

Problemas de Conduta em Crianças e Adolescentes: Evidências no Brasil

Conduct Problems in Children and Adolescents: Evidence in Brazil

Problemas de Conducta en Niños y Adolescentes: Evidencia en Brasil

Guilherme Welter Wendt(1); Silvia Koller(2)

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: wendtguilherme@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-6120>

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: silvia.koller@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9109-6674>

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 11, n. 2, p. 129-146, Julho-Dezembro, 2019 - ISSN 2175-5027

[Recebido: Outubro 12, 2018; Aceito: Março 08, 2019]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2019.v11i2.3002>

Endereço correspondente / Correspondence address

Guilherme Welter Wendt

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Paulo Gama, 110 - Farroupilha, Porto Alegre - RS,
Brasil

CEP 90040-060

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

Editor: Mateus Luz Levandowski

Como citar este artigo / To cite this article: [clique aqui! / click here!](#)

Resumo

O presente estudo realizou uma revisão sistemática da literatura nacional sobre Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (TDCID) entre crianças e adolescentes brasileiros. Após a consideração dos critérios de inclusão, de exclusão e busca manual nas referências dos artigos, dez estudos foram revisados. Cinco foram do tipo estudo de caso, quatro assumiram a forma de delineamento transversal e apenas um teve o delineamento naturalístico. Dentre os TDCID, o Transtorno de Conduta foi o mais prevalente, tanto em amostras clínicas como não-clínicas. Houve elevada ocorrência de comorbidade entre os TDCID e transtornos afetivos, de aprendizagem e uso de substâncias. Todavia, dado o montante de investigações disponível atualmente, não foi possível descrever, com precisão, acerca dos possíveis fatores desenvolvimentais de mudança e continuidade em relação aos TDCID entre crianças e adolescentes do Brasil. 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, Comportamento Infantil, Saúde da criança, Psicologia do adolescente, Comportamento do Adolescente

Abstract

The current study presents a systematic review of the national literature on Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders (DICCD) in Brazilian children and adolescents. A total of ten studies were reviewed, after considering the inclusion and exclusion criteria plus a manual search in the articles' references. Five articles were case studies, four were cross-sectional and only one had a naturalistic design. Conduct Disorder was the most prevalent type of DICCD in both clinical and non-clinical samples. A high comorbidity between DICCD with affective, learning, and substance use disorders was noted. Given the amount of research currently available, it was not possible to describe developmental factors of change and continuity in relation to DICCD in Brazilian children and adolescents. More research is necessary, preferably adopting multiple research designs in order to better characterize risk and protective factors associated with the evaluated disorders.

Keywords: Child behavior disorders, Child Behavior, Child health, Adolescent psychology, Adolescent Behavior

Resumen

El presente estudio realizó una revisión sistemática de la literatura nacional sobre trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta (TDCIC) entre niños y adolescentes de Brasil. Se revisaron un total de diez estudios, después de considerar los criterios de inclusión y exclusión más una búsqueda manual en las referencias de los artículos. Cinco artículos fueron estudios de caso, cuatro fueron transversales y solo uno tuvo un diseño naturalístico. El trastorno de conducta fue el tipo de TDCIC más prevalente en muestras clínicas y no clínicas. Se observó una alta comorbilidad entre los TDCIC y trastornos afectivos, de aprendizaje y de uso de sustancias. Dada la cantidad de investigaciones disponibles, no fue posible describir los factores de desarrollo, cambio y continuidad en relación con los TDCIC en niños y adolescentes brasileños. Se necesitan más estudios, preferiblemente adoptando múltiples diseños de pesquisa para mejor caracterizar los factores de riesgo y de protección asociados con los trastornos evaluados.

