

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

KARIME LÚCIA T VILHENA DA COSTA DE ARAÚJO

**FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ASSOCIADOS AOS
TRANSTORNOS DISRUPTIVOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DE QUATRO REGIÕES BRASILEIRAS**

**SÃO PAULO
2019**

KARIME LÚCIA T VILHENA DA COSTA DE ARAÚJO

**FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ASSOCIADOS AOS
TRANSTORNOS DISRUPTIVOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DE QUATRO REGIÕES BRASILEIRAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios Do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Cristiane Silvestre de Paula

**SÃO PAULO
2019**

A663f Araújo, Karime Lúcia T. Vilhena da Costa de.
Fatores de risco e proteção associados aos transtornos disruptivos em crianças e adolescentes de quatro regiões brasileiras / Karime Lúcia T. Vilhena da Costa de Araújo.
91 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) –
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2019.
Orientadora: Cristiane Silvestre de Paula.
Referências bibliográficas: f. 48-55.

1. Transtorno de oposição desafiante. 2. Transtorno de conduta.
3. Criança. 4. Adolescente. 5. Religião. I. Paula, Cristiane Silvestre de, *orientadora*. II. Título.

CDD 616.8900835

Bibliotecária Responsável: Eliana Barboza de Oliveira Silva - CRB 8/8925

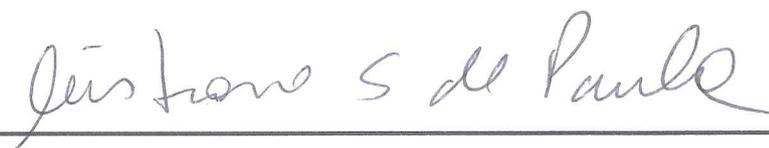
KARIME LÚCIA TABAJARA VILHENA DA COSTA DE ARAÚJO

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS
DISRUPTIVOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE QUATRO REGIÕES
BRASILEIRAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do
Desenvolvimento, da Universidade
Presbiteriana Mackenzie, como requisito
parcial à obtenção de título de Mestre em
Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em 07 de fevereiro de 2019.

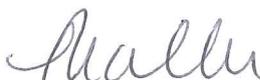
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Cristine Silvestre de Paula
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof.^a Dr.^a Ana Alexandra Osório
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof.^a Dr.^a Eloisa Helena Rubello Valler Celeri
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

DEDICATÓRIA

Aos meus maiores e verdadeiros amores.

A Deus, por Sua infinita bondade.

À minha mãe, Dra. Deolinda Lúcia Vilhena da Costa Araújo (*in memoriam*), por todo seu exemplo de amor, honestidade, caridade, doação e por tanto investimento em minha vida. Ao meu pai, Raimundo de Araújo, por nos ensinar que a melhor saída é sempre uma boa conversa e que jamais devemos parar de estudar.

À minha preciosa irmã, Karen Vilhena, por sua fidelidade, amor, amizade, apoio e compreensão infinitos. Minha vida não teria sentido sem você!

Ao meu noivo, Liéser Touma, por seu amor, companheirismo, auxílio e cooperação. Obrigada por todo seu apoio e incentivo, minha vida! Quero passar todos os meus dias ao seu lado.

À minha grande amiga Marina Borges, por acreditar em mim, impulsionando-me a regressar à vida acadêmica. Má, você é um grande presente de Deus na minha vida!

À minha *best friend* Joyce, por sua amizade verdadeira e por todo seu apoio e torcida.

Aos meus “Pet-filhos”, Nina e Pety Mu, pelo amor incondicional.

À minha tão amada orientadora, Cristiane Silvestre de Paula, por acreditar, investir e confiar em mim. Cris, você enxergou em mim qualidades e habilidades que eu desconhecia. Minha gratidão e admiração por você serão eternas.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Presbiteriana Mackenzie e ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, PPGDD, pela oportunidade de realização de trabalhos em minha área de pesquisa.

À minha orientadora Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula por todo apoio, incentivo e por tantos ensinamentos concedidos nesta trajetória.

Ao Prof. Dr. Luiz Renato Carreiro e demais professores do Programa que tanto me auxiliaram e acrescentaram ao meu saber.

À Daniele, por toda ajuda e cooperação prestadas.

Aos colegas do PPGDD pelo seu auxílio nas tarefas desenvolvidas durante o curso.

À CAPES pela provisão da bolsa de mestrado.

RESUMO

Transtornos Disruptivos (TD) são comportamentos antissociais que envolvem problemas na regulação emocional e/ou comportamental, manifestando-se com a violação de direitos alheios e/ou conflitos com normas ou figuras de autoridade. O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) surge, geralmente, na pré-escola e refere-se a comportamentos e emoções, enquanto o Transtorno de Conduta (TC) surge na adolescência e possui sintomas de audácia, agressão física, conflito e oposição a figuras de autoridade, normas e leis. Objetivos: descrever taxas de TOD/TC, segundo sexo e idade de crianças/adolescentes de quatro regiões brasileiras; investigar associação entre fatores psicossociais de risco e de proteção com TOD/TC na infância/adolescência; estabelecer o melhor modelo associativo, considerando conjuntamente esses fatores psicossociais em relação ao TOD/TC desta mesma amostra. Trata-se de um estudo epidemiológico seccional multicêntrico com amostra randômica de 1550 crianças/adolescentes de 6 a 16 anos e suas respectivas mães/principais responsáveis. Foram utilizados os instrumentos K-SADS-PL (desfecho clínico), SRQ-20 (saúde mental da mãe/principal responsável), questionário de classificação econômica (nível socioeconômico familiar), questionários elaborados pela equipe de pesquisa (caracterização sociodemográfica das famílias e perfil de violência na comunidade), WordSafe (exposição de violência no domicílio) e WISC IV (QI Estimado -avaliação do quociente de inteligência). Obteve-se a prevalência de 2,3% TOD/TC, sendo 3,1% entre meninos e 1,2% entre meninas. Os fatores psicossociais associados ao TOD/TC foram: sexo (OR: 1.9), idade (OR: 1.8), problema de saúde mental materno (OR: 2.5), presenciar violência urbana/comunitária (OR: 4.0), ser vítima de violência urbana/comunitária (OR: 3.6), ser vítima de violência doméstica (OR: 3.2), configurando fatores de risco e, como fator protetor, pertencer a uma religião (protegeu em 63%). A identificação precoce é importante para que sejam realizadas intervenções e consequente inibição do desenvolvimento do TOD/TC. Intervenções que levam em conta indivíduo, família e escola têm demonstrado eficácia. Assim, baseando-se nas evidências atuais e na contribuição do presente estudo é de grande valia que políticas públicas sejam implementadas com a finalidade de prevenir e promover a saúde mental precocemente desta população mais vulnerável, considerada de risco.

Palavras-chave: Transtorno de Oposição Desafiante – Transtorno de Conduta – Criança – Adolescente – Religião

ABSTRACT

Disruptive Disorders (DD) are antisocial behaviours that involve problems in emotional and / or behavioural regulations, manifesting with the violation of rights and / or conflicts with norms or authority figures. Opposition Defiant Disorder (ODD) usually arises in preschool and refers to behaviours and emotions, while Opposition Defiance Disorder (CD) arises in adolescence and has symptoms of audacity, physical aggression, conflict and opposition to authority figures, norms and laws. Goals: to describe ODD/CD rates, according to sex and age of children / adolescents from four Brazilian regions; to research the association between psychosocial risk factors and protection with ODD/CD in childhood / adolescence; establish the best associative model, considering these psychosocial factors in relation to the ODD/CD of this same pattern. This is a multi-central sectional epidemiological study of 1550 randomly chosen children / adolescents aged 6 to 16 and their respective mothers / primary caregivers. We used the K-SADS-PL (clinical outcome), SRQ-20 (mental health of mother / primary caregiver), an economic classification questionnaire (socioeconomic family level), questionnaires prepared by the research team (family sociodemographic characterisation and violence profile in the community), WordSafe (exposure of violence at home) and WISC IV (Estimated IQ-intelligence quotient assessment). The prevalence of 2.3% ODD/CD was obtained: 3.1% among boys and 1.2% among girls. The psychosocial factors associated with ODD/CD, were: gender (OR: 1.9), age (OR: 1.8), maternal mental health problems (OR: 2.5), witnessing urban / community violence (OR: 4.0); victim of urban / community violence (OR: 3.6), being a victim of domestic violence (OR: 3.2), configuring risk factors, as a protective factor, belonging to a religion (protected 63%). Identification at an early stage is important for interventions and consequent inhibition of the development of ODD/CD. Interventions that are taking into account individual, family, and school have demonstrated efficiency. Thus, based on the existing evidences and on the contribution of the present study, it is of great value that public policies are implemented in order to prevent and promote early stage mental health to vulnerable population considered at risk.

Key words: Opposition Defiant Disorder - Opposition Defiance Disorder – Child – Adolescent – Religion

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
1.1. Transtorno de Oposição Desafiante	08
1.2. Transtorno de Conduta	10
1.3. Desfechos negativos em comum	13
1.4. Fatores de Risco e Proteção relacionados ao Transtorno Disruptivo	15
A) Ambientais	16
B) Individuais	19
2. HIPÓTESE	23
3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	24
4. MÉTODO	24
4.1. Desenho do estudo	25
4.2. Local do estudo	25
4.3. População do estudo e processo de amostragem	26
4.4. Variáveis do estudo e medidas de avaliação	26
4.5. Procedimentos e Aspectos éticos	33
4.6. Análise estatística	34
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSSÃO	39
7. CONCLUSÕES	47
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS.....	56

1. INTRODUÇÃO

No trabalho em epígrafe, serão abordados Transtornos Disruptivos e, antes de adentrarmos especificamente ao tema, é importante entendermos que se referem a comportamentos antissociais, que são caracterizados por desrespeito aos direitos alheios ou violações de normas morais ou legais, caracterizando comportamentos vinculados a um espectro externalizante e figurando da seguinte forma: desinibição, retraimento e afetividade negativa (HENRIQUES, 2014).

Muitos estudos apontam para o impacto de experiências - positivas ou negativas - vividas durante infância e adolescência, seja este impacto imediato, seja ao longo da vida do indivíduo (COSTELLO et al, 2005; COLMAN et al, 2009).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição (DSM-5), descreve os Transtornos Disruptivos, do controle de impulsos e da conduta como uma categoria que se refere a problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos em indivíduos com desenvolvimento típico, podendo estar ligado a problemas na regulação emocional/comportamental e/ou comportamentos que violam direitos alheios e/ou conflitos com normas sociais ou figuras de autoridade (American Psychiatric Association, 2013).

