

Transtorno Desafiador Opositor na Infância

Leila de Oliveira Côrtes¹

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre o Transtorno Desafiador Opositor (TDO), destacando os fatores determinantes que contribuem para o aparecimento do problema. Atualmente ainda a poucos estudos disponíveis sobre o assunto. Este está inserido transtorno disruptivo, que são psiquiátricos, mais frequentes na infância e provando grande impacto na adolescência e na vida adulta. Este estudo tem como objetivo trazer esclarecimentos sobre o transtorno, suas comorbidades, apresentar critérios diagnósticos e cuidados que se deve ter com as crianças e adolescentes que tenham o problema.

Palavras-chave: Transtorno desafiador opositor. Infância. Fatores.

INTRODUÇÃO

Segundo Bordin e Offord (2000), comportamentos como mentir e matar aulas fazem parte do desenvolvimento da criança e do adolescente, especialmente quando ocorrem de forma isolada ou esporádica. Porém, se esse tipo de comportamento se torna uma constante, um padrão, pode ser caracterizado como um transtorno.

Transtorno Desafiador Opositor (TDO) é um tipo de transtorno de conduta que ocorre habitualmente em crianças jovens, caracterizando essencialmente e por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador, e não acompanhado de comportamentos delituoso ou de condutas agressivas ou dissociais graves. (CID-10, 2012, p. 372).

Chicarelli (2014), relata que se manifesta na infância antes dos 8 anos de idade, e pode agravar-se na adolescência, geralmente inicia-se no ambiente doméstico e estende-se para outros ambientes e situações. A prevalência é de 2 a 16% da população em idade escolar, sendo mais comum em meninos do que em meninas.

Ainda com Chicarelli (2014), a criança entre os 2 e 3 anos de idade é comum apresentar comportamento desafiador e opositor, principalmente quando está com fome, cansada, estressada ou chateada.

¹ Mestre em Ciências da Educação- FICS, Paraguay

Email: leiloc@terra.com.br

Côrtes, L.O.; Transtorno Desafiador Opositor na Infância. Revista Portuguesa Interdisciplinar V.2, Nº1, p.25-34, Jan/Jul. 2020. Artigo recebido em 15/06/2021. Última versão recebida em 18/07/2021. Aprovado em 01/08/2021.

Reafirmando com Chicarelli (2014), ainda não existe uma causa específica para este transtorno, mas admite-se que fatores genéticos associados a desencadeadores domésticos podem estar associados, é mais comum em filhos de pais que apresentem transtornos de conduta, personalidade, antissocial ou uso abusivo de drogas, e nos casos de separação dos pais e alienação parental, quando a criança vivencia situações e experiências negativas.

A influência genética sobre muito do nosso desenvolvimento, comportamento, nossa personalidade e até mesmo sobre o nível de QI é poligênica, ou seja, influenciada por muitos genes. Esse parece ser também o caso do comportamento anormal, embora pesquisas tenham identificado pequenos grupos de genes específicos relacionados a alguns transtornos psicológicos principais. (BARLOW; DURAND, 2015, p. 69).

Os sintomas podem diminuir e desaparecer com o passar do tempo, mas não é o que não acontece com as crianças que apresentam o transtorno. Por isso, o diagnóstico de TDO deve ser bastante criterioso, uma vez há um padrão recorrente de comportamento opositor, desafiador, negativista, desobediente e extremamente hostil, que é caracterizado por teimosia exagerada, resistência a cumprir com as regras e combinados, além de incomodar e perturbar as pessoas deliberadamente. Para uma hipótese deste, os sintomas citados acima devem persistir por pelo menos 6 meses, e causar prejuízo social e acadêmico significativo, além de destoar do comportamento observado em outras crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico – 5ª edição – (DSM-5, 2013), os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta incluem condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos. Enquanto outros transtornos do DSM-5 também podem envolver problemas na regulação emocional e/ou comportamental, os transtornos incluídos neste capítulo são exclusivos no sentido de que esses problemas se manifestam em comportamentos que violam os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. As causas subjacentes dos problemas de autocontrole das emoções e do comportamento podem variar amplamente entre os transtornos apresentados neste capítulo e entre indivíduos pertencentes a determinada categoria diagnóstica.