Palabras clave: Trastornos de la conducta infantil, Conducta Infantil, Salud del niño, Psicología del adolescente, Conducta del Adolescente

O presente estudo buscou sistematizar as evidências empíricas nacionais acerca dos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (TDCID) em crianças e adolescentes. Estatísticas apontam que um número crescente de jovens se envolve em atos de violência e criminalidade, e que os problemas emocionais e comportamentais desta população figuram entre os principais motivos para busca de tratamento especializado (Andrade, Silva, & Assumpção-Junior, 2004; Bakker, Greven, Buitelaar, & Glennon, 2017; Rae-Grant, McConville, Kenned, Vaug, & Steiner, 1999; Scivoletto, Boarati, & Turkiewicz, 2010). Os TDCID conferem, ainda, risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno de personalidade antissocial na vida adulta (Odgers et al., 2008). Em adição, a presença de TDCID afeta os demais membros da família, sendo potencializados - ou não - pela dinâmica familiar e pela forma como os pais e/ou responsáveis educam seus filhos (Flouri & Midouhas, 2017). A correta identificação dos TDCID é de suma importância para desenvolver estratégias preventivas e interventivas mais eficazes (Souza, Serra, Mattos, & Franco, 2001).

Os TDCID envolvem traços de personalidade que denotam baixa desinibição, maior hostilidade e maior afeto negativo (Ingole, Ghosh, Malhotra, & Basu, 2015). Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; *American Psychiatric Association - APA*, 2013), o 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 antissocial, não avaliado no presente estudo por ser uma condição diagnóstica satisfeita somente durante a adultez, ou seja, não pode ser atribuída a crianças e adolescentes.

Transtorno de Conduta

Os problemas de comportamento que antecipam um diagnóstico de transtorno de conduta já são geradores de estresse e dificuldades nos contextos de convivência de crianças e adolescentes. A frequência elevada de problemas comportamentais em crianças e adolescentes confere risco aumentado para futuros problemas legais, bem como reduzida saúde física e psicológica, levando à mortalidade precoce (Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson, Stanton, & Silva, 1998). Por definição, 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, considerando-se os últimos 12 meses, sendo que um critério deve se fazer presente nos últimos seis meses.

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 sintomas 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).

Ademais, é preciso constatar 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 quando os critérios para o transtorno de personalidade antissocial não são satisfeitos. Em relação ao curso, profissionais avaliam ainda se ao menos um sintoma ocorre antes ou depois dos dez anos de idade (Bordin & Offord, 2000). 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 indivíduo ou para sujeitos de seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) (APA, 2013). Avalia-se tanto a persistência como a frequência dos comportamentos (Demmer et al., 2017). Em indivíduos com menos de cinco 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 (APA, 2013). 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 (Barreto, Zanin, & Domingos, 2009). 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 é conferido à indivíduos com seis anos de idade ou mais, sendo que as “explosões” não são possíveis de explicação por outra desordem psíquica ou intoxicação (APA, 2013).

Cleptomania

Caracteriza-se por recorrentes falhas em evitar furtar itens que não sejam necessários, acompanhadas por tensão antes do ato, seguido por gratificação/alívio após cometer o furto (Grant & Odlaug, 2007). 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 (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.

O presente estudo

Pesquisadores têm sustentado que uma classificação psicopatológica baseada em dimensões observáveis pode ser de grande valia para a superação de impasses quanto à heterogeneidade diagnóstica presente nos TDCID, o que justifica a sua relevância tanto no âmbito da Psicologia Clínica como nos esforços no âmbito da Segurança Pública (Andrade et al., 2004; Brunoni, 2017). Em adição, o ambiente escolar, assim como os demais contextos de desenvolvimento e a sociedade de um modo geral são impactados com a presença dos TDCID (Rae-Grant et al., 1999).

Embora a relevância da temática seja evidente, não foram encontrados estudos prévios que buscassem sistematizar as informações sobre os TDCID no país. Assim, o presente artigo busca mapear as publicações empíricas, aferir a prevalência e

fatores associados, discutindo os possíveis fatores desenvolvimentais de mudança e continuidade em relação aos TDCID em jovens brasileiros.

