

LUCIANA BRITES | DR. CLAY BRITES



CRIANÇAS DES⁵AFIADORAS

*Aprenda como identificar, tratar e contribuir
de maneira positiva com crianças que têm
Transtorno Opositivo-Desafiador*

Gente
editora

<p style="text-align: center;">Diretora Rosely Boschini</p> <p style="text-align: center;">Gerente Editorial Rosângela de Araujo Pinheiro Barbosa</p> <p style="text-align: center;">Editora Assistente Franciane Batagin Ribeiro</p> <p style="text-align: center;">Controle de Produção Fábio Esteves</p> <p style="text-align: center;">Projeto Gráfico TypoStudio</p> <p style="text-align: center;">Diagramação Vivian Oliveira</p> <p style="text-align: center;">Preparação Andréa Bruno</p> <p style="text-align: center;">Revisão Leonardo Dantas do Carmo</p> <p style="text-align: center;">Capa TypoStudio</p>	<p>Copyright © 2019 by Luciana Brites e Clay Brites</p> <p>Todos os direitos desta edição são reservados à Editora Gente.</p> <p>Rua Wisard, 305 — sala 53 São Paulo, SP — CEP 05434-080 Telefone: (11) 3670-2500 Site: www.editoragente.com.br E-mail: gente@editoragente.com.br</p>
---	---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Brites, Luciana

Crianças desafiadoras: aprenda como identificar, tratar e contribuir de maneira positiva com crianças que têm Transtorno Opositivo-Desafiador / Luciana Brites e Dr. Clay Brites. -- São Paulo: Editora Gente, 2019.

ISBN 9788545203612

1. Transtorno desafiador e opositivo em crianças 2.
Distúrbios do comportamento em crianças I. Título II. Brites,
Clay

19-1909
618.9289

CDD

Índice para catálogo sistemático

1. Transtorno desafiador e opositivo em crianças

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

1. A HISTÓRIA DO TOD

2. O CÉREBRO NO TOD

Fatores genéticos

Fatores ambientais

3. IDENTIFICANDO O TOD

Usando os critérios diagnósticos do dsm-5

Considerações importantes do comportamento

Birra ou comportamento opositor?

Adolescente "normal" ou opositivo?

Associações com o tod: as comorbidades

Escalas de avaliação para auxiliar no processo diagnóstico

Estratégias de tratamento de pessoas com tod

s de manejo parental

familiar

habilidades sociais

ões multimodais ou multissistêmicas

licações12

4. MEU FILHO TEM TOD: E AGORA?

Os próximos passos

Qual é o impacto de ter um filho com tod?

Tipos de família

Abordagem escolar no tod

O que é autorregulação?

Desenvolvimento da autorregulação

Componentes do autocontrole

As maiores dificuldades de crianças com tod

As melhores estratégias para a abordagem comportamental

Trabalhando com os alunos

Organizado, previsível e positivo

Trabalhando com seus alunos em uma base contínua

Estratégias

A importância de criar um ambiente na sala de aula que seja positivo, encorajador e solidário

Regras de ensino: lembrando os alunos dos principais regulamentos e expectativas

Configurações de rotinas de sala de aula para alunos com tod

Melhorando o comportamento do aluno com tod em sala de aula: estratégias de gestão de comportamento

Abordagem emocional

Abordagem cognitiva

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Dedicamos este livro a todas as famílias,
professores e profissionais que, por vezes, se
deparam com crianças, adolescentes e adultos
com Transtorno Opositivo-Desafiador e sentem-se perdidos,
cansados, tristes, irritados, mas não perdem a esperança,
a vontade de dar seu melhor e acreditam que, se existem
dias nublados, também existirão dias de sol!*

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que possibilitou toda esta jornada em nossos anos de estudos.

Aos nossos filhos, pelo apoio constante ao nosso trabalho, mesmo quando estamos longe.

Aos nossos familiares e nossos pais: gratidão pelos valores e por nos proporcionarem tudo o que estava ao seu alcance.

A nossa equipe de trabalho da NeuroSaber, que nos possibilita levar nossa missão e conhecimento para todas as pessoas do Brasil e do mundo.

A todas as pessoas que acompanham o nosso trabalho: pais, professores e profissionais da saúde e educação, nossa gratidão por serem multiplicadores de conhecimento!



Nota da editora

Para facilitar a fluidez da leitura, optamos por citar no corpo do texto, por meio das notas de rodapé, apenas o nome dos autores e o ano de publicação dos textos. Para verificar as referências na íntegra, basta que você procure os nomes na bibliografia no fim do livro.



Ótima leitura!

APRESENTAÇÃO

SUPERAÇÃO

Tenho muito orgulho, honra e prazer em aceitar o convite de meus pais para escrever o prefácio de uma obra tão importante para o mundo em que vivemos. Eu falo com experiência, pois tenho TOD (Transtorno Opositivo-Desafiador) e posso dizer que, desde meu diagnóstico, meus pais sempre buscaram entender e estudar o transtorno e me ajudaram a lidar com ele.

