA).

Considerando as respostas sobre a conceituação do TOD, evidenciamos que os sujeitos de pesquisa citam os comportamentos sintomáticos mais aparentes do transtorno. Além disso, percebemos que a professora elenca mais características do indivíduo diagnosticado, enquanto a orientadora pedagógica as reduz à agressividade quando o educando é contrariado. Isso nos leva a crer que, como ocupam funções distintas, os comportamentos mais eminentes para cada uma delas são diferentes.

A terceira categoria se volta para as políticas públicas, para o atendimento ao aluno com TOD. Nesse viés, os sujeitos foram indagados sobre a existência de regulamentação específica para o transtorno em esfera federal/nacional e, sobre esse aspecto, ambas não souberam responder:

Não sei dizer. Eu acredito que não, porque tinha um professor que não aceitava o aluno com TOD nas aulas, devido algumas brigas. Ele era totalmente excluído, devido o professor não o querer na sala. Ele ficava em outra turma da mesma série. (PROFESSORA).

Orientadora: Essas questões assim eu também tenho que ler, porque eu não sei assim te dizer agora no momento, eu tenho que pesquisar mais. [...] (ORIENTADORA).

Essas respostas demonstram o não conhecimento sobre a existência de legislações nacionais para o atendimento do aluno com TOD em sala de aula regular. Constatou-se que, quando não há clareza sobre a base legal diretamente voltada para algumas especificidades, exclusões continuam acontecendo e, por vezes, essa não clareza nos faz coniventes com os encaminhamentos.

A respeito da existência de legislações brasileiras que regulamentam o atendimento educacional especializado (AEE) para o TOD e a destinação de professor de apoio ao aluno, a professora afirma não existir. Já a orientadora infere não saber. Vejamos as falas:

Não! (PROFESSORA).

Então, é o que eu te disse, na prefeitura esse atendimento com professora de apoio é só os autistas que tem direito, agora eu não sei se no estado ou outros lugares tem. Prefeitura é só o autista que tem. Igual na sala dele (criança com TOD) tem autistas, então a professora (de apoio) pode ajudá-lo também. Ela também dava atendimento para ele ali, mas os alunos que ela atendia realmente eram os autistas. (ORIENTADORA).

Considerando esses aspectos, é perceptível que os sujeitos de pesquisa não sabem se há políticas públicas específicas para o TOD e respondem de acordo com as situações objetivas que se fazem presentes, tendo por parâmetro o que ocorre em sala de aula e os respaldos ofertados pela Secretaria de Educação (SEDUC).

Ao direcionamos nossas indagações ao estado do Paraná em relação à existência de bases legais e orientações pedagógicas que ampare o atendimento diferenciado desses educandos, tanto a professora quanto a orientadora negaram existir documentos desse tipo, como pode ser observado:

[...] Eu nunca tive acesso à materiais específicos para o TOD, formação. Eu não tenho conhecimento, não. Eu acabei de fazer a pós-graduação em AEE (Atendimento Educacional Especializado) e o TOD não é contemplado. [...] (PROFESSORA).

Não, não. (ORIENTADORA).

De acordo com essas respostas e ao remontarmos as políticas públicas, observamos que não há respaldos legais e orientações pedagógicas, seja a nível federal, estadual ou municipal para o trabalho com o TOD. Dessa forma, as orientações são apenas para os alunos com deficiências, altas habilidades/superdotação e os transtornos globais do desenvolvimento (TGD), conforme expresso na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEE). Com relação ao estado do Paraná, as orientações são para os docentes que possuem educandos contemplados na política supracitada e, também, para os alunos com transtornos funcionais específicos (TFE).

Na quarta categoria os aspectos mais relevantes relatados pelos sujeitos de pesquisa perpassaram pelo impacto da presença de aluno com TOD na dinâmica de sala de aula, no que diz respeito às questões didáticas e pedagógicas; os desafios para se atuar junto ao TOD; a apropriação (ou não) dos saberes escolares; e as possibilidades reais de trabalho.

Sendo assim, dentre as informações relatadas, a professora salienta que o educando com TOD impacta sua aula de forma negativa, pois tira a atenção de todos em sala. Vejamos essa afirmação:

Ele impacta a minha aula de forma negativa, porque ele tira a atenção dos outros alunos e tira a atenção do professor. Porque não tem como continuar a aula com ele fazendo essas coisas. Então, o professor só consegue dar aula nos momentos que ele dá uma saída, vamos dizer assim, ele vai e algum professor vai atrás dele. Você aproveita aquele momento ali para fazer alguma atividade. [...] Você pode gostar dele enquanto pessoa, ter carinho enquanto criança, mas ele deixa o professor muito nervoso, desgastado, estressado. E a aula não rende. Ele atrapalha muito. [...] Eu combinava com a turma nos momentos que ele não estava na sala “pessoal, tenta não dar atenção para ele, que ele não quer estudar. Deixam ele. Ele é assim mesmo. Então, vamos focar aqui, deixam ele lá.” Eu cheguei falar isso para as crianças “vamos imaginar que aqui tem uma cortininha e que a gente não está vendo-o. Deixam ele lá, quieto.” E agora no terceiro ano, as crianças conseguem compreender isso melhor. [...] (PROFESSORA).