Método

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura de estudos empíricos, publicados em periódicos brasileiros sobre transtorno de conduta, transtorno de oposição desafiante, cleptomania, transtorno explosivo intermitente, outros transtornos disruptivos especificados e não especificados em crianças e adolescentes.

Procedimentos

Para identificar os estudos, uma revisão sistemática foi realizada no mês de Junho de 2018 e revisada no mês de Fevereiro de 2019, 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 teóricos e não publicados, ou ainda estudos veiculados na literatura cinza. A estratégia de pesquisa utilizou a seguinte *string*: “transtorno de conduta OR transtorno da conduta OR transtorno de oposição desafiante OR transtorno explosivo intermitente OR transtorno desafiador-opositivo 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, de modo empírico, um dos TDCID; b) ser uma publicação acessível em modo completo; e c) estar publicado em um periódico indexado nas bases consultadas. Os 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, conforme as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Liberati et al., 2009). Do total de 21 artigos recuperados, 13 foram considerados potencialmente relevantes após a leitura dos resumos (10 do SciELO: Andrade, Assumpção-Junior, Teixeira, & Fonseca, 2011; Barbieri, Jacquemin, & Alves, 2004; Cruzeiro et al., 2008; Dória, Antoniuk, Assumpção-Junior, Fajardo, & Ehlke, 2015; Grant & Odlaug, 2007; Grevet et al., 2005; Hodgins & Peden, 2007; Rocha & Rocha, 1992; Rodrigues, Sousa, & Carmo, 2010; Serra-Pinheiro, Guimarães, & Serrano, 2005; 3 da base PePSIC: Barreto et al., 2009; Ribeiro, 2016; Souza & Resende, 2012).

