

TRANSTORNO DESAFIADO Opositor e a influência do ambiente sociofamiliar

Mirela Olímpio Bernado¹
Roselaine Teodoro da Silva²
Mariana Fernandes Ramos dos Santos³

Resumo: Este trabalho apresenta uma reflexão a respeito do Transtorno Desafiador Opositor. O foco primordial da pesquisa foi investigar as principais características do TDO, conhecer os fatores ambientais que influenciam no desencadeamento e na permanência do transtorno. O trabalho apresenta como objetivo principal ampliar o conhecimento sobre o comportamento antissocial infantil explicitando diversos fatores ambientais que interferem e influenciam no desenvolvimento do transtorno, possibilitando uma melhor compreensão dos sintomas e características específicas. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica, o qual buscamos analisar o meio familiar, escolar e jogos/desenhos que retratam a violência. Conclui-se que o TDO sofre influência de distintos ambientes e, aprende comportamentos através da observação de modelos e interioriza o que vive no meio sociofamiliar, reproduzindo tais comportamentos em seu cotidiano.

Palavras-chave: Influência. Sociedade. Família. Diagnóstico. Tratamento.

Introdução

O diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial se dá aos 18 anos de idade, no entanto ninguém se torna um psicopata da noite para o dia. Existem casos de crianças que desde pequenas apresentam comportamentos antissociais, crianças “cruéis” capazes até mesmo de matar.

Essas crianças não podem ser diagnosticadas com transtorno de personalidade antissocial, principalmente devido à idade. Denominamos, então, Transtorno Desafiador Opositor, o padrão de comportamentos hostis, desafiador e desobedientes, iniciados normalmente entre seis e oito anos de idade. Muitos dos comportamentos agressivos de uma criança são construídos socialmente e muitas vezes o ambiente que se vive torna-se um facilitador do desenvolvimento do transtorno, o que nos fomenta a abordar este tema.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia no Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: mirela-croft@hotmail.com

² Graduanda do curso de Psicologia no Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: roseteodoro24@gmail.com

³ Professora do Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. Psicóloga. Neuropsicóloga. Terapeuta Cognitivo Comportamental. Especialista em Saúde Mental. Pós-graduada em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental. Pós graduanda em Reabilitação Neuropsicológica. Mestranda em Psicologia. E-mail: marineuropsi@hotmail.com – Orientadora

Os objetivos do presente trabalho se direcionam a possibilitar a amplitude do conhecimento sobre o comportamento antissocial infantil, conhecer fatores do ambiente familiar e social que influenciam o desencadeamento e/ou o reforçamento do transtorno, entender os sintomas e características do TDO e salientar a importância de uma intervenção precoce.

O método utilizado foi através de pesquisa bibliográfica, o qual buscamos por meio de livros, artigos e revistas responder com satisfação ao problema proposto. Utilizando como referências principais autores como Albert Bandura e Gustavo Teixeira. A pesquisa será de modo qualitativo, pois o que se procura atingir é a identificação da natureza e do alcance do tema a ser investigado.

1 Transtorno Desafiador Opositor:

1. O transtorno desafiador opositor é um transtorno que se caracteriza por comportamento negativista, hostil, desafiador, atitudes consideradas inadequadas frente às normas da sociedade. Esse transtorno pode estar relacionado com outras condições comportamentais, e frequentemente precede o desenvolvimento do transtorno de conduta⁴, uso abusivo de drogas e comportamento delinquencial⁵. (TEIXEIRA, 2014). As crianças e adolescentes demonstram uma recusa em obedecer aos adultos e as regras que são estabelecidas por eles, desafiam sua autoridade e discutem com os mesmos, apresentando dificuldade no controle do temperamento.

Dentro deste contexto, a sociedade apresenta uma grande resistência em aceitar a maldade infantil, mas ela está presente em crianças que sentem prazer em manipular seus pais e colegas, são vingativas, maltratam animais e têm baixa tolerância à frustração.

A falta de afetividade na infância é um dos indicativos mais preocupantes do comportamento antissocial infantil, as crianças tendem a ser naturalmente encantadas com seus pais. Já para quem tem transtorno desafiador opositor isso

⁴Transtorno de Conduta – na adolescência dificuldade de inserção de regras. (DSM V, 2013)

⁵Delinquencial – relacionado a um comportamento de dificuldade de inserção às regras. (DSM V, 2013)

não vem de forma tão natural. Na verdade, o afeto gratuito, ou seja, sem que a criança ganhe algo em troca, como brinquedo ou doce é praticamente inexistente. (PAVARINO; PRETTE; PRETTE, 2005 p.128).

Cada vez mais nos deparamos com casos de crianças chamadas de pequenos “psicopatas”, no filme *“precisamos falar sobre Kelvin”* (2011), vemos nitidamente a maldade infantil presente, Kelvin desde pequeno apresentava comportamento desafiador opositor e sentia prazer em manipular seus pais, no decorrer do filme esses sintomas evoluem para o transtorno de conduta, que é uma condição severa presente em muitos jovens hoje em dia.

O meio onde a criança está inserida, as regras estabelecidas e a forma de conduzir a situação conflituosa diante da oposição da criança se tornam importante no processo de desenvolvimento desse tipo de comportamento. A criança ou adolescente que apresenta tais comportamentos pode ter um grande prejuízo na vida escolar, no meio familiar e social. (TEXEIRA, 2014).

