



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DO TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE

Gabriela Barbieri Baumgarten
Michelle dos Santos Cassol
Michelle Menezes Rampinelli

Produção Textual apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, como requisito parcial à aprovação na disciplina de Psicopatologia I, ministrada pela Professora Doutora Magda Zurba.

Florianópolis

2020

RESUMO

O presente texto tem por objetivo abordar o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), que está inserido na categoria de Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5). Pelo Manual, ele é caracterizado como um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa, que causa para o indivíduo interações problemáticas e conflituosas com outras pessoas. Nesse sentido, buscou-se apresentar quais são os critérios diagnósticos definidos pelo DSM-5 e quais os possíveis aspectos e fatores associados ao TOD para uma melhor compreensão de sua gênese. O referido transtorno também foi abordado em contexto escolar e seu processo de inclusão, a partir de um exemplo de caso. Muito embora não tenha sido privilegiada nenhuma abordagem psicológica, procurou-se dar destaque para as intervenções dos profissionais da psicologia, por considerar suas competências para avaliar e auxiliar na melhora deste quadro psicopatológico. Por último, foi apresentado problematizações acerca do diagnóstico do Transtorno de Oposição Desafiante e a função que o DSM-5 pode exercer enquanto dispositivo de segurança, através dos estudos foucaultianos.

Palavras-chave: Psicopatologia da Infância, DSM-5, Transtorno de Oposição Desafiante, Intervenção Psicológica, Dispositivo de Segurança.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta são caracterizados, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5), como aqueles que envolvem problemas de autocontrole de emoções e comportamento, bem como problemas na regulação emocional e/ou comportamental, manifestado em comportamentos que violam os direitos dos outros e coloca o indivíduo em conflito com normas sociais ou figuras de autoridade. A causa pode variar tanto em função dos tipos de transtornos presentes nessa categoria, quanto entre os indivíduos pertencentes a determinada classe diagnóstica, cuja ênfase relativa envolve problemas ligados aos dois tipos de autocontrole: emocional e comportamental (American Psychiatric Association, 2014).

Dentro dessa categoria, o DSM-5 apresenta os seguintes tipos de transtornos: transtorno de oposição desafiante; transtorno explosivo intermitente; transtorno de conduta; transtorno de personalidade antissocial; piromania; cleptomania; outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta especificado; e, transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado. Todos estes transtornos são mais comuns no sexo masculino do que no feminino e costumam se iniciar ainda na infância ou na adolescência, sendo raro o seu surgimento na fase adulta (APA, 2014).

Em relação aos sintomas presentes nesta categoria de transtornos, o DSM-5 diz que eles estão relacionados aos comportamentos dos indivíduos com desenvolvimento típico, por isso se faz necessário observar a frequência, a persistência, a pervasividade em cada caso e também o prejuízo relacionado aos comportamentos indicativos do diagnóstico, a fim de determinar o que é considerado como típico para a idade e a cultura da pessoa antes de classificar como sintomas de um transtorno. Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta estão associados a dimensões de personalidade denominadas desinibição e retraimento, mas também com afetividade negativa, porém em menor grau. Segundo o DSM-5 essas dimensões compartilhadas da personalidade poderiam esclarecer o alto nível de comorbidade entre esses transtornos e sua

frequente comorbidade com transtornos por uso de substâncias e com transtorno de personalidade antissocial (APA, 2014).

Para o presente estudo será abordado o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) na perspectiva da Psicopatologia, bem como os aspectos da intervenção psicológica neste âmbito.

2. DO TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD)

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é considerado uma psicopatologia da infância, que surge geralmente no período pré-escolar, sendo considerado raro o seu aparecimento na adolescência. Ele é caracterizado por um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa, que causa para o indivíduo interações problemáticas com outras pessoas. É comum, no entanto, que indivíduos com TOD não se sintam como raivosos, opositores ou desafiadores, mas como pessoas que agem de tal forma por conta de exigências e de acontecimentos injustos (APA, 2014; Poisk, Poisk, Miotto & Linartevich, 2019).

Para o DSM-5 os comportamentos ditos agressivos, tais como raiva, temperamento explosivo e desobediência são alguns dos critérios para o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante, no caso, crianças costumam desafiar um adulto ou figuras de autoridade no intuito de atingir um determinado objetivo. No entanto, o diagnóstico de TOD depende da persistência e da intensidade desses comportamentos (APA, 2014; Landim & Borsa, 2017).

