

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR
OPOSITIVO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Thauane Gonzaga Oliveira de Paula

**Manhuaçu
2023**

Thauane Gonzaga Oliveira de Paula

**TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR
OPOSITIVO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador(a): Pedro Antonio Grossi Laguardia

**Manhuaçu
2023**

Thauane Gonzaga Oliveira de Paula

**TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DESAFIADOR
OPPOSITIVO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador(a): Pedro Antonio Grossi Laguardia

Banca Examinadora

Data de Aprovação: ____/____/____.

Dr. Pedro Antonio Grossi Laguardia /Centro Universitário -UNIFACIG

Dra. Emilly Almeida

**Manhuaçu
2023**

RESUMO

Dentre as diversas enfermidades que são comuns na infância, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro autista, depressão, ansiedade temos que os transtornos do comportamento são a sexta maior causa de adoecimento mental na população pediátrica. A etiologia desses transtornos é tópico de grandes discussões, isso por não existir um trabalho prévio que as solidifique cientificamente. No entanto, tem-se fortes indícios de que as relações familiares e sociais são grandes influenciadoras dessas doenças ou quaisquer alterações na homeostase ambiental que interfira na vida do infante induzem a tensões e mudanças nos padrões daquele indivíduo. As consequências são numerosas, e dentre os estudos atuais, estão principalmente a relação da presença dos transtornos de comportamento com abuso de substâncias ilícitas, criminalidade, violência e evasão escolar.

Palavras-chave: psiquiatria infantil, transtorno de conduta, psicopediatria, transtorno opositivo desafiador.

ABSTRACT

Among the various illnesses that are common in childhood, attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, depression, anxiety, behavioral disorders are the sixth leading cause of mental illness in the pediatric population. The etiology of these disorders is the topic of great discussions, because there is no previous work that scientifically solidifies them. However, there are strong indications that family and social relationships are major influencers of these diseases or any changes in environmental homeostasis that interfere with the infant's life lead to tensions and changes in that individual's patterns. The consequences are numerous, and among current studies, there is mainly the relationship between the presence of behavioral disorders and the abuse of illicit substances, criminality, violence and school dropout.

Key-words: child psychiatry, conduct disorder, psychopediatrics, oppositional defiant disorder.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
2. Metodologia.....	7
3. Desenvolvimento e Discussão	7
4. Conclusão.....	13
5. Referências.....	14

1. INTRODUÇÃO

Durante a infância e adolescência é que se molda o caráter do indivíduo, sendo assim, é possível afirmar que problemas da saúde mental no início da vida interferem e prejudicam o desenvolvimento do infante, podendo associar a diversos transtornos na vida adulta (SADOCK, 2011).

Dentre as diversas enfermidades que são comuns na infância, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro autista, depressão, ansiedade temos que os transtornos do comportamento são a sexta maior causa de adoecimento mental em jovens (OPAS; OMS, 2021). Os transtornos do comportamento são o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de conduta, caracterizados resumidamente por comportamentos agressivos, com baixa aceitação de regras, desobediência, e no caso do transtorno da conduta com falta de empatia, tendência a comportamentos de delinquência. (DSM-V, 2014).

Como comportamentos opositivos e agressivos na juventude são uns dos principais motivos para avaliação da saúde mental do indivíduo e início de tratamento psiquiátrico (SADOCK, 2011) faz-se importante discutir sobre essas doenças, os seus fatores precipitantes e principalmente sobre os impactos que podem trazer para a vida do indivíduo a longo prazo ou quando adultos.

Haja visto que em diversos trabalhos foi descrito que crianças com comportamento repetitivo de quebra de regras, agressão e falta de respeito pelo próximo tem risco maior de se envolver com o abuso de substâncias ilícitas, problemas durante o período educacional e comportamento criminoso. (JAMES; BLAIR, 2014). As crianças que desenvolvem condutas persistentemente agressivas, que começam na primeira infância, podem estar destinadas a um padrão resistente de conduta perturbada. Estudos mostram que os padrões de comportamento disruptivo podem se transformar em um repertório generalizado que se mantém pela vida toda (SADOCK, 2011). Foi descrito também que transtorno opositivo desafiador e transtorno de conduta estão associados ou podem vir acompanhados de outras comorbidades como TDAH e ou com retardo mental de doença de base (MACHADO et al, 2014).

Ainda, diversas pesquisas buscam identificar a relação entre a psicopatia e os comportamentos desviantes precoces que sugerem traços incipientes dessa enfermidade, porém necessita-se que seja pesquisado a longo prazo e com maior montante de jovens (DAVOGLIO et al, 2012). É inegável que o sucesso de algum trabalho dessa natureza é dificultado, pois os transtornos de conduta são menos conhecidos da população e da família, que mesmo convivendo com uma criança ou adolescente com critérios que fecham diagnósticos dessas condições só buscam apoio da psiquiatria quando o comportamento fica insustentável, isso porque, pela falta de informação toma-se que o indivíduo tem apenas uma personalidade difícil, rebelde, marginal e não uma doença, de fato (RIOS, 2019). Assim, os infantes continuam sendo subdiagnosticados e não tratados.

O presente trabalho de conclusão de curso busca trazer luz sobre dois transtornos psiquiátricos infantis, o transtorno de conduta e o transtorno opositivo desafiador, destrinchando as diversas etiologias das condições que são cada vez mais prevalentes entre a população pediátrica. Ainda, serão descritas as características clínicas de ambas doenças porém o principal objetivo é mostrar as inferências que tais transtornos podem causar ao paciente na vida adulta. É justificada a revisão bibliográfica deste tema, visto que dentro da psiquiatria infantil os transtornos de conduta são menos diagnosticados e tratados do que os de atenção e do espectro autista, por exemplo, mas também trazem enormes percas à qualidade de vida e socialização do indivíduo.

2. METODOLOGIA

O presente artigo integra uma revisão narrativa da literatura de caráter exploratório sobre os transtornos de comportamento infantil, especialmente na etiologia e impactos da doença na vida do público pediátrico. Foi realizada cuidadosa pesquisa e seleção manual de conteúdo didático em livros, revistas, textos das sociedades de pediatria e psiquiatria que são as principais áreas de pesquisa desse trabalho. Ainda, todo conteúdo foi retirado de material publicado nos últimos 20 anos. Dentre as bases de dado, foram usadas majoritariamente Google Acadêmico, US National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Portanto, buscando congruência com a temática do trabalho foram elencados Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) que consideravam o objetivo do trabalho, sendo tais: psicopediatria, psiquiatria infantil, transtorno de conduta, transtorno opositivo desafiador.

3. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Um estudo transversal de base hospitalar feito por Ferraz et al, foi realizado em ambulatório de pediatria do nordeste do país numa amostra de 305 crianças que não acompanhavam em serviços de psiquiatria e neurologia pois o intuito do estudo era encontrar fatores psicossociais associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. Foi aplicado o questionário Strengths and Difficulties Questionnaire (questionário de capacidades e dificuldades) que possui 25 questões, as quais são divididas dentro de cinco subgrupos de sintomas psiquiátricos: emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento, de conduta e de socialização (GOODMAN, 1999; STIVANIN, 2008), os dois últimos sendo o objeto de estudo desse trabalho (FERRAZ et al. 2017).

O questionário de capacidades e dificuldades elaborado por Goodman e adaptado para o português por Fleitlich-Bilyk, pode ser aplicado para os professores ou responsáveis e também para a criança, nesse caso com pequenas modificações no texto que não alteram seu sentido. Nele é questionado sobre a relação da criança ou do adolescente com o próximo, se a socialização é difícil, se há empatia na interação, boa vontade de dividir seus bens e espaço, capacidade de fazer amizades duradouras. Além de questionar se o mesmo está envolvido com brigas corriqueiramente, se é obediente, se tem tendência a enganar ou mentir, se é querido pelas outras crianças, se tende a se isolar, se parece agir impulsivamente, entre outras perguntas (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Dessa amostra foram consideradas 135 crianças, com equivalência entre o sexo masculino e feminino, a maioria das crianças residia na mesma cidade, eram pardas, frequentavam escola pública. Em relação aos fatores psicossociais e a prevalência dos sintomas mentais investigados, foi encontrada estatisticamente na pesquisa uma associação de depressão materna no período de até 03 meses do nascimento da criança, doença mental dos pais, e pais que não vivem juntos atualmente (FERRAZ et al. 2017).

A etiologia desses transtornos é tópico de grandes discussões, isso por não existir um trabalho prévio que as solidifique cientificamente. No entanto, tem-se fortes indícios de que as relações familiares e sociais são grandes influenciadoras dessas doenças, em especial o transtorno de conduta e o transtorno opositivo desafiador. Após notada a recorrência de questões sociais e familiares em delinquentes que não

atingiram a maior idade, foi formulada a hipótese de as doenças serem reação as condições vivenciadas na comunidade ou na família (LOEBER; DISHION, 1983).

Outro estudo transversal brasileiro, no qual também aplicado o SDQ em crianças de 06 a 12 anos do sudeste do país, os casos clínicos e limítrofes nas escalas do SDQ foram considerados positivos para problemas de saúde mental. Foram avaliadas 100 crianças que cursavam o ensino fundamental, figurando entre classes sociais B, C, D, E. Os resultados encontrados reforçam o estresse materno em posição determinante na saúde mental piorada da criança, assim como a instabilidade financeira. Já a rotina diária estabelecida com atividades programadas para preencher o tempo livre aparece como fator protetor dos mesmos problemas. " Das 100 crianças avaliadas, 19 tiveram seu comportamento classificado como clínico e 12 como limítrofe no SDQ, perfazendo um total de 31 crianças em condição de risco. Os sintomas de ansiedade/depressão foram os mais frequentes (39%), seguidos por hiperatividade/déficit de atenção (35%) e problemas de conduta (34%) " (FERRIOLI et al. 2007).

Segundo Repold et al (2002), quaisquer alterações na homeostase ambiental que interfira na vida do infante induzem a tensões e mudanças nos padrões daquele indivíduo, causando distúrbios físicos ou mentais. Esses fatores de risco estão intimamente associados a consequências indesejáveis (MAIA; WILLIAMS, 2005). No trabalho de Doria et al, 59,4% dos jovens envolvidos com algum problema com a lei apresentaram transtorno de conduta. Dentre todos pesquisados, haviam fatores de risco como figurar em classes sociais desfavorecidas, evasão escolas, residir em periferia ou grandes centros metropolitanos, baixo rendimento acadêmico, viver em contexto familiar monoparental (DORIA et al, 2015).

Em uma pesquisa brasileira, foram descritos fatores de risco para jovens do sexo feminino como reprovação, evasão e abandono escolar, abuso físico ou sexual, vivência familiar monoparental. A maioria das meninas desse estudo (70%) havia sido exposta a tabaco, álcool ou drogas durante a vida intrauterina (ANDRADE et al. 2011).

O ministério da saúde brasileiro enxerga dentre outros tantos fatores de risco o uso de drogas, a criança e ao adolescente estarem submetidos a violência física ou psicológica como um dos importantes pontos a serem levados em consideração quanto a atenção psicossocial no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Fato compreensível visto que segundo dados governamentais, até apenas julho de 2022 já haviam sido registradas 31 mil denúncias de violência doméstica no país, denotando que este é um grande problema de cunho nacional (BRASIL, 2022).

"A capacidade do adulto de identificar problemas de saúde mental em si próprio e nas crianças por quem é responsável, bem como a capacidade de encaminhá-las para tratamento, está diretamente ligada ao acesso à informação sobre o tema e à disponibilidade de recursos de tratamento ", (BIRD, HECTOR; 2002), sendo assim, em seguida serão descritas especificidades sobre os dois transtornos de cunho comportamental infantis que são comuns no entanto pouco diagnosticados e consequentemente tratados.

As causas do Transtorno de Conduta são multifatoriais, envolvendo fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. Histórico familiar de transtornos mentais, experiências traumáticas, falta de suporte familiar e exposição a ambientes desfavoráveis podem contribuir para o desenvolvimento desse transtorno.

3.1. Transtorno opositivo desafiador

O transtorno opositivo desafiador (TOD), tem como característica comportamentos confrontativos, desafiadores, desobedientes, hostis e de negação para com figuras de autoridade, sejam elas familiares ou não. Os primeiros sinais são notados na idade pré-escolar, antes dos 6 anos, e é raro que se manifestem após a adolescência. Os indivíduos acometidos por essa condição têm mais dificuldade em aceitar regras, limites, seguir uma rotina pré-estabelecida e estão mais propensos a questionar e desafiar figuras de autoridade (ARAÚJO; ARAÚJO, 2017).

Quando não diagnosticado ou não empregada conduta terapêutica adequada nessa criança ou adolescente, o TOD pode evoluir para o TC, que é caracterizado como um transtorno mais grave, apresenta padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante (OLIVEIRA; BRITO, 2020), o transtorno de conduta é a consequência do transtorno opositivo desafiador.

Na atualização de 2014 do DSM, o TOD tem em seus critérios diagnósticos a presença de humor raivoso ou irritável, comportamento questionador ou desafiador ou índole vingativa que perdura por pelo menos 6 meses e ter essas atitudes com um indivíduo que não seja um irmão. Para o manual, é importante tomar nota se o comportamento ocorre em momento de surto psicótico, episódio depressivo ou bipolar, sob uso de alguma substância. Os critérios de gravidade levam em consideração se a criança ou adolescente tem essas atitudes, em um ou mais ambientes de convívio (DSM-V, 2014). Embora as crianças que apresentam sintomas de TOD em apenas um cenário corram o risco de prejuízos atuais e futuros, o grau de ocorrência dos sintomas em diferentes cenários é um importante indicador de gravidade (FRICK, NIGG; 2012).

Não é raro indivíduos com TOD apresentarem sintomas somente em casa e apenas com os familiares, assim, a abrangência dos sintomas pra outros ambientes é sinal de alarme para gravidade da doença. O principal diagnostico diferencial do TOD é o transtorno de conduta, porém, o primeiro sendo de natureza menos gravidade em que o indivíduo está menos propenso a criminalidade (DSM-V, 2014).

O contexto em que o paciente TOD está, e a presença ou não de adequação terapêutica serão determinantes para precaver que estes se envolvam em atitudes criminosas. Um estudo quantitativo feito no sudeste brasileiro, entre adolescentes sob medidas socioeducativas por infração, 50% dos que possuíam alguma condição psiquiátrica, possuíam transtorno opositivo desafiador. Era comum entre esses adolescentes, alcoolismo familiar, abuso de substâncias ilícitas ou álcool (ANDRADE et al. 2011).

Outra pesquisa feita também no Brasil, entre adolescentes pobres, de periferia e contextos familiares desfavorecidos sugeriu que esse contexto é um fator de risco para desenvolvimento do TOD nas crianças ou adolescentes com TAS, e que essa realidade tem propensão a leva-los a um comportamento de infringência de leis (DORIA et al. 2015).

É importante ressaltar que o TOD se diferencia de comportamentos típicos da infância e adolescência, pois os sintomas são persistentes, intensos e ocorrem de forma desproporcional. Esses comportamentos tendem a se manifestar de maneira consistente ao longo do tempo e em diferentes situações.

3.2. Transtorno de conduta

As taxas de TC em adolescentes vão de 2,1% a 5% (ELKINS et al, 2007) no Brasil, um estudo populacional envolvendo indivíduos de 7 a 14 anos relevou incidência de 7% de transtorno de conduta (FLEITLICH; GOODMAN, 2014), diferença considerável em relação aos outros locais estudados.

Transtorno de conduta é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na infância, sendo esse até três vezes mais frequente nos meninos do que nas meninas. Sinais de alarme como surtos de raiva, agressividade, descontrole emocional, desobediência e grandes dificuldades em seguir um planejamento das tarefas diárias foram descritos para crianças em idade pré-escolar (BREITENSTEIN; GROSS, 2009). Jovens com TC são propensos a assumir riscos e serem mais imprudentes, o que sugere que tem maior dificuldade na tomada de decisões assertivas e no controle da impulsividade (DORIA et al. 2015).

O quadro clínico do transtorno da conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente com violação de normas sociais ou direitos individuais. Os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno da conduta incluem 15 possibilidades de comportamento antissocial: (1) frequentemente persegue, atormenta, ameaça ou intimida os outros; (2) frequentemente inicia lutas corporais; (3) já usou armas que podem causar ferimentos graves (pau, pedra, caco de vidro, faca, revólver); (4) foi cruel com as pessoas, ferindo-as fisicamente; (5) foi cruel com os animais, ferindo-os fisicamente; (6) roubou ou assaltou, confrontando a vítima; (7) submeteu alguém a atividade sexual forçada; (8) iniciou incêndio deliberadamente com a intenção de provocar sérios danos; (9) destruiu propriedade alheia deliberadamente (não pelo fogo); (10) arrombou e invadiu casa, prédio ou carro; (11) mente e engana para obter ganhos materiais ou favores ou para fugir de obrigações; (12) furtou objetos de valor; (13) frequentemente passa a noite fora, apesar da proibição dos pais (início antes dos 13 anos); (14) fugiu de casa pelo menos duas vezes, passando a noite fora, enquanto morava com os pais ou pais substitutos (ou fugiu de casa uma vez, ausentando-se por um longo período); e (15) falta na escola sem motivo, matando aulas frequentemente (início antes dos 15 anos). Os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno da conduta aplicam-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos e requerem a presença de pelo menos três desses comportamentos nos últimos 12 meses e de pelo menos um comportamento antissocial nos últimos seis meses, trazendo limitações importantes do ponto de vista acadêmico, social ou ocupacional (APA, 2002, p. 102).

A versão de 1999 do manual de psiquiatria, DSM-IV, já previa comportamentos de risco para si próprio e que potencialmente colocariam em risco terceiros. A atualização de 2014, o DSM-V, diz que na clínica desses pacientes devemos buscar encontrar pelo menos dois destes sinais e sintomas: falta de remorso e culpa, falta de empatia, falta de preocupação com desempenho, superficialidade ou deficiência de afeto. Mais especificamente, se a criança ou adolescente está reiteradamente envolvida em agressão a pessoas ou animais, atentando-se sempre para busca de sinais de crueldade nesses episódios. Se envolveu em roubos, destruição de propriedade, trapaças, violações graves de regras. (APA, 2014). Ou seja, a delinquência está mantida no cerne da doença, tanto que é usada para diagnosticá-la.

Ainda, é trazido um novo especificador para tratar o transtorno de conduta que é definir se seu paciente possui emoções pro-sociais limitadas ou não. Nestes jovens e crianças notamos que além de problemas comportamentais, ocorre a falta de empatia e falta de preocupação com o bem estar alheio (APA, 2014).

Em estudo realizado entre adolescentes com média de idade de 15 anos que possuíam conflitos com a lei, encontrou-se associação significativa de adolescentes do sexo masculino 59,4% possuíam transtorno de conduta, 53,6% transtorno de abuso de substâncias e 43,5% transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (DORIA et al. 2015).

Adolescentes com transtorno de conduta tendem ao abuso de substâncias ilícitas (DORIA et al, 2015). Hiperatividade e impulsividade são preditores de transtorno de abuso de substâncias (TAS). Até um sintoma isolado de transtorno de conduta (TC) em indivíduos com TDAH é associado com risco aumentado de TAS (ELKINS et al, 2007).

Na pesquisa de Andrade et al, foram selecionadas 30 meninas de 14 a 17 anos que estavam detidas em uma instituição governamental para menores infratoras e buscou-se definir a prevalência de transtornos psiquiátricos entre elas. Dentre as testadas positivamente para doença psiquiátrica, o transtorno de conduta figurava em primeiro lugar entre as doenças psiquiátricas (77%), seguido pelo abuso de drogas (70%), TOD (50%). As meninas triadas para TC também refeririam significativamente mais abuso de álcool e drogas do que as que não sofriam do transtorno (ANDRADE et al. 2011).

Ademais, no estudo de Cruzeiro et al, foi ressaltado que meninos de classes socioeconômicas mais desfavorecidas que não pertenciam a nenhuma religião tinham mais frequentemente transtorno de conduta. Ainda, apresentavam comportamentos em saúde como: sedentarismo, consumo de álcool e tabaco ou uso de drogas (CRUZEIRO et al. 2008).

A manutenção dos comportamentos característicos antissociais da infância e adolescência para a vida adulta é fortalecida devido a alguns aspectos. Bordin e Offord referenciaram em seu estudo que: quando o transtorno da conduta tem início precoce, ou seja, o comportamento agressivo, transgressor, pouco aberto a aceitar figuras de autoridade na infância pode fazer com que a criança se torne um adulto com conduta antissocial; ou quando o jovem apresenta diversos tipos de comportamentos inadequados, por exemplo, agressividade, associada a violência, a crueldade, a falta de empatia (BORDIN; OFFORD, 2000). Quando o transtorno está presente em vários ambientes, como ambiente familiar, escola, lazer (FRICK, NIGG; 2012. DSM-V, 2014).

Mais adiante dentro do problema, é importante mencionar a psicopatia por este ser um transtorno de comportamento fundamentalmente antissocial, para Hare, pesquisador responsável em criar um checklist de psicopatia baseado em traços e condutas do indivíduo, a psicopatia sempre envolve comportamentos antissociais, porém, nem todos indivíduos com comportamentos antissociais devem ser atribuídos a psicopatia (HARE, 2003). Estudos com crianças que apresentavam comorbidades relacionadas aos transtornos de conduta, impulsividade, TDAH permitiram observar que essas possuíam comportamentos antissociais mais graves. Por exemplo, essas crianças tinham maior tendência a agressividade, tinham pior resposta a modulação afetiva, necessitavam de recompensa imediata, características reconhecidas também na psicopatia adulta (DAVOGLIO et al, 2012).

Diversos pesquisadores elaboraram metodologias de rastreamento de conduta antissocial nessa faixa etária divididos em ferramentas de autorrelato como o Childhood Psychopathy Scale, e de relato de informantes como o Antissocial Process Screening Device (DAVOGLIO et al, 2012). Destaca-se também a ferramenta de avaliação Psychopathy Checklist: Youth Version (HARE, 2003).

Um relato de caso de psicopatia, em que foi aplicado o método Hare Psychopathy Checklist, o indivíduo nomeado no artigo como Carlos, desde a infância fazia critérios diagnósticos de transtorno de conduta e tinha comportamento antissocial e delinquente (HARE, 2003). Aos nove anos cometia roubos, fugia da escola por ter muitas regras e assediava as colegas de sala. Aos 11 anos, teve seus primeiros problemas com a polícia e entrou para o tráfico. Carlos teve seu primeiro filho aos 13 anos e no início da vida adulta já havia cometido homicídios. O próprio

relatou que não sentia remorso, ou empatia pela família das vítimas dos seus crimes (SILVEIRA; KERN, 2017).

Mesmo com a metodologia aplicada corretamente, é importante notar que todas citadas anteriormente foram criadas por pesquisadores estrangeiros. Em um contexto de aplicação destas no Brasil, é preciso atentar-se para realidade do nosso país para evitar estigmatizações e segregação, visto que a maioria dos jovens que estão no contexto de transtorno de conduta, como vimos anteriormente, são jovens em realidades socioeconômicas menos favorecidas, famílias em configurações monoparentais, muitos deles vítimas de violência.

4. CONCLUSÃO

Embora na literatura não haja um grande leque de informações sobre o tema deste trabalho de conclusão de curso e as pesquisas ainda sejam incipientes, mediante as informações coletadas pode concluir-se que é preciso primeiro dar mais atenção ao assunto, fazer desse tema o centro de estudos para que os fatores de riscos para desenvolver os transtornos e principalmente as consequências desses para a sociedade, para a família e para o indivíduo.

Segundo, é que apesar de não haver consenso, temos que crianças e adolescentes que tiveram estrutura familiar consolidada, em um ambiente saudável, afastado de violência, criminalidade, e abuso de substâncias são menos atingidas por transtorno opositivo desafiador e transtorno de conduta.

Seguindo esse raciocínio, aqueles que desenvolveram tais transtornos estão mais propícios a cometerem delitos desde muito jovens, envolverem-se com álcool e substâncias ilícitas, afastarem-se do ambiente escolar, além de consistentemente envolverem em crimes, violência, até desenvolverem transtornos de personalidade antissocial.

Por fim, faz sentido educar a população para detectar condições quando não se dispõe de recursos para atender às necessidades que serão identificadas? (BIRD, HECTOR; 2002). Então é preciso além de identificar os problemas, e trabalhar para solucioná-los com suporte familiar, ambiente escolar acolhedor e acesso a serviços de saúde mental.

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre : Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, R. C. et al. 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** [online]. 2011, v. 16, n. 4 pp. 2179-2188. Epub 06 Maio 2011. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400017>>. Acesso em: 26 abr 2023.

ARAÚJO, F. Z.; ARAÚJO M. P. M. "A criança com Transtorno Opositivo Desafiador nas aulas de educação física: pressupostos inclusivos. **Linguagens, Educação e Sociedade** 1.37 (2017): 190-208. Disponível em: <<https://doi.org/10.26694/les.v1i37.7583>>. Acesso em: 27 abril 2023.

BIRD, H. R.; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. 2002, v. 24, n. 4, pp. 162-163. Epub 30 Out 2002. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400002>>. Acesso em 25 de abr de 2023.

BORDIN, I. A. S.; OFFORD, D. R. Transtorno da conduta e comportamento antissocial. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. 2000, v. 22, suppl 2, pp. 12-15. Epub 24 Jan 2001. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600004>>. Acesso em 15 abr de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2014. 60 p. : il. ISBN 978-85-334-2162-2.

BRASIL. Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica e familiar **Governo do Brasil**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/brasil-tem-mais-de-31-mil-denuncias-violencia-contra-as-mulheres-no-contexto-de-violencia-domestica-ou-familiar>>. Acesso em 26 abr de 2023.

BREITENSTEIN; S. M. et al. Understanding disruptive behavior problems in preschool children. **J Pediatr Nurs**. 2009 Feb;24(1):3-12. Epub 2008 May 2. PMID: 19159831. Disponível em: < doi: 10.1016/j.pedn.2007.10.007>. Acesso em 26 Abril 2023.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n. 9, pp. 2013-2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>>. Epub 12 Set 2008. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>. Acesso em: 26 Abril 2023.

DAVOGLIO, T. R. et al. Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. **Estudos de psicologia** 17(3), p 453-460. Dez 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300014>>. Acesso em: 27 Abril 2023.

DÓRIA, G. M. S. et al. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online]. 2015, v. 61, n. 1 pp. 51-57. ISSN 1806-9282. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.01.051>>. Acesso em: 26 abr de 2023.

ELKINS, I. J. et al. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. **Arch Gen Psychiatry**. 2007 Oct;64(10):1145-52. Disponível em: <doi: 10.1001/archpsyc.64.10.1145>. PMID: 17909126. Acesso em: 26 abril 2023.

FERRAZ, I. E. I. et al. Fatores psicossociais associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. **Rev. Med. UFC**. v. 57, n. 2, p. 8-13, maio/ago. 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/26217>>. Acesso em 25 de abr de 2023.

FERRIOLI, S. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 41 (2), abr 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>>. Acesso em: 28 fev de 2023.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2004 Jun;43(6):727-34. Disponível em: <doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101>. PMID: 15167089. Acesso em: 26 abril 2023.

Frick, P. J., & Moffitt, T. E. A proposal to the DSM-V childhood disorders and the ADHD and disruptive behavior disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits. **American Psychiatric Association**, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309107121_A_proposal_to_the_DSM-V_Childhood_Disorders_and_the_ADHD_and_Disruptive_Behavior_Disorders_Work_Groups_to_include_a_specifier_to_the_Diagnosis_of_Conduct_Disorder_based_on_the_presence_of_callous-unem>. Acesso em: 26 abril de 2023.

FRICK, P. J.; NIGG, J. T. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. **Annu Rev Clin Psychol**, 2012 8:77-107. Disponível em: <doi: 10.1146/annurevclinpsy-032511-143150>. Acesso em: 28 fev 2023.

GOODMAN, R. et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. **International Review of Psychiatry**, 2003, 15, pp. 173-177.

HARE, R. D. **Manual for the Revised Psychopathy Checklist** (2nd edition), 2003. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems. Disponível em: <<http://www.hare.org/scales/pclr.html>>. Acesso em: 27 abril de 2023.

JAMES, R.; BLAIR, R. Conduct Disorder and Callous–Unemotional Traits in Youth. **N Engl J Med** [online]. 2014; 371:2207-2216. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1315612>>. Acesso em: 15 de abr de 2023.

LOEBER, R.; DISHION, T. Early predictors of male delinquency: A review. **Psychological Bulletin**, 1983 v. 94(1), 68–99. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.94.1.68>>. Acesso em: 15 de abr de 2023.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia** [Internet]. 2005; 13(2):91-103. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751425002>>. Acesso em: 26 de abr de 2023.

MACHADO, C. M. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 16(2), 53-62. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p53-62>>. Acesso em: 21 maio 2023.

OLIVEIRA, D. C. B.; COSTA D. R. M. Revisão da literatura sobre Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno de Conduta: causas/proteção, estratégia escolar e relação com a criminalidade. **Ciências & Cognição** 26.2 (2021). Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista>>. Acesso em: 27 Abril 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde mental dos adolescentes**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>>. Acesso em: 21 maio 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health of adolescents**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>. Acesso em: 21 maio 2023.

REPPOLD, C.T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção. **Casa do Psicólogo**, 2002 (pp. 9-51).

RIOS, D. R. Crianças e Adolescentes Psicopatas: Transtorno de Conduta e Suas Punições. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade Vale do Cricaré. Espírito Santos. Disponível em: <https://repositorio.ivc.br/handle/123456789/95>>. Acesso em: 21 maio 2023

SILVEIRA, M. S.; KERN, C. A. R. As características do psicopata desde a infância contadas por seus familiares. **Diaphora - Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, 6.1 2017: 78-84. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/140/144>>. Acesso em: 27 abr de 2023.

STIVANIN, L. et al. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2008, v. 24, n. 4, pp. 407-413. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400003>>. Acesso em: 25 Abril 2023.