

Quando o Não Vira Guerra

O Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) explicado para famílias: o que é de verdade, de onde vem, o que a ciência mostra que funciona — e o manual prático, passo a passo, para sair do cabo de guerra e voltar ao vínculo.

Dr. Diego Schadeck Rodrigues

Pediatra · Neurodesenvolvimento 0-6 anos e TEA
CRM-PR 29.518 · RQE 13.272 · @dr.diegoschadeck

Para quem abre este guia

*Se cada pedido vira briga, cada limite vira explosão e você já se pegou pensando "não reconheço meu filho" — este guia é para a sua casa. E começa com a frase mais importante de todas: **TOD não é falta de educação, e você não é a causa.***

O Transtorno Opositivo-Desafiador é um dos diagnósticos mais mal compreendidos da infância. De um lado, é banalizado — toda criança teimosa vira "TOD" na conversa de escola. De outro, é moralizado — como se fosse produto direto de pais permissivos. As duas leituras erram, e as duas atrasam o que importa: o TOD é uma **condição tratável**, com um dos tratamentos de melhor evidência de toda a saúde mental infantil — e esse tratamento passa, em grande parte, **pelas mãos da família**.

É por isso que este guia existe. A ciência é clara: quando os pais aprendem um jeito específico de interagir, dar ordens e consequenciar — e quando a criança aprende habilidades que ainda não tem —, o comportamento muda de verdade. Organizei tudo em **doze decisões**, em quatro partes: entender o TOD, o que funciona segundo a evidência, o manual da prática em casa, e a rede em volta. Cada bloco vem em três camadas:

NO DIA A DIA

O que fazer na prática, sem jargão e sem culpa — a parte que acolhe.

A BASE CIENTÍFICA

Por que é assim: a evidência dos ensaios clínicos, das metanálises e dos manuais que sustentam a orientação.

PARA LEMBRAR

A frase-âncora para o meio da explosão.

Uma nota de método: este material se apoia nos programas de treinamento parental com melhor evidência do mundo (Kazdin, Barkley, Forehand, PCIT, Incredible Years, Triple P), nos princípios da análise do comportamento (ABA) que os sustentam, na terapia cognitivo-comportamental infantil e nas revisões dos últimos cinco anos. Nada aqui é opinião solta — e nada aqui substitui o acompanhamento profissional do seu filho.

"A criança com TOD não precisa de pais mais duros nem de pais mais moles. Precisa de pais mais estratégicos — e de menos guerra em casa."

DEFESA DA INFÂNCIA

Mapa do guia

ENTENDER O TOD

- 01** O que é TOD — e o que não é
- 02** De onde vem: temperamento, ambiente e o ciclo da coerção
- 03** O que costuma vir junto: TDAH, ansiedade e os diferenciais

O QUE FUNCIONA

- 04** Treinamento de pais: o tratamento de primeira linha
- 05** Os princípios por trás: atenção, reforço e consistência
- 06** A criança também treina: TCC e resolução de problemas

O MANUAL EM CASA

- 07** A base de tudo: tempo especial e atenção positiva
- 08** Ordens que funcionam
- 09** Consequências que ensinam
- 10** Desarmando a escalada

A REDE EM VOLTA

- 11** Escola, medicação e comorbidades
- 12** Cuidar de quem cuida — e quando intensificar
 - Kit de partida e referências

PARTE 01

Entender o TOD

Antes de qualquer técnica: saber o que é o transtorno, de onde vem e o que costuma vir junto — porque estratégia boa começa com diagnóstico bem compreendido.

O que é TOD — e o que não é

Teimosia é parte do desenvolvimento. TOD é outra coisa: um padrão persistente, frequente e sofrido, que trava a vida da criança e da família.

O que o diagnóstico exige

Pelo DSM-5-TR, o TOD é um padrão de **humor raivoso ou irritável**, **comportamento questionador ou desafiador** e, por vezes, **índole vingativa**, que dura **pelo menos seis meses**, aparece na interação com pelo menos uma pessoa que não seja irmão, e causa prejuízo real — em casa, na escola, nas amizades. São necessários pelo menos quatro sintomas de uma lista de oito:

Dimensão	Como aparece no dia a dia
Humor raivoso/ irritável	Perde a paciência com frequência; é suscetível, irrita-se com facilidade; fica com raiva e ressentido.
Questionador/ desafiador	Discute com adultos e figuras de autoridade; desafia ativamente ou se recusa a obedecer regras e pedidos; incomoda deliberadamente os outros; culpa terceiros pelos próprios erros.
Vingatividade	Foi rancoroso ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

A régua que separa do normal

Em menores de 5 anos, o comportamento precisa ocorrer **na maioria dos dias**; dos 5 anos em diante, **pelo menos uma vez por semana** — sempre além do esperado para a idade. A gravidade é dada pelo número de contextos: leve (um ambiente), moderada (dois), grave (três ou mais). A prevalência gira em torno de **3% das crianças**, um pouco mais frequente em meninos antes da adolescência.

