



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento
Especialização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil

**Transtorno de Oposição Desafiante: Uma análise a partir da Terapia
Analítico Comportamental Infantil**

Ludymila de Moura Borges Santana

Brasília
Abril 2016



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento
Especialização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil

Transtorno de Oposição Desafiante: Uma análise a partir da Terapia Analítico Comportamental Infantil

Ludymila de Moura Borges Santana

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Terapia Analítico-Comportamental Infantil.
Orientador (a): Dra. Ana Rita Coutinho Xavier Naves

Brasília
Abril 2016

Resumo

O presente trabalho teve objetivo de discutir o transtorno opositor desafiante – TOD a partir da análise do comportamento, descrevendo algumas comorbidades como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e o transtorno de conduta. Com base na terapia analítico comportamental infantil, o diagnóstico é discutido. O tratamento precoce pode evitar possíveis transtornos psiquiátricos na vida adulta, como depressão, transtorno de personalidade antissocial e ansiedade. No acompanhamento de uma criança ou adolescente com o diagnóstico de TOD, o terapeuta deve trabalhar com orientação aos pais para tornar o processo eficaz e rápido, em que os pais participem e aderem ao tratamento. A importância de ter uma equipe multiprofissional, ou seja, psiquiatra, com os devidos medicamentos, entre outros profissionais, como educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo é destacada. A conclusão sugere que ainda deve haver mais cautela para este diagnóstico, sendo avaliado pela equipe e juntos proporem diagnóstico.

Sumário

Resumo.....	iii
Sumário.....	iv
Transtornos Disruptivos.....	01
Terapia Analítico Comportamental Infantil.....	07
Tratamento para o Transtorno de Oposição Desafiante.....	11
Conclusão.....	18
Referências Bibliográficas.....	20

As crianças frequentemente apresentam comportamentos considerados perturbadores por seus pais, professores ou comunidade em geral. Alguns destes comportamentos requerem intervenções mais especializadas, com psicólogos, neurologistas e/ou psiquiatras, por atenderem critérios diagnósticos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM. Um destes diagnósticos descrito no DSM-V (2014) é o Transtorno Disruptivo, que contempla os Transtornos de controle de impulsos, Transtorno da conduta e o Transtorno de Oposição Desafiante TOD, este último será a análise deste trabalho.

O DSM-IV discute estes transtornos como sendo, geralmente, diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. O TOD possui dois tipos: um que se inicia na infância (crianças menores de 10 anos, geralmente meninos) e outro que se inicia na adolescência (sintomas aparecem depois dos 10 anos de idade, geralmente meninas). No primeiro tipo, as crianças ficam agressivas e possuem problemas em suas relações sociais, comportamentos que, se não forem tratados, podem se desenvolver em um transtorno de personalidade antissocial na vida adulta. É importante destacar que os comportamentos perturbadores devem estar presentes durante os últimos doze meses, e pelo menos um critério esteja presente durante os últimos seis meses de forma persistente (Farias et al., 2011)

De acordo com Sadock (2007), no compêndio de psiquiatria, o transtorno de conduta e o de Oposição Desafiante são classificados dentro do Transtorno de Comportamento Disruptivo. “O Transtorno de Oposição Desafiante é caracterizado por padrões persistentes de comportamento negativista, desobediente e hostil para com figuras de autoridade e por incapacidade de assumir responsabilidade por erros, colocando a culpa nos outros” (Sadock, 2007, p. 1314).

Ballone e Moura (2008) citado em Farias et al (2011) apontam ainda que a simples mentira, falta às aulas e/ou desobedecer aos pais podem ser início dos sintomas de um transtorno, ou ainda os mais graves como furtos e vandalismo, uso de armas, entre outros, que serão discutidos mais adiante, que são comportamentos característicos do transtorno de conduta – TC.

Como fazem parte do mesmo transtorno, é importante diferenciar os critérios diagnósticos do Transtorno de Conduta e do Transtorno de Oposição Desafiante. De acordo com Riggs (1997) o TC ocorre especificamente em crianças (antes do 12 anos) e adolescentes (podendo desenvolver o transtorno de personalidade antissocial), sendo mais comum em meninos, os quais possuem um comportamento indesejado perante a sociedade. Tais comportamentos ocorrem em vários contextos em que a criança e o adolescente estão inseridos, podendo causar prejuízos para um bom desempenho acadêmico, social e familiar.