Essa atitude oposicionista provoca prejuízos significativos na vida da criança ou do adolescente, atingindo a vida como um todo. Por isso é comum que suas interações se manifestem de maneira conflituosa tanto no âmbito familiar e escolar, quanto na vida social (APA, 2014).

É importante destacar que, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição, estabelece que o Transtorno Opositivo Desafiante tem alta taxa de comorbidade e que crianças com TOD são mais vulneráveis a desenvolver ansiedade, depressão e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), além do risco aumentado para tentativas de suicídio e possíveis problemas de adaptação quando adultos, nos quais incluem comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos e abuso de substâncias (APA, 2014).

O DSM-5 também aponta para uma provável relação entre o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e o Transtorno da Conduta (TC), tendo em vista que a maioria dos casos diagnosticados como TC teria preenchido preliminarmente critérios para TOD, principalmente nos casos em que o TC aparece antes da adolescência, muito embora nem todas as crianças venham a desenvolver TC (APA, 2014).

2.1 Critérios Diagnósticos definidos pelo DSM-5

O TOD possui critérios que são divididos de maneira mais uniforme entre as emoções (raiva e irritação) e os comportamentos (questionamento e desafio). Nesse sentido, o DSM-5 apresenta um rol de critérios diagnósticos que devem ser preenchidos, em relação a um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração mínima de seis meses, com a presença de pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias expostas abaixo e manifestado na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão, por ser considerado comum esse tipo de comportamento entre eles (APA, 2014).

- a) **Humor Raivoso/Irritável:** com frequência perde a calma; com frequência é sensível ou facilmente incomodado; com frequência é raivoso e ressentido.

- b) Comportamento Questionador/Desafiante: frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos; frequentemente desafia, acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade; frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas; frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.
- c) Índole Vingativa: foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

A persistência e a frequência desses comportamentos são critérios que devem ser utilizados para diferenciar um comportamento típico daquele que é sintomático. Por isso em crianças com menos de 5 (cinco) anos, de idade o comportamento deve acontecer na maioria dos dias por no mínimo 6 (seis) meses, enquanto que em crianças com 5 (cinco) anos ou mais, o comportamento deve ocorrer por pelo menos uma vez por semana durante um período mínimo de 6 (seis) meses. Além do mais, é importante observar outros fatores associados, principalmente quando estes estiverem fora de uma faixa normativa para o desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo (APA, 2014).

O comportamento perturbado causado pelo TOD produz sofrimentos para o indivíduo e para as pessoas do seu convívio social e/ou até mesmo causar prejuízos significativos no seu ajustamento emocional, social, educacional, familiar ou seja, indivíduos com TOD vivenciam conflitos frequentes em diversas áreas da vida. Tais comportamentos, no entanto, não podem ocorrer exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância ou em casos de depressão ou bipolaridade (APA, 2014).

A gravidade do comportamento atual do indivíduo deve ser especificada, podendo ser classificada em leve, moderada e grave. Leve quando os sintomas forem restritos ao ambiente do indivíduo, isto é, na escola, com os colegas, com os amigos, com os familiares; moderada quando somente alguns sintomas estão presentes no mínimo em dois ambientes; e grave, quando alguns dos sintomas estiverem presentes em três ou mais ambientes do contexto do indivíduo. Não obstante, de acordo com o DSM-5, os sintomas podem se limitar a apenas um ambiente, sendo mais comumente apresentados em casa e na presença dos familiares (APA, 2014).

2.2 Alguns aspectos e fatores associados ao TOD

A infância é conhecida como a fase do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial que exige dos pais cuidado, proteção e amparo, com práticas que viabilizem e garantam felicidade, segurança e um desenvolvimento saudável (Feldman & Papalia, 2013). Com efeito, comportamentos agressivos fazem parte da constituição do sujeito e são necessários para a adaptação humana. Não raro crianças e adolescentes costumam externalizar sentimentos de raiva e irritabilidade com seus pares, portanto nem sempre os comportamentos exibidos por eles são vistos como desejáveis na sociedade (Landim & Borsa, 2017; Barletta, 2011).