O transtorno desafiador opositor é muito confundido com TDAH, ou pelo menos diagnosticado como comorbidade. A criança com TDAH apresenta comportamentos de inquietudes, desatenção e impulsividade, excesso de atividade, dificuldade de se acalmar e reatividade extrema, são comportamentos comuns, tem dificuldades em seguir as regras impostas, trazendo prejuízos para ela própria e para os outros em sua volta. Podem incluir também baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade de humor. (DSM-5, p. 61). Mas, no TDAH a criança não obedece às regras por não conseguir manter sua concentração em alguma tarefa que exija esforço mental prolongado, esquecimento do que foi orientado ou pedido, ou impulsividade. O TDO resiste às tarefas por não se conformar com as exigências dos outros, tendem a enfrentar e questionar os adultos ou figuras de autoridade que tentam colocar regras e estabelecer limites para com eles. A característica que mais se assemelha nos dois transtornos é a oscilação de humor constante em indivíduos com estes transtornos, podendo levá-los a se tornarem agressivos diante desta oscilação. (TEIXEIRA, 2014).

O temperamento e as características do ambiente entram em constante interação ao longo do desenvolvimento da criança, podendo vir a contribuir na formação de comportamentos agressivos e na manutenção dos mesmos, o ambiente age como reforçador ou não de tais comportamentos.

Além do ambiente e do temperamento, temos que levar em consideração que há inúmeros fatores que podem contribuir para este tipo de comportamento, a relação afetiva com os pais, a forma de punição, a falta de carinho, a insegurança, hostilidade, agressividade em relações sociais e familiares, humilhações, abuso físico e psicológico, a influência da mídia em propagar desenhos de violência e jogos que estimulam o comportamento agressivo, dentre outros fatores. Enfim, são inúmeros fatores e situações vivenciadas pelo indivíduo que podem contribuir para o aparecimento dos sintomas ou servir como um reforçador da agressividade. (GALLO; WILLIAMS, 2005 p.81,95).

1.1 Características do Transtorno desafiador opositor (CID e DSM-5)

A Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CÍD-10 (Organização Mundial da Saúde, 1997, p. 264-265) descreve as seguintes características para que se possa diagnosticar a criança com Transtorno desafiador opositor: O transtorno desafiador opositor é caracteristicamente visto em crianças abaixo de 9 ou 10 anos de idade, para ser diagnosticado com TDO é necessário um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador que dure pelo menos 6 meses e que os sintomas gerem consequências significativas no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional do indivíduo, comportamento travesso ou desobediente não é por si mesmo suficiente para o diagnóstico.

Crianças com esse transtorno tendem frequente e ativamente a desafiar os pedidos ou normas dos adultos e deliberadamente aborrecer outras pessoas. Usualmente, elas tendem a ser coléricas, ressentidas e facilmente se aborrecem com outras pessoas, a quem culpam por seus próprios erros e dificuldades. Elas geralmente têm uma baixa tolerância à frustração e rapidamente perdem a paciência. Tipicamente, seu desafio tem uma qualidade provocativa, de modo que elas iniciam confrontações e em geral exibem níveis excessivos de grosseria, falta de cooperação e resistência à autoridade. (CID-10, p.265,266)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (p. 463) Cita os seguintes critérios diagnósticos: A: Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa. Humor Raivoso/Irritável. 1. Com frequência perde a calma. 2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado. 3. Com frequência é raivoso e ressentido. Comportamento Questionador/Desafiante. 4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no

caso de crianças e adolescentes, adultos. 5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade. 6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas. 7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento. Índole Vingativa 8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Este transtorno pode ter sua gravidade identificada de acordo com a repetição de um mesmo comportamento em diversos ambientes. Quando os sintomas estão presentes em Três ou mais ambientes o quadro é considerado grave. (TEIXEIRA, 2014)

De acordo com Teixeira (2014) o primeiro indício, geralmente, aparece durante o período da pré-escola, e após o início da adolescência. Diante disto, se mostra a necessidade da sociedade problematizar este assunto visando aumentar possibilidade de intervenção e tratamento para tentar reduzir ou minimizar este tipo de comportamento.

Ao longo do desenvolvimento a criança que apresenta estes sintomas viverá uma série de conflitos internos e externos, e se não tratado poderá, na idade adulta, desenvolver um transtorno personalidade antissocial*, o qual acarretará problemas maiores para sua vida e para o meio que está inserido.

2 A influência do ambiente no Transtorno Desafiador Opositor:

São diversos os fatores ambientais que podem contribuir para o aparecimento do comportamento que caracteriza o TDO. Apresentaremos três aspectos que consideramos exercer forte influência no desencadeamento ou na manutenção do comportamento: a influência da relação familiar; dos jogos e desenhos violentos e da escola na primeira infância.

O comportamento antissocial infantil é um assunto complexo que envolve diferentes variáveis ambientais e genéticas, porém a etiologia do Transtorno desafiador opositor ainda não está devidamente esclarecida. No entanto, sabemos que o desenvolvimento humano é resultado da interação entre diversos fatores

⁶Personalidade antissocial- transtorno caracterizado pelo comportamento impulsivo do individuo afetado, desprezo por normas sociais e indiferença pelos sentimentos dos outros. (TEIXEIRA, 2014)

ambientais, os quais exercem grande influência na formação da personalidade. (TEIXEIRA, 2014)

Muitas crianças que apresentam comportamento antissocial foram expostas a situações de risco na infância, o ambiente social e familiar tem sido relacionado com uma das causas do transtorno desafiador opositor. (MAIA; WILLIANS, 2005 p.92). Para Marinho; Caballo (2002 p.143) o ambiente as treinam para se comportar dessa forma. Watson; Peng (1992 apud VIEIRA, 2007, p.6) afirmam que crianças punidas de forma abusiva pelos pais, expostas a modelos violentos na mídia e que brincam com armas de brinquedo, tendem a apresentar maior participação em conflitos envolvendo agressão física.