Muitos dos sintomas comportamentais (p. ex., agressão) podem ser resultado de emoções mal controladas, como a raiva. No outro extremo, os critérios para transtorno explosivo intermitente focam principalmente a emoção mal controlada, explosões de raiva que são desproporcionais à provocação interpessoal ou a outro tipo de provocação ou a outros estressores psicossociais. Intermediário no impacto entre esses dois transtornos está o

transtorno de oposição desafiante, no qual os critérios são distribuídos de maneira mais uniforme entre as emoções (raiva e irritação) e os comportamentos (questionamento e desafio).

De acordo com o DSM V (2013), o transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta tende a ser mais comum no sexo masculino do que no feminino, tende a se iniciar na infância ou na adolescência. Na realidade, em situações muito raras, o transtorno da conduta e o de oposição desafiante surgem pela primeira vez na idade adulta. Há uma relação do ponto de vista do desenvolvimento entre o transtorno de oposição desafiante e o da conduta no sentido de que a maior parte dos casos de transtorno da conduta teria preenchido previamente critérios para transtorno de oposição desafiante, ao menos nos casos em que o transtorno da conduta surge antes da adolescência. No entanto, a maioria das crianças com transtorno de oposição desafiante não irá desenvolver transtorno da conduta. Além disso, crianças com transtorno de oposição desafiante estão em risco de desenvolver outros problemas além do transtorno de conduta, incluindo transtornos de ansiedade e depressão.

(...) essas crianças e adolescentes tem baixa autoestima e baixa tolerância às frustrações, humor deprimido, ataques de raiva e poucos amigos, pois costumam ser rejeitados pelos colegas por causa de seu comportamento impulsivo, opositor e de desafio às regras sociais do grupo. (TEIXEIRA, 2015, p. 20).

2. TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE

Segundo Caballo e Simón (2015), existem outras nomenclaturas para o transtorno, tais como “Transtorno Desafiador Opositivo”, “Transtorno de Oposição” e “Desafio e Transtorno Opositor Desafiante”. Os comportamentos opositivos podem assumir diversas formas, podendo ser passivos, quando uma criança não responder a um dado estímulo, permanecendo inativa e acomodada, ou desafiadores, incluindo verbalizações negativas, comportamentos hostis e resistência física que incidiriam junto com a desobediência.

De acordo com o DSM V (2013), existem alguns critérios diagnósticos do transtorno, a pessoa apresenta 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. O primeiro deles é o humor raivoso/irritável, que apresenta algumas características como: repetidamente perde a calma, regularmente é sensível ou facilmente incomodado e frequentemente é raivoso e ressentido; seguido pelo comportamento questionador/desafiante, apresentando alguns aspectos: frequentemente questiona figuras de autoridade, reiteradamente desafia acintosamente ou se

recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade, seguidamente incomoda deliberadamente outras pessoas, amiúde culpa outros por seus erros ou mau comportamento, tem índole vingativa e foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Segundo o DSM V (2013), 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. 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. 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.

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. 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.

O transtorno opositor desafiador pode se apresentar de três maneiras: leve: os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas), seguido pelo moderado: alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes, seguido pelo grave: sendo que alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

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.

“O diagnóstico e o tratamento precoces podem exercer um importante papel preventivo com o cuidado e a melhora dos sintomas opositivos e desafiadores”. (TEIXEIRA, 2013, p. 45).

A característica diagnóstica essencial do transtorno de oposição desafiante é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento

questionador/desafiante ou de índole vingativa. Não é raro indivíduos com transtorno de oposição desafiante apresentarem características comportamentais do transtorno na ausência de problemas de humor negativo. Entretanto, as pessoas com o transtorno que apresentam sintomas de humor raivoso/irritável costumam também demonstrar características comportamentais.

Segundo o DSM V (2013), os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem se limitar a apenas um ambiente, mais frequentemente em casa. Os indivíduos que apresentam sintomas suficientes para atingir o limiar diagnóstico, mesmo que isso ocorra somente em casa, podem ter prejuízos significativos em seu funcionamento social. Todavia, nos casos mais graves, os sintomas do transtorno estão presentes em múltiplos ambientes. Levando-se em conta que a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é extremamente importante avaliar o comportamento do indivíduo em vários ambientes e relacionamentos. Como são comuns entre irmãos, esses comportamentos devem ser observados nas interações com outras pessoas. Além disso, considerando que, em geral, os sintomas do transtorno são mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, eles podem não ficar tão evidentes no exame clínico.

“Os sintomas aparecem em vários ambientes, mas é na sala de aula e em casa que estes podem ser mais bem observados”. (TEIXEIRA, 2015, p. 18).

