

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

A CRIANÇA DIFÍCIL: COMO ENTENDER OS TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Texto divulgado em 27/02/2025

Relatora*

Arianne Angelelli

Núcleo de Estudos de Saúde Mental da SPSP

Por viver em sociedade e ser muito dependente de seus cuidadores na infância, o ser humano saudável necessita desenvolver habilidades sociais desde muito cedo. Para que uma criança chegue à vida adulta em plenas condições de saúde, não basta um corpo que funcione bem, e nem mesmo uma mente inteligente. A dimensão social (traduzida pela capacidade de se comunicar, fazer amigos, entender e se adequar às normas sociais) é parte importante da conquista da maturidade e autonomia de todo indivíduo. De um ponto de vista mais profundo, essas capacidades se relacionam com a possibilidade de respeitar os limites entre o si mesmo e o outro.

Assim, um pediatra que leva em conta o desenvolvimento biopsicossocial da criança está atento aos marcos do desenvolvimento relativos à sua capacidade de socialização. Porém, neste campo, a medicina não nos fornece todas as respostas. Desvios de comportamento são fenômenos universais; todas as sociedades produzem pessoas que, de um jeito ou de outro, fogem às normas estabelecidas.¹ Como prevenir, identificar e – se possível – corrigir os desvios de comportamento assim que estes se apresentam desde os tempos iniciais? É possível desenvolver estratégias de cuidado para evitar o desenvolvimento de transtornos graves no futuro, naquelas crianças que desde pequenas demonstram dificuldade em respeitar regras?

Documento Científico



O pediatra e psicanalista inglês D. Winnicott dedicou boa parte de sua vida a estudar e escrever sobre essa questão. Para ele, a capacidade de se preocupar com os outros, de se colocar no lugar do outro, à qual ele chamou de “capacidade de concernimento”, é uma das principais conquistas da pessoa madura.² A capacidade para o concernimento liga-se à possibilidade de estabelecer relacionamentos empáticos e de sentir-se responsável pelas próprias ações e desejos. Tal capacidade leva a pessoa, em sua vida, a desenvolver maneiras de cuidar e reparar, ou seja, “consertar”, os danos causados àqueles que estão à sua volta: por sua agressividade, por seu ciúme ou inveja, por seu egoísmo ou por seu desejo de se fazer valer em relação aos outros. Winnicott considera que uma certa dose de agressividade é inerente à condição humana. Mas cada pessoa precisa descobrir um jeito de endereçar sua agressividade e suas necessidades pessoais de modo a viver em sociedade, de acordo com regras que limitam seus atos e a realização dos seus desejos. É impossível crescer e assumir as responsabilidades da vida sem aprender a lidar com frustrações e limites. Aqueles que não conseguem lidar com essa verdade encontram-se em dificuldades.

Quando observamos o desenvolvimento de uma criança saudável, pode até parecer que a capacidade de brincar, imaginar e se importar com os demais é adquirida sem esforço. Para que possa viver no mundo, a criança recebe a orientação e os modelos parentais e, quando tudo corre bem, torna-se progressivamente capaz de sentir culpa e preocupar-se com o sofrimento alheio. Mas atingir essas competências não é tão fácil, pois exige da criança a possibilidade de negociar com o seu meio de modo a expressar seus desejos e lidar com as perdas inevitáveis que envolvem o viver. Nos casos patológicos, fica mais claro perceber como são necessários muitos fatores para que essas capacidades sejam adquiridas a contento. O processo de socialização se desenvolve segundo certos marcos que o pediatra conhece e confirma em sua clínica. Pode-se então observar as evidências mais precoces de vínculo (como o contato olho a olho do bebê) até a aquisição da capacidade de abstração que permite a um adolescente apropriar-se de questões ambientais e sociais mais complexas. Uma adolescente de 12 anos relata ao seu pediatra que vem estando muito preocupada com o aquecimento global. Ela está angariando doações em sua escola para as crianças do Rio Grande do Sul que sofreram enchentes, e fica com os olhos mareados contando sobre as imagens que viu na televisão. Essa moça já é capaz de se colocar no lugar daqueles que estão sofrendo e pensar em soluções para mitigar esse sofrimento.

