Título em Português: Problemas de Conduta em Crianças e Adolescentes: Evidências no Brasil

Título em Inglês: Conduct Problems in Children and Adolescents: Evidence in Brazil

Título em Espanhol: Problemas de Conducta en Niños y Adolescentes: Evidencia en Brasil

Seção: Artigo de revisão sistemática de literatura

Resumo: Problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes figuram entre os principais motivos para busca de tratamento especializado. O presente estudo realizou uma revisão sistemática da literatura nacional sobre problemas comportamentais externalizantes entre crianças e adolescentes. A pesquisa inicial nas bases PePSIC e SciELO retornou 14 resultados, sendo cinco excluídos após a consideração dos critérios de inclusão e exclusão. Dos nove artigos recuperados das duas principais bases nacionais, quatro foram do tipo estudo de caso, três assumiram a forma de revisão não sistemática da literatura e apenas dois tiveram delineamento quantitativo, transversal. Conclui-se que, dado o montante de investigações disponível atualmente, não se pode descrever, com precisão, acerca da prevalência, fatores associados, e possíveis fatores desenvolvimentais de mudança e continuidade em relação aos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta entre crianças e adolescentes brasileiros. Salienta-se, assim, acerca da necessidade de realização de novos estudos, utilizando múltiplos desenhos de pesquisa, com vistas a melhor caracterizar fatores de risco e de proteção associados aos transtornos avaliados.

Palavras-chave: Transtornos do comportamento infantil; Saúde da criança; Psicologia do adolescente.

Abstract: Emotional and behavioural problems in children and adolescents are among the main reasons for seeking treatment. The present study carried out a systematic review of the national literature on externalizing behavioral problems among children and adolescents. The initial search in the bases PePSIC and SciELO returned 14 results, and five were excluded after consideration of the inclusion and exclusion criteria. Of the nine articles included, four were case studies, three were non-systematic reviews of the literature and only two had a cross-sectional, quantitative design. We conclude that, given the amount of research currently available, it is not possible to accurately describe the prevalence, associated factors, and possible developmental factors of change and continuity in relation to Disruptive, Impulse-Control and Behavior Disorders among children and adolescents. Therefore, it is necessary to carry out further studies, adopting multiple research designs, in order to better characterize the risk and protective factors associated with the disorders here examined.

Keywords: Child behavior disorders; Child health; Adolescent psychology.

Resumen: Los problemas emocionales y de comportamiento en niños y adolescentes se encuentran entre las principales razones para buscar tratamiento. El presente estudio realizó una revisión sistemática de la literatura nacional sobre problemas conductuales externalizantes entre niños y adolescentes. La investigación inicial en las bases PePSIC y SciELO retornó 14 resultados, siendo cinco excluidos después de incluidos los criterios de inclusión y exclusión. De los nueve artículos recuperados de las dos principales bases nacionales, cuatro fueron del tipo estudio de caso, tres asumieron la forma de revisión y apenas dos tuvieron delineamiento cuantitativo, transversal. Concluimos que, dada la cantidad de investigaciones actualmente disponibles, no es posible describir con precisión la prevalencia, los factores asociados y los posibles factores de desarrollo, cambio y continuidad en los trastornos de conducta entre niños y adolescentes. Así, es necesario realizar estudios adicionales, adoptando múltiples diseños de investigación, con el fin de mejor caracterizar los factores de riesgo y de protección asociados con los trastornos aquí examinados.

Palabras clave: Trastornos de la conducta infantil; Salud del niño; Psicología del adolescente.

Problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes figuram entre os principais motivos para busca de tratamento especializado (Bakker, Greven, Buitelaar, & Glennon, 2017; Scivoletto, Boarati, & Turkiewicz, 2010). Em virtude da severidade dos transtornos de conduta apresentados por crianças e adolescentes, aliados à inerente interdependência aos pais e ao núcleo familiar, entende-se que dificuldades comportamentais e na conduta impactam também os demais membros da família (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Poulton, 2003; van Aar, Leijten, Orobio, & Overbeek, 2017), ao passo que também podem ser potencializados – ou não – pela dinâmica familiar e pela forma como os pais e/ou responsáveis educam seus filhos (Flouri & Midouhas, 2017). Em adição, o ambiente escolar, assim como os demais contextos de desenvolvimento e a sociedade de um modo geral também são impactados com a presença de transtornos de conduta de crianças e adolescentes. Os problemas de comportamento que antecipam um diagnóstico de transtorno de conduta já são geradores de estresse e dificuldades nos contextos em geral de convivência de crianças e adolescentes. Por exemplo, Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson, Stanton e Silva (1998) constataram que um elevado número de problemas comportamentais em crianças e adolescentes confere risco aumentado para futuros problemas legais, bem como reduzido nível geral de saúde física e psicológica, levando à mortalidade precoce.

Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta situam-se dentro do espectro externalizante, envolvendo traços de personalidade que denotam baixa desinibição, maior hostilidade e maior afeto negativo (Ingole, Ghosh, Malhotra, & Basu, 2015). Tais traços de personalidade são úteis para compreender a alta comorbidade entre os transtornos incluídos sob a mesma seção do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM), além de estarem atrelados com maior uso de substâncias e, em adultos, com o transtorno de personalidade antissocial (American Psychiatric Association [APA], 2013). Na última edição do DSM (DSM-V; APA, 2013), transtorno de conduta (TC), transtorno de oposição desafiante (TOD), cleptomania, transtorno explosivo intermitente (TEI) e outros transtornos disruptivos especificados e não especificados (TD) estão agrupados dentro da seção “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”. Tal seção traz ainda o transtorno de personalidade antisocial, não avaliado no presente estudo por ser uma condição diagnóstica satisfeita somente durante a adultez, ou seja, não pode ser atribuído a crianças e adolescentes.

# *Transtorno de Conduta*

O TC engloba comportamentos cruéis e hostis, originando-se sobretudo durante as etapas da infância e/ou adolescência. Trata-se de um transtorno psicológico de alta prevalência, afetando cerca de 12% de meninos e 7% de meninas ao longo da vida (APA, 2013; Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004). O diagnóstico considera a presença de, no mínimo, três dos critérios descritos na Tabela 1, dentro de um período compreendendo os últimos 12 meses, sendo que um critério deve se fazer presente nos últimos 6 meses.

Inserir Tabela 1

Ademais, é preciso constatar que existem prejuízos clinicamente significativos no funcionamento do indivíduo nas esferas sociais, acadêmicas e/ou profissionais, sendo ainda classificada a gravidade da sintomatologia (e.g., leve, moderada ou grave). Caso trate-se de um adulto, o TC poderá ser aferido caso os critérios para o transtorno de personalidade antissocial não sejam satisfeitos. Em relação ao curso, profissionais avaliam ainda se ao menos um sintoma ocorre antes ou depois dos dez anos de idade. Início não especificado pode ainda ser apontado, sobretudo em casos de dificuldade na obtenção de dados precisos sobre o início dos sintomas. Uma novidade da última edição do DSM-V é a inclusão do especificador "com emoções pró-sociais limitadas", no qual pelo menos duas das seguintes características se mostram presentes, de modo persistente e em múltiplos contextos, durante o último ano: 1. Ausência de remorso/culpa; 2. Falta de empatia/insensibilidade; 3. Falta de preocupação com o desempenho (APA, 2013).

# *Transtorno de oposição desafiante*

É caracterizado por um padrão irritável e/ou raivoso de humor, pelo qual comportamentos desafiantes, de vingança e questionadores estão presentes por, no mínimo, seis meses. Afeta mais comumente meninos do que meninas, apresentando uma prevalência média de 3.3% (Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray, & Lum, 2017). De acordo com o DSM-V (APA, 2013), quatro dos sintomas incluídos na Tabela 1 devem estar presentes, sendo importante notar que os comportamentos devem ser exibidos quando da interação do indivíduo com outras pessoas, à exceção de relações fraternas, ao mesmo tempo em que devem causar comprometimento expressivo para o sujeito ou para sujeitos de seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) (APA, 2013). É importante ainda compreender tanto a persistência como a frequência na qual os comportamentos opositivos se apresentam, de modo a obter-se uma clara identificação da sintomatologia do transtorno de oposição desafiante. Em indivíduos com menos de 5 anos, os sintomas devem estar presentes na maior parte dos dias, por, no mínimo, seis meses, sendo que em indivíduos com idade superior a cinco anos a sintomatologia deve estar presente, ao menos, uma vez por semana ao longo dos últimos seis meses.

# *Transtorno explosivo intermitente*

Caracteriza-se por “explosões” desproporcionais, não-premeditadas de raiva e agressividade em resposta à provocações reais mínimas ou imaginadas, com início rápido e de pouca duração (<30 minutos). Pode ainda envolver casos de agressividade mais severa. A prevalência também indica maior ocorrência em homens, havendo estimativas de que acometa cerca de 2 a 3% da população. Para aferir o diagnóstico, profissionais avaliam se agressão verbal e/ou física (sem causar lesão à indivíduos ou propriedade) ocorre com uma frequência média de duas vezes por semana, em um período de, no mínimo, 90 dias. Ademais, o diagnóstico também é conferido quando ocorrem três explosões que envolvam danos/destruição de bens e propriedade, e/ou quando a agressão física traz injúrias em animais ou outras pessoas no período de um ano. Tais explosões devem causar sofrimento/prejuízo ao funcionamento social e acadêmico do sujeito, ou ainda atreladas a prejuízos financeiros e/ou legais. Finalmente, o diagnóstico só pode ser conferido à indivíduos com seis anos de idade ou mais, sendo que as “explosões” não são possíveis de explicação por outra desordem psíquica ou em decorrência de intoxicação

# *Cleptomania*

Caracteriza-se por recorrentes falhas em evitar furtar itens que não sejam necessários para o indivíduo, acompanhadas por tensão antes do ato, seguido por gratificação/alívio após cometer o furto. Ademais, é preciso avaliar que o furto não ocorre em decorrência de vingança, em consequência de delírios e/ou a uma alucinações ou no contexto do TC, durante episódio maníaco ou quando são satisfeitos os critérios para o transtorno da personalidade antissocial. Trata-se de uma condição rara (e.g., 0,3 a 0,6% na população geral), sendo mais frequente em mulheres do que em homens (APA, 2013).

# *Outros transtornos disruptivos especificados e transtornos disruptivos não especificados*

Finalmente, a seção sobre Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta do DSM-V (APA, 2013) traz as categorias de outros transtornos disruptivos especificados e não especificados. Em relação à primeira, incluem-se transtornos que tragam sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento do sujeito, embora não satisfaçam critérios para outro transtorno apresentado no capítulo. Logo, o profissional informa a razão específica porque o transtorno não satisfaz os critérios para outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta, e o motivo pelo qual o transtorno é especificado. No tocante aos transtornos disruptivos não especificados, igualmente existe sofrimento significativo e impacto na qualidade de vida, porém de modo que não sejam satisfeitos os critérios para outros transtornos disruptivos. Por conseguinte, os profissionais não especificam razões pelas quais critérios para outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta específico não são satisfeitos, ocorrendo comumente em situações emergenciais, pelas quais informações para diagnóstico mais preciso são insuficientes.

# Método

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura de estudos publicados em periódicos brasileiros sobre transtorno de conduta, transtorno de oposição desafiante, cleptomania, transtorno explosivo intermitente, outros transtornos disruptivos especificados e outros transtornos disruptivos não especificados. Buscou-se sintetizar a produção nacional acerca dos referidos transtornos entre crianças e adolescentes, sem a imposição de limites quanto ao tipo de estudo e/ou ano de publicação.

# *Procedimentos*

Para identificar os estudos, uma revisão sistemática foi realizada no mês de Junho de 2018, em duas bases de dados: Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Enquanto a base PePSIC cobre, sobretudo, publicações originárias da Psicologia, o SciELO possui abrangência multidisciplinar. Ambas as bases são gratuitas, englobando quase toda a produção científica nacional na área da Psicologia (Zoltowski, Costa, Teixeira, & Koller, 2014). Não foram incluídos estudos não publicados, ou ainda estudos veiculados na literatura cinza. A estratégia de pesquisa utilizou a seguinte string: “transtorno de conduta OR transtorno de oposição desafiante OR transtorno explosivo intermitente OR transtornos disruptivos OR transtorno disruptivo OR cleptomania”. Não foi incluída limitação quanto ao período de publicação dos manuscritos.

Os resumos dos estudos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) abordar um transtorno disruptivo; b) ser uma publicação acessível em modo completo; e c) estar publicado em um periódico indexado nas bases consultadas. Os 14 artigos recuperados foram analisados de acordo com os seguintes critérios de exclusão: a) estudo desenvolvido fora do Brasil; b) estudo focando exclusivamente na população adulta. Não foram detectadas entradas duplicadas nas bases de dados consultadas. Os procedimentos de busca e seleção de manuscritos encontram-se sumarizados na Figura 1, confeccionada seguindo as recomendações vigentes (e.g., Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses- PRISMA; Liberati et al., 2009).

Inserir Figura 1

# Resultados

Dos 14 artigos, 10 foram recuperados do SciELO (Andrade, Assumpção-Junior, Teixeira, & Fonseca, 2011; Barbieri, Jacquemin, & Alves, 2004; Dória, Antoniuk, Assumpção-Junior, Fajardo, & Ehlke, 2015; Grant & Odlaug, 2007; Grevet et al., 2005; Grevet, Salgado, Zeni, & Belmonte-de-Abreu, 2007; Hodgins & Peden, 2007; Morana, Stone, & Abdalla-Filho, 2006; Rocha & Rocha, 1992 Rodrigues, Sousa, & Carmo, 2010) e 4 da base PePSIC (Barletta, 2011; Barreto, Zanin, & Domingos, 2009; Ribeiro, 2016; Souza & Resende, 2012). Do SciELO, 2 manuscritos não foram incluídos para leitura de texto completo (Grant & Odlaug, 2007; Hodgins & Peden, 2007) por não atenderem aos critérios de inclusão (i.e., publicação oriunda de país outro que o Brasil), bem como 2 artigos foram excluídos (Grevet et al., 2005; Rocha & Rocha, 2016) durante a leitura do texto completo com base nos critérios de exclusão (i.e., focando na população adulta). Foi excluído 1 texto da base PePSIC, por focar em paciente adulto (Barreto et al., 2009). A Tabela 2 apresenta as informações dos manuscritos avaliados após a consideração dos critérios de inclusão e exclusão.

Incluir Tabela 2

Dos nove artigos recuperados das duas principais bases nacionais, 4 foram do tipo estudo de caso, 3 assumiram a forma de revisão não sistemática da literatura e apenas 2 tiveram delineamento quantitativo, transversal. Dos 5 estudos que apresentam dados empíricos (Andrade et al., 2011; Dória et al., 2015; Ribeiro, 2016; Rodrigues et al., 2010; Souza & Resende, 2012), 3 reportam dados obtidos através de população clínica e/ou em situação de privação de liberdade (Andrade et al., 2011; Dória et al., 2015; Souza & Resende, 2012). Embora trate-se de um pequeno número de investigações, nota-se uma assimetria em relação à origem dos estudos, sendo a maior parte (33%) proveniente do estado de São Paulo.

**Discussão**

Dentre as investigações transversais, observou-se que dentre os transtornos disruptivos, o TC foi o mais prevalente (77%), seguido de TOD (50%) entre adolescentes do sexo feminino em situação de privação de liberdade no Rio de Janeiro; ademais, houve alto índice de transtornos de ansiedade (70%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (70%) (Andrade et al., 2011). Em investigação mais recente, Dória et al. (2015) também reportaram maior prevalência de TC (59,4%) entre meninos encarcerados no estado do Paraná. De modo similar ao reportado por Andrade et al. (2011), transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foram elevados (53,6%), seguidos de TDAH (43,5%). Dentre os estudos empregando o método de estudo de casos múltiplos, Barbieri et al. (2004) reportaram que participantes com organização neurótica de personalidade tiveram 100% de sucesso através do uso da técnica do psicodiagnóstico interventivo. Por outro lado, participantes com estrutura psicótica de personalidade tiveram resultado terapêutico classificado como “fracasso” em todos os casos (Barbieri et al., 2004). Souza e Resende (2012) também utilizaram o método de estudo de casos múltiplos, descobrindo que, na história de vida dos participantes, houve perda trágica de figuras parentais durante a infância. No participante do sexo masculino, indícios de transtorno mental grave, com uso de mecanismos de defesas do tipo maníacos, além de tristeza profunda e insatisfações foram identificadas. Já a participante do sexo feminino não evidenciou severas perturbação internas, sendo que, deste modo, os comportamentos desviantes da mesma podem ser expressos sem conflitivas e resistências internas (Souza & Resende, 2012).

No que tange ao método de estudos de caso, um estudo foi localizado. Foi descartado que o caso seja de uma estrutura perversa e é sugerido que a menina sofre de neurose obsessiva. Ademais, foi levantada a hipótese clínica de que a jovem esteja fantasiando que tudo lhe pertence, denotando uma relação narcísica com o ambiente (Ribeiro, 2016). Finalmente, três estudos foram recuperados assumindo o delineamento de revisões não sistemáticas da literatura. O primeiro, desenvolvido por Barletta (2011), diz respeito às várias estratégias terapêuticas disponíveis para o tratamento de transtornos disruptivos, havendo predomínio de abordagens cognitivas, por alguns terapeutas, e comportamentais por parte de outros. Segundo a autora, terapeutas devem servir como modelo para pacientes e familiares, possibilitando o desenvolvimento de atitudes prosociais e práticas educativas parentais positivas. A abordagem lúdica é indicada para pacientes infantis (Barletta, 2011). Já Grevet et al. (2007) examinaram como desfecho principal o TDAH, que se mostrou associado a um aumento na prevalência de transtornos disruptivos, como TC, TOD e TPA. Em adição, o TC de início precoce parece ser mais fortemente associado à gravidade de problemas comportamentais na idade adulta (Grevet et al., 2007). Na revisão de Morana et al. (2006), foi concluído que os transtornos disruptivos desafiam a psiquiatria forense, sobretudo devido à dificuldade de identificar e tratar tais desordens. Ademais, pacientes com uma combinação de transtornos disruptivos com elevada tendência psicopática apresentam elevada reincidência criminal.

Em síntese, conforme os procedimentos de pesquisa adotados, é possível constatar uma baixa produção científica acerca dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta em crianças e adolescentes. O TC foi o transtorno mais prevalente tanto em meninas (77%; Andrade et al., 2011) como em meninos (59,4%; Dória et al., 2015). Todavia, destaca-se tanto Andrade et al. (2011) como Dória et al. (2015) conduziram investigações com adolescentes em situação de privação de liberdade e utilizando amostragem não-probabilística, o que impede inferência mais precisa acerca das diferenças na prevalência do TC entre os sexos. Reiterando, existe uma tendência na literatura de haver prevalência mais elevada entre o sexo masculino para o TC (Maughan et al., 2004; Moore, Silberg, Roberson-Nay, & Mezuk, 2017; Odgers et al., 2008).

Não foram localizados estudos sobre outros transtornos disruptivos especificados e não especificados (TD). Não foi localizado estudo de base populacional, nem mesmo investigações que tenham empregado amostragem probabilística. Igualmente, não foram encontrados estudos longitudinais. Falhas na indexação ou uso de descritores em desacordo com os critérios da psicologia podem ter contribuído para um reduzido número de estudos potencialmente relevantes. Assim, enfatiza-se que autores e editores devem buscar o alinhamento com procedimentos de indexação de manuscritos conforme critérios-padrão, como o Thesaurus da American Psychological Association(APA; Associação Americana de Psicologia) ou mesmo as Terminologias em Psicologia e Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual de Psicologia (BVS-Psi).

# Considerações finais

Dado o montante de investigações disponível atualmente, não se pode descrever, com precisão, acerca da prevalência, fatores associados, e possíveis fatores desenvolvimentais de mudança e continuidade em relação aos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta entre crianças e adolescentes brasileiros. Ainda que escassos, os estudos localizados na literatura nacional buscam analisar os referidos transtornos sob diferentes perspectivas teóricas e, ainda, utilizando diversificado desenho metodológico. Talvez uma das principais contribuições deste estudo se relacione ao alerta para uma possível negligência de investigações acerca de transtornos de alta prevalência na clínica. Sabe-se que um dos principais impactos da pesquisa científica é o de fornecer subsídios que possam ser incorporados em ações de prevenção e promoção de saúde. Assim, o uso de diferentes metodologias aplicadas ao estudo dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta poderá resultar em ações mais efetivas, específicas e baseadas em evidências.

Ademais, dentre as principais limitações da presente revisão, destaca-se que termos da CID-10 e CID-11 não foram incluídos no string de busca. Ademais, a presente investigação fez uso de apenas um juiz para a classificação dos resultados quanto aos critérios de inclusão e exclusão, embora acredite-se que a adoção de apenas um juiz não tenha prejudicado a seleção dos materiais (considerando-se tanto a experiência do juiz no tema como também o baixo número de publicações disponíveis). Por conseguinte, pesquisas adotando procedimentos similares à presente revisão poderão ampliar tanto o número de juízes como o número de fontes (Portal Capes de Teses e Dissertações, Diretório das Revistas de Acesso Aberto, etc.), bem como outros indexadores utilizados para localização de possíveis materiais relevantes.

Finalmente, inspirados pela iniciativa do Research Domain Criteria (RDoC; Critérios do Domínio da Pesquisa), do National Institute of Mental Health (NIMH; Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos), diversos autores têm sustentado que uma classificação de distúrbios com base em dimensões do comportamento observável e respectivos mecanismos cerebrais associados pode ser de grande valia para a superação de impasses quanto à heterogeneidade diagnóstica presente nos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (Bolhuis et al., 2017; Brunoni, 2017; Fonagy & Luyten, 2017; Wakschlag, Perlman, Blair, Leibenluft, Briggs-Gowan, & Pine, 2018), embora outros argumentem que a ênfase em aspectos neurobiológicos da psicopatologia poderá criar um hiato expressivo entre pesquisa e prática clínica (Pondé, 2018; Zorzanelli, Dalgalarrondo, & Banzato, 2014). Consistente com a abordagem do RDoC, se reconhece a expressiva heterogeneidade dos problemas de conduta na infância e adolescência, sua alta comorbidade com outros transtornos, e a consequente necessidade de construção de modelos mais compreensivos (Blair, White, Meffert, & Hwang, 2013; Caspi et al., 2014). Logo, esforços empíricos alinhados com uma visão evolucionária dos problemas de conduta e de controle dos impulsos são necessários.

# Referências

\*Referências precedidas por um asterisco denotam aquelas recuperadas por meio da busca sistemática

\* Andrade, R. C. de, Assumpção-Junior, F., Teixeira, I. A., & Fonseca, V. A. da 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(4), 2179–2188. doi:10.1590/S1413-81232011000400017

Associação Americana de Psiquiatria - APA (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*  (DSM-V). Porto Alegre, RS: ArtMed.

Bakker, M. J., Greven, C. U., Buitelaar, J. K., & Glennon, J. C. (2017). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(1), 4–18. doi:10.1111/jcpp.12590

\* Barbieri, V., Jacquemin, A., & Alves, Z. M. M. B. (2004). Alcances e limites do Psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *14*(28), 153–167. doi:10.1590/S0103-863X2004000200005

Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(6), 594-601. doi:10.1097/00004583-199806000-00009

\* Barletta, J. (2011). Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: Algumas reflexões. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 7*(2), 25-31.

\* Barreto, T., Zanin, C., & Domingos, N. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: Relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 5*(1), 62-76. (DOI INEXISTENTE)

Blair, R. J. R., White, S. F., Meffert, H., & Hwang, S. (2013). Disruptive Behavior Disorders: Taking an RDoC(ish) Approach. In S. L. Andersen, & D. S. Pine (Eds.), *The Neurobiology of Childhood* (pp. 319–336). Berlin, Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/7854\_2013\_247

Bolhuis, K., Lubke, G. H., van der Ende, J., Bartels, M., van Beijsterveldt, C. E. M., Lichtenstein, P., … Tiemeier, H. (2017). Disentangling heterogeneity of childhood disruptive behavior problems into dimensions and subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(8), 678–686. doi:10.1016/j.jaac.2017.05.019

Brunoni, A. R. (2017). Beyond the DSM: Trends in psychiatry diagnoses. *Archives of Clinical Psychiatry, 44*(6), 154–158. doi:10.1590/0101-60830000000142

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., … Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science, 2*(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473

Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A., & Lum, J. A. G. (2017). Sex differences in the prevalence of Oppositional Defiant Disorder during middle childhood: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(2), 313–325. doi:10.1007/s10802-016-0170-8

\* Dória, G. M. S., Antoniuk, S. A., Assumpção-Junior, F. B., Fajardo, D. N., & Ehlke, M. N. (2015). Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *61*(1), 51–57. doi:10.1590/1806-9282.61.01.051

Fonagy, P., & Luyten, P. (2017, no prelo). Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2017.08.010

Flouri, E., & Midouhas, E. (2017). Environmental adversity and children’s early trajectories of problem behavior: The role of harsh parental discipline. *Journal of Family Psychology, 31*(2), 234-243. doi:10.1037/fam0000258

\* Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2007). Cleptomania: Características clínicas e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(suppl 1), S11–S15. doi:10.1590/S1516-44462006005000054

\* Grevet, E., Bau, C. H. D., Salgado, C. A. I., Ficher, A., Victor, M. M., Garcia, C., … Belmonte-de-Abreu, P. (2005). Concordância entre observadores para o diagnóstico em adultos do trantorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de oposição desafiante utilizando o K-SADS-E. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *63*(2a), 307–310. doi:10.1590/S0004-282X2005000200019

\* Grevet, E., 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. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*(suppl 1), 34–38. doi:10.1590/S0047-20852007000500008

\* Hodgins, D. C., & Peden, N. (2007). Tratamento cognitivo e comportamental para transtornos do controle de impulsos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(suppl 1), S31–S40. doi:10.1590/S1516-44462006005000055

Ingole, R., Ghosh, A., Malhotra, S., & Basu, D. (2015). Externalizing spectrum or spectra? Underlying dimensions of the externalizing spectrum. *Asian Journal of Psychiatry*, *15*, 25–31. doi:10.1016/j.ajp.2015.04.011

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, 60*(7), 709. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ...Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine, 6*(7), e1 000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 609–621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R., & Mezuk, B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(4), 435–443. doi:10.1007/s00127-017-1337-5

\* Morana, H. C. P., Stone, M. H., & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(suppl 2), s74–s79. doi:10.1590/S1516-44462006000600005

Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., … Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology, 20*(2), 673–716. doi:10.1017/S0954579408000333

Pondé, M. P. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 21*(1), 145–166. doi:10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10

\* Ribeiro, O. J. (2016). Cleptomania: Quem roubou o meu afeto. *Reverso, 38*, 39-44.

\* Rocha, F. L., & Rocha, M. E. G. (1992). Kleptomania, mood disorder and lithium. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 50*(4), 543–546. doi:10.1590/S0004-282X1992000400023

\* Rodrigues, C. I., Sousa, M. do C., & Carmo, J. dos S. (2010). Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da Matemática: um estudo de caso. *Psicologia Escolar e Educacional*, *14*(2), 193–201. doi:10.1590/S1413-85572010000200002

Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkiewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(suppl 2), S112–S120. doi:10.1590/S1516-44462010000600008

\* Souza, C., & Resende, A. C. (2012). Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. *Avaliação Psicológica, 11*(1), 95-109. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-04712012000100010&lng=pt&tlng=pt.

van Aar, J., Leijten, P., Orobio, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical Psychology Review, 51*, 153–163. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.006

Wakschlag, L. S., Perlman, S. B., Blair, R. J., Leibenluft, E., Briggs-Gowan, M. J., & Pine, D. S. (2018). The neurodevelopmental basis of early childhood disruptive behavior: Irritable and callous phenotypes as exemplars. *American Journal of Psychiatry, 175*(2), 114–130. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010045

Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(1), 97–104. doi:10.1590/S0102-37722014000100012

Zorzanelli, R., Dalgalarrondo, P., & Banzato, C. E. M. (2014). O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 17*(2), 328–341. doi:10.1590/1984-0381v17n2a12

Tabela 1. *Critérios Diagnósticos (DSM-V) para Transtorno de Conduta e do Transtorno de Oposição Desafiante*

|  |
| --- |
| **Transtorno de Conduta** |
| **A.** Um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade. Manifesta-se pela presença de ao menos três critérios seguintes, nos últimos 12 meses, de qualquer uma das categorias adiante, com ao menos um critério presente nos últimos seis meses:  **Agressão a Pessoas e Animais e Destruição de Propriedade**   1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros. 2. Frequentemente inicia brigas físicas. 3. Usou alguma arma que pode causar danos físicos graves a outros. 4. Foi fisicamente cruel com pessoas. 5. Foi fisicamente cruel com animais. 6. Roubou durante o confronto com uma vítima. 7. Forçou alguém a atividade sexual. 8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves. 9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).   **Falsidade ou Furto e Violações Graves de Regras**  10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.  11. Frequentemente mente/trapaceia para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações.  12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima (p. ex., furto em lojas, mas sem invadir ou forçar a entrada; falsificação).  13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.  14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.  15. Com frequência falta às aulas, com início antes dos 13 anos de idade.  **B.** A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional.  **C.** Em sujeitos com 18 anos ou mais, critérios para transtorno da personalidade antissocial não são preenchidos.  Determinar o subtipo:   1. *Tipo com início na infância:* Há, pelo menos, um sintoma característico de TC antes dos 10 anos. 2. *Tipo com início na adolescência:* Não há sintoma característico de TC antes dos 10 anos. 3. *Início não especificado:* Critérios para o diagnóstico de TC são preenchidos, porém não há informações suficientes para determinar se o início dos sintoma ocorreu antes ou depois dos 10 anos.   Especificar se:   1. *Com emoções pró-sociais limitadas* 2. *Gravidade atual:*   *Leve:* Poucos, se algum, problemas de conduta estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e estes causam danos relativamente pequenos a outros (p. ex., mentir, faltar aula, permanecer fora à noite sem autorização, outras violações de regras).  *Moderada:* O número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros estão entre aqueles especificados como “leves” e “graves” (p. ex., furtar sem confrontar a vítima, vandalismo).  *Grave:* Muitos problemas de conduta, além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, estão presentes, ou os problemas de conduta causam danos consideráveis a outros (p. ex., sexo forçado, crueldade física, uso de armas, roubo com confronto à vítima, arrombamento e invasão).  **Transtorno de Oposição Desafiante**  **A.** Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, como evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.  **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.  Especificar:   1. *Gravidade atual:*   *Leve:* Os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).  *Moderada:* Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.  *Grave:* Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes. |
| *Nota:* Adaptado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013, pp. 462-463 e 470-471). |

Tabela 2. *Estudos nacionais sobre Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Transtorno disruptivo avaliado** | **Estado** | **Delineamento** | **Participantes** | **Principais achados** |
| Andrade et al. (2011) | TC, TOD | Rio de Janeiro | Transversal | 47 adolescentes do sexo feminino em situação de privação de liberdade, com idade média de 15.8 anos (DP= 0.9) | O TC foi o transtorno mais prevalente na amostra investigada (77%), seguido de transtornos de ansiedade e TAS (70% cada), abuso de álcool (52%), TOD e transtornos depressivos (50% cada) |
| Barbieri et al. (2004) | TC | São Paulo | Estudo de Casos Múltiplos | 7 crianças (5 meninos e 2 meninas), com idades entre 5 e 10 anos | Nos participantes com organização de personalidade neurótica, o uso do psicodiagnóstico interventivo resultou em sucesso em 100% dos casos. Dos participantes com estrutura psicótica de personalidade, o resultado terapêutico foi classificado como “fracasso” em todos os casos |
| Barletta (2011) | Transtornos Disruptivos em geral | Sergipe | Revisão não sistemática | - | A autora sugere não haver protocolo rídigo para o tratamento de transtornos disruptivos, sendo que alguns terapeutas optam por abordagens cognitivas e outros preferem intervenções comportamentais. Todavia, é preciso envolver a família. O terapeuta deve servir como modelo para pacientes e familiares, possibilitando o desenvolvimento de atitudes prosociais e práticas educativas parentais positivas. Em tenra idade, sugere-se abordagem majoritariamente lúdica |
| Dória et al. (2015) | TC | Paraná | Transversal | 69 adolescentes encarcerados, sendo todos do sexo masculino. Idade média reportada foi de 15.5 anos (DP = 0.8) | TC foi o transtorno mental mais prevalente dentre os participantes (59,4%), seguido por TAS (53,6%) e TDAH (43,5%). Dentre adolescentes com TC, houve associação significativa com TAS |
| Grevet et al. (2007) | TC e TOD | Rio Grande do Sul | Revisão não sistemática | - | O desfecho examinado (TDAH) mostrou-se associado a um aumento na prevalência de transtornos disruptivos, como TC, TOD e TPA. Todavia, somente o TC de início precoce parece ser mais robusto na explicação de problemas na adultez |
| Morana et al. (2006). | TC e TPA | São Paulo | Revisão não sistemática | - | Os autores concluem que transtornos disruptivos desafiam a psiquiatria forense, sobretudo devido à dificuldade de identificar e tratar. Dentre aqueles com altos traços psicopáticos, conclui-se que os mesmos apresentam elevada probabilidade de reincidência |
| Ribeiro (2016) | TC e Cleptomania | Minas Gerais | Estudo de Caso | 1 menina, com idade de 12 anos. | Descarta-se que o caso seja de uma estrutura perversa, e sugere-se que a menina sofre de neurose obsessiva. Ademais, levanta-se a hipótese clínica de que a jovem esteja fantasiando que tudo lhe pertence, denotando uma relação narcísica com o ambiente. Assim, por sentir-se com falta de afeto |
| Rodrigues et al. (2010) | TC | São Paulo | Estudo de Caso | 1 menino, com idade de 9 anos | Constatou-se que a situação diagnóstica do participantes não foi causal em relação aos problemas de aprendizagem investigados |
| Souza e Resende (2012) | TC | Goiás | Estudo de Casos Múltiplos | Um adolescente e uma adolescente privados de liberdade, com idade de 17 anos | Ambos os participantes reportaram envolvimento com o tráfico de drogas e furtos. Ainda, ambos tiveram perda de figuras parentais de modo trágico na infância, dentro de um ambiente familiar disfuncional. Enquanto que, para o jovem do sexo masculino, notaram-se traços de personalidade indicando transtorno mental grave, mecanismos de defesas do tipo maníacos, tristeza profunda e insatisfação, a jovem não revela perturbação internas (e.g., estresse, disforias, ansiedade afetiva, remorso, ou pensamento desordenado), o que explicaria comportamentos desviantes sem que houvessem resistências internas |

*Notas*. DP: desvio-padrão; TAS: transtornos relacionados ao uso de substâncias; TC: transtorno de conduta; TDAH: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; TEI: transtorno explosivo intermitente; TOD: transtorno de oposição desafiante; TPA: transtorno de personalidade antissocial

*Figura 1.* Fluxograma da revisão sistemática.