De acordo com a professora, os comportamentos desencadeados pelo educando com TOD impactam as ações docentes de forma profissional e emocional e os demais alunos da turma também, pois a docente passa a ter dificuldade em desenvolver o conteúdo e obter rendimento nas aulas, enquanto os alunos são prejudicados em termos de aprendizagem. Sendo assim, a fala da docente deflagra a necessidade de orientações e formações continuadas sobre a forma de atuar com esse discente, para que as práticas pedagógicas em sala de aula sejam adequadas com as situações que se impõem.

A orientadora, por sua vez, infere que o impacto acarretado por esse discente condiz com a não obtenção de resultados quanto ao seu comportamento, pois a família se mostra desinteressada em cooperar com a escola e os professores cobram atitudes da equipe.

[...] afeta porque parece que a gente não faz nada ali em relação ao que está acontecendo. A gente não vê resultado da família, porque a gente só vai conseguir um resultado dentro da sala de aula se a família também ajudar, fazer o seu papel, procurar os atendimentos necessários, os encaminhamentos que foram feitos. Então, quando essa família não procura, então o professor ele quer providências. Então, aí no caso o que pode ser feito, a gente faz o relatório para o Conselho Tutelar. [...] (ORIENTADORA).

Além disso, no decorrer da entrevista, foram elencados vários desafios para atuar com um aluno que possui esse transtorno. Assim, a professora relata como desafios a falta de informações e formações continuadas para o transtorno, a dificuldade de manter o aluno com TOD em sala de aula, a dificuldade de fazê-lo cumprir as regras e se comportar. Já a orientadora elenca como desafios o não saber lidar com o discente em questão e o professor não saber trabalhar com o aluno, haja vista que este não possui professor de apoio e, quando o comportamento inadequado chega ao extremo, o aluno é encaminhado para a orientadora.

A respeito da apropriação dos saberes escolares por parte desse aluno, questionamos os sujeitos de pesquisa sobre como se dá esse processo, ou seja, se há uma metodologia diferenciada a qual o aluno com TOD aprende. A professora reconhece que o educando com TOD possui uma maneira diferenciada de aprender com relação aos demais alunos, mas não sabe defini-la, pois apesar de ele não permanecer o tempo todo em sala, ocorre a aprendizagem dos conteúdos. Já a orientadora afirma que orienta os docentes a utilizarem com esse educando atividades mais curtas e objetivas e atendimentos individuais, para melhor apropriação dos saberes escolares. Observamos essas questões nos relatos:

[...] Com certeza ele tem uma maneira diferenciada de aprender, porque ele aprendeu na correria dele. O pouco que ele ouviu foi o suficiente. Então, ele tem uma maneira diferenciada de aprender. [...] Mas, eu não consegui perceber de que maneira ele se apropria do conhecimento. [...] (PROFESSORA).

[...] atividades mais curtas, mais assim objetivas, atendimento mais no individual com ele, porque no coletivo assim ele não consegue compreender. [...] (ORIENTADORA).

No que tange as possibilidades reais de trabalho proporcionadas pela inclusão para com o aluno com TOD, a professora salienta que o transtorno precisaria ser incluído no AEE e frequentar as Salas de Recursos Multifuncionais (SRM). Já a orientadora reafirma que o transtorno não tem direito ao atendimento diferenciado e que possui como garantia apenas a

participação em sala junto com os demais alunos. Os trechos a seguir demonstram essas questões:

Então, eu não sei se eu vou responder do jeito que tem que ser. Mas, eu acredito que o aluno com TOD ele precisaria de uma Sala de Recurso Multifuncional também. Porque se você pensar que ele tem uma maneira diferenciada de aprender, então ele precisa de um atendimento educacional especializado. Mas, como não tem nenhum estudo sobre o assunto, seria uma condição que ninguém está muito interessado em saber e o aluno vai ficando, vai ficando excluído. Foca-se muito no autista, no deficiente intelectual, altas habilidades/superdotação, mas o TOD acaba ficando só como uma falta de educação e é um problema teu. Porque ninguém está afim de se desgastar psicologicamente atrás desse aluno. [...] (PROFESSORA).

