
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA PERTURBAÇÃO DESAFIANTE DE OPOSIÇÃO: ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

Neuropsychological Assessment in Oppositional Defiant Disorder: Systematic review study

Evaluación neuropsicológica en el trastorno de oposición desafiante: Estudio de revisión sistemática

RECIBIDO: 24 septiembre 2019 - ACEPTADO: 10 marzo 2020

Luis Alberto Maia^b

Carla Sofia Nascimento^c

Diana Aurélio^a

a. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal b. Professor da Universidade da Beira Interior, Portugal c. Professora da Universidade da Beira Interior, Portugal.

Palavras-chave:

Perturbação Desafiante de Oposição; Crianças; Avaliação Neuropsicológica.

Key words:

Oppositional Defiant Disorder; Children; Neuropsychological Assessment

Palabras Clave:

Trastorno de oposición desafiante; Niños; Evaluación neuropsicológica.

RESUMO

A Perturbação Desafiante de Oposição (PDO)¹ é um dos diagnósticos mais comuns na psicopatologia infantil, no entanto, ainda existem poucas investigações sobre a avaliação neuropsicológica nesta perturbação. Todavia é possível encontrar na bibliografia existente uma associação da PDO com défices neuropsicológicos. Assim, crianças com PDO são normalmente associadas com défices na atenção, nas competências verbais e nas funções executivas. Este artigo tem como objetivo fazer uma revisão de diversos aspetos da PDO como a epidemiologia, a etiologia, avaliação neuropsicológica e o seu tratamento.

¹ Este artigo está escrito em Português de Portugal, tal pode trazer alguma confusão entre termos de construtos, variáveis e outros substantivos de forma geral; desta forma, quando nos referimos a Perturbação Desafiante de Oposição, assumidos que estamos a utilizar a mesma entidade nosológica como Trastorno Desafiador de Oposição, que surge em Português do Brasil.

ABSTRACT

T Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common diagnoses in childhood psychopathology, however, there is still few researches on neuropsychological assessment in this disorder. It is possible to find in the existing bibliography an association of the ODD with neuropsychological deficits. Children with ODD are usually associated with deficits in attention, verbal skills, and executive functions. This article aims to review several aspects of the ODD such as epidemiology, etiology, neuropsychological assessment and its treatment.

RESUMEN

El trastorno de oposición desafiante (TOD) es uno de los diagnósticos más comunes en la psicopatología infantil, sin embargo, todavía hay pocas investigaciones sobre la evaluación neuropsicológica en este trastorno. Es posible encontrar en la bibliografía existente una asociación de la TOD con déficits neuropsicológicos. Los niños con TOD generalmente se asocian con déficit de atención, habilidades verbales y funciones ejecutivas. Este artículo tiene como objetivo revisar varios aspectos de la TOD, como la epidemiología, la etiología, la evaluación neuropsicológica y su tratamiento.

Introdução

A Perturbação Desafiante de Oposição (PDO), assim descrita no DSM 5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, American Psychiatric Association, 2014) encontra-se inserida nas Perturbações Disruptivas do Controlo dos Impulsos e do Comportamento. Nestas perturbações são incluídas condições que envolvem problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos (APA, 2014). Normalmente têm início na infância e adolescência e no caso da PDO é muito raro aparecer pela primeira vez na idade adulta (APA, 2014). A PDO caracteriza-se por um padrão recorrente de comportamentos não cooperantes, negativos, desafiantes, irritáveis e hostis para com os pais, colegas, professores e outras figuras de autoridade. Estas crianças e adolescentes que são desafiantes, provocadoras e iradas perdem o controlo facilmente, o que por vezes podem violar os direitos dos outros ou as principais normas da sociedade (Vásquez, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010). Segundo os critérios do DSM 5 (APA, 2014), o comportamento disruptivo destas crianças e adolescentes deve durar, pelo menos seis meses, e com uma ocorrência de no mínimo, quatro dos seguintes sintomas: humor zangado/irritável (sentir raiva, enfurecimento) comportamento conflituoso/desafiante (discutir com os pais, desafiar ou recusar cumprir regras de adultos, aborrecer deliberadamente as outras pessoas e culpar os outros dos seus próprios erros) ou comportamento vingativo (mostrar-se rancoroso vingativo, com presença de impulsividade (APA, 2014; Borduin, et al., 1995; Loeber, Burke, & Pardini, 2009); Sá, Albuquerque, & Simões, 2008). É uma perturbação com grande visibilidade em casa, não tendo obrigatoriamente de se manifestar na escola ou na comunidade, ou apenas com membros da família (APA, 2014; Sá et al., 2008).