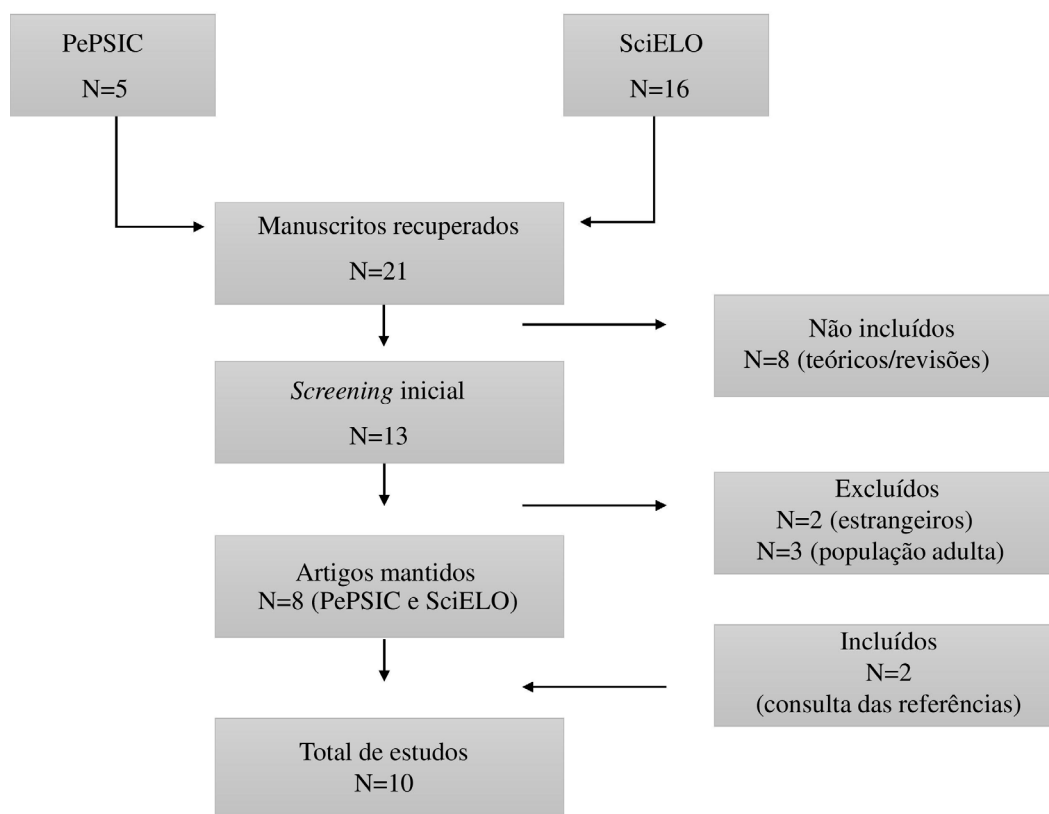


Figura 1. Fluxograma da revisão sistemática

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 um texto da base PePSIC, por focar em paciente adulto (Barreto et al., 2009). Na sequência, considerando-se os artigos que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão (N = 8), foi realizada uma busca manual nas referências dos artigos, que resultou na inclusão de dois estudos, sendo um do PePSIC (Bueno & Moura, 2009) e um do SciELO (Andrade et al., 2004).

Resultados

A Tabela 2 apresenta os principais resultados dos artigos incluídos na presente investigação. Inclui ainda dados sobre o ano de publicação, base de dado, procedimento utilizado para avaliar os TDCID e informações sobre o método.

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

Estudo, Estado de Origem e Base	Transtorno avaliado	Delineamento e Participantes	Método utilizado para mensuração dos TDCID e principais achados
Andrade et al. (2004). Rio de Janeiro (SciELO)	TDCID, TDAH, ansiedade, depressão e uso de substâncias	Transversal. 116 adolescentes (85% meninos) em situação de liberdade condicional. A idade média foi de 16.3 anos	A aferição dos TDCID foi realizado por meio de entrevista psiquiátrica semiestruturada (KSADS-PL). Os transtornos mais prevalentes foram TC (77%), uso de substâncias (63%), depressão (60%), ansiedade (57%), TDAH (54%) e TOD (51%)
Andrade et al. (2011). Rio de Janeiro (SciELO)	TC, TOD	Transversal. 47 adolescentes do sexo feminino em situação de privação de liberdade, com idade média de 15.8 anos	A aferição dos TDCID foi realizado por meio da KSADS-PL. O TC foi o transtorno mais prevalente (77%), seguido de transtornos de ansiedade e TAS (70% cada), abuso de álcool (52%), TOD e transtornos depressivos (50% cada)
Barbieri et al. (2004). São Paulo (SciELO)	TC	Estudo de Casos Múltiplos. 7 crianças (5 meninos), com idades entre 5 e 10 anos	A mensuração dos sintomas foi feita por meio da Técnica de Rorschach, sessões lúdicas, Bateria Gráfica de Hammer e Teste de Apercepção Infantil - forma animal, além de entrevistas com os pais. 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
Bueno e Moura (2009). Paraná (PePSIC)	TOD	Estudo de Casos Múltiplos. 35 crianças entre 2 e 6 anos (89% meninos), com suas respectivas mães	A sintomatologia das crianças foi aferida por meio do CBCL e sessões lúdicas observacionais. Verificou-se uma frequência de emissão de críticas maternas aos filhos três vezes (14,9) mais elevada do que a emissão de elogios (5,1)
Cruzeiro et al. (2008). Rio Grande do Sul (SciELO)	TC	Transversal. 1145 adolescentes (48,3% meninos), com idades entre 11 e 15 anos	Os sintomas de TC foram aferidos por meio do MINI. A prevalência do TC foi de 29,2%, sendo mais comum em meninos e associado com uso de álcool e drogas, bem como com vitimização por bullying