A teoria social da aprendizagem é de grande importância para a compreensão da agressividade humana na medida em que focaliza o papel do ambiente social na aquisição, manutenção e modificação das respostas agressivas (BANDURA, 1973 apud, BATISTA; OLIVEIRA; PIRES, 2011). Tal teoria postula que as crianças podem aprender comportamentos complexos determinados a partir da observação de modelos comportamentais (BANDURA, 1979 p.70).

Segundo Huesmann (1982, apud GOMIDE; SPERANCETTA, 2002 p.1) as crianças não só aprendem comportamentos, mas também atitudes, valores e crenças, ambos estão lidando com comportamentos (observados ou encobertos) aprendidos pela observação de um modelo. Para Bandura; Azzi; Polydoro (2008):

A exposição a modelos agressivos pode: a) aumentar a probabilidade de imitação de comportamento agressivo; b) aumentar a imitação de respostas verbais não agressivas, emitidas pelo modelo agressivo; c) levar à imitação do comportamento agressivo, mesmo na ausência de desempenho durante a observação, sem reforçamento adicional do observador, e mesmo quando o modelo não fora reforçado ao exibir as respostas agressivas. (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008 p.50).

Bandura, através de seus estudos determinou três modelos de aprendizagem observacional: 1. Modelo ao vivo que envolve uma pessoa desempenhando um comportamento, como pai, mãe. 2. Modelos representativos, os quais são modelos de instruções verbais e que não ocorre a presença física do sujeito, como a televisão, rádio, filmes, desenhos. 3. Modelo simbólico, que envolve personagem real ou fictício, que demonstra comportamento através de filmes, livros, internet, desenhos, jogos, etc. (GISLAINE, 2012).

“Por modelação entende como um processo de aquisição de comportamentos a partir de modelos seja este programado ou incidental. Também a técnica de modificação de comportamento com o uso de modelos.” (BANDURA, 1965, 1972, 2008 apud BATISTA; OLIVEIRA; PIRES, 2011).

Assim, percebe a influência do ambiente na aquisição de comportamentos agressivos, sejam eles por meio de uma observação de figuras familiares ou por meio dos professores, colegas, jogos e mídia. A criança aprende um comportamento, e este passa a integrar na sua maneira de agir.

2.1 O ambiente familiar

Por ser o primeiro ambiente que a criança é inserida, a família reflete grande importância na formação da personalidade. É no seio familiar que a criança inicia seu desenvolvimento e suas relações interpessoais, e ao longo de toda vida experimenta o processo de construção de si mesmo. O problema é que muitas crianças não podem contar com essa base sólida chamada família, pois muitas não possuem em casa referenciais básicos para serem seguidos, imitados e tidos como modelo. (FERREIRA; WIEZZEL, 2005).

De acordo com Paiano *et al.* (2007) a criança interioriza o meio familiar como seu local primário de socialização e, por este ser repleto de distintas emoções, estas podem suscitar, entre os membros familiares, a saúde ou o transtorno mental.

Diversos fatores no ambiente familiar contribuem para o desencadeamento ou a permanência de comportamentos opostos desafiadores. Para o DSM-5 (2013, p.464) o transtorno é mais prevalente em famílias nas quais o cuidado da criança é perturbado por uma sucessão de cuidadores ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos. Além disso, questões sociais como violência doméstica, falta de estrutura familiar, moradia em áreas de grande criminalidade podem contribuir para o desencadeamento dessa condição comportamental (TEIXEIRA, 2014). Para Habigzang; Koler (2010 p.338), quando a criança é exposta a situações de risco pode vir a demonstrar diversos comportamentos, podendo reprimir a expressão dessas emoções negativas, como também revelar através de reações de raiva, irritabilidade e comportamentos hostis, características, portanto, do transtorno desafiador oposto.

É possível inferir que as várias modalidades de violência ocorridas no ambiente familiar podem ser responsáveis por grande parte dos atos violentos. Ou seja, a violência familiar tem sido associada com a agressividade infantil e delinquência. (BATISTA; OLIVEIRA; PIRES, 2011).

Bandura(1979 p.20) formulou a teoria da aprendizagem social a qual ele observou através de estudos, que a criança poderia imitar um comportamento agressivo apenas observando um modelo, internalizando e podendo reproduzi-los em outros contextos, na família, escola e outros ambientes. De acordo com seus estudos as crianças ao observarem distintos comportamentos no ambiente que frequentam tendem a imitar condutas, ações e maneiras de ser dos outros, aprendem e reproduzem o que faz parte de seu cotidiano, e isto pode se tornar inerente a sua forma de agir e à sua personalidade (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008 p.54).

O modelo de comportamento que os pais apresentam tem grande influência sobre o desenvolvimento da agressão na criança. A brutalidade na relação entre os pais e seus filhos, ensina às crianças, por meio da observação, o que fazer, assim, concluem que bater é apropriado e poderoso. (JOLY; DIAS; MARINI, 2009 p. 84).

Os modelos comportamentais podem se apresentar tanto no comportamento das pessoas do convívio das crianças, como também através de mídias diversas (televisão, videogames, quadrinhos, etc.).

As principais fontes de estilos de comportamento agressivo na sociedade moderna são a agressão modelada e reforçada pela família, onde o sujeito: 1. Aprende um estilo de conduta agressivo; 2. Alteram suas restrições sobre comportamento agressivo; 3. Torna-se insensível e habituado com a violência. (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008 apud BATISTA; OLIVEIRA; PIRES, 2011).

Teixeira também acredita na teoria da aprendizagem social e postula que o comportamento opositivo desafiador estaria relacionado com questões ligadas ao aprendizado social e a modelos de apego. (TEIXEIRA, 2014).