Apresenta uma co morbilidade elevada com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbações da Aprendizagem e Perturbações da Comunicação (APA, 2014; Sá et al., 2008). Indivíduos com esta perturbação têm também maior risco de perturbações de ansiedade, perturbação depressiva major, que se deve aos sintomas de humor zangado/irritado. Em termos de prevalência os sintomas tendem a aumentar com a idade, sendo que a sua prevalência antes da puberdade é maior nos rapazes do que nas raparigas (1,4:1) (APA, 2014). A evolução deste tipo de perturbação e consequências sociais associadas podem estar relacionadas com o facto de algumas famílias apresentarem um manuseamento inadequado de hábitos, ausência das figuras paternas, mães com diagnóstico de depressão, relação familiar inadequada, baixa capacidade para estabelecer normas, maus tratos físicos, verbais e psicológicos e estratos socioeconómicos baixos (Corcoll-Champredonde, González, Burgos, Dos Santos y

Carbonés, 2010; Gadow y Nolan, 2002; Matthew, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007; Parra & Anacona, 2013; Puerta, Piñeros, y Franco, 2008; Tremblay et al., 2004).

Esta perturbação é também prevalente em famílias onde os cuidados com as crianças são perturbados por mudanças sucessivas de cuidadores, as figuras vinculativas revelarem inconsistência e apresentarem modelos educacionais rígidos, incoerentes, inconsistentes ou negligentes (Cicchetti, Sroufe, 2000). Vários estudos concluíram que a criminalidade, consumos de drogas, precariedade laboral, prostituição, promiscuidade sexual, na idade adulta estão relacionadas com problemas de conduta na infância e adolescência (Benavente, 2001; Stattin, Magnusson, 1996). Existe assim, um risco acrescido de futura desadaptação social, nos jovens e adultos que, em crianças, apresentaram perturbações de comportamento, estando a gravidade associada à precocidade dos primeiros comportamentos desviantes (Benavente, 2001). É comum a PDO ser estudada em conjunto com a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), devido à comorbilidade elevada entre as duas perturbações (Sá et al., 2008). Segundo Serra-Pinheiro, Schmitz, Matos, & Sousa (2004) a prevalência estimada de POD em amostras clínicas de PHDA é 50% mais elevada do que na população geral (Serra-Pinheiro, Schmitz, Mattos, & Souza, 2004). Por vezes, os indivíduos com esta perturbação na infância também podem ser denominados como tendo comportamentos antissociais (Fonseca, 2000; Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005).

Metodologia

Neste artigo realizou-se uma revisão sistemática de artigos publicados em revistas científicas de psicologia e neurociências que estão ligadas a bases de dados eletrónicas. Apesar das comorbilidades supracitadas, este artigo foca-se essencialmente em investigações que retratam a PDO de forma isolada e concreta. As principais fontes utilizadas foram a PsycINFO, PubMed e SciELO. Recorreu-se ainda a outras bases de dados tais como a MedLine, Science Direct e Web of Science. A escolha das bases de dados referidas teve em conta dois objetivos: (1) bases de dados das áreas psicológicas e médicas; (2) bases de dados com textos completos e de acesso livre (tabela 1).

Tabela 1- Descrição sumária das principais bases de dados utilizadas na pesquisa bibliográfica

MedLine	Artigos no âmbito da literatura biomédica e ciências da vida. Contém textos completos. Acesso gratuito.
PsycINFO	Base de dados em psicologia, educação, psiquiatria e ciências sociais. Editada pela American Psychological Association (APA)
PubMed	Artigos no âmbito da literatura biomédica e ciências da vida. Contém textos completos. Acesso gratuito.
Science Direc	Base de dados multidisciplinar que contém textos completos.
SciELO	Biblioteca eletrónica que integra revistas científicas do Brasil, América Latina e Caribe. É uma base multidisciplinar que contém textos completos. Acesso gratuito
Web of Science	Base de dados multidisciplinar que indexa apenas as revistas mais citadas nos seus respetivos campos.

Não foram contemplados para esta pesquisa artigos de fontes pagas (*free publication independency*) sendo este um dos critérios de exclusão. Também não foram incluídos artigos cuja abordagem se centrasse inteiramente na perturbação, aqui descrita, apenas em adultos.

Resultados

Após uma recolha e análise da pesquisa bibliográfica de cerca de 150 artigos, nas fontes identificadas no capítulo anterior, seleccionámos 31 artigos, distribuídos pelas bases de dados anteriormente apresentadas.

A seleção destes artigos, teve por base as relações estabelecidas entre as palavras-chave: epidemiologia da PDO, etiologia da PDO, avaliação neuropsicológica na PDO e tratamento da PDO. Os artigos foram analisados, e apesar de muitos deles apresentarem a relação entre mais do que uma variável, alguns apresentam-nos apenas algumas destas variáveis de forma praticamente isolada. No entanto, e tendo em conta a temática central, PDO, todos os artigos faziam a análise das diversas variáveis secundárias com a nossa variável principal e objetivo central do estudo a PDO. A exploração dos mesmos encontra-se explicitada na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das fontes bibliográficas tendo em conta as principais variáveis a trabalhar, bem como as bases de dados utilizadas.

Autor(es)	Ano	Título	Epidemiolo	Etiologia	Avaliação	Tratamento	Bases de dados
Benavente, R.	2001	Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura.		x			PsycINFO
Bonde, J. et al.	2010	Risk factors for Conduct Disorder and Oppositional/Deficient Disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort.		x			PubMed
Bordin, I., et al.	2013	Child Behavior Checklist (CBCL) Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions.			x		SciELO
Burke, J. et al.	2002	Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part II.			x		PubMed
Castillo, M.	2006	El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques.		x			SciELO
Cicchetti D, S.	2000	The past as prologue to the future: The times, they've been a-changing.		x			PubMed
Clark, C. et al.	2000	Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test.			x		PubMed
Comings, D., et al.	2000	Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder: multivariate regression analysis of 20 genes.		x			PubMed
Corcoll-Champredonde, A., et al.	2010	Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros.			x		MedLine
Costa, D., et al.	2004	Avaliação neuropsicológica da criança.			x		SciELO
Fonseca, A. C.	2000	Comportamentos anti-sociais: uma introdução.	x				SciELO
Ferro, R. et al.	2010	Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante.		x			PsycINFO

Gadow, K., & Nolan, E.	2002	Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD, ADHD symptoms.		x			PubMed
Giancola, P. R. et al.	1998	Executive cognitive functioning, temperament, and antisocial behaviour in Conduct-Disordered adolescents females.			x		PsycINFO
Loeber, R. et al.	2009	Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features.					PubMed
Loeber, R., & Hay, D.	1997	Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood.			x		PubMed
Liu, J.	2004	Childhood externalizing behaviour: theory and implications.		x			PubMed
Matthew, K. et al.	2007	Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National comorbidity survey replication.	x				PubMed
Pacheco, J. et al.	2005	Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista.		x			SciELO
Parra, L., & Anacona, C.	2013	Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante.			x		PsycINFO
Purpura, D., & Lonigan, C.	2012	Conners Teacher Rating Scale for Preschool Children: A Revised, Brief, Age-Specific Measure.			x		PubMed
Renk, K.	2007	Disorders of conduct in young children: Developmental considerations, diagnoses, and other characteristics.		x			Science Direct
Roselli, M. et al.	2004	Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo colombiano.			x		SciELO
Rubin, K. et al.	2003	Predicting Pre-schoolers' Externalizing Behaviours from Toddler Temperament, Conflict, and Maternal Negativity	x				PubMed
Rutter, M.A. Et al.	2000	The effect of systematic variation in retrospective conduct disorder reports on antisocial personality disorder diagnoses.	x				PubMed
Sá, D. et al.	2008	Avaliação neuropsicológica da Perturbação de Oposição e Desafio.			x		SciELO
Serra-Pinheiro, M. et al.	2004	Transtorno desafiador de oposição: Uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico.		x			SciELO

Speltz, M. L. et al.	1999	Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems.			x		PubMed
Stattin, H., & Magnusson	1996	Antisocial development: An holist approach development	x				Web of science
Vásquez, J. et al.	2010	Guía clínica para el trastorno negativista desafiante.	x	x			SciELO
Wielewicky, A. et al.	2011	Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção.			x		SciELO

Discussão

Epidemiologia

O diagnóstico, avaliação e intervenção com crianças que apresentam PDO tem sido uma das preocupações da comunidade técnica e científica. No entanto, não existem dados estatísticos organizados quanto à prevalência deste tipo de patologias em Portugal, todavia, a prática clínica indica o crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa nas suas diversas faixas etárias (Benavente, 2001).

A prevalência desta perturbação varia em função da natureza da população estudada e os métodos de avaliação utilizados. As taxas da PDO encontradas são muito diferentes e estão situadas entre 2% e 16%. Esta perturbação tende a aparecer desde os 3 anos de idade, no entanto, pode iniciar-se aos 8 anos não ultrapassando a idade da adolescência (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010). O seu início geralmente é gradual e pode manter-se por meses ou mesmo anos. Tendencialmente aparece em diferentes contextos, ou seja, tanto no contexto familiar como em outros contextos diferentes como por exemplo, no contexto escola. A PDO pode constituir um antecedente evolutivo de comportamentos antissociais, ou até mesmo de perturbação de ansiedade (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

Epidemiologicamente e clinicamente, é de salientar que, tanto em crianças como em adolescentes, os comportamentos de oposição são muito frequentes, mas de forma transitória, portanto, deve-se ter cuidado ao determinar se é um comportamento característico do estágio de desenvolvimento ou um sintoma de PDO (Rutter, Chao, Conger, 2000). A PDO prevalece mais em meninos do que em meninas antes da puberdade, todavia, na adolescência tende a igualar-se a sua prevalência (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

Outro dado epidemiológico e clínico refere-se ao padrão familiar de comportamento, em que esta perturbação é mais prevalente em famílias diagnosticadas com distúrbios de humor, com comportamentais, dissociativos, personalidade antissocial, abuso de substâncias e famílias com graves conflitos conjugais (Rubin, Burgess, Dwyer, Hastings, 2003).

Etiologia

Como supracitado, a PDO pode ser normal em certas etapas do desenvolvimento e necessária para assumir uma individualidade, estabelecer normas e controlos internos. Os comportamentos característicos desta perturbação podem-se converter em manifestações que persistem mesmo após a sua função adaptativa ter terminado. Em algumas crianças e adolescentes a sintomatologia negativa pode aparecer como reação a uma causa acidental, doença, depois de um evento traumático, ou pode manifestar-se como uma defesa contra sentimentos de incapacidade, incompetência, ansiedade e perdas de auto-estima (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

Na literatura podemos encontrar várias teorias e linhas de investigação em relação à etiologia da PDO (Benavente, 2001). Na etiologia da PDO assim podem ser considerados fatores do tipo biológico, psicossocial (Liu, 2004; Teeter, Semrud, 2007) e de aprendizagem (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

A nível biológico está demonstrado que crianças e adolescentes com PDO podem herdar fatores genéticos de tipo neurofisiológico, psicofisiológico e bioquímico. Os comportamentos agressivos estão relacionados com fatores bioquímicos hormonais (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010). Esta perturbação está também relacionada com a exposição a neurotoxinas como, o consumo de nicotina durante a gestação, fraca nutrição e falta de vitaminas (Bonde, Fergusson, Horwood, 2010), assim como anomalias nos neurotransmissores dopamina, serotonina e noradrenalina (Comings, Andavolu, Gonzalez, Wu, Muhleman, Blake, Dietz, Saucier, MacMurray, 2000).

A nível psicossocial o fracasso dos pais em criar expectativas sobre o comportamento dos seus filhos, a monitorização e supervisão precárias, bem como a disciplina severa e inconsistente, tem sido associado ao nível psicossocial, ao comportamento desafiador e à desobediência excessiva (Castillo, 2006; Ferro, Vives, Ascanio, 2010; Renk, 2007).

Ao nível da aprendizagem, as características negativas desta perturbação são atitudes (*e.g* castigos, gritos) que as crianças aprendem por modelagem pelos pais e figuras de autoridade (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

Isto faz com que estas crianças e adolescentes tenham comportamentos agressivos e rebeldes. Não existem padrões definidos para estas famílias, no entanto, muitos destes pais interessam-se de forma exagerada pelo poder e controlo sobre os seus filhos (Vásquez, Feria, Palacios, Peña, 2010).

Avaliação Neuropsicológica

A realização de uma boa avaliação clínica assenta consequentemente em uma boa orientação terapêutica. Se a mesma não for efetuada corretamente, o diagnóstico pode sair enviesado e por isso, o tratamento torna-se inadequado e com pouca eficácia, o que pode também piorar a apresentação descontrolada dos sintomas secundários ou colaterais do tratamento (Shaffer, Richters, 2001). Isto pode reduzir a confiança familiar, levando a uma diminuição da confiança terapêutica (Emde, Bingham, Harmon, 1993).

Ainda que existam poucas investigações sobre a avaliação neuropsicológica nesta perturbação (Parra & Anacona, 2013), é possível encontrar na bibliografia existente uma associação da PDO com défices neuropsicológicos (Clark, Prior, Kinsella, 2001; Giancola, Mezzich, Tarter, 1998; Henry & Moffitt, 1997; Loeber & Hay, 1997; Lynam & Henry, 2001; Nigg & Huang-Pollock, 2003; Speltz, et al., 1999; Sá et al, 2008; Parra & Anacona, 2013). Apesar disto, crianças com PDO são normalmente associadas com défices na atenção (Loeber & Hay, 1997), nas competências verbais e nas funções executivas pré-frontais (Clark, Prior, Kinsella, 2001; Speltz et al., 1999).

Entre as competências acima referidas, a atenção é a que menos vezes é associada à PDO (Sá et al, 2008). Apesar disto, os problemas de atenção são determinantes na agressividade juvenil, um dos comportamentos mais visíveis nos jovens com esta perturbação (Loeber & Hay, 1997). No entanto, os problemas de atenção usualmente surgem associados a comportamentos hiperativos e impulsivos (Loeber & Hay, 1997), o que torna mais difícil compreender se os défices encontrados se devem à PHDA ou à PDO. O início dos problemas de atenção dá-se, na maior parte das vezes, durante o período pré-escolar, isto é, nos momentos em que os comportamentos agressivos surgem em muitas das referidas crianças (Loeber & Hay, 1997).

Estudos de Parra & Anacona (2013) demonstraram que crianças com PDO evidenciaram uma média de pontuações mais baixa na atenção do que outras crianças, o que indica que em alguns casos podem apresentar dificuldades na atenção, o que consequentemente pode comprometer a memória (Parra & Anacona, 2013).

Em relação à linguagem, o seu desenvolvimento normal é visto como um fator fundamental nos processos pró-sociais e na capacidade em adiar uma gratificação, antecipar consequências e relacionar punições tardias com transgressões anteriores (Sá et al., 2008). Os efeitos das competências verbais no princípio da infância podem ser um elemento causal destas perturbações, pois graves problemas comportamentais são precedidos por défices verbais em idade precoce (Nigg & Huang-Pollock, 2003). Esta relação pode aumentar para crianças com uma história de problemas de atenção (Nigg & Huang-Pollock, 2003). De acordo com Rosselli, Matute e Ardila (2010), crianças com PDO apresentam em termos de compreensão linguística, dificuldades em seguir instruções, compreender o discurso, dificuldades a nível da consciência fonológica, fonética e ortográfica. Estas habilidades são necessárias para uma reflexão sobre a própria linguagem e ter um bom desempenho verbal. No entanto, crianças com PDO apresentam habilidades deficientes ao nível da linguagem (Burke, Loeber, Birmaher, 2002).

O domínio neuropsicológico mais estudado na PDO refere-se às funções executivas (Sá et al, 2008). Estudos de crianças em idade pré-escolar, sugerem que os domínios das funções executivas mais relacionados com a PDO são o controlo inibitório e o planeamento pré-frontal (Nigg & Huang-Pollock, 2003). Outros estudos demonstraram que problemas nas funções executivas, entre os seis e os oito anos, prediziam problemas de comportamento posteriores, independentemente do género dos indivíduos (Sá et al., 2008).

Os resultados dos estudos de Parra e Anacona (2013) a nível das funções executivas, demonstram que crianças com PDO apresentam dificuldades em tarefas que implicam flexibilidade cognitiva, organização e planeamento. Estas habilidades são necessárias por exemplo para estruturar uma solução alternativa e organizar sistematicamente as respostas, detetar erros e corrigi-los num processo de resolução de um problema e monitorizar o cumprimento das diferentes etapas necessárias para cumprir uma tarefa (Parra & Anacona, 2013).

A avaliação neuropsicológica não se limita à aplicação de testes psicométricos/neuropsicológicos, todavia também, a avaliar a relação destes com a patologia neurológica e/ou comportamental. Adicionalmente, a interpretação cuidadosa destes resultados deve ser associada à análise da situação atual do sujeito e do contexto onde vive (Costa, Azambuja, Portuguez, & Costa, 2004).

Stricto sensu, não se pode dizer que exista um teste neuropsicológico que avalie a PDO na sua totalidade, mas sim variados testes que avaliam alguns componentes desta perturbação, como sejam a atenção, as competências verbais, as funções executivas pré-frontais, etc.

Pode haver dificuldades por parte do clínico em elaborar um diagnóstico pois os comportamentos típicos da PDO são comportamentos mais visíveis em certas fases do desenvolvimento da criança (perturbação de primeira e segunda infância

ou adolescência). Outra dificuldade de diagnóstico reside nas comorbilidades com a PHDA o que pode provocar o enviesamento clínico entre diagnósticos (Sá, 2009).

Para a avaliação da PDO a neuropsicologia dispõe de diversas escalas de comportamento, no entanto, também devem ser utilizadas entrevistas e observações comportamentais. É também aconselhável o uso de bases de dados sociais e institucionais (eg. relatórios escolares). Como em outras perturbações, é importante combinar uma diversidade de instrumentos de avaliação, tendo em conta a sua abrangência e limites (Sá, 2009).

Em relação às escalas mais utilizadas, estas são: 1) *Child Behaviour Checklist* (CBCL) de Achenbach e Rescorla (2001): o CBCL avalia os comportamentos infantis por faixa etária. Existem duas versões, uma para crianças, de um ano e meio a cinco anos de idade, e outra para crianças e adolescentes de seis a dezoito anos. Em ambos os instrumentos os informantes deverão ser os pais ou cuidadores. O instrumento avalia a reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas de sono, problemas sociais, problemas de pensamento e violação de regras (pessoais, familiares e sociais) (Wielewicki, Gallo, & Grossi, 2011). Consideramos então ainda o ponto 2) *Teacher Report Form* (TRF) de Achenbach (2001): o TRF pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças/adolescentes percebido pelos professores (Bordin et al., 2013). Mencionamos ainda o ponto 3) *Escalas de Conners* (1969): destinadas a pais e professores para avaliar PHDA (Purpura & Lonigan, 2012). Sendo estas escalas instrumentos de heteroavaliação não são, por conseguinte, tão abrangentes na despistagem do distúrbio; não obstante o referido em conjunto com as escalas anteriores, apresenta-se como um potente auxiliar para excluir-se a hipótese de PDO ou de PHDA (Purpura & Lonigan, 2012).

Também pode ser utilizada a Bateria Portuguesa denominada *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra* (BANC) com recurso ao *Guia de Avaliação do Comportamento na Sessão de Teste* (GATSB), por forma a estruturar a avaliação neuropsicológica da PDO. De entre os 20 instrumentos que compreendem a BANC podem ser selecionados 10 para a avaliação desta perturbação, como os Testes de Nomeação Rápida: Cores, Números e Formas (refletem de forma automática como a informação na memória semântica pode ser recuperada, apelando também à velocidade de processamento da informação e a uma coordenação entre a percepção visual, a atenção, a memória e a articulação, e correlacionam-se ainda, com as funções executivas); Teste de Compreensão de Instruções (implica a compreensão isolada ou simultânea de conceitos de coordenação, sequência, localização, inversão e é ainda suscetível à facilidade que a criança tem em usar a memória de trabalho e à capacidade de se manter atenta a ordens de complexidade crescente temporal, inclusão/exclusão e identidade/diferença); Teste de Barragem de 2 a 3 Sinais (avalia a atenção seletiva e a atenção sustentada; ou seja, a capacidade de debruçar-se sobre um estímulo em detrimento de outros e a aptidão para manter a atenção numa tarefa por um período de tempo alargado); *Trail Making Test*: Partes A e B (permite identificar a presença de défices cognitivos, sendo também uma medida de competências motoras e espaciais simples, competências de sequenciação básicas, flexibilidade mental, atenção selectiva, competências viso-perceptivas, velocidade motora e funções executivas). Um outro sub-teste é o Teste de Fluência Verbal: Fonémica e Semântica (avaliam a aptidão para gerar palavras de acordo com categorias semânticas e fonémicas); Torre de Coimbra (avalia as funções executivas de planeamento, monitorização, autorregulação e resolução de problemas, sendo utilizada, principalmente para avaliar a capacidade de planeamento pré-frontal) (Sá et al, 2008).

O teste GATSB pode ser utilizado com crianças dos 6 aos 16 anos de idade e foi desenvolvido para avaliar o comportamento das crianças ao longo da aplicação da *Escala de Inteligência Wechsler* para crianças terceira edição (WISC-III) e/ou do Teste de *Realização Individual Wechsler* (WIAT) (Sá et al, 2008).

É de salientar a entrevista de avaliação que é indispensável para a avaliação psicológica, juntamente com a observação comportamental em conjunto com a sensibilidade do técnico em combinar os diferentes instrumentos disponíveis de forma a elaborar um diagnóstico adequado do PDO (Sá, 2009).

Tratamento

A intervenção aplicada em crianças com PDO corresponde ao conjunto de intervenções associadas ao tratamento de outras perturbações de comportamento. Assim sendo, será sempre necessária uma adaptação destas técnicas à especificidade de cada caso, e ter em conta, não apenas a etiologia característica da perturbação, mas também condicionalismos de vida com os quais quaisquer crianças, pais e família dependem, para que o tratamento seja eficaz, por exemplo: contexto social, escolar e económico (Sá, 2009).

O tratamento fundamental da PDO é a psicoterapia individual, familiar e grupal que implica trabalhar com a criança ou adolescente e com os pais (Vásquez, Fera, Palacios, Peña, 2010).

A *Psicoterapia Individual* é geralmente usada numa perspetiva cognitiva e comportamental, no sentido de aumentar a capacidade do paciente para melhor avaliar as suas capacidades de lidar com problemas, bem como as habilidades de comunicação, de controlo da ira e controlo dos impulsos, que detém para lidar com uma ou mais situações particulares (Vásquez, et al., 2010).

Por sua vez, a *Terapia Familiar* tem como objetivo a introdução de mudanças no sistema familiar, como sejam o otimizar a capacidade de comunicação e promover uma melhor interação entre todos os membros da família. Os pais destas crianças necessitam de apoio e compreensão para desenvolver uma aproximação mais eficaz para com as suas crianças (Vásquez, et al., 2010).

A *Terapia Grupal* com crianças e adolescentes com a mesma idade e com o mesmo quadro de PDO, centra-se no desenvolvimento e utilização de habilidades sociais e interpessoais (Vásquez, et al., 2010), ou seja, numa forte intervenção do técnico como promotor de *coaching* psicoeducativo. Em conjunto com estas terapias podem também ser utilizados fármacos, como é referido na literatura, dos quais se destacam a risperidona e outros análogos ou complementares (Pardilhão, et al. 2009). No entanto, tais medicações não podem ser consideradas vias únicas para o tratamento da PDO, todavia há que reconhecer como ótimos estes tratamentos farmacológicos ao nível dos comportamentos bem como de sintomas (comportamentos negativistas e as suas comorbilidades como a depressão e/ou ansiedade, etc) (Vásquez, et al., 2010), nunca podendo esquecer que a complementação do tratamento se realiza com o tratamento farmacológico (controlo da sintomatologia) e com a psicoterapia, tratamento do problema *per se*. A técnica mais utilizada é o *Treino Parental (familiar coaching)* que visa ajudar os pais a lidar com os comportamentos da criança de uma forma saudável e pró-social. Esta técnica é bastante eficaz e pode trazer efeitos quase imediatos (Sá, 2009; Serra-Pinheiro, M. et al., 2004). Outra técnica igualmente eficaz é o *Treino de Resolução de Problemas*, que consiste em treinar/desenvolver competências de resolução de problemas em situações sociais, pois as crianças com esta perturbação vislumbram menos soluções alternativas para resolver os seus problemas; focam-se mais em objetivos do que em passos intermédios para os alcançar, e apresentam maior dificuldade em prever as consequências dos seus atos (Sá, 2009). A *Terapia Comportamental* tem como objetivo ajudar a criança a erradicar uma grande variedade de comportamentos não adaptativos, substituindo-os por comportamentos que permitam atingir e manter objetivos pré-estabelecidos de ordem funcional (Sá, et al, 2008; Sá, 2009).

