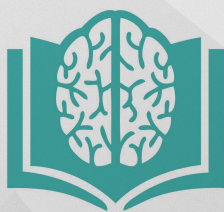


# TRANSTORNO OPOSITIVO - DESAFIADOR

*Da teoria à Prática*



**NeuroSaber**

[www.neurosaber.com.br](http://www.neurosaber.com.br)



## Dr. Clay Brites

Pediatra e Neuropediatra formado pela Santa Casa de São Paulo, vice-presidente da ABENEPI, Capítulo Paraná. Pesquisador do Laboratório de Dificuldades e Distúrbios da Aprendizagem e Transtornos da Atenção. Docente do curso de Pós-Graduação de Neuropsicologia na Unicamp e membro do Departamento de Neurologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Fundador do Instituto NeuroSaber. Doutorando UNICAMP.



## ÍNDICE

Introdução .....	02
Imaturidade Infantil ou Sintomas Opositores ??.....	04
Separando o que é comportamento típico de não-típico ou que esperar.....	07
de um Adolescente “Normal” ?	
O que passa pela cabeça de uma criança ou de um adolescente opositor??.....	10
Como fazer o diagnóstico.....	14
Critérios diagnósticos para TOD (dsm-5).....	17
O T.O.D. pode ser gerado pelo ambiente.....	35
Aspectos Neurobiológicos .....	37
10 Dicas aos pais e cuidadores.....	48
Uso de Medicamentos .....	71
Tabela de Medicamentos .....	72
Evolução da adolescência para a fase adulta : implicações para o futuro.....	80
Conclusão .....	82
Bibliografia .....	84

# INTRODUÇÃO



Sempre que um comportamento leva a prejuízos sociais, afetivos e acadêmicos ou laborais devemos realmente nos preocupar e tomar medidas que reduzam o impacto na vida do portador e de seus pares. O Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) é um distúrbio de comportamento caracterizado por um perfil rígido de desobediência, hostilidade e ameaça que ocasiona sérios problemas ligados ao modo como o indivíduo reage aos processos rotineiros e disciplinares do cotidiano. Discute excessivamente com adultos ou autoridades, não assume responsabilidades de seus maus atos, incomoda de forma sistemática os que com ele convivem e responde quase sempre de forma inadequada e ríspida quando as coisas não ocorrem como desejam.

Os efeitos deste transtorno a longo prazo, se não tratado, podem levar a severos problemas de inserção social, desagregação familiar e evasão escolar desaguando num contexto de delinquência, drogadição e distúrbios de conduta<sup>1</sup>. Mesmo sendo uma condição considerada como uma entidade clínica, o TOD pode, em boa parte das vezes, associar-se ao TDAH, Transtorno de Conduta e Transtorno Bipolar tanto clinicamente quanto evolutivamente. A presença de alguns ou de todos estes transtornos agrava relacionamentos e pode solapar a vida escolar.

Ocorre em 1 a 11% da população geral e levemente mais comum em meninos numa proporção de 1,4 : 1<sup>1</sup>. Aparece na fase pré-escolar até início da adolescência e é facilmente percebido nos grupos sociais onde vive o portador do transtorno. Sem tratamento, pode evoluir para transtorno de conduta, aumenta risco de delinquência, transtorno de ansiedade e de depressão e suicídio<sup>1</sup>.

Este e-book tem a finalidade de apresentar e explicar de forma simples e didática este transtorno neuropsiquiátrico o qual vem preocupando especialistas e motivando muitos pais e instituições escolares a se debruçarem sobre o que ele significa e como conduzi-lo nos mais diversos ambientes. Mas, antes, vamos entender 3 pontos muito importantes e que devem ser considerados quando se convive com uma criança ou um adolescente de comportamento normal e esperado para a idade e, por outro lado, com uma criança ou um adolescente opositor.

# IMATURIDADE INFANTIL OU SINTOMAS OPOSITORES ??



As crianças, em sua condição mais imatura e por ainda estar em fase de descobrimento de como se comunicar e se portar no convívio social, podem apresentar comportamentos que passam a impressão para nós, adultos, que elas são opositoras e desafiadoras. Ledo engano!

Até os 4-5 anos de vida, é comum que a criança tenha atitudes que possam causar estranhamento aos pais por se expressarem de forma agressiva, com choros profusos e sistematicamente agir “do contra” quando indagada ou impedida de fazer o que quer ou de adquirir o que deseja. Estamos falando das famosas birras infantis. A birra infantil é caracterizada por choro forte associado a movimentos de intensa irritação, jogando-se no chão ou agredindo a figura de autoridade num descontrolado que progrida e assusta em alguns momentos. Ela se manifesta ao ser impedido, contrariado, retirado de uma situação prazerosa ou em situações sociais junto a outras pessoas onde quer chamar atenção. O constrangimento que pode causar leva os pais a reagirem de forma a acalmá-la logo e reduzir o melindre; muitos destes pais recuam e dão à criança o que pede ou deseja; outros, mantêm a postura anterior continuando impondo a ordem original; e outros, acertadamente, ignoram e “saem de cena” deixando a criança sozinha e sem “platéia” para seu show levando a criança a concluir que esta forma de reagir foi inadequada e ela vai aprendendo que existem meios mais empáticos e confortáveis de convencer e ser atendida.

A birra nada tem a ver com TOD, sendo somente um modo imaturo de expressar sua frustração. Ela tende a se auto-limitar com o passar do tempo e desaparecer até os 4 anos de idade dependendo de como os pais lidam com isto. Tendem a ocorrer somente com adultos/autoridades, sem agredir outras crianças de sua idade e com as quais ela convive. Pais que valorizam ou intensificam a sua ocorrência, podem prolongar estas atitudes inadequadas. Fazer o que a criança quer para que ela pare logo só vai piorar! Ignorar e aguentar o choro é a receita mais recomendada e a experiência mostra a enorme eficácia deste tipo de manejo. Em contrapartida, crianças opositoras costumam reagir de forma mais intensa e constante, são muito irritadas e agressivas em vários momentos e de forma generalizada tanto com autoridades quanto com seus pares de mesma idade.

São mais reativas, choram demais por qualquer coisa, acabam afastando seus amiguinhos de si, fazem com que pessoas de sua própria família evitem ficar com ela, levam a reclamações frequentes nos CMEI's e nas pré-escolas. Os pais não conseguem controlar sua raiva somente ignorando, pois ela continuará voltando ao que quer inclusive com atitudes vingativas, maldosas, agredindo outras crianças ou seus irmãos para impressionar o adulto que a contrariou e ainda obter o que deseja. Estas crianças podem apresentar atrasos de desenvolvimento motor ou de linguagem, hiperatividade, serem impulsivas e problemas de sono e de alimentação. Deve-se, em alguns casos, terem sintomas autísticos ou oscilações de humor sem qualquer explicação ligada ao ambiente e causar estranhamento aos seus cuidadores os quais referem não entenderem tais comportamentos. Na família, existem históricos de transtornos de desenvolvimento ou neuropsiquiátricos e podem existir na prole irmãos que tenham atitudes e perfis parecidos. **Podemos visualizar melhor na tabela 1.**

	BIRRAS TÍPICAS	COMPORTAMENTO Opositor
IDADE E DURAÇÃO	8 meses a 4 anos	Persiste além dos 4 anos
TEMPO E FATORES REDUTORES	Auto-limitado; reduz com o tempo e ação dos pais	Persistência ao longo da infância e adolescência; não reduz facilmente
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	Normal	Pode ter atraso de desenvolvimento e dificuldades de socialização e comunicação
SOCIALIZAÇÃO COM PARES E CUIDADORES	Normal	Difícil, irritadiça, agressiva, centralizadora e problemas com outras crianças
PROBLEMAS DE SONO E COMPORTAMENTO	Ausentes	Comuns e muito presentes
HISTÓRIA FAMILIAR DE TRANSTORNOS	Ausentes	Comuns e muito presentes

*Tabela 1 : Diferenças entre uma criança com birras típicas da idade e aquelas com sinais e sintomas suspeitos de um comportamento opositor .*



# SEPARANDO O QUE É COMPORTAMENTO TÍPICO DE NÃO-TÍPICO OU QUE ESPERAR DE UM ADOLESCENTE “NORMAL” ?

Os pais muitas vezes tem impressões erradas acerca de como um adolescente vai ou deve se portar. As expectativas deles parecem no mais das vezes ingênua e otimista. Ora esperam perfeição, ora não imaginam como suas respostas e reações podem ser tão opostas no convívio familiar e na escola. Tais crenças sem sentido podem levar os pais a um erro de percepção que podem induzí-los a repetidamente se perderem nas decisões e no estabelecimento de rotinas e regras dentro e fora de casa. É irreal esperar que um adolescente obedeça o tempo todo e se comporte em alto padrão. Nesta fase eles estão buscando ser independentes de seus pais e muitas posições serão tomadas `a mercê do que os seus cuidadores pensam ou desejam. As falhas e os fracassos na resolução de suas tarefas e rotinas serão frequentes e podemos lembrá-los carinhosamente quando não fizerem.

Em relação aos riscos que porventura se expõe, nosso papel é nos anteciparmos e mostrarmos os perigos, os riscos e outros modos de fazer com segurança e respeito mútuo. Pode-se esperar que mesmo assim acabem agindo como querem e cometendo erros previsíveis mas aos poucos, em breve, vão ver que vale mais a pena a alternativa sugerida anteriormente pelos adultos.

Comumente, podem responder, serem insolentes e ter explosões esporádicas pois seu temperamento costuma ser mais ríspido. Mas exageros e atitudes ridículas podem ser sucedidas – mesmo que bem tarde – por um desculpa e retratações. Seu humor pode oscilar mesmo sem motivo e demoram mais para acordar (especialmente de bom humor) e é importante que seja dado a eles o devido espaço e tempo para se refazerem e saírem do quarto com outra “cara”. Naquela hora, evite ficar mandando ou dando uma lista de afazeres e obrigações.