Documento Científico



Contudo, não raramente, o pediatra escuta histórias diferentes, em geral trazidas pelos pais ou pela escola, relatando tendências antissociais em um paciente. São elas: a agressividade, as mentiras, a culpabilização dos outros pelas suas atitudes, explosões de raiva, furtos, demonstração de falta de consideração para com os pais e irmãos, entre outras. Quando uma tendência assim se manifesta no comportamento da criança, todos se alarmam. A psiquiatria descreve a evolução desfavorável de algumas dessas crianças para casos mais graves de desobediência à lei na vida adulta. A escola também enfrenta esse desafio: aqueles que não conseguem viver bem em sociedade trazem sofrimento aos demais e é na escola que isso costuma aparecer de forma mais contundente.³

A fim de classificar e nomear essas dificuldades, em termos da saúde mental, cunhou-se o termo “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta” (TDCID), que está presente no 5º Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais.⁴ A tendência hegemônica na psiquiatria atual agrupa os transtornos de comportamento que têm por base uma tendência antissocial mais ou menos grave. Esses quadros variam desde a tendência opositora encontrada em crianças que questionam as regras em casa e na escola, até os fenômenos mais francamente delinquentes. Assim, a tendência antissocial segue um continuum que começa nas manifestações comumente descritas pelos pais e escola como sendo presentes nas “crianças difíceis, explosivas, teimosas, birrentas”, até chegar aos casos de necessidade de intervenção mais séria por parte dos cuidadores e até do Estado (menores infratores). A ideia de prevenir e tratar o quanto antes esses quadros norteia a preocupação em diagnosticar essas crianças o mais cedo possível. Estatísticas apontam que um número crescente de jovens se envolve em atos de violência e criminalidade, e que os problemas emocionais e comportamentais desta população figuram entre os principais motivos para busca de tratamento especializado.⁵ O que não parece claro em alguns estudos que buscam compreender esse fenômeno é o quanto há de participação da falência das estruturas sociais da contemporaneidade, com a relativização da autoridade, generalizada, presente nas mídias. Essa situação reflete a lógica da nossa época, regida pelas leis do mercado e do narcisismo, da aparência e da performance.⁶ Quanto isso afeta as crianças e as famílias de modo geral? Estamos vivendo em uma sociedade que, de forma geral, estimula o individualismo, a falta de comprometimento com o outro e o bem comum. Muitos autores se levantam para dizer o quanto isso afeta e se reflete na atitude de nossas crianças.⁷

Documento Científico



Há também a questão da “medicalização” da tendência antissocial e do risco de entender esses comportamentos, que envolvem tantas variáveis ambientais, como sendo tipos particulares de doença mental.⁸ Visto que a agressividade, a dificuldade de aceitar regras, a intolerância à frustração, o egocentrismo e até as “birras” estão presentes em muitas crianças que acabam por amadurecer e desenvolver-se normalmente após uma fase turbulenta, é difícil traçar um limite entre a normalidade e a patologia. Principalmente nos casos de “TOD” (transtorno opositivo desafiador), em que as manifestações comportamentais se referem ao desafio às figuras de autoridade, sem as manifestações mais graves que acontecem nas crianças que apresentam atitudes claramente delinquentes.

Como diferenciar?

De modo geral, os TDCID envolvem traços de personalidade que denotam maior hostilidade e maior afeto negativo. Tais problemas, expressos nas relações sociais, por si sós já são geradores de estresse e dificuldades nos contextos de convivência da criança. Todos os transtornos listados sob essa sigla dizem respeito à dificuldade de autocontrole e regulação emocional. Para a avaliação da gravidade do transtorno disruptivo, a violação dos direitos de outras pessoas é considerada fundamental. Assim, é importante diferenciar os casos para evitar reações de alarme exageradas e “rotular” crianças que podem estar, de certa forma, pedindo um contorno ao ambiente por meio de seus comportamentos disruptivos. Nesse caso, o comportamento é um sinal de esperança, um pedido de ajuda, assim como a febre pode ser o sinal de uma infecção, e não a patologia principal a ser tratada. Essa “febre” comportamental pode ser reativa a um ambiente pouco acolhedor, traumatizante ou instável; ou pode ser a manifestação de uma defesa contra um ataque (real ou imaginário) que a criança percebe em seu ambiente. Se o ambiente acolhe a criança com empatia e firmeza, os “sintomas” se resolvem, assim como a febre baixa depois de resolvida a infecção.