Base científica. Critérios do DSM-5-TR (Associação Americana de Psiquiatria). Um detalhe importante da revisão atual: a dimensão de **irritabilidade** do TOD (pavio curto, raiva) prediz mais ansiedade e depressão futuras, enquanto a dimensão de **desafio** prediz mais problemas de conduta — por isso o tratamento olha para as duas.

NO DIA A DIA	Anote frequência, gatilhos e contextos por duas semanas antes da consulta. "Birra de mercado" é normal; padrão diário de explosão, desafio e rancor em casa E na escola, não.
A BASE CIENTÍFICA	O diagnóstico é clínico, feito por profissional, com informação de múltiplos ambientes. Não existe exame nem teste isolado que "dê" TOD.
PARA LEMBRAR	"Toda criança desafia. A criança com TOD sofre — e faz a casa sofrer — quase todos os dias."

De onde vem: temperamento, ambiente e o ciclo da coerção

Ninguém "pega" TOD, e nenhum pai o causa sozinho. Ele nasce do encontro entre uma criança de temperamento difícil e padrões de interação que, sem ninguém perceber, treinam o comportamento errado.

O hardware: temperamento e autorregulação

Crianças que desenvolvem TOD costumam vir de fábrica com **reatividade emocional alta**, baixa tolerância à frustração e autorregulação imatura — traços com forte componente hereditário, frequentemente compartilhados com o TDAH. Não é escolha, e não é má índole: é um cérebro que sente mais rápido e freia mais devagar.

O software: o ciclo da coerção

O psicólogo Gerald Patterson descreveu o mecanismo que transforma temperamento em transtorno: o **ciclo coercitivo**. Funciona assim: o adulto dá uma ordem → a criança explode → a explosão é tão aversiva que o adulto recua ("deixa pra lá") → a criança aprende que **explodir funciona** → na próxima, explode mais cedo e mais forte → o adulto, exausto, ora recua, ora explode também — e o reforço intermitente torna o padrão ainda mais resistente. Dos dois lados, ninguém é vilão: **os dois estão sendo treinados pelo alívio imediato**.

O PONTO QUE LIBERTA

Entender o ciclo tira a conversa do campo da culpa ("quem estragou essa criança?") e coloca no campo da mecânica ("que engrenagem estamos alimentando sem querer?"). Engrenagem se desmonta — e é exatamente isso que o tratamento faz.

Base científica. A teoria da coerção de Patterson (Oregon Social Learning Center) é a base empírica de todos os programas de treinamento parental modernos. Estudos longitudinais mostram que práticas parentais inconsistentes, disciplina dura e conflito familiar **mantêm** o padrão — e que mudá-las muda a criança, o que é justamente a prova de que o ambiente pesa.

NO DIA A DIA

Procure o seu ciclo: em que pedido do dia você mais recua? Qual explosão "funciona" na sua casa? Identificar a engrenagem é o primeiro passo do manual da Parte 3.

A BASE CIENTÍFICA

Temperamento difícil + coerção + inconsistência entre cuidadores é a receita mais replicada da literatura. Genética carrega o risco; a interação diária decide o curso.

PARA LEMBRAR

"A explosão que funciona hoje é a explosão que se repete amanhã."

O que costuma vir junto: TDAH, ansiedade e os diferenciais

O TOD raramente anda sozinho — e boa parte do sucesso do tratamento está em enxergar o que está embaixo e ao lado dele.

As companhias mais frequentes

Condição	O que a família precisa saber
TDAH	É a comorbidade número um — o TOD é o transtorno que mais acompanha o TDAH (cerca de um terço dos casos). Impulsividade não tratada sabota qualquer plano de comportamento.
Ansiedade e depressão	Escondem-se atrás da irritabilidade. A criança "brava" pode ser uma criança com medo ou tristeza sem vocabulário para dizê-lo.
Dificuldades de aprendizagem e linguagem	de e Frustração escolar crônica vira oposição. Investigar sempre que o desafio se concentra em tarefa e escola.