Iniciei o tratamento muito cedo. Muitas vezes não entendi porque eu ia na terapia e meus irmãos não, mas, com o passar do tempo, compreendi que era fundamental para o meu desenvolvimento. Isso teve um impacto gigantesco na forma como eu me socializava e a cada ano fui superando mais as dificuldades do TOD. E essa é a história que meus pais querem para todas as crianças que são diagnosticadas com esse transtorno: uma história de superação.

O TOD (Transtorno Opositivo-Desafiador) é um transtorno infantil caracterizado por comportamento desafiador e desobediente a figuras de autoridade e esse transtorno impactou muito a minha vida e provavelmente impacta a vida

de várias crianças. Quando eu tinha TOD, me comportava de maneira muito impulsiva, mas meus pais conseguiram, de uma maneira muito pedagógica e interativa, fazer com que eu me tornasse uma pessoa melhor, que entendesse e lidasse melhor com o meio social. Hoje vejo esse transtorno de outro jeito e percebo a importância da dedicação dos meus pais no meu desenvolvimento. É isso o que desejo para todos os leitores deste livro: que consigam adquirir e aplicar os conhecimentos necessários para lidar com crianças diagnosticadas com o TOD.

Para as pessoas que lerem o livro, saibam que ele é fruto do intenso e dedicado trabalho dos meus pais, pois é somente por meio do empenho e de grandes ideias que todas as coisas crescem e se desenvolvem. O entendimento de transtornos só é possível a partir de dedicação e envolvimento, e eu espero que vocês, leitores, possam ter essa compreensão.

Gustavo Dias Brites,
filho de Luciana e dr. Clay Brites

INTRODUÇÃO

Sempre que o nosso comportamento causa prejuízos sociais, afetivos, acadêmicos ou profissionais, devemos nos preocupar e tomar medidas que reduzam o seu impacto negativo em nossa vida e na vida de nossos pares. Ações impensadas, agressivas, que desconsideram suas consequências e chegam a desprezar os sentimentos dos outros ou de determinados grupos sociais podem ser sinal de um distúrbio de comportamento.

De modo simplificado, podemos dividir esses distúrbios de comportamento em dois tipos: internalizantes e externalizantes. Comportamentos internalizantes são aqueles observados em pessoas com excessiva tendência a isolamento, com queixas frequentes de dores e problemas corporais, ansiedade e sintomas depressivos. Comportamentos externalizantes são vistos em pessoas que não gostam de seguir regras e agem com agressividade. Na literatura médica, há várias condições neurológicas e psiquiátricas que podem levar crianças e adolescentes a uma ou

outra dessas características. Além disso, há o indivíduo que tem reações descontroladas e que desorganiza seu ambiente de vida exatamente porque se encontra com um transtorno externalizante. Nesse caso, chamamos de **transtorno de comportamento disruptivo**.

Um exemplo de transtorno disruptivo é o **Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD)**. O TOD é caracterizado por um perfil excessivo, rígido, de desobediência, hostilidade e ameaça, que ocasiona sérios problemas ligados ao modo como a criança ou o adolescente reage aos processos rotineiros e disciplinares do cotidiano. Esses jovens discutem excessivamente com adultos ou autoridades, não assumem as responsabilidades de seus atos, incomodam de maneira sistemática quem convive ao seu redor e respondem quase sempre de modo inadequado e ríspido se contrariados. É possível perceber logo nos primeiros anos de vida da criança um comportamento muito irritado, reativo e impaciente. O conceito de transtorno disruptivo foi concebido há quase cinquenta anos, mas hoje está mais bem descrito em razão de suas evidências clínicas, psicológicas e neurobiológicas.

Se não tratado, esse transtorno pode levar, a longo prazo, a severos problemas de inserção social, desagregação familiar e evasão escolar, podendo desaguar em um contexto de delinquência, drogadição e distúrbios de conduta. Estudos recentes¹ com maior número de participantes e com o envolvimento de centros de pesquisa têm revelado crescentes custos sociais, dispêndios públicos e desvios imprevisíveis de investimento para corrigir perdas de patrimônios ou de vidas humanas causadas diretamente por pessoas com esse comportamento (os gastos são dez vezes maiores e a taxa de

mortalidade é duas a três vezes mais elevada nessa população em decorrência da exposição a violência física, a conflitos, traumas e abusos de drogas). Quantas vezes nos deparamos na TV ou nas ruas com jovens de temperamento explosivo que não aceitam nenhum tipo de negociação ou recuo para apaziguar os ânimos e acabam sendo agentes de desestabilização social?



**O TOD É
CARACTERIZADO
POR UM PERFIL
EXCESSIVO,
RÍGIDO, DE
DESOBEDIÊNCIA,
HOSTILIDADE E
AMEAÇA, QUE
OCASIONA SÉRIOS
PROBLEMAS
LIGADOS AO**

MODO COMO A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE REAGE AOS PROCESSOS ROTINEIROS E DISCIPLINARES DO COTIDIANO.



