

Transtorno de conduta: atuação do enfermeiro

Conduct Disorder: Nursing Work

Marta Vieira dos Santos
Pâmela Maria Moreira Fonseca
Nadir Barbosa Silva
Patricia Chimenti de Rosa
Universidade de Mogi das Cruzes

Resumo: A saúde mental infantil no Brasil tem sido bastante negligenciada. O objetivo deste estudo foi o de descrever a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com transtorno de conduta. Trata-se de uma revisão bibliográfica. O enfermeiro tem papel fundamental no que diz respeito à promoção, reabilitação e reinserção da criança em um espaço social. Tem como finalidade a reabilitação psicossocial não só do paciente mas também de seus familiares. Cabe ao enfermeiro auxiliar na minimização dos prejuízos causados às famílias nas quais a criança está inserida, acolhendo e orientando os pais e cuidadores, por meio da criação de vínculo, tornando-se assim um facilitador no papel de intermediar ações e planos de assistência.

Palavras-chave: Enfermagem; Criança; Transtorno de Conduta.

Abstract: Child mental health in Brazil has been largely neglected. The purpose of this study was to describe the role of nurses in the care of the patient with conduct disorder. This is a bibliographical review. The nurse has a fundamental role in the promotion, rehabilitation and reintegration of the child in a social space. Its purpose is the psychosocial rehabilitation not only of the patient but also of their relatives. It is up to the nurse to assist in minimizing the harm caused to the families in which the child is inserted, welcoming and guiding parents and caregivers through the creation of a bond, thus becoming a facilitator in the role of intermediary actions and assistance plans.

Keywords: Nursing; Child; Conduct Disorder.

Introdução

Segundo Albuquerque e Stump (2013), o transtorno de conduta (TC) é uma espécie de personalidade antissocial, bem observada na juventude, apesar de ter início na infância.

No Brasil, a Lei 8.069, de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente o indivíduo na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade (artigo 2º). Em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos (BRASIL, 2012 a).

Adolescência é o período de transição entre infância e vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (JANSEN *et al.*, 2011).

Antes dos 18 anos, é comum observar nos adolescentes comportamentos hostis, tais como contestar seus pais ou responsáveis, mentir e matar aulas, o que pode significar desvio de comportamento e não transtorno de conduta (BORDIN; OFFORD, 2007).

Segundo Pacheco (*et al.*, 2005), a grande maioria exibe comportamentos que incluem agressão a pessoas, animais, destruição de patrimônio, fraude, furto, comportamento desafiador e violação de regras. Para garantir o diagnóstico de TC, vários comportamentos antissociais devem ser apresentados em grau clinicamente significativo.

O quadro clínico do TC é classificado por persistente comportamento antissocial, com violação de normas sociais ou direitos individuais. Uma das principais características aliadas do TC é o baixo rendimento escolar e as inúmeras reclamações comportamentais por parte de professores e direção da escola (ALBUQUERQUE; STUMP, 2013).

Os critérios diagnósticos do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) para transtorno da conduta incluem diversas possibilidades de comportamento antissocial, tais como perseguição, atormentação, ameaça e intimidação, início de lutas corporais, uso de armas, crueldade com pessoas e animais, roubo ou assalto, submissão de alguém à atividade sexual forçada, iniciativa de incêndios, destruição de propriedade pública, invasão de casas, mentiras e enganação como opções para obter ganhos materiais ou favores, frequentes pernoites fora de casa, apesar da proibição dos pais, fuga de casa pelo menos duas vezes por semana, falta na escola sem motivos (LARANJEIRA, 2007).

O diagnóstico de TC é demasiadamente fácil de fazer e difícil de evitar. O TC é muito confundido com o retardo mental, com episódios maníacos ou esquizofrenia, e por esse motivo, o diagnóstico deve ser feito criteriosamente. Aplica-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos e requer a presença de pelo menos três desses comportamentos nos últimos 12 meses e de, pelo menos, um

comportamento antissocial nos últimos seis meses, com limitações importantes do ponto de vista acadêmico, social ou ocupacional (MONTEIRO, 2012).

Conforme Silva e Bueno (2010), a hospitalização está indicada em casos de risco iminente para os pacientes, tais como risco de suicídios, autoagressões e tentativa de homicídio. A rejeição paterna é considerada ponto importante para o comportamento agressivo e delinquente.

O tratamento com psicofármacos faz-se necessário em algumas situações nas quais os sintomas alvo são idéias paranoides associadas à hiperagressividade ou outros transtornos psiquiátricos (BRANCO *et al.*, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) aponta como prioridade, entre outras, a qualificação da atenção primária, definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva (FACCHINI *et al.*, 2008).

A avaliação e o acompanhamento da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas têm sua utilidade no planejamento de estratégias, intervenção e cuidados, fornecendo informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar os programas de saúde, para que programem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida aos usuários (KLUTHCOVSKY, A.; KLUTHCOVSKY, F., 2009).

O conceito de qualidade de vida incorpora saúde física, estado psicológico, relações sociais e crenças pessoais. A qualidade de vida pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. Doenças crônicas como transtornos de ansiedade, comportamento, conduta e depressão, estão associadas com à qualidade de vida do paciente (AZEVEDO, 2013).

O atendimento a pessoas com transtornos mentais é uma ação primordial da equipe de saúde, devido ao tempo prolongado que essa pessoa passa nas instituições de saúde (HIRDES, 2009).

O enfermeiro que atua à frente de uma equipe multiprofissional necessita fazer uma abordagem terapêutica, a partir de uma avaliação humanizada e singular, com planejamento da intervenção. Diante das mudanças na atenção aos indivíduos com transtorno mental, deve-se considerar esta tarefa como um grande desafio aos

enfermeiros, que deverão buscar novas estratégias no cuidado prestado a estes pacientes e suas famílias (WAIDMAN *et al.*, 2012).

Por ser líder de equipe, o enfermeiro é o profissional que conduz as ações interdisciplinares, tendo atuação específica junto ao paciente, com funções pré-determinadas e pontuais nesse processo. É importante que ele esteja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados na atenção à saúde mental, visando reforçar o cuidado, já que muitas vezes nem a família sabe como lidar com os problemas vivenciados (WAIDMAN *et al.*, 2012).

A atuação do enfermeiro é importante na assistência a pessoas com transtorno de conduta, contribuindo e auxiliando para a construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, fazendo com que esses indivíduos sintam-se valorizados diante da sociedade (BRANCO *et al.*, 2013).

O objetivo deste estudo foi o de descrever a atuação do enfermeiro e suas intervenções no cuidado ao paciente com transtorno de conduta.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter bibliográfico, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído por artigos científicos. A busca bibliográfica foi realizada por meio dos descritores *enfermeiros, crianças, transtorno de conduta*, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos que abordassem o tema; que estivessem disponíveis gratuitamente na íntegra; descritos em português e espanhol, e publicados entre 2005 e 2014.

Desenvolvimento

O transtorno de conduta (TC) trata-se de problemas emocionais e comportamentais apresentado na infância e/ou adolescência em que há um padrão repetitivo e persistente de conduta agressiva (BORDIN; OFFORD, 2007).

Os transtornos da conduta apresentam comportamentos de risco que podem comprometer a saúde física e mental do indivíduo. Descrito na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), o

TC é caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de conduta antissocial, agressiva ou desafiadora, persistente por no mínimo seis meses (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM, 5.ed.), o TC pode ser dividido em conduta agressiva, que causa ou ameaça danos físicos a outras pessoas ou a animais, ou conduta não-agressiva que causa perdas ou danos a propriedades, defraudação e/ou furto, e sérias violações de regras (MALDONADO; WILLIAMS, 2005).

Frequentemente estão associados ao transtorno de conduta, o transtorno com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (43% dos casos) e transtornos das emoções: ansiedade, depressão, obsessão-compulsão (33% dos casos). O TDAH é mais comum na infância, atingindo principalmente meninos, enquanto que a ansiedade e a depressão são mais comuns em meninas após a puberdade (CRUZEIRO *et al.*, 2008).

Os fatores mais comumente associados aos transtornos de conduta são: sexo, nível sócio econômico, uso de bebida alcoólica, uso/abuso de drogas ilícitas, *bullying* e depressão (GARCIA; COSTA, 2008).

A sintomatologia difere em relação ao gênero. Em meninos, há predominância de comportamento de enfrentamento, como brigas. Nas meninas, há predominância de comportamento sem enfrentamento, tais como mentir, fugir e prostituir-se (GONÇALVES; MURTA, 2008).

Os sintomas do TC surgem no período compreendido entre o início da infância e a puberdade. Podem persistir até a idade adulta, caracterizado por comportamento antissocial persistente, com violação de normas sociais ou de direitos individuais (BARLETTA, 2011).

Os critérios de diagnósticos do DSM-V e do CID-10 para transtorno de conduta incluem algumas possibilidades de comportamento antissocial tais como: perseguir, atormentar, ameaçar e intimidar; iniciar conflitos e lutas corporais; usar armas; comportar-se agressivamente, ferindo pessoas; causar crueldade com animais; roubar, furtar ou assaltar, confrontando a vítima; submeter alguém a atividade sexual forçada; dar início a focos de incêndio com a intenção de provocar sérios danos; destruir propriedades; arrombar e invadir casas e estabelecimentos;

ter costume de mentir e enganar; dormir fora de sua residência, apesar da proibição dos pais; fugir de casa pelo menos duas vezes e faltar na escola frequentemente sem motivo (BORDIN; OFFORD, 2007).

Os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV para transtorno da conduta aplicam-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos e requerem a presença de pelo menos três desses comportamentos nos últimos 12 meses e de pelo menos um comportamento antissocial nos últimos seis meses, trazendo limitações importantes do ponto de vista acadêmico, social ou ocupacional (VALVERDE *et al.*, 2012).

É de extrema importância levar em consideração o ambiente em que a criança e/ou adolescente vive, e a interação estabelecida com o indivíduo dentro do ambiente familiar. Negligência e maus tratos podem conduzir a transtornos mentais e abuso de drogas (LARANJEIRA, 2007).

O comprometimento da família no cuidado desse doente exige uma nova organização familiar e a aquisição de novas habilidades e rotinas que podem, num primeiro momento, desestruturar as atividades diárias de todos os integrantes da família. Porém, essa responsabilidade é positiva, pois, além de intensificar suas relações, o familiar torna-se parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário [de drogas], sendo um facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio (ROSA, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde não preconiza ações de Psicologia na Atenção Básica e também não tem uma proposta para a saúde mental das crianças e adolescentes, exceto para transtornos mentais graves, por meio da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) (BRASIL, 2005).

Um dos desafios para a Saúde Mental é a construção de uma política voltada para esse público que considere suas necessidades e siga os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SINIBALDI, 2013).

Estudos sobre transtornos psiquiátricos na infância e adolescência mostram que a grande maioria dos transtornos, observados separadamente, afetam pelo menos 1% da população infantil, exceto estresse pós-traumático e autismo (SANTOS, 2006).

As queixas sobre Saúde Mental Infantil deveriam chegar à atenção primária, por meio da qual, após uma escuta cuidadosa dessas queixas, houvesse uma intervenção efetiva por parte da equipe de saúde. O encaminhamento adequado das crianças com problemas mentais para serviços especializados pode permitir uma intervenção terapêutica precisa e oportuna para esse paciente e seus familiares (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental defende diretrizes importantes para a assistência a esse público. A implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, tais como saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, poderá contribuir para a integralidade do cuidado (SINIBALDI, 2013).

Segundo Waidman (2012), grande parte dos enfermeiros não se sente capacitada para trabalhar com saúde mental na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), em decorrência do pouco treinamento, o que impede o desenvolvimento de ações de cuidado voltadas para essa população.

A falta de capacitação profissional do enfermeiro prejudica a assistência a esses pacientes e familiares, os quais devem ser atendidos em conformidade com as políticas de saúde, ou seja, de forma digna, humanizada e respeitosa (VECCHIA e MARTINS, 2009).

A ESF funciona como porta de entrada para o sistema público de saúde. É importante destacar a função do enfermeiro, que tem papel fundamental, uma vez que este favorece o atendimento preventivo e acolhedor, a fim de proporcionar assistência humanizada e holística e, assim, contribuir para a melhor qualidade do cuidado prestado (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Devido à gravidade comportamental apresentada, dificilmente o diagnóstico de transtorno de conduta é correto e preciso. Dois pontos tornam-se essenciais: identificar as crianças com risco de sofrer esses transtornos e as formas eficazes de tratamento (GONÇALVES; MURTA, 2008).

O enfermeiro tem atuação preponderante diante do atendimento a esse público, promovendo ações educativas em saúde, visando à reinserção do mesmo em sua família e na sociedade (CARMO *et al.*, 2011).

O enfermeiro deverá avaliar o contexto em que vivem [as crianças e/ou adolescentes] e auxiliar na adaptação a novos ambientes mais adequados, além de estimular novos recursos de comunicação entre o jovem, a sociedade e sua família (SCIVOLETTO, 2009).

Para reintegrá-los à sociedade, é essencial que a equipe consiga estimular o desenvolvimento de recursos emocionais e fortalecer a autoestima, motivar essa criança, uma vez que a falta de motivação está ligada à falta de interesse na mudança; ensinar habilidades comportamentais básicas, desenvolver habilidades sociais e de empatia, usar procedimentos cognitivos mais complexos, como reatribuição, exploração de alternativas e diminuição de atributivos hostis, aumentando sua capacidade de raciocínio moral (BARLETTA, 2011).

