

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO DE CONDUTA

Laura Camboim Dentzien Dias

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia – Ênfase em Avaliação Psicológica– sob orientação da
Profa. Dra. Graciela Inchausti de Jou

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, Abril/2012

Considerações acerca do Transtorno de Conduta

Comments on Conduct Disorder

Resumo: O presente trabalho consiste numa revisão de literatura sobre os Transtornos de Conduta com a finalidade de discutir os critérios que compõem e definem o tema e alguns estudos sobre as variáveis que influenciam o surgimento e desenvolvimento do transtorno. Conclui-se que não há um consenso entre os pesquisadores da área quanto aos critérios e as nomenclaturas que o definem, dificultando a tarefa dos profissionais da saúde no estabelecimento do diagnóstico, do prognóstico e da intervenção.

Palavras-chave: Transtorno de Conduta, criança, adolescente

Abstract: This paper is a review of the literature about conduct disorders in order to discuss the criteria that comprise and define the topic and some studies on the variables that influence the emergence and development of the disorder, conclude that there is no consensus among researchers in the field regarding the criteria and classifications that define it, complicating the task of professionals to establish the diagnosis, prognosis and intervention.

Keywords: conduct disorder, child, teenager

A identificação de transtornos mentais na infância e na adolescência é fundamental para o processo de desenvolvimento pessoal. O tratamento em fase precoce e o adequado gerenciamento desses distúrbios no meio familiar e escolar podem possibilitar uma apropriada evolução das habilidades e das potencialidades da criança e do adolescente. Existem diversos transtornos mentais que, durante o desenvolvimento, podem interferir tanto na aprendizagem, quanto na socialização e formação da personalidade.

Assim, este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão da literatura sobre o Transtorno de Conduta (TC). Inicialmente serão descritos os critérios que compõem e definem o tema, a seguir alguns estudos serão relatados sobre aspectos ambientais, familiares e comórbidos envolvidos nessa patologia. Por fim, serão explicitadas formas de tratamento e feito uma discussão a respeito dos desafios encontrados pelos profissionais que estão em contato com esses casos.

Comportamentos como agressividade, desobediência e brigas podem ser percebidos pelos pais e professores ao longo do desenvolvimento normal da criança e adolescente. Diante disso, uma avaliação aprofundada faz-se necessária para que seja possível diferenciar o patológico da normalidade. As formas como os comportamentos se apresentam e quais são os desvios das condutas esperadas para determinada faixa-etária, gênero e cultura são fundamentais para a precisão do diagnóstico, principalmente na infância (Bordin, 2000).

O TC é compreendido como um padrão perseverante de comportamento, onde acontecem infrações de leis e normas sociais e/ou direitos alheios que, geralmente estão interligados a fatores de disfunções pessoais, familiares, acadêmicas e sociais. (Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005).

Crianças e os adolescentes com TC expressam comportamentos explosivos reagindo agressivamente às pessoas, provocando-as, ameaçando-as e intimidando-as. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA) (2002), outras características também podem estar presentes tais como crueldade física com pessoas ou animais, mentiras ou rompimento de promessas, roubos em confronto com a vítima, furtos, estupro e, em casos menos comuns, homicídio.

O TC está incluído na categoria dos Distúrbios de Conduta sob código F91, juntamente com Transtorno Desafiador Opositivo (TOD). Evidências clínicas corroboram a distinção entre os dois transtornos. Entretanto, uma revisão de pesquisas publicada sobre o tema apontou que ainda há controvérsias quanto à possibilidade de se considerar a agressividade também como um marcador para o TOD (Loeber & colaboradores, 2000).

Segundo Webster-Stratton (1993), o TOD seria uma forma branda do TC, porém passível de agravamento na medida em que vai evoluindo. Esta evolução iniciaria com a emergência do TOD nos anos pré-escolares, progredindo até os comportamentos dos TC na infância e adolescência. No entanto, essa continuidade genética nem sempre existe, pois depende de fatores como início de comportamentos próprios ao TOD, os contextos em que eles surgem, intensidade, sua frequência, cronicidade e diversidade.

Segundo Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini e Hutz (2005) termos diferentes são utilizados para designar conjuntos de comportamentos semelhantes, gerando certa confusão na área. Durante muitos anos o TC foi considerado resultado sindrômico de um quadro de TOD que ocorreria na infância como descrito pela APA em 1980 e reiterado em 1987. Assim, a comunidade médica passou a acreditar que muitos

pacientes com TOD apresentariam uma chance maior de virem a desenvolver um TC ou Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS) na vida adulta.

Nessa linha, Loeber, e colaboradores (2000), na sua revisão de trabalhos empíricos da década dos 90, concluem que houve progresso nos métodos de identificar TC e TOD, mas que vários assuntos críticos permanecem inacessíveis, como a proporção de crianças com TOD que posteriormente desenvolve TC, a proporção de TC que desenvolve o TPAS, além da presença de TC e TOD como co morbididades em outras condições psiquiátricas.