Conclusão

Como nos debruçamos ao longo do artigo, a PDO não afeta apenas as crianças ou adolescentes, mas também a família, educadores, professores e colegas. Caracteriza-se por um padrão de desafio e o não cumprimento de normas e regras (Vásquez, et al.2010).

A sua origem depende tanto de fatores biológicos como psicossociais, salientando, que na sua expressão comportamental normalmente associa-se a padrões agressivos, rígidos e inconscientes. Como tal, é importante estabelecer uma comunicação amigável e não agressiva, quer do ponto de vista familiar como de todos os outros intervenientes para uma boa adesão do tratamento (Vásquez, et al., 2010). Este transtorno de PDO é ainda tão desconhecido, mas tão desafiante como a atual pandemia de covid-19, no que diz respeito à avaliação, intervenção e tratamento profilático (Sun & Pan, 2020). É de realçar que para o tratamento, a terapia farmacológica da PDO deve ser prescrita e acompanhada por um médico de família, pediatra ou pedopsiquiatra. A utilização da medicação isolada é desaconselhável, pois nem todas as crianças mostram resultados positivos, nem é abrangido todo o espectro do quadro etiológico (Sá, 2009); daí a importância da psicoeducação e da psicoterapia na intervenção de crianças com PDO (Ghosh, Ray & Basu, 2017). O prognóstico para a evolução da PDO depende das comorbilidades presentes e da estrutura familiar subjacente. Tal tratamento deve resultar de um compromisso a longo prazo, pois nem sempre é possível verificar resultados imediatos. Esta perturbação pode ser considerada um fator de risco para patologias historicamente e psiquiatricamente classificadas como sendo mais graves, tais como a Perturbação de Comportamento infanto-juvenil, ou em adulto para a Perturbação de Personalidade Antissocial. Por este motivo é muito importante o tratamento precoce da PDO e o seu acompanhamento por técnicos especializados como por exemplo médicos de família, pediatras, pedopsiquiatras e psicólogos (Sá, 2009; Vásquez, et al., 2010)

Como foi constatado anteriormente, o perfil neuropsicológico da PDO é alvo de pouca investigação, por isso, talvez, a informação existente sobre a PDO seja ambígua, o que pode levar a limitações metodológicas no estudo, entendimento, compreensão e intervenção da mesma etiologia (Sá et al, 2008). Uma dessas limitações é a integração do diagnóstico de PDO com outros diagnósticos, o que impossibilita distinguir os verdadeiros efeitos desta perturbação. Deste modo, é de grande relevância controlar as diferentes comorbilidades em investigações de delimitação de perfis neuropsicológicos (Sá et al, 2008).

Vários estudos demonstraram que crianças e adolescentes com PDO apresentam défices neuropsicológicos tais como, défices de atenção, de competências verbais e de funções executivas, em relação a outras crianças e adolescentes, que não passam por esta semiologia (Sá et al, 2008). Estes défices deviam ser contemplados na avaliação, prevenção e tratamento, de modo a que estas crianças e adolescentes adquiram benefícios académicos e sociais (Parra & Anacona, 2013), no sentido de se transformarem em “mulheres e homens” no total exercício do seu livre arbítrio e tendo adquirido toda a estimulação que mereceram no seu neuro desenvolvimento, como acontece com todas as outras crianças que não passam por este transtorno. Em síntese, a informação encontrada ajuda a esclarecer um pouco mais esta perturbação, o seu funcionamento, a sua avaliação e o seu tratamento que tanto carece de informação actual.

E para isso necessitamos de TODOS para estudar, divulgar e aplicar os conhecimentos, *por vir*, desta temática.