Os comportamentos perturbadores são de conduta agressiva e não agressiva, como por exemplo: defraudação ou furto, ou ainda violações sérias de regra. Os de conduta agressiva são aqueles que podem causar ameaça ou prejuízo a pessoas, os de conduta não agressiva podem causar dano a algum patrimônio, defraudação e incluem tanto os comportamentos de enganar os outros, quanto os de fugir de casa, não voltar no horário devido, mesmo que os pais proibam. Antigamente este transtorno era nomeado de delinquência. Se o mesmo não for tratado conforme orientação da equipe, a maioria dos portadores deste transtorno pode vir a praticar delitos (Farias et al., 2011; Riggs 1997).

Moffitt citado em Silva (2011) afirma que,

A maioria das crianças com transtorno de conduta teve sintomas que as diagnosticariam com Transtorno de Oposição Desafiante, e grande parte, ainda

que não a totalidade, dos adultos com transtorno da personalidade antissocial passou pelo transtorno da conduta durante a infância... A maioria das crianças com Transtorno de Oposição Desafiante não evolui para o transtorno da conduta, e a maioria das crianças com transtorno da conduta não desenvolve o transtorno da personalidade antissocial (pp.171).

O indivíduo com transtorno de conduta possui interferências no processo de atenção e concentração, o que pode acarretar no desenvolvimento de um Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. A interferência da aprendizagem ocorre, muitas vezes, porque além da dificuldade própria de aprender, a criança geralmente não é bem aceita na escola, devido ao seu comportamento.

O TDAH ocorre em média de 30% a 43% dos casos de transtorno de conduta, entretanto o TDAH não causa o transtorno de conduta. Já os transtornos depressivos e de ansiedade ocorrem em média 10% a 33% junto com o transtorno de conduta (Bordin & Offord, 2000; Riggs, 1997). Grevet et al. (2007), ao analisar diversos estudos voltados para a compreensão deste transtorno, concluíram que o diagnóstico de TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), TOD (Transtorno de Oposição Desafiante), TC (transtorno de conduta), TPAS (transtorno de personalidade antissocial – podendo ser advindo do TC ou TOD sem tratamento) existem individualmente, e são inter-relacionados.

Os comportamentos indesejados perante a sociedade são diversos, o que muitas vezes faz com que algumas pessoas do contexto da criança identifiquem a necessidade de uma avaliação psicológica, ou de um acompanhamento psicoterápico. A abordagem da análise do comportamento tem se estruturado neste sentido de dar suporte aos cuidadores, realizar a análise do contexto do paciente, e ainda fazer os atendimentos individuais com o mesmo. A terapia analítico-comportamental infantil pode também ser

uma modalidade de atendimento que busca auxiliar as crianças diagnosticadas com o Transtorno de Oposição Desafiante a se inserirem em contingências reforçadoras, diminuindo, assim, seus comportamentos perturbadores.

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), que tem como um dos seus critérios diagnósticos o indivíduo apresentar comportamentos desviantes e repetitivos, é o diagnóstico diferencial do transtorno de conduta. Entretanto, caso um indivíduo seja diagnosticado com os dois transtornos, o de conduta prevalece. “A agressão, impulsividade e problemas comportamentais podem ser manifestações de diversos problemas neurológicos, incluindo a epilepsia.” (Riggs, 1997, p. 380). No entanto estes problemas neurológicos podem ser diagnosticados pelo transtorno de conduta (Riggs, 1997).

Marcelli (2009) classifica o TOD como: “conjunto de comportamentos negativistas e provocadores, desobedientes e hostis em relação às pessoas em posição de autoridade” (p. 325). O CID 10 (2008), descreve oito comportamentos característicos do TOD (F91.3) que são: (1) fica enfurecido com frequência; (2) contesta os adultos com frequência; (3) não aceita as regras; (4) aborrece-se facilmente com as pessoas; (5) culpa os outros pelos seus próprios erros; (6) fica ofendido com frequência; (7) fica contrariado por qualquer motivo; e por fim (8) mostra-se vingativo, ou ainda tem o sentimento de crueldade.