Para se pensar em um diagnóstico os profissionais baseiam-se principalmente nos critérios do DSM-IV (APA, 2002) no qual os sintomas relacionados incluem os oito critérios descritos para o TOD tais como:

- 1) enraivecendo-se frequentemente; 2) discutir com adultos ou figuras de autoridade;
- 3) culpar os outros pelos seus próprios erros; 4) fazer coisas deliberadamente para aborrecer a terceiros; 5) costumar desafiar as regras dos adultos; 6) ofender-se com facilidade; 7) ter respostas coléricas quando contrariado; e 8) ser rancoroso e vingativo quando desafiado ou contrariado.

Mais a avaliação dos 15 critérios a seguir, sendo esta análise fundamental para que se estabeleça um diagnóstico diferencial entre os dois transtornos:

- 1) provocar, ameaçar ou intimidar; 2) iniciar lutas corporais frequentes; 3) usar armas que possam causar sério dano físico (ex: um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou arma de fogo); 4) ser fisicamente cruel com pessoas; 5) ser fisicamente cruel com animais; 6) roubar com ou sem confronto com a vítima; 7) submeter alguém a atividade sexual forçada; 8) destruir deliberadamente propriedade alheia (não pelo fogo); 9) praticar o furto; 10) mentir ou romper promessas com frequência para obter bens ou favores para evitar débitos ou obrigações; 11) iniciar incêndio deliberadamente com a intenção de provocar sérios danos; 12) passar a noite fora de casa até tarde da noite sem permissão (início antes dos 13 anos); 13) fugir de casa por mais de dois dias ou por um longo período de tempo; 14) faltar à escola sem justificativa, matando aulas frequentemente (início antes dos 15 anos); e 15) praticar arrombamentos. Estes critérios diagnósticos do DSM-IV, se preenchidos, precisam aplicar-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos com presença de três ou mais desses comportamentos nos últimos 12 meses acrescido de no mínimo um comportamento anti-social (furtos, brigas com uso de armas, etc.) nos últimos seis meses, para se configurar em TC.

Entretanto, alguns estudos de seguimentos demonstraram que não há uma ligação estreita entre os diagnósticos de TDO e de TC mais graves. (Grevet & colaboradores, 2007). Isso ainda é corroborado no próprio DSM-IV (APA, 2002), que somente admite o diagnóstico de TDO se não houver um diagnóstico formal de TC, ou seja, quando o padrão de comportamento do indivíduo satisfaz os critérios para TC e TDO, o diagnóstico de TC assume precedência.

Evidências empíricas sugerem que as primeiras manifestações de comportamento agressivo podem ser encontradas precocemente em bebês, aproximadamente aos 18 meses. Nesse período, a criança já apresentaria comportamentos como destruir objetos e agredir os pais. (Keenan & Shaw, 1998). Um estudo realizado por Bates, Pettit e Dodge (1998) também revelou que o nível de agressividade apresentado por crianças no jardim de infância foi um preditor do nível de agressividade na primeira série.

Estudos longitudinais que acompanharam crianças entre a pré-escola e o final da infância, apresentaram evidências bastante consistentes da estabilidade do comportamento desviante. Na pesquisa de Campbell e colaboradores (1994), elaborada com 112 meninos de 4 anos, averiguou-se que os 69 meninos que revelavam comportamentos agressivos e impulsivos continuaram demonstrando esse mesmo padrão no *follow up* realizado dois anos depois em comparação com 43 meninos sem problemas. Egeland, Kalkoske, Gottesman e Erickson (1990) igualmente averiguaram que crianças que apresentavam problemas como indisciplina, irritabilidade e agressividade entre 4 e 5 anos demonstraram maior constância nos problemas comportamentais ao longo dos primeiros anos escolares do que crianças que tinham queixas de isolamento social.

Vermeiren (2003), ainda chama a atenção para os comportamentos desviantes e o desenvolvimento de psicopatologias. Ele relata que adolescentes que cometem delitos ainda na infância têm maior chance de apresentarem TC, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno de Personalidade Anti-social (TPAS), se comparados com os que iniciam mais tarde a trajetória infratora. Dessa forma, os comportamentos desviantes que ocorrem na infância seriam como protótipos do que pode acontecer no futuro.

Um estudo que teve como amostra 500 meninas que foram acompanhadas da infância até o final da adolescência, averiguou que os problemas como agressividade, impulsividade e comportamentos delinquentes apresentaram estabilidade com o passar dos anos. Além disso, esses comportamentos foram preditores de vários problemas de

ajustamento na idade adulta, como criminalidade, abuso de substâncias e transtornos mentais (Breslow et al, 1999).