Mesmo sendo considerada uma condição clínica única e bem descrita isoladamente, o TOD pode, na maioria das vezes, associar-se ao transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), ao autismo, ao transtorno de conduta e ao transtorno bipolar, tanto clínica como evolutivamente. A presença de alguns ou de todos esses transtornos agrava os sintomas do TOD e pode solapar a vida afetiva, social e escolar de seu portador.

Os jovens com TOD buscam mais serviços médicos psiquiátricos ou neuropediátricos e têm predisposição para desenvolver comportamentos que levam a internações, seja por acidentes, seja por lesões causadas por conflitos violentos. Além disso, estão mais expostos ao abandono afetivo e à baixa autoestima e a quadros depressivos ou de ansiedade generalizada.

O TOD ocorre entre 1% e 11% da população – em média, 6% das crianças e adolescentes – e é mais comum em meninos, em uma proporção de 3 a 9 meninos para 1 menina. Em geral, aparece na fase pré-escolar, inicialmente dentro de seu lar, ou até o início da adolescência, podendo ser facilmente percebido nos grupos sociais em que está inserido. Sem tratamento, é maior o risco de delinquência, transtorno de ansiedade, depressão e suicídio.

Nas escolas e nos ambientes familiares, crianças e adolescentes com esse perfil reativo costumam sofrer com rótulos como “ovelha negra”, “filho que mais dá trabalho”, “fonte das maiores dores de cabeça” e outros estereótipos comuns. São marcados por comentários depreciativos que sugerem sempre um tipo de pessoa difícil, e acabam sendo, muitas vezes, responsabilizados pelas eventuais desavenças ou separações. No consultório, é evidente a decepção, o desprezo e o cansaço no semblante dos pais ao se referirem ao filho “problemático”. Não raramente, esses pais declaram abertamente que não aguentam mais a convivência com o filho e que prefeririam deixá-lo com seus avós ou outros cuidadores. Com frequência, os pais sentem-se incompetentes e são considerados fracos, sem autoridade e são criticados, tanto por parte do restante da família como no ambiente escolar. Quando

são filhos adotivos, os pais desejam devolvê-los e revelam enorme arrependimento de tê-los assumido.



**ESTE LIVRO TEM A
FINALIDADE DE
APRESENTAR E
EXPLICAR DE
FORMA SIMPLES E
DIDÁTICA ESSE
TRANSTORNO
NEUROPSIQUIÁTRICO
QUE VEM
PREOCUPANDO
ESPECIALISTAS E**

MOTIVANDO PAIS E INSTITUIÇÕES A BUSCAREM AJUDA.



A forma como esses jovens lidam com imposições sociais, institucionais, regras e com as autoridades de casa e de fora resulta, infelizmente, na fragmentação das relações, na perda de vínculos afetivos e no constante conflito nos ambientes em que estão inseridos. Com o tempo, os cuidadores relatam que pedir algo a eles é um sofrimento sem fim: *Será que ele vai me agredir?, Quando peço que ele faça algo, parece que o mundo vai acabar e tenho medo, doutor, e, pior, Não tenho tido paz e calma em minha casa há muito tempo.*

A paz vai mesmo embora? Lamentavelmente, sim. Muitos já declararam que evitam chegar cedo em casa para não ter que se deparar com brigas ou ter que “bater de frente” com seu filho opositor – e, nesse contexto, essa conduta é muito triste, uma vez que o lar, em geral, representa o porto seguro de cada um, o local em que podemos viver da melhor forma e com poucas preocupações.

Pessoas com TOD podem pôr a perder todo o alicerce construído por seus pais e transformar o pretense céu doméstico em um inferno. Nesse contexto, entretanto, é importante salientar que muitas vezes são os cuidadores e/ou

pais que ajudaram a “desenvolver” esse comportamento no filho e que as primeiras medidas para reverter tal panorama estão em rever seus modos de educar.

Este livro tem a finalidade de apresentar e explicar de maneira simples e didática esse transtorno neuropsiquiátrico que vem preocupando especialistas e motivando muitos pais e instituições escolares a se debruçar sobre o que ele significa e a aprender a conduzi-lo nos mais diversos ambientes. A presença cada vez mais marcante e recorrente de pessoas com problemas de comportamento compatíveis com TOD vem alertando para a necessidade de mais conhecimento e criação de estratégias tanto preventivas como terapêuticas para minimizar o impacto e reduzir os efeitos na subjetividade daquele que o tem e também nas pessoas que o rodeiam.