Apesar disso, os comportamentos agressivos em crianças e adolescentes costumam ser preocupantes para pais, cuidadores e professores quando estes se tornam constantes e passam a gerar prejuízos para todos, servindo de alerta para possíveis transtornos psíquicos. O comportamento agressivo na infância, no entanto, tem influência de diversas variáveis biológicas e psicossociais (Barletta, 2011; Landim & Borsa, 2017).

Um transtorno psicológico pode ser entendido e caracterizado a partir de um conjunto de comportamentos incomuns ou esperados em determinada cultura, sendo que estes comportamentos interferem em diferentes âmbitos, trazendo ao indivíduo prejuízo social, educacional e emocional. Podem se manifestar em problemas internalizantes (emocionais) como

depressão, ansiedade ou transtornos alimentares, ou se manifestar em problemas externalizantes (comportamentais) como os casos de transtornos disruptivos (Bee & Boyd, 2011).

Estudos em psicopatologia do desenvolvimento demonstram que a hereditariedade contribui para o desenvolvimento atípico, mas que estes riscos são aumentados quando combinado a fatores ambientais como relações de abuso ou de paternagem ríspida, ou que a paternagem ríspida só desencadearia um desenvolvimento atípico quando também associado a fatores herdados, como no caso de crianças de temperamento difícil, levando a crer que seja necessário a combinação destes dois fatores, genético e ambiental, para o desenvolvimento das patologias (Bee & Boyd, 2011).

Definimos como temperamento, um conjunto de predisposições inatas que servem como base à personalidade, a base biológica do modo característico do indivíduo reagir às pessoas e as situações. Em crianças, é possível descrever três categorias de temperamento: criança fácil, criança difícil e criança de aquecimento lento. Sendo criança fácil àquela que desenvolve rapidamente horários de sono, aceita facilmente novos alimentos, frustrações, novas rotinas e regras. Crianças difíceis, àquelas que possuem humores intensos, choram com frequência, não respondem bem a novidades, mudanças, a novos alimentos ou a estranhos, não possuem um sono regular e costumam reagir a frustração de forma raivosa. E crianças de aquecimento lento, caracterizam-se por aquelas que possuem um temperamento moderado, respondem lentamente à novidade, a novos estímulos ou a mudanças, e que levam um tempo a se adaptar ou aceitar situações novas (Feldman & Papalia, 2013).

Estudos apontam cinco dimensões do temperamento: nível de atividade, tendência a movimentar-se; aproximação sentimental positiva, com respostas positivas à pessoas, situações ou novos objetos, inibição e ansiedade, com tendência a afasta-ser ou temer novidades; sentimentalidade de frequência negativa, de irritabilidade e raiva, e controle esforçado de capacidade focada e com persistência ao exercer tarefas (Feldman & Papalia, 2013).

Mas, como visto anteriormente, fatores ambientais podem ser determinantes para o desencadeamento dos transtornos psicológicos, e também explicativos para determinados padrões comportamentais, a partir do argumento da aprendizagem. No campo da aprendizagem, os behavioristas defendem que a partir dos condicionamentos clássicos e operante é possível explicar a diversidade dos comportamentos, e estudos de aprendizagem observacional e de processos de modelação, como os realizados por Albert Bandura, apontam que as crianças tendem a aprender a partir do repertório comportamental dos pais, e que, mesmo que ensinem verbalmente o contrário, as crianças tendem a repetir o que vêem (Bee & Boyd, 2011).

A partir dos estudos behavioristas, foi possível também constatar os efeitos colaterais da punição enquanto método de aprendizagem, como broncas, castigos, palmadas e etc., estratégia ainda utilizada por muitos pais. Entre esses efeitos colaterais, podemos citar eliciação de respostas emocionais, como tremores, taquicardia, palpitações e choros e a supressão de outros comportamentos além do punido, quando a criança deixa de fazer determinados comportamentos que fazia próxima ao comportamentos punido, mesmo sendo estas, comportamentos que os pais julguem ser bons comportamentos. Porém, a punição pode ser um recurso ainda utilizado, devido a imediatividade de uma consequência, além da facilidade no arranjo de contingências, ou seja, ser menos trabalhoso que pensar em outros recursos, como o reforçamento de atitudes positivas, dar atenção, estar próximo, elogiar bons feitos e etc. (Moreira & Medeiros, 2007).