Vários autores colocam que os comportamentos de risco, o baixo rendimento na escola e os problemas de relacionamentos podem comprometer a saúde física e psicológica, trazendo limitações na vida do indivíduo. São freqüentes também aspectos como aumento de atividades sexuais, comprometimento do sistema nervoso central, infecções e até mesmo tentativas de suicídio. O envolvimento com drogas e gangues normalmente são os principais gatilhos que iniciam o jovem na criminalidade. Na fase adulta, observam-se sérias conseqüências desses atos anti-sociais tais como perda de empregos, discórdia conjugal, criminalidade, prisão e morte violenta (Bordin, 2000; Feijó & Oliveira, 2001 e Odgers, 2007).

Alguns autores ainda acreditam que existe a possibilidade de o TC e comportamentos desviantes infantis serem, na realidade, sintomas de mania na infância, uma categoria nosológica que recebeu pouca atenção dos profissionais até recentemente (Faedda e colaboradores, 2004; Levin & Hennesy, 2004; Lima, 2004).

Para Earls (1994) sujeitos com TC não demonstram sofrimento ou constrangimento com suas atitudes e não se importam com as outras pessoas, desrespeitando seus direitos. Deste modo, acabam causando prejuízos e maior impacto nos outros do que em si mesmos. Esses comportamentos tendem a persistir, parecendo faltar a capacidade de aprender com as conseqüências negativas dos próprios atos.

Desde a visão psicodinâmica, Winnicott (1994) embasa que comportamentos desviantes são manifestados que surgem quando a criança sofre privação afetiva. Tais comportamentos seriam expressos na tentativa de obter algo bom que foi perdido, um impulso de busca de objeto, de alguém por quem possa ser cuidado. Assim, o ambiente é freqüentemente testado em sua capacidade de suportar a agressão e tensão resultante do comportamento impulsivo. Para Kernberg et al (1992), essas crianças teriam uma tendência a internalizar imagens parentais negativas, associando-as com sentimentos ruins e projetando-os para o mundo externo. Suas fantasias de temor à rejeição, abandono e desamor são percebidas como realidade, fazendo com que reajam agressivamente.

Constata-se assim que desde muito novas as crianças podem demonstrar comportamentos agressivos e os mantê-los através dos anos escolares, o que se mostra extremamente prejudicial para um desenvolvimento adequado dentro do que tange as relações e a aprendizagem. Para tanto, observa-se que o sofrimento atinge muito mais as

peças ao seu redor do que o próprio indivíduo, que acaba não apresentando remorso sobre seus atos nem empatia com os demais.

Conforme um levantamento feito pela (APA, 1997), o surgimento da violência pode ser devido a diversos fatores psicossociais que contribuem para a disseminação destas, tais como: punição extrema podendo provocar ou inibir a agressão; estressores relacionados à pobreza associados à violência de bairros pobres; agressões exibidas pela mídia também podem provocar dessensibilização à violência; baixa escolaridade; ruído forte e constante; moradia pequena para o número de moradores; fracasso no emprego; temperaturas subitamente elevadas; uso de álcool e drogas além de estressores familiares.

É de extrema importância levar em consideração o ambiente em que vive o sujeito e a interação com ele estabelecida. Negligência e maus-tratos podem conduzir ao desenvolvimento de transtornos mentais e abuso de drogas (Morana, 2006). Da mesma forma para Mcardler e colaboradores (2002) crianças maltratadas na família podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, seja por modelagem ou por identificação, assim como agressividade e discórdia parental, dentro de uma família, podem estar associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento, até mesmo delinquência.

Confirmando esse aspecto, uma pesquisa realizada no Brasil, que comparou adolescentes infratores e seus irmãos ou primos não infratores, evidenciou alguns aspectos da estrutura familiar e das interações desses jovens. Os resultados do estudo indicaram que a maioria dos lares era de responsabilidade apenas da mãe ou outra figura feminina, com apenas 21% dos infratores e 32% dos irmãos e primos vivendo com ambos os pais. Os adolescentes que fizeram parte do estudo relataram vivências de abandono e rejeição das figuras materna e paterna e a ocorrência de violência física (Assis, 1999).

Outra pesquisa buscou avaliar a associação entre o diagnóstico psiquiátrico em crianças de 3 a 12 anos e a história de abuso físico na infância. Estas foram avaliadas por meio do MINI KID, tendo sido diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-IV. A avaliação de abuso físico e de outros eventos traumáticos foi realizada por um questionário específico, o LSC-R que inclui diferentes tipos de maus-tratos. Encontrou-se uma razão de chance mais alta de exposição frequente ao abuso físico no grupo de crianças diagnosticadas no grupo de Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo (TDACD), que compreende três categorias: TDAH, TC e

TOD. Não se encontrou associação entre transtornos de humor e de ansiedade com abuso físico. Os meninos demonstraram índices significativamente mais elevados de abuso físico do que meninas. Os achados documentaram associação entre um diagnóstico do grupo dos TDA e CD em crianças e abuso físico na infância.