A equipe de saúde mental deve estar atenta e comprometida com o doente e seu familiar. Muitas vezes, o familiar responsável concentra sua dedicação e seu tempo no cuidado da pessoa com problemas psíquicos, o que pode levar a transformações em sua vida, como no trabalho, na vida social e na diminuição do lazer (AMORIM, 2010).

O trabalho educativo com os pais é fundamental, uma vez que os pais de crianças com TC tendem a prestar atenção apenas nos comportamentos negativos dos filhos, negligenciando os positivos. Faz-se necessário ensiná-los a lidar de forma mais positiva com seus filhos, utilizando uma comunicação mais positiva, com elogios, não usando punições corporais e, sim, consequências lógicas. Devem ser um modelo moral para os filhos e educar para a autonomia e respeito (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2009).

O enfermeiro deve orientar os cuidadores/família para assumir a responsabilidade do cuidado de seu familiar em conjunto com a equipe, visando o comprometimento e a responsabilidade para a construção de um cuidado coletivo, para garantir a promoção da autonomia do paciente, para que o mesmo reconquiste sua cidadania e seu espaço na sociedade (DUTRA, 2011).

A participação da família nas estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades, como nas assembleias, festas, grupos e oficinas, constitui-se de ações que possam possibilitar a construção de laços, em que o doente e a família são escutados e acolhidos (BOTTI; LABATE, 2010).

A implementação de oficinas terapêuticas, atendimento individual e visita domiciliar é competência do enfermeiro, como também o é o planejamento de grupos e espaços de interação e socialização que visem à prevenção, promoção, reabilitação e reinserção do paciente em um espaço social, por meio de atividades que promovam a expressão de sentimentos e vivências, com a finalidade de reabilitação psicossocial (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

É de competências do enfermeiro o atendimento individual e em grupo com orientações referentes a: prescrição de medicamentos, psicoterapia, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atividades de suporte social, atendimento e orientações individualizado para os familiares, assim como visitas domiciliares, atividades desenvolvidas em conjunto com doente, família e equipe de saúde (BRASIL, 2005).

O enfermeiro é profissional capacitado durante sua formação para a observação dos aspectos biopsicossociais necessários para o cuidado na prática diária (SOARES, 2011).

Com relação ao comportamento autodestrutivo, o estudo de Possi (2011) analisa a gravidade e o imediatismo das atividades que foram identificadas como perigosas e nas quais houve a necessidade de intervenção. Outro ponto estudado foi a violência dirigida aos familiares, em casos nos quais a mãe relatou ter, em muitos momentos, medo do filho (POSSI, 2011).

Possíveis intervenções de enfermagem em pacientes com TC: observar de perto e constantemente; tornar o ambiente seguro para a criança e para os outros, retirando objetos perigosos; criar facilidades para que o doente rotule seus sentimentos por conta própria; ensinar a expressar o que quer do outro (como essas crianças têm baixa aceitação à frustração, deve-se esclarecer que elas podem receber um “não” de alguém, e que o modo de responder a isso não é por meio da agressão); auxiliar os familiares, esclarecendo dúvidas, e os ensinar a manter uma comunicação saudável e terapêutica com a criança (SILVA, 2006).

Conclusão

O estudo permitiu perceber que os problemas de saúde mental constituem uma grande demanda para a saúde pública, devido à alta prevalência e impacto psicossocial.

Em geral, quando busca um serviço de saúde público ou privado, o paciente com Transtorno de Conduta vivencia sofrimento psíquico ao defrontar-se com uma equipe sem capacitação técnica para atender suas necessidades. Esse fato evidencia o descompasso existente entre ensino e prática. É comum encontrar profissionais acríticos e pouco atuantes dentro de um contexto de Reforma Psiquiátrica.

O processo de formação dos profissionais de saúde na graduação, por si só, não confere a esse o instrumental necessário a sua prática de atendimentos aos pacientes com Transtorno de Conduta e demais sofrimentos psíquicos, deixando clara a necessidade da busca de conhecimentos específicos, de novas habilidade e atitudes na relação com o paciente, família, comunidade e outros profissionais.

A enfermagem pode e deve auxiliar na minimização dos prejuízos causados nas famílias em que esses pacientes estão inseridos. Deve acolher e orientar os familiares e cuidadores, investigando os fatores estressores, que alteram o comportamento e atitudes do paciente. Deve colher o histórico familiar e investigar quando iniciou o comportamento patológico. A partir dessa investigação, muito pode ser descoberto, diminuindo-se assim os agentes estressores e melhorando o ambiente.

Cabe ao enfermeiro nos centros de atenção psicossocial promover ações terapêuticas voltadas para identificar e auxiliar na recuperação do paciente em sofrimento psíquico, visando à reabilitação de suas capacidades físicas e mentais, respeitando suas limitações e os seus direitos de cidadania.

Referências

ALBUQUERQUE, R. N.; STUMP, G. V. Transtorno e desvio de conduta. **Síndromes: Revista Multidisciplinar do Desenvolvimento Humano**. Editora Atlântica, ano 3, n.1, 2013.

AMORIM, P. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol.22, n.3, set. 2010.

AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.1774-1782, 2013.

BARLETTA, J. B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, ano 7, n.2, p.25-31, 2011.

BORDIN, L. A. S.; OFFORD, D. R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, (Supl II) ano 12, n.5, 2007.

BOTTI, N. C. L.; LABATE, R. C. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto Contexto: enferm.**, Florianópolis, v.13. n.4, dez. 2010.

BRANCO, F. M. F. C. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. **J Health Sci Inst.**, ano 31, n.2, p.161-5, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2010.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**, 9.ed., Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 207p. Brasília, 2012 (b).

CARMO, D. R. P. *et al.* Adolescente que cumpre medida sócio educativa: modos de ser no cotidiano e possibilidades para enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32. n.3, , set. 2011.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 24, n.9, 2008.

DUTRA, V. F. D. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, ano 19, n.3, p.386-91, jul/set 2011.

FACCHINI, L. A. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, p. s159-s172, 2008.

GARCÍA, K. S. L.; COSTA, M. L. J. Conduta antisocial e consumo de álcool em adolescentes escolares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16 n.2, mar/abr 2008.

GONÇALVES, E. S.; MURTA, S. G. Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.21, n.3, 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 297-305, 2009.

JANSEN, K. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas. **Cad. Saúde Pública**, Porto Alegre, v.27, n.3, p. 440-448, 2011.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. R. O instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr.**, v.31, n.3, suppl., p. 0, 2009.

LARANJEIRA, C. A. A análise psicossocial do jovem delinquente: uma revisão da literatura. **Psicol. Estud.**, v.12, n.2, p. 221-7, 2007.

MALDONADO, D. P.; WILLIAMS, L. C. A. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na Escola e sua relação com a violência doméstica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n. 3, p. 353-62, set / dez 2005.

MONTEIRO, A. R. M *et al.* Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.3, p. 523-29, 2012.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, ano 63, n.4, p.666-70, jul/ago 2010.

PACHECO, J. *et al.* Estabilidade do comportamento antissocial na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. **Psicol. Reflex. Crit**, v.18, n.1, p. 55-61, 2005.

POSSI, K. C. *et al.* Comunicação terapêutica: A dinâmica com o paciente portador de esquizofrenia hebefrênica. Disponível em:
<http://www.polbr.med.br/ano10/art0110.php>. Acesso em: 23 mar 2011.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n.4, 2008.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.11, n.18, p. 205-218, dez 2010.

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n. 2, p. 315-21, mai/ago 2006.

SCIVOLETTO, S. *et al.* Avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social: transtorno de conduta, transtornos de comunicação ou “transtornos do ambiente”. **Revista Psiquiatria Clínica**, ano 36, n.5, p.206-7, 2009.

SILVA, A. G.; BUENO, J. R. O fim da vida. **Revista Debates Psiquiatria Hoje**, ano 2, n.5, 2010.

SILVA, L. H. P. *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, jul/set, 2010.

SILVA, A. B. **Mentes com medo da compreensão à superação**. 9.ed., São Paulo: Ed. Interage, 2006.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, ano 12, n.2, 2013.

SOARES, R. D. *et al.* O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15 n.1, jan/mar, 2011.

VALVERDE, B. S. C. L., *et al.* Levantamento de problemas comportamentais/ emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.22 n.53, set/dez 2012.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ver. Cienc. Saúde Coletiva**, ano 14, n.1, p.183-93, 2009.

WAIMAN, M. A. P. *et al.* Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul**, v.25, n.3, p. 346-51, p.2012.

WEBER, L. N. D.; SALVADOR, A. P. V.; BRANDENBURG, O. J. **Escalas de Qualidade na Interação Familiar–EQIF. Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados**. Curitiba: Juruá, 2009, p.57-68.