Eu vou falar o que acontece na prefeitura. Os alunos, os autistas, os que tem deficiência intelectual é feito um relatório para a sala de recurso (SRM). Daí, essa sala de recurso é no contraturno, é trabalhado mais no individual com recursos diferentes. Agora do TOD, como eu falei, ele não tem assim um atendimento específico. É na sala de aula mesmo. [...] (ORIENTADORA).

Em análise, compreendemos que ambos os sujeitos de pesquisa sentem dificuldade em lidar com o educando com TOD. Constatamos que algumas alternativas poderiam viabilizar de forma mais adequada a inclusão, desde que o transtorno fosse também contemplado no AEE, para que o aluno frequentasse a SRM, e também fosse destinado professor de apoio para atender as necessidades desse discente. A respeito disso, inferimos que o professor de apoio auxilia os discentes com necessidades educacionais especiais, devido alguma carência de ordem física e psíquica (como o TGD) e que, apesar do professor de apoio não responder todas as demandas do TOD, seria uma possibilidade a se pensar, para respaldar tanto o professor regente quanto as necessidades do aluno que precisa de atenção individualizada.

Em síntese, as entrevistas nos possibilitaram constatar que o aluno com TOD é inserido no contexto escolar, como prevê as políticas públicas inclusivas. Contudo, essa inserção ocorre apenas por meio da matrícula, que permite a participação do educando nas atividades escolares junto aos demais discentes, deixando tanto o aluno como o professor e a equipe escolar desamparados legalmente, quanto ao atendimento educacional que o transtorno necessita.

No que concerne aos desafios didáticos e pedagógicos decorrentes da inserção desse aluno em sala de aula regular, verificamos a mobilização que ele ocasiona nas aulas, promovendo a dispersão dos alunos, a perda de foco das crianças em relação aos conteúdos escolares, a dificuldade do professor em dar aula, em virtude dos comportamentos dessa criança e o comprometimento do rendimento das aulas.

Sobre os desafios de atuação que os docentes e a equipe pedagógica possuem com relação à inclusão desse educando, observamos a dificuldade de dar continuidade em suas

incumbências. Outro desafio se volta para o “não interesse” ou “impossibilidade” da família em contribuir com o trabalho da escola, prolongando mais os comportamentos do transtorno.

No que diz respeito às possibilidades elencadas pelos sujeitos de pesquisa para amenizar essas situações, averiguamos que elencam formações continuadas sobre o TOD, a inclusão do transtorno como público-alvo das políticas públicas inclusivas e do AEE e a disponibilização de um professor de apoio para ajudá-lo com as aprendizagens.

Dentre essas possibilidades, é preciso lembrar que o professor de apoio auxilia os alunos de inclusão nas aprendizagens dos conteúdos curriculares, ou seja, em termos pedagógicos do ensino. Assim, de acordo com os sujeitos dessa pesquisa, ter esse profissional disponível para atender o TOD diminuiria os comportamentos desencadeados pelo transtorno e, conseqüentemente, configuraria em uma possível solução para a situação.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Considerando o exposto e com base no objetivo da pesquisa, que foi analisar os desafios didáticos-pedagógicos, com relação à inserção de alunos com Transtorno Opositor Desafiador em sala de aula regular, nos anos iniciais do Ensino Fundamental I, o estudo nos revelou que o TOD é um transtorno de ordem comportamental e seu tratamento se dá com a articulação de várias áreas, como a área médica, a psicossocial, a psicoterápica e também a educacional, a fim de diminuir ou amenizar os sintomas apresentados pelo indivíduo com esse diagnóstico.

Constatamos que as políticas públicas educacionais não são suficientes para atender as inúmeras variáveis que se fazem presentes nas salas de aula. Sendo assim, o aluno com TOD é inserido no sistema de ensino como os demais e, apesar das particularidades referentes ao comportamento, nenhum respaldo pedagógico é ofertado aos professores.

Vale frisar que o estado do Paraná apresenta algumas particularidades em relação aos alunos com necessidades educacionais especiais, como evidenciado por meio da instrução nº 016/2011. Contempla os alunos com transtornos funcionais específicos, mas não contempla o aluno com TOD.

A pesquisa revelou indícios da necessidade de um olhar para o TOD, pois nas entrevistas realizadas ficou perceptível que os professores conhecem a base legal que orienta a inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação e deficiências, mas desconhecem orientações com relação as práticas pedagógicas para atuar com o transtorno em questão. Além disso, foi evidenciado que os docentes não conseguem sozinhos realizar trabalhos diferenciados e não possuem conhecimento de como lidar com os comportamentos vindos desses educandos.