Para Harley e colaboradores (2008), também o tipo de vínculo estabelecido na vida de indivíduos com TC pode ser um fator importante. Adolescentes com vínculos pouco efetivos com a família têm maior probabilidade de se envolver em infrações do que aqueles com relações mais próximas. Reid e colaboradores (2002) ainda complementam que pais que apresentam consumo excessivo de álcool e drogas, cometem crimes ou contravenções, maltratam ou praticam violência física, psicológica e sexual podem comprometer suas funções parentais de controle, disciplina e envolvimento. Nestas famílias, tanto os genitores quanto os filhos usam respostas aversivas como estratégia para lidar com os conflitos associados ao ambiente familiar.

Um aspecto muito importante ligado ao manejo dos pais que pode estar ligado ao desenvolvimento de condutas desviantes está em uma série de interações diárias nas quais os membros da família reforçam o comportamento negativo e os problemas da criança. A aprendizagem desses comportamentos ocorreria simultaneamente a um déficit na aquisição de habilidades pró-sociais. (Patterson, Degarmo & Knutson, 2000)

Além das questões familiares, as brigas com colegas de aula e baixo rendimento escolar são situações frequentes e que trazem muitas limitações. Não é incomum, assim, o encontro com pessoas com o mesmo perfil e a formação de gangues dentro do ambiente escolar, ou seja, as companhias podem acabar precipitando atividades delinquentes. Alguns autores ainda postulam que os principais fatores de risco envolvidos no TC são: criação em ambiente hostil e inadequado, ter pais com comportamento antissocial e/ou transtorno mental, viver em meio às discórdias conjugais e residir em áreas urbanas tendo nível sócio-econômico baixo (Snyder e colaboradores, 2005).

Um estudo feito no Rio de Janeiro com 30 meninas entre 14 e 17 anos que cumpriam regime fechado teve como objetivo avaliar a prevalência de transtornos mentais em adolescentes sob medida socioeducativa. O instrumento utilizado foi o K-SADS-PL. Como resultado, obteve-se alta prevalência de transtornos psiquiátricos entre adolescentes infratores, sendo o TC o mais prevalente, em 77% dos casos (Andrade et al, 2011).

Outro estudo realizado com 311 jovens do sexo masculino, no qual 148 eram autores de atos infracionais e 163 eram estudantes do Ensino Fundamental e Médio em escolas Públicas de Porto Alegre teve como finalidade comparar os dois grupos quanto as variáveis familiares que podem estar relacionadas ao desenvolvimento do comportamento infrator. Os resultados mostraram a presença de diferenças significativas entre os grupos. Foi utilizado entrevista estruturada, a Escala de Estilos Parentais e um protocolo para análise dos prontuários dos adolescentes infratores. As principais diferenças identificadas foram entre as configurações familiares, comportamentos anti-sociais na família; número de irmãos, exigência e intrusividade dos pais, práticas educativas parentais e uso de drogas. Ao investigar o valor preditivo dessas variáveis familiares e individuais teve-se como resultado 53% sobre o comportamento infrator (Pacheco & Hutz, 2004).

De acordo com Meneghel et al (1998), pessoas de qualquer classe social estão sujeitas à essa violência doméstica, embora as famílias mais favorecidas economicamente consigam com maior facilidade esconder seus comportamentos abusivos. Crianças e adolescentes submetidos à intensa ansiedade gerada pelo ambiente das ruas, abandono, morte ou doença dos pais, podem apresentar conduta agressiva em suas relações.

Assim sendo, os fatores de risco que envolvem o TC não são apenas de natureza ambiental ou biológica, mas sim de um conjunto amplo de fatores que interagem entre si podendo fazer parte do desenvolvimento desse transtorno.

Quanto as comorbidades associadas ao transtorno, sabe-se que o TC ainda está fortemente associado com o TDAH, Transtornos de ansiedade (TA) e de humor (Offord, 1992). Uma pesquisa feita com 754 crianças adotivas mostrou que o TC e o TDAH conferem um risco independente para problemas com a lei e detenções. Os achados sugerem que existe dois subgrupos de crianças com TDAH. Um com TC e outro que não o apresenta. Assim, crianças com TDAH sem problemas de conduta não parecem ter risco aumentado para criminalidade posterior, sugerindo que o TPAS não seja associado ao TDAH em si, mas sim à comorbidade com TC na infância (Gunter et al., 2006).