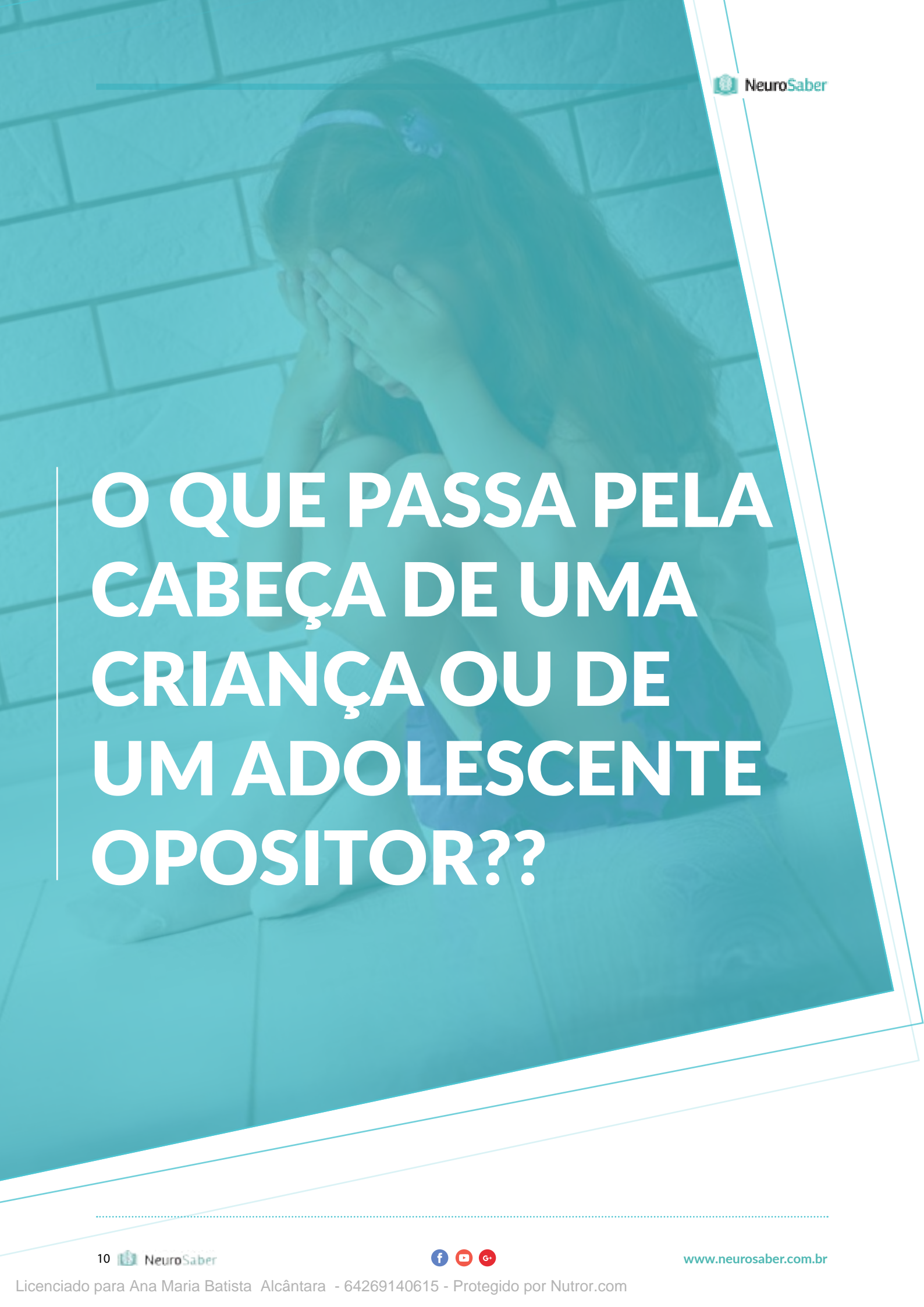
Criar confusão quando tem liberdade demais é normal e é assim que aprendem a ser mais responsáveis. Não pense que seu quarto bagunçado é hoje retrato de quem ele será no futuro e não o condene a ser um adulto baseando-se no que ele é como adolescente pois ele ainda não cresceu tudo que a natureza reserva para ele.

Brigas e desentendimentos com os irmãos são esperados e normais. Provavelmente, os conflitos podem semear, futuramente, grandes amizades pois estão, desde cedo, se conhecendo e aprendendo a respeitar mutuamente. Aja somente como mediador quando solicitado e procure ser justo com ambos. Irmãos criados na igualdade de oportunidades e democraticamente terão mais chance de conviver pacificamente pois não foi dado a nenhum deles motivo para inveja.

A impulsividade, um certo egocentrismo e a busca por momentos de isolamento são naturais para a idade e devem ser compreendidos e respeitados. Lapidar sua impulsividade vai auxiliando-o ao auto-controle e os bons resultados deste processo o motivará a desenvolver ainda mais este modo contido de proceder.

Entender esta fase da vida e estar disponível para dialogar com seu filho adolescente vai amenizar as situações mais contundentes. Ele também deve ser induzido a compreender a vida adulta e ver que nem tudo é possível só porque sou de maior e tenho autonomia e dinheiro próprio. Adultos também tem que seguir leis, normas e tem obrigações que o impedem de fazer somente o que lhe é aprazível e que, ao encarar tal panorama, seu filho adolescente começará a ver que tudo pode se dar certo dentro de casa sem conflitos desnecessários.





# O QUE PASSA PELA CABEÇA DE UMA CRIANÇA OU DE UM ADOLESCENTE OPOSITOR??

É muito interessante conhecer como funciona a cabeça de um indivíduo opositivo antes mesmo de conhecermos mais a fundo o transtorno. Ter mais intimidade com a forma e o jeito como pensa e age esta criança auxilia-nos a perceber facilmente sinais que chamam a atenção tanto para o diagnóstico quanto alertar a família e seus pares a tomarem medidas de prevenção o quanto antes. Vejam as características mais observadas<sup>2</sup>:

### **1 Eles acham que sempre poderão derrotar uma figura de autoridade**

Eles parecem viver numa dimensão em que toda a opinião alheia não tem valor ou que autoridades podem ser ignoradas por acharem que suas posições são as únicas válidas e que deviam ser seguidas. Tem pensamentos fixos mesmo que tais desrespeitem a maioria das pessoas ou as regras presentes.

### **2 Eles são eternos “otimistas”**

Como tem formas de pensar bem diferente dos demais por acharem que suas posições são as mais corretas, sempre acham formas e jeitos de justificar o que falam mesmo que sejam percepções erradas e fadadas ao fracasso. Insistem e criam situações para que tudo seja da forma que imagina e que dará certo. Para cada argumento de alguém, eles tem uma resposta pronta e oposta.

### **3 Fracassam em aprender por meio da experiência alheia**

Ao insistir em quebrar regras, o opositor não enxerga que aprender com seus fracassos ou com os conselhos de experiências alheias pode ser vantajoso e acaba, como num ciclo vicioso, reincidindo nos mesmos erros ou tomando sempre caminhos que o levarão para os mesmos problemas.

### **4 Esperam que sejamos justos com eles, independente de como eles nos tratam**

Mesmo sendo difíceis e teimosos levando os outros a não tolerarem sua presença e odiando sua forma de agir, os indivíduos opositores esperam que sejamos justos com eles quando tomam atitudes que condizem com nossas próprias convicções ou profissões ou quando sua parte que lhe cabe deve ser lhe dada por direito.

## **5 Parecem sempre estar se vingando quando ficam irritados**

Ao serem levados a se irritarem ou quando sofrem corretivos, eles dão um jeito, em algum momento, de se vingarem.

## **6 Precisam se sentir resistentes**

A cada revés, uma resposta à altura. A cada fracasso, uma demonstração de que é mais forte e mais cruel.

**7** Acreditam que se ignorarem você por longo tempo você ficará sem resposta ou sem reação e deixará que ele ganhe o que quer ou permanecerá fazendo o que deseja.

## **8 Eles tem plena certeza de que são iguais aos seus pais**

Costumam adquirir o que querem como se fossem iguais aos seus pais e pedem como se mandassem e não como se fosse um favor. Querem ter sempre a primazia e se sentem iguais nos direitos mesmo que bem mais novos em idade. Acham que não precisam se explicar nem se desculpar. Podem ficar sem fazer nada porque tem este direito já que seus pais também não o reprovam.

## **9 Jovem opositor melhor sucedido compete com jovem menos sucedido**

Agem assim exatamente para demonstrar poder ao optar por algo menor mas que, no fim das contas, vai contrariar os valores de seus pais. O mesmo se vê naqueles jovens que gostam de tatuagens e mudar aspectos de seu corpo somente para ver seus pais ficarem desapontados.

**10** Crianças e adolescentes opositores costumam responder frequentemente “eu não sei” para perguntas quando eles tem que analisar uma situação ou como forma de ignorar o que os outros pedem ou exigem para elas. Ironicamente, a mesma atitude de silêncio que tem com os adultos contrasta com a falação quando em contato com seus pares de mesma idade. Ao tomarem esta atitude,

fogem de ter que discutir, teimar e, conseqüentemente, de serem punidos por estes adultos.

## **11** A lógica do jovem opositor se baseia em fugir de responsabilidades

Parecem sempre desviarem de assuntos ou de momentos em que tem que assumir responsabilidades. Põem a culpa nos outros, evitam novas responsabilidades e quando são pegos em flagrante o imponderável foi o causador.

Além de todas estas características, existem, sem dúvida, muitas outras as quais, com a experiência, poderíamos enumerar. Em resumo, o indivíduo opositor sempre **busca uma brecha para conseguir o que quer**, independente do que seus pais/responsáveis querem ou exigem. Para isto, pode ter certeza que usarão de criativa lógica, argumentarão de forma otimista e com auto-confiança.





# COMO FAZER O DIAGNÓSTICO?

Como todo e qualquer entidade clínica e comportamental, o diagnóstico do TOD não depende de exames de laboratório, de imagem ou de testes genéticos, mas sim de observação nos mais diversos ambientes e em contato com seus amigos, instituições e familiares. Conhecer muito bem o transtorno é muito importante pois ele tem perfil que somente passa a ser real quando sua dimensão toma uma intensidade e frequência realmente destrutiva e que leva a prejuízos enormes de relação entre a criança afetada e sua família. Birras e situações que o levam a ficar emburrado não significa ter TOD pois em determinadas idades e contextos estes são esperados e podem ser administrados muito bem por meio de medidas educacionais simples. Os pais devem ser cautelosos e não julgarem qualquer teimosia ou resistência a regras como uma doença ou um desvio de comportamento pois muitas crianças naturalmente agem assim por serem imaturas e porque ainda não conseguem agir de forma empática para lidar com contrariedades e precisam aprender a responder de forma adaptada e adequada de acordo com as expectativas de terceiros. Crianças que não dormem direito ou vivem em constantes hospitalizações por causa de doenças crônicas podem também se comportar assim, por exemplo.

Não é a toa que o atendimento destes pacientes e a observação histórica dos problemas gerados por jovens que apresentam quadros opostos foram acumulando registros e pesquisas acerca do porquê eles agem assim. As constatações foram sendo estudadas e começou-se a observar que existia um padrão que se repetia na população com quadro clínico próprio e muitas vezes sem uma explicação que o justificasse. Com o tempo e o intuito de orientar e guiar a avaliação médica foram sendo estruturados critérios clínicos.

Um dos parâmetros mais importantes como requisito para delinear e descobrir se uma criança tem TOD é o DSM-5, que é um manual criado pela Academia Americana de Psiquiatria para descrever diversos desvios de comportamento e que periodicamente passa por atualizações resultantes de consensos e de pesquisas baseadas em evidências científicas<sup>1</sup>. No DSM-5, o TOD é uma

condição que leva a recorrentes reações de humor irritável e raivosa com comportamentos excessivamente questionadores e desafiantes e com a presença de índole vingativa com duração de pelo menos 6 meses e evidenciado por pelo menos 4 sintomas de quaisquer das categorias seguintes e durante a interação com pelo menos uma pessoa (excluindo se for com seu irmão): 1) Humor raivoso e irritável; 2) Comportamento questionador e desafiante; 3) Índole vingativa; 4) Perturbação está associada a sofrimento para o indivíduo e aos demais a sua volta nos mais diversos contextos. Em cada um destes sintomas há a descrição de itens de comportamento detalhando-os (vide figura 1)<sup>1</sup>.

# CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TOD (DSM-5)



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

### HUMOR RAIVOSO/IRRITÁVEL

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

### COMPORTAMENTO QUESTIONADOR/DESAFIANTE

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

### ÍNDOLE VINGATIVA

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.
- Nota: A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. No caso de crianças com idade abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A<sup>8</sup>). No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo

menos uma vez por semana durante no mínimo seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A<sup>8</sup>). Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.

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

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

### **Especificar a gravidade atual:**

**Leve:** Os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).

Moderada: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.

**Grave:** Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

### **Especificadores**

Não é raro indivíduos com transtorno de oposição desafiante apresentarem sintomas somente em casa e apenas com membros da família. No entanto, a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno.

Estas crianças frequentemente perdem a calma, são muito sensíveis se incomodando facilmente quando contrariados ou frustrados e as reações costumam ser raivosas, ressentidas e difíceis de serem dissipadas. Comumente questionam excessivamente autoridades e adultos e se recusam a aceitar pedidos ou ordens destes mesmo que tais situações impostas sejam benéficas. Incomoda demais os outros e de forma muito inconveniente e não assume seus erros e tampouco assume responsabilidades. Estas crianças costumam interpretar negativamente as intenções dos outros como se estes servissem apenas para criticar ou prejudicar; são menos sensíveis à possibilidade de punição e demoram muito para se acalmarem nos momentos de recuo ou de frustração. Em muitas se observam sinais de melancolia e baixa autoestima.

Em muitos casos, são vingativos. Neste quesito, é importante definir alguns padrões que podem ser aceitáveis de acordo com a idade, com a cultura e com o perfil da família. Abaixo dos 5 anos, este perfil vingativo deve ocorrer na maioria dos dias num período de 6 meses. Acima de 5 anos, deve ocorrer pelo menos uma vez por semana<sup>2</sup>. Esta diferença de critérios é importante pois revela que a imaturidade da criança deve ser sempre considerada antes de se avaliar se há uma anormalidade ou não.

Os sintomas supracitados devem incomodar excessivamente e desarticular grupos, famílias, amigos e instituições. Deve impactar negativamente no seu funcionamento social, acadêmico, afetivo e nas relações com as pessoas. Podem se limitar a apenas um ambiente como ocorrer em vários sendo um indicador de gravidade. As reações podem ser pouco destruidoras ou intensas como machucar pessoas ou outras crianças, destruir objetos, quebrar brinquedos ou ameaçar a vida do outro.

É muito importante, ao avaliar esta criança, verificar com detalhes por meio de entrevista com os pais como é a dinâmica familiar, a forma com que os pais se comportam na condução dos filhos, o estilo de criação, se existem divergências ou terceirização educacional e se há história familiar de perfis similares de comportamento ou de uso de drogas e de violência.

A avaliação escolar também é muito importante. A criança passa a maior parte de seu tempo diurno na escola e a solicitação de um relatório escolar com informações a respeito do desempenho acadêmico e comportamento social e de adequação às rotinas e regras pode revelar muito.

Muitas vezes, é comum confundirmos o TOD com outras condições neuropsiquiátricas. Seus sintomas podem mesmo se parecer com TDAH, Transtorno de Conduta, Transtorno Bipolar, Transtorno Disruptivo da Desregulação de Humor, Deficiência Intelectual, Transtornos de Linguagem, Fobia social e Transtorno Explosivo Intermitente. A diferenciação entre eles vai auxiliar no tratamento e na condução desta criança em casa e na escola pois pode ser que haja também associação e sobreposição de sintomas podendo ter 2 ou mais problemas num mesmo jovem. Características como rendimento escolar, dificuldades de aprendizagem, presença ou não de transtornos específicos de linguagem e de aprendizagem, oscilações de humor sem justificativa, sinais de euforia e mania de grandeza e problemas severos de recursos cognitivos para tarefas adaptativas e de generalização e abstração devem ser investigados pois tais condições não se encaixam como sendo típicas somente de um indivíduo com **TOD**.



O TDAH leva a hiperatividade e déficit de atenção, problemas motores e espaciais e atraso pedagógico por baixo rendimento e não por se negar a fazer. O Transtorno de Conduta leva a agressão a animais e propriedade além de roubo e falsidade enquanto o TOD é mais um problema associado a desregulação emocional. No Bipolar, devem existir as oscilações de humor sem motivo aparente tanto para euforia quanto para depressão e problemas de sono são comuns. Na deficiência intelectual e no transtorno de linguagem, uma avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica já conseguem esclarecer e diferenciar seus sinais do TOD. Na fobia social, o medo excessivo, a evitação social e a insegurança são os sintomas mais contundentes.

Neste sentido, é fundamental a identificação de sinais e sintomas tanto pela família quanto pela escola. Como é um transtorno com grande associação com outras comorbidades, é importante rastrear não somente o próprio TOD mas também as condições mais comumente associadas como o TDAH e o Transtorno de Conduta (TC). Uma escala muito útil para esta busca é o Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorders Rating Scale ou, em português, a Escala de Avaliação para Transtornos de Comportamento Disruptivo para Pais e Professores<sup>3</sup>.

A escala é composta de 45 itens de comportamentos inadequados mais comuns e descritos no DSM-IV e DSM-III-R para TDAH, TOD E TC. Para cada item, avalia-se em “nada”, “pouco”, “muito”, “demais”. Ela serve para se avaliar sintomas de TDAH, TOD e TC em crianças e adolescentes e é respondido por pais e professores. Os escores que devem ser contados e considerados são as intensidades “muito” e “demais” tanto pelos pais quanto pelos professores em cada uma das seguintes categorias. Para o TOD, especificamente, deve-se considerar positivos os escores 3, 13, 15, 17, 24, 26, 28, e 39, os quais foram

expostos em vermelho. No caso da avaliação feita por professores, pode-se também adotar a avaliação por intensidade de sintomas que vai de 0 a 3 (“nada” = 0; pouco = 1; muito = 2 e demais = 3) quando se compara a criança avaliada às demais crianças da turma de sua sala de aula. Em caso de não saber avaliar um determinado item, responde-se “N”. As respostas devem ser encaminhadas para equipe multidisciplinar e médica especializada para servir como um dos subsídios para a avaliação clínica. O intuito também é levantar sinais de risco e chamar a atenção de quem convive com este jovem para esta possibilidade diagnóstica em caso de problemas de comportamento (veja figura 2).

## Parent/Teacher Scale Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale (DBD) (Escala de avaliação de transtornos de comportamento disruptivos para

*Assinale nos quadrados acima conforme comportamento da criança*

1) Frequentemente interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (em geral durante as conversas ou atividades lúdicas e jogos)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

2) Tem fugido de sua casa ou escola por pelo menos 2 vezes quando ainda vive com seus pais ou cuidadores (ou uma vez sem retornar por um longo período)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

3) Frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

4) Frequentemente mente para obter vantagens ou favores ou para evitar obrigações

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

5) Frequentemente inicia luta corporal ou brigas com seus pares de casa

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

6) Tem sido fisicamente cruel com as pessoas

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

7) Fala excessivamente

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

8) Tem roubado itens ou coisas das pessoas de forma sorrateira (em geral, roubo em lojas, falsificar, quebrar)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

9) Distrai-se fácil por estímulos externos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

10) Frequentemente se engaja em atividades físicas perigosas sem considerar os riscos e sem noção de perigo

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

11) Frequentemente mata aulas (antes dos 13 anos)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

12) Inquietude excessiva com as mãos e os pés e durante postura sentada

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

13) É rancoroso e vingativo

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3



14) Frequentemente usa linguagem obscena

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

15) Frequentemente responsabiliza os outros pelos seus erros ou comportamentos inadequados

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

16) Tem deliberadamente destruído as propriedades dos outros

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

17) Frequentemente desafia ou se recusa concordar com opiniões ou regras de adultos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

18) Parece frequentemente não ouvir quando se fala diretamente com ele(a)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

19) Frequentemente responde precocemente antes das perguntas serem completadas

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

20) Frequentemente inicia lutas físicas e brigas com pessoas que não conhece ou que vivem na sua escola ou vizinhança

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

22) Tem frequentemente dificuldade de participar uma atividade em silêncio

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

23) Frequentemente falha em cumprir atividades que exigem observação de detalhes e comete erros na escola, em casa e/ou com os trabalhos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

24) Frequentemente emburra e aborrece por pouca coisa

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

25) Frequentemente se levanta ou anda em momentos em que se espera que fique sentado e tranquilo

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

26) Frequentemente sensível e facilmente se aborrece com os outros

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

27) Frequentemente não segue instruções e fracassa em tarefas escolares, trabalhos da escola ou pesquisas no ambiente onde se faz estas atividades (mas não por comportamento opositivo ou porque não entendeu as instruções)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

28) Temperamento explosivo facilmente

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

29) Tem frequente dificuldade em sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

30) Tem dificuldade em esperar sua vez

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

31) Forçou ou força alguém a manter relações sexuais

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

32) Aplica bullying, intimida ou ameaça pessoas

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

33) Frequentemente quer sempre chegar logo, na frente e faz as coisas correndo

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

34) Frequentemente perde coisas, objetos necessários para tarefas e atividades (brinquedos, materiais escolares, lápis, livros ou instrumentos quaisquer)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

35) Frequentemente se agita e corre excessivamente em situações nas quais não se recomenda ou não se é esperado (em adolescentes e adultos, pode ser em situações onde se enseja o descanso ou subjetivamente se espera que sossegue)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

36) Aplica atos cruéis com animais

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

37) Frequentemente evita, não gosta ou fica relutante para se engajar em atividades

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

38) Fica fora de casa com frequência mesmo com a proibição dos pais, começando antes dos 13 anos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3



39) Deliberadamente aborrece as pessoas

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

40) Tem roubado de forma a confrontar com a vítima (assalto, puxa objetos, extorsão e roubo `a mão armada)

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

41) Estraga deliberadamente coisas, patrimônios, causando sérios danos

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

42) Tem evidente dificuldade em organizar tarefas e atividades sequenciais

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

43) Tem quebrado e desgastado muito coisas de casa, do carro ou da escola

Nada = 0

Pouco = 1

Muito = 2

Demais = 3

44) Frequentemente é esquecido para atividades rotineiras de vida diária



Nada = 0



Pouco = 1



Muito = 2



Demais = 3

45) Tem usado instrumentos ou armas que tem causado sérios danos físicos às pessoas ou instituições



Nada = 0



Pouco = 1



Muito = 2



Demais = 3

**Figura 2: A escala DBD Rating Scale para Pais/Professores (tradução livre para o português realizada pelo próprio autor)**

**[CLIQUE AQUI PARA FAZER DOWNLOAD DESSAS TABELAS](#)**

Uma outra escala que também pode ser adotada por apresentar desenho e itens bem específicos para averiguar a possibilidade do transtorno é a Disruptive Behaviour Disorder Structure Parent Interview (DBDSPI)<sup>3</sup>. Ela deve ser aplicada por clínico ou profissional de saúde treinado a pais, professores e cuidadores da criança em investigação. As perguntas devem ser feitas tendo como base os sintomas descritos e como tais ocorrem nos mais diversos contextos e intensidades. A cada questão, o avaliador vai assinalar segundo a dimensão da ocorrência em 4 graus ( de “ sem problemas” até “ severos problemas”) e determinar os lugares destas ocorrências ( em casa, escola e em outros lugares ) e há quanto tempo. A cada sintoma, este vai somar as notas e ao final vai considerar a nota mais alta para definir o escore final de cada sintoma. Veja a tabela 2.