Nesta categoria, o DSM-5 dispõe dos seguintes transtornos:

- Transtorno de oposição desafiante;
- Transtorno explosivo intermitente;
- Transtorno da conduta;
- Transtorno da personalidade antissocial (descrito no capítulo "Transtornos da Personalidade");
- Piromania;
- Cleptomania;
- Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado;
- Transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado.

Outro importante sistema de classificação de doenças é a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e este sistema elenca os transtornos Disruptivos (Transtorno de Oposição Desafiante – TOD e Transtorno de Conduta – TC) na seção denominada por Distúrbio de Conduta (F91) (OMS, 2010).

No presente estudo, abordaremos o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC), utilizando a expressão Transtorno Disruptivo (TD) quando abarcados ambos os problemas de saúde mental (PSM).

Visando maior compreensão da psicopatologia relacionada ao Transtorno Disruptivo, serão apresentados dois subitens especificando principais características do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e do Transtorno de Conduta (TC).

1.1. Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

Trata-se de um problema de saúde mental relativamente comum, com prevalência de 2 a 10%, dependendo da forma de rastreamento utilizada e fatores transculturais. No Brasil, a prevalência é de 3,5%, Colômbia 9,6%, México 5,7%, Bélgica 5,2%, França 7,6%, Alemanha 3,1% e Itália 1,7% (PETRESCO, 2014; PAULA, 2015, MAUGHAN et al, 2004; COSTELLO et al, 2005, KESSLER et al, 2007; QUY e STRINGARIS, 2012)

É mais comum em meninos do que em meninas e os sintomas costumam persistir entre as idades de 5 a 10 anos, havendo provável diminuição de sintomas ou remissão após esta idade. No que tange a distribuição de comportamentos e emoções, envolve certa uniformidade: questionamento e desafio, raiva e irritação, respectivamente, além de índole vingativa e, geralmente, surgem durante os anos de pré-escola – raramente após o início da adolescência. Nota-se que sobre crianças com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) pode incidir maior risco no desenvolvimento de Transtorno de Conduta (TC), em maior parte para sintomas desafiantes, questionadores e vingativos, além de transtornos de ansiedade e depressão, para os sintomas de irritação e humor raivoso. Apesar de alguns estudos apontarem que o TOD seria uma forma mais leve e/ou precursora do TC, tratam-se de dois distúrbios diferentes (NOCK et al, 2007; KIM-COHEN et al, 2004, American Psychiatric Association, 2013; QUY e STRINGARIS, 2012).

Além disso, é possível identificar condutas como atribuir aos outros a responsabilidade pelo mau comportamento, incômodo deliberado a outras pessoas (como pares, familiares e figuras de autoridade) e impacto negativo a ambientes (social ou educacional) em que o indivíduo está inserido. Sofrimento ao indivíduo e/ou às pessoas de seu contexto social imediato também estão presentes no TOD. Quando os sintomas se manifestam em apenas um ambiente, como escola ou em casa, por exemplo, é possível atribuir a classificação leve ao

transtorno, sendo moderada, quando visível em pelo menos dois ambientes e grave, quando presentes em três ou mais ambientes distintos (American Psychiatric Association, 2013).

Dificuldade de regulação emocional é um fator temperamental preditivo do transtorno. Por outro lado, famílias com práticas agressivas e/ou inconsistentes, bem como sucessão de cuidadores diferentes, negligência no cuidado da criança/adolescente compõem fatores ambientais preditivos ao desenvolvimento do TOD (DSM-5; AGOSTINI & SANTOS, 2018).

Estudos têm apontado que sintomas emocionais predominantes, como humor irritável, por exemplo, são preditivos de distúrbios emocionais posteriores, enquanto sintomas comportamentais, como teimosia e comportamentos nocivos, são mais preditivos de problemas de conduta (STRINGARIS et al, 2009, COLMAN et al, 2009).

No que se refere a comorbidades, a literatura elenca transtorno de ansiedade, depressivo e uso de substâncias como transtornos comórbidos ao TOD. Além disso, o TOD tem sido apontado como preditivo de transtorno depressivo em jovens adultos. Outro achado em pesquisas foi a associação entre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e TOD. Ainda, problemas comportamentais e déficits funcionais e prejuízos cognitivos são apontados pela literatura como comorbidades do TOD (COSTELLO et al, 2005; MAUGHAN et al, 2004; COPELAND et al, 2009; LOEBER, BURKE, LAHEY, WINTER e ZERA, 2000; CURTO, PAULA, DO NASCIMENTO, MURRAY e BORDIN, 2011).

A CID 10 e o DSM-5 classificam o TOD como um padrão persistente desafiador, comportamento desobediente e antagônico em relação aos adultos. Neste PSM nota-se a ausência de atos mais graves, como agressão, por exemplo (OMS, 2010; STRINGARIS et al, 2009; LOEBER et al, 2000).

No que se refere ao critério diagnóstico, deve ser levado em consideração as entrevistas, o exame clínico, escalas e também outros meios, tais como entrevistas com pais e professores, presença de PSM comórbido (exemplo: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH), presença de fatores de risco ambientais e/ou individuais (esses serão tratados adiante). Faz-se necessário que quatro ou mais sintomas estejam presentes há, pelo menos seis meses como, por exemplo, padrão persistente de comportamento hostil, não condescendente e com baixo limiar de temperamento. Importante ressaltar que o diagnóstico de TOD deve excluir o Transtorno de Conduta. (QUY e STRINGARIS, 2012).

É possível que ocorra que outros problemas de fundo emocional estejam desencadeando o comportamento disruptivo, a saber: uma criança que sofre *bullying* ou está sendo excluída pelos colegas (desvio de pares), problemas no desempenho escolar (dificuldade de leitura ou hiperatividade) tendem a manifestar um comportamento de oposição. Há, ainda, casos de outro PSM dar origem ao TOD. Uma criança com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) ou com alguma fobia torna-se uma criança que se opõe às regras e pouco cooperativa, em especial quando exposta às situações gatilho da fobia ou do TOC. O mesmo pode ocorrer com crianças com TDAH ou autismo, por exemplo. Portanto, é de suma importância que o clínico leve em consideração todos os contextos que a criança está inserida, bem como diagnósticos diferenciais (QUY e STRINGARIS, 2012).

Acerca do tratamento, nota-se que pode ser necessário o tratamento conjunto dos problemas comórbidos relatados acima. Quando o comportamentopositor se restringe ao ambiente doméstico, treinamento com os pais e familiares (irmãos, avós e vizinhos próximos) pode ser aplicado. Habilidades como diálogo e relacionamento entre os pais e a criança, reforçando o apego seguro, podem auxiliar nos resultados. Em se tratando de comportamento disruptivo no contexto escolar, treinamentos com professores para aplicação no ambiente de sala de aula podem ser realizados. Em ambos os casos, os treinamentos tendem a promover bons resultados para a criança com TOD, para os demais membros que compõem o ambiente (irmãos e colegas) e para a figura de autoridade (pais e professores). Caso o comportamento ocorra em ambientes distintos, também existe a necessidade de uma abordagem mais intensiva diretamente com a criança. Intervenção medicamentosa deve ser analisada cuidadosamente, podendo ter êxito para o tratamento de comorbidades, como ansiedade, depressão e TDAH (MOFFITT e SCOTT, 2008; SCOTT e DADDS, 2009 apud QUY e STRINGARIS, 2012).

1.2. Transtorno de Conduta (TC)

Estudos epidemiológicos baseados em instrumentos diagnósticos, que são mais precisos por refletirem a gravidade e necessidade de tratamento, apontam taxas para problemas de conduta (PDC) de 2,0 a 4,0% (COSTELLO, EGGER e ANGOLD, 2005; PAULA et al., 2015), enquanto que em estudos com escalas de rastreamento essas taxas podem chegar a 20% (MURRAY et al, 2013). Murray e seus colaboradores (2013), num estudo de revisão sistemática com metanálise, chegaram a taxas de prevalência de TC no Brasil que variam de 0,6 a 2,2%,

tendo com média a taxa de 1,4%. Em outros países, as taxas são variadas: Grã-Bretanha 0,5%, Bangladesh 2,9%, Iêmen 1,8%, Canadá 5,5%, por exemplo. (MURRAY et al, 2013).

Enquadram-se no critério diagnóstico de TC, indivíduos que apresentam comportamentos frequentes de agressão física a outras pessoas, conflito e oposição com adultos e figuras de autoridade, relacionamento conturbado com pares, crises severas de temperamento, desobediência grave, mentiras na escola, fugas de casa, traços insensíveis e desprovidos de emoções, que buscam emoções fortes, violação de propriedades e de *status*, além de possuírem características como audácia e insensibilidade a punições, inteligência abaixo da média e violações graves às normas, com risco aumentado para comportamentos criminais e uso de substâncias (American Psychiatric Association, 2013; BONGERS, KOOT, VAN DER ENDE e VERHULST, 2004; MURRAY, ANSEMI, GALLO, FLEITLICH-BILYK e BORDIN, 2013, OMS, 2010).

Outros sintomas característicos do TC encontrados na literatura e descritos no DSM-5 são: provocação, ameaça e intimidação ao próximo, crueldade com pessoas e animais, roubo, furto, estupro, uso de armas que podem causar danos físicos graves (tijolo, bastão, faca, arma de fogo), destruição e/ou invasão de propriedades, trapaças, fugas noturnas de casa, faltas frequentes e injustificadas às aulas, além de ausência de culpa ou arrependimento e remorso e indiferença quanto à punições. Também é possível identificar um espectro, em que leve, diz respeito a poucos sintomas e grave, quando presentes muitos problemas na conduta, restando moderado, o nível intermediário entre os dois primeiramente citados. Independentemente da posição do espectro, o padrão comportamental está presente em vários ambientes (DSM-5; POSSI, 2010).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) versa que, para configurar o diagnóstico, faz-se necessária a presença de pelo menos três comportamentos abaixo listados e que estes perdurem por, pelo menos, seis meses. Além disso, a CID-10 também classifica a gravidade do PSM (leve, moderado e grave) e divide em quatro classes de comportamentos que devem ser considerados quando do diagnóstico de TC, podendo ser aplicados a adultos, não somente em crianças mais velhas e adolescentes (OMS, 2010; QUY e STRINGARIS, 2012).