Um estudo realizado com 35 crianças de 7 a 11 anos diagnosticadas com TDAH, objetivou verificar as comorbidades que acompanham o transtorno. Para tanto,

os responsáveis responderam à questionários contendo os critérios do DSM-IV para TDAH e para comorbidades. Os resultados revelaram que o TDAH apresenta alta frequência de comorbidade com TC, que parece estar preferencialmente associado ao TDAH combinado, que contém sintomas de hiperatividade juntamente com desatenção (Possa, Spanemberg & Guardiola, 2005).

Em um estudo epidemiológico, foi constatada alta prevalência de comorbidade entre TC e Transtorno Bipolar (TB). Foi detectado ainda que aqueles com TC na infância tinham maior probabilidade de desenvolvimento do uso indevido de substâncias se comparados aos bipolares sem problemas de comportamento durante a infância (Carlson, 1998).

Goodyer (1996) destaca que os transtornos depressivos em crianças e adolescentes apresentam 15% de comorbidade com TC. Birmaher et al (1996) descrevem que a depressão maior na adolescência costuma apresentar o índice de 40 a 70% de comorbidade psiquiátrica, sendo que pelo menos 20 a 50% têm dois ou mais quadros comórbidos e destacam que o TC pode persistir após cessar o episódio depressivo.

Ainda ligado à depressão, um estudo transversal de base-populacional se propôs a averiguar a prevalência e fatores associados à ideação suicida entre 1.039 adolescentes de 11 a 15 anos. Os resultados mostraram que a prevalência de ideação suicida foi de 14,1%. Os fatores associados à ideação suicida foram sexo feminino, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, presença de sintomas indicativos de TC e elevada pontuação no *Children's Depression Inventory* para sintomas depressivos (Souza e colaboradores, 2010).

Uma pesquisa feita com indivíduos de 11 a 17 anos objetivou verificar como problemas de conduta se associam com gênero, idade e uso de drogas. Os achados mostraram que aproximadamente 59% dos adolescentes já haviam praticado algum tipo de roubo, 38,6% já haviam sido presos, 32,3% possuíam história pregressa de tráfico de drogas, 24,1% tinham depressão e 9,6% TC. O que mais chamou a atenção foi a prevalência de problemas de conduta em 65,2% dos casos. Para se chegar a esses dados, foi realizado o teste de associação entre presença de comorbidade e sexo. A média de idade do primeiro uso de cada droga foram comparadas com as médias de idade da primeira prisão e das práticas do primeiro roubo e do primeiro tráfico. Os atos ilegais ocorreram posteriormente ao início do uso de drogas, denotando ser consequência deste

consumo ou, talvez, consequência da "invisibilidade social" (sensação de não-pertencimento a nada ou a ninguém) pela qual passam estes jovens. Como conclusão, o estudo averiguou que a rotulação destes jovens como portadores de transtorno de conduta pode ofuscar uma realidade bem diferente, além de submetê-los a uma maior marginalização e estigmatização (Morihisa et al, 2007).

Segundo Cruzeiro et al (2008) que realizaram uma pesquisa pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, da Escola de Psicologia, da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) procuraram estimar a prevalência e os fatores associados ao transtorno de conduta em cerca de 1.145 adolescentes com idade entre 11 e 15 anos. O transtorno da conduta foi avaliado através do *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* e associado seus resultados com sexo, idade, nível sócio-econômico, escolaridade do adolescente, reprovação na escola, religião, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, uso de drogas, depressão e sofrer *bullying*. O estudo estimou que, entre os entrevistados, 29,2% tenham transtorno da conduta. Na análise multivariada, a chance de um adolescente apresentar um ponto a mais na escala que avalia transtorno da conduta foi 2,04 (IC95%: 1,53-2,71) vezes maior no sexo masculino. O consumo de bebida alcoólica, o uso de drogas e sofrer *bullying* estiveram associados com maior pontuação na escala de TC.

Corroborando os achados desse estudo, Rutter (2002) informa uma prevalência do TC de 2 a 3 vezes mais comum entre os meninos, embora esta proporção venha diminuindo ao longo dos últimos anos. Também é o diagnóstico mais freqüente nesta população e responsável por quase $\frac{3}{4}$ de todos os transtornos diagnosticados em meninos. Com relação a situação sócio-econômica, esta interfere nestes dados, sendo observada uma duplicação nos índices de TC para populações carentes.

Podem-se perceber que a prevalência do TC é realmente expressiva perante outros transtornos. E embora seu desenvolvimento seja identificado mais em meninos, a população de meninas com TC também é elevada, o que nos leva a índices preocupantes, especialmente por estes últimos estarem aumentando.

Sabe-se que a dificuldade de aprendizagem nem sempre está relacionada a algum transtorno psiquiátrico, mas este pode potencializá-la. Um estudo de caso descreveu a relação de um menino de 9 anos previamente diagnosticado como portador de TC associado ao TDAH, com acentuadas dificuldades na aprendizagem de

Matemática. O estudo envolveu entrevistas com direção e professora, análise documental, observação em sala de aula e interação com o aluno em situações pedagógicas. Os dados obtidos apontaram que a presença de TC/TDAH não produz as dificuldades na aprendizagem, embora influencie para que essas dificuldades se acentuem. Fatores ligados à família e à forma como a escola lida com o caso foram determinantes na evolução do quadro (Rodrigues et al, 2010).