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem ocorrer em alguma medida entre indivíduos sem esse transtorno. Há várias considerações importantes para determinar se os comportamentos são sintomáticos do transtorno de oposição desafiante. Em primeiro lugar, o limiar diagnóstico de quatro sintomas ou mais durante os seis meses precedentes deve ser atingido. Em segundo lugar, a persistência e a frequência dos sintomas deverão exceder os níveis considerados normais para a idade, o gênero e a cultura do indivíduo. Por exemplo, não é incomum que crianças pré-escolares apresentem ataques de raiva semanalmente. Explosões de raiva para uma criança pré-escolar seriam consideradas sintomas do transtorno de oposição desafiante somente se tivessem ocorrido na maioria dos dias nos seis meses precedentes, se tivessem ocorrido com pelo menos três outros sintomas do transtorno e se as explosões de raiva tivessem contribuído para o prejuízo significativo associado ao transtorno (p. ex., levassem à destruição de propriedade durante as explosões, resultassem na expulsão da criança da pré-escola).

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

As manifestações do transtorno parecem ser consistentes ao longo do desenvolvimento. Crianças e adolescentes com transtorno de oposição desafiante estão sob risco aumentado para uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão.

A maioria dos estudos não separou crianças com o transtorno de oposição desafiante daquelas com transtorno da conduta. Desse modo, não está claro se existem marcadores específicos para o transtorno de oposição desafiante.

O conhecimento dos sintomas, características e evolução natural do transtorno desafiador opositivo evidencia a possível progressão dos sintomas para transtorno de conduta quando nenhuma intervenção é realizada. (...) quanto mais tardio é feito o diagnóstico e o início do tratamento, piores serão os sintomas e mais difícil será reverter o quadro comportamental. (TEIXEIRA, 2015, p. 43).

De acordo com o DSM V (2013), deve ser realizado o diagnóstico diferencial para alguns transtornos como: transtorno da conduta: tanto o transtorno da conduta quanto o transtorno de oposição desafiante estão relacionados a problemas de conduta que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (p. ex., professores, supervisores de trabalho). Geralmente, os comportamentos do transtorno de oposição desafiante são de natureza menos grave do que aqueles relacionados ao transtorno da conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou de falsidade. Além disso, o transtorno de oposição desafiante inclui problemas de desregulação emocional (i.e., humor raivoso e irritável) que não estão inclusos na definição de transtorno da conduta.

Segundo DSM V (2013), deve ser realizado o diagnóstico diferencial para alguns transtornos como:

1) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: com frequência, o TDAH é comórbido com o transtorno de oposição desafiante. Para fazer um diagnóstico adicional de transtorno de oposição desafiante é importante determinar que a falha do indivíduo em obedecer às solicitações de outros não ocorre somente em situações que demandam esforço e atenção sustentados ou que exigem que o indivíduo permaneça quieto.

2) Transtorno depressivo e bipolar: com frequência, os transtornos depressivo e bipolar envolvem irritabilidade e afeto negativo. Como resultado, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante não deverá ser feito se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de um transtorno do humor.

3) Transtorno disruptivo da desregulação do humor: O transtorno de oposição desafiante compartilha com o transtorno disruptivo da desregulação do humor os sintomas de humor negativo crônico e explosões de raiva. Entretanto, a gravidade, a frequência e a cronicidade das explosões de raiva são mais graves em indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor do que naqueles com transtorno de oposição desafiante. Conseqüentemente, apenas uma minoria de crianças e de adolescentes cujos sintomas preenchem os critérios de transtorno de oposição desafiante seria também diagnosticada com o transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Nos casos em que a perturbação do humor for suficientemente grave para preencher os critérios de transtorno disruptivo da desregulação do humor, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante não é feito, mesmo que todos os critérios para essa condição tenham sido preenchidos.

4) Transtorno explosivo intermitente: O transtorno explosivo intermitente também envolve altas taxas de raiva. No entanto, indivíduos com esse transtorno apresentam agressão grave dirigida a outros, o que não faz parte da definição de transtorno de oposição desafiante.

5) Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual): Em indivíduos com deficiência intelectual, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante é feito somente se o comportamento opositor for acentuadamente maior do que aquele que em geral se observa entre indivíduos com idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual.

6) Transtorno da linguagem: O transtorno de oposição desafiante deve também ser diferenciado da incapacidade para seguir orientações resultante de uma alteração na compreensão da linguagem (p. ex., perda auditiva).