São essas classes: a) agressão a pessoas e animais - Esta classe engloba comportamentos como mentiras, furtos de pequeno valor, obtenções de bens ilicitamente, fuga das obrigações, brigas físicas, crueldade física contra outras pessoas (amarra, corta, queima os irmãos, por exemplo), maus tratos contra animais; b) destruição de propriedade – aqui o indivíduo destrói deliberadamente a propriedade alheia, podendo causar incêndios; c) falsificações ou furtos

maiores – o indivíduo tem comportamentos de furtos de objetos de maior valor e falsificações; d) graves violações de regras – nesta classe, geralmente iniciada aos 13 anos de idade, o adolescente possui históricos de fugas frequentes da escola e de casa, envolve-se em crimes com enfrentamento à vítima, como assalto, extorsão e estupro, por exemplo. Comportamentos frequentes de intimidação aos outros também são comuns tais como: ameaças, infligir dor e/ou ferimentos (OMS, 2010; QUY e STRINGARIS, 2012).

Comportamentos agressivos e disruptivos que são vistos pela primeira vez na infância se distinguem daqueles que começam na adolescência, ou seja, o início precoce configura um preditor de persistência durante a infância e a delinquência de início precoce tem maior probabilidade de persistir na vida adulta. É possível que os casos disruptivos de início precoce tendam a ter baixo QI, problemas de atenção e impulsividade, maior dificuldade com os pares, além de propensão a dificuldades familiares (MOFFITT, 2001).

Alguns casos podem ter início na infância e persistirem até a idade adulta. Outro subtipo ocorre isoladamente na infância. Ainda, é possível que o início ocorra na adolescência. Estes podem adotar condutas delinquentes por influências sociais, seja por influência dos pares, seja por buscar status sociais associando-se a outros jovens delinquentes (MOFFITT, 2006).

Importante ressaltar que a literatura tem referido também que comportamentos não agressivos, porém inadequados, tendem a anteceder os mais graves. Assim, uso de armas, assaltos e brigas são antecidos por faltas injustificadas às aulas, mentiras e furtos de pequeno valor (CRUZEIRO, 2013). Vale ressaltar que não é rara a remissão da sintomatologia na vida adulta, particularmente entre os casos leves, porém, casos com início precoce são preditores de pior diagnóstico e uso de substâncias, além do comportamento criminoso. Além disso, indivíduos com TC estão em risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, de humor, de ansiedade, psicóticos, dentre outros (DSM-5; BORDIN e OFFORD, 2000).

O TC tende a ocorrer em crianças mais velhas ou em adolescentes, envolvendo violação a normas sociais relevantes, a direitos alheios e condutas como agressão e práticas delinquentes (DSM-5; BORDIN e OFFORD, 2000). Além disso, é mais comum em pessoas do sexo masculino, denotando padrão crescente no comportamento, sendo agravado à medida que o indivíduo desenvolve força física, capacidades cognitivas e maturidade sexual. Associa-se também ao início precoce do comportamento sexual, consumo de álcool, tabagismo, uso de substâncias ilícitas e atos imprudentes e arriscados (American Psychiatric Association, 2013, OMS, 2010). Pessoas do sexo feminino com o diagnóstico do TC são mais propensas a exibir

comportamentos como mentir, faltar aulas, fugir de casa, usar substâncias e se prostituir (PAULA et al, 2015).

No mais, crianças/adolescentes com TC apresentam inúmeros problemas comportamentais associados a déficits funcionais e prejuízos cognitivos (LOEBER, BURKE, LAHEY, WINTER e ZERA, 2000; CURTO, PAULA, DO NASCIMENTO, MURRAY e BORDIN, 2011).

O TC que começa a se expressar na infância inicia-se tipicamente com o surgimento do TOD, caracterizado por birras, perfil desafiador, irritável, argumentativo e irritante (MURRAY & FARRINGTON, 2010).

1.3. Desfechos negativos em comum

Ao TOD/TC associam-se grande número de desfechos negativos, tais como problemas de relacionamento entre pares e com adultos, desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, uso/abuso de substâncias, dificuldades de aprendizagem e, conseqüentemente, dificuldades financeiras na vida adulta, além de estarem entre os mais prevalentes problemas de saúde mental na infância/adolescência (TEIXEIRA, SERACENI, SURIANO, SANT'ANA, CARREIRO e PAULA, 2014; ERSKINE et al, 2014).

Além dos reflexos imediatos causados, a literatura também aponta para conseqüências a longo prazo entre crianças/adolescentes com este PSM, incluindo: comportamento antissocial, delinquência e criminalidade na vida adulta; problemas de relacionamento, divórcio, empregos erráticos e dificuldades financeiras; maior risco de uso/abuso de álcool e substâncias. Fica evidente na literatura que a criminalidade e delinquência estão ligadas ao Transtorno de Conduta e estudos apontam que o índice de brasileiros menores infratores internos, cumprindo medidas socioeducativas, com TC e TOD chega 77 e 50%, respectivamente. Assim, crimes violentos e não violentos como assaltos, lesões corporais, roubos e fraudes estão associados ao comportamento antissocial (PICKLES e HILL, 2015; ODGERS et al., 2007; COLMAN et al., 2009; ANDRADE, ASSUMPCÃO, TEIXEIRA e FONSECA, 2011; MURRAY et al., 2013).

Interessantemente, a literatura aponta ainda diferenças de desfechos negativos na vida adulta entre homens e mulheres, onde as mulheres com TC na adolescência experimentam problemas internalizantes e de relacionamentos, enquanto os homens experimentam problemas

externalizantes e financeiros (SCOTT, KNAPP, HENDERSON e MAUGHAN, 2001; COLMAN et al., 2009).

Nota-se também que o TOD/TC desempenham papel crítico em comportamentos posteriores de violência e criminalidade (MURRAY et al., 2013; PICKLES e HILL, 2015). Estudos apontam que preditores de delinquência juvenil coincidem com os fatores de risco do TC e do TOD, como anteriormente mencionados: impulsividade, baixo QI, pouca escolaridade, negligente e/ou insuficiente educação infantil, abuso, conflito com pais, famílias disruptivas, pais antissociais, influência dos pares, fatores socioeconômicos, problemas escolares e na comunidade (MURRAY e FARRINGTON, 2010).

Evasão e abandono escolar precoce, baixo nível de qualificação profissional, desemprego, dificuldade em manter-se empregado e empregos com baixo salário são comuns ao longo da vida de pessoas com TOD/TC. Além disso, são pessoas com dificuldade em fazer e manter amizades e em se relacionarem com parentes, vizinhos, centros de convivência e organizações. Na esfera de relacionamentos íntimos, possuem dificuldade em manter relacionamentos sérios e duráveis, além de haver tendência em relacionar-se com indivíduos antissociais (MURRAY e FARRINGTON, 2010; SCOTT, 2012).

Estudos epidemiológicos têm descrito que a maioria dos adultos com Problemas de Conduta e Comportamento Antissocial possuem antecedentes psicopatológicos na infância (MURRAY 2013). Assim, crianças/adolescentes com TOD/TC têm maior probabilidade de desenvolverem comportamento antissocial e delinquência na vida adulta que seus colegas sem problemas de saúde mental quando crianças (MOFFITT et al., 2008; MURRAY et al., 2013; SCHANK & ABELSON, 1989). Alguns autores argumentam que parte de crianças e adolescentes com TOD/TC possuem traços de indiferença emocional, sendo essa uma das razões que contribui para a permanência destes problemas quando adultos (FONTAINE et al., 2011).

Também foram associados aos casos de TOD/TC com início precoce, problemas de saúde física tais como: maior tendência a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), risco aumentado de sofrer lesões, dentes cariados e bronquite crônica (MOFFITT et al., 2002).

Um último aspecto a ser considerado como muito importante no campo do TOD/TC é seu impacto financeiro para as famílias e sociedade. Um estudo longitudinal, realizado em Londres, que seguiu 142 crianças a partir de 10 anos de idade até a vida adulta, comprovou que os custos com serviços de saúde demandados por indivíduos com TOD/TC foi 10 e 3,5 vezes

maiores, respectivamente, quando comparados a custos de indivíduos sem problemas (SCOTT, KNAPP, HENDERSON e MAUGHAN, 2001).

Por isso, tais desfechos trazem um grande custo social e econômico ao indivíduo e à sociedade (SCOTT, KNAPP, HENDERSON e MAUGHAN, 2001; BONGERS, KOOT, VAN DER ENDE e VERHULST, 2004; COLMAN et al., 2009; BLAIN-ARCARO e VAILLANCOURT, 2017), além de representarem um grande impacto para os serviços de saúde, por estarem entre os principais quadros de encaminhamento para tratamento no campo dos transtornos mentais/psiquiátricos infantis (MOFFITT et al., 2008).

1.4. Fatores de Risco e de Proteção relacionados aos Transtornos Disruptivos

A literatura tem conceituado fatores de risco como determinada experiência, evento e/ou característica que, quando presentes, propiciam um desfecho negativo na saúde mental do indivíduo - em comparação a outro que não foi exposto a esses. Assim, indivíduos expostos a fatores de risco, configuram pessoas mais vulneráveis a determinados diagnósticos, ou seja, configuram indivíduos mais suscetíveis a desenvolverem problemas de saúde mental. Por outro lado, a vivência em um ambiente enriquecido em fatores protetores propicia melhores desfechos para os indivíduos (GRAÇA, 2010; TEIXEIRA et.al., 2014; MURRAY et. al. 2010; MURRAY et. al. 2013).

Insta ressaltar que a literatura nacional e internacional é mais vasta no que se refere a fatores de risco, restando menor quantidade de estudos que apontem os fatores protetores ao desenvolvimento dos problemas de saúde mental elencados neste trabalho.

Acerca dos fatores de proteção, estes dizem respeito a condições favoráveis em que a criança/adolescente é exposta, reduzindo desfechos desfavoráveis e aumentando resultados positivos na trajetória comportamental, psicológica e acadêmica desses indivíduos (SANT'ANNA, 2011).

Abaixo abordaremos os fatores de risco e proteção relacionados ao indivíduo, utilizando a teoria de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979), assim, partiremos do macro para o micro, ou seja, apontaremos fatores de risco e proteção, sucessivamente, da comunidade, passando pela família até chegarmos às peculiaridades da criança/adolescente.

Embora não haja evidências de identificação de uma causa isolada, existem diversos marcadores encontrados na literatura como fatores associados a comportamentos disruptivos.

