

# “TRANSTORNO DE CONDUTA, RECURSOS E ESTRATÉGIAS, EM BUSCA DE SOLUÇÕES”

## “CONDUCT DISORDER, RESOURCES AND STRATEGIES, IN SEARCH OF SOLUTION”

Autor: Eliene Aparecida dos Santos Delgado<sup>1</sup>

Orientador: Rossana Maria Seabra Sade<sup>2</sup>

### Resumo

Nesta revisão bibliográfica os artigos analisados pontuaram alguns tipos de comportamentos agressivos, que se manifestam na infância e adolescência. As pesquisas identificam esses sintomas e classificam dentro de um quadro que são: Transtorno afetivos, Obsessivo-compulsivo (TOC), Bipolar, Humor (TBH), Déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), Opositivo desafiador (TOD) e o de Conduta (TC). Os autores colocam como é sofrível para as crianças e adolescentes conviverem com estes sintomas. Além das doenças, algumas crianças e adolescentes, também sofrem com violência familiar, e essas agressões desencadeiam problemas de agressividade. As manifestações dos problemas de comportamento, primeiro aparecem dentro da família, depois na escola e sociedade, deixando estes indivíduos em risco, desencadeando sentimentos de insegurança, vulnerabilidade, hostilidade e agressividade em relacionamentos sociais.

Palavras-chave: transtornos, escola, família

### Summary

This literature review examined the items scored some types of aggressive behaviors, which manifest in childhood and adolescence. The surveys identify and classify these symptoms within a framework that: affective disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), bipolar, mood (TBH), Attention deficit /hyperactivity disorder (ADHD), Oppositional defiant (ODD) and conduct (TC). The authors pose as a poor for children and adolescents living with these symptoms. Besides the disease, some children and adolescents also suffer from domestic violence, and these attacks trigger problems with aggression. The manifestations of behavior problems, first appear within the family, then in school and society, leaving these individuals at risk, triggering feelings of insecurity, vulnerability, hostility and aggression in social relationships.

Keywords; disorders, school, family

<sup>1</sup>Pedagoga; UNAR (Centro Universitário de Araras Dr. Edmundo Ulson) elienedelgado@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Doutora; Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/ Rossana Maria Seabra Sade; rossanaseabra@gmail.com

## **1- Introdução**

A importância desse estudo sobre os transtornos de conduta foi para investigar e identificar os indícios que caracterizam a doença, e como interpretá-la, para que este indivíduo não sofra e consiga um tratamento adequado, e que os profissionais identifiquem o que é uma doença, ou simplesmente os indícios de maus tratos. .

Muitas crianças e adolescentes estão sofrendo com algum tipo de transtorno, pois apresentam comportamento inadequado dentro da escola. Quando este indivíduo recebe atenção especial, e se a intervenção for precoce, a vida deste indivíduo será normal sem muitos prejuízos, realizando o tratamento adequado, o problema passa ser amenizado. Outros, porém não apresentam transtornos, mas estão sendo vítimas maus tratos. O presente estudo levará os profissionais envolvidos a saber identificar o problema, para poderem encaminhar alguns casos para especialistas, e com isso este indivíduo receberá um diagnóstico médico, e terá condições de receber um possível tratamento, realizando conseqüentemente uma intervenção precoce.

## **2- Objetivo**

O objetivo do estudo sobre os transtornos de conduta tem como finalidade apresentar e pontuar os principais comportamentos agressivos na infância e adolescência, buscando identificar nas crianças e adolescentes os sintomas que pertencem ao quadro de transtornos afetivos, obsessivo-compulsivo (TOC), bipolar, humor (TBH), déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), opositivo desafiador (TOD) e o de conduta (TC). .

Crianças e adolescentes, que se encaixam dentro de um diagnóstico dos transtornos citados acima, muitas vezes não conseguem conviver em sociedade e resolver os conflitos. Além do mais a sociedade, família e escola não entendem o problema, não sabem como agir e onde encontrar ajuda, e muitas vezes esses indivíduos, são rotulados e tachados como TDH ou “falta de limites”. .