**A FORMA COMO
ESSES JOVENS
LIDAM COM
IMPOSIÇÕES
SOCIAIS,
INSTITUCIONAIS,
REGRAS E COM AS
AUTORIDADES DE
CASA E DE FORA
RESULTA,
INFELIZMENTE, NA**

**FRAGMENTAÇÃO
DAS RELAÇÕES, NA
PERDA DE
VÍNCULOS
AFETIVOS E NO
CONSTANTE
CONFLITO NOS
AMBIENTES EM
QUE ESTÃO
INSERIDOS.**

.....

1 Scott *et al.* (2017).

1. A HISTÓRIA DO TOD

O conceito dos transtornos de comportamento disruptivo em crianças e adolescentes foi proposto pela primeira vez na segunda edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o DSM-II, publicada em 1972. Naquela ocasião, poucas linhas foram destinadas a descrevê-los, pois pouco se sabia e não haviam tantas pesquisas.

O TOD foi listado pela primeira vez como um transtorno em 1980 no DSM-III. Quase imediatamente surgiram questões sobre a definição do distúrbio. Muitos questionaram se ele não era apenas um nome para um mau comportamento. Outros sugeriram que o TOD era, na verdade, apenas uma forma leve de um transtorno de conduta (TC). Revisões foram feitas entre 1987 e 1994 para tentar responder a esses questionamentos. As primeiras revisões da definição esclareceram que o TOD é um distúrbio separado do TC. Os sintomas do TOD são considerados menos agressivos que o TC, e pesquisas atuais estão começando a

mostrar que o TOD pode ser, sim, um **precursor** do TC em alguns casos.²

Muitas pesquisas³ foram feitas sobre esses distúrbios e outros transtornos comportamentais antissociais por Benjamin Lahey, Rolf Loeber e Paul Frick. Suas descobertas e estudos de outros pesquisadores contribuíram para os esclarecimentos da definição do TOD ao longo dos anos. Embora o TOD tenha se tornado amplamente aceito como um transtorno, as questões sobre os sintomas, bem como a sua frequência e gravidade, têm afetado a definição.

Publicado em 2013, o novo DSM-5 contém várias atualizações sobre o diagnóstico de TOD. Primeiramente, os sintomas são agrupados em três categorias: vingativa, humor irritado/irritável e comportamento argumentativo/desafiador. Isso foi adicionado para abordar o fato de que essa reação é tanto comportamental como emocional. Outra atualização fornece informações sobre a frequência dos comportamentos sintomáticos, as quais devem ajudar os médicos a diagnosticar comportamentos infantis sintomáticos do TOD. Além disso, foi adicionada uma classificação de gravidade para auxiliar os médicos a analisar a gravidade do distúrbio em diferentes contextos. Com essa atualização, o TOD passou a ser mais bem compreendido e encarado como uma condição oriunda de problemas de autorregulação ou autocontrole emocional frente a adversidades e imposições de autoridades ou de regras preestabelecidas.



**O TOD É
ENCARADO COMO
UMA CONDIÇÃO
ORIUNDA DE
PROBLEMAS DE
AUTORREGULAÇÃO
OU
AUTOCONTROLE
EMOCIONAL
FRENTE A
ADVERSIDADES E**

IMPOSIÇÕES DE AUTORIDADES OU DE REGRAS PREESTABELECIDAS.

2 Rowe *et al.* (2005).

3 Frick *et al* (1992).

2. O CÉREBRO NO TOD

Por muito tempo, acreditou-se que comportamentos opostos fossem reações mal-educadas, intencionalmente provocadas por crianças ou adolescentes desprovidos de limites ou de estrutura familiar. No entanto, ao se depararem com famílias que buscaram ajuda em consultórios médicos e com as crescentes ondas de queixas que começaram a inundar as escolas, muitos pesquisadores e médicos começaram a suspeitar que pudessem existir pessoas que não conseguiam lidar com mínimas frustrações por inabilidade inata ou por apresentarem temperamento negativo ou explosivo desde tenra idade.

Essas crianças apresentavam tendência a serem excessivamente reativas, desencadeavam nos seus pares de mesma idade repulsa ou evitação e davam constantes aborrecimentos aos seus pais ou cuidadores em reuniões sociais, a ponto de motivar restrições para saírem de casa.

Outra evidência era a familiar. Muitos pais tinham temperamento semelhante ou apresentavam transtornos de

humor ou histórico de TDAH e transtorno de conduta, levando a crer que poderia existir um problema na estrutura ou no funcionamento cerebral do indivíduo com TOD.

Muitas dessas crianças respondiam muito bem a tratamentos farmacológicos com estabilizadores de humor ou antipsicóticos, expondo, assim, uma resposta positiva a recursos bioquímicos. Então, teria o TOD uma explicação ou causa enraizada na estrutura do cérebro?