Os indivíduos diagnosticados pelo TOD possuem padrões de comportamentos frequentes e por um tempo determinado. Os critérios diagnósticos do DSM-V (2014) em 313.81, citado no parágrafo anterior e também no CID 10, em F91.3, englobam 3 conjuntos de critérios que são: “A) padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/ desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses” (p. 462). Deve ser evidenciado por pelo menos quatro sintomas das

categorias citadas abaixo e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

- Humor raivoso/ irritável: frequentemente perde a calma, sensível e se incomoda facilmente, e sente raiva e fica ressentido.
- Comportamento questionador/ desafiante: frequentemente questiona autoridades (adultos); desafia autoridade propositalmente e com maldade, ou ainda se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade; incomoda as pessoas propositalmente e por fim culpa os outros pelos seus erros.
- Índole Vingativa: ser malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses, neste caso deve ser avaliado a idade da criança para identificar se há tal critério.

B) o comportamento perturbador está associado ao sofrimento para o portador do transtorno e para seu contexto social imediato (família, escola), ou ainda causa impactos negativos no seu funcionamento social, educacional, familiar, etc.

C) Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o transtorno psicótico.

O grau da situação é considerado leve se os comportamentos estiverem ocorrendo em apenas um ambiente, moderado quando ocorrer em dois ambientes e grave quando estiver ocorrendo em três ou mais ambientes (Sadock, 2007).

O indivíduo com TOD tem um diagnóstico mais crônico, em que os relacionamentos interpessoais não acontecem e o desempenho escolar é totalmente prejudicado, não por, necessariamente, possuir um déficit, mas por não conseguir participar e acompanhar as aulas, pois estas crianças se apresentam inquietas (Sadock, 2007). O DSM-V (2014) mostra que essas crianças e adolescentes podem apresentar

outros tipos de transtornos na idade adulta como, por exemplo, ansiedade, fobias e/ou depressão, além do transtorno de personalidade antissocial, como já citado anteriormente.

Estudos recentes mostram que o diagnóstico precoce na infância do TDO é o início de um tratamento preventivo para que as crianças não se tornem adultos com possíveis transtornos antissociais (Silva, 2011). Outro dado relevante é que famílias que possuem problemas de relacionamento, lares desfeitos ou hostis, muitos conflitos e brigas, e pessoas vítimas de qualquer tipo de violência, negligentes, além da dependência do álcool ou drogas, e de fatores socioeconômicos, são mais suscetíveis ao desenvolvimento dos transtornos disruptivos. Caso as famílias possuam muitas dificuldades nestes fatores, elas têm maior probabilidade de ter filhos que venham a desenvolver tais transtornos (DSM-V, 2014; Farias et al., 2011). O DSM-V cita estudos que indicam que a parte genética também tem influência nestes transtornos, mas os estudos realizados não separaram o TC do TOD, então não ficou entendido se existem marcadores específicos para o TOD.

Terapia Analítico Comportamental Infantil – TACI

De acordo com Conte e Regra (2000), a terapia infantil, durante a década de 1960, se pautava na modificação do comportamento e era focada no relato dos pais e pouca observação dos comportamentos da criança era feita. Como o comportamento dos pais tem grande influência no comportamento da criança ao serem ambiente para a emissão destes, então os mesmo recebiam orientações do psicoterapeuta e eram responsáveis pelas mudanças de comportamento deles próprios e, como consequência, dos comportamentos da criança. Com o desenvolvimento de tais atendimentos, observou-se que a interação entre terapeuta e criança intra-consultório com atividades lúdicas, era um contexto importante para realizar intervenções, havendo, ainda a necessidade de considerar não somente os comportamentos públicos da criança, mas também os eventos privados que eram resultados de contingências ambientais dos contextos externos da vida da criança, ou seja, seus sentimentos.

Nos eventos privados, a análise dos sentimentos e das emoções são elementos importantes para o terapeuta, pois assim pode-se formar uma análise funcional desses elementos. Porém, deve-se ter muito cuidado por se tratar de sentimentos encobertos, ou seja, são desenvolvidos na história de vida do indivíduo e, portanto, pode não ser semelhante ao que outros indivíduos sentem. Skinner (1967) utiliza ainda a expressão “sob a pele” o que quer dizer que é algo inacessível à observação pública, mas com o relato desse sentimento podemos compreender melhor as contingências às quais o indivíduo está exposto (Tourinho, 1999).