Os diferenciais que mudam a conduta

TDDH/DMDD (desregulação disruptiva do humor): explosões graves e frequentes sobre humor irritável quase constante — a irritabilidade domina, mais que o desafio. **TEA**: a "oposição" pode ser rigidez e sobrecarga sensorial, não desafio à autoridade. **Trauma e adversidade**: comportamento desafiador pode ser resposta de proteção. Cada um pede um caminho diferente — por isso o diagnóstico profissional importa.

Base científica. Metanálise de 2025 com 121 estudos e quase 40 mil crianças com TDAH: o TOD é a comorbidade mais prevalente, presente em cerca de **35%** dos casos. E revisão sistemática de 2025 mostra que a irritabilidade elevada se associa a mais comorbidade psiquiátrica, pior funcionamento social e pior prognóstico — vigiá-la é parte do cuidado.

NO DIA A DIA	Leve à consulta três perguntas: há sinais de TDAH? Há ansiedade ou tristeza por trás da raiva? A escola descreve a mesma criança que você vê em casa?
A BASE CIENTÍFICA	Tratar a comorbidade muda o TOD: controlar o TDAH reduz a oposição de forma mensurável. Avaliação incompleta é a principal causa de plano que não funciona.
PARA LEMBRAR	"Por trás de uma criança 'brava', procure sempre a impulsiva, a ansiosa ou a frustrada."

PARTE 02

O Que Funciona

O TOD tem um dos tratamentos mais bem estudados da saúde mental infantil. Esta parte mostra qual é, por que funciona e onde entram a ABA e a TCC.

Treinamento de pais: o tratamento de primeira linha

A notícia que surpreende muitas famílias: o tratamento com melhor evidência para o TOD não é feito com a criança no consultório — é feito com os pais, treinando um novo jeito de interagir em casa.

O que é, na prática

Os programas de **treinamento parental comportamental** (PMT, na sigla em inglês) ensinam, em 8 a 16 sessões, um conjunto de habilidades em sequência: fortalecer o vínculo e a atenção positiva, dar ordens eficazes, reforçar o comportamento desejado, aplicar consequências calmas e consistentes e manejar a escalada. Os programas com melhor evidência mundial seguem essa espinha: **PMT de Kazdin**, **Defiant Child de Barkley**, **Helping the Noncompliant Child**, **PCIT** (terapia de interação pais-criança, padrão-ouro dos 2 aos 7 anos), **Incredible Years** e **Triple P**.

O que esperar

Nos ensaios clínicos, **metade a dois terços das crianças melhoram de forma clinicamente significativa**, com ganhos mantidos em seguimento. Não é mágica nem obediência instantânea: é redução real de explosões, brigas e desobediência — e uma casa que volta a respirar. O efeito depende de prática entre sessões e de consistência entre os cuidadores.

Base científica. Diretrizes internacionais (Academia Americana de Psiquiatria da Infância e NICE britânico) colocam o treinamento parental como **primeira linha** para TOD. Revisões Cochrane e metanálises confirmam efeito moderado e duradouro sobre o comportamento disruptivo; metanálise de 2024 mostra que **formatos on-line e autoguiados também funcionam**, ampliando o acesso. Em ensaio randomizado de 2022 com 160 crianças com TOD, dois terços estavam muito melhores após o tratamento.

NO DIA A DIA

Procure psicólogo que trabalhe com treinamento parental comportamental (PMT, PCIT ou equivalente). Pergunte diretamente: "o programa treina os pais, com prática semanal em casa?" — essa é a marca dos que funcionam.

A BASE CIENTÍFICA

Terapia individual "para a criança conversar" tem pouco efeito sobre TOD em pré-escolares e escolares. O agente de mudança mais poderoso é o adulto que passa o dia com ela.

PARA LEMBRAR

"No TOD, o tratamento de primeira linha tem endereço: a sua casa."

Os princípios por trás: atenção, reforço e consistência

Todos os programas que funcionam são aplicações da análise do comportamento (ABA) à vida da família. Entender quatro princípios transforma técnicas soltas em estratégia.