Faz-se então necessário descrever, segundo os critérios vigentes, os transtornos que podem acontecer nesse âmbito. O **transtorno de oposição desafiante (TOD)** é caracterizado por um padrão irritável e/ou raivoso de humor, pelo qual comportamentos desafiantes, de vingança e questionadores estão presentes por, no mínimo, seis meses. Afeta mais comumente meninos do que meninas, apresentando uma prevalência média de 3,3%.⁵ (Em indivíduos com menos de cinco anos, os sintomas devem estar presentes na maior parte dos dias). A

Documento Científico



presença do comportamento argumentativo é frequente, sobretudo quando a criança não deseja realizar uma tarefa e quando as ordens lhe são dirigidas por uma autoridade. É frequente que, quando confrontada para fazer aquilo que não deseja, a criança apresente atos impulsivos, como bater ou quebrar objetos, demonstrando dificuldades de regulação emocional.⁴ O que impressiona o observador, nos casos das crianças opositoras, é a interpretação particular que fazem de suas próprias atitudes e reações: a culpa é sempre do outro, a criança é que foi provocada, injustiçada, preterida, negligenciada. Isso demonstra a imaturidade e a dificuldade na capacidade de concernimento,² de empatia e de autorresponsabilização dessas crianças.

Já o transtorno de conduta (**TC**) engloba comportamentos cruéis e deliberadamente hostis, originando-se sobretudo durante as etapas da infância e/ou adolescência. Trata-se de um transtorno de alta prevalência, afetando cerca de 12% de meninos e 7% de meninas ao longo da vida.⁴ Neste caso, são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas e regras sociais relevantes e apropriadas para a idade. O diagnóstico considera a presença de, no mínimo, três das situações abaixo descritas: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, frequentemente provocar, ameaçar ou intimidar outros, iniciar com frequência brigas físicas, utilizar armas que podem causar danos graves a outros, ser cruel com animais ou pessoas, forçar alguém à atividade sexual, provocar incêndios, praticar furtos, fugir de casa e passar a noite fora, cabular aula, etc.

Dos casos mais graves aos menos graves, na maioria das crianças com transtornos disruptivos, a impulsividade é um lugar-comum, como também uma certa dificuldade em planejar e prever os atos que podem determinar uma maior inabilidade social. Nas crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, essas características estão presentes, mas não a ausência de culpa e autorresponsabilidade que notamos nos outros transtornos.

O que fazer?

A situação dos transtornos disruptivos da infância e adolescência deve ser vista como especialmente problemática no contexto brasileiro, pois temos um país marcado pela violência urbana, pela desigualdade social e com altas taxas de criminalidade. É necessário observar que tipo de uso fazemos dos diagnósticos nesse contexto social, de forma que os cuidadores nas diversas instâncias se posicionem em relação à busca de fatores etiológicos mais amplos e não corram o risco de reforçar preconceitos perante as pessoas sem recursos

Documento Científico



financeiros.⁹ No caso dos transtornos de conduta e atitudes delinquentes, existe uma articulação entre os campos médico, jurídico e escolar, cada um desses campos tendo sua especificidade. Principalmente no caso das crianças socialmente desfavorecidas, por preconceito, pode-se criar um discurso em torno do comportamento desviante que se localiza principalmente em relação à oposição a figuras de autoridade, sem quadros delinquentes associados.

Embora a psicoterapia individual e alguns medicamentos possam aliviar a impulsividade, as explosões de raiva, e certos comportamentos ligados aos quadros de transtornos disruptivos, é o cuidado ambiental que precisa ser analisado com atenção na maioria destes casos. Os transtornos disruptivos, por serem uma “doença” da vida de relação, exigem um posicionamento e uma intervenção *a nível do ambiente* na maioria das vezes. É então que o pediatra, acostumado a lidar com as doenças do corpo e até a orientar as condutas em relação aos transtornos emocionais das crianças, se sente mais impotente. Intervenções ambientais (orientação de pais, manejo da escola, estabelecimento de sanções e vivências que ajudem a criança a perceber a consequência dos seus atos) fogem ao escopo do pediatra e mesmo de muitas abordagens psicológicas convencionais.