Outras escalas de avaliação também podem ser utilizadas. Existem escalas inespecíficas e de rastreamento para o TOD e escalas mais específicas, que são bem mais direcionadas para confirmar sua presença. As escalas que atualmente são mais utilizadas são:

**1** Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), ou Cronograma de Entrevista Diagnóstica para Crianças, a qual é aplicada aos pais e cuidadores e tem a finalidade de rastrear dados do ambiente para comportamentos disruptivos em geral, incluindo o TOD. Ele se baseia estritamente nos dados do DSM-IV e pesquisa detalhes do perfil comportamental dos últimos 6 meses da criança em diferentes lugares e contextos<sup>4</sup>;

- 2** Child Behaviour Checklist (CBCL), o qual avalia vários aspectos do comportamento infantil nas mais diversas idades tanto internalizantes como externalizantes com dimensões de “pouco”, “médio” e “demais” a cada item. Os dados são comparados a uma grande amostragem de controle e é inespecífico para TOD<sup>5</sup>;
- 3** Behaviour Assessment System for Children (BASC-2) – o Sistema de Avaliação do Comportamento Infantil - o qual, em sua segunda edição, tem boa consistência e validade para avaliar o TOD mas sem muita relação com o DSM-IV. Tem a versão para professores com 139 questões e outra para pais com 160 questões e analisa os comportamentos em diferentes intensidades<sup>6</sup>;
- 4** IOWA Conners Teacher Rating Scale, o qual tem é amplamente utilizado para distinguir TDAH do TOD mas mais adequado para medir e observar a evolução dos sinais de TOD e TDAH pelos pais e professores<sup>7</sup>;
- 5** Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS), ou a Escala de Avaliação de TOD, apresenta oito itens com as características do TOD em 4 intensidades de apresentação para cada item e pode ser aplicado para pais e professores. É bem específico para o transtorno<sup>7</sup>.

Observar padrão negativista, hostil, desafiador nos últimos 6 meses e durante o qual apresenta pelo menos 4 destes sintomas disruptivos:

- 1) Frequentemente perde o controle e tem temperamento explosivo
- 2) Argumenta muito com adultos
- 3) Frequentemente desafia ou se recusa a concordar com regras ou afirmações de adultos
- 4) Deliberadamente ofende ou irrita as pessoas
- 5) Frequentemente responsabiliza os outros pelos seus erros ou comportamentos inadequados
- 6) Muito sensível e com frequência se irrita ou fica emburrado com as pessoas
- 7) Irrita-se muito e se ressentido facilmente
- 8) Vingativo ou nutre muito rancor ao reagir ao que não concorda
- 9) Usa muito palavras obscenas

	NÃO SEI	NUNCA	POUCO	BASTANTE	DEMAIS
<b>POR NENHUMA RAZÃO APARENTE</b>	7	0	7	7	7
<b>APÓS COMANDOS OU DESACERTOS COM SEUS PAIS</b>	7	0	1	2	3
<b>APÓS COMANDOS OU DESACERTOS COM PROFESSORES</b>	7	0	1	2	3
<b>APÓS COMANDOS OU DESACORDOS COM SEUS PARES</b>	7	0	1	2	3
<b>APÓS COMANDOS OU DESACERTOS COM SEUS IRMÃOS</b>	7	0	1	2	3
<b>QUANDO AS COISAS NÃO DÃO CERTO COM OUTRAS PESSOAS</b>	7	0	1	2	3
<b>QUANDO SE FRUSTRA OU PERDE</b>	7	0	1	2	3

Em cada um destes itens, deve-se avaliar utilizando-se de relatos de pais, professores ou outras pessoas de seu convívio regular. Em 4 dos 9 itens, se os escores forem predominantemente indicados como bastante ou demais, conclui-se que o jovem em análise tem TOD.

**Tabela 2: a escala DBDPSI resumida e somente mostrado o segmento que analisa os escores do TOD. Foram retirados os escores para TDAH e TC.**

# O T.O.D. PODE SER GERADO PELO AMBIENTE

É frequente que crianças e adolescentes que vivem em instituições, no seio de famílias desagregadas ou com cuidadores de perfil agressivo e negligente sejam especialmente afetadas pelo transtorno. Pais que apresentam algum transtorno psiquiátrico e vivem em desarmonia conjugal podem contribuir para seu aparecimento nos filhos. Presença de frequentes hostilidades contra a criança, falta de limites com constantes favorecimentos mesmo que a criança esteja errada e reforço dos pais em caso de atitudes negativas ou agressivas dos filhos podem também favorecer e é comum a história de sucessivos cuidadores na vida desta. Existem relatos de história de abuso sexual e negligência também em muitos casos. Outras condições neuropsiquiátricas como Depressão materna, TDAH e Transtorno de Conduta podem contribuir para seu aparecimento especialmente na adolescência<sup>1</sup>. Alguns fatores individuais podem predispor o aparecimento como crianças com déficits nas habilidades de expressão verbal e linguagem, déficits nas funções executivas e problemas na cognição social. Fora das famílias, fatores que influenciam muito são rejeição pelos seus pares, influência por pessoas ou amigos que apresentam comportamentos agressivos ou se juntam em grupos violentos.

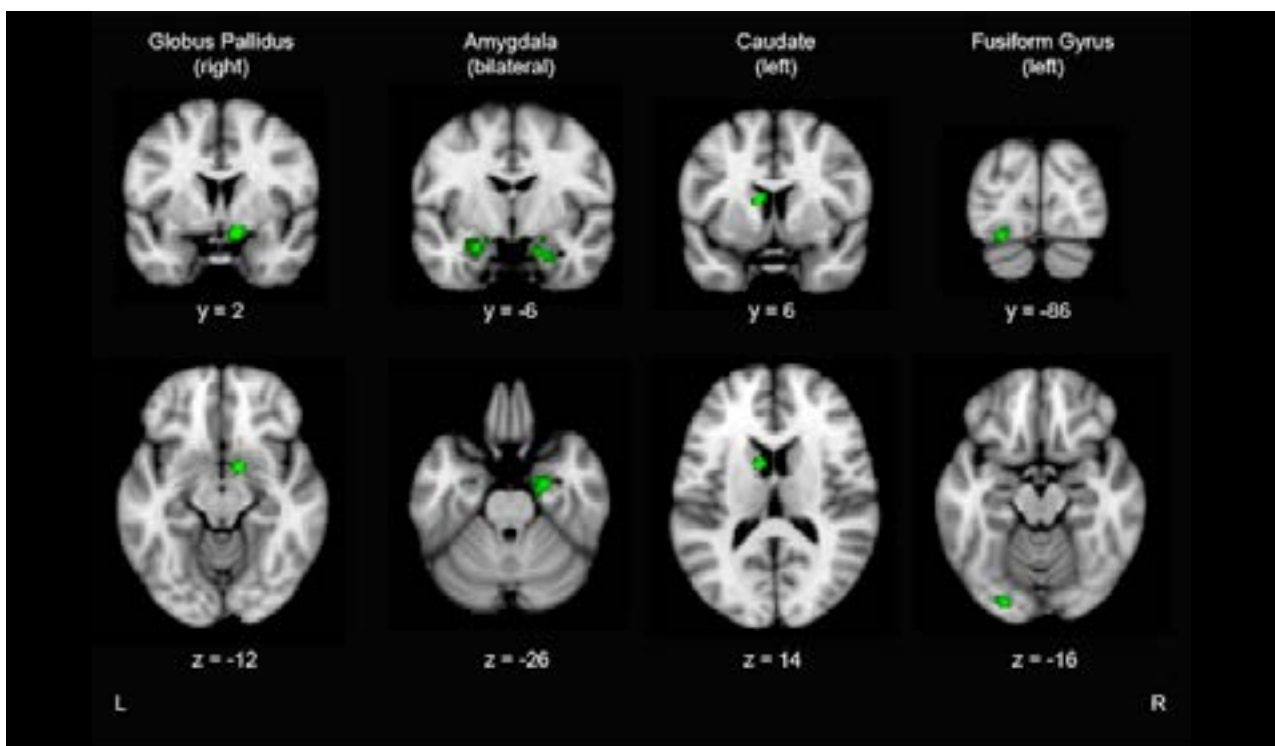
Na escola, o ambiente desorganizado, pouco amistoso e num contexto de escasso contato com os pais podem ampliar as possibilidades de aumentar o risco de aparecimento do TOD. O mesmo se pode afirmar no caso de crianças que vivem em comunidades ou espaços onde reinam o baixo nível de desenvolvimento social, vizinhança perigosa e sob a sombra da má influência.



# ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS

Estudos vem demonstrando que pacientes com TOD apresentam níveis médios de andrógenos mais elevados do que os indivíduos normais ou do que aqueles com TDAH. Ao serem contrariados ou frustrados, tinham índice de frequência cardíaca maior do que aqueles sem o diagnóstico. Observou-se também níveis de cortisol mais baixo e baixo nível de resposta de receptores serotoninérgicos quando expostos à ameaça de punição pelo meio<sup>8</sup>.

Em um estudo amplo de imagem - num trabalho de revisão recente envolvendo ressonância magnética estrutural e funcional - observou-se que o cérebro de pacientes com TOD e Transtorno de Conduta apresentam menores volumes e menor atividade principalmente em áreas subcorticais/"quentes" de funções executivas (amígdala bilateral, ínsula, estriado direito e giros frontais médio-superiores esquerdos) quando comparados com indivíduos normais. Estas áreas estão intimamente envolvidas com controle de emoções, resolução de problemas e auto-controle e podem sinalizar que existe algum déficit funcional no cérebro com TOD<sup>9</sup> (ver figura 4).



**Figura 4 :evidência em ressonância magnética funcional mostrando áreas de globo pálido, amígdala, núcleo caudado e giro fusiforme com menor volume em pacientes com TOD.**

Estudos com gêmeos mostram que existe um risco genético para desenvolver TOD. Condições como o TDAH e a Síndrome de Tourette tem ampla associação clínica e podem compartilhar os mesmos genes modificados (DAT, DRD2, D-Beta-H) e pelo menos um deles (DAT) tem associação do desenvolvimento de TOD em mães que fumaram na gestação<sup>8</sup>.

Um artigo recente de revisão estudou o comportamento neurofuncional de pacientes com TOD em três domínios mentais correlacionados: **nos processos punitivos, em processos de recompensa e em habilidades que exigem auto-controle cognitivo. No primeiro**, observou-se pouco condicionamento ao medo, reduzida produção reativa de cortisol ao estresse, hiporreatividade da amígdala e alteração no funcionamento da serotonina e da noradrenalina os quais sinalizam comprometimento na resposta da criança em fazer associações entre mau comportamento e futura punição; **no segundo**, observou-se pouca reatividade do sistema simpático ao incentivo/motivação, baixas taxas de frequência cardíaca associadas às boas sensações, pouca reatividade do córtex órbito-frontal às recompensas e funcionamento dopaminérgico alterado sinalizando pouco engajamento a situações que levam a recompensas; e, **no terceiro**, observou um déficit em funções executivas especificamente quando realizado tarefas com recompensas e alterações estruturais na conectividade entre regiões límbicas e superiores evidenciando um descontrole cognitivo em contextos emocionalmente instáveis. A conclusão deste estudo amplo é que os pacientes com TOD apresentam problemas estruturais e funcionais nestas áreas cerebrais em resposta aos mais diversos estímulos do ambiente social.<sup>10, 11</sup>

Com todas estas evidências de que o transtorno apresenta algumas raízes biológicas, é natural que passamos a entender que estas crianças não são muitas vezes produto de pais que não educam ou de “má qualidade”. Apesar do ambiente ter forte influência no desenvolvimento do TOD, a predisposição genética e as alterações funcionais no cérebro também são fortes gatilhos. Basta observarmos que nem toda criança sob risco social vai evoluir para comportamentos agressivos ou psicopáticos. Entender toda esta dinâmica faz com que possamos compreender melhor os processos de sua prevenção e de seu tratamento colocando o portador como também vítima de seu próprio comportamento.

## TRATAMENTO

O tratamento do TOD deve sempre ser multidisciplinar e se baseia em três eixos: a terapia de manejo parental (TMP), uso de medicações e abordagem escolar. A eficácia do tratamento reside principalmente na efetiva participação dos cuidadores ou dos responsáveis pela criança modificando fatores negativos presentes na estrutura familiar e se engajando nas orientações dos especialistas médicos e não-médicos assim como contribuindo com as iniciativas que a escola deve assumir para reduzir os sintomas opositivos e a progressão das consequências a longo prazo do TOD.

## ASPECTOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

A primeira condição para entender como tratar estas crianças e jovens é entender como é o funcionamento da estrutura familiar em casa. O que esperamos de nossa família, onde queremos chegar, qual a lógica de estarmos juntos na mesma atmosfera e na mesma caminhada. A estrutura familiar é composta de regras, leis, normas de conduta, punições, apoios afetivos, segurança e senso de cuidado que nos fazem se sentir seguros e fazendo parte de um grupo unido para um futuro melhor.

Mesmo assim, é mais do que natural que qualquer criança, opositiva ou não, tente sempre transgredir regras, esconder-se de imposições, ampliar suas atitudes e desejos para além dos limites fixados. Normalmente, você não verá seu filho pedir regras, certo? A noção de regras e limites somente serão absorvidas e apreendidas pelos filhos se estes encontrarem uma estrutura familiar que os ensine, de forma construtiva e coerente, a segui-los. Encontrar todos os dias os entes queridos e suas referências de segurança para orientar de maneira uniforme e para o bem de todos leis e normas que ajudem a manter a harmonia do lar. Num lar saudável, os cuidadores esperam que seus protegidos passem, com o tempo, a se disporem a defender esta estrutura para que a autoridade dos pais os protejam para seu próprio bem. Isto não significa que os pais venceram e são poderosos. As tentativas que a criança cria para “destruir” esta estrutura pode ser encarada por ela mesma como uma diversão para mostrar que ela pode ter poder. Em paralelo, ao tentar intensificar e aumentar estas “transgressões”,

a estrutura familiar deve responder na mesma medida. Mesmo numa estrutura assim, aparentemente boa, já é difícil implementá-las; imagine agora num núcleo familiar totalmente desestruturado e fora de sintonia.

É muito importante deixar claro: estrutura familiar sem sintonia ou desestruturada não causa, isoladamente, o TOD. Mas o TOD pode surgir mais facilmente de uma família quebrada ou sem regularidade em suas relações. Se você tem 3 filhos e um deles tem uma personalidade mais difícil, que tende a ser mais explosivo e teimoso, uma família ruim poderá favorecer o aparecimento do TOD neste filho. Logicamente, se este mesmo filho for muito ansioso e inseguro, o mesmo contexto cuidará de que ele venha a desenvolver Transtornos de Ansiedade ou de Humor também. Por extensão, problemas como depressão, TDAH e transtornos de personalidade também cabem neste mesmo modelo de pensamento...

Por isto, antes que possamos assistir um de nossos filhos evoluírem para algum transtorno de comportamento, é importante, preventivamente, curarmos os problemas visíveis na dinâmica familiar. Prevenir sempre é melhor do que remediar. Crianças que vivem num ambiente onde se tornam o centro do universo ou são deixadas a tomarem decisões pelos adultos, impotentes, estão sendo criados para se tornarem opositivos e desafiadores. Muitos pais, ao desconhecerem que seu filho é hiperativo, ou depressivo, ou ansioso, ou apresenta algum outro transtorno, pode vir a assistir, nos primeiros anos escolares, intercorrências agressivas e impulsivas de seus filhos os quais não foram bem conduzidos dentro de casa. Situações psicopatológicas inicialmente genéticas se misturando e sendo favorecidas a se expressarem por causa de ambientes catalisadores! Portanto, identificar em que momento a criança começou a ter sintomas opostos e se tais tiveram ou não relação com algum evento desestabilizador dentro de casa é importante e pode ajudar em todo o restante do planejamento terapêutico. Se os pais vivem se desentendendo e um anula a fala e a opinião do outro, como acham que esta atitude não atrapalhar o modo de agir e pensar de seu filho? Por outro lado, quando os pais se desentendem, o filho muitas vezes assume o papel de bonzinho com um e ruim com o outro para ver quem vai ceder primeiro. Parece oportunismo, mas, na infância, isto é normal e deve ser evitado. Em caso de persistência deste tipo de comportamento, um dos pais será o “mau” e poderá ser evitado pelo filho que, quando quer algo escolhe o “bom” conseguindo tudo o quer.

Muitos pais, ao se casarem, passam a viver, depois de um tempo, não um relacionamento conjugal, mas sim um relacionamento de divórcio. Ao se divorciarem bem e amigavelmente, as crianças quase sempre não ficam afetadas, mas quando o processo é desgastante e o ambiente se torna beligerante, os efeitos podem ser devastadores. Neste caso, os pais se esquecem de que o que acabou foi o relacionamento afetivo entre eles e não deles com seus filhos. Manter a comunicação é essencial para que a educação e os princípios de outrora se eternizem. Os combinados devem ser mantidos e os castigos transferidos de uma casa para outra após prévio diálogo entre eles. Em casa diferentes, mas com as mesmas normas e regras. O ex-casal, muitas vezes, não sabe lidar nem administrar esta nova situação em relação a como conduzir seu filho. Neste caso, recomenda-se contratar um terapeuta para mediar e aconselhá-los.

Neste sentido, como vocês podem ter percebido, uma das primeiras medidas no tratamento (para prevenir ou para remediar) é modificar o que está errado e mediar novos comportamentos na família.

## TERAPIA DE MANEJO PARENTAL

A TMP é uma modalidade das terapias cognitivo-comportamentais que tem como objetivo essencial a modificação na forma de como os pais lidam com a criança. As evidências científicas tem mostrado que tal abordagem tem atingido eficácia de 50-74% em jovens das mais diversas culturas tanto a americana como a chinesa<sup>8</sup>. Leva em consideração o perfil da família, a forma como o indivíduo reage a experiências emocionais, os meios de como aprender novos comportamentos, ressalta a percepção recompensadora em caso de sucesso e de bons resultados frente a mudanças positivas nos comportamentos e a influência destas no ambiente familiar e social.

A principal ênfase deste tipo de tratamento está em unir esforços de novas formas de atitudes entre o paciente e a família. O psicoterapeuta tem a finalidade de ser o mediador e facilitador estimulando os pais a buscar práticas educativas e afetivas mais adequadas à necessidade de seus filhos. Ao compartilhar a ideia de que está entendendo e compreendendo o que está acontecendo com a família,



o psicoterapeuta ajuda, no seio familiar, a aparecer sentimentos de compreensão e esperança entre os pais e a criança. Tal modificação é fundamental pois com muita frequência os pais se sentem impotentes frente ao que vem acontecendo e acham que não existe solução e este encorajamento renova as relações e redimensiona as possibilidades de que, agora, tudo pode dar certo. Além disto, os pais passam a sentir agentes e protagonistas de todo este processo.

A participação ativa dos pais em processos de treinamento como este tem se mostrado eficaz e trazido benefícios de longo prazo pois ajuda a restabelecer a ordem natural das coisas dentro do que se pressupõe ser um núcleo familiar. Os pais tem papel fundamental também por serem eles detentores dos maiores conhecimentos do que acontece detalhadamente em suas casas dando informações e subsídios para as ações do terapeuta e direcionando para as reais necessidades da criança reforçando o vínculo afetivo. As práticas incluem monitoria positiva, expressão do afeto, estabelecimento de limites, promoção de comportamento moral, atenção diferencial, treino em solução de problemas e envolver discussões acerca de assuntos afins, como sexualidade, drogas e religião<sup>8</sup>.

Os pais devem ser instruídos sobre técnicas de aprendizagem social com vias a modificarem o relacionamento com seus filhos, diminuir comportamentos desajustados e incentivar novos comportamentos socialmente adequados. Para crianças pequenas (2 a 5 anos) estas técnicas com a participação dos pais tem revelado grande eficácia. Brincar mais com seu filho e se disponibilizar para ficar com ele em momentos de família é um fator reforçador valioso. Com crianças maiores, de até 11 anos, os treinos devem focar no portador com a utilização de terapias em grupo e também com o treinamento de pais incluindo o uso de vídeos educativos de como se relacionar de forma socialmente saudável e de como buscar habilidades construtivas para solução de problemas<sup>6</sup>.

A tentativa deste manejo é substituir estilos de disciplina punitivos, permissivos e incoerentes para relações mais calorosas e de aceitação mas sem perder a firmeza. Com isto, desestimula a cultura da coerção e da eternização de ações agressivas.

Neste processo, é muito importante se estimular – como se num verdadeiro resgate – o diálogo entre todos, melhorando as vias de comunicação. Em muitas famílias com crianças com TOD são comuns a ausência de conversas ou de momentos de compreensão de determinadas atitudes por parte de ambas as partes. O diálogo permite a compreensão e o desabafo gerando uma nova forma de se relacionar e de um ver o outro. É importante, neste processo, orientar os pais a mudarem alguns estilos de vida ou formas de ação que influenciam negativamente o comportamento dos filhos. Muitos pais são ausentes, trocando o convívio de casa pelo do bar, por “agitos” sociais, pela participação em grupos sociais sem dar o tempo devido ao seu lar, ou, por outro lado, pais que agem agressivamente, que são extremamente brutos na forma de falar e agir, ou não sabem esperar que o outro, em casa, apresente seus argumentos ou formas de pensar diferente. Nesta situação, em específico, o uso de bebidas alcoólicas e drogas pelos pais podem agravar ainda mais o contexto. Portanto, dar o bom exemplo ajuda a servir de espelho para os mais jovens e reduz a chance deste jovem dar contra-argumentos desafiadores usando o mau exemplo do seu cuidador como justificativa.

A forma de falar e de colocar regras e rotinas também é importante e pode ajudar no tratamento. Olhar nos olhos, falar firmemente e delinear o que se deve fazer para a criança de forma amorosa mas sem perder a seriedade e a objetividade previne resistências maiores e reduz a chance de reações intempestivas. O jovem passa a ver que o cuidador tem cuidado ao falar e, ao colocar sua posição de maneira diplomática, acaba por desarmar e forçar o jovem a responder da mesma forma e com menos raiva.

O jovem com TOD não tem somente defeitos. Ele também tem virtudes, faz boas ações e tem situações onde age positivamente. Mas, infelizmente, seu comportamento opositor acaba, na visão ampla da sociedade, escondendo e suplantando o que ele tem de bom. Portanto, conhecê-lo mais e elogiar suas boas ações pode recompensá-lo e motivá-lo a aumentar meios mais adequados de agir e contribuir com seu meio social reduzindo, aos poucos, comportamentos desafiadores. É comum vermos muito destes exemplos nas redes sociais e nos diários jornalísticos onde programas sociais e esportivos criados nas comunidades abrem oportunidades para estas crianças revelarem habilidades

evocações que estavam escondidas e que, após, se encontrar e se realizar naquele esporte ou naquele grupo, acha um novo sentido em sua vida abandonando a delinquência de outrora.

Pode-se em alguns casos, ainda empregar processos de punição leve. Mas com as mudanças sendo implementadas nas relações com os filhos estes recursos punitivos vão ficando cada vez mais raros. Algumas crianças precisam de um tempo para poder se acalmar enquanto se frustra. Técnicas como o **time out** ajuda a criança a lidar com uma situação em que pode reforçar atos raivosos. Por um meio planejado de ignorar comportamentos ruins, os pais nada fazem ou simplesmente não respondem e esperam a criança se refazer e, aos poucos, reduzir a sensação de raiva. Este tempo para a criança é muito importante. Se tiverem pessoas assistindo, retire-a e a leve para um lugar sem expectadores. Com o passar do tempo, ela perceberá que aquele tipo de atitude sua nada gerou de ganho para ela. Outra estratégia no time out é antecipar à criança que, em breve, ela vai ter que parar de fazer o que gosta para se engajar numa atividade chata. Ela vai se preparando e acomodando os sentimentos raivosos passando de uma sensação descontrolada para um patamar mais controlado.

Em caso de vingança ou reação exacerbada que gerou prejuízo financeiro, material ou lesou fisicamente terceiros, o jovem deve reparar os danos exercendo atitudes de comportamento construtivo e perdendo consequentemente algum ganho para compensar o que fez.

Um programa que tem sido adotado nos EUA com bons resultados e que pode servir de modelo para as ações com estes pacientes é o chamado **Incredible Years**. Consiste num programa de treinamento envolvendo pais, professores e crianças que tem como objetivos principais criar meios e recursos que reduzam fatores de risco e aumentem fatores de proteção contra comportamentos opositivo-desafiadores. Em relação ao portador do TOD, sua abordagem envolve aumentar a prontidão e a motivação para vida escolar, melhorar auto-regulação emocional e as competências sociais. Aos pais, desenvolver boas interações entre o casal e sua relação com o filho e à escola buscar estratégias para intensificar o manejo positivo de interação entre o aluno e os professores. Os pais são encorajados a mudarem a percepção negativa que eles tem do filho

e a reavaliar também o modo como julgam suas atitudes. Muitos pais exageram ou tem pouquíssima tolerância com qualquer atitude que os contraria também e pobre temperamento para lidar com choros e birras da criança. Este programa estimula novos comportamentos e tem, a longo prazo, também, a finalidade de diminuir as faltas e a evasão escolar, incentivar a carreira acadêmica, reduzir risco de evolução para transtornos de conduta, envolvimento com a criminalidade e com drogas lícitas e ilícitas<sup>4</sup>.

Os pais devem sempre adotar um padrão de como conduzir e dar ordens para seus filhos especialmente se eles apresentam sintomas de TOD. Estas crianças tendem a se aproveitar de fraquezas e, como elas tem dificuldade em lidar com regras e de se submeter às tarefas contrárias aos seus prazeres, é fundamental manter uma forma regular e rígida de como falar e de como direcionar momentos de disciplina (ver figura 5). Saber falar com a criança e enriquecer o convívio com ela revelam-se passos essenciais e, como fazê-lo? Aqui algumas dicas de como explicar e conversar com crianças opositivas:

**1**

Uma boa explicação dá para a criança uma chance de aprender sobre as consequências de seu comportamento em você mesma e nos outros e porque ela deve modificá-los;

**2**

Permite uma clara explicação dos tipos de consequências de suas atitudes e o trabalho que isto dá para resolvê-los;

**3**

Permite uma breve reflexão, uma clara avaliação de como substituir uma atitude opositora por uma mais adequada e que leve a menos problemas;

**4**

Que contenha pensamentos diferentes os quais sejam mais construtivos e que levem a criança a buscar situações menos estressantes;

**5**

Faça-o com um rosto de firmeza, com tom de voz decidido e sério mas sem ser agressivo ou humilhando a criança a fim de passar a impressão de que você está ordenando sem ser autoritário;

**6**

Evite ordens à distância, na forma de perguntas ou com palavras vagas pois

**7** ão a criança ignorará. Use o olho-no-olho e seja o gerente da situação!

Não ordene com muita antecedência já que costumeiramente ele vai esquecer ou não vai valorizar a urgência do pedido;

**8**

Não explique muito: seja objetivo e direto;

**9**

Não recue nem mude suas ordens no meio do caminho : a pior coisa que pode acontecer na relação com o opositor são divergências ou indecisões;

**10**

Dê o exemplo. Se você é desorganizado e desleixado, como poderá exigir isto de seu filho?

A partir de todas estas iniciativas observam-se que a criança com TOD passa a generalizar estas novas estratégias de socialização e de redução de comportamentos negativos, ou seja, não somente vai melhorar no consultório e em casa, mas também na escola e nas atividades sociais em qualquer contexto. A boa percepção por todos destas mudanças e o consequente reforço positivo de todos os envolvidos vão consolidando os bons comportamentos. Mesmo assim, algumas pesquisas mostram que os comportamentos opositores e desafiadores podem persistir de um a dois anos e meio após o término de programas de intervenção. Outros estudos mostram que até 35% das famílias não melhoram muito por diversos fatores como a baixa motivação dos pais para participarem, estresse materno, incapacidade para aplicar as técnicas e problemas cognitivos nos pais (pais com TDAH, ou com deficiência intelectual, por exemplo).<sup>12</sup>

# 10

**DICAS AOS**

**PAIS E  
CUIDADORES**



QUE SE  
DEVE  
FAZER

1

**Dedique um  
tempo ao seu filho  
diariamente**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

2

**Converse com ele  
e realize atividades  
esportivas ou de lazer**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

3

**Estimule a prática  
de eventos sociais e  
participação em grupos  
específicos**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

4

**Esclareça muito bem  
regras e instruções**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

5

**Explique as  
consequências em  
caso de indisciplina e  
cumpra-as**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

6

**Apoie-se em técnicas  
de manejo de  
comportamentos  
opositores**



QUE SE  
DEVE  
FAZER

7

**Proponha acordos e  
privilégios em caso de  
condutas adequadas**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

8

**Elogie atitudes  
positivas e ações  
espontâneas de boa  
índole**

QUE SE  
DEVE  
FAZER

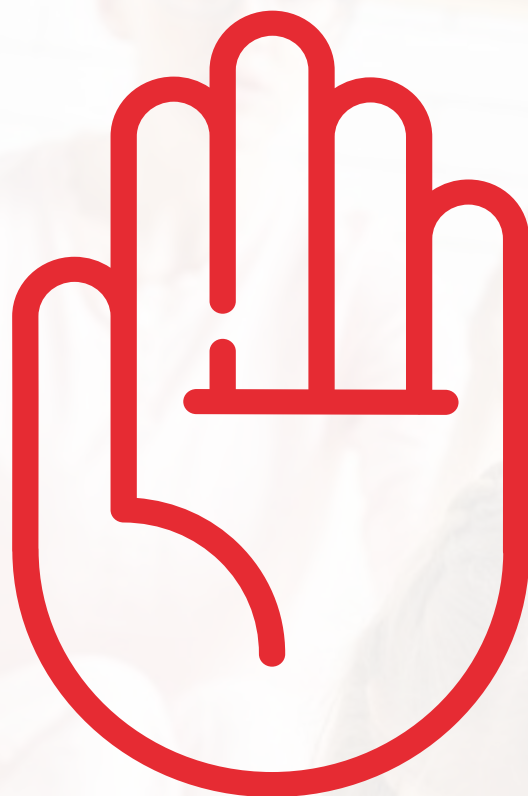
9

# Retire privilégios em caso de mau comportamento

QUE SE  
DEVE  
FAZER

# 10

## Comunique-se com a escola regularmente



**O QUE NÃO**

**DEVE FAZER**

**QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER**

**1**

**Dar ordens à  
distância**

**QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER**

**2**

**Dar ordens  
vagas**



QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

3

**Dar ordens sem ser  
exemplo dentro de  
casa**

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

4

**Dar ordens  
complexas e difíceis  
de entender**

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

5

**Dar ordens com  
muita antecedência**

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

6

**Dar ordens  
acompanhadas de  
muitas explicações**

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

7

# Dar ordens sob forma de perguntas

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

8

**Dar ordens sob  
forma ameaçadora**

QUE  
NÃO SE  
DEVE  
FAZER

9

**Dar ordens  
divergentes (o pai  
fala uma coisa e a  
mãe outra)**





# 10

**Recuar nas ordens  
dadas anteriormente  
e ceder para a criança**

Algumas observações ainda podem ser ressaltadas. Especialistas lembram sempre que se você, responsável, não buscar ajuda e não tomar medidas de intervenção, esse vazio pode ser preenchido pelas más companhias e por delinquentes. Manter sua palavra e as regras bem fechadas e combinadas ajudam a manter este jovem sob seus cuidados e normas. Relaxar e flexibilizar pode ser entendido por ele como um sinal verde para as transgressões e desafios e o envolvimento com “foras-da-lei” é o próximo passo.

Outra observação importante é que se um dos pais ou ambos são alcoólatras ou são drogadictos, estes não tem condições de conduzir um jovem opositor. Ambas as condições se excluem e não se misturam de jeito nenhum pois indivíduos viciados em alguma substância vivem pela droga e não conseguem se ocupar com filhos ou demandas mais exigentes do ambiente; perdem o respeito de seus filhos exatamente por serem vítimas de seu vício; não conseguem manter uma estrutura familiar pela desordem da dependência; costumam ser influenciados por terceiros e também reagem de forma agressiva e violenta nas suas ações e frente às frustrações não servindo de bom exemplo.

## USO DE MEDICAÇÕES

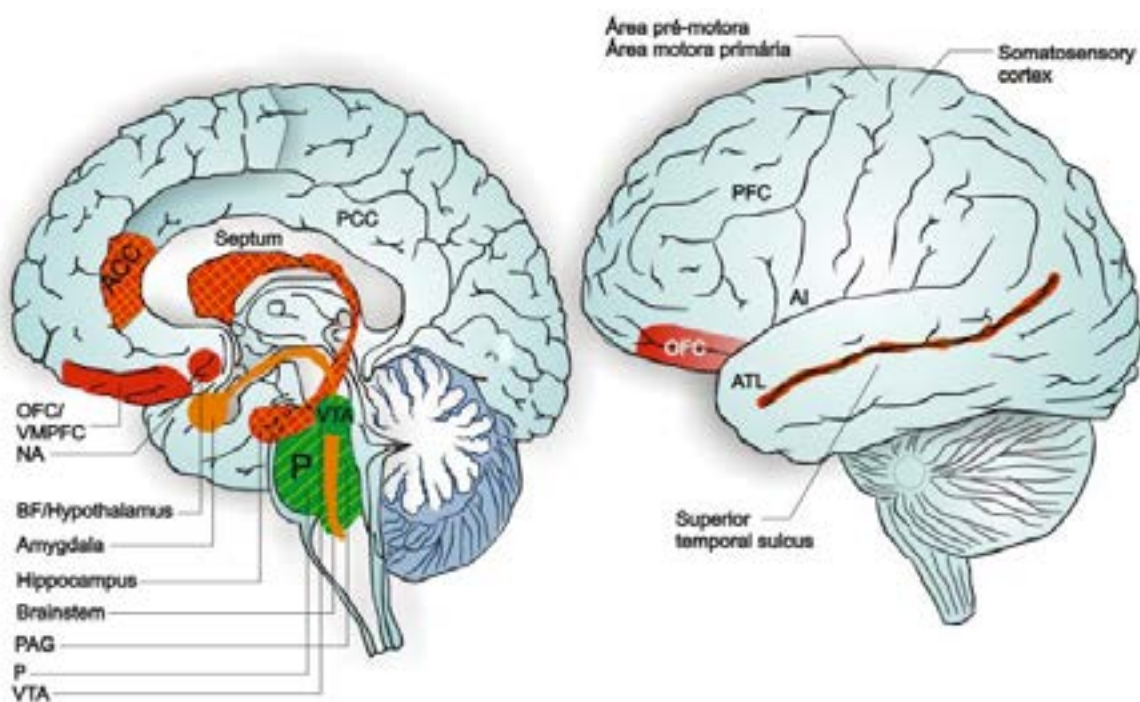
O uso de meios farmacológicos no TOD tem se mostrado promissor e com bons resultados. Costumam-se adotá-los nos casos mais graves, onde os sintomas do TOD ocorrem de forma mais generalizada em vários contextos ou extremamente intensos dentro do seio familiar e escolar. A medicação auxilia muito no controle da raiva e na auto-regulação da agressividade e da oposição e permite que o paciente comece a aderir melhor às ações das terapias de manejo parental. Além disto, é utilizada para tratar condições costumeiramente associadas como o TDAH, problemas de sono, Transtorno Bipolar e TEA as quais por si já intensificam e atrapalham o engajamento do paciente para um tratamento e reduzem seu potencial social e rendimento escolar.

As medicações mais estudadas e que demonstram evidência convincente para o tratamento do TOD são o metilfenidato, a clonidina, os estabilizadores de humor (lítio e ácido valpróico) e os antipsicóticos (haloperidol e risperidona) e devem ser utilizadas de acordo com o caso<sup>13</sup>. A medicação normalmente deve ser dada diariamente e à noite para evitar que tenha sonolência diurna, mas dependendo da criança é possível oferecê-la dividindo a dose em 2 tomadas. Pode-se associar as medicações entre elas e, em caso de outros tipos de medicação, deve-se conversar com o médico e perguntar acerca de sua segurança e se esta medicação vai influenciar negativamente no tratamento. Nos casos de TOD com sintomas excessivos de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, indica-se o metilfenidato podendo, caso-a-caso, associá-lo com antipsicóticos. Nos casos associados em transtorno de humor bipolar, pode-se usar os estabilizadores. No envolvimento em conjunto com TEA, os antipsicóticos e estabilizadores (vide tabela 3) .

MEDICAÇÕES	DOSE	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS
<b>RISPERIDONA</b>	0,5-3 mg	1 a 2x ao dia	Sonolência, tremores, ganho de peso, diabetes, hipotireoidismo e aumento de colesterol
<b>HALOPERIDOL</b>	0,5-2mg	1 a 2x ao dia	Sonolência, tremores, ganho de peso, diabetes, hipotireoidismo e aumento de colesterol
<b>LÍTIO</b>	300-900 mg	1 a 2x ao dia	Sonolência, problemas renais, tireoidianos, no fígado, alterações eletrolíticas.
<b>ÁCIDO VALPRÓICO</b>	20-70 mg/ Kg/d	2-3x ao dia	Sonolência, plaquetopenia, reação alérgica na pele, alterações no fígado.
<b>METILFENIDATO</b>	0,3-2mg/ Kg/d	2-3x ao dia	Taquicardia, perda de peso, tremores, redução do apetite,
<b>CLONIDINA</b>	0,1-0,3mg	2-3x ao dia	Sonolência, palidez, bradicardia e desmaio por hipotensão

**Tabela 3: Medicamentos mais utilizados no controle do TOD com suas especificações e efeitos colaterais a serem observados**

A ação destas medicações se concentram em aumentar os níveis de neurotransmissores ligados ao sistema cerebral de recompensa e do auto-controle executivo de emoções os quais tem evidente papel na auto-regulação frente `as frustrações ou `as contrariedades. Estas áreas podem ser visualizadas na figura <sup>6,14</sup>.



**Figura 6 : Áreas envolvidas na atenção, no controle voluntário das emoções e o sistema de recompensa representadas em vermelho e laranja ( imagem criada pelo próprio autor em colaboração com Sergeant JA (2015)**

Devido aos efeitos colaterais e suas particularidades, elas devem ser administradas por especialistas (neurologista infantil ou psiquiatra infantil) e serem acompanhadas em conjunto com a escola para verificar efeitos na aprendizagem e no comportamento. Muitas vezes , a medicação pode vir a atrapalhar a concentração, gerar sonolência e reduzir rendimento e é necessário, assim, rever a prescrição. Além do mais, deve-se sempre ressaltar que a medicação, sozinha, não irá resolver ou curar o transtorno mas somente amenizar seus sintomas principais e aumentar a flexibilidade.

## ABORDAGEM ESCOLAR

A escola pode desempenhar um papel significativo na detecção precoce deste transtorno pois é um ambiente que propicia a identificação, ajuda muito na percepção de sinais para os quais a família muitas vezes não está sensível e a relação do professor com o aluno de risco pode fazer a diferença. Assim, a abordagem escolar do TOD envolve quatro estratégias: a psicoeducação ou treinamento do estafe escolar (professores, gestores e outros colaboradores do ambiente letivo), treino de habilidades sociais, prevenção e manejo do bullying e reforço escolar. Estas formas de condução devem ocorrer simultaneamente e colocadas como um processo sistematizado e rotineiro nas escolas.

O treinamento do estafe escolar é fundamental pois não se conseguem resultados convincentes se os professores e gestores não souberem o que significa o TOD para lidarem com crianças que o apresentam. Neste treinamento deve-se explicar as causas, os fatores de risco e descrever o transtorno pontuando que muitas vezes mesmo causado por fatores do ambiente há predisposição biológica para desenvolvê-lo. A escola deve estar ciente de que dependendo do perfil de seu espaço e de suas condições a própria instituição pode estimular e predispor uma criança a ter TOD.

O diálogo entre a escola e a família é salutar e deve ser realizado rotineiramente a fim de que a própria criança perceba de que ela está “cercada” de todos os lados. Os professores devem conhecer técnicas de contingência de comportamentos negativos, habilidades sociais positivas e saber dialogar com esta criança a fim de que não se estimule nela sentimentos de raiva, agressividade e discursos desafiadores. Aumentar a discussão ou a voz só vai piorar a situação pois o opositor quer sempre ter razão e, em meio aos demais, ele não vai ceder sendo recomendável ao professor que converse em voz baixa e busque direcionar a discussão para um patamar mais racional. Muitos pacientes com TOD precisam de tempo para se acalmarem e pensarem melhor no que foi imposto ou proibido e permitir este tempo pode reverter reações que inicialmente seriam explosivas ou catastróficas.

Este deve estar entre alunos de boa índole e próximo do professor em sala de aula dando sempre a oportunidade deste se expressar e se sentir confortável e motivado. Aliás, a perspectiva de uma recompensa pode ajudar muito esta criança a melhorar seu comportamento. O professor pode criar, junto com a família, uma tabela de recompensas e perdas em caso de sucessivos bons ou maus comportamentos. Veja um exemplo descrito na figura <sup>7</sup>.

<b>Comportamento</b>	<b>Dias da Semana : STQSSD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o quarto arrumado</li> <li>- Cumprir regras de higiene</li> <li>- Participar das atividades da escola sem problemas</li> <li>- Ser educado com os colegas</li> <li>- Não ser agressivo nem vingativo</li> </ul>	
<b>Notas</b>	
Comportamento positivo : 1	
Comportamento negativo: 0	
Pontos necessários para ganhar o que quer : 25 pontos	
Prêmio semanal : passear no shopping	

**Figura 7: Tabela de recompensas e perdas para conduzir crianças com TOD**

Envolver esta criança em atividades extra-sala e/ou extra-curriculares de que gosta e aprecia e desenvolver aptidões e vocações que porventura foram percebidos pela escola ajuda-o a buscar cumprir as rotinas escolares e enaltece pontos positivos de seu caráter e sua autoestima. Além disto, reforça seus laços com a escola e seu compromisso com as demandas que menos aprecia.

Em relação ao treino de habilidades sociais, os professores devem conhecer meios e formas de interação social que possam ser orientadas e mostradas aos alunos para que estes desenvolvam bons atributos no convívio com o grupo. A finalidade desta abordagem é estimular comportamentos pró-sociais e valorizar



as relações sociais em cada etapa das ações do indivíduo. No Brasil, uma experiência bem sucedida de intervenção em habilidades sociais, o TP-HS, envolveu pais e educadores e obteve bons resultados podendo ser um modelo para aplicar no ambiente letivo. O método foi sistematizado e aplicado em 9 passos na etapa de intervenção propriamente dita descritos a seguir<sup>13</sup>:

### **1 Por que as crianças se comportam mal?**

Neste passo, o professor é estimulado a desenvolver a compreensão sobre quais fatores estão assentadas as causas do mal comportamento e verificar se as formas de coerção estão funcionando ou não.

### **2 Preste atenção no bom comportamento do aluno.**

O objetivo principal neste passo é priorizar a observação e os comentários para os bons comportamentos do indivíduo buscando elogiar e valorizar mais o que ele faz de positivo

### **3 Aumentando a brincadeira independente.**

Ao monitorar as brincadeiras da criança no recreio, pode-se criar momentos ou episódios sociais onde se observa a reação da criança e se estimula, com elogios e pequenas reorientações, bons comportamentos

### **4 Prestando atenção no comportamento de instruções.**

Treinar a dar instruções curtas e de fácil entendimento para a criança e ver o resultado e o desempenho da mesma. Pode-se fazer isto dividindo a turma em grupos para avaliar melhor as respostas.

### **5 Ensinando a “ler” o ambiente social.**

Cada participante observa um ou mais colegas do grupo relatando o que viu e as consequências da interação. Pode-se a partir disto identificar antecedentes de intenções e como se processou na prática. Inclusive, serve para se avaliar modos de comunicação não-verbal durante a troca de tarefas.

### **6 Facilitando a empatia**

Os professores devem ser treinados a entender o que significa empatia e suas características na criança sabendo: a) prestar atenção aos sinais que a criança emite quando está vivenciando algum problema (mudança de postura, na fala, na

fisionomia, etc.); b) ouvir de forma atenta ao que a criança tem a dizer e explicar sobre como ela reagiu a uma situação e se colocando no lugar dela; c) expressar verbalmente apoio e compreensão; d) elogiar as manifestações empáticas da criança; e) conversar com os pais sobre como eles podem criar modelos de empatia dentro de suas casa no seu relacionamento conjugal para servir de exemplo

## **7 Melhorando o comportamento na escola.**

Estimular o trabalho colaborativo entre os pais e a escola. Os pais monitoram as tarefas escolares (cumprimento das atividades, definir horários, checar a realização das mesmas, etc.) e comunicar `a escola a evolução.

