

TRANSTORNO DESAFIADOR DE OPOSIÇÃO E SUAS COMORBIDADES: UM DESAFIO DA INFÂNCIA À ADOLESCÊNCIA

2017

Vera Lúcia Miranda Lima Agostini

Psicóloga graduada pela Faculdade da Amazônia campus Vilhena/RO (Brasil)

vera_agostini@hotmail.com

Wenner Daniele Venâncio dos Santos

Especialista em Atendimento Educacional Especializado - AEE. Psicóloga graduada pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal/RO. (Brasil)

wennerdaniele@live.com

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo o esclarecimento das principais causas e características do Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), em correlação a suas comorbidades, enfatizando-se a importância do diagnóstico diferencial. Os comportamentos disfuncionais apresentados pelo indivíduo com o transtorno repercutem consideravelmente de forma negativa sobre a sua vida pessoal, acadêmica e social. Outro fator preponderante a ser levado em consideração consiste, comumente, na associação do TDO ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, além de frequentemente o TDO evoluir para o Transtorno da Conduta e, conseqüentemente, para um Transtorno de Personalidade Antissocial na vida adulta. Nesse sentido, os dados encontrados nesta pesquisa apontam que as intervenções precoces durante a infância são de fundamental importância para impedir a evolução do TDO para transtornos mais sérios.

Palavras-chave: Transtorno, comorbidades, diagnóstico diferencial, intervenções precoces.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado sob o paradigma teórico da Psicologia, com foco no Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) e suas comorbidades. Busca-se compreender o transtorno em seus aspectos sintomatológicos e etiológicos, em correlação com suas comorbidades, para um entendimento funcional da doença.

De acordo com Grevet *et al* (2007, p. 35), o TDO “faz parte da nosologia psiquiátrica americana desde o DSM-III”. Existem outras nomenclaturas para o transtorno, tais como “Transtorno Desafiador Opositivo”, “Transtorno de Oposição” e “Desafio e Transtorno Opositor Desafiante”. Os comportamentos opositivos podem assumir diversas formas, podendo ser passivos, quando uma criança não responder a um dado estímulo, permanecendo inativa e acomodada, ou desafiadores, incluindo verbalizações negativas, comportamentos hostis e resistência física que incidiriam junto com a desobediência (CABALLO; SIMÓN, 2015).

Diante disso, este trabalho encontra-se organizado em seis capítulos, para além desta introdução. O primeiro capítulo apresenta a temática e a descrição do referido transtorno, definindo-o como “um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses” (DSM-5, 2014, p. 462). Nesse mesmo capítulo, são também apresentadas as principais características sintomatológicas do TDO, enfatizando-se o modo operacional delas, que, segundo a literatura, compreende principalmente os comportamentos negativistas e desafiadores que se manifestam através de teimosia e uma persistente resistência em relação a figuras de autoridade. Kaplan e Sadock (2007) enfatizam que as crianças com TDO frequentemente se apresentam irritadas e rancorosas, com conseqüente descontrole emocional. A prevalência, curso e desenvolvimento do transtorno constituem outros dos aspectos tratados. De acordo com dados do DSM-5, a prevalência do transtorno varia de 1 a 11%, sendo que o curso e a evolução do transtorno são variáveis. De acordo com o DSM-5, as comorbidades do TDO, outro tópico abordado no primeiro capítulo, constituem condições que geralmente ocorrem concomitantemente com o transtorno, sendo elas, entre outras, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno da Conduta (TC).

O segundo capítulo trata das possíveis etiologias do TDO e seus fatores de risco. Caballo e Simón (2015), em concordância com outros autores, elucidam não existir uma teoria uniforme a respeito das causas para o transtorno, por elas serem muito complexas e por serem múltiplos os fatores de risco que se encontram relacionados à sua manifestação. Teixeira (2014) e Barlow e Durand (2015), contudo, chegam a um consenso sobre as questões de ordem social, psicológica e biológica, apontadas como as possíveis causas do TDO.

O terceiro capítulo versa sobre a avaliação e o diagnóstico do transtorno. O DSM-5 elenca oito critérios para a realização do diagnóstico, especificando a difusão dos sintomas como um indicador de gravidade, sendo fundamental a avaliação do comportamento do indivíduo em vários contextos e, principalmente, no meio familiar e escolar. Teixeira (2014) sinaliza a importância do diagnóstico para um tratamento precoce, principalmente no sentido de prevenir a evolução do quadro para um TC e, posteriormente, para um Transtorno da Personalidade Antissocial. Nesse capítulo, aborda-se, ainda, o fato de ser fundamental para o diagnóstico diferencial a identificação do TDO, traçando-se um paralelo com os transtornos comórbidos.

O quarto capítulo aborda o tratamento do TDO. Rangé (2011), Teixeira (2014) e Caballo e Simón (2015) alertam sobre a necessidade do tratamento tanto medicamentoso, quanto psicossocial. O capítulo apresenta os diversos métodos de tratamento e as técnicas psicoterapêuticas.

Assim, o objetivo deste trabalho é explanar as principais causas e características do TDO, em correlação com suas comorbidades, enfatizando-se a importância do diagnóstico diferencial para possibilitar uma intervenção adequada no processo terapêutico. Ressalta-se ser de crucial importância a compreensão das possíveis etiologias do transtorno, a fim de que possam ser realizadas as devidas intervenções precoces, como prevenção da evolução do quadro.

A relevância desta pesquisa reside no fato de que o TDO constitui um dos transtornos disruptivos mais frequentes na infância, com significativo impacto na adolescência e na vida adulta, causando prejuízos expressivos ao ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional do indivíduo. Outro aspecto a ser considerado, conforme apontam Caballo e Simón (2015), diz respeito aos comportamentos desobedientes e desafiadores que comumente se encontram relacionados ao curso do desenvolvimento normal da criança. Rangé (2011) e Teixeira (2014) enfatizam que a ausência de tratamento do TDO ou de uma efetiva intervenção de caráter preventivo implica consequências drásticas tanto para o sujeito, quanto para a sociedade, desencadeando um possível envolvimento com drogas e álcool. Há também a chance de evolução para o TC e, conseqüentemente, para um Transtorno de Personalidade Antissocial na idade adulta.

Este trabalho é, portanto, relevante para fins de esclarecimento sobre os principais aspectos relacionados à manifestação e à evolução do TDO e para uma melhor compreensão do seu aspecto

dimensional e funcional. Um conhecimento mais verticalizado sobre esse transtorno pode desencadear uma tomada de consciência por parte da família, dos educadores de modo geral e dos profissionais da área da saúde, alertando-os sobre a importância da aplicação de intervenções terapêuticas precoces com o objetivo de prevenir a evolução do transtorno.

2. DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DESAFIADOR DE OPOSIÇÃO (TDO)

2.1. DEFINIÇÃO

O DSM-5 (2014, p. 462) define o TDO como “um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses”. Ressalta-se que alguns critérios diagnósticos serão especificados em outro tópico deste trabalho. A CID-10, na classificação F91.3, define o TDO como um:

Transtorno de conduta, manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves (CID-10, 2012, p. 372).

Teixeira (2014, p. 18-19), por sua vez, afirma que o TDO consiste em “um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis, desafiadores e desobedientes observados nas interações sociais da criança com adultos e figuras de autoridade”. O autor menciona ainda que o transtorno pode se apresentar também nos relacionamentos da criança com os colegas, sendo comum na idade escolar.

Pinheiro (2004), em concordância com os demais autores, menciona que o TDO é um transtorno disruptivo, com características globais de desafio, desobediência e hostilidade. Barletta (2011) vai ao encontro de outros autores ao enfatizar que tais comportamentos são adotados constantemente contra as pessoas que representam papéis de autoridade sobre o indivíduo – principalmente, os pais, outros familiares e professores.