A) AMBIENTAIS

1) Externo - comunidade

Importante ressaltar que, optou-se por dividir os ambientes em que a criança/adolescente está inserida, classificando-os em externo, representando a comunidade como um todo, e interno, representando o ambiente doméstico e familiar, como uma forma didática para explicar o fenômeno. Porém, na prática, muitas crianças/adolescentes estão expostos a ambos e o acúmulo destes tem impacto mais relevante no desfecho que uma ação isolada (HALPERN e FIGUEIRAS, 2004; TEIXEIRA et. al., 2014).

A literatura tem apontado que alguns grupos populacionais estão mais sujeitos a desenvolverem TOD/TC, particularmente aqueles expostos a ambientes de pobreza com altas taxas de violência e, inclusive, vitimização por *bullying* (COLMAN et al., 2009; CURTO et al, 2010; CRUZEIRO et al., 2013; MOORE, SILBERG, ROBERSON-NAY e MEZUK, 2017), característicos de grandes cidades de países em desenvolvimento, como o Brasil e demais países da América Latina.

Sabe-se que famílias de baixa renda tendem a habitar bairros de periferia, que no Brasil representam locais com maiores taxas de violência, seja em razão do crime organizado, da falta de policiamento ou do narcotráfico. A título de informação, no ano de 2013, de acordo com os dados do Cadastro Único¹, 25,3 milhões de famílias se encontravam em situação de baixa renda e/ou pobreza. Este dado foi corroborado pela Síntese de Indicadores Sociais 2017² (SIS-2017, IBGE), que apontou que cerca de 50 milhões de brasileiros, o equivalente a 25,4% da população, vivem na linha de pobreza e têm renda familiar equivalente a R\$387,07, ou US\$5,5 por dia, valor adotado pelo Banco Mundial como referência para definição de pobreza.

Além disso, é comum que haja rejeição pelos pares, em razão dos comportamentos antissociais destas crianças/adolescentes, ocasionando uma certa tendência à associação entre crianças/adolescente com comportamentos problemáticos. Assim, percebe-se que a rejeição e o comportamento externalizante figurem uma relação bidirecional, ou seja, a criança que possui comportamentos antissociais é excluída pelos pares, ocasionando o agravamento dos

¹ http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content%20&view=article%20&id=20408

² <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/ibge-brasil-tem-14-de-sua-populacao-vivendo-na-linha-de-pobreza>

comportamentos e, conseqüentemente o aumento da rejeição. Ainda, é possível que, a criança tenha problemas de relacionamentos com os pares e, a partir daí, surjam condutas antissociais, que aumentam a rejeição e são agravadas ao passo que essa criança é excluída (QUY e STRINGARIS, 2012; SCOTT, 2012, CURTO et al, 2011; CRUZEIRO et al, 2008).

Por outro lado, estar inserido em um bairro seguro, com baixos índices de violência, de acordo com a literatura, configura fator de proteção ao desenvolvimento do TC/TOD (TEIXEIRA et al, 2014).

2) Interno – domicílio/família

Vasta é a literatura ao apontar fatores de risco referentes ao ambiente doméstico em que a criança/adolescente está inserida, tais como: vitimização por severa punição psicológica, ambiente hostil, conflituoso, lares caóticos, disciplina áspera, práticas inconsistente e/ou negligente na criação dos filhos, falta ou insuficiência de supervisão, disciplina excessivamente agressiva, abuso físico e/ou sexual, mudanças frequentes de cuidadores, família excessivamente grande e criminalidade parental (American Psychiatric Association, 2013; (VITOLLO, FLEITLICH-BILYK, GOODMAN e BORDIN, 2005; MURRAY, FARRINGTON, 2010; FONTAINE, MCCRORY, BOIVIN, MOFFITT e VIDING, 2011; American Psychiatric Association, 2013; MOORE, SILBERG, ROBERSON-NAY e MEZUK, 2017; PAULA et. al., 2015).

O ambiente doméstico nocivo, tem um reflexo importante no TOD/TC, por isso os riscos são maiores entre crianças/adolescentes criados na ausência do pai ou, quando em sua presença, ocorre violência entre o casal e/ou em relação aos filhos. Muitos estudos mostraram que crianças/adolescentes que são expostos à violência entre adultos são mais propensos a se tornarem agressivos, em especial aqueles que presenciam conflitos conjugais, ocasionando impacto em relação à regulação emocional. A agressividade da criança/adolescente pode ser aumentada em razão deste indivíduo em desenvolvimento tender a imitar o comportamento agressivo modelado pelos pais (CURTO et al., 2011; GRAÇA, SÁ, MACKENZIE, BORDIN, & MARTIN, 2010; SCOTT, 2012). Assim, inúmeros estudos indicam maior risco de TOD/TC entre crianças/adolescentes vítimas de abuso físico e/ou sexual, rejeição pelos pares, associação a organizações delinquentes/criminosas e (VITOLLO, FLEITLICH-BILYK, GOODMAN e BORDIN, 2005; MURRAY, FARRINGTON, 2010; FONTAINE, MCCRORY, BOIVIN, MOFFITT e VIDING, 2011; American Psychiatric Association, 2013; MOORE, SILBERG, ROBERSON-NAY e MEZUK, 2017; PAULA et. al., 2015).

Desta forma, evidências demonstram que o comportamento dos pais em relação à criança/adolescente pode configurar um verdadeiro modelo de risco ambiental. É possível, no ambiente doméstico de uma criança/adolescente com TOD/TC, deparar-se com modelos inconsistentes de disciplina, ausência de comandos claros ou, ainda, que resultam do estado emocional dos pais em vez de dependerem do comportamento da criança/adolescente. Ainda, é comum que estas crianças/adolescente sejam pouco supervisionadas e, quando agem com um comportamento pró-social, obtêm pouca (ou nenhuma) responsividade dos pais (QUY e STRINGARIS, 2012; PAULA et al, 2015; SCOTT, 2012).

Modelos de paternidade hostil, crítica, punitiva e coercitiva também estão associados ao desenvolvimento de TOD/TC, portanto, a ausência de pais pró-sociais pode prever comportamentos agressivos e opostos dos filhos. Tais comportamentos são agravados quando o principal cuidador possui demasiados comportamentos antissociais. Ademais, a relação empobrecida entre pais/cuidadores e a criança/adolescente geralmente prediz problemas na esfera da conduta (SCOTT, 2012; CURTO et al, 2008).

Ainda acerca do ambiente doméstico, estudos indicam que baixo nível socioeconômico, é um fator associado ao TOD/TC, porém não constitui risco quando isolado. Evidências demonstram que se trata de uma associação indireta, mediada por processos familiares como, por exemplo, discórdia conjugal. Baixa escolaridade da mãe, problema de saúde mental materno e violência doméstica estão entre os fatores de risco relacionados aos TOD/TC mais consistentemente identificados na literatura nacional e internacional (BORDIN, CURTO, DUARTE, PERES, NASCIMENTO e PAULA, 2009; MURRAY et. al., 2013; PAULA, ZAYAT, YASSUTAKE e NAKAMURA, 2015).

Especificamente o convívio com cuidadores, particularmente mãe com problemas de saúde mental e de baixa escolaridade também tem sido apontado como um dos mais comprovados fator de risco para TOD/TC, principalmente em comunidades de baixa renda de periferia de grandes cidades. Pesquisas atuais evidenciaram que falta de proximidade materna, atitudes de frieza dos pais e desemprego, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de TOD/TC (BORDIN et. al., 2009; MURRAY, 2010; PAULA et. al., 2015). Assim, tanto dados advindos da literatura nacional quanto internacional têm demonstrado que o convívio na infância e adolescência com mães (ou principal cuidador) com problemas de saúde mental, em especial Transtorno Depressivo e/ou de Ansiedade, constitui-se fator de risco ao desenvolvimento de TOD/TC (VITOLLO et al., 2005; ZAYAT, 2016). Além disso, Fatori e colaboradores (2013), evidenciaram que quanto mais graves os sintomas de depressão e/ou

ansiedade materna, maior o risco de desenvolvimento e agravamento de PSM entre crianças e adolescentes brasileiros (FATORI et al, 2013).

Desta forma, a exposição a ambientes desfavoráveis, bem como a carência de desfechos favoráveis no decorrer da infância, aumentam as probabilidades do desenvolvimento de TOD/TC na adolescência (CRUZEIRO, 2013).

Insta ressaltar que, pesquisas na linha da Epigenética têm revelado que o perfil genético do indivíduo pode ser modificado pelo ambiente onde uma criança/adolescente vive. Alguns estudos indicam a relevância da oferta de um ambiente saudável como fator protetor do TOD/TC, visto que o risco biológico pode ser minimizado nessas condições. Jaffee e seus colaboradores (2005), concluíram que a experiência de maus tratos foi associada a um aumento de 24% na probabilidade de TC entre crianças com alto risco genético, enquanto que, em relação a crianças com baixo risco genético este aumento foi de apenas 2% (JAFFEE et al, 2005; QUY e STRINGARIS, 2012; SCOTT, 2012)

Entretanto, quando a criança/adolescente é exposta a ambiente familiar acolhedor, com práticas parentais positivas, boa dinâmica familiar (em especial no final da adolescência), envolvimento em atividades e organizações pró-sociais, enfim, ambientes que propiciam suporte ao indivíduo, tais fatores servem como protetores para o desenvolvimento de TOD/TC e outros problemas de saúde mental/comportamental (PAULA, VEDOVATO, BORDIN, BARROS, D'ANTINO e MERCADANTE, 2008; TEIXEIRA et al., 2014; PAULA et. al., 2015).

Ainda, estudos têm revelado outros fatores protetores de TOD/TC, tais como ter e frequentar uma religião, receber suporte social materno, assim como maior escolaridade materna (CRUZEIRO et al., 2013; PAULA et. al., 2015).

B) INDIVIDUAIS

Características pessoais têm um importante papel no desenvolvimento ou prevenção de um problema de saúde mental (ZAYAT, 2016).

Além do fator genético, que pode contribuir significativamente para o desenvolvimento dos sintomas do TOD/TC, estudos também apontam significância estatística modesta entre determinado genótipo e o problema de conduta. No entanto, a pesquisa no ambiente genético

não é utilizada para fins de diagnóstico, mas pode ser aplicada com a finalidade de entender conexões entre os genes e os fatores de risco (KIM-COHEN et al, 2006).

Achados também apontam para associações entre complicações perinatais, baixo peso ao nascer e exposição à nicotina durante a gestação e o TC (BRENNAN et al, 2003).

A literatura tem demonstrado que pertencer ao sexo masculino, possuir temperamento infantil de difícil controle, inteligência abaixo da média (ênfase para o QI verbal), constituem fator de risco ao desenvolvimento de TOD/TC (American Psychiatric Association, 2013; BORDIN et al, 2009, MURRAY, 2010, MURRAY, 2013).