Do ponto de vista neuropsicológico, uma pesquisa realizada com 30 adolescentes infratores do sexo masculino, encontrou elementos que sugerem prejuízos nas funções executivas e na atenção em indivíduos que demonstram condutas desviantes ao longo da infância, associadas ao Transtorno de Conduta e a delinquência juvenil. Em todos os casos, melhores habilidades das funções executivas foram demonstradas pelo grupo-controle (Kelly et al, 2002).

Um estudo longitudinal realizado por Toupin et al (2000) com 92 crianças de 7 a 12 anos, dividido em dois grupos um com 57 crianças com TC e 35 no grupo controle. Em 1 ano de follow-up, 41 dos participantes com TC foram reavaliados. Foram encontrados prejuízos significativos em quatro ou cinco medidas de funções executivas, Os achados indicam que crianças com sintomas de TC e TDAH estão especialmente em risco para comportamento anti-social persistente. Os resultados também destacam a importância de programas de tratamento que cobrem tanto aspectos cognitivos e familiares associados ao TC.

Da mesma forma, Borges et al (2008), corroboram que existem falhas no processo inibitório do controle de impulso, na percepção das conseqüências implicadas nas ações e na regulação do afeto. Conforme as dificuldades de manter a atenção, falta de persistência e organização em tarefas, bem como desobediência, agressividade e comportamentos antissociais são provavelmente manifestações de um único processo. Assim, a hiperatividade e o comportamento desviante compartilhariam uma origem comum, que estaria intimamente associada com as interações estabelecidas entre uma criança com temperamento difícil e cuidadores relativamente não-responsivos. Essa hipótese propõe que o TDAH representa uma etapa inicial, e o comportamento antissocial, uma manifestação posterior. O que favoreceria essa evolução seriam práticas educativas e disciplinares ineficazes, em um ambiente que permitiria a ocorrência de atos delinquentes (Patterson & Snyder, 2003).

O TC pode representar grande prejuízo nas capacidades cognitivas do sujeito, trazendo dificuldades na aprendizagem e na vida social do indivíduo decorrente também da impulsividade e alteração na regulação do afeto.

Quanto a tentativa de achar instrumentos para identificar esses transtornos psiquiátricos, um estudo de metanálise realizado por Homack e Riccio (2004) apontou que diferentes versões do Stroop Test têm sido utilizadas na avaliação de funções executivas em crianças e adolescentes, sendo a versão de Charles Golden a mais comumente citada. De acordo com esses autores, os resultados indicaram especificidade do Stroop para discriminar crianças com TDAH de crianças com TC, comportamento disruptivo e problemas emocionais; mas não foi capaz de discriminar crianças com problemas de aprendizagem, autismo e síndrome de Tourette. Nesse sentido, embora um pior desempenho no Stroop seja indicativo de prejuízos frontais, este não é suficiente para o diagnóstico dos transtornos estudados.

Outra possibilidade de avaliação, ainda sem versão em português, é a Escala de Impulsividade de Barratt versão 11(BIS 11). No estudo de adaptação da escala, Diemen et al (2007) avaliaram 464 adolescentes masculinos, entre 15 e 20 anos, de uma região geograficamente delimitada de Canoas, sul do Brasil. As conclusões foram de que mesmo considerando as limitações da versão brasileira, a escala de impulsividade de Barratt versão 11 pode ser utilizada em adolescentes masculinos.

Em uma revisão da publicação nacional de artigos científicos no período de 1995-2005 sobre as situações prioritárias de saúde mental na adolescência, definidas pela Organização Mundial da Saúde, tais como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, transtorno de conduta, transtornos alimentares, psicoses, maus-tratos e violência. Benetti et al (2007) identificaram 971 resumos nas bases de dados, sendo apenas 51 sobre TC. Este dado nos mostra o quanto ainda há a necessidade de estudos a respeito deste assunto.

Harley, Murtagh e Cannon (2008) consideram o TC como o transtorno com maior oportunidade da psiquiatria para a prevenção. Para os autores, no primeiro contato com o serviço de saúde mental a identificação desses pacientes não é feita de maneira adequada, apesar de representar o foco ideal de intervenções terapêuticas. No momento em que o indivíduo se torna adulto, com um longo histórico de condutas antissociais, é muito difícil ajudá-lo. Sendo assim, uma intervenção precoce no curso da doença ofereceria a melhor perspectiva de alteração do risco de surgimento de condutas antissociais durante o desenvolvimento do sujeito. Odgers et al. (2007) entendem que a

diferenciação dos subtipos em função da idade de surgimento do transtorno é capaz de prever o envolvimento dos pais no tratamento e prognóstico.