Em relação ao comportamento antissocial, Barbieri *et al* (2013) afirmam que o termo “antissocial”, em psicopatologia, aglomera geralmente três tipos de distúrbios que se referem ao TDO, o qual acomete especialmente crianças em idade pré-escolar. O TC também acomete

principalmente crianças em idade escolar e o Transtorno de Personalidade Antissocial manifesta-se exclusivamente no sujeito adulto.

2.2. CARACTERÍSTICAS SINTOMATOLÓGICAS

A característica essencial do TDO consiste em “um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa” (DSM-5, 2014, p. 463). A apresentação dos sintomas, segundo o DSM-5, manifesta-se geralmente em casa, limitando-se a apenas um ambiente, sendo que, em casos mais graves, os sintomas podem se apresentar em ambientes diversos. De acordo com o DSM-5, os prejuízos à vida dos indivíduos diagnosticados com o transtorno são relevantes em todo o seu contexto social, causando impactos negativos em seu funcionamento social, educacional e em áreas significativas da vida.

Segundo Kaplan e Sadock (2007), diferentes comportamentos caracterizam o TDO, principalmente aqueles no sentido de agir contrariamente ao que se solicita ou se espera do indivíduo. Segundo esses autores, as crianças com TDO apresentam-se frequentemente irritadas. Elas são também rancorosas e se aborrecem facilmente, apresentando descontrole emocional e teimosia persistente. Os autores afirmam ainda que, geralmente, essas crianças desafiam solicitações ou regras impostas por adultos, com uma tendência acentuada a discutir com eles, além de deliberadamente perturbar as pessoas do seu convívio social.

Também Paulo e Rondina (2010) e Barletta (2011) consideram que a característica marcante do transtorno, conforme especificado no DSM-5, é o fato de que ele está associado aos comportamentos de desobediência, o que remete a atitudes de desafio e hostilidade por parte da criança, principalmente contra as pessoas que ocupam posição de autoridade em sua vida. Paulo e Rondina (2010) enfatizam ainda que a criança portadora do transtorno tende a adotar um tipo de agressão emocional opositiva em relação aos seus familiares, mesmo que não de modo intencional, ou seja, a criança acha que está agindo corretamente.

Segundo essa ótica, Caballo e Simón (2015) mencionam que o desafio compreende a confirmação intencional dos limites, geralmente com desconsideração aos outros. De fato, a criança portadora do TDO não reconhece sua culpa e sua hostilidade se manifesta por meio de agressão verbal. Os autores enfatizam que, segundo o DSM-IV, o modo operacional das principais características clínicas do TDO consiste, principalmente, em comportamentos negativistas e desafiadores, que se manifestam por meio de teimosia e de uma persistente resistência em relação a figuras de autoridade.

Esse modo operacional do TDO está relacionado ao fato de a criança com o transtorno discutir excessivamente com adultos, incomodando as pessoas, sendo resistente à aceitação de regras, além de perder o controle facilmente em caso de ser frustrada em suas intenções. Todos esses fatores acarretam um sério incômodo não somente à família, mas também às pessoas de um modo geral, por serem problemas externalizantes, com implicações severas, que geralmente causam grande impacto no contexto social do indivíduo (PINHEIRO, 2004).

Nesse sentido, Lins *et al* (2012) afirmam que os problemas externalizantes, geralmente, são apontados como indicadores primários do comportamento antissocial na infância, os quais podem evoluir para o Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno da Conduta e o Transtorno de Personalidade Antissocial. Gauer, Vasconcelos e Davoglio (2012) acrescentam ainda que os problemas externalizantes são impactantes e incomodam mais as pessoas em geral do que o próprio indivíduo.

Teixeira (2014) também enfatiza que, entre as principais características do TDO, está, frequentemente, a perda da paciência e o fato de a criança se aborrecer com facilidade, se mostrar irritada, ressentida, agressiva, vingativa e apresentar também uma teimosia constante, principalmente em relação aos pais. Esses sintomas fazem parte de um padrão de interações problemáticas com outras pessoas também.

Paulo e Rondina (2010) assinalam que as atitudes agressivas possuem um amplo espectro, podendo variar segundo as características observadas em cada família. Tal comportamento pode, então, ser manifestado não somente de forma ativa, como também pode ser sinalizado através de comportamentos como a apatia, o silêncio e a omissão, entre outros. Geralmente, conforme já adiantado, as consequências são significativas para a vida dos indivíduos com o transtorno, que frequentemente apresentam baixa autoestima, baixa tolerância às frustrações, humor deprimido, comportamento impulsivo, agressividade, inclusive em relação aos colegas, o que frequentemente tem como consequência a sua rejeição por grupo ou pares (TEIXEIRA, 2014).

Outro aspecto digno de nota, segundo Teixeira (2014), é a relação do transtorno com o uso abusivo de álcool e de outras drogas. Tais condutas geram, conseqüentemente, conflitos, interferindo sensivelmente não apenas nos relacionamentos com membros da família, mas também em todo o contexto social do indivíduo. O autor afirma que, de modo geral, para os indivíduos que apresentam um quadro sintomatológico grave os prejuízos na vida acadêmica e social são notórios.

2.3. PREVALÊNCIA, CURSO E DESENVOLVIMENTO

De acordo com Rangé *et al* (2011), são bastante heterogêneos os dados sobre a prevalência do TDO. O autor refere que o DSM-IV cita uma faixa de prevalência que varia de 2 a 16%. O DSM-5, por sua vez, cita uma prevalência de 1 a 11%, sendo a média estimada de 3,3% - a variação nessa taxa encontra-se relacionada à idade e ao gênero da criança. Existe, também, uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, numa proporção de 14:1 antes da adolescência (DSM-5, 2014).

Segundo Caballo e Simón (2015), antes da puberdade o transtorno é mais frequente em homens do que em mulheres, assumindo, no entanto, em proporções mais semelhantes depois da puberdade. Os autores referem que, em relação aos sintomas, há certa similaridade entre os apresentados por homens e mulheres. Contudo, os comportamentos externalizantes entre os indivíduos do sexo masculino tendem a ser mais persistentes e conflituosos.

A maior frequência do TDO entre os indivíduos do sexo masculino está relacionada à manifestação de um “excesso de atividade, dificuldade pra se acalmar e uma reatividade extrema durante os anos pré-escolares” (CABALLO; SIMÓN, 2015, p. 41).

Em relação ao desenvolvimento e ao curso do TDO, o DSM-5 aponta que os primeiros sintomas do transtorno, geralmente, surgem durante os anos de pré-escola, sendo que sua ocorrência após o início da adolescência é muito rara. Frequentemente, o TDO precede o desenvolvimento do TC, principalmente nos indivíduos em que esse transtorno se manifesta ainda na infância, existindo também um risco para o desenvolvimento de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo Maior (DSM-5, 2014). O TDO não é diagnosticado em adultos, devido ao fato de que esses indivíduos desistem dos comportamentos desajustados que apresentam; outros pacientes poderão vir a desenvolver transtornos de personalidade (PLISKA, 2004).

Na concepção de Kaplan e Sadock (2007), comportamentos de natureza opositiva podem ser considerados como normais ou próprios de uma faixa etária específica, como no começo da infância, fazendo parte do processo evolutivo da criança. Os autores mencionam, também, que o surgimento desses comportamentos pode ocorrer normalmente no período da adolescência, principalmente no estabelecimento da construção de uma identidade própria.