Entende-se que as causas para TOD/TC são as mesmas para meninos e meninas, porém meninos possuem maior tendência em razão de experimentarem mais fatores de risco no nível individual, como hiperatividade e atrasos no desenvolvimento neurológico, por exemplo (QUY e STRINGARIS, 2012).

A literatura aponta a idade de início dos sintomas como um importante preditor dos resultados posteriores. Assim, é possível distinguir os indivíduos cujos comportamentos surgiram na infância e persistiram até a adolescência daqueles cujos quais apareceram na adolescência. Existem comportamentos que surgem na infância e tendem a desaparecer na adolescência. Porém, existem casos de comportamentos que surgem na adolescência e tendem a persistir ao longo da idade adulta. Estes tendem ao agravamento ao passo que o indivíduo cresce, ocasionando danos à sociedade (segurança, economia, saúde) e também em diversos âmbitos da vida do indivíduo, tais como físicos, sociais e emocionais (MOFFITT, 2006; QUY e STRINGARIS, 2012; SCOTT, 2012; ODGERS et al, 2007).

Estudos também indicam que dificuldades nas relações interpessoais da criança tendem a agravar problemas comportamentais e escolares. Assim, dificuldades interpessoais na infância podem colaborar para o desenvolvimento de problemas psicológicos, ocasionando danos ao longo da vida do indivíduo (SANT'ANNA, 2011).

Outro fator individual bastante relatado nas pesquisas se refere ao baixo Quociente de Inteligência (QI), colaborando para a manutenção do comportamento antissocial ao longo da vida. Diversas teorias explicativas têm sido levantadas, sendo que uma das mais reconhecidas refere certo desajuste na cognição social, onde, por exemplo, uma ação neutra da figura de autoridade ou dos pares é entendida pela criança/adolescente como uma ação hostil, gerando

uma reação agressiva ou desconfiada (BOLSONI-SILVA, 2003; GONÇALVEZ e MURTA, 2008; SANT'ANNA, 2011, SCOTT, 2012).

Concomitantemente, dados empíricos revelam que o elevado nível intelectual de crianças e jovens, geralmente averiguado por uma medida de QI, podem funcionar como fator protetor para saúde mental da criança/adolescente (LYNAM, MOFFITT e LOEBER, 1993). No estudo de Paula e colaboradores (2018), foi identificado que crianças e adolescentes com o QI elevado, além de configurar fator de proteção ao desenvolvimento de problema de saúde mental, também estava relacionado à melhor resposta a tratamentos e, conseqüentemente, melhor prognóstico (PAULA, 2018). Outro estudo longitudinal brasileiro foi realizado em Taubaté-SP e indicou que menor QI se estabeleceu como importante fator preditivo de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, incluindo TOD/TC (GOODMAN, FLEITLICH-BILYK, PATEL & GOODMAN, 2007).

Mais recentemente, os estudos têm procurado comprovar que atributos pessoais positivos, particularmente no diz respeito a traços de personalidade e caráter, poderiam minimizar os problemas de saúde mental, incluindo TOD/TC (FRIEDMAN e SCHUSTACK, 2004; SISTO, 2004, BARTHOLOMEU, 2005).

Assim, o perfil de temperamento da criança/adolescente, incluindo nível de irritabilidade, impulsividade, intensidade nas reações a estímulos negativos, poderia contribuir para o desenvolvimento de um padrão desafiador e de oposição, por exemplo. Traços insensíveis e desprovidos de emoção também têm sido apontados na literatura como fatores associados ao TOD/TC (QUY e STRINGARIS, 2012; SCOTT, 2012). Autores argumentam que determinados traços de personalidade, ou seja, determinadas tendências ou modo de se comportar em determinadas situações, podem ser decisivos quanto ao desenvolvimento, curso, complicação e até mesmo fator de proteção para o desenvolvimento de PSM (WIDIGER e TRULL, 1992).

Nesta linha, Zayat (2016), identificou em estudo brasileiro de coorte que características positivas de personalidade como resiliência, por exemplo, podem ser altamente protetoras da saúde mental de um indivíduo, ainda que este tenha vivenciado diversos fatores de risco. Hoffmann e colaboradores (2015), em um estudo transversal, encontraram associações entre atributos positivos nas crianças estudadas e sucesso educacional. Tal estudo apontou que atributos positivos (como estar disposto a aprender, ser afetuoso e ser carinhoso) amortecem o impacto da baixa inteligência e dos altos/positivos sintomas psiquiátricos no desempenho

acadêmico. Assim, os autores encontraram associações entre atributos positivos e melhores resultados educacionais, independentemente de inteligência e dos sintomas psiquiátricos, onde o impacto do baixo QI nos problemas de aprendizagem é minimizado por atributos positivos. Outro achado importante deste estudo foi a associação entre atributos positivos altos e sintomas psiquiátricos baixos, sugerindo que intervenções que melhorem essas habilidades na infância, podem estar associadas à diminuição de sintomas psiquiátricos mais tarde da vida. Portanto, os atributos positivos parecem atuar como protetores frente ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (HOFFMANN et al, 2016).

Assim, é possível que uma criança/adolescente, apesar dos fatores de riscos que está exposta, desenvolva ferramentas de proteção ou potencialize os fatores protetores que a cercam, tornando-se resiliente (SCOTT, 2012, ZAYAT, 2016).

Em 1995, num estudo transversal realizado na Suécia com 590 participantes de 0 a 15 anos de idade, Cederblad e colaboradores encontraram resultados na mesma direção, onde traços de temperamento positivo mostraram-se estatisticamente associados a menor ocorrência de transtornos psiquiátricos (CEDERBLAD, DAHLIN, HAGNELL & HANSSON, 1995). Em estudo caso-controle, encontraram associação entre traços de temperamento e caráter com transtorno depressivo. Na amostra de indivíduos com depressão, 58% apresentou algum transtorno comportamental comórbido (TDAH, TOD e/ou TC), além de transtorno de ansiedade. Tal achado ratifica a literatura que aponta tendência entre transtornos internalizantes em crianças com afetividade negativa (ZAPPITELLI et al, 2013).

Percebe-se que traços de temperamento podem desempenhar um papel importante na esfera da saúde mental, predispondo ou protegendo indivíduos do desenvolvimento de problemas de saúde mental. Significa dizer que o temperamento pode influenciar diretamente a suscetibilidade ou não a determinado transtorno (ZAPPITELLI et al, 2013; HOFFMANN et al, 2016). Por isso, novos estudos devem incluí-los entre os potenciais fatores relacionados aos problemas de saúde mental infanto-juvenil, particularmente, pesquisas no campo dos TOD/TC onde evidências ainda são pouco disponíveis.

Apesar da importância do tema nos diferentes contextos mundiais, foi possível constatar a carência na literatura nacional e internacional de estudos seccionais multicêntricos acerca dos temas abarcados neste trabalho. Além disso, a grande maioria dos estudos epidemiológicos que, investigam os fatores associados ao TOD/TC, foram conduzidos nos Estados Unidos, Europa e

Austrália (MURRAY et al., 2013), regiões com índices de violência muito menores que o Brasil.

É sabido que a desigualdade social e a violência crescente no Brasil são grandes desafios para a saúde pública: entre os anos de 1980 e 2014, por exemplo, as taxas de homicídios de jovens menores de 20 anos cresceu 592,8% (WAISELFISZ, 2016). O oposto ocorreu nos Estados Unidos que, entre 1993 a 2011, experimentou declínio de 50% na taxa de homicídio (Bureau of Justice Statistics, United States, 2013). Assim, é possível perceber que, tendo em vista a realidade da maioria da população brasileira, existem grupos mais vulneráveis e suscetíveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, em especial TOD/TC.

Ainda sobre os índices nacionais de criminalidade, mister expor o crescimento de atos infracionais praticados por adolescentes brasileiros. Apenas no Estado de São Paulo constatou-se aumento de 166% de menores presos em flagrante entre 2002 e 2016: 7.942 e 21.139, respectivamente³.

Sabendo do custo social/econômico da delinquência e criminalidade, e de sua associação com o TOD/TC, ressalta-se a importância da identificação precoce, seguida de intervenções adequadas para evitar segregação, marginalização e exclusão destes indivíduos perante a sociedade.

2. HIPÓTESE

Fatores ambientais e pessoais se mostrarão associados ao TOD/TC de crianças e adolescentes da amostra.

Mais especificamente, espera-se que os seguintes fatores de risco aumentarão as chances de crianças/jovens da amostra apresentarem TOD/TC: presenciar e ser vítima de violência doméstica, presenciar e ser vítima de violência urbana/comunitária, ter sofrido abuso sexual, menor escolaridade materna, estado civil da mãe, sexo e idade da criança. Por outro lado, acredita-se que os fatores de proteção, ter religião/frequentar missas/cultos religiosos, participar de atividades pró-sociais e extraescolares, possuir traços positivos de personalidade e maior quociente de inteligência, contribuirão para diminuir as chances dos TOD/TC. Sexo e idade do adolescente devem atuar nas chances da presença de TOD/TC, onde meninos devem apresentar maior taxa em comparação com meninas, assim como adolescentes em relação a crianças mais novas.

³ www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/Pesquisa.aspx

3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Tendo em vista as questões e fatores apresentados acima, é possível reconhecer a importância da saúde mental de crianças e adolescentes, particularmente em relação ao TC e TOD, tendo como consequência desfechos favoráveis ou desfavoráveis para o indivíduo nos mais diversos âmbitos da vida, tais como: individual/funcional, social, familiar/comunitário, profissional, acadêmico, financeiro, dentre outros.

Percebe-se que a infância e adolescência devem receber atenção especial no cerne da saúde mental, levando-se em considerações os fatores de risco e proteção, visando a diminuição daqueles e o fortalecimento desses ao longo do desenvolvimento da pessoa.

Estudos epidemiológicos nacionais são fundamentais para a saúde pública. Pesquisas que tenham investigado associações entre fatores de risco, protetores e TOD/TC, em mais de uma cidade ou região do Brasil, são raros na literatura nacional e internacional, particularmente com o uso de instrumentos de alta confiabilidade e validados para nossa realidade.

Assim, pesquisas que identifiquem potenciais fatores de risco, protetores e grupos vulneráveis, possibilitam desenvolvimento de programas de intervenção, caminhos de prevenção e assistência a crianças e jovens com TOD/TC no Brasil, país com altos índices de desigualdade, pobreza e violência, são de alta relevância. Desta forma, novas pesquisas que ajudem a compreender o quadro do TOD/TC, são de extrema importância, diminuindo os efeitos deletérios destes na saúde mental de crianças e adolescentes.