A busca de informações sobre Transtorno de Conduta será realizada e identificada através de artigos científicos, e com o presente estudo deste projeto de pesquisa, dará subsídios para a escola, família e sociedade, compreender esses indivíduos. E através desses subsídios, a sociedade, família e escola, passam a compreender o Transtorno de Conduta, buscando soluções para amenizá-lo, melhorando auto-estima do indivíduo, refletindo e traçando metodologia e conteúdos significativos para melhorar ou sanar as dificuldades de aprendizagem.

## **3- Metodologia**

Segundo Barros e Silva, 2006, os aspectos do temperamento aliados às diversas influências ambientais (como as práticas parentais, escolares e a mídia) parecem favorecer o entendimento básico do desenvolvimento sócio-emocional. A manifestação de transtornos

neuropsiquiátricos pode ocorrer paralelamente ao processo de desenvolvimento, tornando-se mais um fator digno de atenção. O comportamento agressivo é próprio da espécie humana e apresenta múltiplas configurações. Ele pode ser expresso pela via motora, através de movimentos de ataque ou fuga; pela via emocional, com a experimentação de sentimentos de raiva e ódio; pela via somática, como a apresentação de taquicardia, rosto ruborizado, além das demais reações autonômicas; pela via cognitiva, através de crenças de conquistas sem que importem os meios, planos de ação que envolve a manipulação do meio; e finalmente, a via verbal, da qual o indivíduo vai utilizar-se do sentido das palavras para expressar controle em relação aos outros (FARIZ, MIAS & MOURA, 2005). Jovens e crianças agressivos não só superestimam a hostilidade alheia, mas parecem também subestimar sua própria agressividade, mostrando que possuem pouca acuidade da percepção de seus próprios comportamentos (LOCHMAN, 1987). Esse pode ser um dos motivos que explicaria o fato de muitos deles tenderem a apontar os pais como causadores dos conflitos interpessoais (KENDALL, 1991).

Um estudo de Gomide, 2003, mostra, por exemplo, que estilos parentais que envolvem um conjunto de práticas tais como a monitoria positiva e o incentivo da empatia parecem ter relação com baixos índices de manifestações agressivas e anti-sociais. Entende-se por monitoria positiva as condutas de pais que atentam para as atividades, a localização e as formas de adaptação de seus filhos, e proporcionam às crianças um conjunto de regras sobre onde devem ir, com quem podem associar-se e quando devem voltar para casa. Monitoria negativa: aquela em que a fiscalização e número de ordens tornam-se exaustivos e estressantes, gerando relacionamentos hostis e inseguros entre pais e filhos, encontrou a prática da disciplina relaxada, as regras são estabelecidas, os pais até ameaçam punições, mas quando são confrontados com comportamentos desafiadores e agressivos abrem mão delas (o que faz a criança entender que seus comportamentos são eficazes para conseguirem o que querem).

Quando se trata de monitoria, Maldonado, 1996, ressalta que os pais devem ter conhecimento das condutas de seus filhos a partir de uma linha contínua que envolve três etapas: (a) os filhos deveriam contar suas atividades espontaneamente aos pais (e os pais devem reforçá-los com sua atenção e interesse); (b) os pais poderiam solicitar as informações de seus filhos; (c) os pais deveriam impor restrições sobre as atividades infantis e sobre as companhias das crianças. Diz que a falta de calor e carinho na interação com a criança podem desencadear sentimentos de insegurança, vulnerabilidade, hostilidade e agressividade em relacionamentos sociais.

A seguir iremos conhecer um pouco, na visão de alguns autores, como é caracterizado alguns tipos de transtornos de conduta. .

Transtornos Afetivos, nos estudos realizados com crianças e adolescentes que apresentam Transtornos Afetivos nos traz que, sentimentos de tristeza em função de perdas ou manifestações

de raiva decorrentes de frustração são na maioria das vezes reações afetivas normais e passageiras e não requerem tratamento. Destaca que quando essas alterações de humor apresentam forte componente de irritação, amargura, desgosto ou agressividade constituem quadros disfóricos que podem estar presentes nos transtornos afetivos e esses transtornos afetivos interferem na vida da criança e do adolescente, prejudicando de modo importante seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social.