Estando em concordância com a literatura sobre o tema, Teixeira (2014) pontua que o curso e a evolução do TDO são variáveis. O autor assinala que, estatisticamente, 67% das crianças que

são diagnosticadas com o TDO, quando acompanhadas terapêuticamente, deixarão de apresentar os sintomas do transtorno nos próximos anos. Teixeira (2014) menciona ainda que, em cerca de 30% das crianças diagnosticadas com TDO, poderão se intensificar os sintomas, evoluindo para o TC na adolescência.

Ratificando o conteúdo do DSM-5, Teixeira (2014) enfatiza que, nas crianças em que os sintomas do TDO se manifestam de forma precoce, ou seja, antes dos oito anos de idade, será maior o risco de evolução para o TC. O autor elucida ainda que, quando o indivíduo não recebe tratamento adequado, o risco de evolução para o TC poderá acontecer em até 75% dos casos. Teixeira (2014) menciona ainda que, após a evolução para o TC, aproximadamente 10% das crianças poderão ter uma evolução para o Transtorno de Personalidade Antissocial. Sendo assim, caso não haja um tratamento eficaz, os prejuízos à vida do paciente serão significativos, o que terá consequências no contexto social no qual ele se encontra inserido (RANGÉ *et al*, 2011).

2.4. PROGNÓSTICO

Segundo Serra-Pinheiro *et al* (2004, p. 275), o “TDO é um fator de risco para o desenvolvimento de TC, especialmente em meninos, e sua ocorrência varia de 2,7% a 40% [...]. O TDO é estável em uma quantidade significativa de pacientes”. De acordo com Teixeira (2014), nos casos em que o transtorno se apresenta de forma leve, o prognóstico será melhor e as evoluções positivas, sendo que, em formas mais graves, quando não tratadas, há uma tendência a tornar-se crônico.

Serra-Pinheiro *et al* (2004) enfatizam que os conflitos familiares e as adversidades ambientais são fatores associados à evolução de TDO para o TC. Kaplan, Sadock e Grebb (2007) referem que muitas variáveis podem acentuar o comportamento desafiador opositor e que o prognóstico para o indivíduo com o transtorno encontra-se relacionado ao funcionamento da sua estrutura familiar. Os autores afirmam ainda que também a existência de psicopatologias comórbidas pode induzir ao desenvolvimento do transtorno.

Teixeira (2014), por sua vez, ressalta que, frequentemente, o curso do TDO se encontra relacionado a outros transtornos psiquiátricos e comportamentos graves, como o TC, o Transtorno da Personalidade Antissocial e o abuso de substâncias psicoativas, o que remete a um prognóstico desfavorável.

2.5. COMORBIDADES

Caballo e Simón (2015) afirmam que há um alto índice de crianças com TDO que apresentam um diagnóstico comórbido de TDAH. Também é comum identificar concomitantemente transtornos de comunicação e de aprendizagem.

Nessa mesma linha de pensamento, Serra-Pinheiro *et al* (2004) chamam a atenção para a alta comorbidade do TDO com o TDAH, situando-a na faixa dos 50%. Em relação à associação desses transtornos, Teixeira (2014) afirma que, quando tal ocorre, verifica-se um quadro de maior agressividade e impulsividade, o que implica mais conflitos e maior possibilidade da evolução do TDO para o TC.

O TDAH e o TC são duas condições que, geralmente, ocorrem concomitantemente com o TDO, que frequentemente precede o TC em crianças no início da infância. Há também um risco aumentado para os indivíduos com TDO de apresentarem transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, geralmente indicados pela presença do humor raivoso e irritável (DSM-5, 2014).

Rangé (2015) afirma que se trata de um comportamento muito comum o uso de substâncias, como álcool e drogas, associado ao TDO. Contudo, o DSM-5, por sua vez, alerta que não está clara a existência de uma relação direta entre esses comportamentos e a presença do transtorno. Teixeira (2014) acrescenta outro problema comportamental associado ao TDO, além dos citados anteriormente: o transtorno bipolar do humor. Serra-Pinheiro *et al* (2004) afirmam que a irritabilidade é um sintoma comum na bipolaridade pediátrica e, assim, existe uma associação entre os sintomas desafiadores de oposição e o transtorno bipolar.

Serra-Pinheiro *et al* (2004) também afirmam que, apesar de o TDO ser considerado uma categoria diagnóstica independente, é necessário considerar a sua comorbidade com o TDAH e o TC. Segundo os autores, os estudos da área mostram que indivíduos com o TDO apresentam TDAH comórbido ou são associados sem distinção aos indivíduos com TC. Os autores mencionam que estudos que estabelecem comparações em crianças com TDAH que se encontram associadas ao TDO. No grupo comórbido, foi mais comum a existência de uma maior gravidade de sintomas de TDAH.

3. POSSÍVEIS ETIOLOGIAS DO TDO E FATORES DE RISCO

São várias as causas do TDO. De acordo com Teixeira (2014), apesar de serem muito complexas e serem múltiplos os fatores de risco que se encontram relacionados ao surgimento do transtorno, é fundamental que se tente o entendimento dessas causas para que sejam feitas

intervenções precoces. A quantidade de fatores de riscos presentes na criança implica a diminuição das chances de sucesso terapêutico. Gauer, Vasconcellos e Davoglio (2012) enfatizam que, no desenvolvimento e na sustentação de comportamentos socialmente impróprios, uma grande diversidade de fatores tanto ambientais, quanto constitucionais pode agir conjunta ou isoladamente.

Caballo e Simón (2015), por sua vez, afirmam não existir uma teoria uniforme a respeito da etiologia do transtorno, mencionando o fato de que o TDO, assim como muitos outros transtornos clínicos, sofre a influência de diversos fatores que se inter-relacionam, atuando como variáveis de causa e efeito. Verifica-se, na maioria dos transtornos mentais e no caso dos transtornos disruptivos, uma etiologia multifatorial que está relacionada a uma relação complicada entre fatores ambientais e biológicos (RANGÉ, 2011).

O DSM-5 classifica essas disposições de risco em temperamentais, ambientais, genéticas e fisiológicas. Os fatores temperamentais relacionados a problemas de regulação emocional são preditivos do transtorno. Os fatores ambientais relacionados a práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes na criação dos filhos, são comumente vistas em famílias de indivíduos portadores do transtorno. Quanto aos fatores de ordem genética e fisiológica, eles indicam uma série de marcadores neurobiológicos associados ao TDO.

Em relação aos correlatos neurobiológicos, Serra-Pinheiro *et al* (2004), abordando estudos desenvolvidos com irmãos gêmeos, aponta os fatores genéticos como sendo de risco para a coocorrência do TDO/TC com TDAH, bem como para a constância sintomatológica desses transtornos. Barlow e Durand (2015) enfatizam ainda que é necessário se atentar tanto para a questão de ordem biológica, quanto para os fatores psicossociais apontados como causa dos transtornos psicológicos.

Para se chegar a uma abordagem abrangente e integrada do TDO, é fundamental considerar a sua etiologia e o intercâmbio de todas as dimensões que são relevantes, tais como “contribuições genéticas, o papel do sistema nervoso, processos comportamentais e cognitivos, influências emocionais, influências sociais e interpessoais e fatores de desenvolvimento” (BARLOW; DURAND, 2015, p. 69).

Barlow e Durand (2015, p. 69) trazem um esclarecimento sobre as contribuições genéticas para a psicopatologia ao afirmarem:

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

Seguindo essa linha de pensamento, Teixeira (2014) menciona que os múltiplos fatores de risco que contribuem para o surgimento do TDO estão relacionados a questões sociais, psicológicas e biológicas. Quanto aos fatores biológicos, o autor assinala que as pesquisas científicas não trazem uma conclusão a respeito da origem genética do transtorno; alguns estudos, no entanto, estabelecem essa correlação.