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivos:

- (i) descrever taxas de TD, segundo sexo e idade de crianças e adolescentes de quatro regiões brasileiras;
- (ii) investigar associação entre fatores psicossociais de risco e de proteção com TOD/TC na infância e adolescência;
- (iii) estabelecer o melhor modelo associativo considerando conjuntamente esses fatores psicossociais em relação ao TOD/TC desta mesma amostra.

4. MÉTODO

Este estudo conta com amostra de uma pesquisa mais ampla, cujos dados já foram coletados, no ano de 2009, sendo intitulado Estudo Epidemiológico sobre a Saúde Mental do Escolar Brasileiro (EESMEB - 2009).

4.1. Desenho do Estudo

O Estudo Epidemiológico sobre a Saúde Mental do Escolar Brasileiro (EESMEB) é um estudo do tipo seccional multicêntrico, que é caracterizado pela investigação direta de uma determinada quantidade de participantes em uma única oportunidade. Pesquisas com este desenho, precisam ser conduzidas com grandes grupos populacionais onde a representatividade amostral é um ponto fundamental. Isso porque seus resultados visam à extrapolação para o universo que aquela amostra representa, ou seja, os resultados de pesquisas epidemiológicas de boa qualidade produzem parâmetros que podem ser estimados para todo o universo representado pela amostra do estudo. Estes parâmetros são, portanto, de grande valia para o planejamento e administração de ações de prevenção, tratamento e promoção de saúde, incluindo a organização de serviços (KLEIN & BLOCH, 2006).

4.2. Local do estudo

Para representar as quatro regiões brasileiras (excluindo a região Sul que já tem boas evidências neste campo), foram sorteados quatro municípios nas regiões metropolitanas de quatro capitais, cada um deles representando uma região: Itaitinga, próximo a Fortaleza - Ceará (Nordeste); Goianira, na região metropolitana de Goiânia - Goiás (Centro-Oeste); Caeté, próximo a Belo Horizonte - Minas Gerais (Sudeste), e Rio Preto da Eva, na região metropolitana de Manaus - Amazonas (Norte).

Os critérios para a seleção dos quatro municípios foram: (i) possuir aproximadamente 30 mil habitantes; (ii) ter Índices de Desenvolvimento Humano -IDH próximos à média dos municípios brasileiros que em 2010 foi de 0,699 (PNUD, 2010⁴); (iii) estar localizado na região metropolitana da capital de um Estado, onde até 2009 não havia sido realizado nenhum estudo epidemiológico sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.

No Brasil existem 5.565 municípios, sendo que a grande maioria deles (4.957) tem até 50 mil habitantes (IBGE, 2010⁵) por isso decidiu-se conduzir esta pesquisa nestes municípios menores.

⁴ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. *Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil*. 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/oque/index.php>

⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística IBGE

4.3. População do estudo e processo de amostragem

A população-alvo desta pesquisa foi a de alunos de 2º (antiga 1ª série) ao 6º ano (antiga 5ª série) do Ensino Fundamental I e II de escolas públicas dos municípios citados acima. Vale lembrar que, devido aos intensos investimentos do Ministério de Educação brasileiro na educação fundamental, praticamente todas as crianças/adolescentes brasileiros entre 6 e 14 anos estão matriculados em escolas, sendo a grande maioria em escolas públicas.

A amostra inicial prevista foi de 2.000 crianças/adolescentes, 500 de cada município sorteado, que estivessem matriculados entre o 2º e 6º ano na rede municipal de ensino e tivessem entre 6 e 16 anos de idade. O estudo foi planejado de forma a evitar uma perda amostral superior a 19% em cada região, no entanto, ao final ocorreu uma perda de 22,5%.

A lista de todos os estudantes do 2º ao 6º ano das escolas públicas dos quatro municípios foi obtida a partir dos registros de matrícula de cada uma das Secretarias de Educação Municipais. Esta lista continha identificação da criança (nome, sexo, ano escolar e idade), nome do responsável, endereço e telefone. Com a posse de todos os matriculados, foi feito um sorteio de estágio único de 500 crianças/adolescentes por município. Não foram realizadas substituições quando alguma família sorteada se recusava a participar do estudo, quando a família não era localizada ou quando faltava repetidas vezes às entrevistas agendadas. Por outro lado, caso o sujeito sorteado não preenchesse os critérios de inclusão, uma nova criança com o mesmo sexo, da mesma escola e com idade semelhante era escolhida para substituir o caso selecionado. Foram incomuns casos de sorteios de crianças/adolescentes que não preenchiam os critérios de inclusão do estudo, a grande maioria deles, ocorreu por erro de idade do registro das escolas.

4.4. Variáveis do estudo e medidas de avaliação

Considerando que os transtornos psiquiátricos são multifatoriais e que existe a necessidade de se compreender a atuação simultânea destes múltiplos fatores, que levam a uma adequada ou inadequada adaptação do indivíduo, o EESMEB contou com instrumentos para a coleta de dados relativos aos principais fatores de risco associados aos transtornos psiquiátricos na infância e juventude apontados na literatura brasileira: problemas de saúde mental da mãe; condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade dos pais; e exposição à violência nos ambientes domésticos e na comunidade

(PAULA et. al, 2010; PAULA et. al, 2008; KIM-COHEN, 2007; KIM-COHEN, MOFFITT e TAYLOR, 2005; RAFFAELLI, KOLLER, CERQUEIRA-SANTOS & DE MORAIS, 2007; KIM-COHEN, 2007; POLETTO & KOLLER, 2008; HALPERN & FIGUEIRAS, 2004).

Para tanto, utilizou-se sete questionários estruturados que serão descritos detalhadamente abaixo. Todos foram coletados segundo entrevista individual com mães/principais responsáveis, enquanto o instrumento WISC-III foi coletado com base em avaliação direta das crianças e jovens.

Todos os fatores, de risco e proteção, foram classificados segundo a teoria de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) em variáveis ambientais (externas e internas) e variáveis individuais.

(A) Variáveis ambientais

1) Externas

Visando descrever características da comunidade onde vivem as crianças e jovens da amostra, também elaboramos um questionário sobre violência na comunidade respondido pela mãe/responsável, contendo os seguintes aspectos (anexo 2):

(i) nível de segurança do bairro onde a família mora;

(ii) vitimização da criança/jovem à violência urbana, incluindo assassinato, assalto e sequestro nos últimos 12 meses;

(iii) exposição indireta (assistir) da criança/jovem aos mesmos tipos de violência urbana.

Ressaltamos que pareceu importante incluir perguntas relativas às características da comunidade, já que diversos autores relatam a importância destes aspectos na vida de crianças, jovens e seus familiares (PAULA et. al., 2008; POLETTO & KOLLER, 2008; STEIN, 2009).

2) Internas (Domicílio e familiar)

2.1) Para a caracterização sociodemográfica e psicossocial das famílias do estudo, foi elaborado por nossa equipe de pesquisa, um questionário com questões destinadas às mães/informante e questões destinadas ao adolescente, conforme pode ser conferido no Quadro 1. Este questionário estruturado era composto por seções com as seguintes informações (anexo 2):

(i) composição familiar;

(ii) dados demográficos da criança/jovem e de seus pais, como sexo, idade, escolaridade da criança e da mãe (esta foi computada como número de anos cursados e completos), estado civil da mãe e local de moradia. Importante ressaltar que dividiremos o estado civil da mãe da seguinte forma: casada (ou vivendo em união estável) ou solteira (viúva ou divorciada), visando caracterizar como risco a ausência da figura paterna no domicílio.

(iii) participação da criança/jovem em atividades pró-sociais, com base em perguntas sobre o nível de envolvimento da criança/jovem em atividades grupais supervisionadas.

(iv) frequência da criança/adolescente em alguma religião, ou seja, se tem religião e participa de missas ou cultos.

(v) identificação de traços positivos de personalidade, também definido como “Self-directedness” segundo a teoria psicobiológica de Cloninger (CLONINGER, SVRAKIC, & PRZYBECK, 1993), que envolve a capacidade da pessoa encontrar uma solução em situações difíceis, boa adaptabilidade/flexibilidade e baixa persistência, por meio de três perguntas estruturadas: (1) Quando você está numa situação difícil, normalmente acha uma saída/solução?; (2) Em geral, você consegue mudar seu comportamento para se adaptar a uma situação nova?; (3) Você desiste facilmente quando as coisas saem errado?

As três perguntas foram feitas segundo três categorias (sempre, às vezes ou nunca), sendo que para o presente estudo, traços positivos representam a somatória destes itens com pontuação contínua variou entre zero e nove, com maior pontuação refletindo mais traços positivos.

2.2) Para a avaliação do nível socioeconômico familiar, foi utilizado o Questionário de Classificação Econômica Brasil – ABEP, 2001⁶. Este questionário foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, em 2003, para a determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família. O questionário inclui uma combinação de itens para identificar a classe social da família: escolaridade do chefe da família, poder econômico familiar para adquirir bens de consumo (eletrodomésticos, veículos), número de banheiros no domicílio e número de empregados mensalistas. Cinco classes sociais podem ser estabelecidas segundo o escore total obtido: A (25-34), B (17-24), C (11-16), D (6-10) e E (0-5). Quanto mais baixo o escore, menor o poder de compra da família (anexo 2).

2.3) Para identificar exposição à violência no domicílio, utilizou-se a versão reduzida do *Core Questionnaire of the World Studies of Abuse in the Family Environment* – WorldSAFE,

⁶ www.abep.org – dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE

que foi respondido pela mãe/responsável (anexo 3). A versão original em inglês do WorldSAFE foi desenvolvida em 1998 por um painel de especialistas de diferentes países (CRUZ, 2005) e posteriormente pesquisadores de São Paulo fizeram a tradução e retro-tradução do questionário (PAULA et. al., 2008). No presente estudo, utilizou-se a Seção B do WorldSAFE, que identifica 33 métodos educativos utilizados por pais ou responsáveis nos últimos 12 meses, com base no Parent-Child Conflict Tactics Scales (FIGUEIREDO, 2002).

Visando identificar o papel acumulado da exposição do adolescente a diferentes tipos de violência, criamos um índice denominado “Número de Eventos Traumáticos”, juntando as variáveis de violência física e sexual, tanto exposição quanto vitimização dos questionários 5 e 6 descritos acima.