Os quatro princípios

Princípio	Tradução para a sua casa
1 · Atenção é combustível	Comportamento que recebe atenção — mesmo bronca, sermão, grito — tende a se repetir. A atenção dos pais é o reforçador mais poderoso que existe; a pergunta é para onde ela está indo.
2 · Reforce o que quer ver	Elogio específico e imediato ao comportamento desejado ("obrigado por guardar na primeira vez que pedi!") vale mais que dez correções do indesejado.
3 · O que não se alimenta, enfraquece	Comportamento menor de busca de atenção (resmungo, provocação leve) que deixa de "funcionar" — sem plateia, sem negociação — tende a se extinguir. Prepare-se: piora antes de melhorar (o "estouro de extinção").
4 · Antecedentes importam	Boa parte das explosões é previsível: fome, sono, transição brusca, tarefa acima da capacidade. Arrumar o antes evita ter que apagar o depois.

CONEXÃO SUTIL

É o mesmo princípio do guia inteiro desta coleção: o ambiente programa o comportamento. No TOD, a família não é a culpada — é a **engenheira do ambiente**. Ninguém tem mais poder de mudança do que quem controla atenção, rotina e consequências.

Base científica. Reforço, extinção e controle de antecedentes são princípios operantes com décadas de replicação, da pesquisa básica de Skinner aos ensaios clínicos dos programas parentais. A consistência é o moderador mais forte: o mesmo plano, aplicado igual pelos dois cuidadores, multiplica o efeito.

NO DIA A DIA	Auditoria de uma semana: para onde vai a sua atenção? Se 80% dela chega na hora do comportamento ruim, está achado o combustível do problema — e o remédio: migrá-la para os acertos.
A BASE CIENTÍFICA	Punição frequente e imprevisível não ensina o comportamento certo — só ensina a esconder o errado. Reforço do positivo + consequência calma e previsível ensina os dois lados.
PARA LEMBRAR	"O comportamento vai aonde a atenção está. Mude o endereço da atenção."

A criança também treina: TCC e resolução de problemas

O desafio não é só "não querer": muitas vezes é "não conseguir ainda". A partir dos 6-7 anos, treinar as habilidades que faltam na criança soma força ao trabalho dos pais.

Duas caixas de ferramentas

TCC infantil e treino de resolução de problemas (Kazdin; Coping Power de Lochman): a criança aprende, em jogos e ensaios, a reconhecer os sinais da raiva no corpo, parar antes de explodir, gerar alternativas ("o que mais posso fazer?") e escolher a que funciona — habilidades de autorregulação que o cérebro dela ainda não construiu sozinho.

Soluções Colaborativas e Proativas (CPS, de Ross Greene): parte da premissa "criança vai bem quando consegue". Em vez de mais consequência, o adulto e a criança **resolvem juntos, fora da crise**, os problemas que sempre disparam a explosão — combinando a preocupação do adulto e a da criança numa solução realista. Funciona especialmente bem em crianças rígidas e explosivas, e devolve colaboração onde só havia queda de braço.

Base científica. Ensaio randomizado de 2022 (160 crianças com TOD, 7-14 anos): o CPS foi **equivalente ao treinamento parental clássico** — 45 a 50% das crianças saíram da faixa clínica, dois terços muito melhores, ganhos mantidos aos 6 meses. O treino de resolução de problemas de Kazdin tem eficácia demonstrada isolado e somado ao PMT. Ou seja: a família tem **mais de um caminho baseado em evidência** para escolher.

NO DIA A DIA

Escolha o encaixe: criança pequena e desobediente → treinamento parental primeiro. Criança maior, rígida e explosiva, que "trava" → o formato colaborativo pode engajar melhor. Os dois podem coexistir.

A BASE CIENTÍFICA

Ver a explosão como "habilidade em falta" (frustração, flexibilidade, linguagem da emoção) e não como "vontade de afrontar" muda a pergunta de "como puni-lo?" para "o que ensinar?" — e essa pergunta tem resposta técnica.

PARA LEMBRAR

"Criança vai bem quando consegue. Se não vai, falta habilidade — e habilidade se ensina."

PARTE 03

O Manual em Casa

As quatro decisões práticas, na ordem certa: primeiro o vínculo, depois a ordem, depois a consequência — e o plano para a hora em que tudo escala.

A base de tudo: tempo especial e atenção positiva

Nenhuma técnica de disciplina funciona numa relação falida. Por isso todo programa sério começa pelo mesmo lugar — e não é pelo castigo: é pelo vínculo.

