

SERÁ QUE É BIRRA? UMA REFLEXÃO SOBRE A RECUSA INFANTIL E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Naiane Losch Sbrussi; Franciele da Costa

Resumo

A prática clínica infantil frequentemente confronta o psicólogo com um dilema recorrente: a aparente relutância das crianças em acatar as propostas e atividades de estimulação apresentadas. Diante de situações em que o cliente recusa o material, esquiva-se da mesa de trabalho ou apresenta resistência às solicitações do psicoterapeuta, o senso comum seria o de rotular tal conduta como birra, indisciplina ou falta de limites. No entanto, a análise fundamentada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) indica que os comportamentos infantis devem ser compreendidos considerando aspectos cognitivos, emocionais e contextuais, evitando interpretar automaticamente a recusa como má intenção ou teimosia (Beck, 2025; Friedberg; McClure, 2019). Compreender a origem dessas condutas exige ir além da superfície e examinar o funcionamento cognitivo, emocional e contextual da criança, especialmente quando estão inseridas no espectro autista ou apresentam quadros de atraso global do desenvolvimento.

Para a TCC, as emoções e os comportamentos de um indivíduo são medidos pela forma como ele processa as informações e interpreta o seu ambiente

(Beck, 2025). Quando uma criança com TEA recusa uma tarefa proposta, essa resposta pode estar relacionada, entre outros fatores, à sobrecarga sensorial, às dificuldades diante de mudanças, à compreensão da demanda ou às características individuais da criança. Conforme os parâmetros diagnósticos do DSM-5-TR (APA, 2023), o transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e interação social, associadas à presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, que englobam tanto a adesão inflexível a rotinas e padrões quanto a reatividade incomum a estímulos sensoriais do ambiente, dificuldades diante de mudanças e dificuldade de adaptação a transições, embora a manifestação do transtorno não seja homogênea e oscile consideravelmente em cada aspecto entre os indivíduos. Desse modo, a recusa pode constituir uma forma de comunicação ou resposta diante de demandas percebidas como difíceis, aversivas ou pouco compreensíveis. Por outro lado, quando a análise se volta para crianças com atraso global do desenvolvimento, a recusa pode servir como mecanismo de defesa contra o fracasso, ou pode vir pela dificuldade que a criança imagina que terá na realização da tarefa. Conforme os parâmetros do DSM-5-TR (APA, 2023), o atraso global do desenvolvimento caracteriza-se por lacunas significativas no funcionamento intelectual e adaptativo, limitando a capacidade da criança de atender às demandas cotidianas de aprendizagem e exigência social. Diante de uma exigência percebida como difícil ou superior às suas habilidades naquele momento, a criança pode apresentar insegurança, frustração ou esquiva, especialmente quando já vivenciou experiências anteriores de dificuldade. Quando há dificuldade para identificar ou expressar o que está sentindo, a recusa pode constituir

uma das formas de responder à situação. A intervenção orientada pela TCC enfatiza que cobrar desempenho sem acolher essa vulnerabilidade apenas intensifica o desamparo, tornando importante adaptar as tarefas ao nível de desenvolvimento e às necessidades da criança, podendo organizá-las em etapas menores quando necessário. (Beck et al., 2021).

Essa situação ocorre nas negociações cotidianas dos atendimentos, como por exemplo na tentativa da exigência de que a criança realize primeiro uma tarefa desprazerosa para só depois ter acesso a um brinquedo de sua preferência. Estratégias de reforçamento e negociação precisam ser ajustadas às características do desenvolvimento e às necessidades individuais da criança, especialmente quando há dificuldades de compreensão, autorregulação ou planejamento (Friedberg; McClure, 2019). Recompensas muito distantes ou pouco significativas para a criança podem ter menor valor motivacional, sendo necessário considerar a idade, o desenvolvimento e os interesses individuais no planejamento das estratégias. Ao invés de utilizar o lúdico como mera moeda de troca no final da sessão, recursos lúdicos e interesses da criança podem ser incorporados às intervenções de maneira planejada, com o objetivo de favorecer engajamento e participação (Knapp et al., 2004).

Conclui-se que interpretar automaticamente a resistência infantil como birra pode limitar a compreensão clínica e favorecer intervenções pouco ajustadas às necessidades da criança, o que é inaceitável em consonância com os princípios do Código de Ética Profissional do Psicólogo, que orientam a atuação para a promoção da saúde, da qualidade de vida, da dignidade e da integridade das pessoas (CFP, 2005). A análise fundamentada na Terapia Cognitivo-Comportamental permite compreender que a recusa e a aparente 'desobediência' podem estar

relacionadas a diferentes fatores, como sobrecarga, dificuldade de compreensão da demanda, frustração, aspectos sensoriais ou características do desenvolvimento. O papel do psicólogo consiste em compreender funcionalmente o comportamento, evitar intervenções coercitivas e adaptar as demandas às características cognitivas, emocionais e desenvolvimentais da criança, favorecendo um contexto terapêutico seguro e colaborativo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR. 5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva da depressão.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2025.
- BECK, Judith S. et al. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Código de ética profissional do psicólogo.** Brasília: CFP, 2005.
- FRIEDBERG, Robert D.; MCCLure, Jessica M. **Prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

E-mail: naianelosch@gmail.com