O estudo constatou que, de acordo com as respostas emitidas pelos sujeitos de pesquisa, faltam políticas públicas inclusivas que incluam o TOD como público-alvo, formações para os docentes que possuem alunos com esse transtorno, discussões sobre o TOD no campo acadêmico, pesquisas e orientações de como atuar com esse alunado e como ensinar considerando suas necessidades.

Nesse sentido, as entrevistas realizadas com duas profissionais da educação que atuam com um aluno com TOD evidenciaram como alternativas para mudar esse cenário a oferta de formações específicas sobre o transtorno, a inclusão dele como público-alvo das políticas inclusivas e como o aluno que possa frequentar o AEE, oferecimento de um professor de apoio para auxiliá-lo com as aprendizagens, direcionamento de atenção diferenciada a ele, posicioná-lo sempre perto do docente e o aproveitamento dos momentos que ele demonstra interesse sobre determinado conteúdo para estar ensinando.

Enfim, o estudo nos deixa como reflexão que, se o TOD tem características tão atenuantes de comportamento que afeta a dinâmica de sala de aula e o processo de ensino-aprendizagem, como evidenciado pelas entrevistas realizadas, onde ele se enquadra nas políticas públicas? Esperamos que este estudo inicial contribua com futuras reflexões de profissionais da educação que atuam com esse transtorno e incite novas produções científicas envolvendo a temática, haja vista da carência de estudos e orientações que contemple o TOD na área educacional.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, V. L. M. L.; SANTOS, W. D. V. dos. Transtorno Desafiador de Oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. **Psicologia. pt**. Porto, 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1175.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

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

ATUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA. Sonia Lopes Victor; Carla Karnoppi Vasques. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd-15), 2020. 1 live (1h56min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kmQycCamDzs>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016, p. 95-102.

BRAGA, J. C. F. *et al.* Trastorno desafiador opositor (TDO) considerando as relações família/escola. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Espanha, out. 2019.

Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/10/trastorno-desafiador-opositor.html>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Portaria SEDH N° 2.344**. 2010. Disponível em: https://www.udop.com.br/legislacao-arquivos/81/port_2344_pcd.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Educação Inclusiva: a fundamentação filosófica**. 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/fundamentacaofilosofica.pdf>. Acesso: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação/SEED/SUED. **Instrução n° 016/2011**. Critérios para o atendimento educacional especializado em Sala de Recursos Multifuncional Tipo I, na Educação Básica. Disponível em: http://www.educacao.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-02/Instrucao162011.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

CAPONI, S. N. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 298-310, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-298.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Labilidade**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/labilidade/#:~:text=substantivo%20feminino%20Caracter%C3%A4stica%2C%20particularidade%20ou,e%20de%20melancolia%20ou%20tristeza..> Acesso em: 05 mar. 2021.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Sintomático**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/sintomatico/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

MONTEIRO, F. M. M; MELO, L. L. M. de. Transtorno Opositor Desafiador e processo de ensino aprendizagem: um grande desafio. *In*: Congresso Brasileiro sobre 18 Letramento e Dificuldades de Aprendizagem, 2, 2018, Campina Grande. **Anais II CONBRALE**. Campina Grande: Realize, 2018, s/p. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/43615>. Acesso em: 19 out. 2020.

PAM(ACA)DEMIÁ CONVIT-20. Mônica Pereira dos Santos; Allan Damasceno. 2020. 1 live (2h24min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=q9eS4JI4c88>. Acesso em: 11 mar. 2021.

PAULO, M. M. de; RONDINA, R. C. Os principais fatores que contribuem para o aparecimento e evolução do Transtorno Desafiador Opositor (TDO). **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, n. 14, s/p, mai. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/115154>. Acesso em: 10 dez. 2019.

RODRIGUES, A. P. N.; LIMA, C. A. de. A história da pessoa com deficiência e da educação especial em tempos de inclusão. **Revista Intertérios**, Caruaru, v. 3, n. 5, p. 21-33, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/intertorios/article/view/234432>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SERRA-PENHEIRO, M. A. *et al.* Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-276, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a13v26n4.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

SILVA, T. C. G. da. **Transtorno Opositor Desafiador** - como enfrentar o TOD na escola. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53309.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

VALLE, L. **Dicas para lidar com crianças transtorno dasafiador opositor**. 2015. Disponível em: <http://rev.istavivasaude.uol.com.br/familia/dicas-para-lidar-comcriancastranstorno-desafiador-opositivo/5652/#>. Acesso em: 25 jan. 2021.