Estudo, Estado de Origem e Base	Transtorno avaliado	Delineamento e Participantes	Método utilizado para mensuração dos TDCID e principais achados
Dória et al. (2015). Paraná (SciELO)	TC	Transversal. 69 adolescentes encarcerados, sendo todos do sexo masculino com idade média de 15,5 anos	A aferição dos TDCID foi realizado por meio da KSADS-PL. 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
Ribeiro (2016). Minas Gerais (PePSIC)	TC e Cleptomania	Estudo de Caso. 1 menina, com idade de 12 anos	A sintomatologia foi coletada por meio de entrevista. O caso é sugestivo de neurose obsessiva. Ademais, levantou-se a hipótese clínica de que a jovem estariam fantasiando que tudo lhe pertence, denotando uma relação narcísica com o ambiente
Rodrigues et al. (2010). São Paulo (SciELO)	TC	Estudo de Caso. 1 menino, com idade de 9 anos	Sem informações sobre método de aferição do diagnóstico. Constatou-se que a situação diagnóstica não foi causal em relação aos problemas de aprendizagem investigados
Serra-Pinheiro et al. (2005). Rio de Janeiro (SciELO)	TC e TOD	Estudo naturalístico que envolveu treinamento de pais e tratamento a cinco meninos, de três a 11 anos	A sintomatologia das crianças foi feita com base nos critérios da quarta edição do DSM. Houve uma redução de 48,75% nos sintomas de TOD, embora dados sobre o percentual de redução nos sintomas de TC não foram reportados
Souza e Resende (2012). Goiás (PePSIC)	TC	Estudo de Casos Múltiplos. Um adolescente e uma adolescente privados de liberdade, com idade de 17 anos	Os sintomas disruptivos foram aferidos por meio de entrevista semi-estruturada e método de Rorschach. Os participantes tinham envolvimento com o tráfico e furtos; perderam figuras parentais de modo trágico na infância, dentro de um ambiente familiar disfuncional. No jovem do sexo masculino, notaram-se traços de personalidade indicando transtorno mental grave, mecanismos de defesas do tipo maníacos, tristeza profunda e insatisfação. Já a jovem não revelou perturbações internas, o que explicaria comportamentos desviantes sem que houvessem resistências

Notas. CBCL: Child Behavior Check List; DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais; KSADS-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview. TAS: transtornos relacionados ao uso de substâncias; TC: transtorno de conduta; TDAH: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; TDCID: Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta TEI: transtorno explosivo intermitente; TOD: transtorno de oposição desafiante; TPA: transtorno de personalidade antissocial.

Dos artigos recuperados das duas principais bases nacionais, cinco foram do tipo estudo de caso, quatro tiveram delineamento quantitativo, transversal, e um teve delineamento naturalístico. 70% dos estudos foram recuperados da base de dados SciELO. Embora trate-se de um pequeno número de investigações, nota-se uma assimetria em relação à origem dos estudos, sendo a maior parte proveniente dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Em relação ao tipo de população, um estudo reportou dados da população geral (Cruzeiro et al., 2008), quatro estudos apresentaram dados empíricos provenientes de amostras em situação de liberdade condicional ou encarcerados (Andrade et al., 2004, 2011; Dória et al., 2015; Souza & Resende, 2012) e os demais reportam dados obtidos através de população clínica (Barbieri et al., 2004; Bueno & Moura, Ribeiro, 2016; Rodrigues et al., 2010; Serra-Pinheiro et al., 2005).

Dentre as investigações transversais, observou-se que, dentre os transtornos disruptivos, o TC foi o mais prevalente (77%) entre adolescentes do sexo feminino em situação de privação de liberdade no Rio de Janeiro (seguido de TOD, com 50%); ademais, houve alto índice de transtornos de ansiedade (70%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (70%) (Andrade et al., 2011). Em estudo anterior, contando com amostra mista de adolescentes em liberdade condicional, Andrade et al. (2004) reportaram maior prevalência para TC (77%), uso de substâncias (63%), depressão (60%), ansiedade (57%), TDAH (54%) e TOD (51%). Embora os dados de Andrade et al. (2004) indicam elevada prevalência de TDCID e significativa comorbidade, constatou-se que 93% dos participantes jamais receberam tratamento psiquiátrico. 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), os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foram elevados (53,6%) na população paranaense, seguidos de TDAH (43,5%) (Dória et al., 2015). Já Cruzeiro et al. (2008), em estudo de base populacional, indicaram prevalência de 29,2% para TC, havendo maior ocorrência do transtorno entre meninos.