Nesse sentido, o DSM-5 diz que o Transtorno de Oposição Desafiante é mais comumente manifestado em crianças cujas famílias apresentam um padrão de cuidado perturbado em relação a elas ou em famílias que mantêm práticas agressivas, inconsistentes e negligentes na

criação de seus filhos. Apesar disso, o DSM-5 não consegue estabelecer se crianças com TOD desenvolveram o transtorno por conta de histórias de vivências parentais hostis ou se os pais passaram a agir de maneira agressiva por conta do TOD desenvolvido na criança ou se é resultado de ambas situações (APA, 2014).

É importante destacar que o DSM-5, em relação aos fatores temperamentais preditivos, aponta que eles estão relacionados diretamente com problemas de regulação emocional, como por exemplo, níveis elevados de reatividade emocional e baixa tolerância a frustrações, enquanto os fatores ambientais estão ligadas com práticas parentais violentas, inconsistentes ou negligentes. No que diz respeito aos fatores genéticos e fisiológicos, o DSM-5 cita uma série de marcadores biológicos, tais como: menor reatividade da frequência cardíaca e da condutância da pele; reatividade do cortisol basal reduzida; anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala (APA, 2014).

Barnhill (2015) destaca que, indivíduos com TOD apresentam comprometimento de funções executivas, uma vez que são elas que auxiliam no controle do comportamento, inclusive quanto a inibição daqueles ditos inadequados e danosos. Para o autor a imaturidade relativa das funções executivas explicaria porque esse transtorno inicia-se durante a infância ou adolescência. Entretanto, apesar de ser raro, indivíduos que apresentam TOD subitamente na fase adulta é porque desenvolveram um transtorno psíquico grave.

Dessa maneira, refletindo sobre os aspectos e fatores associados ao TOD, podemos entender um pouco sobre a sua gênese e que o repertório de comportamentos considerados como sintomas, podem ser apenas traços hereditários característicos próprios do indivíduo, como uma forma ímpar de se expressar e agir no mundo, mas também como aqueles que foram simplesmente aprendidos. Assim, questiona-se se o TOD é um diagnóstico da criança ou do contexto no qual ela está inserida e se a melhora ou a redução dos danos causados pelos comportamentos ditos agressivos, deveria estar focada na criança ou nas expectativas irreais que recaem sobre ela.

2.3 Exemplo de Caso: TOD e o Contexto Escolar

Crianças e adolescentes com TOD frequentemente possuem interações conflituosas não apenas no meio familiar, mas também no contexto escolar (APA, 2014). A partir disso, é importante levar em consideração de que forma se dá a inserção desse indivíduo em tal contexto, e que práticas podem ser adotadas levando em conta as suas singularidades. Com o propósito de ilustrar essa temática, será apresentado o caso estudado por Araújo e Araújo (2017) do processo de inclusão de uma criança com TOD nas aulas de educação física de uma escola municipal de Vitória (ES).

A inclusão em contexto escolar expressa a garantia legal de que a escola se organize para receber estudantes com deficiência, altas habilidades e transtornos do desenvolvimento de forma a atender suas necessidades e indo de encontro à noção de que cabe aos alunos se adaptarem ao funcionamento da escola (Araújo & Araújo, 2017). Vivemos em uma sociedade projetada para um ser humano padrão, e historicamente há um movimento de discriminação e marginalização de indivíduos considerados desviantes à norma, chegando a casos extremos de extermínio embasados em ideias eugênicas. Devido a isso, apesar da inclusão no Brasil ser garantida por lei, seu processo é lento e complexo (Araújo & Araújo, 2017).

O caso estudado por Araújo e Araújo (2017) é o de Marcelo, estudante do 6º ano do ensino fundamental. Marcelo foi diagnosticado com TOD quando ainda frequentava a educação infantil. Aos sete anos, ingressou na escola em que estava matriculado quando o estudo foi

realizado. Inicialmente, era muito agitado e agressivo, e teve dificuldades para se adaptar à nova escola. O horário de Marcelo foi alterado, passando mais tempo na sala de educação especial e em aulas de artes. O estudante não se relacionava bem com os demais alunos, envolvendo-se constantemente em brigas e discussões. Além disso, possuía pouca frequência nas aulas de educação física (Araújo e Araújo, 2017).

Partindo de uma perspectiva sócio-histórica, Araújo e Araújo (2017) afirmam que o aprendizado sempre ocorre em situações de interação social, e é mediado pela linguagem. Dessa forma, o aspecto afetivo e social impactam, positiva ou negativamente, a aprendizagem. No caso das crianças com TOD, devido às características emocionais e comportamentais do transtorno, é preciso estar atento às suas singularidades de forma a criar um ambiente inclusivo e propício ao aprendizado.

