MAYARA WENICE ALVES DE MEDEIROS

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA A SINTOMATOLOGIA DO TRANSTORNO DA CONDUTA EM CRIANÇAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte para obtenção do título de especialista em Avaliação Psicológica.

Natal

2015

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA A SINTOMATOLOGIA DO TRANSTORNO DA CONDUTA EM CRIANÇAS[1]

Mayara Wenice Alves de Medeiros[2]

Jean Carlos Natividade[3]

RESUMO

Crianças que apresentam a sintomatologia do transtorno da conduta mostram um padrão de comportamentos antissociais que causam sofrimento e prejuízo em diferentes contextos. O objetivo deste estudo é investigar fatores de risco associados ao quadro sintomático do transtorno da conduta, identificar os fatores significativamente associados e testar modelos preditivos para a sintomatologia do transtorno. O estudo foi realizado com escolares da rede pública, com idade entre seis e 11 anos. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico para os responsáveis pelas crianças e o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos (formulário para professores), a fim de identificar os problemas de conduta. Os resultados mostraram uma associação significativa entre fatores de risco do contexto familiar (morte de pais e/ou irmão, divórcio dos pais e nascimento de irmão) e a presença da sintomatologia do transtorno da conduta; além da diferença entre os grupos com e sem sintomatologia na expressão dos seguintes fatores no ambiente escolar: desempenho, comprometimento, comportamento, aprendizado e felicidade. No que diz respeito aos modelos preditivos, as variáveis 'nascimento de irmão' e 'comportamento' foram as que mostraram valor preditivo significativo. Os resultados encontrados possuem uma implicação direta no processo de avaliação, diagnóstico e intervenção sobre o transtorno da conduta, devendo ser considerada a necessidade de prevenção desses fatores.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno da conduta, fatores de risco, problemas de conduta, antissocial, transtornos externalizantes.

---

[1] Artigo científico desenvolvido pela primeira autora sob orientação do segundo autor, para obtenção do Título de Especialista em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

[2] Psicóloga, Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e discente da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

[3] Psicólogo, Docente do Departamento de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro/RJ – Brasil.

INTRODUÇÃO

O transtorno da conduta é considerado o transtorno mais frequente na infância, tornando-se uma preocupação constante para familiares e clínicos e uma questão de saúde pública (Bordin & Offord, 2000). As queixas de agressividade (32,6%), dificuldades de aprendizagem (30,2%), baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos (24,8%) são as mais frequentes na procura por atendimento em serviço de saúde pública, sendo predominante em meninos com idade entre seis e 11 anos (Santos, 2006).

Com o desenvolvimento da força física, da capacidade cognitiva e da maturidade sexual, os comportamentos antissociais tornam-se mais graves, fazendo com que adolescentes se envolvam muitas vezes com a criminalidade, como por exemplo: usando drogas, cometendo estupros, homicídios e roubo confrontando a vítima. Entretanto, poucas crianças que sofrem com os prejuízos causados pelo transtorno da conduta recebem tratamento, e o tratamento psicoterápico é tido como de baixo efeito no controle dos sintomas, principalmente quando o atendimento se dá com início tardio.

Com isso, várias questões precisam ser consideradas quando pensamos em crianças que apresentam problemas de conduta (sintomatologia do transtorno da conduta), como a análise do ambiente social no qual a criança está se desenvolvendo, a história de vida da criança e a cultura familiar na qual ela está inserida. Conhecer essas questões é fundamental para o próprio diagnóstico clínico do transtorno como para pensar intervenções eficazes. A importância em conhecer e prever fatores de risco não está apenas justificada a um prognóstico negativo, mas, na necessidade de intervenções preventivas.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo identificar variáveis preditoras da sintomatologia do transtorno da conduta na infância, considerando o impacto de eventos estressantes na vida da criança e de fatores relacionados ao desempenho escolar.

CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO DA CONDUTA

O transtorno da conduta está entre os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. Esses transtornos envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos, que se manifestam na violação dos direitos dos outros e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais e figuras de autoridade. O transtorno da conduta, mais especificamente, é caracterizado pela violação ao direito básico de outras pessoas e as normas sociais (American Psychiatric Association [APA], 2014). A Tabela 1 mostra os critérios diagnósticos para o transtorno da conduta

de acordo com a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-V] (APA, 2014).

Tabela 1

Critérios Diagnósticos do Transtorno da Conduta (DSM-V)

A. Um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade, tal como manifestado pela presença de ao menos três dos 15 critérios seguintes, nos últimos 12 meses de qualquer uma das categorias adiante, com ao menos um critério presente nos últimos seis meses.

AGRESSÃO A PESSOAS E ANIMAIS

1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.
3. Utilizou uma arma que pode causar danos físicos graves a outros (por ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo).
4. Foi fisicamente cruel com pessoas.
5. Foi fisicamente cruel com animais.
6. Roubou durante o confronto com uma vítima (por ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada).
7. Forçou alguém a ter atividade sexual.

DESTRUIÇÃO DE PROPRIEDADE

8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar danos graves.
9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).

FALSIDADE OU FURTO

10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outras pessoas.
11. Frequentemente mente para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações ("trapaceia").
12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima (por ex., furto em lojas, mas sem invadir ou forçar a entrada; falsificação).

VIOLAÇÕES GRAVES DE REGRAS

13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.
14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.
15. Com frequência falta as aulas, com início antes dos 13 anos de idade.

B. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, os critérios para transtorno de personalidade antissocial não são preenchidos.

Nota. Retirado de American Psychiatric Association (2014).