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 identificados. Já a participante do sexo feminino não evidenciou severas perturbação, sendo que, deste modo, os comportamentos

desviantes da mesma foram expressos sem resistências internas (Souza & Resende, 2012). Já Bueno e Moura (2009) utilizaram o método de estudos de casos múltiplos em um estudo que contou com a participação de 35 crianças com problemas de comportamento e suas respectivas mães, revelando que a frequência de emissão de críticas maternas aos filhos foi três vezes (14,9) mais elevada do que a emissão de elogios (5,1). Por fim, no que tange ao método de estudos de caso, um estudo foi localizado. Descartou-se que o caso seria de uma estrutura perversa e foi 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).

Discussão

O presente artigo buscou mapear as publicações empíricas sobre os TDCID, de modo a sistematizar dados sobre prevalência, psicopatologias associadas e possíveis fatores desenvolvimentais implicados no curso dos referidos transtornos. Conforme os procedimentos de pesquisa adotados, foi possível constatar uma baixa produção científica nacional acerca TDCID em crianças e adolescentes. Através da compilação de evidências sobre a prevalência e fatores de risco associados aos TDCID, esforços no campo da prevenção da violência e promoção da saúde mental poderiam se consolidar. Sabe-se que o valor investido em programas de prevenção da violência podem resultar em uma economia até 14 vezes maior no âmbito da justiça criminal (Assis & Constantino, 2005).

Dentre os TDCID, o TC foi o transtorno mais prevalente, tanto em meninas (71% e 77%, Andrade et al., 2004, 2011, respectivamente) como em meninos (78%, Andrade et al., 2004; 59,4%, Dória et al., 2015). Tais achados são congruentes com a literatura internacional, que indica haver prevalência mais elevada de TC entre o sexo masculino (Maughan et al., 2004; Moore, Silberg, Roberson-Nay, & Mezuk, 2017; Odgers et al., 2008). Todavia, destaca-se que tanto Andrade et al. (2004, 2011) como Dória et al. (2015) conduziram investigações com adolescentes em situação de privação de liberdade e utilizaram amostragem não-probabilística, o que impede a inferência mais precisa acerca das diferenças na prevalência do TC entre os sexos. A investigação de Cruzeiro et al. (2008), que utilizou amostragem probabilística, também indicou maior prevalência do TC em meninos, embora em proporção substancialmente inferior (e.g., 29,2%) aos dados obtidos em adolescentes em privação de liberdade (e.g., 78%; Andrade et al., 2004).

Os estudos transversais em população em situação de privação de liberdade deram ênfase no uso de instrumentos padronizados para a coleta de dados, incluindo a versão em Português da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-*

Age Children (KSADS-PL; Andrade et al., 2004, 2011; Dória et al., 2015), enquanto na população em geral a medida utilizada foi o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Cruzeiro et al., 2008). No tocante as comorbidades, houve maior prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade, abuso de álcool e outras drogas, vitimização por bullying, TOD e TDAH (Andrade et al., 2004, 2011; Dória et al., 2015). Os estudos de caso, conduzidos com população clínica encaminhada para tratamento psicológico em virtude de algum TDCID, fizeram uso de variadas técnicas para a mensuração dos sintomas emocionais e comportamentais (ver Tabela 2). Notou-se que o psicodiagnóstico interventivo pode ser uma alternativa eficaz em casos de estrutura neurótica de personalidade (Barbieri et al., 2004), bem como foi constatado que mães de crianças com TC emitem baixa frequência de elogios quando da interação com seus filhos (Bueno & Moura, 2009). Tais achados podem subsidiar tanto os esforços futuros em pesquisa como ações de intervenção no âmbito da Psicologia Clínica. Finalmente, apenas um estudo de base populacional foi localizado, e não foram localizados estudos sobre outros transtornos disruptivos especificados e não especificados (TD), tampouco investigações longitudinais, o que permitiria a discussão das implicações desenvolvimentais dos TDCID.