Bem, antes é importante fazer alguns esclarecimentos. A intensidade de cada comportamento varia levemente de pessoa para pessoa e de grupos populacionais para grupos populacionais, obedecendo ao seguinte padrão: a maioria da população teria um perfil de bom funcionamento no cotidiano; uma minoria, em um extremo, apresentaria um perfil muito resiliente; e, em outro extremo, uma minoria com um perfil bastante disfuncional ou antissocial. Os indivíduos deste último grupo apresentam **traços ou sintomas de insensibilidade e de afetividade restrita ou pobre** ou, em inglês, callous and unemotional traits (CUT). São crianças maiores e adolescentes que não têm apatia, não se preocupam com os outros, não sentem culpa ou remorso, são indiferentes ao sofrimento dos outros, com reações constrictas, frias, e tendem a manter distanciamento, mesmo presenciando momentos de tensão entre pessoas, o que costuma ser desestabilizador para qualquer um. Além de poderem futuramente apresentar TOD, esses jovens podem evoluir para padrões de comportamento agressivo, explosivo e até transtorno de personalidade antissocial.

Todas essas informações direcionaram as pesquisas a investigar os possíveis fatores neurobiológicos relacionados a

comportamentos opositivo-desafiadores. Estudos amplos em TOD com grande quantidade de pessoas e observação prolongada têm sido desenvolvidos por guias clínicos e protocolos de agências governamentais. Em um livro sobre os aspectos neurológicos do cérebro de pessoas com TOD, publicado em 2015, Efferson e Glenn⁴ expuseram várias pesquisas que demonstraram diferenças no funcionamento cerebral de indivíduos com TOD em comparação com pessoas típicas ou pessoas com TDAH. As diferenças mostram alterações regionais de volume cerebral e ritmo funcional de estruturas ligadas ao reconhecimento das emoções humanas e sentimento de empatia, como a amígdala, a ínsula e o hipocampo.

Na **Figura 1** a seguir, é possível verificar quais são as áreas cerebrais envolvidas na autorregulação do comportamento no TOD:

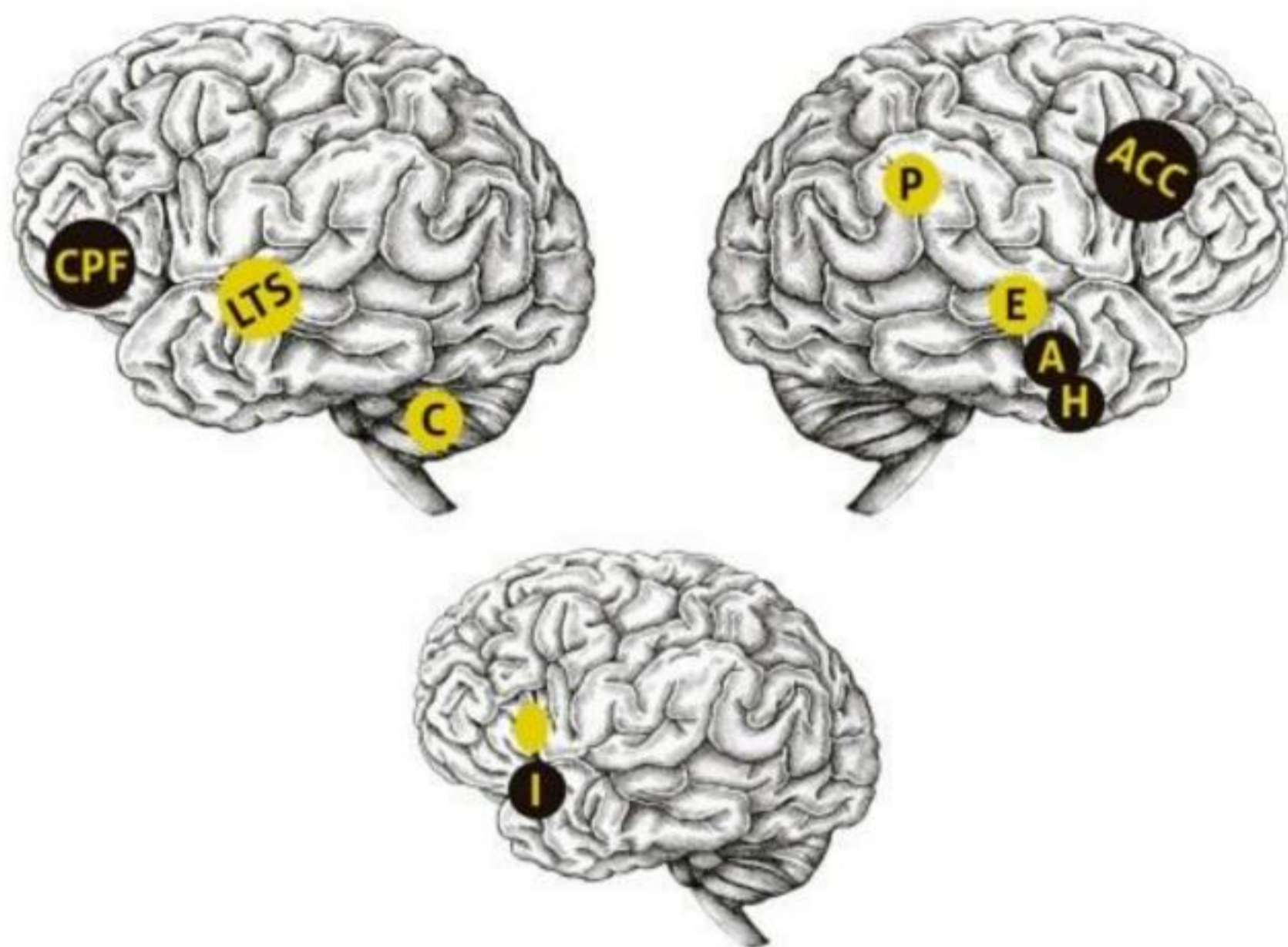


FIGURA 1: Córtex pré-frontal (CPF); lobo temporal superior (LTS); cerebelo (C); ínsula (I); precúneo (P); giro cingulado anterior (ACC); estriado (E); amígdala (A) e hipocampo (H).

E, para que você possa entender e diferenciar essas áreas, elaboramos uma tabela com as suas principais funcionalidades no corpo humano (**Tabela 1**).



**A INTENSIDADE DE
CADA
COMPORTAMENTO
VARIA LEVEMENTE
DE PESSOA PARA
PESSOA E DE
GRUPOS
POPULACIONAIS
PARA GRUPOS
POPULACIONAIS.**



Áreas cerebrais envolvidas	Funções específicas
Córtex pré-frontal (CPF)	Coordena os tipos de resposta que você terá em caso de ameaça, conflito ou medo.
Giro cingulado anterior (ACC)	Coordena nosso temperamento e nossa motivação quando precisamos reagir a diferentes situações.
Amígdala (A)	Estimula o cérebro a reagir rapidamente a uma situação de medo, ameaça ou raiva.
Hipocampo (H)	Coordena a memorização de partes emocionais que acontecem no dia a dia do indivíduo.
Ínsula (I)	É responsável pela empatia, ou seja, pela habilidade de colocar-se no lugar do próximo quando estamos diante de situações adversas.
Estriado (E)	É responsável por formar hábitos recorrentes; ou seja, quando você faz algo, como tomar café da manhã, o estriado faz desta ação um hábito recorrente e, assim, permite a repetição de ações sem ser necessário o "pensamento".
Lobo temporal superior (LTS)	Memoriza linguagens e partes de informações ligadas às nossas emoções.
Precúneo (P)	Desliga a nossa atenção de uma imagem ou alvo e retoma essa interação em outra situação.
Cerebelo (C)	É responsável pela integração de dados da linguagem e da orientação, ajudando a automatizar respostas.

TABELA 1: Áreas cerebrais envolvidas e suas funções específicas

Outras alterações de volume foram descritas na região pré-frontal e temporal e no giro cingulado anterior, responsáveis pela atenção aos erros, regulação emocional e acesso rápido para avaliar saliências emocionais e planejar respostas com inibição de reações agressivas. Essas regiões são conhecidas como **áreas executivas quentes do cérebro** (ou *hot EF*, em

inglês), assim denominadas porque estão envolvidas no processamento organizado de nossas emoções, no controle de nosso temperamento e no direcionamento equilibrado de nossas expressões emocionais durante conflitos, más notícias, perdas ou fracassos, e alegrias. Também são responsáveis pela nossa capacidade de aumentar ou reduzir nosso esforço mental para cumprir tarefas e estabilizar nosso humor durante atividades chatas, longas ou indesejadas.

Alterações neurais e nas conexões entre a amígdala e o córtex pré-frontal foram bem documentadas, demonstrando que pode haver dificuldade em processar informações emocionais (que vêm da relação afetiva entre as pessoas) e transferir para a real avaliação dos sentimentos e das intenções sociais, além de dificuldade em como reagir e planejar uma resposta agradável ou comedida após ser exposto a algum conflito com outras pessoas. Também foram observadas disfunções no estriado e no precúneo, áreas em que normalmente se processam dados relacionados à capacidade de se perceber e de se conhecer melhor para saber como agir e como refletir antes de agir. Essas regiões são conhecidas como **áreas executivas cerebrais frias do cérebro** (ou *cold EF*, em inglês). O termo **frio** é utilizado pois essas regiões estão envolvidas nas habilidades de reconhecimento visual e linguístico de detalhes para a aprendizagem e para a memória, organização, planejamento, percepção de erros e imperfeições durante uma atividade em sequência etc.

Essas evidências sugerem que o TOD está relacionado a **alterações de atividade/intensidade amígdalo-insular-estriatal** e deficiência de conexões que envolvem as **áreas cerebrais de autorregulação tanto emocional como**

cognitiva (Figura 2). Na prática, essas alterações significam que crianças e adolescentes com TOD sofrem de dois grandes problemas de disfunção cerebral: 1) incapacidade em se autocontrolar frente a frustrações e imposições de autoridade, incapacidade de aceitar com resiliência e temperamento positivo situações que envolvem adversidades sociais e desfavorecimento pessoal; e 2) dificuldade em tomar uma decisão eficiente e resiliente entre uma má conduta e julgar a consequente punição, levando a uma má conduta de destempero.