Para a APA (2014) o transtorno da conduta possui três subtipos (tipo com início na infância, tipo com início na adolescência e tipo com início não especificado) e três níveis de gravidade (leve, moderada e grave). No diagnóstico do transtorno da conduta deve conter a especificação com ou sem emoções pró-sociais limitadas, esse especificador diz respeito aos seguintes traços: ausência de remorso ou culpa, insensibilidade/falta de empatia, despreocupação com o desempenho e afeto superficial ou deficiente.

Os critérios diagnósticos do transtorno da conduta presentes na 4ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-IV-TR] (APA, 1995), mantiveram-se na 5ª versão do Manual (DSM-V), tendo como novidade o especificador com emoções pró-sociais limitadas (Buitelaar et al., 2013). Crianças e adolescentes com a presença ou ausência desse especificador diferem em características emocionais, cognitivas e de personalidade (Buitelaar et al., 2013), sendo a presença associada com um nível mais elevado de problemas de conduta, delinquência e agressividade (Frick & Dickens, 2006).

O transtorno de oposição desafiante é um percursor comum do transtorno da conduta do tipo com início na infância. Quando pessoas com transtorno da conduta atingem a vida adulta e os sintomas de agressão, destruição de propriedades, falsidade e violação de regras, incluindo violência contra colegas de trabalho, parceiros e crianças, surgem no local de trabalho e em casa, a presença de um transtorno de personalidade antissocial pode ser considerada (APA, 2014).

FATORES DE RISCO E CAUSALIDADE DO TRANSTORNO DA CONDUTA

Murray, Anselmi, Gallo, Fleitlich-Bilyk e Bordin (2013) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise sobre a epidemiologia e os fatores de risco para problemas de conduta no Brasil. Nesse estudo, a média de prevalência de problemas de conduta foi de 20,8%, identificada em estudos que utilizaram a aplicação de questionários; e a média de prevalência do diagnóstico de transtorno da conduta e transtorno opositivo desafiador foi de 4,1%. Quando comparado a países de alta renda, o Brasil tem uma média similar de prevalência do transtorno da conduta diagnosticado e mostra uma alta taxa de problemas de conduta identificados com o uso de inventários. Os fatores de risco associados aos

problemas de conduta, vistos em países de alta renda, mantiveram-se nos estudos com amostra brasileira, entre eles: comorbidade com outros problemas de saúde mental, uma educação falha, baixa religiosidade, punição física severa, abuso físico, parente com problema de saúde mental, família monoparental e baixo status socioeconômico.

O comportamento antissocial de crianças e adolescentes é associado a causas constitucionais e ambientais (Bordin & Afford, 2000). De acordo com Cohen (2010) os estudos acerca das causas do transtorno da conduta diferem entre si devido a diversidade e complexidade de fatores que influenciam a manifestação dos comportamentos antissociais do transtorno. Assim, os diferentes modelos que tentam explicar as causas do transtorno da conduta acabam por favorecer uma causa mais biológica ou mais ambiental e do desenvolvimento, de acordo com a perspectiva teórica que seguem.

Em uma vertente mais biológica temos, por exemplo, uma associação entre a presença de traços de insensibilidade e falta de empatia com uma redução de resposta da amídala na identificação de expressões de medo (Marsh et al., 2008). Sharp (2007) relata uma deficiência na Teoria da Mente, capacidade de decodificar as emoções e pensamentos dos outros, em crianças com problemas de conduta. As crianças com problemas de conduta mostraram um baixo desempenho no Teste dos Olhos, no qual são mostradas fotografias de olhos com diferentes expressões e pede-se para identificar o que a pessoa da imagem está sentindo ou pensando. Esse resultado reforça a hipótese de deficiência no funcionamento da amídala, o que acarretaria uma deficiência em Teoria da Mente e em empatia, e a propensão a comportamentos antissociais (Sharp, 2007).

Por outro lado, a influência ambiental é igualmente discutida em diferentes estudos. Mealey (1995) mostrou que sociedades mais competitivas e com maior densidade populacional, principalmente com alta taxa de imigração, favorecem uma maior prevalência de transtornos externalizantes na infância, entre eles o transtorno da conduta. Além disso, diferentes estudos se propõem a analisar um conjunto de eventos estressores que são frequentemente relacionados ao surgimento do transtorno da conduta, entre eles: o uso de álcool e outras drogas durante a gravidez, subnutrição, baixo status socioeconômico, grande número de irmãos, abuso sexual, violência familiar, *bullying*, entre outros (Breton, 1999; Cruzeiro et al., 2008; Denenberg, 2000; Jaffee et al., 2007; Rodriguez, Silva, Bettiol, Barbieri, & Rona, 2011).

Cohen (2010) traz uma crítica à visão determinista de causalidade do transtorno da conduta e propõe um modelo em que diferentes níveis (o genético, o biológico, o cerebral, o funcionamento neurológico, a conduta, o comportamento, e o ambiente,

incluindo o físico, o social e o cultural) atuam levando ao surgimento do transtorno. Esses níveis se influenciam antes de atingirem a maturidade e trabalham interagindo um com o outro, não somente de forma unilateral, mas constantemente de forma bilateral.

Nessa perspectiva, o indivíduo passa a ser entendido como parte de um sistema, com elementos que interagem entre si e se influenciam mutuamente. Com isso, investigar diferentes fatores, como os referentes ao contexto familiar e escolar, ajuda a entendermos a dinâmica do desenvolvimento sadio ou disfuncional dessas crianças, entendendo que os diferentes contextos podem ser fonte tanto de acolhimento, inclusão e segurança quanto de sérios conflitos (Nunes & Werlang, 2008).