REFERENCIAS

- APA. (2014). DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benavente, R. (2001). Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise Psicológica*, 19(2), 321–329.
- Bonde, J., Fergusson, D., & Horwood, J. (2010). Risk factors for Conduct Disorder and Oppositional/Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1125–1133.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., & Manley, C. M. (1995). Conduct and oppositional disorders. In V. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychopathology: A guide to diagnoses and treatment* (pp. 349–378). New York: Lexington Books.
- Bordin, I., Rocha, M., Paula, C., Teixeira, M., Achenbach, T., Rescorla, L., & Silveiras, E. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13–28. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>
- Burke, J., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part II. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1275–1293.
- Castillo, M. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Revista Psicogente*, 9(15), 166–170.
- Cicchetti D, Sroufe (2000). The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin'. *Dev Psychopathol*, 12:255–64.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the six elements test and hayling sentence completion test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5), 405–414.
- Comings, D., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., Dietz, G., Saucier, G., & MacMurray, J. (2000). Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder: multivariate regression analysis of 20 genes. *Clinical Genetics*, 57, 178–196.
- Corcoll-Champredonde, A., González, G., Burgos, R., Dos Santos, N., y Carbonés J., (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante ante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22, 455–459.
- Costa, D., Azambuja, L., Portuguese, M., & Costa, J. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80, 111–116. <http://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300014>
- Emde, Bingham, Harmon (1993). Classification and the diagnostic process in infancy. In CH Zeanah, editores. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford. p. 225–35.
- Fonseca, A. C. (2000). Comportamentos anti-sociais: uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV, 9–16.
- Ferro, R., Vives, C., y Ascanio, L. (2010). Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 205–214.
- Gadow, K., & Nolan, E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD, ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 191–201.
- Ghosh, A., Ray, A. e Basu, A. (2017). Transtorno desafiador de oposição: visão atual. *Pesquisa em psicologia e gestão do comportamento*, 10, 353–367. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582>
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C., & Tarter, R. E. (1998). Executive cognitive functioning, temperament, and antisocial behavior in Conduct-Disordered adolescents females. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 629–641.
- Henry, B. & Moffitt, T. E. (1997). Neuropsychological and neuroimaging studies of juvenile delinquency and adult criminal behavior. In D. Stoff & J. Breiling (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 280–288). New York: Wiley.
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(1–2), 133–142. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x>
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371–410.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 93–103.
- Lynam, D., & Henry, B. (2001). The role of neuropsychological deficits in CD. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 235–263). Cambridge: University Press.
- Matthew, K., Kazdin, A., Hiripi E., & Kessler, R. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National comorbidity survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703–713.
- Nigg, J. T., & Huang-Pollock, C. L. (2003). An early-onset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In A. Caspi, B. Lahey & T. E. Moffitt (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 227–247). New York: The Guilford Press.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C., & Hutz, C. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55–61.
- Pardilhão, C.; Marques, M.; Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), p. 592–9, ISSN 2182-5181.

- Parra, L., & Anacona, C. (2013). Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 18(3), 233–244. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12923>
- Puerta, G., Piñeros, S., y Franco, A. (2008). Temas de psiquiatría infantil y del adolescente desde el modelo biopsicosocial. (3ª cartilla). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Purpura, D., & Lonigan, C. (2012). Conners' Teacher Rating Scale for Preschool Children: A Revised, Brief, Age-Specific Measure. *NIH Public Access*, 38(2), 263–272.
- Renk, K. (2007). Disorders of conduct in young children: Developmental considerations, diagnoses, and other characteristics. *Developmental Review*, 28, 316-341.
- Roselli, M., Matute, E., Ardila, A., Botero, V., Tangarife, G., Echeverría, S., Arbeláez, C., Mejía, M., Méndez, L., Villa, P., y Ocampo, P. (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo colombiano. *Revista de Neurología*, 38, 720-731.
- Rubin KH, Burgess KB, Dwyer KM, Hastings PD(2003). Predicting preschoolers' externalizing behaviour from toddler temperament, conflict and maternal negativity. *Dev Psychol*;39:28-38.
- Rutter MA, Chao W, Conger RD (2000). The effect of systematic variation in retrospective conduct disorder reports on antisocial personality disorder diagnoses. *J Consult Clin Psychol*;12:307-12.
- Sá, D., Albuquerque, C., & Simões, M. (2007). Avaliação neuropsicológica da Perturbação de Oposição e Desafio. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 299–317. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200009&script=sci_arttext
- Sá, D. (2009). revistaperitia.org
- Serra-Pinheiro, M., Schmitz, M., Mattos P., & Souza, I. (2004). Transtorno desafiador de oposição: Uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 273-276.
- Shaffer D, Richters J, (2001). *Assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford.
- Speltz, M. L, DeKlyen, M., Calderon, R., Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 315-325.
- Stattin, H., & Magnusson, 13. (1996). *Antisocial development: A holist approach*. Development
- Sun, Wenjuan & Pan, bo. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*. 10.1002/jmv.25722.
- Teeter, A., & Semrud, C. (2007). *Child neuropsychology: assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. New York: Springer Science.
- Tremblay, R., Nagin, D., Seguin, J., Zoccolillo, M., Zelazo, P., Boivin, M., Daniel, Pe´russe D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114, 43e-50e.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. *Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de La Fuente Muñiz*, 25.
- Wielewicki, A., Gallo, A., & Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas Em Psicologia*, 19(2), 513–523.