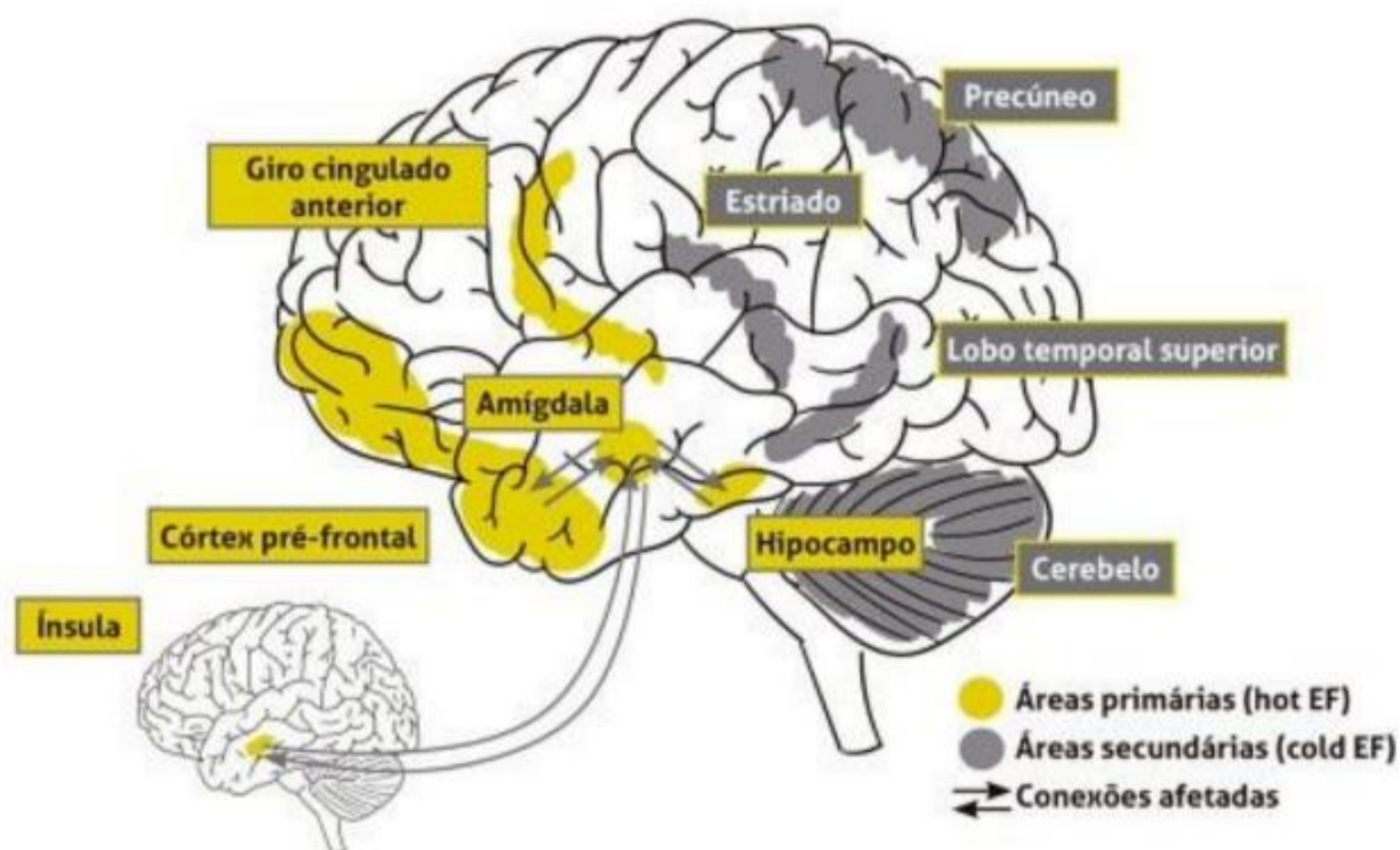


FIGURA 2: Áreas cerebrais primárias e secundárias e suas conexões associadas ao TOD

As alterações neurobiológicas descritas anteriormente são resultantes de fatores genéticos, ambientais e de déficits de cognição social. Esses processos podem ocorrer de maneira **sobreposta ou complementar na etapa do desenvolvimento infantil** e levam a um comportamento atípico socialmente e

com respostas anormais e exageradas quando condicionados por autoridades afetivas ou institucionais (**Figura 3**).



FIGURA 3: Fatores genéticos e ambientais que influenciam o aparecimento de comportamentos opositivo-desafiadores

Fatores genéticos

Como todo tipo de comportamento e de distúrbios ou transtornos de comportamento, o TOD é uma condição resultante de fatores genéticos e ambientais, mas com predomínio de fatores genéticos. A herdabilidade no TOD atinge 61%; ou seja, a cada 10 fatores que podem gerar TOD, 6 estão nos genes. O comportamento opositor-desafiador está associado à ação de vários genes; na genética, isso quer dizer **poligenia**, ou melhor, resultado de uma **herança poligênica**.