O PAPEL DA FAMÍLIA E DA ESCOLA

Considerar a influência do ambiente familiar no aparecimento de problemas de conduta é imprescindível, sobretudo pelo papel da família como suporte tanto para o desenvolvimento biológico, suprindo as necessidades básicas da criança, quanto para um adequado desenvolvimento emocional e psicossocial. A família, imergida em sua própria cultura, é responsável pela inserção cultural da criança, que passa por um processo de acomodação e transmissão social (Nunes & Werlang, 2008). Também é inicialmente com a família que a criança aprende e constrói um repertório de comportamentos para lidar com as diversas situações exigidas no seu cotidiano, esses comportamentos aprendidos podem ser tanto pró-sociais como antissociais (Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1990).

Nesse contexto, o padrão comportamental dos pais é transmitido para os filhos: famílias saudáveis, disfuncionais ou gravemente comprometidas desenvolverão indivíduos com um padrão de funcionamento coerente ao vivido na sua matriz familiar, levando para sua vida, ou sérias dificuldades, ou padrões adequados de interação e vinculação (Nunes & Werlang, 2008).

Por outro lado, a escola exerce um papel de fundamental importância no desenvolvimento psicossocial das crianças. É na escola onde as crianças precisam conviver com seus pares e enfrentam frustações e medos sem o suporte direto do núcleo familiar. Com frequência, as escolas são os principais responsáveis pelos encaminhamentos de crianças com problemas de conduta para os atendimentos de saúde mental infantil (Miranda, Tarasconi, & Scortegagna, 2008).

Crianças com transtorno da conduta frequentemente apresentam baixo rendimento escolar, metem-se em muitas brigas, agredindo verbalmente e/ou fisicamente colegas e professores, desobedecem às figuras de autoridade e mostram comportamentos

explosivos e cruéis. Esses comportamentos afetam diretamente a inclusão da criança no contexto escolar, em parte, pelo afastamento social que acabam gerando. A sintomatologia do transtorno da conduta é refletida de forma negativa no contexto escolar, e as consequências disso, como o baixo rendimento e o isolamento social, potencializam o repertório comportamental antissocial demonstrado por essas crianças (Lópes, 2004).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DA CONDUTA

Poucos estudos brasileiros mostram como está sendo feito o processo de avaliação psicológica e diagnóstico de crianças com sinais do transtorno. Parte desses estudos objetivam analisar os resultados obtidos com o uso de testes psicológicos, comparando grupos de crianças e adolescentes com ou sem o transtorno da conduta. No processo de avaliação psicológica faz-se necessário, além da utilização de testes psicológicos, considerar a história de vida do sujeito (Cunha, 2000). Em crianças é fundamental avaliar a influência da família, do meio social onde estão inseridas e considerar o próprio desenvolvimento infantil, a fim de distinguir o comportamento expresso como adaptativo ou disfuncional.

Roncolato (2011) realizou um estudo de caso com seis crianças, três delas diagnosticadas com transtorno da conduta (grupo clínico) e três não diagnosticadas com o mesmo transtorno (grupo controle). Nesse estudo, foi aplicado com cada criança o Teste das Fábulas de Duss e o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A), esses testes sinalizaram a notória incapacidade de controles dos impulsos e de conter a angústia e a expressão de agressividade no grupo clínico. Os comportamentos agressivos do grupo clínico são em parte atribuídos ao modelo familiar disfuncional que as crianças vivenciavam.

Souza e Resende (2012) fizeram a avaliação de dois adolescentes que cumpriam medida socioeducativa, uma adolescente que cometeu homicídio e um adolescente que cometeu furto, com o objetivo de avaliar a personalidade de ambos. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista semiestruturada (utilizando como base algumas questões da Escala Hare de Psicopatia e do Questionário Multimodal), o Teste das Matrizes Progressivas de Raven e o Método de Rorschach (Sistema Compreensivo).

Na história de vida, os adolescentes trouxeram: a perda de pelo menos uma das figuras parentais de forma trágica quando ainda crianças; o crescimento em famílias disfuncionais e em um meio social desfavorável; o baixo nível socioeconômico; a

expulsão de sala de aula várias vezes por motivo de indisciplina; e o abandono a escola antes de terminar o ensino fundamental. Os adolescentes mostraram perfis diferentes de personalidade: o adolescente que cometeu furto sinalizou características de um transtorno de ansiedade e a adolescente que cometeu homicídio mostrou sinais do transtorno da conduta, com distanciamento social, traços de constrição afetiva, ausência de ansiedade e de remorso (Souza & Resende, 2012).

Tomando como base alguns estudos publicados com amostra brasileira, destacam-se como instrumento de avaliação para o transtorno da conduta os inventários baseados no DSM-IV: *Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents* – DAWBA (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo, & Rohde, 2010; Barros et al., 2006*;* Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Goodman et al., 2005); *Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI (Cruzeiro et al., 2008), e as escalas do sistema ASEBA (Sistema de Avaliação de Base Empírica de Achenbach), traduzidas e validadas para o uso no Brasil (Anselmi, Piccinini, Barros, & Lopes, 2004; Barros et al., 2006; Bordin et al., 2009; Lyra, Assis, Njaine, Oliveira, & Pires, 2009; Sherman, Duarte, & Verdeli, 2011). Os questionários de pesquisa são respondidos pelo próprio adolescente, pais ou professores.