2.4) A saúde mental da mãe/principal cuidador foi avaliada por meio do questionário padronizado *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento para problemas de saúde mental em adultos da comunidade, especialmente aqueles de países em desenvolvimento (BEUSENBERG & ORLEY, 1994). O questionário é constituído de 20 perguntas que podem ser respondidas através de autopreenchimento ou de entrevista. Permite fazer o rastreamento de transtornos psiquiátricos menores, especialmente depressão e ansiedade. O SRQ-20 foi validado e sua confiabilidade atestada no Brasil, sendo considerados positivos os indivíduos com escore total acima de sete (MARI & WILLIAMS, 1986) (anexo 2).

B) INDIVIDUAIS

B1) O desfecho clínico de interesse do estudo é o Transtorno Disruptivo (TOD e/ou TC) em crianças e jovens (DSM-5), segundo o instrumento para diagnóstico psiquiátrico K- *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime- K-SADS-PL -PL*.

O instrumento para diagnóstico psiquiátrico *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime- K-SADS-PL* foi empregado para a avaliação de transtornos psiquiátricos das crianças e jovens da amostra. O K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada para avaliar psicopatologia em crianças e adolescentes com base em critérios do DSM-IV (KAUFMAN et. al, 1997). Este instrumento avalia a gravidade dos sintomas e identifica transtornos psiquiátricos atuais e ao longo da vida. Um episódio atual de determinado transtorno se refere ao período de gravidade máxima desse episódio, sabendo-se que o período livre de sintomas não pode ultrapassar dois meses. A versão brasileira da K-

SADS-PL teve sua validade convergente atestada em comparação ao Child Behavior Checklist (CBCL) em amostra consecutiva de crianças e adolescentes (N=78) que procuraram o serviço de triagem do ambulatório de saúde mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro (BRASIL & BORDIN, 2010). Este instrumento foi escolhido para este estudo por ser um dos mais eficazes na detecção de transtornos psiquiátricos na infância/adolescência e por ser um dos mais utilizados em estudos internacionais, o que permitirá a comparação de nossos resultados com amostras de outros países; além do fato do K-SADS-PL já ter sido validado no Brasil, sendo um poucos instrumentos diagnósticos para medir transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes (KAUFMAN et al, 1997; PAULA et al, 2018) (anexo 1).

O K-SADS-PL envolve cinco grupos de diagnóstico, a saber: transtornos afetivos; transtornos psicóticos; transtornos de ansiedade; transtornos comportamentais disruptivos (transtorno de TDAH/conducta/desordem desafiadora da oposição); e abuso de substâncias, distúrbios de tique, transtornos alimentares e transtornos de eliminação (KAUFMAN et al., 1997). Para o presente estudo foi utilizada a seção referente a Transtornos Disruptivos e a confirmação do diagnóstico foi feita por um psicólogo clínico especialista no instrumento, segundo os algoritmos que seguem os do DSM –IV em comparação com os diagnósticos lançados pelos psicólogos entrevistadores (algoritmos foram revisados pelo psicólogo especialista).

B2) Para a avaliação do Quociente de inteligência das crianças e jovens, utilizou-se o QI Estimado, segundo dois subtestes do WISC-III. O instrumento, padronizado para a população brasileira, é composto por subtestes organizados em dois grupos: Verbal e de Execução, que avaliam diferentes aspectos da inteligência, sendo que os escores brutos obtidos nos subtestes são transformados em escores ponderados, que juntos fornecem o QI total, o QI verbal (QIV), no caso dos subtestes verbais, e o QI de execução (QIE), no caso dos subtestes não-verbais acerca da capacidade intelectual de crianças na faixa etária entre 6 e 16 anos (CRUZ, 2005; FIGUEIREDO, 2002).

Apesar do WISC-III ser considerado um dos melhores testes para avaliar cognição em crianças, devido a sua complexidade e longo tempo de aplicação, ele se torna praticamente inviável em estudos com grandes amostras. Por essa razão, formas reduzidas do instrumento têm sido testadas com formatos entre dois e seis subtestes. Como regra, os subtestes Vocabulário e Cubos estão presentes em todas as formas reduzidas, já que tem elementos-chave

para estabelecimento do QIV (compreensão verbal, processamento da linguagem, raciocínio, atenção, aprendizagem verbal e memória) e QIE (processamento visual, da capacidade de planejamento, aprendizagem não-verbal e habilidade para manipulação de estímulos visuais de forma rápida) (FIGUEIREDO, 2002). Estudos têm demonstrado que as formas reduzidas do WISC-III, constituídas por seis testes, não introduz vantagens adicionais relativamente ao uso de formas abreviadas, que incluem dois ou quatro subtestes, uma vez que as correlações com o Quociente Intelectual da Escala Completa (QIEC) são relativamente elevadas, ainda que variáveis (0,87 a 0,97) em comparação com as correlações entre 6 testes e o QIEC (0,93 a 0,95) (FRANZEN & SMITH-SEEMILLER, 2001). Assim, elas são consideradas uma alternativa razoável para avaliar as capacidades cognitivas de crianças (FURGUESON et. al., 1999). Por isso, no presente estudo, utilizaram-se dois subtestes do WISC-III (Vocabulário - escala verbal e Cubos - escala de execução) que forneceram o QI estimado em aproximadamente 20 minutos de aplicação (MELLO et. al., 2011).

A decisão pela inclusão de medidas de inteligência no presente estudo deveu-se aos resultados do recente artigo de Koenen et. al. (2009), que apontam o QI como um importante preditor de transtornos psiquiátricos, assim como o estudo epidemiológico longitudinal concluído no Brasil (GOODMAN, 2007). Para este estudo, utilizaremos a média de QI total da criança/adolescente.

Quadro 1: variáveis, fatores de risco e proteção.

Categorias de interesse	Variável	Instrumento utilizado	Informante criança/adolescente	Informante mãe/principal cuidador
Desfecho clínico	Transtorno Disruptivo (TOD/TC)	Kiddie SADS-PL		X
Fatores de risco	PSM materno	SRQ-20		X
	Presenciar Violência doméstica	WorldSAFE	X	
	Ser vítima de violência doméstica			X
	Presenciar Violência Comunitária/urbana	Questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores	X	
	Ser vítima de violência comunitária		X	
	Abuso sexual		X	
	Quantidade de eventos traumáticos	Variável continua construída a partir dos questionários WorldSAFE e Questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores	X	X
	Menor escolaridade materna	Questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores		X
	Estado civil da mãe (Solteira, viúva, divorciada)			X
	Sexo			X
	Idade			X
		Baixo nível Socioeconômico	Questionário de Classificação Econômica Brasil – ABEP	
Fatores protetores	Ter religião/Frequentar missas/cultos	Questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores		X
	Atividades pró-sociais extraescolares		X	
	Traços positivos		X	
	Quociente de inteligência	QI Estimado do WISC III	X	

4.5. Procedimentos e Aspectos Éticos

A coleta de dados em cada município selecionado iniciou da seguinte forma: reunião presencial entre os Pesquisadores Responsáveis do EESMEB e os Secretários de Educação e de Saúde Municipais; elaborado processo de sorteio dos participantes, auxiliado pelas Secretarias Municipais de Educação; organização do espaço físico para os entrevistadores; sensibilização e esclarecimento dos diretores escolares, assim como dos pais. A partir das listas das escolas, foram feitos os sorteios dos 500 participantes por cidade (dupla estudante e sua mãe/principal responsável). Todas as escolas sorteadas aceitaram participar. No dia da entrevista mães/principais responsáveis recebiam o valor gasto com transporte, recebiam uma Carta de Apresentação do estudo e assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes do início das entrevistas.

As entrevistas com as mães/principais responsáveis e a concomitantemente aplicação dos instrumentos com as crianças/adolescentes, foram realizados em um imóvel alugado pela equipe do EESMEB na região central de cada cidade. Profissionais diferentes entrevistavam mães/principais responsáveis e avaliavam crianças, evitando a contaminação de dados. As avaliações foram realizadas em salas privativas, respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes (inclusive no momento da digitação nos bancos de dados) e levaram, em média, uma hora e meia por família.

O projeto EESMEB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo com número de protocolo CAEE 0301/09. Foi acordado com a Secretaria de Saúde atendimento dos casos prioritários identificados pela equipe de pesquisa. Ao final da coleta de dados, foram enviados relatórios com os dados gerais da pesquisa às quatro Secretarias de Educação e Saúde.

No tocante à seleção e treinamento dos psicólogos, que realizaram a coleta de dados, foram feitas divulgações para identificação de psicólogos que moravam nos arredores dos municípios sorteados. Após envio de currículo e seleção, uma equipe de especialistas em cada um dos instrumentos do estudo dirigiu-se aos quatro municípios para treinamento dos selecionados (quatro equipes de 12 psicólogos cada). Optou-se por trabalhar com psicólogos devido à complexidade do K-SADS-PL, e a necessidade de registro no Conselho Regional de Psicologia para a aplicação do teste WISC-III.

Acerca da digitação, limpeza dos dados e obtenção dos diagnósticos, procedeu-se da seguinte forma: concomitantemente à coleta de dados, realizou-se a entrada dos dados no Programa SPSS- versão 15.0 com dupla entrada e com plano de consistência para identificação/correção de erros de digitação. Em relação ao banco de dados do K-SADS-PL, a confirmação do diagnóstico foi feita por um psicólogo clínico especialista no instrumento, devido à complexidade do diagnóstico de Transtorno Disruptivo através do uso de algoritmos que seguem os do DSM –IV em comparação com os diagnósticos lançados pelos psicólogos entrevistadores. Esse rigor foi necessário para o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno Disruptivo.

4.6. Análise Estatística

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva, com cálculo das médias e respectivos desvios-padrões para as variáveis contínuas, e no caso das variáveis categóricas, foram obtidas proporções e respectivos intervalos de confiança.

O segundo passo foi a condução da análise bivariada, buscando associações dos fatores psicossociais em relação aos PDC segundo testes de QuiQuadrado e Teste exato de Fisher para obtenção do *odds ratio*, considerando o intervalo de confiança de 95%. Variáveis contínuas foram comparadas com base no Teste T, quando tiveram distribuição normal, ou segundo testes não paramétricos (teste de Mann-Whitney U Test) entre aquelas com distribuição não-normal.