O tempo especial (10 a 15 minutos por dia)

Um período diário, curto e sagrado, em que você brinca com a criança **seguindo a liderança dela**: sem ordens, sem perguntas em rajada, sem correções, sem celular. Você descreve o que ela faz ("você colocou o bloco vermelho em cima!"), elogia o específico e participa. Parece pouco — é a intervenção com maior efeito por minuto de todo o manual, porque reabastece a relação que o conflito drenou e devolve valor à sua atenção.

A proporção 5 para 1

Casas em guerra vivem em proporção invertida: dez broncas para um elogio. O alvo é **cinco interações positivas para cada correção** — elogio específico, toque afetuoso, interesse, humor. Não é ignorar o errado: é garantir que o certo nunca passe em branco. Elogie o esforço e o comportamento ("você guardou o tablet na hora, isso foi maduro"), não rótulos genéricos.

COMO FAZER O TEMPO ESPECIAL FUNCIONAR

- ✓ **Todo dia, mesmo em dia ruim.** Ele não é prêmio por bom comportamento — é o alicerce do plano inteiro. Não se cancela por castigo.
- ✓ **A criança escolhe a brincadeira** (dentro do seguro). Você segue, descreve e elogia. Zero ordens e zero "aproveitar para ensinar".
- ✓ **Termine no horário, com aviso.** Curto e bom, todos os dias, vale mais que longo e raro.
- ✓ **Cada cuidador faz o seu.** Pai e mãe, cada um com seu momento — o efeito soma.

Base científica. O "child-directed play" é o primeiro módulo do PCIT, do programa de Barkley e do Helping the Noncompliant Child — não por sentimentalismo, mas porque restaura o valor reforçador da atenção dos pais, condição para todo o resto funcionar. Ensaios do PCIT mostram melhora do comportamento já nessa fase, antes de qualquer disciplina nova.

NO DIA A DIA

Comece hoje: 10 minutos, timer no silencioso, celular longe. Nas duas primeiras semanas do plano, mude apenas isto — e observe o tom da casa.

A BASE CIENTÍFICA

No ciclo coercitivo, a atenção parental virou sinônimo de conflito. O tempo especial reprograma essa associação — é o "reset" da moeda de troca.

PARA LEMBRAR

"Conexão antes de correção. Todo dia."

Ordens que funcionam

Grande parte da "desobediência" começa na ordem mal dada. Mudar o jeito de pedir é a técnica de melhor custo-benefício do manual.

A anatomia da ordem eficaz

FAÇA ASSIM

- **Perto e com contato:** aproxime-se, abaixe à altura, toque o ombro, consiga o olhar. Ordem gritada de outro cômodo não é ordem — é ruído.
- **Uma de cada vez,** curta e afirmativa: "guarde os blocos na caixa".
- **Espere 5 segundos** em silêncio, contando mentalmente. O silêncio é a parte mais difícil — e a mais poderosa.
- **Obedeceu? Elogie na hora,** nomeando: "obedeceu de primeira, excelente!".
- **Avise transições:** "em 5 minutos, desligamos". Cérebro avisado briga menos.

EVITE

- **Ordem em forma de pergunta:** "vamos guardar?", "pode desligar?" — pergunta autoriza o "não".
- **Rajada de ordens:** três comandos numa frase garantem o fracasso de dois.
- **Repetir dez vezes** subindo o tom: ensina que as nove primeiras não valem.
- **Ordem-sermão:** justificativa longa vira debate; o TOD adora um debate.
- **Ordenar o que não vai sustentar:** só dê a ordem que você pode acompanhar até o fim.

Base científica. A instrução eficaz ("effective commands/alpha commands") é módulo central de Barkley e Forehand & McMahon: nos estudos observacionais, ordens claras, únicas e seguidas de espera aumentam a obediência imediata de forma substancial mesmo antes de qualquer consequência nova — e são pré-requisito para que as consequências da próxima decisão sejam justas.

NO DIA A DIA

Escolha os 2-3 pedidos mais críticos do dia (desligar tela, banho, tarefa) e aplique a anatomia completa só neles nesta semana. Qualidade antes de quantidade.

A BASE CIENTÍFICA

Cada ordem não sustentada é um treino de desobediência. Menos ordens, melhores e acompanhadas, vencem mais que vigilância constante.

PARA LEMBRAR

"Peça uma vez, de perto, e espere 5 segundos. E elogie a obediência como se fosse gol."

Consequências que ensinam

Consequência não é vingança nem desabafo: é informação previsível. No TOD, a força da consequência está na calma e na constância — nunca no tamanho.