Teixeira (2014) menciona que estudos nesta área de pesquisa identificaram que o uso do fumo e de álcool de forma abusiva durante a gravidez está associado a uma probabilidade maior de gerar filhos com o diagnóstico do transtorno. Em relação a esses fatores, o autor afirma:

Alguns fatores biológicos relacionados com características da própria criança, como temperamento, negativismo, baixa capacidade de adaptação a mudanças, déficits neuropsicológicos, dificuldades de linguagem, memória, planejamento, organização, disciplina, atenção e julgamento, também influenciaram no desenvolvimento do transtorno. Outros estudos descrevem alterações estruturais no córtex pré-frontal, região cerebral responsável pelo controle das emoções e da impulsividade, alterações no funcionamento de substâncias neurotransmissoras dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos, baixa de cortisol e níveis elevados de testosterona. Entretanto, esses dados também não são conclusivos. (TEIXEIRA, 2014, p. 30-31).

Quanto aos fatores de ordem psicológica, o surgimento do transtorno estaria relacionado a modelos de apego e aprendizado social, sendo observável o fato de crianças que apresentam agressividade possuírem dificuldade para processar informações referentes ao relacionamento social, tais como lidar com as frustrações diárias. Como a criança tende a assimilar e reproduzir o comportamento dos pais, um contexto familiar de violência e hostilidade torna-se propício para o desencadeamento do transtorno (TEIXEIRA, 2014).

Gauer, Vasconcelos e Davoglio (2012), por sua vez, enfatizam que são consideradas essenciais as experiências vivenciadas precocemente pelas crianças, tanto físicas quanto psíquicas. De fato, segundo os autores, vivências como o relacionamento com os pais mesmo antes do nascimento concorrem tanto para o desenvolvimento neurobiológico, quanto para a formação da subjetividade e para a adaptação à cultura do contexto do indivíduo. Os autores elucidam que essas experiências infantis são impactantes, com repercussão traumática sobre o processo de

desenvolvimento do psiquismo da criança. Por isso, é importante promover um acolhimento ambiental satisfatório às necessidades da infância.

Caballo e Simón (2015) afirmam que existem várias evidências de que o TDO é moldado e mantido por meio das trocas efetuadas entre uma criança e os adultos importantes em seu meio, principalmente as figuras de autoridade, que são os pais. Os autores assinalam que há uma probabilidade maior para o desenvolvimento de comportamentos opostos em crianças que apresentam reações emocionais acentuadas, falta de atenção, irritabilidade persistente e condutas impulsivas. Tais condutas são associadas a um comportamento difícil da criança.

Ainda Caballo e Simón (2015) consideram que as crianças que apresentam tal temperamento sentem dificuldade de adaptação às mudanças que se processam no ambiente no qual estão inseridas, reagindo contrariamente e muitas vezes de forma agressiva. Em relação à causa das condutas agressivas, Barros e Silva (2006) mencionam que o comportamento agressivo, alvo de vários estudos, é característico da espécie humana e apresenta diversas configurações, podendo ser expresso através de movimentos de ataque ou de fuga e de sentimentos diversos, como raiva e ódio, e pela via somática, entre outros modos. Os autores enfatizam a necessidade da análise, ao longo do processo de amadurecimento da criança, em relação à apresentação de comportamentos agressivos. As formas severas e frequentes desses comportamentos podem sinalizar indícios de psicopatologia.

É importante mencionar que, no campo da psicanálise, em relação à delinquência juvenil, diversas descobertas advieram dos estudos da personalidade, bem como dos da conduta e dos da psiconeurologia. A ênfase dessas descobertas aponta para a complexidade dos processos mentais que não se manifestam claramente, ou seja, ficam “subjacentes à psicopatologia grave associada aos comportamentos antissociais, sem necessariamente entrar em conflito com os pressupostos psicanalíticos” (GAUER; VASCONCELLOS; DAVOGLIO, 2012, p. 53).

Em relação às raízes da agressividade, Winnicott (2008, p. 262) afirma que a agressão possui dois significados: “Por um lado, constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração. Por outro lado, é uma das muitas fontes de energia de um indivíduo”. O autor chama a atenção para o fato de que o assunto é bastante amplo e se refere à criança em processo de crescimento. Algumas vezes, é possível verificar uma clara e expressiva agressão, o que implica, nesse caso, um enfrentamento no sentido de frear os possíveis danos que ela venha a causar.

Por outro lado, em outras situações, pode não haver uma clara evidência da agressão, que se manifestam sob a forma de certo comportamento contrário, sendo necessária, nesse caso, a observação de alguns tipos opostos da agressão, como, por exemplo, o contraste entre atrevimento e timidez. Isso pode indicar que duas crianças estejam manejando de um modo distinto as suas próprias cargas de impulsos hostis (WINNICOTT, 2008).

O assunto sobre a agressividade é muito vasto e preocupante pois remete a uma criança em evolução assinala Winnicott (2008, p.265) que elucida, “Algumas crianças tendem, definitivamente, a ver seus próprios impulsos agressivos controlados (recalcados) na agressão de outros. Isto pode evoluir de um modo nada sadio”. Nesse foco, o autor enfatiza que pode ser esgotado o abastecimento de perseguição devendo então ser suprido por ilusões, o que implica na constante expectativa de perseguição por parte da criança e consequente agressividade como autodefesa contra esses imaginários ataques. O autor completa afirmando que esse processo se trata de uma doença, no entanto, esse padrão de comportamento pode ser identificado em quase todas as crianças como uma fase do seu desenvolvimento.

Em relação ao desenvolvimento e à manutenção do TDO, Caballo e Simón (2015) assinalam a importância de se identificarem as características da criança e dos pais, bem como de todo um contexto situacional e de suas variáveis que influenciam na qualidade dos intercâmbios recíprocos e nas interações mantidas entre pais e filhos. Os autores assinalam que as variáveis observadas nos pais, como a imaturidade, a hostilidade, a labilidade emocional e a inexperiência na educação dos filhos, encontram-se presentes em famílias de crianças portadoras do TDO. Os autores afirmam ainda que outro fator de risco consiste na existência de problemas conjugais e psicopatologias parentais, como, por exemplo, a depressão materna.

Para um melhor entendimento do funcionamento do comportamento antissocial na infância e adolescência, é importante que se considere a possibilidade de que as vivências e as experiências familiares possuem relação direta com tal tipo de conduta. A posição que a família exerce no contexto social é relevante, uma vez que ela representa o primeiro ambiente social em que o indivíduo foi inserido. A família, portanto, é vista desse ângulo como um sistema socioafetivo básico e vital, exercendo significativamente um grande impacto no desenvolvimento do indivíduo, tanto na construção da personalidade, quanto do comportamento (GAUER; VASCONCELLOS; DAVOGLIO, 2012).

É também importante destacar que o modelo básico de interação para a formação dos demais vínculos na vida do indivíduo é decorrente das relações familiares, ou seja, os modelos de comportamento assimilados na infância encontram-se associados às interações afetivas e sociais experienciadas no contexto familiar. Nesse sentido, conseguem-se identificar dois padrões familiares completamente opostos, que convergem para o desenvolvimento ou manutenção do transtorno: pais excessivamente agressivos e autoritários e pais excessivamente permissivos, que não impõem limites à criança (GAUER; VASCONCELLOS; DAVOGLIO, 2012).

