

Transtornos do Comportamento: conhecimentos e ações de profissionais de saúde e assistência social

Behavior Disorders: knowledge and actions of health professionals and social work

Trastornos de la Conducta: conocimiento y acciones de los profesionales de la salud y asistencia social

Caroline Krauser¹

ORCID: 0000-0002-7403-2051

Zeyne Alves Pires Scherer¹

ORCID: 0000-0002-3162-5957

Guilherme Alves da Silva Bueno¹

ORCID: 0000-0001-5201-7304

¹Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Krauser C, Scherer ZAP, Bueno GAS. Behavior Disorders: knowledge and actions of health professionals and social work. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180071. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0071>

Autor Correspondente:

Caroline Krauser

E-mail: caroline_krauser@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Cristina Parada

Submissão: 15-02-2018 **Aprovação:** 08-06-2018

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento dos profissionais de serviços de saúde mental e assistência social sobre os Transtornos de Comportamento (TC) na infância e adolescência, e analisar suas ações na atenção a crianças e adolescentes com tais transtornos. **Método:** estudo qualitativo, descritivo-exploratório com 13 profissionais de dois serviços de saúde mental e dois conselhos tutelares. Os dados foram coletados em entrevistas e submetidos à análise de conteúdo temático. **Resultados:** três categorias emergiram das entrevistas: "Conhecimentos acerca dos transtornos de comportamento", que define os TC como desvios da normalidade e falta de limites. "O cuidado integrado e em grupo", que explica as ações integradas, multidisciplinares e através de grupos. "O cuidado especializado e jurídico", que explica as ações através do cuidado especializado, medicamentoso e judicial. **Considerações finais:** os resultados apontam fragilidades e lacunas de conhecimento dos profissionais acarretando potenciais prejuízos na programação de ações eficazes, como identificação, encaminhamento e planejamento terapêutico.

Descritores: Transtornos do Comportamento; Transtorno da Conduta; Psiquiatria Infantil; Profissionais de Saúde; Assistência Social.

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge of professionals of mental health services and social work on Behavior Disorders (BD) in childhood and adolescence, and to analyze their actions in care for children and adolescents with such disorders. **Method:** a qualitative, descriptive-exploratory study with 13 professionals from two mental health services and two tutorial councils. The data were collected in interviews and submitted to thematic content analysis. **Results:** three categories emerged from the interviews: "Knowledge about behavior disorders", which defines BD as deviations from normality and lack of limits. "Integrated and group care", which explains the integrated, multidisciplinary and group actions. "Specialized and legal care", which explains the actions through specialized, medical and judicial care. **Final considerations:** the results point out weaknesses and knowledge gaps of professionals, causing potential harm in the programming of effective actions, such as identification, referral and therapeutic planning.

Descriptors: Behavior Disorder; Conduct Disorder; Child Psychiatry; Health Personnel; Social Work.

RESUMEN

Objetivo: identificar los conocimientos de los profesionales de los servicios de salud mental y asistencia social en Trastornos de la Conducta (TC) en la infancia y la adolescencia, y analizar sus acciones en la atención a niños y adolescentes con tales trastornos. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio con 13 profesionales de dos servicios de salud mental y dos consejos de tutoría. Los datos fueron recolectados en entrevistas y sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** de las entrevistas surgieron tres categorías: "Conocimiento sobre trastornos de conducta", que define la TC como desviaciones de la normalidad y la falta de límites. "Atención integrada y grupal", que explica las acciones integradas, multidisciplinares y grupales. "Atención especializada y jurídica", que explica las acciones a través de la atención especializada, médica y judicial. **Consideraciones finales:** los resultados señalan las debilidades y las brechas de conocimiento de los profesionales, causando un daño potencial en la programación de acciones efectivas, como la identificación, la referencia y la planificación terapéutica.

Descriptores: Transtornos de la Conducta Infantil; Transtorno de la Conducta; Psiquiatria Infantil; Personal de Salud; Servicio Social.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Comportamento (TC) na infância são caracterizados por dois principais subtipos: o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) e o Transtorno de Conduta. O TDO caracteriza-se por um padrão repetitivo e persistente de um comportamento desafiador, como birras e confronto a figuras de autoridade. No Transtorno de Conduta, os sintomas descritos no TDO estão presentes, mas acrescenta-se a eles a violação persistente e frequente aos direitos fundamentais das outras pessoas e das normas sociais, como agressão física grave, roubo e danos à propriedade⁽¹⁾.

Dessa forma, as características diagnósticas dos TC possuem uma relação estreita com a violência. Se por um lado, estressores ambientais em períodos de maior vulnerabilidade, como sofrer maus-tratos e crescer em comunidades e escolas violentas aumentam de forma significativa as chances de desenvolver TC⁽²⁻⁴⁾, por outro lado, uma vez iniciado o TC, há maiores chances de desenvolver transtornos de humor, de ansiedade e dependência química, assim como abandono escolar, envolver-se com violência e criminalidade, e não conseguir entrar no mercado de trabalho na vida adulta⁽⁵⁻⁹⁾.