O sistema ASEBA para crianças e adolescentes em idade escolar inclui três instrumentos com evidências de validade no Brasil para avaliar problemas emocionais e/ou comportamentais: o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, versão brasileira do *Child Behavior Checklist* (CBCL/6 -18 - respondido pelos pais), o Inventário de Auto-avaliação para Jovens, versão brasileira do *Young Self Report* (YSR - respondido pelo próprio adolescente) e o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos, versão brasileira do *Teacher Behavior Checklist* (TRF/6-18 – formulário para professores). No presente estudo foi utilizado o TRF/6-18 para identificar os problemas de conduta em escolares.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 103 crianças (30 meninas e 73 meninos), provenientes de 14 escolas públicas das cidades de Natal e Parnamirim, Rio Grande do Norte. A média de idade dos participantes foi de 8,64 anos (*DP* = 1,69) variando entre seis e 11 anos. A amostra foi obtida de forma pareada, controlando o sexo, a idade e a turma dos participantes, sendo uma criança com sintomatologia do transtorno da conduta e seu par

sem a sintomatologia. Assim, a amostra foi dividida em 51 crianças com sintomas do transtorno e 52 crianças sem a sintomatologia. Uma criança do grupo com sintomatologia foi excluída da amostra devido a respostas incompletas no questionário de avaliação utilizado com os professores. No momento da pesquisa nenhuma criança possuía o diagnóstico de transtorno da conduta ou de outro transtorno psiquiátrico, e não estavam submetidas a tratamento medicamentoso e psicoterápico.

PROCEDIMENTOS

A primeira etapa para a realização da pesquisa foi o contato prévio com as escolas. A pesquisa era explicada para a coordenação, que recebia uma explicação oral e um documento por escrito contendo todo o procedimento a ser realizado. Após a anuência da escola, o projeto era explicado para os professores, convidando-os a participarem.

Solicitou-se que os professores indicassem as crianças de sala de aula que acreditavam cumprir os critérios de alta agressividade. Para isso, era dito para os professores os critérios do transtorno da conduta de acordo com o DSM-IV, ou seja, as crianças indicadas tinham possibilidade de apresentar a sintomatologia do transtorno da conduta. Foi solicitado também que os professores indicassem outras crianças da sala de aula com o mesmo sexo e mesma idade que eles acreditavam não cumprir os critérios de alta agressividade, para que se formasse a amostra pareada.

Após as crianças serem indicadas pelo professor, eram enviados aos pais ou responsáveis duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um questionário sociodemográfico (QSD). O TCLE continha uma explicação sobre os objetivos, seguia devidamente assinado pela coordenação da pesquisa e com contatos de telefone e endereço eletrônico para possíveis dúvidas. No caso das crianças mais jovens, seis e sete anos, também eram feitas ligações para os pais, explicando a pesquisa que estava sendo realizada na escola e solicitando que os mesmos lessem o TCLE que seguia com a criança.

Ao assinar o TCLE, o responsável pela criança autorizava os professores a responderem o inventário sobre o comportamento das crianças em sala de aula e uso desses dados para fins de pesquisa. Após o recebimento do TCLE devidamente assinado, os professores recebiam uma via do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos – formulário para professores (TRF/6-18) para cada criança da sala de aula previamente indicada.

INSTRUMENTOS E MATERIAIS

O responsável pela criança respondia o QSD, avaliando se a criança havia vivenciado ou não os seguintes eventos estressantes: repetência escolar, doença crônica, familiar portador de doença mental, doença mental diagnosticada na criança, morte de um amigo, morte de parente próximo, morte de pais ou irmãos, divórcio dos pais, abandono de pelo menos um dos pais ou principal cuidador, mudança de escola, mudança de bairro/cidade, nascimento de um irmão, internação médica superior a 15 dias e ter sofrido algum acidente grave.

Os professores responderam o TRF/6-18 (Achenback & Rescorla, 2001) para cada criança indicada, com o intuito de avaliar se a criança apresentava ou não sintomatologia condizente com o transtorno da conduta. O mesmo inventário possui questões referentes à situação escolar da criança: desempenho na escola, comprometimento/esforço para com o trabalho escolar, comportamento apropriado em sala de aula, aprendizado e felicidade demonstrada em sala de aula. Essas questões não são utilizadas para pontuar a sintomatologia do transtorno, mas as utilizamos para avaliar se elas possuem diferença quanto ao grupo com ou sem sintomatologia do transtorno da conduta.

O TRF/6-18 é um instrumento baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV e a versão utilizada foi a revisada em 2001 e traduzida para o português brasileiro. A pontuação do instrumento sinaliza três níveis (normal, limítrofe e clínico) para cada uma das seis escalas seguintes: Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Queixas Somáticas, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno da Conduta.

Segundo Achenback et al. (2008), essas escalas são compostas por itens relatados de maneira consistente por especialistas que verificam os critérios diagnósticos do DSM-IV em 16 culturas. O instrumento escolhido para a avaliação dos sintomas do transtorno da conduta foi o inventário para professores, considerando que professores são melhores informantes que os pais e os próprios sujeitos para detectar os transtornos externalizantes (Stevens, Volleberg, Pels, & Crijnen, 2005). Além disso, a avaliação do par de crianças (com ou sem sintomas do transtorno da conduta) feita pelo mesmo avaliador (o professor que as indicou) permite inferir certa padronização do nível exigido das respostas para esse par, o que não ocorreria caso os pais fossem os avaliadores.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os inventários (TRF/6-18) foram analisados por meio do programa *Assessment Data Manager* (ADM) para *Windows*. O programa gera os perfis de cada indivíduo avaliado, mostrando o nível do sujeito na escala de transtorno da conduta e comparando com o padrão utilizado pelo sistema ASEBA.