Em relação aos fatores sociais apontados como causa do TDO, Teixeira (2014) menciona que não existe ainda uma definição precisa dos padrões sociais; porém, as pesquisas apontam para um possível desencadeamento do transtorno nas famílias de baixo nível socioeconômico, que vivenciam violência doméstica e com moradia localizada em setores de criminalidade. Pais

ausentes, abusadores, agressivos, usuários de álcool ou drogas e que possuem habilidades parentais deficientes, não impondo quaisquer limites aos filhos são outras características. Nesse sentido, Barlow e Durand (2015) enfatizam que as influências sociais, bem como as interpessoais, são significativas, pois afetam intensamente tanto a biologia do indivíduo, quanto os transtornos psicológicos.

Fatores escolares também contribuem para o surgimento do transtorno, levando-se em consideração que escolas são muitas vezes inaptas em lidar com alunos com problemas comportamentais (TEIXEIRA, 2014).

4. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Segundo Caballo e Simón (2015), o diagnóstico do TDO constitui uma tarefa difícil, dada a grande variabilidade sintomatológica que o transtorno apresenta, além da sua comorbidade e da dificuldade de se obterem informações relevantes.

4.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – DSM-5 313.81 (F91.3)

De acordo com o DSM-5 (2014, p. 462), existe um critério geral (Critério A), relacionado a outros oito critérios, para o diagnóstico do TDO. Eles são especificados a seguir.

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

Humor Raivoso/ Irritável

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

Comportamento Questionador/Desafiante

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

Índole Vingativa

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

B. A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato, ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional e profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico ou de transtorno de humor.

D. Não são satisfeitos os critérios para transtorno da conduta e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para transtorno da personalidade antissocial.

A partir desses critérios, o DSM-5 situa a gravidade na condição leve quando os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (na casa, na escola, no trabalho, com os colegas). A gravidade moderada ocorre quando alguns sintomas estão presentes em pelos menos dois ambientes e a grave, quando alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes (DSM-5, 2014, p.463).

Em relação ao diagnóstico do TDO, a CID-10, por sua vez, estabelece que:

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

quadro de um comportamento provocador, desobediente ou perturbador. (CID-10, 2012, p. 372).

Dessa forma, a CID-10 (2012) relaciona o transtorno na categoria F91.3 como distúrbio desafiador e de oposição, no caso, um transtorno de conduta com manifestação comumente verificada em crianças jovens; sendo caracterizado, principalmente, por comportamentos provocadores, perturbadores ou de desobediência e quando não acompanhados de conduta dissocial, agressiva e delituosa.

De modo semelhante, Teixeira (2014) ressalta que é necessário se atentar para o fato de o TDO ser muito mais do que agir de um modo desafiador ou adotar um comportamento de birra, o que por vezes se verifica na criança, uma vez que o comportamento opositivo temporário comumente faz parte do desenvolvimento normal da personalidade. Nesse sentido, o autor afirma a importância de os pais, responsáveis e educadores saberem diferenciar o comportamento de oposição normal vivenciado pela criança em seu desenvolvimento conforme adquire autonomia de um quadro de transtorno comportamental.

4.1.1. Características diagnósticas

Tratando das características diagnósticas do TDO, o DSM-5 (2014, p.463), afirma que a “difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é extremamente importante avaliar o comportamento do indivíduo em vários ambientes e relacionamentos”. Nesse sentido, Caballo e Simón (2015) mencionam a importância de se considerarem certas manifestações clínicas do transtorno na realização do diagnóstico, tais como o fato de os comportamentos problemáticos ocorrerem mais frequentemente em casa, ou na escola, ou em lugares públicos. De fato, esses comportamentos podem se limitar a apenas um ambiente.

Por outro lado, em condições mais graves, verifica-se a presença dos sintomas do transtorno em múltiplos ambientes. Outro aspecto a ser considerado é que os indivíduos com o TDO, geralmente, não se reconhecem como raivosos, desafiadores ou opositores, procurando sempre uma justificação plausível para sua conduta (DSM-5 2014).

É também frequente a presença dos sintomas do transtorno nas interações problemáticas com outras pessoas e não somente no contexto familiar, o que deve ser levado em consideração. Outro aspecto digno de nota é o fato de a criança com o transtorno ter vivenciado, com frequência, experiências de cuidados parentais hostis, o que implica a impossibilidade de se determinar se o comportamento apresentado pela criança é resultado da maneira hostil com que os pais a tratavam

(ou tratam), ou se a hostilidade dos pais é resposta ao problema da criança. Há também a possibilidade de as duas hipóteses se verificarem simultaneamente (DSM-5, 2014).

4.2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA FINS DE INTERVENÇÕES PRECOSES

Barletta (2011) menciona a dificuldade de realizar um diagnóstico dos transtornos disruptivos, devido à apresentação de comportamentos desafiadores no ciclo normal do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Por isso, quando se trata do TDO, é necessária uma avaliação criteriosa por parte do terapeuta.

Para que essa avaliação adequada aconteça, é necessário se estar atento a determinados comportamentos, como, por exemplo, à mentira em seus vários aspectos. Por um lado, ela pode sinalizar uma conduta normal no desenvolvimento infantil e de adolescentes; por outro, pode ser indício de transtornos. É fundamental, portanto, o estabelecimento de diferenças entre os comportamentos dito normais e os psicopatológicos, atentando-se para o fato de esses comportamentos ocorrerem isolados, raramente ou constituindo quadros de síndromes, o que remete a um desvio comportamental. A idade, o gênero e o contexto cultural do indivíduo devem ser levados em consideração (ALMEIDA *et al*, 2014).

Segundo Hutz *et al* (2016), é necessário ter alguns cuidados no estabelecimento do diagnóstico psicológico na infância e adolescência. Os autores esclarecem que os estudos sobre o desenvolvimento infantil e os processos psicopatológicos no período infantil são ainda recentes: os assuntos relacionados aos comportamentos na infância eram considerados apenas de ordem moral e não de ordem médica.

Esses autores também assinalam que, somente no século XIX, a psicopatologia infantil teve o seu reconhecimento, atingindo seu ápice no século XX, com o desenvolvimento da psicanálise infantil, as teorias de Piaget e Vygotsky e a testagem da inteligência. Os autores tecem suas considerações sobre os cuidados específicos que se devem ter no estabelecimento do diagnóstico psicológico de crianças e adolescentes, para que sejam realizadas as intervenções precoces adequadas.

Nesse sentido, para que o objetivo principal do psicodiagnóstico - o de possibilitar um norte terapêutico - seja atingido, todos os aspectos avaliativos implicados devem ser levados em consideração. Exemplos desses aspectos são os elementos referentes ao desenvolvimento, os elementos sociais e familiares e os elementos relacionados à sintomatologia (HUTZ *et al*, 2016).

Também Teixeira (2014) afirma que, para que seja realizado um diagnóstico correto de crianças com o TDO, a fim de se intervir precoce e adequadamente, são imprescindíveis as devidas

investigações clínicas. O autor ressalta a importância de uma boa avaliação do indivíduo tanto no âmbito familiar, quanto no escolar.

Em uma avaliação familiar, deve-se estar atento à compreensão dos padrões comportamentais dos pais, das atitudes e dos procedimentos adotados na criação dos filhos. Deve-se, também, investigar como se dá a comunicação e a interação social entre a família. Outro fator importante é o levantamento do histórico familiar em relação aos transtornos comportamentais, ao alcoolismo, às drogas, à violência e à agressividade (TEIXEIRA, 2014).

Em relação à avaliação no contexto escolar, Teixeira (2014) aponta ser importante a observação do desempenho escolar comprometido por frequentes reprovações. De fato, trata-se de um dos indicativos do TDO. O autor alerta para o padrão de comportamento da criança na escola, a interação social com os colegas, os professores e os demais funcionários da instituição. As características relevantes para o diagnóstico, segundo o autor, estão relacionadas a um histórico de desobediência e de desafio à autoridade de professores e funcionários, às ações impulsivas e aos constantes conflitos com os colegas de sala de aula. Também a recusa em pedir ou aceitar ajuda, principalmente dos professores, e a recusa em reconhecer ou aceitar a culpa, atribuindo-a sempre a outrem, devem ser levadas em consideração.