As que funcionam

Ferramenta	Como usar bem
Perda breve de privilégio	Curta (horas, não semanas) e ligada ao fato: exagerou no tablet → tablet encerra por hoje. Anunciada uma vez, em tom neutro, e cumprida sem sermão.
Custo de resposta	Em sistemas de pontos/fichas, o comportamento-alvo ganha e o combinado quebrado perde — regras visíveis, definidas antes, sem surpresa.
Pausa (time-out) dos 2 aos 7 anos	1 minuto por ano de idade, em lugar sem graça e seguro, aplicada sem raiva e encerrada com recomeço limpo. É pausa de reforçamento, não humilhação — e só funciona se o resto do dia ("time-in") for rico em atenção positiva.
Reparação	Quebrou, ajuda a consertar; magoou, repara o gesto. Consequência com dignidade ensina responsabilidade.

A que não funciona

Castigo físico está fora do plano — por evidência, não só por valor. Palmada e surra associam-se, nas metanálises, a mais agressividade e pior saúde mental, e minam exatamente o que o tratamento constrói: a previsibilidade calma da autoridade. Autoridade firme não precisa de mão pesada; precisa de palavra que vale.

Base científica. Perda de privilégio, custo de resposta e time-out são os componentes disciplinares dos programas com melhor evidência (Kazdin; Barkley; PCIT). A literatura sobre punição corporal (metanálises de Gershoff) mostra associação consistente com piora do comportamento — e a Academia Americana de Pediatria orienta contra em qualquer idade.

NO DIA A DIA	Combine as regras e consequências fora da crise, por escrito, com a criança junto quando a idade permitir. Na hora, execute como árbitro: neutro, breve, previsível.
A BASE CIENTÍFICA	Consequência imprevisível e proporcional ao humor do adulto é o combustível do ciclo coercitivo. A mesma regra, aplicada igual pelos dois cuidadores, é metade do tratamento.
PARA LEMBRAR	"Consequência curta, calma e certa. A constância pune melhor que a severidade."

Desarmando a escalada

Toda família com TOD conhece a espiral: pedido, recusa, grito, ameaça, explosão. O objetivo não é vencer a espiral — é não entrar nela.

Antes: previna o previsível

Mapeie os gatilhos fixos (transições, telas, fome, sono, tarefa difícil) e trabalhe o antecedente: avisos de transição, rotina visual, escolhas limitadas ("banho agora ou em 10 minutos?"), tarefa dividida em degraus. **Escolha limitada é ouro no TOD:** dá à criança o controle que ela busca, dentro da moldura que você define.

Durante: menos palavras, mais calma

O PROTOCOLO DO PICO

- ✓ **Não negocie no pico.** Cérebro em explosão não processa argumento. Frase curta, tom baixo, corpo calmo: "quando você se acalmar, a gente resolve".
- ✓ **Não grite de volta.** A sua escalada é o degrau da dela. Você é o termostato da cena, não o termômetro.
- ✓ **Provocação menor: sem plateia.** Resmungo e drama de busca de atenção morrem sem público (extinção) — desde que a atenção volte, generosa, ao primeiro comportamento adequado.
- ✓ **Segurança primeiro.** Agressão física ou risco: proteja pessoas e objetos, com o mínimo de contato e conversa. O assunto se resolve depois, na calma.
- ✓ **Depois do temporal, recomeço limpo:** consequência combinada (se houver), reparação — e a vida segue sem ressentimento nem sermão retroativo.

Base científica. O manejo de escalada dos programas parentais combina extinção de comportamento mantido por atenção, redução de estímulo no pico e reforço diferencial do comportamento adequado — os mesmos princípios validados no manejo comportamental em ABA. Estudos de interação mostram que a resposta calma do adulto encurta a duração das crises ao longo das semanas.

NO DIA A DIA

Ensaie a sua frase-âncora do pico ("percebi que você está bravo; quando passar, resolvemos") e o seu gesto de saída de cena. Quem tem plano treme menos.

A BASE CIENTÍFICA

A crise é o pior momento para ensinar e o melhor para não piorar. O ensino acontece antes (prevenção) e depois (resolução conjunta) — nunca durante.

PARA LEMBRAR

"Na explosão, seja o termostato: menos palavras, menos plateia, mais calma."

PARTE 04

A Rede em Volta

Escola alinhada, comorbidade tratada, pais cuidados — e clareza sobre quando o plano precisa subir de intensidade.