7) Transtorno de ansiedade social (fobia social): O transtorno de oposição desafiante também deve ser diferenciado da recusa decorrente do medo de uma avaliação negativa associada com o transtorno de ansiedade social.

Nas comorbidades as taxas do transtorno de oposição desafiante são muito mais altas em amostras de crianças, adolescentes e adultos com TDAH, sendo que isso pode ser o resultado de fatores de risco temperamentais compartilhados. Além disso, o transtorno de oposição desafiante com frequência precede o transtorno da conduta, embora isso pareça ser mais comum em crianças com o subtipo com início na infância. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante também têm risco aumentado de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, e isso parece ser, em grande medida, atribuível à presença de sintomas de humor raivoso/irritável.

Adolescentes e adultos com o transtorno de oposição desafiante também apresentam taxas mais altas de transtornos por uso de substâncias, embora não esteja claro se essa associação é independente da comorbidade com transtorno da conduta.

Para amenizar alguns momentos mais complexos entre pais e filhos, Fontenelle (2000), escreve algumas regras importantes para lidar com crianças com TDO: 1) fale de perto com a crianças; 2) regras devem ser simples e as ordens claras; 3) peça à criança para repetir as ordens; 4) nunca ordene em forma de pergunta; 5) não dê espaço para uma negativa; 6) não converse na hora da raiva; 7) elogio e recompensa são sempre mais adequados que a punição para modificar comportamentos, mas isto deve ser planejado com orientação de um profissional capacitado; 9) as recompensas não precisam ser materiais, exigindo gastos; 10) não tenha medo de dizer não; 11) tolere a frustração de seu filho; 12) reforce pequenos avanços de comportamentos adequados; 13) conceda a seu filho o direito de cometer erros e 14) conceda a si mesmo o direito de errar e nunca desista.

Skinner (1950, apud Teixeira, 2015), foi um psicólogo influente defensor de reformas sociais, “realizou estudos importantes na área da análise do comportamento e descreveu o aprendizado como causa desse comportamento, considerando a possibilidade de modificá-lo à medida que aprendemos. Ele afirma que essa aprendizagem do ser humano poderia ser realizada a partir de estratégias de recompensas e punição para a modificação do comportamento, denominado de condicionamento operante. De acordo com o psicólogo acima, ele acreditava que o comportamento humano poderia ser moldado basicamente por essas estratégias, também chamadas de reforçadores positivos, as pessoas seriam capazes de aprender melhor através de recompensas ou premiações por seu comportamento. Defendia também que o ser humano, ao ser punido, seria capaz de aprender a evitar determinado comportamento, embora acreditasse que reforçadores positivos eram bem mais eficientes. “

CONCLUSÃO

Foi possível observar que o transtorno se manifesta na infância antes dos 8 anos de idade, e pode agravar-se na adolescência, geralmente inicia-se no ambiente doméstico e estende-se para outros ambientes e situações. Apresenta a prevalência de 2 a 16% da população em idade escolar, sendo mais comum em meninos do que em meninas.

Não existe uma causa específica para este transtorno, mas acredita-se que fatores genéticos associados a desencadeadores domésticos podem estar associados.

Relata também sobre a importância do diagnóstico ser realizado previamente, assim a prevenção e a intervenção precoce são a chave para o sucesso terapêutico das alterações comportamentais.

REFERENCIAS:

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. Ano da obra: 2013.

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

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

Chicarelli, Celeste. *Transtorno Desafiador Opositor*. Disponível em: <http://www.guiameubebe.com.br/artigos/157-tod-transtorno-desafiador-opositivo>. Ano da obra: 2014.

CID-10 – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (1993). Editora Artes Médicas.

Estudo dos Transtornos de Comportamento Disruptivo na infância e adolescência pela perspectiva da neurobiologia e ações medicamentosas. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Marina_Aparecida_Luiz_de_Feitas.pdf. Ano da obra: 2013.

Fontenelle, Rafael. *Transtorno Desafiador Opositor (TDO)*. <http://rafaelfontenelle.blogspot.com/2012/07/transtorno-desafiador-opositor-tdo.html>. Ano da obra: 2000.

Teixeira, Gustavo. *Manual dos Transtornos Escolares*. 1ª ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2013.

Transtorno Desafiador Opositor na Infância

Teixeira, Gustavo. *O Reizinho da Casa: Manual para pais de crianças opositivas, desafiadores e desobedientes*. 4ª ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2015