

TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD): INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

OPPOSITIONAL CHALLENGING DISORDER (ODD): COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION

Lidiane Rodrigues Viana¹
Maria das Graças Teles Martins²

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) afeta crianças ou adolescentes. Apresenta características como desobediência, irritabilidade, raiva, comportamentos desafiadores, contestadores e negativistas para com figuras de autoridade. Fatores biológicos, temperamentais, aprendidos e condições psicológicas contribuem para padrões instáveis do TOD. **OBJETIVO:** Compreender as consequências provocadas pelo Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) na criança e a atuação da terapia cognitivo comportamental no contexto da intervenção. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e exploratória. Os materiais foram livros, teses, dissertações, monografias e artigos científicos disponíveis em bases de dados da Scielo, Pepsic, BvSaude, Periódicos eletrônicos. **RESULTADOS:** Evidenciou-se que as características das crianças com TOD envolvem temperamento impulsivo, desafiador e intolerância a frustrações e inabilidade no manejo social. Pode estar presente, perda frequente de paciência, alta irritabilidade, comportamento agressivo, impulsividade, ansiedade, teimosia constante, impaciência, hostilidade, forte descontrole emocional. A TCC se apresenta eficiente nas intervenções em crianças com o TOD. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A intervenção da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do TOD se apresenta efetiva e envolve técnicas e estratégias direcionadas ao paciente tanto no ambiente clínico terapêutico, como no seu ambiente domiciliar, envolvendo os pais e outros sujeitos de seu convívio. Na intervenção da TCC o estabelecimento do vínculo, avaliação e formulação cuidadosa do caso, postura empática e assertiva, escuta atenta e respeitosa, sistema colaborativo entre paciente e terapeuta são importantes.

355

Palavras-chave: Transtorno de Oposição Desafiante. Criança. Terapia Cognitivo-Comportamental. Psicologia.

¹Acadêmica do 10º. Semestre em Psicologia/ Estácio de Macapá.

²Professora, Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (UNIFESP) e Ciências da Educação (ULHT-Portugal).

ABSTRACT: INTRODUCTION: Oppositional Defiant Disorder (ODD) affects children and adolescents. It presents characteristics such as disobedience, irritability, anger, challenging, contesting and negativistic behaviors towards authority figures. Biological, temperamental, learned, and psychological factors all contribute to unstable ODD patterns. **OBJECTIVE:** To understand the consequences caused by Oppositional Defiant Disorder (ODD) in children and the performance of cognitive behavioral therapy in the intervention context. **METHODOLOGY:** The methodology used was bibliographic and exploratory research. The materials were books, theses, dissertations, monographs and scientific articles available in Scielo, Pepsic, BvSaude, Electronic journals databases. **RESULTS:** It was evidenced that the characteristics of children with TOD involve impulsive temperament, defiant and intolerance to frustrations and inability in social management. It may be present, frequent loss of patience, high irritability, aggressive behavior, impulsivity, anxiety, constant stubbornness, impatience, hostility, strong emotional outburst. CBT is efficient in interventions in children with ODD. **FINAL CONSIDERATIONS:** The intervention of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of TOD is effective and involves techniques and strategies directed to the patient both in the therapeutic clinical environment and in their home environment, involving parents and other subjects in their life. In the CBT intervention, bonding, careful assessment and formulation of the case, empathetic and assertive posture, attentive and respectful listening, collaborative system between patient and therapist are important.

356

Keywords: Oppositional Defiant Disorder. Child. Cognitive behavioral therapy. Psychology.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade compreender as consequências provocadas pelo Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) na criança e a atuação da terapia cognitivo comportamental no contexto da intervenção. Percebe-se que crianças que apresentam as características do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) exibem um comportamento em que possuem grande dificuldade em respeitar regras. As características do TOD podem surgir em qualquer momento da vida, no entanto, é mais comum aparecer entre os 6 e 12 anos de idade. Evidencia-se que fatores biológicos, temperamentais, aprendidos e condições psicológicas contribuem para padrões relacionados ao TOD.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição ou DSM-5 (2014, p. 462) define o TOD como sendo “[...] um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses”. Desta forma, é importante observar comportamentos que fogem ao controle dos pais, considerando a frequência, intensidade, gênero e cultura. Ressalta-se que estes

comportamentos podem se limitar apenas a um ambiente como: familiar, escolar, trabalho ou com colegas, considerados como sintomas leves. Entretanto, para os sintomas que estão presentes em pelo menos dois ambientes, estes são considerados de gravidade moderada e, os sintomas que podem se manifestar em três ou mais ambientes ao mesmo tempo, são considerados graves. (AGOSTINI; SANTOS, 2017)