Segundo LEE, *et al*, 2000, a criança com transtornos afetivos pode apresentar, distímia, (humor deprimido ou irritável) presente quase todos os dias, acompanhado de pelo menos dois dos seguintes sintomas: apetite aumentado ou diminuído; sono aumentado ou diminuído; fadiga; baixa auto-estima; dificuldade de concentração ou de tomar decisões. Os adolescentes deprimidos relatam sentimentos depressivos ou mostram aumento de irritabilidade, hostilidade e Isolamento social, sensibilidade exagerada à rejeição ou fracasso e pouca expectativa em relação ao futuro também são freqüentes. Destaca ainda que dentro dos transtornos afetivos, podem aparecer transtornos de ajustamento com humor depressivo, distímia e depressão maior, nesses casos ele menciona que é prescrito pelo médico, uso antidepressivo tricíclicos como: imipramina, clormipramina, maprotilina onortriptilina e amitriptilina. Os transtornos afetivos podem ocorrer na infância e na adolescência, o diagnóstico e o tratamento precoce podem mudar o futuro de uma criança, evitando prejuízos ao desenvolvimento e favorecendo a elaboração de vivências relacionadas aos transtornos afetivos.

Transtorno Bipolar do Humor (TBH) caracteriza-se pela alternância de duas fases distintas: a maníaca (ou hipomaníaca) e a depressiva. Os critérios diagnósticos para um episódio maníaco incluem um período distinto de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável acompanhado de pelo menos três dos seguintes sintomas: auto-estima inflada e grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão para falar, fuga de idéias, distração, aumento de atividade dirigida ao objetivo e excessivo envolvimento em atividades prazerosas que tenham conseqüências negativas (APA, 2002).

Além da agressividade, as crianças com TBH tendem a apresentar também extrema variabilidade de humor, altos níveis de distração e fraco alcance da atenção (KAPLAN *et al*, 2003). Elas costumam comportar-se de forma hiperativa e a falar muito rápido e mais do que o costume. Diferente do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, os pensamentos no TBH surgem abundantes na cabeça, podendo aparecer fugas de idéias (idéias abundantes e desconexas). Podem surgir também idéias fantasiosas e de grandeza como, por exemplo, a de possuir poderes mágicos ou de certeza de que será bilionário (CARLSON, 1990 e CRANEY & GELLER, 2003).

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela seguinte tríade de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os sintomas de desatenção são

descritos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) através de características como dificuldades de prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido; dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais; dificuldades para organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar para envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; distrair-se facilmente por estímulos alheios à tarefa; e apresentar esquecimento em atividades diárias.

Os sintomas de hiperatividade resumem-se à agitação das mãos e/ou os pés; abandonar a cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer, estar “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”; e fala em demasia. A impulsividade é caracterizada pelas seguintes características: dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; dificuldade para aguardar sua vez; interromper ou intrometer-se em assuntos de outros.

Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)., segundo Campos e Mercadante, 2000, o Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é um distúrbio psiquiátrico de ansiedade, descrito no “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”. Verificou-se que os pacientes que apresentam o transtorno, constataam a presença de obsessões e de compulsões. Ele enfatiza dois conceitos: o primeiro conceito refere-se à heterogeneidade do quadro e o segundo refere-se à concepção de que o TOC poderia ser estudado a partir de uma visão dimensional e contínua, ou seja, dentro de um espectro obsessivo-compulsivo. As peculiaridades da apresentação do TOC na infância e adolescência sugerem que o início precoce dos sintomas, obsessões podem ser definidas como medos, preocupações, memórias, imagens, músicas ou cena, tais como pensamentos, idéias, impulsos e vivenciados como intrusivos e incômodos, podem ser criadas a partir de qualquer substrato da mente.

Para March e Leonard, 1996, a doença é mais freqüente em crianças e adolescentes, sendo que em crianças há uma preponderância em meninos, as obsessões de medo, de ferir-se ou de ferir os outros, sexuais e de religiosidade. As compulsões de lavagem, repetição, checagem e rituais de tocar em objetos ou pessoas, em seus estudos foram descrito um intervalo médio de 1,6 anos entre o início das compulsões e o das obsessões em pacientes com início dos sintomas até os dez anos de idade. Dos dois aos quatro anos de idade, as crianças apresentaram intensificação dos comportamentos repetitivos. Os rituais mais comuns nesta fase pré-escolar aconteceram principalmente, nos horários de dormir, de comer e de tomar banho. Por exemplo, uma história precisa ser contada da mesma forma várias vezes, os alimentos precisam ser organizados no prato de acordo com regras pré-estabelecidas, só tomam banho se estiverem com um brinquedo específico. A partir dos seis anos, os rituais se manifestam mais nas brincadeiras grupais.

Verificou-se que o diagnóstico do TOC é clínico, não existindo nenhum exame laboratorial ou radiológico, ainda não existe um consenso sobre como determinar a idade de início do TOC, apenas necessita ser analisado se as obsessões ou as compulsões estão causando interferência ou limitação nas atividades da criança, que consumam tempo (ao menos uma hora por dia) e que causem sofrimento ou incômodo ao paciente ou a seus familiares.

O tratamento deve-se iniciar com esclarecimentos a respeito da origem do quadro, estabelecimento de um vínculo com a criança e suporte e orientação familiar. As medicações utilizadas em crianças são: a clomipramina, a fluvoxamina e a setralina. No caso da clomipramina, o monitoramento cardíaco criterioso deve ser realizado.

Concluiu-se que tratar uma criança que apresenta TOC, implica em uma série de procedimentos. Uma vez que a criança terá seu crescimento influenciado pelo convívio com esse quadro, faz parte do seguimento planejar condutas que viabilizem um desenvolvimento adequado.

Violência intrafamiliar, segundo Batista, 2003; Cesca, 2004, Gonçalves, 2005 e Morgado, 2005. A violência doméstica ou intrafamiliar caracteriza-se por toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. .

V A violência tornou-se uma das temáticas centrais da saúde pública por sua magnitude e repercussões no comprometimento da saúde e qualidade de vida das pessoas. Em relação à criança, a violência é uma comum e grave violação de direitos, por negar-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis. A violência familiar potencializa o desenvolvimento de problemas de comportamento, manifestações cada vez mais presentes na vida de milhares de crianças, encontradas nos ambulatórios de psicologia e de psiquiatria, e nas salas de aula das escolas. A quantidade e/ou qualidade de eventos de vida negativos provenientes da família vêm sendo apontadas como particularmente prejudiciais ao desenvolvimento da criança e fator condicionante para problemas de comportamento na infância.

Segundo Pesce, 2009, destaca que, na maioria de seus estudos incluem crianças participantes, selecionadas através de serviços de saúde de suas comunidades, especialmente serviços de atenção psicológica e psiquiátrica. Foram onze os trabalhos conduzidos por tais instituições. Serviços de atenção jurídica conduziram dois estudos, sendo uma agência de justiça criminal especializada em abusos contra a mulher e uma agência de proteção à criança. Dois outros trabalhos foram conduzidos no ambiente escolar, sendo um deles em escolas consideradas em locais de risco. Por fim, dois outros foram conduzidos nos lares das próprias crianças. Já em relação ao tipo de violência vivenciada pela criança no âmbito familiar, os artigos analisados destacam, em primeiro lugar, a violência conjugal. Oito entre os dezessete artigos investigaram a

relação entre presenciar agressão da mãe (ou responsável) pelo parceiro e desenvolvimento de problemas externalizantes em crianças/adolescentes. Esses artigos alertam para um problema a ser enfrentado pela saúde pública - a violência cometida contra a mulher, tema que demanda uma discussão específica inserida nas relações de gênero. Entre esses sete estudos, um deles também abordou a violência física dos responsáveis contra a criança.

Os artigos destacam a questão dos maus-tratos contra a criança praticados pelos pais como importante preditor de problemas comportamentais na infância, especialmente maus-tratos físicos e sexuais. Seis artigos abordam essa temática, que tem sido comumente descrita no âmbito da violência familiar ou em outros ambientes comunitários e sociais. A violência física é outro tema que merece reflexão e questionamento sobre a naturalização cultural desse tipo de violência, colocando-se em xeque a prática do "bater" como forma justificada de disciplina. A violência verbal e psicológica muitas vezes encontra-se embutida nessa dinâmica de coerção dos filhos, a quase totalidade do material analisado tem o objetivo de verificar possíveis associações entre algum tipo de violência praticada no âmbito familiar com o desenvolvimento de problemas comportamentais na infância, especificamente comportamentos agressivos e desafiadores. Trazem a violência como variável de exposição e os problemas de comportamento, como a variável resposta. Os autores observaram correspondência entre os depoimentos da criança e do cuidador, fato que mostra que a criança pode ser uma fonte importante de informação sobre seu próprio sofrimento, ela se manifesta de diversas formas.