Por outro lado, se a capacidade de concernimento é uma conquista do amadurecimento, é desejável que crianças que manifestam em seu comportamento uma dificuldade de empatizar e se colocar no lugar do outro, possam ter toda ajuda que precisam para “curar” essa imaturidade que se manifesta no âmbito social. Di Loreto, psiquiatra infantil que nos deixou recentemente, em seu livro *Posições tardias*¹⁰ descreve o trabalho psicoterapêutico com uma criança que apresentava um comportamento disruptivo e que, por meio da relação terapêutica com ele, diminuiu consideravelmente a necessidade de “encenar”, no ambiente, o medo e a insegurança que sentia. No sentido oposto, um filme recentemente premiado, *A sala dos professores*,¹¹ descreve um tipo de iatrogenia ambiental: a escola que pune severamente uma criança cujo comportamento antissocial é um protesto contra uma injustiça vivida. Essa criança previamente bem ajustada, ao viver uma situação de grande sofrimento familiar, começa a “dar trabalho” para a professora, na esperança de que ela acolha a sua dificuldade, e não encontra na escola o apoio de que precisa. Exemplos assim nos fazem perceber a complexidade desse tema, que não pode ser encarado puramente como uma doença psiquiátrica ou mental, visto que se liga à relação da criança com seu ambiente. É por isso que as abordagens multidisciplinares têm melhor efeito nestes casos, incluindo-se as intervenções de linha cognitivo-comportamental (auxílio para controle da raiva,

Documento Científico



habilidades sociais, estabelecimento de regras firmes e coerentes), psicodinâmica (buscando proporcionar a retomada do amadurecimento), a terapia familiar e o suporte à escola e família, muito importantes nesses casos. Quando o transtorno atinge os liames da estruturação de uma personalidade antissocial, com ganhos secundários (vantagens) relativos à delinquência, mentira ou manipulação do ambiente, é muito mais difícil conseguir uma mudança significativa, e nisto reside um dos aspectos mais frustrantes do trabalho com estes casos. Então, só o controle social parece surtir algum efeito na diminuição do prejuízo que este indivíduo pode causar aos outros e a si mesmo.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo destaca que diagnósticos e terapêuticas publicados neste documento científico são exclusivamente para ensino e utilização por médicos.

Referências

1. Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (Exp. ed.). Temple University Press. 1992.
2. Winnicott DW. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. 2012. Original publicado em 1958.
3. Mendes da Silva S, de Oliveira D, Antoniassi Junior G. Percepções de professores sobre os comportamentos dos alunos do ensino fundamental: uma discussão em relação aos sinais do transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta. *SciGen* [Internet]. 20 de novembro de 2023 [citado em 27 de junho de 2024]. 2024;4(2):491-502. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/548>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. 2013.
5. Wendt GW, Koller S. Problemas de conduta em crianças e adolescentes: Evidências no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*. 2019;11(2):129-146. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2019.v11i2.3002>
6. Baptista A, Jerusalinsky J. *Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais*. Salvador: Ágalma. 2017.

Documento Científico



7. Haidt J. A geração ansiosa: Como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais. Companhia das Letras. 2024.
8. Catão I. (org.). Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça. Salvador: Ágalma; 2020. 309p.
9. Lucero A, Souza IMC, Cittadino NS. A criança agressiva para além do transtorno opositor desafiador (TOD). Mnemosine [Internet]. 27 de agosto de 2021 [citado em 27 de junho de 2024]. 2024;17(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/61856>
10. Di Loreto O. Posições tardias: contribuição ao estudo do segundo ano de vida. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.
11. Filme: A sala dos professores. Direção: Ilker Çatak. Alemanha, 2023.

***Relatora:**

Arianne Angelelli

Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência e Membro do Núcleo de Estudos de Saúde Mental da SPSP.