Considerações finais

Ainda que escassos, os estudos localizados na literatura nacional buscaram analisar os TDCID sob diferentes perspectivas teóricas, utilizando diversificados desenhos metodológicos. 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 TDCID poderá resultar em ações mais efetivas, específicas e baseadas em evidências. Dentre as principais limitações da presente revisão, destaca-se que termos da CID-10 e CID-11 não foram incluídos na *string* de busca. Ainda, a 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). Estudos adotando procedimentos similares à presente revisão poderão ampliar o número de juízes e as fontes pesquisadas (Portal Capes de Teses e Dissertações, Diretório das Revistas de Acesso Aberto, etc.), bem como outros indexadores utilizados para localização de possíveis materiais relevantes.

Referências

*Referências precedidas por um asterisco denotam aquelas recuperadas por meio da busca sistemática, após a leitura dos resumos (*screening* inicial)

** Referências precedidas de dois asteriscos denotam aquelas recuperadas através da consulta às referências dos artigos

* Andrade, R., Assumpção-Junior, F., Teixeira, I., & Fonseca, V. A. (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: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400017>

** Andrade, R., Silva, V. A., & Assumpção-Junior, F. B. (2004). Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(8), 1155-1160. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2004000800005>

Assis, S., & Constantino, P. (2005). Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 81-90. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100014>

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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200005>

Bardone, A., Moffitt, T., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W., & Silva, P. (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: <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00009>

* 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.

Bordin, I., & Offord, D. (2000). Transtorno de conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 12-15. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600004>

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

- ** Bueno, A. C. W., & Moura, C. B. (2009). Comportamentos de mães em interação lúdica com seus filhos pré-escolares que apresentam comportamento opositor. *Contextos Clínicos*, 2(1), 51-58.
- * Cruzeiro, A., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, L. D. de M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., ... Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: Um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2013-2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>
- Demmer, D., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J., & Lum, J. (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: <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0170-8>
- * Dória, G., Antoniuk, S., Assumpção-Junior, F., Fajardo, D., & Ehlke, M. (2015). Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(1), 51-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.01.051>
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734. doi: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- 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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/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 transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de oposição desafiante utilizando o K-SADS-E. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2a), 307-310. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000200019>
- * 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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.04.011>
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., ... 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), e1000100. doi: <https://doi.org/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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1337-5>
- 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: <https://doi.org/10.1017/S0954579408000333>
- Rae-Grant, N., McConville, B., Kenned, J., Vaug, W., & Steiner, H. (1999). Violent behavior in children and youth: Preventive intervention from a psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 235-241. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00008>
- * Ribeiro, O. J. (2016). Cleptomania: Quem roubou o meu afeto. *Reverso*, 38, 39-44.
- * Rocha, F., & Rocha, M. (1992). Kleptomania, mood disorder and lithium. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 50(4), 543-546. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1992000400023>
- * Rodrigues, C., Sousa, M., & Carmo, J. (2010). Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da matemática: Um estudo de caso. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(2), 193-201. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572010000200002>
- Rohde, L., Biederman, J., Busnello, E., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian Adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 716-722. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00019>
- Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkiewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(suppl 2), S112-S120. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>
- * Serra-Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M., & Serrano, M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(2), 68-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000200002>
- * Souza, C., & Resende, A. C. (2012). Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 95-109. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n1/v11n1a10.pdf>

- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P., & Franco, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: Resultados preliminares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(2B), 401-406. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000300017>
- 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: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100012>