Utilizamos os testes de qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis 'com ou sem sintomatologia do transtorno da conduta' e as variáveis: repetência escolar, doença crônica, familiar portador de doença mental, doença mental diagnosticada na criança, morte de um amigo, morte de parente próximo, abandono de pelo menos um dos pais ou principal cuidador, mudança de escola, mudança de bairro/cidade, internação médica superior a 15 dias, e ter sofrido algum acidente grave. Em seguida, foi realizada uma Análise de Regressão Logística (Método Enter) somente com as variáveis que apresentaram associações significativas com os grupos 'com e sem sintomatologia'.

Usamos testes *t* para amostras independentes para avaliar a diferença de média entre os grupos com e sem sintomatologia do transtorno da conduta e os T-escores das variáveis escolares: desempenho na escola, comprometimento/esforço para com o trabalho escolar, comportamento apropriado em sala de aula, aprendizado e felicidade demonstrada em sala de aula. Novamente, foi realizada uma Análise de Regressão Logística (Método Enter) com as variáveis que mostraram diferença significativa entre os grupos 'com e sem sintomatologia'.

RESULTADOS

Foram realizados testes de qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis 'com e sem sintomatologia do transtorno da conduta' e a 'presença ou ausência dos fatores de risco questionados no QSD'. Os seguintes eventos não mostraram associações significativas aos grupos 'com e sem sintomatologia': repetência escolar [$\chi^2(1, N=103) = 2,11$; $p=0,146$; $v= 0,143$], doença crônica [$\chi^2(1, N=101) = 1,00$; $p= 0,57$; $v= 0,057$], familiar portador de doença mental [$\chi^2(2, N=101) = 5,182$; $p= 0,075$; $v= 0,227$], doença mental diagnosticada na criança [$\chi^2(1, N=101) = 1,00$; $p= 0,984$; $v= 0,002$], morte de um amigo [$\chi^2(2, N=103) = 1,283$; $p= 0,526$; $v= 0,112$], morte de parente próximo [$\chi^2(1, N=103) = 1,173$; $p= 0,279$; $v= 0,107$], abandono de pelo menos um dos pais ou principal cuidador [$\chi^2(1, N=103) = 3,113$; $p= 0,078$; $v= 0,174$], mudança de escola [$\chi^2(1, N=103) = 0,036$; $p= 0,58$; $v= 0,055$], mudança de bairro/cidade [$\chi^2(1, N=103) = 2,763$; $p= 0,096$; $v=$

0,164], internação médica superior a 15 [$\chi^2(1, N=103) = 0,618$; $p=0,546$; $v= 0,059$], e ter sofrido algum acidente grave [$\chi^2(1, N=103) = 0,678$; $p= 0,631$; $v= 0,047$].

No que diz respeito às associações significativas, destacam-se associações com os seguintes fatores: morte de pais e/ou irmão [$\chi^2(1, N=103) = 0,003$; $p= 0,003$; $v= 0,293$], divórcio dos pais [$\chi^2(1, N=103) = 4,982$; $p= 0,026$, $v= 0,220$] e nascimento de irmão [$\chi^2(1, N=103) = 8,165$; $p= 0,004$, $v= 0,282$]. A Tabela 2 apresenta a frequência desses eventos nos grupos de presença ou ausência de sintomatologia.

Tabela 2

Frequência de Eventos nos Grupos de Presença e Ausência do Transtorno da Conduta

	Grupo	
	Com sintomatologia	Sem sintomatologia
Morte de pais e/ou irmão	15,7%	0%
Divórcio dos pais	39,2%	19,2%
Nascimento de irmão	43,1%	17,3%

Para avaliar o valor preditivo dos eventos estressores sobre a presença de sintomas do transtorno da conduta foi realizado uma Análise de Regressão Logística (Método Enter). Foram incluídas na Regressão as variáveis que apresentaram associações significativas com os grupos, tais quais: morte de pais e/ou irmão, divórcio dos pais e nascimento de irmão. Os resultados da análise de regressão são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Eventos de Vida como Preditores da Sintomatologia de Transtorno de Conduta por Meio de Uma Análise de Regressão Logística

Variável	β	Erro Padrão	Wald	*gl*	*p*	Razão de chance	Razão de chance I.C. 95%	
							Inferior	Superior
Morte de pais e/ou irmão	-21,1	13314,9	0,00	1	0,999	0,00	0,00	-
Divórcio dos pais	-0,85	0,49	3,09	1	0,079	0,42	0,16	1,10
Nascimento de irmão	-1,09	0,49	5,00	1	0,025	0,33	0,13	0,87

Nota. I. C. = Intervalo de Confiança

Analisando-se as variáveis em conjunto por meio da análise de regressão foi verificado que somente a variável 'nascimento de irmão' foi uma preditora significativa da sintomatologia do transtorno da conduta.

Foram realizados testes t de amostras independentes para avaliar a diferença de média entre os grupos com e sem sintomatologia do transtorno da conduta e os t-escores das variáveis escolares: desempenho na escola, comprometimento/esforço para com o trabalho escolar, comportamento apropriado em sala de aula, aprendizado e felicidade demonstrada em sala de aula. A Tabela 4 apresenta a diferença de média dessas variáveis pela presença ou ausência de sintomas do transtorno da conduta.