De acordo com Conte e Regra (2000), na entrevista inicial com os cuidadores da criança, deve ser tratada a queixa inicial, ou seja, o comportamento indesejado da criança, o contrato (horários, comprometimento dos pais e da criança, sigilo do

profissional, valores), a explicação do trabalho na terapia deste determinado profissional, além das informações necessárias do histórico da criança com perguntas que exigem respostas abertas e bem completas, além da observação direta dos cuidadores durante a entrevista inicial, ou seja, que tipo de relação afetiva eles têm com a criança. Os pais/cuidadores estão em contato direto com a criança, exercendo mais controle no que diz respeito a reforço e punição do que outros indivíduos que interagem com a criança. Esta relação deve ser analisada em cada caso.

No atendimento com a criança/adolescente, a preocupação inicial é o estabelecimento do vínculo e acolhimento dos pais e da criança/adolescente, devido a sua importância durante o processo terapêutico. O relato que o cliente traz de determinado evento comportamental ou ambiental depende do vínculo formado com o terapeuta e muito mais além é a forma que o profissional conduz o processo terapêutico, que sempre deve envolver interações lúdicas na sua relação com a criança (Conte & Regra, 2000).

Ao analisar os antecedentes e consequentes de determinados comportamentos perturbadores relatados pelos pais (queixa inicial), pode-se formar a tríplice relação de contingências que auxilia o profissional a analisar as relações estabelecidas entre o comportamento perturbador e os eventos ambientais, para orientar os pais e atuar nas intervenções. Também dentro do consultório com a criança, promover o autoconhecimento, pois por meio dele a criança pode identificar as relações entre seus comportamentos e identificar o que é perturbador, tentando modificá-lo, o que tornará a psicoterapia mais eficaz (Conte & Regra, 2000).

É importante destacar que a análise funcional permite identificar quais variáveis ambientais contribuem para a emissão de um determinado comportamento, é uma análise específica do comportamento do indivíduo, possibilitando identificar

comportamentos alternativos. A análise funcional é um processo ideográfico, sendo única para cada cliente, ao se obter a decomposição de um determinado comportamento em antecedente, resposta e consequência (Meyer et al., 2010)

A análise funcional é um instrumento importante para o analista do comportamento, pois pode ser base para algumas intervenções, ela permite avaliar as relações que o cliente tem com seu ambiente, e também quais consequências determinada ação pode causar. Além disso, é um método que facilita a avaliação das relações entre variáveis dependentes e independentes, para não ter inferências pessoais do profissional (Neno, 2003).

Segundo Pinheiro (2008), os passos para uma análise funcional adequada são:

1. Identificar os comportamentos alvo, ou seja, os perturbadores.
2. Verificar a frequência destes comportamentos e os locais em que ocorrem.
3. Identificar antecedentes e consequentes deste comportamento, observando possíveis reforçadores, podendo neste caso ser chamar a atenção, conseguir o que a criança almeja. E por fim,
4. Realizar a experimentação clínica, neste caso é a comprovação dos seus dados.

O analista deve estar atento quando fizer a análise funcional, pois a mesma deve ter alcance significativo, ou seja, avaliar o que realmente é relevante naquele determinado caso, ou ainda naquela determinada situação.

Os instrumentos lúdicos utilizados na terapia proporcionam à criança vivenciar o seu mundo de fantasia, com brinquedos, fantoches, desenhos, dentre outros. Os mesmos ajudam o profissional, juntamente com a criança, a criar histórias, que muitas vezes podem ser comparadas com a realidade do dia-a-dia da criança, facilitando para o terapeuta o estabelecimento de uma análise funcional. A formulação de regras inclusive

dentro do consultório pode ajudar a estabelecer uma convivência melhor na vida da criança dando exemplos de situações parecidas que acontecem dentro e fora do consultório (Regra, 2004).

Wells (1981) citado em Conte e Regra (2000) discute a importância da relação familiar para colaborar no processo terapêutico da criança. Muitos comportamentos emocionais dos pais podem interferir na relação com a criança e isso pode trazer dificuldades para a adesão ao tratamento e em consequência na melhora da criança, e ainda pode ocorrer a culpabilização do comportamento-problema da criança como sendo resultado de práticas educativas parentais inadequadas.

É importante ressaltar que os direitos da criança devem estar preservados, ou seja, é observado o que se estabelece no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Outro ponto importante da TACI é a importância da análise acerca dos eventos antecedentes que os pais relatam na primeira sessão que devem ser analisados, ou seja, qual contexto que a criança está atualmente e o que pode ter ocasionado o comportamento problema atual (Vasconcelos, 2001).

Tratamento para o TOD

Diante da importância de instrumentalizar terapeutas analítico-comportamentais no atendimento da população infantil diagnosticada com Transtorno de Oposição Desafiante, este trabalho tem como objetivo geral de ser apoio para o acompanhamento psicoterápico de crianças diagnosticadas com TDO. Os objetivos específicos são: (1) apresentar um relato sistemático das análises funcionais e possíveis intervenções a partir de um referencial analítico-comportamental para família, escola e criança; e (2) discutir a eficácia da psicoterapia, em especial da Terapia Analítico-Comportamental Infantil, no atendimento de crianças diagnosticadas com TDO em um trabalho com múltiplos informantes e em diferentes contextos.

Segundo Riggs (1997), o tratamento deste transtorno pode ser feito a partir de quatro tipos de intervenções, tais como: (1) o treinamento com os pais; (2) programas sociais; (3) intervenção na escola; e (4) na comunidade. O treinamento de pais é realizado com os pais ou responsáveis, com o objetivo de desenvolver afeto familiar estabelecimento de regras para a criança, e consequenciação adequada para os comportamentos perturbadores do filho. Já o treinamento de habilidades sociais tem por objetivo aumentar o repertório da criança ou do adolescente para saber lidar com determinada frustração, ou ainda com seus comportamentos impulsivos. Os autores ainda colocam que é difícil avaliar se realmente há resultados com este tipo de intervenção, um dos motivos seria a heterogeneidade das crianças que foram estudadas.

Quando se fala em tratamento, o DSM-V descreve alguns níveis de intervenção, sendo o primário a intervenção familiar, quando se treina os pais a manejar os comportamentos do filho e se avalia a interação desta família, ou seja, sua dinâmica familiar. O autor ainda traz que os terapeutas comportamentais buscam levar os pais a mudarem seus comportamentos, encorajando o comportamento adequado, ou seja,

utilizando-se de reforçadores sociais (e.g., elogio) ou tangíveis (e.g., ganhar algo do interesse dele se comportar bem na escola, em casa, ou no consultório). A diminuição dessas punições e o aumento de interações reforçadoras entre os pais e os filhos podem acarretar no aumento de comportamentos sociáveis, ou seja, menos desafiadores e opositivos.

A família deve ser acompanhada para que mudanças significativas ocorram, pois assim facilita a agilidade do tratamento. Quando todos participam, os resultados são mais rápidos e eficazes (Farias et al, 2011). Os pais e/ou cuidadores devem aderir ao tratamento, pois os comportamentos hostis dos pais para com o filho podem potencializar o transtorno da criança (DSM-V, 2014).

Quando cada familiar, individualmente, trabalha suas questões em terapia, isso ajuda no tratamento do indivíduo com TOD, pois a orientação de pais fica mais focada para a criança, e os responsáveis não trazem mais demandas individuais para o profissional, o que também pode dificultar o processo terapêutico.

Com o diagnóstico precoce, podem-se prevenir transtornos na vida adulta desta criança diagnosticada com TOD e também permite realizar uma intervenção mais específica e temporal. Além disso, um trabalho multiprofissional torna o tratamento mais eficaz, isso porque existe uma orientação e reeducação para os pais, para a escola, entre outros ambientes da criança. Essa orientação para os pais deve ser enfática e se possível no ambiente da criança, pois os mesmos devem controlar os comportamentos inadequados desta criança. Portanto, torna-se imprescindível o envolvimento dos pais para se atingir melhores resultados. No caso de famílias cujos demais membros que convivem no ambiente da criança não participam no processo, o terapeuta pode ter dificuldade de realizar seu trabalho de forma adequada (Marcelli, 2009).

Chequer et al (2010) citam a importância do treinamento de pais e trazem cinco modelos que podem ser utilizados que facilitam a socialização, educação e controle de comportamento dos filhos. Muitos percebem o quanto a prática educativa parental antecedente acarreta no comportamento problema atual. Por isso a mudança de comportamento dos pais é primordial, pois faz a diferença no comportamento da criança. No caso da criança com diagnóstico de TOD é indicada a procura deste tipo de treinamento, porém deve ser feito com seriedade e seguindo cada passo, cumprindo as etapas propostas pelo programa.

Mais uma forma de tratamento que é importante citar é a intervenção junto à escola. Com a visita do profissional, muitas vezes se consegue modificar de forma adequada este contexto, orientando profissionais da área e intervindo sobre os comportamentos de seu paciente. A intervenção principal é com os pais e com a escola. Quando se trata dos pais, a adesão ao tratamento é muito importante. Devem-se considerar as seguintes etapas: acolhimento, quando o profissional realiza a escuta sem preconceito viabilizando um espaço livre para expressar sentimentos e dificuldades na educação dos filhos; cumplicidade, quando o psicólogo identifica com tranquilidade a conduta errada ou certa dos pais em determinadas situações; e por fim a responsabilização, que os pais veem a importância da participação deles no processo (Coelho-Matos & Matos, 2009).

O sucesso da terapia com crianças depende, principalmente, do trabalho individual dos pais. Com isso os pais devem ser responsáveis, não somente em levar a criança até a terapia, mas serem participantes ativos do processo terapêutico, tendo responsabilidade e persistência. Alguns pais seguem as orientações com facilidade, outros têm mais dificuldade e isso torna o tratamento mais lento, o que é um desafio para o terapeuta analítico-comportamental infantil.

A intervenção na escola busca dar suporte para o profissional que acompanha o indivíduo com TOD para que os comportamentos agressivos e perturbadores sejam diminuídos e ajudá-lo a prevenir o comportamento antissocial que pode ocorrer na adolescência/idade adulta. A estratégia de uma intervenção comunitária tem por objetivo auxiliar os responsáveis a levarem a criança e/ou adolescente a participar de eventos comunitários (Offord & Bennett citado em Riggs, 1997).

Como consequência deste transtorno, o rendimento escolar da criança ou adolescente em regra deveria ser baixo, pois os mesmos possuem limitações ou ainda comorbidades com o TDAH, como citado anteriormente. Os relacionamentos sociais também podem ser prejudicados. Em sala de aula, dificuldades mais comuns expostas por professores é que os portadores deste transtorno não conseguem ficar quietos, ou seja, sentados, querem ser o centro das atenções, ficam levantando o tempo todo. É importante que a escola tenha um suporte especial para este tipo de perfil de aluno. Muitas vezes eles não sabem lidar com os colegas. Por isso, a importância do profissional da psicologia realizar visitas rotineiras na escola (Bordin & Offord, 2000).

As intervenções com a criança devem ser semanais e, se possível, até duas vezes por semana. É importante que o profissional acompanhe a criança em seus outros contextos, não sendo somente dentro do consultório. Além disso, a interrupção deste tipo de tratamento pode acarretar no retrocesso dos ganhos terapêuticos. Portanto, a continuidade da terapia é essencial para o progresso do cliente.

A psicoterapia individual propicia um relacionamento social com bom vínculo, onde a criança tem oportunidade de aprender novas estratégias em suas situações com os pares e autoridades, desenvolvendo assim um comportamento menos provocativo.

As regras devem estar bem estabelecidas, pois o seu excesso pode acarretar em insensibilidade comportamental. Entretanto, a apresentação de regras a estas crianças

facilita a aprendizagem de comportamentos adequados de serem emitidos em sociedade. Por isso, a ideia de ter regras formuladas pelo terapeuta e pela criança neste novo contexto pode ser essencial para a relação terapeuta – criança (Conte & Regra 2000).

Facion (2005), citado em Farias (2011) aponta que quando existe uma regra consistente e que os pais a estabelecem com eficácia, essas técnicas comportamentais podem auxiliar na diminuição do comportamento-problema da criança.

Alguns pais demonstram resistência para determinados tipos de mudança, mas quando veem a importância e atingem resultados importantes ficam satisfeitos, o que dá mais subsídios para melhora do quadro do paciente.

A rotina deve existir na vida da criança, pois proporciona saúde física e psicológica. Quando a criança tem horários para estudo, descanso e higiene pessoal, isto resulta numa possibilidade de ter organização na distribuição do tempo diário. A presença dos pais guiando esta rotina traz sentimentos de segurança, confiança e amor. Deve haver a flexibilidade, pois o rigor pode causar comportamentos negativos; um ambiente familiar que estimula é favorável à autoestima, à segurança, à diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, ao tratamento deste tipo de cliente. Sendo assim, os pais são orientados semanalmente para verificação da adesão dos mesmos nas atividades propostas (Spradlin, 1999).

O comportamento perturbador de clientes diagnosticados com TOD é visível em todos os contextos, tais como escola, em casa, no consultório, nas atividades extracurriculares. Muitas vezes, esse tipo de paciente exalta-se com situações simples, em que eles se sentem ameaçados, ou ainda quando recebem não como resposta, muitas vezes se batem, gritam, e não conseguem se controlar. Quando pacientes deste perfil recebem o diagnóstico e tem seu devido tratamento controla-se melhor, pois tem a

medicação e o acompanhamento psicoterápico, além de outros profissionais que atuam com a criança.

Um fator que deve ser levado em consideração é o próprio ambiente familiar. O mesmo deve ser acolhedor e ajudar na promoção de uma mudança. Além disso, a relação de cumplicidade entre os pais/cuidadores e a escola deve existir, pois uma relação positiva facilita no processo terapêutico da criança/adolescente. O profissional da psicologia tem papel importante nesta relação como mediador, tentando entender a incompatibilidade entre estes diferentes indivíduos e buscando harmonizá-la quando possível.

O tratamento deve continuar mesmo com a diminuição dos sintomas, pois o transtorno não tem uma cura, por isso os autores Bordin e Offord (2000) trazem a importância do tratamento nas seguintes áreas: psicologia, psiquiatria (medicamento), terapia ocupacional, educador físico. A intervenção nestas áreas deverá ser intensiva desde o diagnóstico, ou seja, da infância até a fase adulta, por isso é importante que os portadores deste transtorno tenham um tratamento contínuo, inclusive na idade adulta.

O papel importante do terapeuta infantil é de sensibilizar e conscientizar os pais sobre os comportamentos inadequados no ambiente da criança, onde devem ser estabelecidas novas regras e atitudes para estes pais. Para facilitar este processo, pode ser utilizada a análise funcional: “entendendo que o comportamento humano é aprendido e ocorre em função não só de eventos antecedentes, como a história de vida e os estímulos discriminativos, mas também em função dos eventos consequentes, como os estímulos reforçadores e aversivos” (Abib, 1997 citado em Coelho-Matos & Matos, 2009, p. 210).

De acordo com DSM-V (2014), nos casos que os critérios diagnósticos permanecem estáveis ou ainda evoluindo pode-se deparar com o desenvolvimento de um transtorno de conduta.

É importante ressaltar que, em alguns casos, o tratamento medicamentoso se faz necessário, principalmente quando se observa a presença de ideias paranoides, agressividade, convulsões e transtornos psiquiátricos. A inserção do medicamento auxilia muito no tratamento, muitas vezes tranquilizando a família (Dias, 2012).

Conclusão

É importante ressaltar que o trabalho conjunto da educação e da saúde traz melhores resultados. A observação cuidadosa de professores capacitados faz a diferença para perceber certos comportamentos inadequados por parte de seus alunos que muitos pais não conseguem perceber ou acreditar, favorecendo a busca por um tratamento adequado (Farias et al, 2011).

Os fatores individuais, familiares e sociais implicam no desenvolvimento e/ou na persistência do transtorno. A prática da atividade física é muito importante, por isso a criança não deve ser privada disso, ela é eficiente tanto para prevenção, como para o tratamento. No que diz respeito ao tratamento, a criança terá interação com os colegas e em muitos momentos estar tomando decisões, além disso, tem as regras dos esportes que devem ser seguidas. De certa forma, é um recurso que deve ser utilizado pelo profissional de educação física, mostrando mais uma vez a interação multidisciplinar no tratamento do transtorno de oposição desafiante, ou ainda do TC (Codea & Beresford, 2004).

Outras possíveis consequências, na vida adulta de um indivíduo com TOD é de se deparar com problemas na sua vida conjugal e/ou profissional. Os autores ainda citam que o fato de ser do sexo masculino, receber cuidados paternos ou maternos inadequados, viver na discórdia conjugal, ter pais agressivos, mãe com problema de saúde mental, residir em áreas urbanas, podem estar relacionados aos comportamentos agressivos e antissociais na escola. Porém, é importante analisar o comportamento da criança perante os pais, se é uma criança desobediente e agressiva, isso favorece a desorganização deste ambiente familiar, que já é precário na vida conjugal (Bordim & Oxford, 2000).