Uma das dificuldades para a realização de uma boa avaliação diagnóstica do transtorno, de acordo com Barletta (2011), é o fato de não existir um padrão de testes e inventários com respostas precisas. Como consequência disso, o manejo clínico é a estratégia básica para obtenção dos dados. Nesse sentido, Rangé (2011) afirma que, apesar de vários autores mencionarem diversas descobertas de ordem neurobiológicas associadas aos transtornos disruptivos, não há como comprovar o diagnóstico tanto do TDO, quanto do TC por meio de exames físicos. Tais exames ainda não estão disponíveis.

Sobre a avaliação do TDO infantil, Caballo e Simón (2015) fazem um esclarecimento adicional relevante, que agrupa diversos métodos e objetivos que se inter-relacionam: a utilização dos métodos de avaliação têm um fim de crivo diagnóstico, com o objetivo de detectar o agravamento dos problemas e o estabelecimento de um tratamento precoce, que venha possibilitar a avaliação dos resultados da intervenção terapêutica, para que possam ser combatidas as causas que sustentam o transtorno. Os autores, em consenso com a literatura, afirmam que, nesse caso, os pais e o contexto onde a criança se encontra inserida estão no centro dessa avaliação.

Caballo e Simón (2015) também afirmam que os clínicos, em sua maioria, determinam inicialmente se a criança tem um TDO geralmente com base nos critérios diagnósticos pelo DSM-5, anteriormente especificados neste trabalho. Outra medida importante é a utilização de vários instrumentos de avaliação, como as entrevistas abertas e semiestruturadas e as escalas de avaliação comportamental.

Em relação à evolução do TDO para o TC e, possivelmente, para um transtorno da Personalidade Antissocial, Teixeira (2014) sinaliza a importância de se realizar um diagnóstico com um tratamento precoce, que certamente exercerá um papel essencial na prevenção da evolução do TDO.

4.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para o diagnóstico diferencial, é fundamental a identificação do TDO traçando-se um paralelo com outros transtornos, principalmente os comórbidos. O DSM-5 aponta os seguintes transtornos comórbidos, já referidos neste trabalho: transtorno da conduta, transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, transtornos depressivos e bipolar, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno explosivo intermitente, deficiência intelectual, transtorno da linguagem e transtorno de ansiedade social (DSM-5, 2014).

Quanto ao TDHA, o DSM-5 (2014) faz menção à frequência com que tal transtorno é comórbido com o TDO, devendo ser realizados ambos os diagnósticos na coexistência dos dois transtornos. No caso do diagnóstico diferencial, é importante a observação de problemas comportamentais ligados ao TDAH, que são relacionados principalmente à falta de atenção, à impulsividade e à hiperatividade. Esses constituem aspectos que diferem das características de oposição e desafio do TDO, o que exige uma observação direta da criança tanto no seu contexto familiar, quanto escolar. Entrevistas com pais e educadores em geral devem ser realizadas (EDDY, 2009).

Mattos (2004), por sua vez, afirma que o TDO se caracteriza, principalmente, pela apresentação de uma desobediência exacerbada em várias situações, nas quais a criança desafia ativamente as figuras de autoridade, mostrando-se contrária a regras ou a limites, o que não se verifica no TDAH.

De acordo como o DSM-5, como os indivíduos com o TC e o TDO apresentam características de conduta conflitantes com adultos e principalmente figuras de autoridade, a distinção entre ambos baseia-se no fato de que os comportamentos do TDO são menos graves, não incluindo violência contra pessoas ou animais, defraudação ou furto e destruição de patrimônio. Outro aspecto diferencial é o fato de o TDO estar relacionado a problemas de desregulação emocional, ou seja, o humor raivoso e irritável característico, o que não se verifica nos critérios diagnósticos do TC (DSM-5, 2014).

Mattos (2004) afirma que uma diferença marcante entre os dois transtornos é o fato de que, no TDO, existem comportamentos exagerados que se manifestam em algum grau nas crianças ditas

normais. No TC, por outro lado, os comportamentos apresentados são claramente diferenciados do esperado e do aceitável do ponto de vista moral e social. “O transtorno de conduta é um padrão persistente de comportamentos antissociais manifestados [pelas crianças ou adolescentes], em que são violados os direitos individuais dos outros e/ou normas ou regras sociais importantes” (EDDY, 2009, p.12).

Quanto aos transtornos depressivos e bipolar, o DSM-5 aponta para a frequência com que tais transtornos se encontram intimamente relacionados com irritabilidade e afeto negativo. Assim, é necessário estar atento se tais sintomas ocorrem exclusivamente no decorrer de um transtorno do humor – o que, a se confirmar, não constituirá um caso de TDO. No caso do transtorno explosivo intermitente, o DSM-5 afirma que ele envolve também explosões de raiva, assim como o TDO; contudo, a diferença está no fato de o transtorno explosivo intermitente apresentar grave agressão direcionada a pessoas, animais ou propriedades (DSM-5, 2014).

A relação existente entre o TDO e o transtorno disruptivo da desregulação do humor reside nos sintomas de humor negativo crônico e nas explosões de raiva que são comuns aos dois. Contudo, a intensidade, a gravidade, a frequência e a cronicidade dessas explosões de raiva são mais intensas (e graves) no transtorno disruptivo da desregulação do humor (DSM-5, 2014).

No caso de indivíduos com deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), só é realizado um diagnóstico de TDO “se o comportamento opositor for acentuadamente maior do que aquele que em geral se observa entre indivíduos com idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual” (DSM-5, 2014, p. 465-466).

O TDO, de acordo com o DSM-5, deve ser distinguido do transtorno de linguagem no que diz respeito à inabilidade do indivíduo para seguir orientações quando elas são pertinentes à alteração na captação da linguagem. Nesse caso, tem-se o exemplo da perda auditiva. Outra diferenciação do TDO em relação ao transtorno de ansiedade social deve ser feita quando ocorre uma recusa proveniente do medo de ser avaliado negativamente que esteja vinculada à fobia social (DSM-5, 2014).

5. TRATAMENTO DO TDO E MEDIDAS PREVENTIVAS

Segundo Caballo e Simón (2015), diante de um quadro de crianças com TDO, a seriedade dos problemas comportamentais apresentados demanda a aplicação de um tratamento global a longo prazo, que envolva a criança, a família, a escola e todo seu contexto social.

Rangé (2011) e Teixeira (2014) enfatizam que, se não for realizado o tratamento do TDO, ou quando não for efetivada nenhuma intervenção de caráter preventivo em relação a ele, as

consequências serão drásticas tanto para o sujeito, quanto para a sociedade. As consequências possíveis são o envolvimento com drogas, álcool e a chance de evolução para o TC e, consequentemente, para um transtorno de personalidade antissocial na idade adulta.

Portanto, a adoção de medidas preventivas e a intervenção precoce nas alterações comportamentais ligadas ao TDO constituem o ponto chave para que se obtenha êxito no processo terapêutico (TEIXEIRA, 2014). Rangé (2011), Teixeira (2014) e Caballo e Simón (2015) chamam a atenção para a necessidade não só do tratamento medicamentoso, mas também do tratamento psicossocial.

Deakin e Nunes (2008), por sua vez, se referem a psicoterapia infantil como uma intervenção, cuja finalidade é o atendimento aos mais variados problemas que se repercutem no cotidiano da criança, causando prejuízos significativos em sua vida familiar, acadêmica e social.