Escola, medicação e comorbidades

O que se constrói em casa desmorona se a escola puxa para outro lado — e nenhum plano comportamental compensa uma comorbidade não tratada.

Escola: o mesmo plano, o mesmo idioma

Compartilhe com a professora as ferramentas do manual: atenção positiva ao acerto, ordens curtas com espera, consequências combinadas e previsíveis, aviso de transições. Um **cartão diário de comportamento** (2-3 metas simples, marcado pela escola e reforçado em casa) é a ponte com melhor evidência entre os dois mundos. Reuniões breves e regulares valem mais que reuniões de crise.

Medicação: o que ela é — e o que não é

Não existe remédio para TOD. Nenhum fármaco trata oposição; o tratamento do TOD é comportamental e familiar. A medicação entra por duas portas laterais: **tratar a comorbidade** — controlar o TDAH com estimulante reduz de forma mensurável a impulsividade e, com ela, boa parte da oposição — e, em casos de **agressividade grave e refratária**, o uso criterioso e temporário de antipsicótico (como risperidona), sempre por especialista, na menor dose e pelo menor tempo, com monitorização de peso e metabolismo, e **nunca no lugar** do treinamento parental.

Base científica. Diretrizes internacionais são convergentes: intervenção psicossocial primeiro; psicofármaco dirigido à comorbidade (TDAH, ansiedade, depressão) quando presente; antipsicótico reservado à agressividade grave, como adjuvante breve. O estudo MTA e ensaios subsequentes mostram que tratar o TDAH melhora significativamente os sintomas opostos associados.

NO DIA A DIA

Leve este guia à coordenação e proponha o cartão diário com 2-3 metas. E se há TDAH diagnosticado, trate-o de verdade — é a alavanca farmacológica que existe.

A BASE CIENTÍFICA

Se alguém oferecer um remédio "para o TOD" como primeira e única medida, essa é a deixa para uma segunda opinião.

PARA LEMBRAR

"Remédio trata a comorbidade. O TOD se trata na relação — em casa e na escola."

Cuidar de quem cuida — e quando intensificar

Criar uma criança com TOD é uma maratona com o tanque furado. Cuidar do adulto não é luxo: é parte técnica do tratamento — e saber a hora de intensificar é proteção, não fracasso.

O adulto é a ferramenta

Todo o manual depende de um adulto capaz de ficar calmo no pico e constante na semana. Por isso os programas modernos tratam também o entorno: **sono e pausas do cuidador**, **acordo explícito entre os dois cuidadores** (a mesma regra, aplicada igual — inconsistência entre pai e mãe é o vazamento número um dos planos), **revezamento nas cenas difíceis** (quem está inteiro assume; quem está no limite sai), e tratamento da depressão, da ansiedade ou do conflito conjugal quando presentes — fatores que, não tratados, reduzem o efeito do treinamento parental.

Quando o plano precisa subir de nível

PROCURE INTENSIFICAÇÃO PROFISSIONAL SE

- ✓ **Agressão frequente** a pessoas ou animais, crueldade, destruição deliberada, fugas ou furtos — sinais de evolução para transtorno de conduta, que pede intervenção especializada imediata.
- ✓ **Autoagressão, ameaças de se machucar** ou tristeza persistente por trás da raiva.
- ✓ **8 a 12 semanas de plano bem aplicado sem nenhuma melhora** — hora de reavaliar diagnóstico, comorbidades e formato do tratamento, não de desistir.
- ✓ **A segurança de alguém da casa está em risco**, ou o cuidador chegou ao esgotamento — a rede (pediatria, psicologia, psiquiatria infantil) existe para ser acionada.

Base científica. O TOD não tratado é o principal preditor de transtorno de conduta, fracasso escolar e problemas na vida adulta — e o tratado tem bom prognóstico: a maioria das crianças melhora e não evolui para conduta. Estresse e saúde mental parental são moderadores replicados do resultado do treinamento parental; tratá-los melhora o desfecho da criança.

NO DIA A DIA

Agende o "conselho de pais" semanal: 20 minutos, os dois cuidadores, revisando o que funcionou e alinhando a semana. E proteja uma pausa real para cada um.

A BASE CIENTÍFICA

Pedir ajuda cedo muda trajetória. O pior desfecho do TOD não vem da gravidade inicial — vem do tempo perdido sem tratamento adequado.