Os pais que usam a violência e agressão física ou verbal para com os filhos precisam descobrir outros meios para educá-los, pois, vivenciando esta experiência as crianças poderão aprender seu comportamento violento e passar a reproduzir a forma que é tratada se tornando, num futuro próximo, um agressor. Para que os comportamentos sejam melhorados é preciso estabelecer limites aos filhos com amor e cuidado, de forma que se sintam amparados e seguros. Criando um espaço para o diálogo, o qual é fundamental para o desenvolvimento da criança.

2.2 Influências dos jogos violentos e desenhos animados

Os desenhos e jogos sempre contiveram cenas e conteúdos agressivos, mas, as crianças tinham espaço para brincar e interagir, não se mantinha em frente à TV por muito tempo. Atualmente, os pais estão em uma correria sem fim e as crianças estão ficando atraídas, cada vez mais, por inúmeros desenhos e/ou jogos que proporcionam diversão e entretenimento, mas que pode acarretar distorções de cognitivas e comportamentais uma vez que, permanecem por período de tempo prolongado diante de cenas violentas e mensagens agressivas que muitos jogos trazem para a criança. “As principais críticas defendem que a exposição a modelos simbólicos poderá ensinar técnicas agressivas de comportamento e desinibir comportamentos agressivos”. (BANDURA, 1979; COOPER; MACKIE, 1986; SHUTTE, et al, 1988; TAN, 1986, apud FERREIRA; et al.) Pacheco (1998) afirma que as crianças, geralmente, incorporam a forma e o jeito dos personagens e buscam ficar mais parecidos possíveis das imagens favoritas que vêm na televisão.

Quando assistimos a TV, pode-se afirmar que esses olhares dos outros também nos olham, mobilizam-nos, justamente porque é possível enxergar ali muito do que somos (ou do que não somos), do que negamos ou daquilo em que acreditamos, ou ainda do que aprendemos a desejar ou a rejeitar ou simplesmente a apreciar. Em poucas palavras: em maior ou menor grau, nós sempre estamos um pouco naquelas imagens. (FISCHER, 1993, p.12 apud BERTOLLO; 2013).

Os conteúdos assistidos se torna parte da vida das crianças assim como ela os internaliza, pois, não possuem uma explicação acerca do que vêm, sobre o que é certo ou errado, ou muitas vezes se identificam com estes conteúdos pelo acesso aos mesmos, já que não se tem compreensão e maturidade cerebral necessária para fazer a separação do que é dela e o que não é, do que é real e o que é fantasia. “Pode conduzir à construção de uma imagem distorcida da realidade ou a uma percepção paranóide do mundo”. (GERBNET, et al, 1986; WOBER, 1978 apud, FERREIRA; et al,2006.)

Ao viver a situação de violência e agressividade através de jogos e desenhos, a criança internaliza o conteúdo vivenciado através dos símbolos e da relação estabelecida com os mesmos, e traz as situações experienciadas para a vida real, reproduzindo as cenas que vivencia e a forma que seus “heróis” se comportam e, estes comportamentos se tornam normais e habituais em suas vidas. Esta exposição pode dessensibilizar, ou seja, habituar os indivíduos à violência e torná-

los indiferentes ao sofrimento alheio (BERKOWITZ, 1993; FUNK, et al,1998, apud, FERREIRA; et al,2006.)

Griffiths; Dancaster (1995, apud, FERREIRA et al,2006.) afirmam que o jogo pode aumentar a ativação dos jogadores e torná-los mais excitados de forma, que busquem uma participação mais ativa para interagir com o jogo/desenho de forma efetiva e constante, como uma forma de extensão e aprimoramento do que está vivenciando nas cenas assistidas. (GRIFFITHS; DANCASTER 1995, apud FERREIRA et al).

De acordo com a teoria da aprendizagem social, constata-se que as crianças aprendem comportamentos complexos a partir da observação de modelos comportamentais e começa a reproduzir o que se vê. (BANDURA, 1979).

No DSM V(2013), os primeiros sinais do transtorno desafiador opositor aparecem por volta de 5-6 anos de idade. Fase que está sendo fortemente influenciada pelas experiências vivenciadas, destacando-se por ser uma fase na qual se encontra em processo de formação da personalidade e não consegue distinguir fantasia da realidade.

Os jogos e desenhos agressivos além de estimular comportamentos violentos e hostis já existentes poderão despertar tais comportamentos ainda não aflorados e isto, pode se tornar inerente à sua personalidade, conduzido por um processo de modelação* e construção de sua autoimagem.

Bertollo (2013) realizou um estudo qualitativo com um grupo composto por dez crianças de oito a doze anos, sendo seis meninos e quatro meninas. A qual foi observado o comportamento apresentado pelos mesmos antes, durante e depois de assistirem alguns desenhos considerados agressivos. Este estudo foi realizado através de uma metodologia de grupo focal, o qual faz uso de um método que promove um insight através da troca de experiências. Concluiu em seu estudo que, as crianças apresentavam um comportamento de impaciência enquanto assistiam os desenhos e após verem o conteúdo manifestava-se um comportamento mais hostil e agressivo, até mesmo no vocabulário.

Os adultos conseguem fazer a distinção entre fantasia e realidade, mas as crianças não. Alencar e Col. (2011) afirmam que desenhos animados violentos não

⁷Modelação- processo de aquisição de comportamentos a partir de modelos.(BANDURA, 2008).

devem ser vistos por crianças com menos de sete anos, pois possuem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia. Por isto, os desenhos e jogos que propagam violência se tornam uma grande influência negativa para as crianças.

2.3 A inserção da criança na escola

A escola tem sido apontada como um local onde a violência se torna cada vez mais frequente, a violência verbal e física entre alunos, professores e funcionários tem ocorrido de forma repetitiva e constante. Lugar que é visto como um lugar de referência de transmitir conhecimentos e valores está se transformando em um quadro de abusos e ofensas, provocando grandes sofrimentos para todos os envolvidos neste meio. (GALLO; WILLIAMS, 2005 p.85)

Outro fator relevante para este quadro de agressividade e violência nas escolas é o fato de as crianças estarem se mostrando como indivíduos sem valores, sem regras e sem limites. Acreditam que não precisam respeitar os outros e os ambientes que frequentam e, estes comportamentos vão arrastando os jovens a apresentarem constantemente comportamentos violentos e agressivos. (MAYER, 1995 apud GALLO; WILLIAMS, 2005 p.87). Existem diversos fatores que podem desencadear a manifestação de comportamentos agressivos no ambiente escolar, que são:

Fatores internos que dizem respeito ao clima escolar, relações interpessoais e características individuais, e fatores externos que englobam o contexto social, meios de comunicação e família. Há uma forte tendência em atribuir à família e as características pessoais a maior influência sobre esta forma de comportamento e de não dar-se devido valor às questões da própria estrutura escolar como desencadeadoras da agressividade da criança. (FANTE, 2005 apud CANDEVRA et al., 2009).

O meio o qual a criança ou o jovem está inserido pode incentivar ou desestimular o comportamento antissocial, a escola entra neste contexto como um ambiente capaz de propor mudanças, mas, que até o momento não demonstra eficácia e conhecimento teórico para tal postura de enfrentamento.

Acrescentamos ainda que a própria escola, da forma como é organizada, pode ser um fator desencadeador de comportamentos agressivos e que, muitas vezes, estes comportamentos refletem uma resistência da criança àquele estado, ou seja, sua forma de manifestar-se demonstrando a inadequação escolar aos seus interesses necessidades. (CANDEVRA et al., 2009).

Segundo Mayers (1995), a escola e as condições que as mesmas oferecem acabam desenvolvendo uma postura ineficaz e não efetiva para com os alunos, de forma que não consegue atingir ou seguir critérios para trabalhar a cidadania e tentar evitar ou reduzir os comportamentos de violação das normas e da agressividade (MAYERS, 1995). Fatores escolares estão descritos como facilitador do Transtorno desafiador opositor.

Ambientes escolares inadequados, com salas de aula superlotadas, professores despreparados, negligente e com dificuldades para aplicar disciplina e lidar com os alunos que apresentam problemas comportamentais podem favorecer o surgimento do transtorno. (TEIXEIRA, 2014).

É possível identificar vários casos de TDO no ambiente escolar, pois, observam-se muitos alunos que desafiam os professores, diretores, supervisores ou qualquer funcionário que tentar impor limites para com eles, quebram as regras estabelecidas pela instituição e violam as normas sociais que os cercam, brigam com os colegas, não realizam os deveres e sempre responsabilizam os outros por seu comportamento hostil e disfuncional (TEIXEIRA, 2014). Teixeira (2014) acredita que o comportamento opositivo desafiador na escola é resultado de um comportamento aprendido em outros ambientes, inclusive no ambiente familiar.

Muitas vezes observo lares opressores e com normas demasiadamente rígidas. Nesse caso, a criança convive diariamente com a violência, hostilidade e as brigas dos pais. Essa criança pode assumir o comportamento dos pais como “normal” e levar essa conduta aprendida para o ambiente escolar. “Ora, dentro de casa ela aprende que tudo deve ser resolvido com “violência, no grito e na agressividade”, e assim tentará resolver problemas da mesma forma”. (TEIXEIRA, 2014)

Um estudo realizado em uma escola pública na comunidade de Capoeiruçu, município da Bahia, apesar da agressividade no contexto escolar, revelou que as manifestações de agressividade no ambiente escolar eram algo internalizado da aprendizagem que o aluno vivenciou no seu contexto social e familiar (FELICIO, 2013 p.6). Percebendo assim que o comportamento antissocial infantil é um contexto que vem sendo internalizado de diferentes ambientes através da aprendizagem social (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008 p.56).

3 O Tratamento na terapia cognitivo comportamental

O tratamento do transtorno desafiador opositor inclui o uso de medicação e psicoterapia, quando falamos do tratamento do TDO, não falamos em cura, mas em manejo de comportamentos ou sintomas. Não há tratamento medicamentoso específico para o transtorno, entretanto, diversos artigos e trabalhos científicos relatam uso de psicofármacos no manejo dos sintomas desafiadores opositores (ALBURQUERQUE 2013, p.3).

Os medicamentos utilizados para o transtorno desafiador opositor pode trazer para o indivíduo uma melhora comportamental, elevar a autoestima, da qualidade de vida à criança, a família e as pessoas que interagem com ela. Entre os medicamentos que podem ser indicados estão os Antipsicóticos ou neurolépticos; Estabilizadores de humor; Psicoestimulantes e Antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina; (TEIXEIRA, 2014).

Tais medicamentos apresentam resultados promissores no manejo dos sintomas e são capazes de diminuir a impulsividade, agressividade, nervosismo e ataques de raiva que frequentemente acompanham essa condição comportamental. (TEIXEIRA, 2014).

“Psicoterapias de diferentes orientações teóricas têm sido usadas para tratar transtornos disruptivos, mas o maior corpo de evidência disponível na literatura atribui eficácia para abordagens cognitivas comportamentais”. (BARKLEY et al, 2001 apud PINHEIRO; GUIMARÃES; SERRANO, 2005, p.63)

A terapia cognitivo-comportamental é tanto uma terapia familiar como individual para crianças com TDO. Enquanto toda a família irá aprender os métodos, a criança aprende técnicas individuais com o terapeuta. O terapeuta ensina a criança a como lidar com situações difíceis. Com frequência, a criança não cria empatia de como suas reações afetam os outros; ela aprenderá isso também na terapia. (LARA, 2016)

Uma das formas de intervenção da terapia cognitiva comportamental muito utilizada e associada ao tratamento é o treino de solução de problemas, desenvolvimento de habilidade social e a orientação dos pais e professores. (TEIXEIRA, 2014). O objetivo do Treinamento de Pais é fornecer técnicas de treinamento e orientação de pais favorecendo a interação entre pais e filhos, promovendo comportamentos positivos e diminuir os sintomas do transtorno. Desta forma, os pais têm a possibilidade de modular o comportamento das crianças e influenciar a chance dele ocorrer novamente, encorajando comportamentos adequados e assertivos. (TEIXEIRA, 2014).

Durante avaliação o terapeuta precisa compreender as crenças familiares importantes, a estrutura sistêmica, o contexto em que os problemas se

apresentam e os comportamentos parentais que podem estimular e reforçar as dificuldades da criança. Isso envolverá a identificação de habilidades deficientes no comportamento dos pais em relação à criança ou na resolução de conflitos, expectativas parentais ou cognitivas disfuncionais dos pais, em relação ao comportamento da criança ou as capacidades de efetuar mudanças positivas. (STALLARD, 2008, p.87).

O Treino de habilidades sociais é utilizado com intuito de reduzir comportamentos considerados inadequados e aumentar comportamentos pró-social incluindo fazer amigos (BARLETTA, 2011 p.29). Uma série de atividades facilitam o desenvolvimento de habilidades sociais em criança, dentre estas estão:

Em situações de trabalho de grupo, atividades como plantar um jardim, em que cada criança tenha uma função específica, podem ser bastante eficazes. Nessas situações, cada um é responsável por aprender e ensinar ao resto do grupo, o que favorece a implicação e a adesão da criança, assim como aumenta a probabilidade de sucesso no resultado. Essa técnica é conhecida como montagem. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2001 apud BARLETTA, 2011, p.30).

O treino de solução de problemas tem como objetivo reavaliar as formas de lidar com a situação problemática e desenvolver estratégias alternativas para superar aquilo de forma menos sofrida (BARLETTA, 2011 p.31).

Para Pinheiro (2004) as condições comórbidas e idade da criança podem comprometer os resultados de alguns manejos terapêuticos no tratamento do TDO, inclusive no treinamento de Pais, desta forma é essencial verificar se as estratégias terapêuticas estão sendo eficazes e se necessário readequá-las para minimizar o risco de longo prazo de TDO, especialmente quanto a sua maior ameaça que é evoluir para o transtorno de conduta, considerado antecedente evolutivo do Transtorno de personalidade antissocial (PINHEIRO, 2014 p.69).

O Diagnóstico precoce exerce um papel importante no transtorno desafiador opositor. Quanto mais jovem o paciente, e menos graves os sintomas, maior a probabilidade do indivíduo se beneficiar com uma psicoterapia. Quanto menor a idade do paciente, melhores são os resultados alcançados (HOLDEN et al., 1990 p.8).

O tratamento se torna mais difícil quando identificados sintomas mais severos, como brigas corporais, agressividade e ambiente conflituoso, os quais são fatores que aumentam, consideravelmente, o risco de agravamento do quadro clínico e futuro desenvolvimento do transtorno de conduta na adolescência. (TEIXEIRA, 2014).

A família exerce fundamental importância no tratamento do TDO, observa-se melhor prognóstico quando a família está presente, integrada e unida. A terapia familiar proporciona um trabalho em grupo, reorganizando a unidade familiar, afinando a comunicação e os elos afetivos dos integrantes desta família. A terapia individual se faz necessária no sentido de acolher as questões pessoais da criança ou do adolescente, dificuldades, anseios e conflitos oriundos do TDO, tendo em vista o resgate iminente dos próprios limites, o reconhecimento dos excessos e exageros, canalizando esta energia demasiada em atitudes positivas e construtivas. (TEIXEIRA 2014). “A aplicação de terapia cognitiva comportamental com os pais também pode ser efetiva”. (MENDLOWIT, et al, 1999). “Bem como abordagens com a escola”.(DADDS et al, 1997).

Assim como a família, a escola exerce um papel importante no desenvolvimento da criança e na prevenção ou tratamento da mesma uma vez que, o comportamento desafiador e hostil é internalizado através da convivência em diferentes ambientes e através da aprendizagem social. O comportamento antissocial infantil é um contexto que vem sendo internalizado de diferentes ambientes através da aprendizagem social. (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008 p.60).

As intervenções escolares se fazem necessárias para auxiliar no tratamento do transtorno, se baseia em intervenções cognitivas, treinamento em habilidades sociais, orientação vocacional e reforço escolar. (TEIXEIRA, 2014).

Intervenções escolares devem focar no trabalho de prevenção ao bullying, na prevenção ao consumo de álcool e de outras drogas, na identificação de possíveis quadros de transtorno desafiador positivo para avaliação e no tratamento com médico psiquiatra em infância e adolescência. (TEIXEIRA, 2014).

A escola e os funcionários podem encontrar meios adequados de reintegrar o aluno em sala de aula e com os funcionários no âmbito escolar, de forma que estimule comportamentos aceitáveis e introduzem atitudes e respeito e interação entre todos.

O Sucesso da terapia requer empenho acompanhamento em uma base regular de ambos os pais e professores.

Considerações Finais

Constatamos através deste estudo que há várias influências que podem contribuir para desencadear ou manter o Transtorno Desafiador Opositor na vida de uma criança e, que estes precisam ser percebidos e monitorados uma vez que, podem servir como reforçador dos comportamentos apresentados, os quais são considerados disfuncionais frente às normas da sociedade e também, traz grandes sofrimentos para a vida da criança, para a família e para o contexto que a mesma está inserida. A mídia tem propagado uma série de desenhos e jogos violentos, que podem despertar nas crianças um olhar maldoso e um comportamento indesejado pela família e por toda a sociedade. Estes programas, normalmente, são vistos sem a presença dos pais, pois a TV tem se tornado uma “babá econômica” e um educador de péssima qualidade.

Os conteúdos que são exibidos não podem ser vistos somente como conteúdo irreal e inofensivo, é necessário que a família tenha um olhar voltado para o cuidado para com as crianças e para com as inúmeras influências que as cercam nos ambientes que frequentam, pois boa parte de seus comportamentos são aprendidos, imitados ou assimilados.

Diante disto, torna-se imprescindível que os pais tenham conhecimento dos conteúdos assistidos pelos filhos para evitar que seus filhos sejam submetidos a este tipo de entretenimento violento e agressivo, e explicar sobre o que é certo e errado, o que deve ser visto ou não.

A família tem um papel essencial no desenvolvimento e formação da criança, é preciso estar atenta sobre como tem se comportado diante dos filhos uma vez que, as crianças aprendem grande parte de seu comportamento por observação e imitação. Se os pais são agressivos haverá uma probabilidade significativa que esta criança apresente um comportamento hostil e agressivo, podendo também vir a desenvolver um transtorno desafiador opositor ou acarretar futuros problemas para vida destes jovens.

Percebemos através do estudo realizado, que as crianças estão cercadas de fatores que as influenciam de forma positiva ou negativamente e que as mesmas aprendem diversos comportamentos por observação e/ou imitação. Desta forma, se mostra a relevância do estudo e de possíveis intervenções realizadas no âmbito do convívio da criança para tentar minimizar sintomas e modificar comportamentos

apresentados pela criança e chamar a atenção dos envolvidos para a importância de seus respectivos papéis como agentes mantenedores ou não de tais comportamentos tido como “indesejáveis” para com o outro.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, Rosangela Neto. **Transtorno de Conduta... A Dificil Convivência no Ambiente Familiar e Social.**2013

ALENCAR, M. S. O.; GOMIDE, P. I. C.; WZOREK, L. W. **A Influência do Desenho Animado Violento no Comportamento Agressivo de Crianças.** Alencar, v. 2, n. 1, 2011.

BANDURA, A. **Modificação do Comportamento.** Rio de Janeiro, RJ: Interamericana, 1979.

BANDURA, Albert; AZZI, Roberta; POLYDORO, Soely. **Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos.** Porto Alegre: Arumed, 2008.

BARLLETA, Janaína Bianca. **Avaliação e Intervenção Psicoterapêutica nos Transtornos Disruptivos: Algumas Reflexões.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 2011, p.25-31.

BERTOLLO, SABRINA ROSIELE. **A Influência dos Desenhos Animados no Comportamento Violento das Crianças: Uma Análise do Programa Bom Dia e Cia SBT.** 2013

BORDIN, Isabel As. OFFORD, David R. **Transtorno da Conduta e Comportamento Anti-social.** Revista Brasileira de Psiquiatria 2000; p. 22.

BATISTA, Eraldo; OLIVEIRA, Benedito; PIRES, Simone. **A Influência da Família na Aquisição de Modelos Agressivos pelas Crianças.**Psicologado. Disponível em:<<https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/a-influencia-da-familia-na-aquisicao-de-modelos-agressivos-pelas-criancas>>. Acesso em: 17 de setembro. 2016.

CANDREVA, Thábata et al. **A agressividade na Educação Infantil: O Jogo como Forma de Intervenção. Pensar a Prática,** v.12, n.1, abr.2009. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/4520/4695>>. Acesso em: Setembro. 2016.

DADDS, M.R.; SPENCE, S.H.; HOLLAND, D.E.; BARRETT, P.M.; LAURENS, K.R. **Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial.** J Consult Clin Psychol v.65, p.627-635, 1997.

Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnosticas - **Coord, Organiz. Mund. Da Saúde; tradução: Dorgjval Caetano. - Porto Alegre: Artmed, 1993.**

FELICIO, Jasonethe. **Agressividade na Escola: Uma Aprendizagem Social**, v.1, faculdade de Anhanguera Campinas, 2013.

FERREIRA, Patrícia Arriaga. CARNEIRO, Maria Paula. MIGUÉIS, Maria Lurdes. SOARES, Sandra. ESTEVES, Francisco. **Jogos de Computador Violentos e seus Efeitos na Hostilidade, Ansiedade e Activação Fisiológica**. Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento, 2006.

FERREIRA, Larissa David; WIEZZEL, Andréia Cristiane S. **Agressividade Infantil: entre os Fatores Emocionais e Ambientais**. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Pedagogia–Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2005.

GALLO, Alex; WILLIANS, Lucia. **Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional**. Psicologia: Teoria e Prática, v.7, n. 1, p. 81-95, julho. 2005.

GISLAINE. **Teoria da Aprendizagem Social- Albert Bandura**. Ponto de encontro pedagogia.

Disponível em: <<http://pontodeencontrodapedagogia.blogspot.com.br/2012/08/teoria-da-aprendizagem-social-albert.html>>. Acesso em: 6 de Outubro. 2016.

GOMIDE, P. I. C., & SPERANCETTA, A. **O Efeito de um Filme de Abuso Sexual no Comportamento Agressivo das Adolescentes**. Interação em Psicologia, V. 6, p.1-11, 2002

GOMES, Paula Inez; SPERANCETTA, Andresa. **O Efeito de Filme de Abuso Sexual no Comportamento Agressivo das Adolescente**. Interação em Psicologia v.6, n.1, p.1-11, 2002.

HABIGZANG, L. F; CORTE F.D; HATZENBERGER, R; STROEHER, F. KOLLER, S.H. **Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e adolescência**. Psicologia: Reflexão e Criticav.21, n.2, p.338-344, 2008.

HABIGZANG, L. F., Cunha, R. C., & KOLLER, S. H. **Sintomas Psicopatológicos em Meninas Vítimas de Abuso Sexual Abridadas e não Abridadas**. Acta Colombiana de Psicologia, v.13, n.1, p.35-42 , 2010

HOLDEN, G.W.; LAVIGNE, V.V.; CAMERON, A.M. **Probing the continuum of effectiveness in parent training: characteristics of parents and preschoolers**. J Clin Child Psychol , v.8, p.19-2, 1990.

JOLY, Maria; DIAS, Anelise; MARINI, Janete. **Avaliação da Agressividade na Família e Escola de Ensino Fundamental**, Psicologia USF, v.14, n.1, p.83-93, 2009.

LARA, Gisele. **Transtorno Desafiador Opositor e a Terapia Cognitiva Comportamental.** Doutor Matemático. Disponível em: <<https://doutormatematico.blogspot.com.br/2016/09/transtorno-desafiador-opositor-e.html>>. Acesso em: 21 de outubro. 2016.

MARINHO, Maria Luiza; CABALLO, Vicente. **O comportamento anti-social infantil e seu impacto para competência social.** Psicologia, Saúde e Doenças, v. 3, n. 2, p. 141-147, 2002.

MARTINS, Maria José D. **O Problema da Violência Escolar: Uma Clarificação e Diferenciação de Vários Conceitos Relacionados.** Revista Portuguesa de Educação, 2005, 18(1), pp. 93-115.

MEIRA, Isabela. **Precisamos Falar Sobre o Kevin.** Psicossmia. Disponível em: <<http://www.psicossmica.com/2014/10/precisamos-falar-sobre-o-kevin.html>>. Acesso em: 6 de outubro. 2016.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. **Fatores de risco e fatores de proteção desenvolvimento infantil: uma revisão da área.** Temas em Psicologia, v.13, n. 2, p. 91-103, 2005.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, 5. Edição, Porto Alegre: Artmed, 2014.

MENDENDLOWITZ, S.L.; MANASSIS, K.; BRADLEY, S.; SCAPILLATO, D.; MIEZITIS, S.; SHAW, B.F. **Cognitive behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry v.38, p.1223-1229, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

PAVARINO, Michelle Girade; PRETTE, Almir Del; PRETTE, Zilda A. P. **Psicologia,** v.36, n. 2, p. 127-134, maio/ago. 2005.

PAIANO, M; ANDRADE, B.B; CAZZONI, E; ARAÚJO, J. J; WAIDMAN, M. A. P; MARCON, S. S. **Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v.17, n.2, p.111-121, 2007.

PESCE, Renata. **Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 507-5018, 2009.

PINHEIRO, MARIA ANTÔNIA; GUIMARÃES, MÁRCIA MARIA; SERRANO, MARIA ESTHER. **A Eficácia de Treinamento de Pais em Grupo para Pacientes com**

Transtorno Desafiador de Oposição: Um Estudo Piloto. Revista de Psiquiatria 2005.

PHEULA, FERREIRA GABRIEL; ISOLAN, RASSIER LUCIANO. **Psicoterapia Baseada em Evidências em Crianças e Adolescentes.** Revista psiquiatria clinica 2007.

PINHEIRO, MARIA ANTONIA; SCHMITZ, MARCELO; MATTOS, PAULO; SOUZA, ISABELLA. **Transtorno Desafiador de Oposição: Uma Revisão de Correlatos Neurobiológicos e Ambientais, Comorbidades, Tratamento e Prognóstico.** Revista psiquiatria clinica 2004.

Revista Multidisciplinar do Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 3, n.1, janeiro/fevereiro. 2013.

STALLARD,P.**Guia do Terapeuta para os Bons Pensamentos-Bons Sentimentos. Utilizando a TCC com Crianças e Adolescentes.** Porto Alegre: Editora Artmed. 2008.

TEIXEIRA, Gustavo. **O Reizinho da Casa: Manual para Pais de Crianças Positivas, Desafiadoras e Desobedientes.**1, Ed. Rio de Janeiro: Best Seller. 2014.

VIEIRA, T. M. **Fatores de aprendizagem social, comportamento agressivo e comportamento lúdico de meninos pré-escolares.** Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.2007.

ANEXO:**Critérios Diagnósticos:**

Transtorno:	Idade	Sintomas (DSM- V)	Sintomas (CID- 10)	Formas de Avaliar
Transtorno Desafiador Opositor	6 a 8 anos	Humor raivoso irritável, Perdada calma, questiona figuras de autoridade, desafia e recusa a obedecer a regras, culpa as pessoas pelos seus erros, incomoda deliberadamente outras pessoas, índole vingativa.	Comportamento marcante desafiador, provocativo, ausência de atos antissociais ou agressivos mais graves que violem a lei ou direito dos outros.	Observação de Conduta, análise funcional, avaliação escolar, Escalas de atenção e comportamento externalizants, childbehaviorcheck list (CBL)
Transtorno de Conduta	10 a 16 anos	Agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsidade ou furto, violação graves de regras.	Padrão repetitivo de conduta antissocial, agressiva e desafiadora.	Observação de conduta, análise funcional, Youth Self- Report (YSR)
Transtorno de Personalidade e Antissocial	18 anos	Não se ajusta as normas sociais, tendência a falsidade, impulsividade ou fracasso em planejar o futuro, irritabilidade e agressividade, irresponsabilidade reiterada, ausência de remorso.	Culpa os outros, indiferença aos sentimentos alheios, não experimenta culpa	Escala Rare Escala de Personalidade