Mapeando os desafios no processo de inclusão de Marcelo, Araújo e Araújo (2017) identificaram dois: o primeiro referente à família e o segundo, aos professores. No primeiro caso, é recorrente por parte dos familiares ver na escola uma válvula de escape, e não como um recurso que soma ao desenvolvimento da criança. O papel que a família desempenha é fundamental, pois é no âmbito familiar que está o alicerce da construção das emoções. No caso dos professores, o desafio está relacionado à forma como a criança com TOD será recebida. É preciso que construam com ela um laço de afetividade, para compreender melhor seus interesses e demandas, e desempenhar um papel positivo no seu desenvolvimento (Araújo e Araújo, 2017).

Para iniciar o processo de inclusão de Marcelo nas aulas de educação física, os autores procuraram compreender o transtorno, a fim de ter um olhar ampliado do processo ensino-aprendizagem nesse caso específico. Em seguida, buscaram uma aproximação com Marcelo, que inicialmente apenas observava as aulas de longe. Pouco a pouco, conseguiram estabelecer diálogos com o estudante, perguntando sobre aspectos pessoais da sua vida (relação familiar e atividades costumava realizar) e sobre temas referentes à escola. Nessas conversas, descobriram que ele não participava da educação física porque achava muito chato e porque os colegas implicavam muito com ele (Araújo & Araújo, 2017).

Em um segundo momento, depois da aproximação com Marcelo, os autores conversaram com a turma enquanto ele estava ausente a fim de fazê-los compreender o que era o TOD e porque era fundamental que a turma buscasse melhorar seu relacionamento com o estudante. Em seguida, iniciaram o processo de levantar práticas que poderiam envolver todos os alunos, sem exclusões. Para isso, contaram com o auxílio de Marcelo e dos demais colegas. Quando as atividades que elaboraram em conjunto tiveram início, foi perceptível o interesse e engajamento de Marcelo, e o quanto contribuiu para sua interação com os colegas. Na palavra dos autores, “a brincadeira constitui, para Marcelo, uma das formas de se relacionar com os colegas nas aulas de educação física, sem agressividade ou discussões e sem se colocar contrário às regras” (Araújo & Araújo, 2017, p.204).

O caso relatado demonstra a importância de dar voz à criança com TOD, de forma a compreender como ela se sente em relação ao contexto escolar e, estando atento às suas singularidades e interesses, desenvolver estratégias que promovam um ambiente favorável a interações saudáveis com os colegas e, conseqüentemente, mais propício ao aprendizado.

3. INTERVENÇÕES DE PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA

O Transtorno de Oposição Desafiante é acompanhado de sofrimento e prejuízos para o indivíduo e para as pessoas do seu convívio social. O TOD demanda tratamento multidisciplinar, porém o presente estudo não buscou privilegiar uma abordagem específica, tampouco tem o

condão de adentrar em outras áreas do conhecimento. O propósito neste item, sem a intenção de esgotar a discussão, é destacar brevemente a importância da intervenção do profissional da psicologia, uma vez que ela proporciona ao indivíduo e aos seus familiares uma melhora significativa no quadro psicopatológico e auxilia na avaliação dos sintomas.

O profissional da psicologia tem atribuição para avaliar o sofrimento e o prejuízo sobre os comportamentos que o TOD pode causar. Como a maioria dos casos de TOD atinge indivíduos em fase de desenvolvimento, com início na infância, intervenções psicológicas precoces contribuem na compreensão dos sintomas e previne piores evoluções na fase adulta, além de possibilitar a análise quanto a frequência, a intensidade e a gravidades desses comportamentos (Assumpção Jr, 2014; APA, 2014). Em razão disso, a psicoterapia se torna eficaz, uma vez que possibilita amenizar os impactos causados pelo comportamento agressivo, por promover a redução dos danos e fortalecer a saúde mental do indivíduo, além de contribuir para o aumento do repertório dos comportamentos pró-sociais e aprendizagem de novos comportamentos (Landim & Borsa, 2017).