Sabendo dos riscos que existem na vida adulta, é importante a participação dos pais com seu filho, buscando o diagnóstico e tratamento adequado. Evitando assim problemas na vida adulta do indivíduo. Sugere-se que para o diagnóstico, haja uma equipe multidisciplinar que se mobiliza e juntos proponham intervenções que objetivem um resultado satisfatório, pois o diagnóstico rotula a criança e isso pode dificultar suas relações na escola, na família e na comunidade.

Referências Bibliográficas

- APA (2014). **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Bordin, I. A. S., Offord, D. R. (2000). Transtorno de Conduta e comportamento antissocial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, **22**, 12-15.
- Chequer, M.A. A., Martinelli, J. C. M., Almeida, M. L. L., Magalhães, R. C., & Cunha, N. H. M. (2010). Estudo analítico-comparativo: cinco modelos de treinamento de pais publicados na literatura científica nacional. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros, & P. Piazzon (Orgs), **Sobre comportamento e Cognição**. (pp.345- 366). Santo André, SP: Esetec.
- CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Codea, J. S. M. T., & Beresford, H. (2004). O adolescente com transtorno de conduta: um estudo filosófico no âmbito da psicologia educacional e esportiva. **Psicologia escolar e educacional**, **8**, 67-74.
- Coelho-Matos, M. E. C. & Matos, M. S. (2009). O desenvolvimento de comportamentos de civilidade e a orientação de pais na psicoterapia infantil. Em Wielenska, R. C. (Org.). **Sobre Comportamento de Cognição** (pp. 207- 211). Santo André, SP: Esetec Editores Associados.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. Em Silveiras, E. F. M. (Org.). **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. Vol. I (pp. 79 – 136). Campinas, SP: Papyrus.

- Dias, L. C. D. (2012). **Considerações acerca do transtorno de conduta**. Monografia não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49109/000828783.pdf?sequence=1>
- Farias, C. S., Silva, C. M., Dores, M., Guimarães, R. J. S., & Santos, V. S. (2011). **Transtorno de Conduta na Infância**. Retirado do http://reuni.unijales.edu.br/unijales/arquivos/28022012095411_242.pdf
- Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Zeni, G., & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). Transtorno de Oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos do TDAH em Adultos. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, **56**, 34-38.
- Marcelli, Daniel & Cohen, David. (2009). **Infância e Psicopatologia**. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Meyer, S., Del Prette, G., Zamignani, D., Banaco, R., Neno, S., & Tourinho, E. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico comportamental. Em E. Z Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), **Análise do comportamento. Investigações históricas, conceituais e aplicadas** (pp. 153- 174). São Paulo, SP: Roca.
- Neno, S. (2003). Análise Funcional, definição e explicação na Terapia Analítico Comportamental. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, **V**, 151- 165.
- Pinheiro, R. M. (2008). **O alcoolismo na Perspectiva da análise do comportamento: importância do autocontrole**. Monografia não publicada. Centro Universitário de Brasília, Brasília.

- Regra, J. A. G. (2004). Modelagem. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs), **Terapia Comportamental e Cognitivo Comportamental. Práticas Clínicas** (pp 121-143) São Paulo, SP: Roca
- Riggs, M.D. P. D. (1997). Transtorno de Conduta. Em Jacobson, J. L. & Jacobson, A. M., **Segredos em Psiquiatria: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos.** (pp. 378-383). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Sadock, B. J. (2007). **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Porto Alegre, RS: Artmed.
- Silva, L. R. F. (2011). Transtorno de conduta: uma oportunidade para prevenção em saúde mental? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 15**, 165-173.
- Skinner, B. F. (1967). **Ciência e comportamento humano.** (Original publicado em 1953). Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília.
- Spradlin, J. E. (1999). Rotinas: implicações para a vida e para o ensino. **Temas em psicologia, 7**, 223-234.
- Tourinho, E. Z. (1999). Eventos privados: o que, como e porque estudar. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs). **Sobre comportamento e cognição** (Vol. 4, pp 13-25). Santo André: Esetec.
- Vasconcelos, L. A. (2001). **Sobre comportamento e cognição.** Terapia analítico-comportamental infantil: alguns pontos para reflexão. Santo André: Esetec