Por esses motivos, alguns países, como Inglaterra e Estados Unidos, desenvolveram protocolos específicos para prevenir e tratar crianças e adolescentes com problemas de comportamento, como o *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management*⁽¹⁰⁾ (Inglaterra) e o *Conduct Problems Prevention Research Group* (Estados Unidos). Através do programa *Fast Track Intervention*, obteve-se um índice de melhora de 50% a 75% dos sintomas graves de crianças com Transtornos de Conduta⁽¹¹⁾.

No Brasil, como referencial para o tratamento de transtornos mentais na infância e adolescência, conta-se com algumas recomendações, como aquelas contidas no Caderno de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹²⁾. Nelas, recomenda-se que o atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes sejam realizados pelo Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS-i), em conjunto com os serviços que compõem a rede de garantia de direitos das crianças e adolescentes, como os serviços de assistência social, os conselhos tutelares, a promotoria da infância e adolescência, entre outros⁽¹²⁾. É importante que este atendimento seja integrado, interdisciplinar e através de grupos⁽¹²⁾.

Já em relação às situações de violência envolvendo crianças e adolescentes, organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), trazem referenciais teóricos importantes sobre ações de prevenção envolvendo os serviços de saúde e assistência social. Tais referenciais visam diminuir comportamentos violentos entre crianças e jovens, tais como grupos de educação parental, programas de prevenção de abuso sexual em crianças; treinamento de habilidades sociais e programas de atividades após o horário escolar⁽¹³⁾. A OMS ainda destaca a necessidade de os programas de prevenção à violência serem baseados em evidências e mensurados em relação à sua efetividade⁽¹³⁾.

Apesar da existência de tais diretrizes e recomendações, há uma relação significativa entre os TC na infância e maiores índices criminais graves no Brasil, como homicídio e roubo no início da idade adulta⁽⁷⁻⁸⁾. Por isso, são urgentes os esforços e investimentos de diferentes setores da sociedade para mudança de tal panorama.

Planos de prevenção estruturados e programas de tratamento e intervenção baseados nos referenciais da OMS e no Caderno de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas concorreriam para melhor qualidade de vida dos indivíduos afetados, como, potencialmente, diminuiriam os índices de violência e criminalidade com ganhos sociais inestimáveis^(2,7,11,13).

Porém, até o dado momento, não há estudos brasileiros que avaliem de forma qualitativa ou quantitativa as intervenções relacionadas a crianças e adolescentes com TC pelos serviços responsáveis.

OBJETIVO

Identificar o conhecimento dos profissionais de serviços de saúde mental e de assistência social sobre os TC na infância e adolescência, e analisar suas ações na atenção a crianças e adolescentes com tais transtornos.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo respeitou os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Os sujeitos foram informados sobre o anonimato e a liberdade em aceitar ou recusar a participação na pesquisa. Todas as pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a preservação do anonimato dos participantes, foram utilizadas as siglas AS para identificar os profissionais que integram os conselhos da área de assistência social do município, como os conselheiros tutelares e os assistentes sociais, e S para os profissionais da saúde, acrescido em seguida do número referente à ordem dos participantes.

Referencial teórico

As ações de assistência a crianças e adolescentes com TC desenvolvidas pelos participantes do estudo foram analisadas segundo os referenciais descritos no Caderno de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS e do Relatório de Prevenção da Violência da OMS⁽¹²⁻¹³⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

As entrevistas foram coletadas pela autora principal do estudo durante a realização de seu mestrado acadêmico. Sua inserção nos serviços ocorreu durante o curso de residência multiprofissional em Saúde Mental, no qual permaneceu por um período de três a seis meses em cada cenário de coleta. O curso de residência possibilitou à pesquisadora criar vínculo com os sujeitos da pesquisa e experiência em relação aos processos de trabalho em cada local. Para coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário com perguntas objetivas que

abordavam dados demográficos dos participantes e uma entrevista semiestruturada construída pelos pesquisadores, contendo 10 questões relacionadas ao foco de pesquisa, que foram gravadas em áudio digital após consentimento dos mesmos.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado com todos os profissionais de quatro serviços responsáveis por atender crianças e adolescentes de uma cidade do interior paulista, sendo um CAPS-i, um Hospital Psiquiátrico e dois Conselhos Tutelares.

Fonte de dados

Os profissionais foram selecionados seguindo os critérios de inclusão: ter vínculo empregatício com algum dos serviços e realizar atendimento de saúde ou assistência social de crianças e adolescentes. A partir disso, foram incluídos na pesquisa 23 profissionais, sendo 10 conselheiros tutelares, seis profissionais do CAPS-i (uma enfermeira, uma psicóloga, uma médica, uma assistente social e duas fonoaudiólogas) e sete profissionais do hospital (três enfermeiros, um médico, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional). Dos 23 profissionais, quatro se encontravam de férias no momento da coleta e seis conselheiros tutelares recusaram-se a participar da pesquisa, alegando que não se sentiam à vontade em ter a voz gravada, mesmo após a explicação de garantia de sigilo. Assim, participaram do estudo 13 profissionais.

Coleta e organização dos dados

A aproximação da pesquisadora com os participantes deu-se durante todo o período da Residência Multiprofissional em Saúde Mental realizada nos cenários do estudo. Antes de iniciar a coleta, foi realizado um contato com o responsável por cada serviço, e agendada uma data para a apresentação do estudo e esclarecimento de dúvidas com os profissionais. As entrevistas foram coletadas no período de outubro a dezembro de 2016, em local e data escolhidos pelos participantes, contando apenas com a presença do entrevistado e da pesquisadora. As entrevistas tiveram duração de 20 a 50 minutos, foram gravadas em áudio digital e transcritas na íntegra para serem analisadas.

Análise dos dados

A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁴⁾. Para tanto, foi realizada a leitura flutuante das entrevistas coletadas, que possibilitou identificar unidades de significado semelhantes que apresentavam conteúdos sobre o conhecimento acerca dos TC e as ações dos profissionais no atendimento a crianças e adolescentes com o diagnóstico.

RESULTADOS

Com referência à caracterização dos profissionais do estudo, cinco eram do CAPS-i (uma enfermeira, uma psicopedagoga, uma fonoaudióloga, uma assistente social e uma médica), quatro eram do Hospital Espírito de Marília (uma psicóloga, uma terapeuta

ocupacional, um enfermeiro e um médico), e quatro eram do Conselho tutelar (quatro conselheiros tutelares). Nenhum profissional havia recebido capacitação sobre medidas de prevenção ou atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

As três categorias temáticas que emergiram das entrevistas dos profissionais foram: 1) conhecimentos acerca dos TC, que define os TC como um desvio da normalidade, falta de educação ou limite, e como parte de outras psicopatologias da infância e adolescência; 2) o cuidado integrado e em grupo, que descreve as ações em grupo, integradas e multidisciplinares desenvolvidas pelos profissionais; 3) o cuidado especializado e jurídico, que descreve as ações dos profissionais relacionadas ao cuidado especializado, medicamentoso e judicial.

Conhecimentos acerca dos Transtornos de Comportamento

Os profissionais participantes deste estudo entendem TC como aqueles que “desviam de um padrão tido como normal”. Referem que são alterações e que, portanto, são destoantes ou estão fora do padrão habitual e do esperado das condutas para a idade e cultura de uma criança ou adolescente:

Os transtornos de comportamento da infância são aqueles que são vistos como destoantes, que não são bem aceitos, nem pelos pais, nem pela sociedade. (S3)

Todo transtorno de comportamento não se assemelha do que é comum, vai incomodar a sociedade, a família e trazer algum malefício pra criança. (S1)

[...] é um perfil de comportamento que a criança tem ao longo do seu desenvolvimento, que desvia de um padrão normal [...] que desvia de regra, que tem um humor que também é alterado em relação ao padrão [...]. (S5)

As características descritivas e definidoras dos TC aparecem pontualmente, com atributos de agressividade e desafio:

[...] aquele comportamento agressivo, não quer ir pra escola, enfim [...]. (AS9)

[...] é aquela pessoa que qualquer coisa ela desafia, pra briga, na palavra, ela xinga [...]. (AS11)

Os profissionais da assistência social comparam os TC com falta de educação, falta de limites, rebeldia ou malandragem:

[...] tem muitos transtornos de comportamento que na verdade é como se fosse uma rebeldia. (AS11)

[...] são aqueles que acabam fazendo com que a criança seja vista como mal-educada, que não tem limite, se sobrepõe às outras, na maioria das vezes de forma negativa, porque não sabe se comportar [...]. (AS9)

[...] eles acabam fazendo com que a criança seja vista como mal-educada, é uma criança que não tem limite [...]. (AS10)

[...] mesmo que tenha essa patologia, a patologia é vista também como malandragem [...]. (AS12)

Para uma profissional da saúde, compreender crianças e adolescentes com TC como sem educação acaba dificultando o encaminhamento para os serviços de saúde mental. Mencionou-se que deveria haver um profissional que detectasse os casos de saúde mental:

[...] a criança ou adolescente que tem esse transtorno é vista como mal-educada, e aí eu acho que são encaminhados ou procuram esse serviço como uma das últimas alternativas, quando se esgotaram todos os outros trabalhos eles acabam procurando a saúde mental [...] falta de encaminhamento, falta de um profissional que está detectando se é um caso de saúde mental ou não, né. (S7)

Os profissionais acreditam que existem diversos TC e citam exemplos como o déficit de atenção e hiperatividade, a dependência química, o transtorno de aprendizagem, as alterações de humor, o isolamento, a ideação suicida, a automutilação e a desconexão com a realidade.

Então vêm apresentando casos de hiperatividade, transtornos de comportamento, como o transtorno de conduta e outras questões também, que a gente pode estar vendo mais pra frente aí [...]. (S2)

Um comportamento que desvia de regra, que tem um humor alterado em relação ao normal, que está relacionado com a dificuldade de aprendizagem [...]. (S5)

Quando a gente fala em transtorno de comportamento, mais voltado no caso da dependência química, os transtornos de conduta, o transtorno de aprendizagem [...]. (S8)

Olha, transtorno de comportamento infantil existem diversos, transtorno de hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de oposição ou conduta [...]. (S6)

[...] eu entendo que o transtorno de comportamento seja desconexão da criança com a realidade [...]. (AS12)

[...] ou também pode ser aquela criança que se isola, que não conversa, extremamente tímida, não brinca, que fica isolada [...]. (S3)

[...] o adolescente com esse transtorno tem um impulso suicida, automutilação e uso de droga. (S13)

Um profissional deste estudo usou a denominação “sociopatia” ao se referir a uma criança com TC. Ao mencionar que o paciente estava manipulando os outros menores internados, o profissional sugere que deveriam ocorrer mudanças na legislação do Brasil:

Nós não temos um bom local para o tratamento de transtorno de conduta e dependência química [...] nós temos uma relação satisfatória com o judiciário, que permitia que se houvesse menores que apresentasse um comportamento antissocial violento aqui [...] por exemplo, tinha uma situação que eu tinha um menor, era sociopata de 7 anos, e aí o juiz encaminhou pra nós. Esse menor uma vez ele foi contido na maca, se soltou, e jogou com os outros menores que ele estava manipulando [...] então devia ter outras medidas, no entender que eles são adolescentes, até os 18 você pode matar né, depois você não pode matar mais, então é complicado a legislação no Brasil, teria que ter muita mudança [...]. (S8)

O cuidado integrado e em grupo

Alguns profissionais de saúde mencionaram que os atendimentos são realizados por diversos profissionais e serviços que trabalham juntos para formar uma rede de proteção e apoio a crianças e adolescentes. Afirmaram ainda que o ambiente de tratamento é “um lugar de inclusão social e da reestruturação da rede familiar, da rede de apoio escolar e da rede de saúde”.

[...] todos eles se juntam, sentam, discutem o que seria melhor pra essa criança, e aí um vai pra casa fazer visita domiciliar pra ajudar essa criança a se ajustar dentro do ambiente familiar, o outro vai pra escola tentar ajudar os professores a adaptar esse currículo, a fazer atividades que incluam a criança, que mediam as atividades dela com as outras crianças, o outro vai a outros ambientes terapêuticos, discutem conduta, então eu acho que esse é um lugar de inclusão social e da reestruturação da rede familiar, da rede de apoio dessa criança [...]. (S7)

[...] então a assistente social daqui ela faz um trabalho muito bom, ela vai na casa, ela vê o que está acontecendo lá [...] vai pra escola, liga sempre na escola, manda relatório, conversa, vai e tenta fazer essa inserção da criança no ambiente social, a rede de proteção é muito importante [...] a gente marca reunião, eles vem, a gente vai, com a UBS, com a saúde da família, com a saúde da criança, com essas redes de apoio da criança [...]. (S13)

O atendimento em grupo é citado como a principal estratégia de intervenção. Os profissionais mencionaram que os grupos são realizados conforme a demanda e mão de obra, através de filmes e jogos. Referiram não utilizar de estratégias específicas para o tratamento de TC em crianças e adolescentes:

[...] ela faz um trabalho pontual com cada família de acordo com a demanda, o que vem de demanda a gente tenta suprir, mas trabalho específico pra transtorno de comportamento em curso não tem [...]. (S13)

[...] sempre tem alguns grupos que a gente trabalha de acordo com a demanda, a gente vê mais ou menos a idade da criança, qual combina com qual pelo tipo de sintoma, pela demanda a gente vai juntando e fazendo alguns grupos, a gente marca um filme, a gente marca grupo de jogos no mesmo horário, conforme a demanda vai aparecendo e conforme a gente tem mão-de-obra, mas nada específico pra transtorno de comportamento [...]. (S6)

Eu acho que essa parte aí de transtorno de comportamento precisa sim fazer um trabalho em grupo que ainda não se fez, não tem né na verdade [...]. (S7)

O cuidado especializado e jurídico

Uma profissional da assistência social mencionou o tratamento psicológico e médico. Relatou que “quando a psicóloga não dá conta”, eles exigem tratamento com médico neurologista ou psiquiatra:

[...] o tratamento seria a psicóloga, quando a psicóloga não dá conta, quando é bem avançado, que já está na psicóloga e

esgotou, aí a gente exige um tratamento neuro e muitas vezes o psiquiátrico também [...]. (AS12)

Profissionais de saúde e assistência social mencionaram que o tratamento deve ser realizado por profissionais especializados. Destacaram o uso da medicação acima de tudo, já que “sem a medicação, a criança não consegue ter o controle”:

[...] com psicólogo, com uma equipe técnica, né. Então, esse tratamento seria só através de profissionais especializados [...]. (AS9)

[...] porque, muitas das vezes, os pais não aceitam que o filho tem um transtorno, inclusive a medicação, acima de tudo porque, sem a medicação, a criança não consegue ter o controle, quando está bem avançado esse transtorno. (AS12)

Em relação à medicação e tratamentos para TC, os profissionais deste estudo mencionaram a utilização de estabilizadores do humor e da eletroestimulação transcraniana:

[...] com uso de eletroestimulação transcraniana [...] O uso também de medicamentos mais avançados, estabilizadores de humor de geração mais avançada [...]. (S8)

Em casos de mau comportamento ou evasão escolar, os profissionais da assistência social referem aplicar as medidas judiciais previstas em caso de violação dos direitos da criança e adolescente, como as advertências e o encaminhamento para o fórum e para a promotoria. Quando há negligência por parte dos pais, os profissionais utilizam a aplicação de advertências e o encaminhamento para o fórum:

[...] adolescente rebelde que não gosta de ir pra escola, acaba dando aquela evasão, e em cima do artigo, a gente tem que tá aplicando a medida do artigo 101 [...] aplicar advertência nele, e no caso de três advertências manda pro fórum, pra estar respondendo essa situação. (AS12)

Agora, se é uma advertência, uma criança que cometeu coisa errada lá na escola, eles vêm pra cá junto com a família, dá uma advertência, ou se ao país não estão cumprindo com o papel dentro da lei do ECA, aí a gente dá uma advertência e encaminha para a promotoria [...]. (AS10)

Se acontece de a gente ver que tem uma situação de negligência da mãe, por exemplo, a mãe beber, a gente encaminha pro fórum, aí o juiz que vai determinar, a lei diz que pode até uma prisão de 15 dias a 3 meses porque teve uma infração da lei. Então, a gente vai atendendo a situação aqui e depois encaminha pro fórum. (AS11)

DISCUSSÃO

Este estudo identificou importantes fragilidades e lacunas de conhecimento dos profissionais em relação aos TC. Inadequadamente, para eles, os transtornos não são caracterizados apenas pelo TDO e pelo Transtorno de Conduta, mas como um desvio de qualquer padrão comportamental tido como normal para idade e cultura da criança e do adolescente, assim como rebeldia e falta de limites. No entanto, todas as psicopatologias são caracterizadas por modificações no comportamento e/ou na personalidade do

indivíduo que acarretam em prejuízos para seu desenvolvimento, não sendo essas características exclusivas dos TC⁽¹⁾.

Tal resultado possibilita inferir que alguns profissionais podem não entender os TC como um diagnóstico específico, mas como um sintoma ou uma alteração do comportamento que pode estar presente, independente do diagnóstico de TDO ou Transtorno de Conduta. Esta inferência é evidenciada quando outras psicopatologias, como o déficit de atenção e hiperatividade, a dependência química, o transtorno de aprendizagem e outros comportamentos, como o isolamento, a ideação suicida e a desconexão com a realidade também são categorizados como TC.

A confusão entre os comportamentos desadaptativos e a entidade nosológica Transtornos do Comportamento pode acarretar em prejuízos na especificidade e efetividade não somente na identificação como no tratamento, já que há grandes diferenças no planejamento terapêutico indicado para os diferentes transtornos entendidos de forma equivocada como TC⁽¹⁵⁾.

Um dos profissionais do estudo ainda se refere a crianças e adolescentes com TC como portadoras de sociopatia (termo utilizado para se referir ao transtorno da personalidade antisocial). Esta associação pode ter ocorrido em razão de algumas características comuns a ambos transtornos, como a violação frequente ao direito das outras pessoas⁽¹⁾. Contudo, há uma heterogeneidade considerável em relação à evolução dos TC, sendo que, muitas vezes, crianças e adolescentes com sinais e sintomas semelhantes acabam tendo diferentes desfechos com o passar do tempo⁽¹⁶⁾.

Semelhante ao que foi encontrado neste estudo, uma revisão sobre o assunto ressalta que quando o diagnóstico de TC é desconhecido, o uso de termos coloquiais como: sociopatia ou psicopatia, para se referir a jovens com TC, é comum, porém, acarreta em uma visão mais pessimista dos profissionais de saúde e de justiça em relação à reabilitação do adolescente, diminuindo as chances de o mesmo ser encaminhado a um serviço de tratamento, favorecendo medidas punitivas⁽¹⁷⁾. Essa concepção pôde ser observada neste estudo, quando o profissional entrevistado, ao se referir a um adolescente com TC como sociopata, acaba por reforçar a necessidade de mudanças na legislação brasileira para adolescentes que cometem atos infracionais em detrimento de abordagens psicossociais.

Os sinais e sintomas de TC como descritos nos manuais diagnósticos, tais como a agressividade e o desrespeito às regras foram mencionados por apenas dois profissionais. Entretanto, ao mencionarem a agressividade, os profissionais deste estudo não delimitaram em que contexto esse comportamento pode indicar um problema que necessita de tratamento. Entender qualquer comportamento agressivo como um TC, como colocado nas falas destes profissionais, pode fazer com que crianças e adolescentes adaptados a ambientes violentos - como crianças que vivem nas ruas ou em comunidades com altos índices de violência - sejam reduzidas a crianças portadoras de psicopatologias⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, entender problemas de comportamentos como rebeldia ou falta de educação, pode resultar em uma simplificação da problemática e consequente plano terapêutico insuficiente para as demandas reais⁽¹⁹⁾. Tal fato é evidenciado na fala de uma profissional deste estudo, que identifica que a concepção de que crianças e adolescentes com TC são rebeldes ou sem educação

dificulta o encaminhamento destas aos serviços de saúde mental, já que compreendem os TC como uma característica da personalidade, e não como problema de saúde mental.

A partir dessas concepções, pode-se inferir que há fragilidades e lacunas de conhecimento dos profissionais acerca do TC, que podem justificar, em parte, à dificuldade na identificação e planejamento terapêutico eficaz e baseado em evidências. A exemplo disto, cita-se o valor atribuído à medicação, ao trabalho médico e às práticas exclusivamente judiciais.

Para alguns profissionais, a medicação é reforçada como a principal terapêutica para os TC. Em direção contrária a este resultado, as abordagens psicossociais são aquelas com maior evidência para melhora clínica do diagnóstico, o que também é ressaltado pelo Caderno de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente no SUS⁽¹²⁾.

A figura do médico é evidenciada pelos profissionais de forma hierarquizada, sendo mencionado como superior ao do psicólogo, já que o psiquiatra “dá conta” daquilo que é mais avançado e grave e que o psicólogo não conseguiu dar resolutividade, reforçando o modelo biomédico.

Outra modalidade de tratamento evidenciada como necessária para os TC foi a eletroestimulação transcraniana mencionada por um dos profissionais deste estudo. Entretanto, o uso deste procedimento possui evidências robustas de melhora no tratamento de transtornos depressivos, sendo que seu uso em outros transtornos psiquiátricos carece de evidências⁽²⁰⁾.

Além do modelo biomédico, também é possível observar práticas de assistência social semelhantes àquelas previstas pelo antigo código de menores, que visava medidas correccionais e repressivas. Ao compreender o adolescente com TC como rebelde, é possível perceber que as ações dos profissionais são voltadas estritamente às medidas punitivas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como a advertência, a multa e até mesmo a prisão⁽²¹⁾, o que corrobora com a hipótese de que as lacunas de conhecimento dos profissionais em relação aos TC, dificultam a identificação e a elaboração de um tratamento eficaz.

Nesse sentido, apesar de o diagnóstico médico não ser uma atribuição de outros profissionais, seria importante que estes tivessem um treinamento mínimo que lhes permitisse identificar os comportamentos característicos dos TC, a fim de encaminhá-los aos serviços adequados. O conselho tutelar, por exemplo, é considerado a porta de entrada de crianças e suas famílias na rede de proteção à infância⁽²²⁾. Em análise realizada na cidade de Ribeirão Preto, a evasão escolar e os problemas de comportamento ocupavam respectivamente o quarto e o quinto lugar dos encaminhamentos realizados ao conselho tutelar⁽²³⁾, salientando a importância destes profissionais na identificação precoce dos TC.

Em alguns países, órgãos governamentais elaboraram manuais específicos para identificação e tratamento dos TC, como o *Conduct Problems Prevention Research Group*^(2,11) (EUA) e o *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management*, do *National Institute Of Health And Care Excellence* (NICE)⁽¹⁰⁾ (Inglaterra). Neste último, há uma descrição da problemática dos TC no país e normatizações para ações de prevenção seletiva e atendimento dos transtornos envolvendo diferentes órgãos, como profissionais de saúde e assistência social. O material apresenta as escalas para identificar tanto os

sinais subclínicos quanto novos casos de TC e, em seguida, traz recomendações sobre como proceder para cada pontuação identificada na escala⁽¹⁰⁾.

Assim, os profissionais que não possuem domínio sobre os critérios diagnósticos conseguem identificar casos de risco para desenvolver TC na infância, realizando os encaminhamentos ou tratamentos adequados. A OMS também recomenda a existência de mecanismos para coordenar as atividades entre os diferentes setores de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência, a fim de garantir uma colaboração efetiva entre eles⁽¹³⁾.

A colaboração entre os diferentes serviços configura-se na principal potencialidade apontada pelos profissionais deste estudo que ressaltam as ações interdisciplinares e multiprofissionais. As intervenções citadas denotam a articulação entre os diversos ambientes em que as crianças e adolescentes convivem, como a escola, a família e os espaços de lazer, a fim de prestar um tratamento em saúde integrado e interdisciplinar.

Este resultado vai ao encontro de estudos que avaliaram as modalidades terapêuticas para melhora clínica dos TC, os quais apontam a união entre o atendimento individual da criança e do adolescente, de seus familiares e de intervenções nas escolas como mais eficazes quando comparadas a essas intervenções isoladas⁽²⁴⁾. O Caderno de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS e o Relatório da OMS também recomendam o atendimento integrado, interdisciplinar e preferencialmente através de grupos com objetivos diversos⁽¹²⁻¹³⁾.