Conforme Barbieri (2004), psicoterapia e práticas como atendimento psicopedagógico ou mudança do ambiente da criança devem ser acompanhadas por intervenções com os pais, sendo a profilaxia da doença dirigida principalmente a eles. Como um exemplo de abordagem tem-se o Treinamento de Pais, que tem como objetivo modificar o comportamento da criança por meio da alteração na forma dos pais lidarem com esta.

Um estudo avaliou justamente a eficácia de um Programa de Treinamento de Pais (TP) na redução dos sintomas de TOD e TC. A pesquisa foi conduzida de forma a se analisar dados dos pais de cinco pacientes com TOD que participaram do grupo. Os sintomas de TOD e TC foram avaliados antes e pelo menos um mês depois de iniciarem a participação no grupo. As medidas utilizadas foram escalas baseadas nos critérios da DSM-IV para os dois transtornos. Como resultado teve-se que a maioria dos pacientes continuou preenchendo critérios para TOD e TC, mas a gravidade dos seus sintomas diminuiu significativamente. Concluiu-se assim que o TP mostrou-se eficaz na melhoria de sintomas de TOD e TC em pacientes. Desta forma, pode-se ter o TP como uma opção terapêutica útil para o tratamento destes transtornos (Serra-Pinheiro et al, 2005).

Para Bordin (2000), intervenções na escola podem também ser úteis para auxiliar na resolução de conflitos entre professores e alunos além de ajudar os professores a encontrar maneiras mais adequadas de lidar com as dificuldades da criança. O tratamento medicamentoso se faz necessário em situações nas quais os sintomas-alvo (por exemplo, idéias paranóides associadas à agressividade, convulsões) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, fobia, TDAH, depressão,) estão presentes. Indica-se internação nos casos de risco iminente para o paciente ou para as pessoas a sua volta.

Bordin e Offord (2000) enfatizam que frente a esse prejuízo psicossocial, todas essas ações de intervenções junto ao indivíduo, à família e à escola, apresentam menor eficácia se aplicadas isoladamente, portanto quanto mais multidisciplinar, mais cedo iniciado e quanto mais jovem o paciente, melhores serão os resultados obtidos.

Considerações Finais

O Transtorno de Conduta apesar de sua etiologia apontar para fatores multifatoriais, genéticos e ambientais, parece ser que é nestes últimos que recai a influência no surgimento e especialmente na evolução da patologia. O modelo médico ou biológico aborda o transtorno em termos de sintomas, mas outros autores o analisam através de categorias funcionais, investigando os déficits e os excedentes comportamentais no comportamento social (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003)

Através desta revisão, percebe-se que não há um consenso geral sobre os critérios que determinam o TC o que acaba por dificultar o seu entendimento e criando uma certa confusão na elaboração do diagnóstico e prognóstico. Assim como dificulta a atuação dos profissionais da saúde com relação a intervenção terapêutica.

Já que problemas de conduta podem levar a sérias adversidades psicossociais, ratifica-se a necessidade de investimentos em pesquisas junto a esses problemas. Torna-se imprescindível, assim, viabilizar o acesso a informações precisas a respeito desses transtornos, desenvolvendo um trabalho conjunto com as famílias e as escolas no que se refere à identificação de sintomas e ao tratamento adequado a estas crianças e adolescentes, pois quanto mais cedo o transtorno for identificado, maior oportunidade terá o sujeito de beneficiar-se com ações preventivas.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. rev. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Andrade, R.C., Assupção, J.F., Teixeira, I.A. e Fonseca, V.A.S.(2011). Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.16, n.4.
- Assis, S. (1999). Traçando caminhos em uma sociedade violenta. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Associação Psiquiátrica Americana. (APA; 2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Revisada – DSM-IV-TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Barbieri, V., Jacquemin, A., Alves, Z.M.M.B.(2004). Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de criança antissociais. In: Paideia. Ribeirão Preto, v. 14, n.28.
- Bates, J., Pettit, G. & Dodge, K. (1998). Family and child factors in stability and change in children's aggressiveness in elementary school. Em J. McCord (Org.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 124-138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Benetti, S.P.C., Ramires, V.R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A.P.G., e Tremarin, D.(2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
- Bolosoni-Silva, A. T. & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Rev. bras.ter. comport. cogn.*, 5, 2, 91-103.
- Bordin, I. (2000). *Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta* . Dissertação de tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Bordin, I., Offord, D.(2000) Transtorno de conduta e comportamento anti – social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 12 – 15.
- Borges, J. et al.(2008) Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. *PsicoUSF*, v. 13, n. 1, p. 125 – 133, jun.