A intervenção da terapia cognitivo comportamental (TCC) no tratamento do TOD envolve o paciente não somente no ambiente clínico terapêutico, como também em atividades de seu ambiente domiciliar, envolvendo os pais e outros sujeitos de seu convívio. Sua grande contribuição na intervenção no contexto familiar busca auxiliar em como lidar com o comportamento opositor da criança utilizando-se a terapia adequada (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Diante do exposto, formulamos como problema de pesquisa o questionamento: quais as consequências provocadas pelo Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) na criança e, de que forma a terapia cognitivo comportamental atua na intervenção psicoterapêutica? Considera-se que a relevância deste estudo se constitui em se perceber que o TOD é um transtorno muito frequente na infância e que pode ter impactos tanto na adolescência como na vida adulta. É um tema inquietante e relevante nas diferentes áreas do conhecimento científico em nível biopsicossocial pois, causa prejuízos no campo afetivo, emocional, social e escolar da criança. As motivações que conduziram a escolha do tema ocorreram em razão do desejo de aprofundar conhecimentos sobre o TOD, produzir um artigo científico na formação em psicologia e implementar futuras práticas na clínica psicológica com possíveis intervenções psicoterapêuticas em crianças portadoras do transtorno.

357

O Transtorno Desafiador Opositivo, ou Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), geralmente afeta crianças e apresenta como características principais desobediência, raiva, comportamentos desafiadores, contestadores e falta de controle. Frequentemente, questionando as figuras de autoridade, sobretudo os pais. Essas atitudes geram grande dificuldade na prática de profissionais na área da psicologia, educação e no social.

No acompanhamento de uma criança com o diagnóstico de TOD, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem se mostrado eficiente nas intervenções e, a participação dos pais, dos professores e de outros membros do convívio da criança é fundamental para um melhor resultado no tratamento do transtorno, visando melhoria no afeto, emoção e comportamentos, possibilitando uma qualidade de vida mais saudável.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, descritiva e exploratória. Os materiais consultados foram livros, teses, dissertações, monografias e artigos científicos publicados no período de 2011 a 2021. As publicações foram retiradas de sites científicos disponíveis em base de dados da Científic Eletronic LibRARY (Scielo), Biblioteca virtual em saúde (BvSaude), e Periódicos eletrônicos em psicologia (PePSIC), Psicologia.pt., utilizando-se das seguintes palavras chave: “Transtorno de Oposição Desafiante”. “Criança”. “Terapia Cognitivo-Comportamental”. “Psicologia”, com o objetivo de compreender as consequências provocadas pelo TOD na criança e a intervenção terapêutica da Terapia Cognitivo Comportamental.

A pesquisa bibliográfica, conforme Teixeira (2014, p.25) é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Marconi e Lakatos (2010, p.166); Gil (2017) afirmam que este tipo de pesquisa abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao assunto estudado e envolve publicações como livros, jornais, artigos, teses, dissertações, monografias, etc. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com tudo que foi escrito sobre determinado assunto trazendo novas ideias.

358

A pesquisa é exploratória tem o como objetivo a descoberta de intuições e o aprofundamento de ideias. (GIL, 2017). A pesquisa descritiva, conforme Gil, (2017), tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Quando comparada à pesquisa exploratória, a única diferença é que o assunto já é conhecido e a contribuição é tão somente proporcionar uma nova visão do pesquisador sobre esta realidade já existente.

Os critérios de inclusão e exclusão adotados para a escolha da seleção do material ocorreram seguindo o critério temático com uso das palavras-chave já descritas e critério linguístico utilizando-se materiais expressos na língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos materiais que não se enquadravam no tema proposto. Quanto aos benefícios, o estudo traz grandes contribuições à compreensão do TOD presente em crianças e apresenta as contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental. Na análise crítica dos riscos e benefícios, entendeu-se que por tratar-se de uma pesquisa bibliográfica não houve riscos pois, não envolveu seres humanos, conforme orienta a Resolução 466/2012 e Resolução 510/15 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016).

A análise final ocorreu a partir da realização da leitura informativa e fichamento dos referenciais selecionados. Em seguida, foi construída uma argumentação fundamentada nos autores que discursam sobre o TOD e seus aspectos biopsicossocial e a intervenção da Terapia Cognitivo comportamental verificando se o problema e os objetivos propostos foram alcançados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I. TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD): CONCEITO, CARACTERÍSTICAS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

O Transtorno Opositor Desafiador ou Transtorno Desafiador de Oposição é visto como um padrão de comportamento chamado de disruptivos, forma de liberar impulsos agressivos. É um tipo de comportamento que prejudica as pessoas com as quais se convive, criando conflitos não só com as figuras que representam autoridade como também em relação às regras pré-estabelecidas. (SANTOS, 2017). Estudos apontam que a prevalência do transtorno de oposição desafiante varia de 1 a 11%, com prevalência média estimada em 3,3% (APA, 2014, p. 464). Ainda que o padrão de comportamento possa iniciar desde os três anos, comumente tende a manifestar-se por volta dos oito anos de idade (SADOCK; SADOCK, 2011; PAULA; SANTOS, 2015).

359

Monteiro (2014) menciona que o TOD é um transtorno com características globais de desafio, desobediência e hostilidade. Tais comportamentos são adotados constantemente contra as pessoas que representam papéis de autoridade sobre o indivíduo, principalmente os pais, outros familiares e professores. Para Teixeira (2014):

O TOD 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 transtorno pode se apresentar também nos relacionamentos da criança com os colegas, sendo comum na idade escolar. (TEIXEIRA, 2014, p. 18-19).

As características do TOD podem surgir em qualquer momento da vida, no entanto, é mais comum aparecer entre os 6 e 12 anos de idade. É reconhecido como um transtorno neuropsíquico de comportamento destrutivo, que se refere à apresentação de comportamentos que fazem mal não somente para a criança em si, mas também para todos que fazem parte da comunidade em que convive, afetando a aprendizagem e o relacionamento com pais, professores e colegas (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2016).

Compreendeu-se que, algumas das características mais comuns do TOD são: perda frequente de paciência, desafio e recusa a obedecer às regras, perturbação e implicância com outras pessoas, sendo elas adultos ou crianças, alta irritabilidade, comportamento agressivo, baixa interação social, comportamento vingativo e rancoroso, impulsividade, ansiedade, teimosia constante, impaciência, não sabe lidar com frustrações, hostilidade, forte descontrole emocional, raiva, choro seguido de gritos, etc. (PAULO & RONDINA, 2010).

O TOD se caracteriza por um padrão recorrente de comportamentos que tendem ao desafio, à desobediência, à provocação e ao negativismo ou oposição. Estes comportamentos são em geral dirigidos a figuras de autoridade, mas de qualquer forma se encontram disseminados em todos os círculos sociais do indivíduo. (MONDONI E PITLIUK, 2010, p. 4). O DSM-5 (2014) explicita que o TOD tem um modelo de comportamento contínuo e persistente em crianças, que se caracteriza por um temperamento impulsivo, desafiador e intolerante a frustrações, associado a déficits cognitivos e inabilidade no manejo social, o que pode constituir um quadro de características de comportamentos inadequados caso a criança obtenha ganhos com a não realização de tarefas, acesso a privilégios e atenção.

Kaplan e Sadock (2017) esclarecem que diferentes comportamentos caracterizam o TDO, principalmente aqueles no sentido de agir contrariamente ao que se solicita ou se espera do indivíduo. Fazem notar que as crianças com TOD apresentam-se frequentemente irritadas, são rancorosas e se aborrecem facilmente, apresentando descontrole emocional e teimosia persistente. Essas crianças, geralmente, desafiam solicitações ou regras impostas por adultos, com uma tendência acentuada de discutir com eles e, deliberadamente perturbar as pessoas do seu convívio social.

Para identificar o comportamento agressivo exacerbado, a autora Chalfon pontua que são utilizadas as categorias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), nas quais diversos comportamentos agressivos são considerados sintomas e, quando se manifestam de modo concomitante, caracterizam o diagnóstico de dois transtornos: o Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC). Faz notar que em ambos os transtornos, a agressividade é considerada patológica. Ressalta que é comum que as crianças assim diagnosticadas sejam estigmatizadas socialmente e não sejam devidamente tratadas. (CHALFON, 2019, p.21)

Com relação ao transtorno da conduta, de acordo com Barleta (2011) apud Koch e Gross (2005), o mesmo está associado aos comportamentos de crianças ou adolescentes considerados, por pessoas próximas a eles, como antissociais ou muito difíceis de lidar. Outra característica importante é que tais comportamentos prejudicam de forma significativa a vida da criança ou adolescente, seja na escola, em casa ou na vida social. Observa-se que o Transtorno Opositor Desafiante (TOD) se encontra classificado na CID-10 como um transtorno característico da infância e da adolescência, comumente visto em crianças com até dez anos de idade, que apresentam um padrão de comportamento que pode perturbar ou inviabilizar as interações com adultos ou colegas, o que leva ao comprometimento das relações afetivas e sociais (CHALFON, 2019, p. 21).

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante (TOD) podem se manifestar na idade escolar, e raramente se estende até a adolescência. Normalmente, os sintomas fazem parte de um padrão relacionado a problemas com outras pessoas. A frequência e a intensidade distinguem os comportamentos do normal ao que é considerado patológico, levando em consideração o gênero e a cultura do indivíduo (DSM-5, 2014).

A manifestação dos sintomas do TOD infantil foi classificada pelo DSM-5 em três subtipos: humor irritável, desafiador e vingativo. O subtipo “humor irritável” é caracterizado pelo fato de a criança constantemente perder a razão e se sentir perturbada, brava ou ressentida. Já o “desafiador” frequentemente desafia as ordens, recusa-se a colaborar, irrita as pessoas e culpa os outros por seus erros ou por seu mau comportamento. No subtipo “vingativo”, se percebe o sentimento de rancor e/ou a intenção de vingança. (CHALFON, 2019, p.21)

Para a confirmação do diagnóstico devem ser constatados 3 critérios dos 15 apresentados no DSM-5 (2014), presentes nos últimos seis meses e refletindo o comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil. Conforme o DSM-5, (APA, 2014, p. 462), existe um critério geral (Critério A) para o diagnóstico do TOD e ainda outros oito critérios que se relacionam. O critério A. Faz referência 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. Eles são especificados, conforme o DSM-5, da seguinte forma:

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.

O critério **B** faz referência de que a perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato, ou provoca impactos negativos no funcionamento social, educacional e profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O critério **C** aponta que os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico ou de transtorno de humor. Já o critério **D** diz que 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.

362

A partir desses critérios, o DSM-5 situa a gravidade na condição leve quando os sintomas se limitam apenas a 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). Importante destacar que o comportamento inadequado é caracterizado pelo isolamento social e o rompimento das normas estipuladas com manifestações de agressividade, representadas pela criança com estímulos aversivos em relação ao comportamento de outros indivíduos (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003).

Referido comportamento pode ser observado na relação entre a criança e figuras de autoridade, principalmente com os cuidadores, tanto no ambiente escolar, como no ambiente familiar. Portanto, evidencia-se que o TOD está associado aos comportamentos de desobediência, desafio e hostilidade emitidos de forma constante às pessoas que ocupam papéis de autoridade. Ressalta-se que os comportamentos que se encaixam nessa descrição foram subdivididos em três categorias conforme a revisão realizada por Luiselli (2005): 1) a demora demasiada para responder a uma solicitação de um adulto; 2) a falta de manutenção

de uma resposta solicitada, mesmo quando a criança/adolescente tenha respondido à primeira solicitação de maneira imediata, ou 3) a desobediência às normas sociais. (PARDINI & FITE, 2010 apud BARLETA, 2011).

Manifestações comportamentais como a perda da paciência, discussão exaltada com adultos e atitude desafiante ao receber as regras estipuladas pelas figuras de autoridade são também presentes. É comum que crianças portadoras do TOD, se empenhem em fazer de forma deliberada, coisas que aborrecem outros indivíduos, ou mesmo responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros (CÁRCERES; SANTOS, 2018). Vale ressaltar que os comportamentos desadaptativos tornam-se perceptíveis, assim como manifestações de rancor e vingança que podem estar relacionados não somente aos sintomas do diagnóstico, mas às características da criança, às práticas parentais, à história de interação familiar e à situação escolar (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003).

Destaca-se que para algumas crianças, determinadas situações estressoras geradas em seu cotidiano conduzem a dificuldades das quais não conseguem ser enfrentadas ou encaradas positivamente, isso pode ocorrer, devido à dificuldade de alguns pais em lidar com as frustrações e emoções dos filhos, não permitindo que o mesmo vivencie os desafios próprios de sua faixa etária e fase de desenvolvimento (RODRIGUES, 2013).

363

Com relação ao tratamento, importante pontuar que o tratamento medicamentoso não exclui a necessidade de tratamento psicossocial e psicoterapêutico e tem por objetivo a diminuição dos sintomas de impulsividade, raiva e agressividade, característicos do transtorno (AGOSTINI; SANTOS, 2017, p.3). Evidencia-se que o diagnóstico precoce de crianças que apresentam comportamentos condizentes com o TOD, consiste no tratamento preventivo, com maior probabilidade de não se tornarem adultos com possíveis transtornos de condutas e transtornos antissociais. (BRITES, 2019).

2. FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESENVOLVIMENTO DO TOD NA CRIANÇA

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) não tem um fator específico que influencia o seu desenvolvimento na criança. A área médica e estudiosos do tema acreditam que o surgimento do TOD seja influenciado por alguns fatores como: abusos; falta de atenção; crescimento num ambiente com comportamentos inconsistentes, agressivos ou negligentes. Diferentes fatores devem ser levados em consideração, uma vez que o

transtorno é multifatorial. Assim, eventos como perda de um dos pais, ambiente familiar conflituoso, abandono ou nascimento de um irmão podem influenciar no desenvolvimento do TOD. (TEIXEIRA, 2014).

Percebe-se que as consequências na criança são diversas pois, 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. (MONTEIRO, 2014). Dessa maneira, Teixeira (2014, p.29) afirma que o surgimento do transtorno pode estar relacionado a modelos de apego e aprendizagem 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.

As consequências do TOD para a criança ou adolescente são inúmeras e provocam prejuízos significativos uma vez que referido quadro conduz a severas dificuldades para analisar regras e opiniões alheias e intolerância às frustrações, gerando reações agressivas, intempestivas, sem qualquer diplomacia ou controle emocional. Na escola enfrentam sérias dificuldades e vivenciam conflitos com professores, colegas além do existente na família. Essas crianças costumam ser discriminadas, perdem oportunidades e desfazem círculos de amizades e com frequência resultam em prejuízos significativos no ajustamento emocional, social e escolar (APA, 2014; TEIXEIRA, 2014; FRIEDBERG, MCCLURE, 2004, 2011).

Percebe-se que as crianças com TOD sentem remorso, além de reagirem com muita emoção. Elas podem chorar, se irritar e fazer birra facilmente quando são contrariadas. As consequências presentes com a frequência dessas condutas prejudicam as relações interpessoais da criança na escola, o seu desempenho escolar e o convívio com a família que são impactados negativamente.

Observa que as causas do transtorno desafiador opositivo são complexas e multifatoriais. Estudos científicos evidenciam a existência de múltiplos fatores de risco que estariam relacionados ao surgimento do transtorno. Acrescenta-se, ainda, que a causa influenciadora do TOD em crianças é avaliada, também, por questões familiares entre as quais destaca-se conflitos na relação familiar ou discórdia conjugal e fatores genéticos associados a desencadeadores ambientais. Outros estudos sugerem que mães com transtorno depressivo estão com maior probabilidade de ter uma criança que possa desenvolver o TOD

(RELVAS, 2010). Para Teixeira (2014) os eventos, características ou processos que aumentam as chances do desencadeamento do problema comportamental, e seu desenvolvimento está relacionado com uma quantidade de fatores de risco presentes na criança tais como questões sociais, psicológicas e biológicas.

Kaplan e Sadock (2017) afirmam que os 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. Entretanto, Teixeira (2014) explicita que frequentemente, o curso do TOD encontra-se, também, relacionado a outros transtornos psiquiátricos e comportamentos graves, como o transtorno de conduta, o transtorno da personalidade antissocial e o abuso de substâncias psicoativas.

Segundo o DSM-5 há também um risco aumentado para os indivíduos com TOD apresentarem transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, geralmente indicados pela presença do humor raivoso e irritável. Monteiro (2014), classifica as disposições de risco em temperamentais, ambientais, genéticas e fisiológicas e faz notar que os fatores temperamentais estão relacionados a problemas de regulação emocional e são preditivos do transtorno, os fatores ambientais, relacionados a práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes na criação dos filhos e, quanto aos fatores de ordem genética e fisiológica, podem indicar uma série de marcadores neurobiológicos associados ao TOD.

Teixeira (2014) esclarece que as questões sociais como violência doméstica, falta de estrutura familiar, moradia em áreas de grande criminalidade e ambientes familiares em que regras e limites sejam pouco claros, podem contribuir para o desencadeamento da condição comportamental no desenvolvimento do TOD. Brites (2019) em seu livro “Aluno TOD: o que fazer”, comenta que as crianças que possuem o transtorno sofrem com a presença de comportamentos difíceis e, com isso, nem sempre conseguem se desenvolver de maneira saudável. Ressalta, ainda, que este fator, se não for tratado da maneira correta, poderá gerar diversas situações consideradas tensas e árduas, levando a uma situação de desarmonia no ambiente familiar e escolar, causando consequências irreversíveis.

3.TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO TOD

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem da psicologia que se caracteriza por ser um modelo de psicoterapia breve, estruturado e direcionado para a resolução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013; WRIGHT ET AL, 2019). A pesquisa e a prática clínica mostram que a TCC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos (KNAPP; BECK, 2008). De acordo com Beck (2013), a mesma vem apresentando resultados significativos no tratamento de crianças com transtornos disruptivos.

Conforme Chalfon (2019), a abordagem cognitivo comportamental dá sustentação à uma série de programas de intervenção na medida em que o objetivo é de reduzir comportamentos inadequados e ampliar o desenvolvimento de habilidades nas crianças, bem como promover a competência social, a regulação emocional e a resolução de problemas por meio de remodelação das contingências. Teixeira (2014), afirma que através da terapia cognitivo-comportamental as crianças e os adolescentes podem aprender a controlar a agressividade, melhorar suas habilidades sociais, criar estratégias para solução de problemas, controlar sua impulsividade e melhorar sua atenção.

Este mesmo autor Teixeira (2014) acrescenta que a intervenção da Terapia cognitivo Comportamental (TCC) no TOD costuma ser eficiente inclusive, quando os pacientes apresentam comorbidades como depressão, transtorno de oposição desafiante, transtornos ansiosos, entre outros. Reforça que deve-se considerar que o acompanhamento envolve, a criança, os pais, e outros ambientes no qual a criança se relaciona como a escola e o social.

Diante disso, constatou-se que a eficácia no tratamento do TOD por meio das estratégias cognitivo-comportamentais inclui os seguintes procedimentos: terapia familiar, psicoeducação familiar, treinamento de pais, psicoeducação escolar e intervenções escolares. A utilização da psicoeducação familiar tem a intenção de promover informações e orientações quanto ao curso e diagnóstico do transtorno, inclusive quanto às características sintomatológicas e aos métodos, proporcionando debates sobre estratégias a serem adotadas pelos familiares no sentido de como lidar com a criança com TOD. (TEIXEIRA, 2014; CABALLO E SIMÓN, 2015).

Barletta (2011) apud Friedberg e McClure (2001) explicitam que o melhor tratamento dos transtornos disruptivos é o multimodal. Acrescentam alguns passos que podem ser contemplados, tais como: 1º.) iniciar com a psicoeducação sobre o modelo de tratamento; 2º.) o ensino de habilidades comportamentais básicas para as crianças e adolescentes e seus responsáveis; 3º.) o desenvolvimento de habilidades sociais com técnicas autoinstrutivas e de empatia; 4º.) utilização de procedimentos cognitivos mais complexos, como reatribuição, exploração de alternativas e diminuição de atributivos hostis das crianças.

Portanto, a TCC apresenta grande contribuição de intervenção no contexto familiar, auxiliando em como lidar com o comportamento opositor da criança, utilizando a terapia adequada para um desenvolvimento saudável. Em relação aos vários procedimentos de tratamento para TOD, existe diferentes estratégias tais como: O tratamento primário para o TOD que consiste em uma psicoterapia individual para a criança, com aconselhamento e treinamento direto dos pais, acerca de habilidade de manejo da criança (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 2017).

Evidenciou-se que a orientação e treinamento de pais, psicoeducação familiar são importantes na intervenção psicoterapêutica. Nesse sentido, descreve-se, com base em Teixeira (2014, p.85-93), algumas atitudes e posturas que podem ajudar aos pais melhorar sua convivência no lar e contribuem para que o TOD não se desencadeie com tanta intensidade. Atitudes tais como: 1) Tenha um ambiente saudável; 2) Estabeleça regras e limites; 3) Faça pedidos claros e objetivos; 4) Pai e mãe devem falar a mesma língua; 5) Seja um exemplo positivo e pacífico para o seu filho; 6) Seja amigo de seu filho; 7) Fortaleça a autoestima de seu filho; 8) Esteja atento às mudanças da adolescência; 9) Esteja atento à saúde mental de seu filho; 10) Ensine sobre as pressões da juventude; 11) Estimule as práticas de esporte; 12) Comunica-se com a escola.

Várias técnicas cognitivas e comportamentais são sugeridas por alguns autores para serem utilizadas na intervenção do TOD infantil entre eles, destaca-se, desenhos, filmes, histórias, contos de fadas revistas em quadrinhos (recursos para modelação de comportamentos), tarefas de casa, planos de ação. (GREENBERGER & PADESKY, 1999 apud BARLETTA, 2011). Nessa mesma direção, são recomendados um modelo de automonitoramento mais lúdico no qual o registro pode ser feito de forma personalizada, com o uso de figurinhas, de álbum com personagens de desenhos caracterizados. Os personagens caracterizados são colados e servem para descrever sentimentos e emoções.

Para medir a intensidade, podem ser utilizados desenhos tais como, um termômetro, régua, sinais de trânsito, entre outros. (GREENBERGER & PADESKY, 1999 apud BARLETTA, 2011; PERGHER e COLABORADORES (2007)

Outra técnica como o *role playing*, ou ensaio comportamental é descrito como um ótimo recurso. Em sua aplicação, pode-se fazer uso de fantoches, dedoches, argila, música, bonecos (FRIEDBERG & MCCLURE, 2001). O uso de sistema de economia de fichas, a fim de fortalecer os comportamentos adequados por meio do reforçamento positivo e a cadeira do pensamento como *time out* também são indicados (PERGHER E COLABORADORES, 2007).

É importante mencionar as intervenções com o uso da terapia do esquema (TE), que segundo Wainer e Rijo (2016), surgiu como uma forma de abordagem inicial para favorecer mediações focadas em tratamentos mais severos. Trata-se de um sistema psicoterápico privilegiado, por ser um modelo conceitual, completo e agregado para compreensão da gênese e evolução da personalidade humana, adaptado em critérios iniciais e pontuais nas estratégias considerando que grande parte dos sintomas do TOD diz respeito às alterações de humor irritável/raivoso e ataques de raiva. (WAINER E RIJO, 2016).

368

A Terapia do esquema (TE), para crianças e adolescentes possibilita intervir sobre questões emocionais e comportamentais, além disso, direciona também um olhar para a função estruturante dos pais no desenvolvimento de seus filhos (BORTOLINI; WAINER, 2019). O progresso na intervenção do TOD varia de acordo com cada caso pois, sintomas leves contêm melhores resultados e avanços positivos de forma mais rápida, já os sintomas mais graves dificultam o percurso, uma vez que na ausência de cuidados adequados, tornam-se crônicos.

Acrescenta-se que para se proceder as intervenções na TCC, é importante a realização de uma boa avaliação do caso, com entrevistas, anamnese, postura empática e assertiva, implementação de uma escuta atenta e respeitosa por parte do terapeuta. De igual forma, é importante o estabelecimento de vínculo, sistema participativo e colaborativo entre paciente e terapeuta. Destaca-se que a formulação ou conceitualização cognitiva do caso é necessária. Ela é formulada desde o início do processo psicoterápico, sofrendo modificações ao longo da terapia à medida que novos dados do paciente são revelados (BECK, 1997; PETERSEN; WAINER, 2011; BECK, 2013). Percebeu-se que a conceitualização cognitiva é peça-chave na abordagem cognitivo-comportamental, uma vez que permite realizar o

delineamento da terapia, fornecendo a estrutura para o entendimento do paciente e seu transtorno direcionando o plano de tratamento com suas intervenções (NEUFELD, 2009).

Os autores Friedberg; McClure e Garcia (2011) fazem notar da importância da conceitualização cognitiva como uma forma de flexibilizar as estratégias de tratamento, permitindo ao terapeuta identificar quais as técnicas e procedimentos mais indicados para a efetividade da terapia. Portanto, é a conceitualização cognitiva que proporcionará a compreensão das dificuldades individuais das crianças e dos adolescentes com TOD e a combinação das intervenções de acordo com as necessidades específicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como finalidade compreender as consequências provocadas pelo Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) na criança e a atuação da terapia cognitivo comportamental no contexto da intervenção. Nessa trajetória, buscou-se destacar o conceito e características do TOD, sintomas e diagnóstico, identificar os fatores que influenciam no desenvolvimento do comportamento disruptivo da criança e descrever as intervenções da terapia cognitivo comportamental. Com base na análise do material selecionado, evidencia-se que o problema e os objetivos traçados para o estudo foram contemplados.

369

De acordo com as pesquisas no material selecionado, evidenciou-se que as características das crianças com TOD envolvem temperamento impulsivo, desafiador e intolerância a frustrações, associado a déficits cognitivos e inabilidade no manejo social. Percebeu-se que ao se estudar sobre o Transtorno Opositivo Desafiador, foi possível identificar na literatura algumas características mais comuns do TOD como a perda frequente de paciência, desafio e recusa a obedecer regras, perturbação e implicância com outras pessoas, sendo elas adultos ou crianças, recusa a pedir e aceitar ajuda, alta irritabilidade, comportamento agressivo, baixa interação social dificultando ao máximo uma proximidade, comportamento vingativo e rancoroso.

Além disso, identifica-se outras características descritas por diferentes autores, entre eles, Teixeira (2014) que aponta características como a impulsividade, ansiedade, teimosia constante, impaciência, não sabe lidar com frustrações, hostilidade, ausência de culpa e de responsabilidade. Enfatiza-se que o comportamento centralizador, capacidade empática empobrecida, forte descontrole emocional, raiva, choro seguido de gritos e guardar mágoa por alguns instantes até por coisas mínimas também são referenciadas.

As consequências presentes com a frequência dessas condutas prejudicam as relações interpessoais da criança na escola, o seu desempenho escolar e o convívio com a família que são impactados negativamente. Essas consequências do TOD para a criança ou adolescente provocam prejuízos significativos uma vez que referido quadro conduz a severas dificuldades para analisar regras e opiniões alheias e intolerância às frustrações, gerando reações agressivas, intempestivas, sem qualquer diplomacia ou controle emocional. Na escola enfrentam sérias dificuldades e vivenciam conflitos com professores, colegas além do existente na família. Nesse sentido, essas crianças costumam ser discriminadas, perdem oportunidades e desfazem círculos de amizades e com frequência resultam em prejuízos significativos tanto no ajustamento emocional, social e escolar (APA, 2014; TEIXEIRA, 2014; FRIEDBERG, MCCLURE, 2004, 2011).

Considera-se que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem se mostrado eficiente nas intervenções em pacientes com o TOD. A intervenção da TCC, no tratamento envolve técnicas e estratégias direcionadas a criança tanto no ambiente clínico terapêutico, como em seu ambiente domiciliar, envolvendo os pais e outros sujeitos de seu convívio. Alguns procedimentos da TCC são descritos por Freidberg e Mcclure (2004, 2011), Teixeira (2014), Caballo e Simón (2015) tais como, terapia familiar, psicoeducação familiar, treinamento de pais, psicoeducação escolar e intervenções escolares.

370

Diante do que foi dito, conclui-se que para a intervenção da TCC é importante uma avaliação cuidadosa do caso com a realização de entrevistas, anamnese, formulação do caso, postura empática e assertiva, escuta atenta e respeitosa por parte do terapeuta. De igual forma, o estabelecimento de vínculo e sistema participativo e colaborativo entre paciente e terapeuta são fundamentais. Por fim, conclui-se que este estudo trás contribuições importantes para a ciência e pesquisa, para a área da psicologia, saúde mental, social e educacional. Percebe-se a necessidade de maior conhecimento sobre o TOD e sugere-se ampliação da pesquisa destacando a vivência da criança portadora de TOD na área escolar e a possibilidade de novos olhares na temática.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, V. L. M. L.; SANTOS, W. D. V. dos. **Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência.** (2017). Disponível em: <<https://www.psicologia.pt>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ALMEIDA, M. **Socialização Parental das Emoções e a Competência Social da Criança**. 2006. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br> . Acesso em: 27 nov. 2021.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BARLETA, J. B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. (2011). **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2011, 7 (2), pp.25-31. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 91-103, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 01 out. 2022.

BORTOLINI, M.; WAINER, R. O modelo teórico de orientação a pais na terapia do esquema. In: REIS, A. H. **Terapia do esquema com crianças e adolescentes: do modelo teórico a prática clínica**. Campo Grande: Episteme, 2019, p. 181-208.

BRASIL, C. N. S. **Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. C.N.S. **Resolução n. 510/2016**. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016.

BRITES, Clay. **Aluno com Tod: o que fazer**. Londrina, Paraná: 2019. Disponível em: <<https://neurosaber.com.br/tenho-um-aluno-com-tod-o-que-fazer>>. Acesso em: 12 maio 2022.

CABALLO, Vicente E.; SIMÓN, Miguel Ángel. **Manual de Psicologia clínica infantil e do adolescente: transtorno específicos**. São Paulo: Santos, 2015.

CÁCERES, N, G; SANTOS, N, Gomes dos. **Conhecendo o transtorno opositivo desafiador – TOD – e estabelecendo relações de aprendizagem escolar**. *Revista Philologus*, Ano 24, N° 72. Rio de Janeiro: CiFEFiL, set./dez.2018.

CHALFON, Mariana S. Taliba. **A utilização da terapia de sandplay em crianças que apresentam sintomas de Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e Transtorno de Conduta (TC): um estudo quantitativo e compreensivo**. Tese Doutorado em Psicologia Clínica-Programa Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (2019). Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br>>. Acesso em 21 nov. 2022.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE. **Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: Questões conceituais e metodologia da intervenção.** In A. DEL PRETTE & Z. A. P. DEL PRETTE (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 83-128). Campinas: Alínea, 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática.** 2013. Editora Vozes. Rio de Janeiro.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KAZDIN, A. E., SIEGEL, T. C. & BASS, D. (1992). **Treinamento de habilidades cognitivas para resolução de problemas e treinamento em gestão de pais no tratamento de comportamento anti-social em crianças.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.

KNAAP, P; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2008, v. 30, p. s54-s64. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>>. Acesso em: 01 out. 2022.

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

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MONDONI, S. M. PITLUIK, R. **Transtorno desafiador de oposição (TDO).** 2010. Disponível em: <http://www.mentalhelp.com> . Acesso em: 10 out. 2021.

MONTEIRO, B.C. **TDH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental.** *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, p. 101-108. Maio. 2014.

NEUFELD, C. B. **Conceitualização cognitiva de caso.** (2009) VII Congresso de Terapias Cognitivas, Maceió, (2009), p. 07.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).** 10 ed. 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/> Acesso em: 12 nov. 2021.

PARDINI, D. A., & FITE, P. J. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. (2010) **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 49(11), 1134-1144. (2010).

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

PAULO, Marta Mantovanelli de; RONDINA, Regina de Cássia. **Os Principais Fatores que Contribuem Para o Aparecimento e Evolução do Transtorno Desafiador Opositor (TDO)**. (2010). *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*. Ano VIII – Número 14. Disponível em: <http://www.faeF.revista.inf.br> Acesso em: 20 nov. 2021.

PERGHER, G. K., SCHNEIDER, D. D. G., & MELO, W. V. Terapia cognitivo comportamental para transtorno do comportamento disruptivo. In R. M. Caminha, & C. G. Caminha (Orgs.), **A prática cognitiva na infância** (pp. 223-252). São Paulo: Roca, 2007.

RELVAS, M. P. **Neurociência e transtornos de aprendizagem: as múltiplas eficiências para uma educação inclusiva**. 4 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2010.

RODRIGUES, Miriam. **Resolução de problemas: Educação Emocional**. 2013.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, T.C.G. **Transtorno opositor desafiador: como enfrentar o TOD na escola**. 2017. Monografia-Educação Especial Inclusiva. Disponível em: <https://www.avm.edu.br> Acesso em: 10 nov. 2021.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência, e da pesquisa** / Elizabeth Teixeira. 11.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014 (p. 25).

TEIXEIRA, G. Terapêutica medicamentosa no transtorno desafiador opositivo. **Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal – vol. 100 nº 02; abr/maio/jun 2006**. Disponível em: <http://www.comportamentoinfantil.com/tdoi.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

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

WAINER, R.; RIJO, D. (2016). **O modelo teórico: esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos**. In: Paim, K., Erdos, R. & Andriola, R. *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas*. São Paulo: Atlas.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2019.