Tabela 4

Diferença das Médias entre as Variáveis Escolares e a Presença ou Ausência do Transtorno da Conduta

Variáveis	Com sintoma		Sem sintoma		Resultados
	Média	DP	Média	DP	
Desempenho	42,0	9,1	50,7	10,0	t = - 4,1; gl = 81; p < 0,001
Comprometimento	40,0	6,3	51,6	8,7	t = -7,3; gl = 82; p < 0,001
Comportamento	37,0	3,1	50,8	8,1	t = -10,7; gl = 59; p < 0,001
Aprendizado	40,5	7,2	50,6	9,8	t = -5,5; gl = 83; p < 0,001
Felicidade	41,9	7,6	51,3	9,1	t = -5,3; gl = 87; p < 0,001

Uma Análise de Regressão Logística (Método Enter) foi realizada para se verificar o efeito das variáveis escolares supracitadas sobre apresentar ou não sintomatologia do transtorno da conduta. Os resultados da análise de regressão são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Variáveis Escolares como Preditoras da Sintomatologia de Transtorno de Conduta por Meio de Uma Análise de Regressão Logística

Variável	β	Erro Padrão	Wald	*gl*	*p*	Razão de chance	Razão de chance I.C. 95%	
							Inferior	Superior
Desempenho	-0,06	0,05	1,45	1	0,476	1,06	0,901	1,250
Comprometimento	-0,11	0,13	0,64	1	0,423	0,90	0,901	1,167

Comportamento	0,53	0,15	13,17	1	0,001	1,70	1,278	2,275
Aprendizado	-0,04	0,14	0,09	1	0,761	0,96	0,735	1,252
Felicidade	0,02	0,09	0,06	1	0,799	1,02	0,858	1,219

Nota. I. C. = Intervalo de Confiança

Destaca-se que ao se considerar essas variáveis escolares conjuntamente, apenas o comportamento em sala de aula mostrou-se preditora significativa da sintomatologia do transtorno da conduta.

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi comparar o grupo de crianças com sintomatologia do transtorno da conduta e o grupo sem sintomatologia quanto à ocorrência de eventos estressores na vida da criança e tipos de comportamentos escolares. Além disso, investigaram-se as variáveis com associações significativas ao diagnóstico de transtorno da conduta e o poder preditivo de variáveis sociodemográficas e escolares para o transtorno. Apesar de se investigar diferentes eventos estressores, os resultados encontrados mostraram que os eventos significativamente relacionados com a presença da sintomatologia do transtorno da conduta foram associados ao contexto familiar: divórcio dos pais, morte de pais e/ou irmão e nascimento de um irmão.

A separação conjugal e conflitos conjugais já vêm sendo mencionados na literatura pelos efeitos prejudiciais ao desenvolvimento adaptativo da criança, sendo fatores relacionados à etiologia de distúrbios emocionais em crianças e adolescentes (Cummings & Davies, 2002; Wamboldt & Wamboldt, 2000). Entende-se aqui que a separação conjugal é o desfecho de um relacionamento em conflito, envolto na vivência de agressões psicológicas e, por vezes, físicas, desencadeando na mudança de práticas parentais anteriores e posteriores ao desmembramento familiar.

Os comportamentos disruptivos demonstrados pelas crianças em sala de aula e em outros contextos podem ser compreendidos como um reflexo da vivência familiar. A criança que vivencia a presença de comportamentos antissociais, como os presentes em conflitos conjugais, reflete esses comportamentos em outros relacionamentos interpessoais (Patterson et al., 1990). Além disso, o fim de um relacionamento é fator de estresse para os cônjuges, que muitas vezes não sabem como enfrentar a situação perante os filhos, desencadeando a elaboração de práticas educativas inadequadas, geradoras de comportamentos antissociais e ocasionando com frequência o distanciamento da criança de um dos pais, comumente da figura paterna (Almeida, Peres, Garcia, & Pellizar, 2000).

É preciso considerar que a separação e os conflitos conjugais não afetam somente a interação entre o casal, mas também são influenciados por questões mais amplas da relação familiar e afetavam de forma diferenciada o desenvolvimento infantil, sendo necessária uma compreensão multidimensional dos fatores envolvidos. Por vezes, os conflitos podem ser bem vivenciados pela criança como uma forma de resolução de problemas, dependendo da frequência, da intensidade, do conteúdo e da forma de resolução dos conflitos (Benetti, 2006), podendo a separação conjugal ser entendida como uma forma adequada de resolução.

A morte de um membro do núcleo familiar, pais e irmãos, é um fator de estresse e sofrimento em todo o sistema familiar. Além do sentimento de perda vivenciado pela criança e a elaboração do processo de luto, a ausência de um familiar próximo implica na mudança de interação na família, na elaboração de novos papéis a serem assumidos e consequentemente na mudança de práticas e vivências parentais. O modo como cada um vivencia a morte é singular e subjetivo, podendo os comportamentos agressivos demonstrados pela criança serem compreendidos como uma resposta esperada ao processo de luto, que não pode ter delimitada sua vivência a um determinado período de tempo (ver McGoldrick, 1998). Crianças que vivenciam a perda de um genitor, ausência irreversível do provedor de sustentação e segurança, apresentam fantasias de aniquilamento, culpa, castração, onipotência, rejeição, identificação, retaliação, idealização e desidealização do objeto perdido, agressividade, negação da perda, regressão, reparação, e repetição da situação da perda (Franco & Mazorra, 2007).