Breslow, R., Klinger, B. e Erickson, B. (1999). The disruptive behavior disorders in the psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 21, 214-219

Campbell, S., Pierce, E., March, C., Ewing, L. & Szumowski, E. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development*, 65, 836-851.

Cruzeiro, A.L., Sica e colaboradores. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9.

Diemen, L., Szobot, C. M., Kessler, F., e Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.

Earls, F. (1994) . Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov LA, editors. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 308-29.

Egeland, B., Kalkoske, M., Gottesman, N. & Erickson, M. F. (1990). Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 891-909.

Faedda, G.L., Baldessarini, R.J.; Glovinsky, I.P. et al. (2004). Pediatric Bipolar Disorder: Phenomenology and Course of Illness. *Bipolar Disorder*: 305-313.

Feijó, R.B., Oliveira, E.A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria-Rio de Janeiro*.

Goodyer, I.M. (1996) Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence. *J Psychosom Res*;41(5):405-8

Gunter, T.D, Arndt S., Riggins-Caspers K., Wenman G., Cadoret R.J.(2006). Adult outcomes of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: are the risks independent or additive? *Ann Clin Psychiatry*, 18:233-7.

Grevet, E.H, Salgado, C. A. I., Zeni, G., Belmonte-de-Abreu, P. (2007). Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *J. Bras. Psiquiatr.* 56, supl 1; 34-38.

Harley, M., Murtach, A., Cannon, M. (2008). Conduct disorder: psychiatry's greatest opportunity for prevention. *Psychol. Med.*, v.38, n.7, p.929-31.

Homack, S. & Riccio, C. A. (2004). A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(6), 725-743.

Keenan, K. & Shaw, D. (1998). The development of coercive family processes: The interaction between aversive toddler behavior and parenting factors. Em J. McCord

(Org.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 165-180). Cambridge: Cambridge University Press.

Kelly, T., Richardson, G., Hunter, R., Knapp, M.(2002) Attention and executive function deficits in adolescent sex offenders. *Child Neuropsychology*.

Kernberg, P., Chazan, S. e cols. (1992). Crianças com Transtornos de Comportamento – Manual de Psicoterapia. Editora Artes Médicas.

Levin, F.R.; Hennessy, G.(2004).Bipolar Disorder and Substance Abuse. *Biol Psychiatry* 56(10):738-48.

Lima, D.(2004).Bipolar Disorder and Depression in Childhood and Adolescence. *J Pediatr* 80(Suppl 2): S11-S20.

Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. e Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.

Mcardler, P., O'Brien, G. e Kolvin, I. (2002). Hyperactivity and Conduct Disorder: exploring origins. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19 (2), 42-47.

Meneghel, S. N., Giugliani, E. J.; Falceto, O. (1998) Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 327-335.

Morana, C.P; Stone, M.H.; Abdalla, F. E. (2006). Transtorno de personalidade, psicopatia e serial Killer. *In: Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.28, n.3.

Morihisa, R.S., Barroso, L.P., & Scivoletto, S.(2007). Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

Oggers, C. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.64, n.6, p.476-84.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y. A., Fleming, J. E., Cadman, D.T., Blum, H. M., et al.(1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

Pacheco, J. e Hutz, C.S. A construção do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais: uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais. (2004).Tese de Doutorado.

Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini C.A. e Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do Comportamento Anti-social na Transição da Infância para a Adolescência:Uma Perspectiva Desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), pp.55-61

Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91–107.

Patterson, G. R.; Snyder, J.(2003) Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention. Washington, DC: American Psychological Association.

Possa, M., Spanemberg, L., Guardiola, A. (2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*

Reid, J.B., Patterson, Gerald, R., e Snyder, J. (2002) Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model for Intervention. Washington, DC: American Psychological Association.

Rodrigues, C.I., Sousa, M.C. e CARMO, J. S.(2010). Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da Matemática: um estudo de caso. *Psicol. Esc. Educ.*

Rutter, M.; Taylor, E. (2002) *Child and Adolescent Psychiatry* – fourth edition. Blackwell Science.

Serra-Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M. e Serrano, M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), pp. 68-72.

Souza, L., Silva, R.A., Jansen, K., Kuhn, R.P., Horta, B.L. & Pinheiro, R.T. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37-41.

Snyder, J., Schrepferman, L., Oeser, J., Patterson, G., Stoolmiller, M., Johnson, K., Snyder, A. (2005) Deviancy training and association with deviant peers in young children: Occurrence and contribution to early-onset conduct problems. *Development and Psychopathology*;17:397–413.

Toupin, J., Déry, M., Pauzé, R., Mercier, H. & Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 333-344.

Veirmeiren, R. (2003). Psycopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.

Webster-Stratton, C. (1993). Strategies for helping early school-aged children with Oppositional Defiant and Conduct Disorders: the importance of home-school partnerships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 437-457.

Winnicott, D.W. (1994). Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes.