

“A ABORDAGEM DO TRANSTORNO DE CONDUTA (TC) PELA ENFERMAGEM, EM UM ENFOQUE VOLTADO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS E ESCLARECIMENTO À SOCIEDADE, PAIS E EDUCADORES”.

* Karine Carvalho Possi

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Anhembi Morumbi (2010); Pós Graduanda no curso de Docência em Ensino Superior pela Universidade Gama Filho.

RESUMO

Esse estudo surgiu na tentativa de minimizar dúvidas nos pontos ainda pouco difundidos entre a sociedade e a entidade psiquiátrica sobre o tema Transtorno de Conduta. O DSM-IV, define o TC como diagnóstico para menores de dezoito anos, e Comportamento Anti Social (aplicado exclusivamente à indivíduos com mais de 18 anos de idade), faz parte de diagnóstico psiquiátrico seguindo os critérios estipulados pelo DSM-IV. A pesquisa seguiu de maneira descritiva, com amplo levantamento bibliográfico sobre a patologia objetivando a elucidação do tema na área da enfermagem, aos pais, educadores e profissionais da saúde mental. O indivíduo estudado trata-se de um adolescente de doze anos de idade, sexo masculino, alfabetizado, com quadro clínico de saúde estável, e realiza acompanhamento terapêutico em clínica de psicologia no bairro Tatuapé, na cidade de São Paulo, no qual eu realizo consultas de enfermagem quando solicitadas pela psicóloga devido a amplitude do caso. Outro ponto esclarecedor do estudo é mostrar o que o termo utilizado delinquência somente pode ser utilizado quando o paciente infringir leis nos aspectos ditos legais da criminologia, e os atos anti sociais nem sempre são voltados para esse fim, é mais um comportamento vivencial preocupante para a família pois serão condenados pela sociedade.

ABSTRACT

This study appeared in an attempt to minimize doubts points still little diffused among society and psychiatric authority on the subject conduct disorder. The DSM-IV defines the diagnostic CT as for those under eighteen and Anti Social Behaviour (applied only to individuals over 18 years of age), is part of psychiatric diagnosis following the criteria stipulated by the DSM-IV. The research followed a descriptive way, with ample literature on the pathology aiming to elucidate the theme in nursing, parents, educators and mental health professionals. The individual studied it is an adolescent of twelve years old, male, literate, with clinical symptoms of stable health, and performs therapeutic monitoring in clinical psychology in Tatuapé neighborhood in the city of São Paulo, where I perform queries nursing when requested by a psychologist because of the magnitude of the case. Another illuminating point of the study is to show that the term used delinquency can only be used when the patient breaking laws said legal aspects of criminology, and anti-social acts are not always directed to that end, a behavior is more worrying for the experiential family as they will be condemned by society.

RESUMEN

Este estudio apareció en un intento de minimizar los puntos de dudas aún poco difundido entre la sociedad y la autoridad psiquiátrica en el trastorno de la conducta objeto. El DSM-IV define el CT de diagnóstico como para los menores de dieciocho años y Anti Social Behaviour (se aplica sólo a las personas mayores de 18 años de edad), es parte del diagnóstico psiquiátrico según los criterios establecidos por el DSM-IV. La investigación siguió de forma descriptiva, con amplia literatura sobre la patología con el objetivo de aclarar el tema en la enfermería, los padres, educadores y profesionales de salud mental. El individuo estudiado es un adolescente de doce años, sexo masculino, leer y escribir, con síntomas clínicos de salud estable, y realiza el seguimiento terapéutico en psicología clínica en el barrio de Tatuapé, en la ciudad de São Paulo, donde realizar consultas de enfermería cuando se le solicite por un psicólogo debido a la magnitud del caso. Otro punto de iluminación del estudio es mostrar que el término que se utiliza la delincuencia sólo se puede utilizar cuando las leyes de última hora paciente dijo aspectos jurídicos de la criminología, y los actos antisociales no siempre están dirigidas a tal fin, un comportamiento que es más preocupante para la experiencia familia, ya que será condenado por la sociedad.

INTRODUÇÃO

No Brasil legalmente é considerada criança o indivíduo dos zero até os doze anos completos, onde na ocorrência de delitos sua pena cível se detém em aplicar medidas protetoras, caso cometam infração ou corram risco de vida; e a partir dos doze até os dezoito anos completos é considerado adolescente e as medidas protetoras são igualmente sócio educativa.[8].

Sinais imperceptíveis aos olhos dos pais, ou que simplesmente não querem ver que o comportamento do filho não é somente um inconveniente da transição etária, são percebidos facilmente pelos educadores das crianças como quadros psíquicos potencialmente graves. Sabendo da dificuldade de realizar uma crítica dessa natureza ao próprio filho, os educadores desenvolvem papel de fundamental importância pois conseguem sem nenhum envolvimento afetivo expor aos pais situações não presenciadas por eles, onde indicam que sinais e sintomas como o isolamento, prejuízo em relacionar-se com outras crianças, retraimento, falta de comunicação e brusca ruptura no desenvolvimento cognitivo da criança. Na literatura o que mais indica um prejuízo psíquico infantil é o prejuízo no desempenho escolar e ou acadêmico (após dezoito anos).

Fatores na avaliação de enfermagem do cliente autodestrutivo: Impulsividade, hostilidade, agressividade, rigidez e negatividade cognitiva, distúrbio anti social. É percebido que esses indivíduos se vivendo situação estressante intensa, eventos humilhantes desencadeiam sequencial atos de tentativas de suicídio. O menor que foi estudado verbalizou, a seguinte frase inúmeras vezes... *“prefiro me matar, tomar veneno do que ser inferior que alguém da escola...”*. Não há respostas fáceis para a enfermagem nessa situação, e aparece aí um dilema ético em que é clara a vontade do paciente em continuar tendo esse comportamento. Um pródromo de que essa criança pode desenvolver o TC é a labilidade emocional e de humor.[9].

É preciso ter bem definido que nem tudo é TC, nem TDAH ou hiperatividade, mas sim que a incidência de transtornos psiquiátricos se apresentam diferente em cada sexo; nas meninas a depressão é manifestada pelo seu isolamento, tipos de fobia e ansiedade; nos meninos a depressão é representada pela agressividade, irritabilidade e rebeldia.

Nominado no CID pelo código F 91, essa categoria entra nos Transtornos de Comportamentos Disruptivos (TCDs), o transtorno de conduta segue com o indivíduo alterando seu comportamento de forma desafiadora, às vezes agressiva, arrogante, cursando à conduta dissocial até completar os 18 anos de idade. Há diferença entre o Distúrbio desafiador e de oposição que manifesta-se pelo comportamento provocador, desobediente ou perturbador, mas não acompanha atos delituosos ou atos agressivos. Comportamentos como mentir, não ir à aula é comum a qualquer criança, desinteresse escolar, levam o fracasso acadêmico delimitando o futuro dessas crianças.

Se houver o encontro com pessoas com o mesmo perfil é provável a formação de gangues dentro do ambiente escolar, ou seja, as companhias podem precipitar atividades delinquentes. O que nos dirá se é algo apenas da idade ou não será a avaliação da intensidade de alguns atos ilícitos ou moralmente inadequados, o que faz a diferença entre ser da idade ou ser o transtorno é o tempo que dirá, e para diferenciação do comportamento desviante do normal necessita-se verificar se há outros comportamentos desviantes e característicos presentes no período de seis meses.

Nas entidades educacionais esses comportamentos, encarados como inaceitáveis podem terminar em suspensão, expulsão da escola, dificuldades legais, na vida pessoal podem trazer a aquisição de DSTs, gravidez indesejada, ferimentos por lutas corporais e prisão.

1-Deve ter definido sintomas do transtorno desafiador de oposição (dos 3 aos 8 anos):

- Irrita-se com facilidade;
- Recusa-se no cumprimento de regras;
- Recusa-se a atender solicitações dos adultos;
- Perturba deliberadamente as pessoas sem razão ou motivo.

2- No transtorno de conduta os sintomas são:

- Ferem animais;
- Praticam furtos sem necessidade.

Tais comportamentos preocupam e perturbam os outros e não a criança ou adolescente que sofre dessa perturbação, pois não demonstram empatia com o sentimento alheio, nem tampouco lhe gera sofrimento psíquico se cometerem atos moralmente inaceitáveis. Esses dissociativos demonstram comportamento insensível, acusa um colega com um ar irônico no rosto, não tolera frustrações(seu nível de tolerância é baixo), explode emocionalmente e torna-se extremamente agressivo, vingativo, arrogante e age com total desaforo. Nada pode não sair como ele planejou, reagem agressivamente, se supervalorizam e humilham o próximo sem remorso. Provocativas, ameaçadoras e intimidadoras essas crianças provocam brigas e escapam da culpa, podem causar danos físicos á outros e mentir que foi sem querer; o perigo na adolescência é a ocorrência deles fazerem uso de sua crueldade para estuprarem, agredirem e até matarem, sem terem a noção de que aquilo é ilícito. Ele se sente com direito de fazer isso sem arrependimento.

Muitos pais preocupados com a piora acadêmica e diante de mudanças no convívio familiar, procuram pediatra ou o hebiatra certos de que tais fatos estão ocorrendo por motivos hormonais, muitas crianças de repente começam com queixas de cefaléia, dor abdominal recorrente, náuseas, distúrbios de sono que inicialmente são associados a quadros ansiosos, mas que adiante após anamnese no campo psicossocial é compreendido problemas maiores como o início do TC. Isso pode ser desencadeado pela inadequação ambiental e cabe ao profissional descobrir através dos relatos com a criança o que ou quem desencadeia esses efeitos maléficos. A suspeita do Transtorno de Ajustamento vem após muitas sessões terapêuticas aprofundadas na dificuldade da criança em se relacionar com situações que ele não sabe como lidar, lhe causa estresse e sua defesa é o ataque, indiciando um sofrimento psíquico grave, tendo de ser visto e tratado como patologia.

Padrão Comportamental no portador do TC

- Conduta agressiva, ameaçando ou danificando bens, pessoas, animais;
- Conduta não agressiva, porém causa perdas ou danos à propriedades;
- Furto e ou atos de vandalismo;
- Viola regras sociais habitualmente.

Uma das características primordiais aliadas ao transtorno é o baixo rendimento escolar e inúmeras reclamações comportamentais por parte dos professores e direção da escola; essa criança tem ideais de criar gangues e ingressar na criminalidade como a facilidade de influenciar outros menores menos seguros que buscam uma auto afirmação. Esse comportamento vai persistir na vida adulta e será agravado se circunstâncias como acesso a criminalidade for facilitado, o ambiente onde vive (lar e comunidade) for propício à não punição contra quem quebra regras ou infringe leis.

Muitos autores não tratam o Transtorno de Conduta como doença pois acreditam que a responsabilidade por seus atos é comum a todos nós, encarando somente como um comportamento desviante. Mas enquanto o indivíduo não completa sua maioridade ele não pode ser diagnosticado portador de TC, pois como na infância e adolescência a personalidade não está completamente desenvolvida, o diagnóstico de personalidade patológica é inadequado, mas o que se vê em estudos é que a criança que desenvolve problemas comportamentais por mais de seis meses e assim segue piorando ao ingressar na vida adulta tem grande porcentagem de ser um indivíduo portador de Personalidade Anti Social(Psicopatia) que é o diagnóstico que será dado após os 18 anos de idade.

Na idade adulta o Transtorno da personalidade Anti Social, designado pelo código 307.1, deve seguir os seguintes critérios segundo o DSM-IV:[15]

1. Padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, ocorrendo desde os 15 anos de idade e seguido minimamente por 3 meses de 3 critérios:

- Incapacidade de adequação às normas sociais;
- Propensão á enganar, indicada por mentir rapidamente, falsificar nomes para ganhos pessoais;
- Irritabilidade ou agressividade seguidas por lutas corporais ou agressões físicas;
- Ausência de remorso por ter ferido, maltratado ou matado alguém;
- Irresponsabilidade consistente de honrar obrigações financeiras

CAUSAS

Não há como evitar que fatores genéticos possam e devem estar envolvidos no desenvolver desses comportamentos, pois estudos mostraram que pais biológicos que cometeram delitos tiveram mais tarde esses filhos também cometendo algum tipo de delito, daí vem a predisposição genética aliada ao ambiente desfavorável para uma sanidade sadia no cognitivo da criança e atitudes hiperativas.[1,28].

O que certamente ficou definido é que o ambiente influencia o desenvolvimento da personalidade da pessoa, se houver fenótipos familiares associado a vivência de situações socialmente despreviligiada e/ou situações financeiramente altas associadas com atitudes familiares que sejam ilícitas, imorais, com inversão de valores, a criança pode ser influenciada no desenvolver do Transtorno de Conduta. Porém em medicina ainda não foram estabelecidas regras para diagnosticar o TC, baseando-se somente nas relações causais em possíveis adversidades familiares e/ou ambientais, o que existe de concreto na literatura é que alguns tipos de violência e transtornos do Sistema Nervoso Central partem de deficiência do sistema límbico, ou seja, de alguma disfunção cerebral, percebida através de exames clínicos.

Crianças privadas da afeição, tendem a manifestar os comportamentos numa esfera maior, ou seja, não só em casa, o que isso sugere é que eles buscam esperança na obtenção do que lhe foi perdido, experimentando encontrar em alguém um cuidador confiável, e se esse cuidador tiver a índole maléfica instigará a disrupção da criança, futuro adolescente e futuro adulto praticamente irrecuperável emocionalmente, tornando-se insensível ao sofrimento alheio.[3].

A problemática do sexo masculino no desenvolvimento do TC muitas vezes dá-se pelo fato do filho pequeno se espelhar na maioria das vezes na figura paterna tentando segui-lo e agradá-lo, imitando muitas vezes seus gestos, atitudes e inconscientemente a moral do pai vai lhe sendo imposta pouco a pouco, isso na busca de aprovação, e o pai por sua vez vê no filho seu seguidor e espelho, e iniciam a disciplina paterna

exageradamente agressiva, desrespeitando a autonomia do filho em querer ou não querer compactuar de algum ato e fazendo uso da agressividade para chegar ao fim que ele deseja.

Em várias literaturas encontraremos que a culpa é da baixa renda e por conseqüência a negligência dos pais, piorando a situação se a mãe apresentar uma personalidade anti social, pois estas mães tendem a diminuir o tempo de um relacionamento duradouro e se dedicam pouco aos filhos e a seus problemas tanto acadêmicos como os de saúde, quem dirá os emocionais.[4].

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser feito cuidadosamente, tendo em vista a possibilidade dos sintomas serem indício de alguma outra patologia como o TDAH, ou Retardo Mental, Episódios Maníacos do TAB ou Esquizofrenia. Devido à excelente capacidade das pessoas com Transtorno de Conduta em manipular o ambiente e dissimular seus comportamentos anti-sociais, o psiquiatra precisa recorrer a informantes para avaliar com mais precisão o quadro clínico e seguir padrões focados no histórico de agressividade, crueldade com animais e/ou pessoas (não importando a frequência), prazer em destruir o meio, objetos, desobediência preferencialmente pública e de maneira grave e desafiadora, crises de raiva ou birra, mitomania, fugir de casa ou da escola, ter baixo rendimento escolar e/ou desinteresse pela vida acadêmica. Não é necessário o indivíduo apresentar todas as características acima citadas. Pode acompanhar o TC, outros transtornos como o TOC e Ansiedade, em meninas acompanha a depressão e ansiedade.

Iniciado na infância esse transtorno pode sim chegar à vida adulta, mas não é obrigatório que perdure por toda a vida, mas como em todas as patologias mentais quanto mais precoce o início do aparecimento dos sintomas pior é o prognóstico. Tendendo na adolescência a fazerem uso de substâncias ilícitas. Isso gera uma alto índice de comorbidade e pouca perspectiva de futuro, ocasionando tentativas de suicídio na maioria desse jovens e/ou a entrada na marginalidade, prisão e morte.

O profissional procurado pelos pais devido às inúmeras reclamações da escola deve saber diferenciar um comportamento utilizado pela criança na tentativa de defesa por possíveis maus tratos, como violência doméstica, ou se esse paciente apresenta sinais de episódios maníacos como furtar cheques, falsificar assinaturas, provocar brigas em decorrência as suas alterações de humor que possivelmente pode ser de um início de TAB infantil e não devido ao TC.

Também a destruição deliberada da propriedade alheia é um aspecto característico do Transtorno de Conduta, podendo incluir a provocação deliberada de incêndios com a intenção de causar sérios danos ou destruição de propriedade de outras maneiras, como por exemplo, quebrar vidros de automóveis, praticar vandalismo na escola, etc. Atualmente a psiquiatria tende a considerar dois subtipos de Transtorno de Conduta com base na idade de início, isto é, o Tipo com Início na Infância e Tipo com Início na Adolescência.

Ambos os subtipos podem ocorrer de 3 formas ilustrados no quando abaixo no Quadro 1.[15]

| Gravidade Leve | Gravidade Moderada | Gravidade Severa |
|---|---|---|
| Mentiras; Brigas na escola; Permanência em algum lugar sem permissão. | Furtos sem confronto(escondido); Vandalismo; Fumar e/ou uso de outra droga. | Sexo forçado; Crueldade física; Uso de arma; Roubo com confronto à vítima; Arrombamento, invasão. |

Para o diagnóstico ser efetivo deve-se separar os dois tipos de TC, o de início na fase infantil acometendo o paciente antes de completar 10 anos de idade, acometendo na maioria meninos que demonstram agressividade física com outras pessoas, os relacionamentos familiares são perturbados e desenvolvem posição desafiadora e opositiva no ambiente. Já os que apresentam o desvio após os 10 anos de idade não apresentam comportamento agressivo, tendo relacionamentos relativamente normais e acometem os dois sexos. A piora é o início precoce, tendendo a desenvolver na vida adulta a sociopatia.[15].

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: [9]

No comportamento autodestrutivo foi analisado a gravidade e o imediatismo das atividades que foram percebidas como perigosas e houveram a necessidade de minha intervenção, outro ponto foi a violência dirigida aos familiares que a mãe relatou ter em muitos momentos medo do filho (SIC).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:[9]

- Observação de perto e constante
- Remodular o ambiente, tornando-o seguro para a criança e para os outros
- Retirada de objetos perigosos
- Facilitar que ele próprio rotule seus sentimentos, e ensinar a mudança de expressar o que quer do outro (como essas crianças tem baixa aceitação à frustração, ao expor à ele que ele pode receber um NÃO de alguém, o modo de encarar isso não é através da agressão).
- Auxiliar os familiares tirando-lhes todas as dúvidas que surjam, e os ensinar a manter uma comunicação saudável e terapêutica com a criança. Utilizei o Acrônimo Soler para ensinar aos pais a comunicação terapêutica.[10].

TRATAMENTO

Um dos fatores que mais desanimam a psiquiatria em relação aos portadores de Transtornos de Conduta é o fato de não haver nenhum tratamento efetivo e reconhecido especificamente para esse estado. Este é um fator que contribui, significativamente, para alguns autores não considerarem este modo de reagir à vida como doença. Tratar-se-ia de uma alteração qualitativa do caráter que caracteriza uma maneira de ser, não exatamente um processo ou desenvolvimento patológico.[16].

Introdução de medicação é necessária se os sintomas alvo forem presentes, esses sintomas são (idéias paranóides que resultam em agressividade, convulsões, TDAH baixando rendimento escolar, quadros depressivos), sendo a 1ª linha de tratamento os neurolépticos que fazem valer à pena o risco benefício, pois minimizam a agressividade. A introdução medicamentosa de estabilizadores de humor como o carbonato de lítio não surtiram bons resultados.[6].

O que se mostra eficaz se seguido seriamente é a terapia individual e/ou familiar com psicólogos, orientação esclarecedora aos pais, educadores, e pessoas do convívio da criança, a medicação é oferecida para amenizar sintomas como ansiedade, agressividade. Hospitalizar esse paciente só pode ser pensado quando oferecer risco iminente como suicídio, crises de auto agressão e para as pessoas como tentativas de homicídio. O maior impasse é a falta de campo e espaço específico para receber essas crianças onde possam ser assistidas com metodologia focada ao comportamento anti social e com recursos, corretamente seria hospitais dia com

profissionais de saúde mental prontos a estabelecerem limites, protocolarem prioridades e as condutas terapêuticas individualizadas para cada caso.

Outro passo importante é reavaliar o ambiente escolar da criança, se a metodologia de ensino é voltada para a resolução de conflitos em sala, se há inspeção nos pátios, pois a maioria das situações agravantes e perigosas entre crianças e adolescentes acontecem fora da sala de aula. O ideal é uma escola com esse olhar, com mais profissionais especializados na problemática real da existência de crianças que já trazem problemas comportamentais, não podendo a escola incentivar e sim inibir a piora desse quadro. Identificar pessoas capacitadas para lidar com essas crianças é uma metodologia eficaz das instituições de ensino preocupadas com a formação de gangues e da formação de delinqüentes em seus pátios.

Prescrições de Enfermagem no Tratamento:[9]

Mudança dietética, alimentos que contenham cafeína, refrigerantes á base de cola, chá preto excitam mecanismos corporais desnecessários nesse paciente que já tem comportamento irritadiço, agressivo, portanto tais substâncias elevam o nível de noradrenalina gerando maior nervosismo, agitação e a sensação de excitação (vivacidade).[11]

DISCUSSÃO

O portador de Comportamento Anti Social foi na infância e/ou adolescência um portador de Transtorno de Conduta, obviamente não tratado e dificilmente com bom prognóstico na vida adulta, levando em conta que aspectos legais irão julgá-lo caso cometas atos ilegais por ter tal distúrbio.

A facilidade na diferenciação entre o que é criminoso e merece punição judicial e o que é transtorno psiquiátrico são os comportamentos condenados socialmente e moralmente sem necessidade de transgredir leis estaduais, municipais e ou federais.[1].

Na atualidade a sociedade convive com atos brutais sem nenhuma resposta que possa explicar o motivo que faz um adolescente atear fogo em mendigos, estuprar colegas da própria faculdade, criar gangues com intuito de furtar, depredar bens privados por pura rebeldia sem causa, e com um líder que é impassível na sua visível falta de pudor ou remorso, ou seja, para ele nada o que fez foi errado à ponto de precisar ser punido. Tem noção do que fez mas não de que é grave como omitir que tem o corpo de um colega no porta malas de seu carro.

Infelizmente não há remédio que mude esse modo de raciocínio, devendo ser encarado como sociopatia e tendo na terapia a única esperança de fazer esse indivíduo repensar seus atos. Não se pode punir ou prender um ser humano pelo fato dele ter uma índole maléfica, dissimulada e que cause sofrimento à outros sem ser físico, ao mesmo tempo que se diagnostica como patologia, não há cura sabida. Fica a critério da percepção dos pais, educadores primeiramente serem orientados para a precoce percepção de sinais prodômicos de desvios de personalidade para que a intervenção rápida seja imposta, evitando com a o desenvolvimento da personalidade anti social.

Comportamentos anti-sociais são freqüentemente observados no período da adolescência como sintomas isolados e transitórios. Porém, estes podem surgir precocemente na infância e persistir ao longo da vida, constituindo quadros psiquiátricos de difícil tratamento, por esse motivo crianças e adolescentes com TC precisam ser identificados o mais precocemente possível, pois ainda são pessoas com personalidade instável e

de mais fácil manejo, a precocidade também visa oferecer-lhes a oportunidade do benefício das intervenções terapêuticas e ações preventivas.

O tratamento mais efetivo envolve a combinação de diferentes condutas junto à criança/adolescente, à família e à escola. Quando não é possível o acesso a intervenções complementares, o profissional de saúde mental deve identificar a conduta terapêutica prioritária em cada caso específico .[16].

CONCLUSÃO

A enfermagem pode e deve auxiliar na minimização dos prejuízos causados nas famílias onde essa criança está inserida, acolhendo e orientando os pais e cuidadores através da criação do vínculo, tornando-se um facilitador no papel de intermediar ações e planos de assistência, um aliado importante à enfermeira que orienta essa família é realizar a investigação de estressores ao paciente, colhendo histórico familiar e de datas perceptórias de quando o comportamento da criança iniciou a mudança. A partir dessa investigação muito pode ser descoberto e remanejado beneficiando o caso, pois não haverá piora estressante no ambiente. No caso estudado a criança iniciava seus atos agressores quando tinha sensação de separação, que para ele era encarado como rejeição, não aceitava que os familiares, amigos, educadores não podem ter o foco somente nele, isso o impulsionava atacar na tentativa de se defender do que ele acreditava ser a rejeição, pois se sentia atacado emocionalmente e conduzia suas atitudes de forma irônica, maldosa e ofensiva com as pessoas, pessoas essas que continuavam o tratando normalmente.

A terapia segue sem previsão de alta, o adolescente não faz uso de medicação, e após tantas consultas de orientação aos pais, esses relataram hoje sentirem-se mais seguros ao lidar com a dor de ver seu filho ter o prazer de lhes ofender, de saber lidar com as mentiras e saber confrontá-lo. Impondo castigos de caráter educativo, fazendo-o pensar se valeu à pena ofender, quebrar seus objetos, etc.

A sociedade muitas vezes cria situações onde a criança sem maturidade emocional se vê acoada, e tem no ataque a sua única defesa à seus olhos. Cabe aos pais, cuidadores, educadores detectarem sinais de que essa criança não está sabendo enfrentar os problemas normais da idade, muitas vezes enfrentados na escola, e o sofrimento psíquico que sua fragilidade lhe traz, pode sim modificar sua índole como nos mostrou a literatura pesquisada nesse estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Earls F. Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov LA, editors. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 308-29.
2. Ballone, G.J. Transtornos de Conduta, 2004. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em 19 de março de 2011.
3. Winnicott DW. Privação e delinqüência. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
4. Kolvin FJ, Miller JW, Fleeting M, Kolvin PA. Social and parenting factors affecting criminal-offence rates: findings from the Newcastle thousand family study (1947-1980). Br J Psychiatry 1988;152:80-90.
5. Mednick SA, Moffit TE, Pollock V, Talovic S, Gabvielli W. The inheritance of human deviance. In: Olweus D, Yarrow MR, editors. Development of antisocial and prosocial behavior. New York: Academic Press; 1986.

6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):122S-39S
7. Lei do Estatuto do Menor e do Adolescente, 2003. <Acessado em 21 de março de 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>.
8. Laraia, M, T. *Enfermagem Psiquiátrica*. 4ªed. Ed. Reichmann & Affonso, 2002, Rio de Janeiro.
9. Possi, K, C. et al. Comunicação terapêutica: A dinâmica com o paciente portador de esquizofrenia hebefrênica. Acessado em 23 de março de 2011. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0110.php>>.
10. Silva, A, B . *Mentes com medo da compreensão à superação*. 9ªed, Ed. Interage. São Paulo. 2006.
11. Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *J Pediatra, RJ*, 2001; 77 Suppl 2: S125-34
12. Robins LN. The consequences of conduct disorder in girls. In: Olweus D, Block J, Radle-Yarrow, editors. *The development of antisocial and prosocial behavior: research, theories and issues*. New York: Academic Press; 1986
13. Bordin IAS. *Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta [dissertação de tese de doutorado]*. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 1996.
14. Associação Americana de Psiquiatria, 1994. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV* (ª ed.). São Paulo: Ed. Manole.
15. Bordin. Et al. *Revista Brasileira de Psiquiatria. Transtorno de Conduta e Comportamento Anti Social*, 2000. SP. Acessado em 17 de fevereiro de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600004>

Correspondência: Karine C. Possi
E-mail : cakabliss@yahoo.com.br