Considerando que o DSM-5 alerta para o fato de que indivíduos com TOD tem alta taxa de comorbidade (APA, 2014), um dos caminhos possíveis do profissional da psicologia é iniciar o seu trabalho por meio de uma avaliação detalhada, a fim de colher o máximo de dados e elaborar uma linha de base. Será por meio da avaliação realizada durante todo o processo psicoterapêutico, que o profissional da psicologia vai criar metas, estabelecer diagnóstico, verificar resultados, definir intervenções e objetivos (Barletta, 2011).

Portanto, havendo queixas, prejuízos e/ou dúvidas em relação ao Transtorno de Oposição Desafiante, o profissional da psicologia poderá recorrer a um processo avaliativo. O mesmo, no entanto, deverá se manter cauteloso para que o seu diagnóstico não contribua para a medicalização e patologização da infância. Assim como deve estar atento quanto a definição de critérios, uma vez que o processo avaliativo parte, na maioria das vezes, da queixa de um adulto responsável. Por isso, é muito importante que o mesmo elabore seus objetivos, a fim de obter o maior número de informações possíveis, por meio de diferentes instrumentos, tais como: testes, entrevistas e observações e, desta maneira, consiga confirmar as hipóteses levantadas (Baptista et al, 2019).

A entrevista é uma das principais ferramentas do profissional da psicologia, pois por meio dela ele obtém os dados que vão servir de base para o processo de intervenção (Barletta, 2011). Nesse sentido, o profissional poderá realizar entrevistas com as crianças, explicar sobre os objetivos de todo o processo e sobre os motivos pelos quais estão trabalhando, bem como entrevistar os pais (e/ou responsáveis) e as outras pessoas do convívio dela, inclusive aquelas de diferentes contextos (por ex., professores, tios, etc.), com o escopo de averiguar se há concordância sobre tudo que foi relatado. Recomenda-se também, para maior eficácia, o uso de mais de uma técnica avaliativa, para evitar avaliações incompletas ou tendenciosas e aplicadas em tempos distintos (Baptista et al, 2019; Landim & Borsa, 2017).

Por outro lado, considerando que as crianças e os adolescentes com TOD tendem a apresentar dificuldades em relação aos dois tipos de autocontrole: emocional e comportamental, cujos sintomas costumam se desenvolver principalmente em casa e com as pessoas mais íntimas. Considerando que tais comportamentos geram grande impacto principalmente nesse ambiente e produzem sofrimento para as pessoas que convivem com indivíduos com TOD, as intervenções psicológicas com familiares e/ou cuidadores costumam ser psicoeducativas, de orientação, avaliação e análise. As intervenções auxiliam na construção do entendimento acerca do transtorno, promovem melhora na qualidade relacional entre os pares, possibilitam a avaliação e

a análise funcional dessas interações, além de colaborar para a reformulação do ambiente em torno desses indivíduos (APA, 2014; Poisk et al, 2019; Landim & Borsa, 2017; Barletta, 2011).

Nesse sentido:

“É esperado que as intervenções possam ser efetivas quando fornecem apoio e auxiliam no desenvolvimento de habilidades psicossociais de pais e filhos (e.g., comunicação positiva, desenvolvimento de repertório de solução de problemas, gestão de comportamento e raiva, entre outros), diminuindo a predominância de comportamentos agressivos” (Landim & Borsa, 2017, p. 111-112)

O papel do profissional da psicologia é fundamental, tendo em vista que o mesmo possui um arsenal interventivo que lhe permite compreender e diferenciar principalmente a extensão do papel do ambiente familiar na manutenção dos sintomas e para que a criança ou o adolescente não acabe sendo diagnosticado apenas como alguém que não tem limites (Assumpção Jr, 2014). Por isso, é imprescindível que o mesmo considere a influência do ambiente sobre a criança quando for realizar uma avaliação, pois havendo a manifestação dos sintomas em mais de um contexto social, o mesmo servirá de marcador de gravidade (Baptista et al, 2019; Barnhill, 2015; APA, 2014).

Um outro aspecto importante que se destaca, é que o profissional da psicologia deve estar concentrado nas demandas específicas de cada criança, não focar somente no comportamento dela, ainda que sua intervenção se inicie por esse caminho, quando se empenha em reduzir e/ou prevenir comportamentos agressivos (Landim & Borsa, 2017). Nesse sentido, é possível engajar também a família em busca de soluções, pois segundo Cordioli e Grevet (2019), os pais têm forte influência em relação a estimulação das competências dos filhos e nas interações sociais dos mesmos, inclusive na estimulação de habilidades, como compartilhar, revezar, esperar a vez ou cooperar, e/ou em práticas de comunicação, como escutar, elogiar, mostrar interesse, agradecer. Todas essas habilidades, portanto, podem servir como artifício contrário ao uso da violência expressa.