## **8 Representação de papéis.**

Treinar por meio de representações qual o papel do aluno e do seu amigo na escola e em casa por meio de inversão de papéis onde o professor/pais fazem o papel do aluno e o aluno faz o papel destes a fim de se colocarem no lugar um do outro.

## **9 Desenvolvendo a capacidade de se expressar.**

São treinados neste passo a desenvolverem a capacidade de assertividade onde são explicitadas as diferenças entre comportamento passivo, agressivo e assertivo por meio de palavras, gestos e contato visual. Além disto, coloca-se também os princípios de direitos e deveres e as vantagens de agir de forma assertiva em qualquer contexto social.

Estas medidas podem ser acompanhadas e mediadas por um psicoterapeuta ou acompanhante terapêutico (AT) em sala de aula. Este profissional especializado pode servir de ponte entre a equipe de saúde e a Escola e ser acionado quando se constata que a escola não está dando conta da situação e em casos onde uma atenção individual é imprescindível. O papel do AT é acompanhar o aluno nos processos de socialização com os demais de sua turma, professores e gestores; observar potencialidades desta criança e trabalhá-las dentro da escola; e auxiliar no planejamento de ações que ajudem a reduzir seus pontos negativos e aumentar os positivos<sup>15</sup>.

Muitos pais podem procurar, espontaneamente e sem qualquer encaminhamento prévio, profissionais de saúde à revelia da escola. Estes profissionais devem, frente a tais queixas, solicitar um relatório escolar o qual deverá descrever os

aspectos da aprendizagem e do comportamento global da criança detalhando suas maiores dificuldades e seus maiores sucessos de acordo com a idade e escolaridade. Ambos, a escola e estes profissionais, devem dialogar e relatar as dificuldades maiores que enxergam na condução destes jovens, discutir os efeitos da medicação, a evolução da aprendizagem e o nível de engajamento da família no processo terapêutico.

A prevenção e o manejo do bullying são importantes pois crianças que apresentam TOD podem tanto aplicar quanto sofrer bullying. Devido aos seus comportamentos opostos e com componentes de agressividade o grupo social que o cerca pode isolá-lo e estabelecer discursos e modos de ação hostis também. Por ser pouco assertivo e apresentar baixa autoestima, não raro a criança costuma se vitimar e não reagir de forma construtiva. Por outro lado, nos casos onde sua personalidade é dominadora e impositiva, como não vem se sobressaindo nas notas e na conduta dentro da escola, este aluno pode buscar meios de destacar como “valentão” ou chefe de grupos violentos impondo submissão e aplicando bullying nos colegas mais frágeis. Destaca-se, nestes casos, também, uma boa relação da escola com a família a fim de que ambas sejam reunidas e chamadas a colaborar para coibir o crescimento e a eternização deste tipo de ocorrência. Existem várias formas de se prevenir e abordar o bullying na escola. Segundo a ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência) são as seguintes as atitudes para se garantir uma vivência saudável na escola podendo ser observadas na figura 8 logo abaixo.<sup>16</sup>

- 1) Conversar com os alunos e escutar atentamente reclamações e sugestões;
- 2) Estimular os estudantes a informar os casos;
- 3) Reconhecer e valorizar as atitudes dos alunos no combate ao problema;
- 4) Criar com os estudantes regras de disciplina em coerência com o regimento escolar;
- 5) Estimular lideranças positivas entre os alunos prevenindo futuros casos;
- 6) Interferir diretamente nos grupos o quanto antes para quebrar a dinâmica nociva do bullying;
- 7) Enaltecer sempre no ambiente escolar a cultura da formação cristã, de direitos e deveres, amizade, cooperação e solidariedade.

**Figura 8: Medidas preventivas ao bullying na escola**

Enfim, como é frequente que o TOD venha acompanhado de problemas cognitivos e de outros transtornos neuropsiquiátricos, é comum que tais pacientes tenham baixo rendimento escolar ou problemas de aprendizagem. Assim, a vigilância da escola e o encaminhamento deste aluno em específico para o reforço escolar - em caso de evidente necessidade - é muito importante para recuperar sua autoestima e evitar que o mesmo perca a prontidão para os estudos.

Comumente, em indivíduos com TOD, reprovações e baixo rendimento crônico aumentam o risco de evasão escolar e de envolvimento com más companhias e vícios e o reforço escolar é um instrumento que tem papel eficaz para frear estes desfechos. Naqueles casos onde há associação com TDAH esta medida é ainda mais importante pela obviedade dos prejuízos cognitivos e das lacunas de conteúdo que podem ocorrer em mais de 80% dos casos de crianças e adolescentes com TDAH.<sup>17</sup>

O professor deve mostrar que se preocupa com o sofrimento dos pais e da criança por causa dos atrasos no conteúdo. Esta medida vai melhorar a relação afetiva entre todos, aumentará o senso de valorização da criança pela escola, os pais vão passar a ver a escola como parceira e reforçar a imagem positiva da escola ao seu filho dentro de casa. É importante que o professor não transforme este aluno num foco de problema e tampouco o estigmatize. Estimular a turma a buscar atitudes positivas pode reverter a tendência opositiva deste aluno e trabalhar por caminhos teatrais ou por pesquisas formas de bons comportamentos afetivos ajuda a modificar seus sentimentos e o auxilia a rever suas atitudes.

A escola, por fim, deve encaminhar este aluno para uma avaliação de saúde mental a fim de investigar as causas, os problemas, seu histórico de vida e todos os fatores que podem estar levando-o a desenvolver TOD. Muitas vezes, um problema de atenção ou um distúrbio de humor pode estar por detrás de grande parte dos sintomas e o tratamento adequado passa por outras formas de manejo que a escola, sozinha, não vai resolver.

# EVOLUÇÃO DA ADOLESCÊNCIA PARA A FASE ADULTA: IMPLICAÇÕES PARA O FUTURO

Os pacientes com TOD não-tratados ou mal conduzidos apresentam riscos maiores de incompatibilidade social, problemas futuros com a Justiça, mais detenções e exposição maior à criminalidade. Quando associado ao TDAH, pode aumentar ainda mais estes riscos já citados, além de prejudicar de forma mais contundente a aprendizagem e o carreira acadêmica e também aumentar a chance de evoluir para Transtorno de Conduta. Por isto, tratar cedo o TDAH é muito importante a fim de coibir sua evolução e inibir esta variável como um preditor de TOD e vice-versa pois a presença de sintomas de TOD no TDAH aumenta a chance de persistência e aumento da severidade de sintomas do TDAH para a fase adulta<sup>18</sup>.

Ciente deste panorama, a identificação precoce do TOD deve ser estimulado e incentivado por políticas públicas. As ações devem envolver pelo menos três esferas responsáveis, a Saúde, a Educação e o Serviço Social. Os custos e as consequências do não-tratamento são infinitamente maiores do que as ações preventivas e terapêuticas. Dificilmente dá para imaginar uma política anti-drogas ou de segurança sem envolver estratégias similares para reduzir ou minimizar os mais diversos transtornos de comportamento, principalmente aqueles que levam a ruptura da teia social. Muitas crianças se abstém ou evade da escola por causa destas condições e as ruas as recebem sem que tenhamos, nesta fase, qualquer previsão otimista de que ela retorne para a vida escolar. Um adolescente opositor na rua vai inevitavelmente cair nas garras do tráfico, da criminalidade e pode precocemente perder a expectativa de vida que teria em outro desfecho.



# CONCLUSÃO



A abordagem do TOD se mostra, portanto, fundamental nos nossos dias. A sua presença numa criança aumenta os riscos de abandono escolar, desestabilização das relações familiares, envolvimento com delinquência e perda de oportunidades sociais e acadêmicas no ciclo de vida do portador. Conhecer profundamente os sintomas e identificar o mais precocemente possível com a ciência de como fazer e encaminhar para os profissionais certos pode ser o diferencial para interromper suas consequências tanto no indivíduo quanto naqueles que convivem com ele. Como seu tratamento é interdisciplinar e depende da conexão entre a escola, a família e os profissionais de saúde, acionar as medidas mais importantes e treinar os envolvidos para a condução mais adequada é a atitude mais importante.

# BIBLIOGRAFIA

- 1) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders – DSM-5. 5th. Ed. Washington: APA, 2013;
- 2) Riley DA. The defiant child : a parent's guide to oppositional defiant disorder. Nova York : Taylor Trade Publishing 1997.
- 3) Pelham, et al. Teacher ratings of DSM- III-R symptoms for the disruptive behavior disorders: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; (31): 210-218.
- 4) Galanter, C. A. & Jensen, P. S. DSM-IV-TR-IV-TR casebook and treatment guide for child mental health. Washington, DC: APA, 2009.
- 5) Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Kaiser, R., & Faraone, S. V. CBCL clinical scales discriminate ADHD youth with structured-interview derived diagnosis of Oppositional Defiance Disorder (ODD). Journal of Attention Disorders 2008; 12(1) 76-82.
- 6) O'Laughlin, E. M., Hackenburg, J. L., & Riccardi, M. M. Clinical usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2010; 18(4), 247-255.
- 7) Waschbusch, D. A. & Willoughby, M. T. Parent and teacher ratings on the IOWA Connors Rating Scale. Journal of Psychopathology Behavioral Assessment, 2008; 30, 180-192
- 8) Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos P, Souza I. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(4): 273-6
- 9) Noordermeester SDS, Luman M, Oosterlaan J. A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in ODD and CD taking ADHD into account. Neuropsychol Rev 2016; 26: 44-72;
- 10) Matthys W, Vanderschuren LJM, Schutter DJLG. The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Altered functioning in three mental domains. Development and Psychopathology 2013; supl. 1 : 193-207

- 11) Dichter GS, Damiano CA, Allen JA. Reward circuitry dysfunction in psychiatric and neurodevelopmental disorders and genetic syndromes: animal models and clinical findings. *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2012; 4 (19): 1-43.
- 12) Lobo BOM, Flach K, Andretta I. Treinamento de pais na terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos externalizantes. *Psicol. Pesq.* 2011; 5(2): 126-134;
- 13) Pinheiro MIS, Haase VG, Del Prette A, Amarante CLD, Del Prette ZAP. Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia Reflexão e Crítica* 2006; 19(3): 407-414;
- 14) Brites C, Sergeant JA. TDAH `a luz do modelo cognitivo-energético. In : Ciasca e cols. *Transtornos de Aprendizagem : do diagnóstico precoce `as estratégias de intervenção (2015)* . São Paulo : Book Toy.
- 15) Estanislau GM, Bressan RA (org.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 16) Fante C, Pedra JA. *Bullying escolar : perguntas e respostas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 17) Mattos P, Rohde LA. *TDAH : princípios e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- 18) Tandon M, Tillman R, Agrawal A, Luby J. Trajectories of ADHD severity over 10 years from childhood into adulthood. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2016; 8(3) : 121-130.





**NeuroSaber**