Contudo, quando analisados em conjunto, o fator que predisse de forma significativa a sintomatologia do transtorno da conduta em crianças foi o nascimento de um irmão. A chegada do irmão mais novo pode ser relacionada aos seguintes fatores: ao medo do irmão mais velho em perder o cuidado parental oferecido pelos pais e a própria mudança de práticas educativas. O nascimento de um irmão pode ser visto como um fator de estresse para a criança, desencadeando uma série de comportamentos inadequados, como o aumento da agressividade, uma baixa na autoestima da criança, problemas escolares (dificuldade de leitura) e crises de ciúmes, ocasionadas pelo medo de perder a atenção e o carinho da mãe (Baydar, Hyle, & Brooks-Gunn, 1997; Pereira & Piccinini, 2011).

Outros estudos sobre fatores de risco para o transtorno da conduta apontaram que famílias com grande número de filhos possuem uma maior probabilidade de crianças apresentarem problemas de conduta. Nesse estudo, não se analisou a quantidade de

irmãos da criança, mas sim o nascimento de um novo irmão. Outra possibilidade para se explicar o resultado encontrado é que a criança pertença a uma família extensa, com grande número de irmãos, como mostrado em outros estudos, uma família grande é fator de risco para o transtorno da conduta (Farrington & Loeber, 2000). Por outro lado, famílias brasileiras com maior número de filhos também apresentam uma renda econômica mais baixa, e como já apontado pela literatura, crianças de um status socioeconômico mais baixo apresentam maiores chances de problemas de conduta (Anselmi et al., 2012; Bordin & Offord, 2000; Cruzeiro et al., 2008, Viloto, Fleitlich-Bilyk, Goodman, & Bordin, 2005).

Quanto às variáveis avaliadas do contexto escolar encontrou-se uma diferença significativa em relação aos grupos de presença e ausência da sintomatologia do transtorno da conduta e os fatores: desempenho na escola, comprometimento/esforço para com o trabalho escolar, comportamento apropriado em sala de aula, aprendizado e felicidade demonstrada em sala de aula. Sendo o comportamento demonstrado em sala de aula a variável que teve valor preditivo significativo sobre a sintomatologia do transtorno da conduta.

Os problemas escolares podem ser compreendidos como a expressão do tipo de repertório comportamental antissocial aprendido por essas crianças, sendo esses comportamentos expressos tanto no contexto escolar como em outros contextos e trazendo um prejuízo social, emocional e ocupacional. Os comportamentos antissociais surgem como uma forma de resolução de problemas, as crianças aprendem a efetividade desses comportamentos como prática coercitiva de manipulação do ambiente e são reforçadas quando conseguem o que almejam (Patterson et al., 1990).

Dessa forma, pode-se considerar que os fatores familiares impactam os problemas de conduta apresentados na escola, levando ao surgimento de comportamentos inadequados por parte das crianças. Por outro lado, as dificuldades encontradas com o sistema escolar reforçam os comportamentos antissociais (Lópes, 2004). Conforme discutido por Dishion, Patterson, Stoolmiller e Skinner (1991) uma educação escolar insuficiente na infância é preditora de comportamentos antissociais na adolescência.

Esses resultados implicam diretamente no processo de avaliação e diagnóstico do transtorno da conduta. O uso de instrumentos de avaliação é de grande valia na identificação da sintomatologia do transtorno, entretanto faz-se necessário considerar o contexto no qual a criança está inserida e os efeitos que fatores de risco podem exercer sobre os problemas de conduta. Além disso, considerar o sistema como um todo e a

influência bidirecional de diferentes causas, salientando a impossibilidade de separar a criança dos diferentes contextos no qual ela vivencia: os comportamentos aprendidos como efetivos no ambiente familiar são refletidos no ambiente escolar, podendo esse funcionar como um reforçador de comportamentos antissociais ou pró-sociais.

CONCLUSÕES

Estudos que avaliam fatores de risco fundamentam-se na necessidade de alerta e prevenção. Quanto ao transtorno da conduta, trabalhar com esses fatores ainda na infância é uma forma de evitar a progressão dos atos antissociais na adolescência e na fase adulta, quando o acompanhamento psicoterápico mostra menores resultados. O conhecimento desses fatores também é essencial para um bom diagnóstico do transtorno, sendo imprescindível seu conhecimento no processo de avaliação, tanto ao considerar seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil, quanto o próprio questionamento do que seria um transtorno ou uma resposta adaptativa da criança a um ambiente hostil.

Os resultados encontrados nesse estudo mostraram a associação significativa entre fatores do contexto familiar (divórcio dos pais, morte de pais e/ou irmão e nascimento de um irmão) e a sintomatologia do transtorno da conduta. Esse resultado mostra a importância de considerarmos os eventos na perspectiva da criança. Por vezes, um fator que pode ser desvalorizado no processo de avaliação, como o nascimento de um irmão, pode ser o gerador dos problemas de conduta na criança.

Além disso, os comportamentos mais agressivos da criança acabam se refletindo na escola. Quando não existe a intervenção, presenciamos um ciclo, no qual a criança mostra um comportamento mais desviante em sala de aula, com isso não obtém o sucesso esperado e responde com uma exacerbação da agressividade. Dessa forma, o comportamento antissocial no contexto escolar pode ser entendido como consequência e como reforçador dos problemas de conduta.

Uma limitação vista no estudo foi não investigar a quantidade de irmãos e o tamanho da família na qual a criança se encontra, esses fatores podem ajudar a compreender os resultados encontrados. Futuras pesquisas podem investigar esses fatores em conjunto, além dos efeitos em diferentes sociedades e as mudanças temporais desses e de outros fatores indicados na literatura.

REFERÊNCIAS

Achenback, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children Youth & Families: Burlinton, VT.

Achenback, T. M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural Assessment of Child and Adolescent Psychopatology with ASEBA and SQD instruments: research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(3), 251-275.

Almeida, C. G., Peres, e. A., Garcia, M. R., & Pellizar, N. C. S. (2000). Pais Separados e Filhos: Análise Funcional das Dificuldades de Relacionamento. *Revista Estudos de Psicologia (PUC-Campinas), 17*(1), 31-43.

American Psychiatric Association – APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas.

American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª ed. DSM-V. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A., Araújo, C., & Rohde, L. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(1), 135-142.

Anselmi, L., Menezes, A. M. B., Hallal, P. C., Wehrmeister, F., Gonçalves, H., Barros, F. C., Murray, J., & Rohde, L. A. (2012). Socioeconomic changes and adolescent psychopathology in a Brazilian birth cohort study. *Journal of Adolescent Health, 51*(6), S5-S10.

Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(4), 779-788.

Barros, A. J. D., Santos, I., Victora, C. G., Albernaz, E. P., Domingues, M. R., Timm, I. K., Matijasevich, A., Bertoldi, A. D., & Barros, F. C. (2006). Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Revista de Saúde Pública, 40*(3), 402-413.

Baydar, N., Hyle, P., & Brooks-Gunn, J. (1997). A longitudinal study of the effects of the birth of a sibling during preschool and early grade school years. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 957-965.

Benetti, S. P. C. (2006). Conflito Conjugal: Impacto no Desenvolvimento Psicológico da Criança e do Adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(2), 261-268.

Bordin, I. A. S., & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento antissocial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*, 12-15.

Bordin, I. A. S., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ, 87*(5), 336-344.

Breton, J. J. (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 227-234.

Buitelaar, J. K., Smeets, K. C., Herpers, P., Scheepers, F., Glennon, J., & Rommelse, N. N. J. (2013). Conduct disorders: Review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*, 49-54.

Cohen, D. (2010). Probabilistic epigenesis: An alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34*, 119-129.

Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, L. D. M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., Silveira, I. O., & Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública, 24*(9), 2013-2020.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process oriented-research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 31-63.

Cunha, J. A. & Cols. (2000). *Psicodiagnóstico V.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Denenberg, V. H. (2000). Evolution proposes and ontogeny disposes. *Brain and Language. 73*, 274-296.

Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., & Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27*, 172-180.

Farrington, D., & Loeber, P. R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*, 733-749.

Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(6), 727-734.

Franco, M. H. P., & Mazorra, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia (Campinas), 24*(4), 503-511.

Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports, 8*(1), 59-72.

Goodman, R., Santos, D. N., Nunes, A. P. R., Miranda, D. P., Fleitlich-Bilyk, B., & Almeida, N. (2005). The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(1), 11-17.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 44-55.

Lópes, F. (2004). Problemas Afetivos e de Conduta na sala de aula. In: C. Coll, A. Marchesi, & J. Palacios (Orgs.), *Desenvolvimento psicológico e educação – transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais* (pp. 113-128). Porto Alegre: Artmed.

Lyra, G. F. D., Assis, S. G., Njaine, K., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(1), 435-444.

Marsh, A. A., Finger, E .C., Mitchell, D. G. V., Reid, M. E., Sims, C., Kosson, D. S., Towbin, K. E., Leibenluft, E., Pine, D. S., & Blair, R. J. R. (2008). Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 712-720.

Mealey, L. (1995). The sociobiology of sociopathy: an integrated evolutionary. *Behavioral and Brain Sciences, 18*, 523-599.

Miranda, C. A., Tarasconi, C. V., & Scortegagna, S. A. (2008). Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica, 7*(2), 249-257.

Murray, J., Anselmi, L., Gallo, E. A. G., Fleitlich-Bilyk, B., & Bordin, I. A. (2013). Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, 1527-1538.

Nunes, M. M. S., & Werlang, B. S. G. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. *Conscientiae Saúde, 7*(2), 207-216.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B., & Ramsey, E. (1990). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329-335.

Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2011). Gestação do segundo filho: percepções maternas sobre a reação do primogênito. *Estudos de Psicologia (Campinas), 28*(1), 65-77.

Rodriguez, J., Silva, A., Bettiol, H., Barbieri, M., & Rona, R. (2011). The impact of perinatal and socioeconomic factors on mental health problems of children from a poor Brazilian city: a longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(5), 381-391.

Roncolato, A. A. (2011). *Psicodiagnóstico Compreensivo de Crianças com Distúrbios de Conduta: Aspectos Psicodinâmicos* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo). http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-22072011-154721/pt-br.php.

Santos, P. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 315-321.

Sharp, C. (2007). Theory of Mind and conduct problems in children: Deficits in reading the "emotions of the eyes. *Cognition & Emotion, 22*(6), 1149-1158.

Sherman, B. J., Duarte, C. S., & Verdeli, H. (2011). Internalizing and externalizing problems in adolescents from Bahia, Brazil: sociodemographic correlates and family environment in boys and girls. *International Journal of Mental Health, 40*(3), 55-76.

Souza, C. C., & Resende, A. C. (2012). Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. *Avaliação Psicológica, 11*(1), 95-109.

Stevens, G. W. J. M., Vollebergh, W. A. M., Pels, T. V. M., & Crijnen, A. A. M. (2005). Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 1003-1011.

Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. S. (2005). Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública, 39*(5), 716-724.

Walsh, F., & Mcgoldrick, M. (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas.* Porto Alegre: Artmed.

Wamboldt, M. Z, & Wamboldt, F. S. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 39*, 1212-1219.