As intervenções em grupo são outra modalidade de tratamento evidenciadas pelos profissionais deste estudo. No entanto, ressalta-se a carência de abordagens terapêuticas baseadas em evidências para melhora de TC ou de comportamentos disruptivos. Segundo o relato dos profissionais, os grupos são elaborados conforme a faixa etária dos pacientes, a demanda por atendimento e a disponibilidade de profissionais no serviço. As principais modalidades citadas foram os grupos de cinema e de jogos.

Assim, ressalta-se que nenhum entrevistado mencionou grupos que utilizassem de técnicas de intervenção estruturadas e baseadas em evidências clínicas para a melhora de comportamentos antissociais, como os grupos de treinamento parental, grupo de treinamento de habilidades sociais, ou grupo de terapia cognitivo-comportamental^(2,10-11,25), que inclusive fazem parte das recomendações da OMS⁽¹³⁾.

Em direção oposta, estudos e projetos que obtiveram os melhores resultados na redução dos sinais e sintomas dos TC realizaram grupos com intervenções técnicas específicas baseadas em evidências. Um dos exemplos é o *Fast Track Project*, formado pelo Grupo de Prevenção de Problemas de Conduta nos Estados Unidos, que abrange atividades como: grupos de habilidades sociais e de regulação emocional e grupos de treinamento parental^(2,11), alcançando um índice de melhora de 75% em crianças e adolescentes com sintomas graves de Transtorno de Conduta⁽¹¹⁾.

No Brasil, não foram encontrados registros na literatura, demonstrando os índices de melhora de TC em crianças e adolescentes atendidos em CAPS-i que, por sua vez, é o local de referência para o tratamento de transtornos mentais na infância. Este dado corrobora com o que foi apontado no Relatório da OMS, o qual assinala que a maior parte dos planos de ação para prevenção

de comportamentos violentos em países de renda média não são subsidiados por dados⁽¹³⁾.

Assim, percebe-se que, em relação aos TC, as intervenções realizadas pelos profissionais são integradas e interdisciplinares, o que, segundo estudos clínicos que avaliam intervenções eficazes para os TC, configuram importante potencial para melhora de sintomas. Porém, as abordagens utilizadas em conjunto por estes profissionais não são pautadas nas terapêuticas com maior respaldo de evidências clínicas para o tratamento dos TC^(2,11,25) ou das recomendações da OMS⁽¹³⁾.

Uma das possíveis explicações para este resultado é que não há manuais, protocolos ou programas que descrevem como devem ser realizados os atendimentos em casos de psicopatologias específicas, como no caso dos TC. Os materiais educativos e manuais que orientam o trabalho em Saúde Mental no Brasil têm seu foco no detalhamento de ações integradas e interdisciplinares, como a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁽¹²⁾.

Este foco no atendimento integrado e multidisciplinar, e a falta de protocolos sobre como proceder em relação aos diferentes transtornos mentais na infância e adolescência pelos manuais dos serviços de assistência à saúde e a assistência social pode explicar o porquê, apesar de o atendimento integrado, há carência de intervenções baseadas em evidência para o tratamento dos TC na infância.

Soma-se a isso o fato de os profissionais não receberem treinamento para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais, como observado na ficha de caracterização dos participantes desta pesquisa. Este resultado vai de encontro com o recomendado pela OMS, que destaca como fundamental a capacitação profissional para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento das situações de violência⁽¹³⁾.

Assim, para que o atendimento integrado e interdisciplinar realizado pelos profissionais seja efetivo, é necessário que os profissionais recebam treinamento adequado em relação às características diagnósticas e de tratamento para TC, que poderia ser feito através do matriciamento e da educação continuada e permanente entre os serviços de saúde e a assistência social. A utilização de escalas e critérios objetivos e a construção de protocolos e fluxogramas estruturados também podem concorrer para uma melhor qualificação e efetividade do trabalho.

Limitações do estudo

Uma das limitações do estudo incidiu na recusa de participação dos profissionais do CREAS da cidade, por ser um serviço importante no atendimento a crianças e adolescentes com TC. A redução do número de profissionais, principalmente de conselheiros tutelares, pode conferir lacunas em relação ao conhecimento e ações desta categoria profissional. Devido ao

prazo de entrega da dissertação que originou este trabalho e da distância entre a cidade na qual residem os autores e na qual foi realizada a coleta, não foi possível apresentar os resultados aos participantes antes da finalização do trabalho.

Contribuições do estudo

O estudo é pioneiro em investigar as concepções e as práticas realizadas por profissionais de saúde e conselho tutelar em relação à crianças e adolescentes com TC. Seus resultados ressaltam a importância de capacitar os profissionais para identificar e ofertar tratamento adequado a jovens que possuem comportamentos disruptivos, tendo em vista a contribuição dos TC no desenvolvimento de outras psicopatologias e a criminalidade⁽⁵⁻⁸⁾.

Para uma melhor assistência, recomenda-se a capacitação dos profissionais quanto aos sinais e sintomas dos TC, a fim de possibilitar a identificação de casos de risco ou que necessitem de tratamento psicossocial. Outra recomendação diz respeito à construção de fluxogramas claros e baseados em evidências entre todos os serviços que atendem crianças e adolescentes em relação às ações que devem ser tomadas caso sejam identificados fatores de risco importantes ou sinais e sintomas de TC.