Compreende-se, portanto, que o profissional da psicologia deve pautar o seu trabalho num cuidado ético, assertivo e empático na busca da solução de conflitos e no treino de habilidades sociais, para que crianças, adolescentes e seus familiares, possam desenvolver estratégias de enfrentamento diante de situações problemáticas (Barletta, 2011). Assim como, deve assumir uma postura crítica e compreensiva acerca da gênese do TOD, para que sua atuação não contribua para a patologização da infância e da adolescência.

4. PROBLEMATIZAÇÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO

Os diagnósticos psiquiátricos na infância têm crescido cada vez mais (Caponi, 2018), e também têm sido alvo de críticas. Para compreender as problematizações acerca dessa temática, e especificamente do TOD, será feito um breve resgate histórico e posteriormente uma leitura da sustentação do aumento de diagnósticos com base em conceitos foucaultianos.

A loucura até meados do século XIX, a partir da perspectiva alienista clássica, estava vinculada unicamente a alucinações visuais e auditivas, havendo uma quantidade pequena de diagnósticos. Entre os anos de 1890 e 1902, no entanto, houve uma mudança nesse cenário. Nesse período, passou-se a relacionar a loucura ou doença mental aos comportamentos que eram considerados desviantes da norma. Paralelamente, no meio judiciário, propunha-se “substituir um sistema jurídico centrado na oposição responsabilidade-irresponsabilidade por uma legislação baseada na periculosidade” (Caponi, 2018, p.301), passando a ser levado em

consideração o risco que um indivíduo apresenta para a sociedade. A partir desse momento, torna-se uma preocupação antecipar essas doenças mentais que podem vir a ocorrer na vida adulta, dando legitimidade aos diagnósticos infantis. Essas transformações permitiram “articular as categorias criminalidade, anormalidade e risco, criando um poderoso instrumento para exercer o governo sobre os homens, centrando a atenção nas condutas da infância” (Caponi, 2018, p. 301).

O discurso da antecipação de problemas na vida adulta com base na identificação e tratamento precoces segue ganhando força, e possui como consequência o crescente número de diagnósticos psiquiátricos da infância e adolescência. Entende-se que quando uma doença mental não recebe a devida atenção na infância, pode desencadear problemas mais graves de ordem médica e psiquiátrica, bem como de caráter social, como criminalidade e delinquência. Seguindo essa lógica, com base no DSM-5 é possível delimitar os comportamentos considerados normais e os desviantes. A criança que apresenta comportamentos desviantes, enquadrando-se em um diagnóstico, podendo ser considerada uma criança perigosa, pelo risco que poderá oferecer para si e para a sociedade quando adulta (Caponi, 2018).

Cabe resgatar aqui o que Foucault chamou de “discursos ubuescos”, para pensar a psiquiatrização da infância e a noção de criança perigosa. Segundo Foucault, esses são “discursos com pretensão de verdade que podem parecer grotescos, fazer rir, mas que de fato são trágicos, pois têm o poder de determinar, direta ou indiretamente, decisões de justiça, referentes ao tipo pena, liberdade ou punição” (Caponi, 2018, p. 300). Tais discursos, apesar de serem fracamente embasados, adquirem valor de verdade por serem proferidos e defendidos por especialistas. Nesse sentido, o TOD também pode ser entendido como um discurso ubuesco. Para exemplificar, é possível citar a falta de clareza sobre a existência de um marcador neurobiológico específico para o TOD, o fato da narrativa da criança ser silenciada já que na descrição do quadro se chama atenção para o fato de que ela não se entende enquanto tal e que diz reagir a acontecimentos externos e também pelo sofrimento do indivíduo não ser central para o diagnóstico, uma vez que considera em alta conta o sofrimento causado ao contexto social imediato, bem como os impactos negativos que podem causar no funcionamento social (Caponi, 2018).