Desse modo, uma doença ou transtorno é resultante de vários genes que se relacionam entre si. Cada gene traz um “traço” de comportamento e, ao interagirem com outros que trazem outros “traços”, levam a um conjunto variado de características em um mesmo transtorno, cada gene adicionando mais alterações aos outros genes. Em contato com o meio ambiente ou com o contexto em que esses genes estão

vivendo, a variação aumenta ainda mais. Veja a cor da pele: os genes podem levar a uma cor possível para a pele da pessoa, mas, dependendo de onde ela vive, a intensidade pode ser mais forte ou mais suave.



**O TOD É UMA
CONDIÇÃO
RESULTANTE DE
FATORES
GENÉTICOS E
AMBIENTAIS, MAS
COM PREDOMÍNIO
DE FATORES
GENÉTICOS.
A HERDABILIDADE
NO TOD ATINGE**

61%; OU SEJA, A CADA 10 FATORES QUE PODEM GERAR TOD, 6 ESTÃO NOS GENES.



Com o avanço da neurociência e da genética, foi possível determinar por meio de pesquisas que existem genes intimamente

associados ao TOD e que este ocorre mais em pessoas do sexo masculino. Os genes também aparecem em populações com TDAH e TC, reafirmando a ampla correlação do TOD com essas condições. Esses genes também estão presentes no mapeamento de indivíduos com perfil impulsivo e agressivo, e muitos trabalhos têm ampliado pesquisas e amostragens para poder descrever melhor a vulnerabilidade de pessoas desenvolverem TOD nos casos em que o mesmo gene aparece nas pessoas agressivas e nas que têm ou terão TOD.

Fatores ambientais

Apesar do predomínio de fatores genéticos, no TOD é

marcante a influência decisiva de ocorrências negativas nas relações da criança com seus pares, figuras de autoridade, atores afetivos (cuidadores e influenciadores). Com frequência, os sintomas começam após os 4 anos de idade, com ápice entre os 6 e os 7 anos, e, se nada for feito, avançam dos 8 aos 10 anos com explosão insuportável na pré-adolescência e adolescência, com grande possibilidade da persistência desses sintomas na fase adulta.

Pesquisas recentes, realizadas em centros de avaliação clínica em diversos países com o apoio de protocolos e consórcios com grande número de pacientes reunidos, vêm demonstrando que vários fatores ambientais estão associados ao desenvolvimento do TOD: famílias disfuncionais, perfis específicos de condução educacional pelos pais e cuidadores que podem abranger depressão materna, alcoolismo e/ou utilização de drogas, má qualidade no cuidado em momentos sensíveis da criança, pobreza de autoridade, ausência de padrão de regras e rotinas, histórico de prematuridade e baixo peso ao nascer. Somam-se a esses fatores pobreza, baixa renda e disparidades socioculturais.

Famílias disfuncionais são aquelas em que o clima de estabilidade é raro e há sensação de falta de segurança e pouca previsibilidade.

Como regra, reina o conflito, a desordem de ações, a ausência de autoridade regular, e os responsáveis vivem excessivamente preocupados com outras coisas e deixam a criança em segundo plano. Podemos mencionar também os ambientes em que crianças, antes de serem definitivamente adotadas, passam por instituições, lares provisórios ou ficam sob custódia do Estado

por tempo indeterminado, resultando na ausência de um futuro afetivo definido.

É necessário ressaltar, porém, que nem toda forma de educar ou cuidar de uma criança é psicologicamente saudável. Ter uma mãe e um pai não é garantia de afeto positivo ou lastro para a certeza de que uma criança crescerá e se desenvolverá com plena sanidade mental e cognitiva. Além disso, nem todo mundo tem vocação para ter filhos ou criar alguém, e há crianças que, desde muito pequenas, são naturalmente irritadas, geniosas e teimosas.

Cuidadores muito permissivos ou divergentes – um que é “bonzinho” contrastando com outro – acabam construindo uma dinâmica familiar em que ninguém manda em ninguém e, na esteira dos desacordos entre os pais, a criança acaba mandando em todos e em tudo. O mesmo ocorre se um terceiro adulto entra em cena e faz tudo o que a criança quer, a exemplo de avós, tios, padrinhos. Pais ou mães extremamente punitivos, ansiosos ou depressivos costumam sentir muita culpa e apresentam pouca energia mental e engajamento para cuidar da criança, educá-la e monitorá-la e, além disso, podem sentir dó dela, fazendo suas vontades com excesso de permissividade. As consequências disso são crianças irritadas, explosivas, egocêntricas em excesso, com temperamento impaciente e, por conseguinte, com TOD.