Por fim, os profissionais dos serviços especializados devem ser capacitados para realizar ações preventivas para os TC, como a educação parental, os programas de orientação e o desenvolvimento de habilidades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam fragilidades e lacunas de conhecimento dos profissionais em relação às principais características dos TC que são compreendidos como desvios da normalidade e falta de educação ou limites. Tais concepções suscitam dificuldades na identificação, encaminhamento e no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticados com o transtorno.

Como potencialidade, os profissionais referem-se à realização de ações interdisciplinares e integradas, que vão ao encontro do recomendado pelo Relatório de Prevenção da Violência da OMS e do Caderno de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente no SUS. No entanto, tais ações carecem de estratégias baseadas em evidências para melhora clínica dos TC ou para diminuição de comportamentos disruptivos em crianças e adolescentes, como o grupo de treinamento parental e habilidades sociais.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Pasalich DS, Witkiewitz K, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Indirect effects of the fast track intervention on conduct disorder symptoms and callous-unemotional traits: distinct pathways involving discipline and warmth. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(3):587-97. doi: 10.1007/s10802-015-0059-y

3. Shaw DS, Sitnick SL, Reuben J, Dishion TJ, Wilson MN. Transactional effects among maternal depression, neighborhood deprivation, and child conduct problems from early childhood through adolescence: a tale of two low-income samples. *Dev Psychopathol.* 2016;28(3):819-36. doi: 10.1017/S095457941600033X
4. Kyranides MN, Fanti KA, Katsimicha E, Georgiou G. Preventing conduct disorder and callous unemotional traits: preliminary results of a school based pilot training program. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(2):291-303. doi: 10.1007/s10802-017-0273-x
5. Aebi M, Barra S, Bessler C, Steinhausen HC, Walitzka S, Plattner B. Oppositional defiant disorder dimensions and subtypes among detained male adolescent offenders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(6):729-36. doi: 10.1111/jcpp.12473
6. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whiteford HA, et al. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(10):841-50. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016
7. Murray J, Cerqueira DRC, Kahn T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggress Violent Behav.* 2013;18(5):471-83. doi: 10.1016/j.avb.2013.07.003
8. Murray J, Menezes AM, Hickman M, Maughan B, Gallo EA, Matijasevich A et al. Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(4):579-89. doi: 10.1007/s00127-014-0976-z
9. Frick PJ. Early identification and treatment of antisocial behavior. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63(5):861-71. doi: 10.1016/j.pcl.2016.06.008
10. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management [Internet]. London: NICE; 2013 [cited 2017 Nov 23]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Antisocial_behaviour_conduct_children_young_people-recognition_intervention_management-NHS2013.pdf
11. Dodge KA, McCourt SN. Translating models of antisocial behavioural development into efficacious intervention policy to prevent adolescent violence. *Dev Psychobiol.* 2010;52(3):277-85. doi: 10.1002/dev.20440
12. Ministério da Saúde (BR). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Nov 25]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
13. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 Nov 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Masi G, Manfredi A, Nieri G, Muratori P, Pfanner C, Miloni A. A naturalistic comparison of methylphenidate and risperidone monotherapy in drug-naive youth with attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder and aggression. *J Clin Psychopharmacol.* 2017;37(5):590-4. doi: 10.1097/JCP.0000000000000747
16. Petersen IT, Bates JE, Dodge KA, Lansford JE, Pettit GS. Describing and predicting developmental profiles of externalizing problems from childhood to adulthood. *Dev Psychopathol.* 2015;27(3):791-818. doi: 10.1017/S0954579414000789
17. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychol Bull.* 2014;140(1):1-57. doi: 10.1037/a0033076
18. Scivoletto S, Stivanin L, Ribeiro ST, Oliveira CCC. Avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social: transtorno de conduta, transtornos de comunicação ou "transtornos do ambiente"? *Rev Psiquiatr Clín.* 2009;36(5):206-7. doi: 10.1590/S0101-60832009000500006
19. Stefanini JR, Scherer ZAP, Scherer EA, Cavalini LA, Guazzeli MS. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and exposure to violence: parents' opinion. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;46(6):1090-6. doi: 10.1590/0104-1169.0249.2653
20. Philip NS, Nelson BG, Frohlich F, Lim KQ, Widge AS, Carpenter LL. Low-intensity transcranial current stimulation in psychiatry. *Am J Psychiatry.* 2017;174(7):628-39. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16090996
21. Câmara dos Deputados (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 11ª ed. Brasília: Edições Câmara; 2014.
22. Girade HA, Didonet V, coordenadores. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); 2005.
23. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):323-32. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200011
24. Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LAS. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(1):26-36. doi: 10.1016/j.jaac.2012.10.001
25. Epstein R, Fonnbeck C, Williamson E, Kuhn T, Lindegren ML, Rizzone K, et al. Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015 [cited 2017 Nov 20]. Available from: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/disruptive-behavior-disorder_research.pdf