5.1. TRATAMENTO PSICOSSOCIAL

De acordo com Teixeira (2014), o tratamento psicossocial engloba uma série de estratégias com a finalidade de fornecer melhor qualidade de vida à criança, proporcionando-lhe melhoria na qualidade das suas relações sociais no contexto familiar, escolar e social.

Rangé (2011), Teixeira (2014) e Caballo e Simón (2015) discorrem sobre os modelos comportamentais como modificação do comportamento, terapia comportamental e análise aplicada do comportamento. Os autores enfatizam a eficácia no tratamento do TDO das estratégias cognitivo-comportamentais, mencionando os seguintes procedimentos: terapia familiar, psicoeducação familiar, treinamento de pais, psicoeducação escolar e intervenções escolares.

Em relação ao **treinamento de pais**, Rangé (2011, p. 637) e Caballo e Simón (2015, p. 44-45) (grifo nosso) mencionam diversos elementos que podem ser definidos, apesar das variações no formato e na sequência desses programas:

1. O objetivo do tratamento consiste em ensinar aos pais a interagir mais eficazmente com a criança, por meio do desenvolvimento de novas habilidades e da eliminação de estratégias ineficazes.
2. O terapeuta adapta um estilo de ensino direto que incorpora a demonstração, a representação de papéis, o ensaio de comportamento e as tarefas para casa, a fim de atingir os objetivos terapêuticos.

3. O treinamento pode ser realizado no consultório do terapeuta ou em uma clínica. Contudo, pode ser realizado também na casa da criança.
4. Os programas de treinamento baseiam-se em um modelo de domínio de informação, que requer que os pais aprendam e demonstrem habilidades específicas - um pré-requisito antes de passarem para os outros objetivos de treinamento.

Como a desestruturação familiar se encontra intimamente relacionada com o desenvolvimento e a manutenção do TDO, Teixeira (2014) defende que é imprescindível que sejam realizadas, nesses casos, a **terapia familiar** (grifo nosso). O autor enfatiza que o objetivo da terapia é dar um suporte à família no sentido de melhorar o estilo de interação e de funcionamento social dela, a fim de promover uma modificação no sistema familiar, uma vez que, em tal contexto, os sintomas opositivos da criança são estimulados.

Sobre a importância da utilização da terapia familiar, Gauer, Vasconcellos e Davoglio (2012) assinalam que o uso, no contexto familiar, de práticas educativas parentais com a finalidade de promover a socialização dos filhos é importante. Contudo, essas práticas nem sempre resultam em reações sólidas, devido ao fato de estarem vinculadas às emoções, à subjetividade, às perspectivas e às dificuldades apresentadas pelos pais. Os autores chamam a atenção para os estudos nessa área, que evidenciam que tais práticas educativas parentais se encontram fortemente associadas aos comportamentos antissociais emitidos pelos filhos, uma vez que, por meios delas, às vezes indiretamente, os pais instigam a repetição desses comportamentos, justamente pela incoerência da disciplina utilizada e por uma interação positiva deficiente.

A utilização da **psicoeducação familiar** (grifo nosso) tem por finalidade promover informações e orientações quanto ao curso e diagnóstico do transtorno, inclusive quanto às características sintomatológicas e aos métodos de tratamento, proporcionando debates sobre estratégias a serem adotadas pelos familiares no sentido de como lidar com a criança com um TDO (TEIXEIRA, 2014).

Quanto ao treinamento em **habilidades cognitivas**, Caballo e Simón (2015, p. 48) (grifo nosso) sinalizam que “[este procedimento permite o aprendizado pela criança com um TDO de] habilidades compensatórias para melhorar a adaptação em casa e na escola e para responder mais eficientemente quando enfrentar situações conflitivas”. Os autores afirmam que o treinamento, nesse procedimento, objetiva trabalhar a própria criança, com a consequente capacidade de utilização de estratégias de autocontrole.

Teixeira (2014) refere a **psicoeducação escolar** e as **intervenções escolares** (grifo nosso) como sendo fundamentais no tratamento da criança com um TDO. Segundo o autor, a

psicoeducação escolar objetiva a informação e a orientação aos professores, orientadores pedagógicos, diretores e demais funcionários da instituição escolar, no sentido de possibilitar a gestão adequada dos sintomas do transtorno no contexto escolar, essencial para o sucesso do tratamento.

Em relação às intervenções escolares, Teixeira (2014) afirma que elas objetivam que professores e funcionários tenham possibilidade de acionar os mecanismos adequados, a fim de que haja a devida reintegração do aluno em sala de aula e no contexto escolar como um todo. Nesse sentido, segundo o autor, podem ser aprendidas técnicas comportamentais com a finalidade de promover e estimular comportamentos aceitáveis para serem introduzidos, bem como desencorajar os comportamentos agressivos e de desrespeito por parte do aluno.

5.2. TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

Na concepção de Deakin e Nunes (2008), a psicoterapia psicanalítica infantil origina-se da psicanálise, sendo uma forma de tratamento interpretativo baseada na compreensão psicanalítica. Os autores assinalam que a sua finalidade consiste na melhoria de sintomas, na modificação do comportamento, na mudança estrutural da personalidade em certo grau e na volta da criança aos impulsos próprios do desenvolvimento normal.

Em relação à psicoterapia com crianças, Deakin e Nunes (2008) fazem um reconhecimento à contribuição de Freud, que descreveu a primeira intervenção psicoterapêutica em uma criança. Trata-se do caso do pequeno Hans, um menino de cinco anos que apresentava fobia de cavalos. Os autores assinalam, ainda, as contribuições de Anna Freud e Melanie Klein, autoras dos primeiros livros dedicados à temática. Referindo-se ao caso do pequeno Hans, Zimerman (2004, p. 347) menciona que “a maior contribuição de Freud à análise de crianças é indireta, é aquela que possibilitou o reconhecimento e a importância dos dinamismos psíquicos da criança, que continua ativa e presente em cada um de nós”.

De acordo com Deakin e Nunes (2008, p. 2) “as técnicas da psicoterapia incluem a interpretação utilizada junto à verbalização, o esclarecimento e as mudanças manipulativas do comportamento, assim como uma experiência emocional corretiva de um novo objeto”. Em relação aos aspectos da prática na análise com crianças, Zimerman (2004) assinala que existem algumas peculiaridades nesse atendimento, uma vez que a criança se encontra em plena fase de desenvolvimento, passando por constantes e aceleradas modificações que se traduzem em sua instabilidade.

Na psicoterapia infantil, o brincar é uma técnica amplamente utilizada com muita eficácia. Winnicott (2008) afirma que a brincadeira é baseada numa aceitação simbólica, apresentando possibilidades ilimitadas. O autor esclarece que a função dessa técnica é treinar a criança para experimentar aquilo que vai ao encontro da sua realidade íntima psíquica pessoal, o que resulta em um fundamento do crescente sentido de identidade.

Segundo Ramalho (2015, p.100), através da brincadeira a criança tem a possibilidade de expressar sua capacidade simbólica, podendo acessar as fantasias inconscientes. O modo como a criança brinca é um indicativo para se avaliar essa capacidade, sendo que cada sujeito possui uma modalidade específica para estruturar o seu brincar, como a plasticidade, a rigidez e a perseverança.

Por meio da **Hora do jogo** (grifo nosso), técnica usada com muita eficácia e difundida por vários teóricos como Arminda Aberastury, Violet Oaklander e outros, o terapeuta tem a possibilidade de detectar não só a funcionalidade motora da criança, mas a sua tolerância à frustração. Além disso, consiste em um meio de ultrapassar a resistência inicial da criança, promovendo um estado de transferência e a confiança mútua (RAMALHO, 2015).