PARA LEMBRAR

"Oxigênio primeiro em quem cuida. E melhora nenhuma em 3 meses = reavaliar, não desistir."

Kit de partida: as 12 decisões numa página

Para colar na geladeira. Nos dias de guerra, volte a estas doze linhas.

O ESSENCIAL DO TOD

- ✓ **TOD é condição tratável**, não falta de educação — e você não é a causa; é a solução principal.
- ✓ **Padrão de 6+ meses, frequente e com prejuízo** — diagnóstico é clínico e profissional, nunca rótulo de conversa.
- ✓ **Procure o ciclo da coerção**: a explosão que "funciona" hoje é a que se repete amanhã.
- ✓ **Investigue as companhias**: TDAH (a número um), ansiedade, tristeza, dificuldades escolares.
- ✓ **Tratamento de primeira linha é treinamento de pais** (PMT, PCIT e similares) — metade a dois terços melhoram.
- ✓ **Atenção é combustível**: migre a sua para os acertos; reforce o que quer ver crescer.
- ✓ **A criança também treina**: resolução de problemas, TCC e soluções colaborativas — habilidade se ensina.
- ✓ **Tempo especial todo dia** (10-15 min seguindo a liderança dela) + proporção 5 elogios : 1 correção.
- ✓ **Ordem eficaz**: perto, uma, curta, afirmativa, 5 segundos de espera — e elogio à obediência.
- ✓ **Consequência curta, calma e certa**. Sem castigo físico: a evidência o desaconselha.
- ✓ **Na escalada, seja o termostato**: não negocie no pico, menos palavras, segurança primeiro, recomeço limpo.
- ✓ **Escola no mesmo idioma, comorbidade tratada, pais cuidados** — e sem melhora em 8-12 semanas, reavaliar.

"O objetivo não é uma criança que nunca diz não. É uma casa em que o não deixou de ser guerra — e voltou a ser conversa."

DEFESA DA INFÂNCIA · DR. DIEGO SCHADECK

Referências

Seleção de diretrizes, manuais e fontes primárias que embasam este guia. A orientação individual é sempre do profissional que acompanha o seu filho.

1. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR — Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, texto revisado: Transtorno de Oposição Desafiante. 2022.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):126-141.
3. NICE — National Institute for Health and Care Excellence. *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management* (CG158), atualização vigente.
4. Kazdin AE. *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press; e *Problem-Solving Skills Training*.
5. Barkley RA. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. 3ª ed. Guilford; McMahon RJ, Forehand R. *Helping the Noncompliant Child*. 2ª ed. Guilford.
6. Greene RW. *The Explosive Child*. 6ª ed. Harper; Murrihy RC, et al. Community-Delivered Collaborative and Proactive Solutions and Parent Management Training for Oppositional Youth: A Randomized Trial. *Behav Ther*. 2023;54(2):400-417.
7. Furlong M, et al. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD008225.
8. McAloon J, Armstrong SM. The Effects of Online Behavioral Parenting Interventions on Child Outcomes, Parenting Ability and Parent Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2024;27(2):523-549.
9. Njardvik U, et al. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2025;118:102571.
10. Silva Santos RM, et al. The Meaning of Irritability in ADHD: Systematic Review. *Dev Neuropsychol*. 2025;50(3-8):168-184.
11. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *J Fam Psychol*. 2016;30(4):453-469; e American Academy of Pediatrics — Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*. 2018.
12. Patterson GR. *Coercive Family Process*. Castalia; MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073-1086.

Nota de responsabilidade

Este material é **educação em saúde** dirigida a famílias e não substitui a consulta, a avaliação nem a orientação individualizada de médico ou psicólogo. O diagnóstico de TOD é clínico e profissional; este guia não serve para diagnosticar nem para rotular crianças. As estratégias descritas são as de melhor evidência disponível, mas a indicação, a combinação e o ajuste ao caso concreto — inclusive de qualquer medicação — cabem exclusivamente à equipe que acompanha a criança. Diante de agressividade grave, autoagressão ou risco a qualquer pessoa da casa, procure avaliação imediata. O conteúdo segue princípios de comunicação responsável em saúde, sem promessa de resultado e sem sensacionalismo.

Dr. Diego Schadeck Rodrigues · Pediatra · Neurodesenvolvimento 0–6 anos e TEA · CRM-PR 29.518 · RQE 13.272 · Foz do Iguaçu/PR e atendimento on-line · [@dr.diegoschadeck](#)