Outro conceito Foucaultiano que pode ser resgatado para essa reflexão é o de “dispositivo de segurança”, isto é, um dispositivo focado na antecipação de riscos e na sua prevenção. O TOD também pode ser entendido a partir dessa noção, já que parece ser um diagnóstico cuja utilidade consiste na antecipação e prevenção de futuros problemas psiquiátricos e legais. Não existem, no entanto, garantias de que crianças com TOD que não forem tratadas durante a infância venham a desenvolver problemas psicológicos de maior gravidade, ou praticar atos criminosos (Caponi, 2018).

A partir dessas reflexões, é possível compreender os mecanismos por trás da multiplicação de diagnósticos da infância e da adolescência e, mais especificamente, questionar as bases epistemológicas do TOD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno de Oposição Desafiante é considerado uma patologia da infância e da adolescência cujos sintomas fazem parte do desenvolvimento de indivíduos com e sem o diagnóstico, sendo decisiva a observação dos critérios do DSM-5 para determinar o que é considerado patológico, diferenciando daquilo que é tido como típico. Segundo o Manual, os indivíduos diagnosticados com TOD podem sofrer prejuízos em sua vida de maneira global bem

como causar perturbações em seu meio social, além de serem mais vulneráveis a desenvolver uma série de complicações na vida adulta, sendo recomendada a intervenção profissional a fim de amenizar o sofrimento vivenciado por ele e pelas pessoas de seu convívio.

Cabe ressaltar a importância da escuta atenta à criança ou adolescente diagnosticada com TOD, a fim de não silenciar suas narrativas. O DSM-5 torna essa postura aceitável quando descredita o entendimento da pessoa com TOD sobre a situação. No entanto, como o exemplo de caso mostrou, ouvir respeitosamente o que ela tem a dizer e abrir espaço para que participe das decisões que a envolvem pode ser um meio de ação com consequências positivas para o indivíduo com TOD e para as pessoas que convivem com ele.

A partir do que foi exposto, é possível perceber que um olhar crítico sobre o TOD é fundamental. Há uma série de problematizações válidas que devem ser levadas em consideração pelo profissional da área da psicologia, de forma que o diagnóstico não seja entendido como um fato natural, e que os questionamentos sobre a fundamentação científica do que é afirmado no Manual Diagnóstico e Estatístico continuem sendo feitos. Mostra-se importante também, considerar a função que ele exerce enquanto dispositivo de segurança, e questionar a quem essa verdade serve e quais as consequências que ela possibilita são posturas necessárias à uma atuação profissional crítica.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, p. 948.
- Araújo, F. Z. & Araújo, M. P. M. (2017). A criança com transtorno opositivo desafiador nas aulas de educação física: pressupostos inclusivos. *Linguagem, Educação e Sociedade*, 22 (37), p. 190-208. Recuperado em 05 de novembro de 2020 <https://revistas.ufpi.br/index.php/lingedusoc/article/view/7583#:~:text=O%20Transtorno%20Opositivo%20Desafiador%20%C3%A9,que%20esses%20comportamentos%20s%C3%A3o%20esperados>.
- Assumpção Jr., F. (2014). Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Casos Clínicos. Porto Alegre: Artmed, p. 344.
- Barletta, J. B. (2011). Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7 (2), p. 25-31. Recuperado em 23 de outubro de 2020 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200005
- Barnhill, J. W. (2015). Casos clínicos do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, p. 372.
- Baptista, M. N., Muniz, M., Reppold, C. T., Nunes, C. H. S. S., Carvalho, L. F... (2019). *Compêndio de Avaliação Psicológica*. Petrópolis: Vozes, p. 736.
- Bee, H. & Boyd, D. (2011). A criança em desenvolvimento. 12. Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 568.
- Caponi, S. N. (2018) Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde e Sociedade*, 22 (2), p. 298-310. Recuperado em 05 de novembro de 2020 <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-298.pdf>
- Cordioli, A. V. & Grevet, E. H. (2019). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed, p. 765.
- Landim, I. & Borsa, J. C. (2017). Revisão sistemática sobre programas de intervenção para redução de comportamentos agressivos infantis. *Contextos Clínicos*, 10 (1), p. 110-129. Recuperado em 23 de outubro de 2020 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos da análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, p. 224.
- Papalia, D. E. & Feldmann, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 800.
- Poisk, C. C., Poisk, E. A. C., Miotto, J. F. S. & Linartevichi, V. F. (2019). Psicopatologias na Infância e Adolescência. *FAG Journal of Health*, 1 (4), p. 91-99. Recuperado em 22 de outubro de 2020 <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/153>