O Desenho da Família de acordo com Campos (2014) (grifo nosso), permite o conhecimento da situação propósito dentro do meio familiar no qual a criança se encontra inserida. Trata-se, também, de um modo de coletar o maior número possível de informações, no intuito de se construir a própria demanda da criança.

Na perspectiva psicoterápica psicanalítica infantil, Hutz *et al* (2016) afirma que a brincadeira, o jogo e o desenho seriam precisamente os modos que permitiriam a comunicação daquilo que está no inconsciente. Ao desenhar livremente, uma criança geralmente emprega gestos e expressa verbalmente o que tem valor de associações. Nesse sentido, o autor defende uma proposta psicanalítica na qual os fenômenos psíquicos possam ser tanto analisados, quanto observados durante o lúdico e por meio do modo como a criança faz uso dos materiais disponíveis.

5.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

No tratamento do TDO, conforme afirma Teixeira (2014), é comprovada a eficácia de alguns medicamentos, segundo estudos científicos realizados nessa área. O foco de atuação desses medicamentos está relacionado à diminuição dos sintomas de impulsividade, raiva e agressividade, característicos do transtorno. O autor alerta, porém, que tais medicamentos atuam como paliativos, aliviando alguns desses sintomas e proporcionando uma melhora do quadro comportamental da

criança com o TDO. Essa melhora desemboca em um aumento da qualidade de vida não só da criança, como também da família e de outras pessoas com as quais o paciente interage.

Teixeira (2014, p. 46) elenca algumas classes de medicamentos que são empregados no tratamento do TDO, tais como:

- a) Antipsicóticos ou neurolépticos: empregados no tratamento de quadros de agressividade, impulsividade e explosões de raiva, que se apresentam reiterados no transtorno. Os antipsicóticos atípicos são os mais utilizados atualmente, sendo eles a risperidona, a quetiapina e o ariprazol.
- b) Estabilizadores do humor: empregados no controle de comportamentos agressivos, violentos, proporcionam a diminuição da agressividade. São também usados nos casos associados ao transtorno bipolar do humor. Os mais empregados são: carbonato de lítio, divalproato de sódio, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina e o topiramato.
- c) Psicoestimulantes: utilizados para o tratamento do TDAH, devido à associação frequente com TDO, sendo eles o metilfenidato e a lisdexanfetamina.
- d) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina: utilizados para o tratamento de episódios depressivos ou de quadros ansiosos associados ao TDO. Os principais fármacos são: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram e venlafaxina.

6. CONCLUSÃO

Como verificado na pesquisa, a compreensão sobre o TDO é de fundamental importância, uma vez que tal transtorno constitui um grave problema tanto para a dinâmica familiar, quanto para a vida acadêmica e social do indivíduo. O curso do TDO está também associado a outros transtornos graves, como o transtorno da personalidade antissocial, o TDAH e o TC, além de comportamentos de risco como o abuso de substâncias psicoativas.

Assim, torna-se imprescindível o controle preventivo do transtorno, para impedir que a sua evolução venha a se manifestar. É importante que o profissional da Psicologia domine o conhecimento de todo o processo dimensional e funcional do TDO, para que as devidas intervenções sejam realizadas. Caso contrário, haverá, conseqüentemente, um quadro de prognóstico desfavorável para o indivíduo. É importante também ressaltar que, como os comportamentos de oposição encontram-se geralmente associados ao curso do desenvolvimento

normal da criança, conforme enfatiza a literatura sobre este tópico, é necessária a efetivação de uma avaliação minuciosa e diagnóstico diferencial, para fins da aplicação de intervenções adequadas.

Diante disso, o futuro profissional da área da Psicologia tem a conscientização da importância de se adotarem medidas que visem ao controle preventivo do transtorno, o que enfatiza a necessidade desta pesquisa. Ela poderá contribuir para um melhor entendimento dos diversos níveis de comportamentos disfuncionais característicos do indivíduo com o TDO, bem como dos múltiplos fatores etiológicos e das comorbidades associadas. Este estudo pode, ainda, ser de relevância também para pais e educadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Leticia Rani Pimenta *et al.* **Análise Funcional em um estudo de caso de Transtorno Desafiador de Oposição e Transtorno de Conduta.** FAEMA – Rev. Cient. Fac. Educação e Meio Ambiente 5(2): 15-35, jul-dez, 2014. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/223>>. Acesso em: 15.01.2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5).** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, 948 p.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. **Antipsicóticos Atípicos.** Psiqweb, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=214>>. Acesso em: 25.10.2016.

BARBIERI, Valéria *et al.* **A criança antissocial e seu pai: um estudo psicodinâmico.** Psic., Saúde & Doenças vol. 14, no. 3, Lisboa, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300001>. Acesso em: 20.01.2016.

BARLETTA, Janaína Bianca. **Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos:** algumas reflexões. Rev. bras. ter. cogn. Vol 7 n.2 Rio de Janeiro dez.2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200005>. Acesso em: 15.01.2016.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia:** uma abordagem integrada. Tradução Noveritis do Brasil. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015, 752 p.

BARROS, Patrícia; SILVA, F.B.N. **Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência.** Rev. Bras. Ter. Cogn. v.2 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100006>. Acesso em: 20.01.2015.

CABALLO, Vicente E.; SIMÓN, Miguel Ángel. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente:** transtornos específicos. 1 ed. Reimpr. São Paulo: Santos, 2015, 460 p.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade.** 46 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2014, 110p.

CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). **Psicoterapias:** abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 886 p.

DEAKIN, Elisabeth Kuhn; NUNES, Maria L. Tiellet. **Investigação em psicoterapia com crianças:** uma revisão. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.30 no.1 suppl.0 Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200003>. Acesso em: 01.11.2016.

EDDY, J. Mark. **Transtornos da conduta:** as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 120 p.

GAUER, Gabriel J. C.; VASCONCELLOS, Silvio J. L.; DAVOGLIO, Tércia R. **Adolescentes em Conflito:** violência, funcionamento antissocial e traços de psicopatia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, 236 p.

GREVET, Eugênio Horácio *et al.* **Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta:** os desfechos no TDAH em adultos. J. Bras. Psiquiatr. 56, supl 1; 34-38, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a08v56s1.pdf>> Acesso em: 12.03.2016.

HUTZ, Claudio Simon *et al.* **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016, 428 p.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1172 p.

LINS, Taiane *et al.* **Problemas externalizantes e agressividade infantil**: uma revisão de estudos brasileiros. Arq. bras. psicol. vol.64 no.3 Rio de Janeiro dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000300005>. Acesso em: 10.09.2016.

MATTOS, Paulo. **No mundo da Lua**: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2004, 167 p.

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

PAULO, Marta Mantovanelli de; RONDINA, Regina de Cássia. **Os principais fatores que contribuem para o aparecimento e evolução do transtorno desafiador opositor (TDO)**. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. Ano VII, n. 14, Maio de 2010. Garça/SP. Editora FAEP.

PINHEIRO, Maria Antônia Serra *et al.* **Transtorno Desafiador de Oposição**: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 26, n. 4, p. 273-6 São Paulo Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400013> Acesso em: 15.01.2016.

PLISZKA, Steven R. **Neurociência para o clínico de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2004, 220 p.

RAMALHO, Danielle Manera. **Psicopedagogia e Neurociência: neuropsicopedagogia e neuropsicologia na prática clínica**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015, 116p.

TEIXEIRA, Gustavo. **O Reizinho da Casa: manual para pais de crianças opositoras, desafiadoras e desobediente**. 1 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014, 108 p.

WINNICOTT, Donald. W. **A criança e o seu mundo**. 6 ed., reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008, 270 p.

ZIMERMAN, David E. **Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2004, 471p.