#### **4- Conclusão**

Nos estudos realizados com crianças e adolescentes que apresentam transtorno de conduta, os autores revelam que é muito importante a compreensão e colaboração da família, escola e sociedade, para auxiliar e pontuar os principais comportamentos agressivos na infância e adolescência, para que se possa tratar o problema precocemente. Geralmente quando o indivíduo apresenta esses transtornos de Conduta, eles já nasceram com o problema, e se desde bebê já apresentavam indícios que algo estava errado, compete a todos que encaminhem a especialista para tratar este indivíduo. Vale também ressaltar que algumas crianças e adolescentes, apresentam comportamentos de agressividade, quando estão sendo alvo de maus tratos dentro da própria família. Quanto ao tratamento para os transtornos de conduta deve-se iniciar com esclarecimentos a respeito da origem do quadro, estabelecimento de um vínculo com a criança e suporte e orientação familiar. As medicações utilizadas em crianças são: a clomipramina, a fluvoxamina e a setralina. No caso da clomipramina, o monitoramento cardíaco criterioso deve ser realizado.

Segundo especialistas o assunto é sério, e todos os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes, deverão saber identificar o problema, para que possa ajudar esses indivíduos. A

falta de calor e carinho na interação com a criança podem desencadear sentimentos de insegurança, vulnerabilidade, hostilidade e agressividade em relacionamentos sociais. A literatura também aponta para as práticas parentais inadequadas, caracterizadas por disciplina ineficiente, negligência, ausência de atenção e afeto, disciplina relaxada, punição inconsistente, como prejudiciais ao desenvolvimento infantil, podendo desencadear comportamentos agressivos. Estudos mostram que a família exerce uma importante influência na aquisição de modelos agressivos pelas crianças. Pais que utilizam punição, seja verbal, psicológica ou física, estão mostrando a seus filhos que a violência é uma forma apropriada de resolução de conflitos e de relacionamento entre homens e mulheres. A família é, portanto, fundamental na estruturação dos indivíduos, sendo os problemas de comportamento externalizantes um dos possíveis agravos para crianças e jovens expostos a conflitos e práticas familiares inadequadas. É certo que crianças com comportamento agressivo e transgressor estão denunciando alguma coisa, quer seja maus-tratos, solidão ou outra dor.

## Referências

American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. texto revisado). Washington, DC: APA.

BARROS, P., Silva, F.B.N. *Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência*, Rev. bras.ter. cogn. Rio de Janeiro, v.2 n.1 Jun. 2006

CAMPOS, M. C. R., MERCADANTE, M. T. *Transtorno obsessivo-compulsivo*, Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 22, n. 2, Dec. 2000.

FARIZ, M.; MIAS, MOURA, C. B. Comportamento agressivo e terapia cognitivo-comportamental na infância. Em: V. E. Caballo & M. Simon (Orgs.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos*. São Paulo, Santos Editora, p. 57-79, 2005.

GOMIDE, P. I. (2003). Estilos Parentais e comportamento anti-social. Em: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). *Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas: Alínea. p. 21-60.

LEE, F., CURATOLO, E., FRIEDRICH, S. *Transtorno Afetivo*, São Paulo, v. 22, n. 2, Dec. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007)>. Data de acesso: 25/09/2011

LOCHMAN, J. E. & LAMPRON, L. B. Situational social problem solving skills and self-esteem of aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. v. 14, p. 605-17, 1986.

MARCH, J.S.; LEONARD, H.L. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1996; v. 34, p. 1265-73.

MALDONADO, M. T. *Comunicação entre pais e filhos: A linguagem do sentir*. São Paulo: Saraiva, 1996.

MERCADANTE, M.T., MIGUEL, E.C., GENTIL, V. *Abordagem farmacológica do transtorno obsessivo-compulsivo*. In: Miguel EC. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 86-97.

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

\*Graduada em Pedagogia; Pós Graduada em Psicopedagogia Clínica (CLARETIANAS); Pós Graduada em Educação Especial em Códigos e Linguagens (UNIMEP), e Professora da sala de Recurso da rede Municipal de Rio Claro.