Essas análises exploratórias forneceram subsídios para a construção de modelos multivariados, seguindo a seguinte estratégia: (i) inicialmente variáveis com p-valores $\leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para a inclusão no modelo; (ii) em seguida, as variáveis que entraram no modelo na etapa (i) e que apresentem p-valores considerados estatisticamente significativos ($p \leq 0,05$) ou valores considerados limítrofes ($0,10 > p > 0,05$) foram retidas no modelo multivariado; (iii) depois, aquelas variáveis que não entraram no modelo na primeira etapa (p-valores $\geq 0,20$ na análise bivariada) foram introduzidas no modelo multivariado e retidas quando seus p-valores se mostraram significativos ou limítrofes; (iv) por fim, termos de interação foram incluídos e avaliados no modelo. Essa estratégia foi adaptada a partir das propostas de Mickey & Greenland (1989) Souza & Migon (2004).

5. RESULTADOS

Esse estudo contou com amostra representativa de 1.550 escolares de quatro municípios brasileiros, distribuídos segundo a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de crianças/adolescentes de acordo com os municípios (N= 1.550)

Município	Crianças/adolescentes		
	Total N (%)	Meninas N (%)	Meninos N (%)
Caeté-MG	434 (28,0)	206 (47,5)	228 (52,5)
Goianira-GO	421 (27,2)	201 (47,7)	200 (52,3)
Itaitinga-CE	367 (23,7)	179 (48,8)	188 (51,0)
Rio Preto da Eva-AM	328 (21,2)	151 (46,0)	177 (54,0)
TOTAL	1550 (100)	737 (47,5)	813 (52,5)

A taxa de prevalência de TD (TOD/TC) na amostra total foi de 2,3%. Entre as crianças e adolescentes do sexo masculino essa taxa foi de 3,1%, e de 1,2% entre crianças/adolescentes do sexo feminino. Os detalhes sobre a prevalência segundo local de moradia foram publicados anteriormente (PAULA et al., 2015).

A análise bivariada identificou dez fatores associados aos Transtornos Disruptivos. Assim, as crianças e adolescentes da amostra que apresentavam Transtornos Disruptivos tinham o dobro da chance de serem do sexo masculino (IC95%: 1.19 – 5.53) e de serem adolescentes (faixa etária 11-16 anos) (IC95%: 2,3–28,6). Além disso, tinham quatro vezes mais chances de serem filhos de mães com PSM (IC95%: 1.91 – 8.18) e de terem sido vítimas de violência doméstica (IC 95%: 2.18-8.86), assim como tinham praticamente seis vezes mais chance de terem assistido/presenciado violência urbana (IC 95%: 2.76-12.8), de terem sido vítimas de violência urbana (IC 95%: 2.39-17.7) e de terem presenciado violência doméstica (IC 95%: 3.29-13.1) que seus colegas sem Transtornos Disruptivos. Ao somar todos os eventos traumáticos dos que tinham sido expostos, foi possível identificar uma associação gradual entre número de eventos e risco de Transtornos Disruptivos, ou seja: crianças/adolescentes que haviam passado por um evento traumático apresentavam 4 vezes mais chance (IC 95%: 2.12-10.45); os expostos a dois eventos traumáticos apresentaram 8 vezes mais chance (IC 95%: 2.64-26.89); enquanto que aqueles que haviam passado por três ou mais exposições apresentaram 27

vezes mais chances (IC 95%: 8.74-84.99) que as crianças/adolescentes sem Transtornos Disruptivos.

Por outro lado, identificou-se dois fatores protetores, onde as crianças/jovens que participavam de atividade religiosa (IC 95%: 0.15-0.65) e que tinham maior média de traços positivos de personalidade (IC 95%: 0.61-0.91), tinham menores chances de apresentarem Transtornos Disruptivos, 22% e 28% respectivamente (tabela 2).

Tabela 2: Associação bivariada entre preditores de Transtorno Disruptivo (TD) (N=1550)

	Amostra total *	Sem TD	Com TD	OR	95% CI
CRIANÇA/ADOLESCENTE					
Gênero					
Menina	737 (47.6)	728 (48.0)	9 (36.5)		
Menino	813 (52.4)	788 (52.0)	25 (73.5)	2.57	1.19 – 5.53
Idade					
6-10	1144 (73.8)	1125 (74.2)	19 (55.9)		
11-16	406 (26.2)	391 (25.8)	15 (44.1)	2.27	1.14 – 4.51
Religião					
Não	207 (13.4)	196 (12.9)	11 (32.4)		
Sim	1343 (86.6)	1320 (87.1)	23 (67.6)	0.31	0.15 – 0.65
Atividades extra escolares					
Não	1112 (71.7)	1086 (71.6)	26 (76.5)		
Sim	438 (28.3)	430 (28.4)	8 (23.5)	0.78	0.35 – 1.73
Traços positivos – M (SD)	7.29 (1.34)	7.31 (1.33)	6.61 (1.80)	0.75	0.61 – 0.91
QI – M (SD)	91.00 (16.46)	91.08 (16.48)	87.62 (15.45)	0.99	0.97-1.01
FAMÍLIA					
Estado civil da mãe					
Casada/União Estável	1251 (80.7)	1228 (81.0)	23 (67.6)		
Solteira, viúva, divorciada	299 (19.3)	288 (19.0)	11 (32.4)	2.04	0.98 – 4.23
Escolaridade maternal		6.89 (3.93)	5.79 (3.06)	1.10	0.01-- 2.18
PSM Materno					
Não	989 (64.7)	978 (65.4)	11 (32.4)		
Sim	540 (35.3)	517 (34.6)	23 (67.6)	3.96	1.91 – 8.18
Nível socioeconômico					
A/B	129 (8.3)	127 (8.4)	2 (5.9)	-	-
C	791 (51.0)	776 (51.2)	15 (44.1)	1.23	0.28 – 5.43
D/E	630 (40.7)	613 (40.4)	17 (50.0)	1.78	0.40 – 7.72
VIOLÊNCIA					
Presenciar violência comunitária/urbana					
Não	1435 (92.9)	1411 (93.4)	24 (70.6)		
Sim	109 (7.1)	99 (6.6)	10 (29.4)	5.94	2.76 – 12.8
Ser vítima de violência comunitária/urbana					
Não	1499 (97.1)	1470 (97.4)	29 (85.3)		
Sim	44 (2.9)	39 (2.6)	5 (14.7)	6.50	2.39 – 17.7
Presenciar violência doméstica					
Não	1348 (87.3)	1330 (88.1)	18 (52.9)		
Sim	196 (12.7)	180 (11.9)	16 (47.1)	6.57	3.29 – 13.1
Ser vítima de violência doméstica					
Não	1120 (72.3)	1107 (73.1)	13 (38.2)		
Sim	428 (27.7)	407 (26.9)	21 (61.8)	4.39	2.18 – 8.86
Abuso sexual					
Não	1507 (97.7)	1473 (97.7)	34 (100.0)		
Sim	35 (2.3)	35 (2.3)	0 (0.0)	-	-
Número de eventos traumáticos					
0	1218 (79.3)	1205 (80.2)	13 (38.2)	-	-
1	248 (16.2)	236 (15.7)	12 (35.3)	4.71	2.12 – 10.45
2	48 (3.1)	44 (2.9)	4 (11.8)	8.43	2.64 – 26.89
3 ou mais	22 (1.43)	17 (1.1)	5 (14.7)	27.26	8.74 – 84.99

* Os parâmetros são N (%), salvo quando especificados de outra forma.

Tabela 3 - Análise multivariada: modelo inicial e final de regressão logística dos fatores de risco e proteção relacionados ao Transtorno Disruptivo entre crianças/adolescentes (N=1550)

	Modelo Inicial			Modelo Final		
	OR	p	Intervalo de confiança 95%	OR	p	Intervalo de confiança 95%
Fatores de Risco/Proteção						
Sexo da criança/adolescente						
Feminino						
Masculino (categoria de referência)	1,893	0,131	0,827 - 4,337	1,902	0,120	0,846 - 4,275
Idade da criança/adolescente	1,616	0,214	0,759 - 3,443	1,852	0,099	0,890 - 3,855
PSM materna	2,419	0,027	1,106 - 5,290	2,575	0,015	1,203 - 5,509
Presenciar violência comunitária/urbana	3,489	0,128	0,697 - 17,468	4,001	0,001	1,718 - 9,316
Ser vítima de violência comunitária/urbana	2,382	0,286	0,483 - 11,752	3,629	0,001	1,721 - 7,656
Presenciar violência doméstica	2,565	0,294	0,441 - 14,906	--	--	--
Ser vítima de violência doméstica	3,513	0,001	1,621 - 7,617	3,298	0,002	1,564 - 6,953
Nenhum evento traumático	--	0,929	--	--	--	--
1 evento traumático	0,759	0,880	0,021 - 27,143	--	--	--
2 eventos traumáticos	0,993	0,995	0,100 - 9,869	--	--	--
3 ou mais eventos traumáticos	0,691	0,679	0,120 - 3,983	--	--	--
Religião	0,399	0,031	0,173 - 0,919	0,376	0,017	0,168 - 0,839
Traços positivos	0,911	0,389	0,736 - 1,127	--	--	--

Análises multivariadas foram conduzidas com a finalidade de verificar associações entre os fatores investigados e o desfecho (Transtorno Disruptivo). Foram feitas análises multivariadas de regressão logística. Alguns fatores que haviam sido associados na análise bivariada, perderam a significância na análise de regressão logística multivariada (final).

Por meio destas análises, verificou-se que: ser menino ($p=0.120$; IC 95%: 0.84-4.27); ser mais velho ($p=0.099$; IC 95%: 0.89-3.85); ter mãe com problema de saúde mental ($p=0.15$; IC 95%: 1.20-5.50); presenciar violência comunitária/urbana ($p=0.001$; IC 95%: 1.71-9.31); ser vítima de violência urbana/comunitária ($p=0.001$; IC 95%: 1.7-7.65) e ser vítima de violência doméstica ($p=0.002$; IC 95%: 1.56-6.95) atuaram como fatores de risco para o desenvolvimento de Transtorno Disruptivo. Um fator protetor que manteve a significância foi a Religião (pertencer/frequentar missas e/ou cultos) ($p=0.017$; IC 95%: 0.16-0.83).

Assim, uma criança/adolescente possui quase duas vezes mais chance de ter PSM por ser menino (OR: 1.9) e mais velho (OR: 1.8). Duas vezes e meia mais chance se tiver uma mãe com problema de saúde mental (OR: 2.5). Além disso, o fato de ter presenciado violência comunitária/urbana aumenta em quatro vezes (OR: 4.0) a chance do desenvolvimento de Transtorno Disruptivo; presenciar violência doméstica aumenta quase quatro vezes (OR: 3.6) as chances enquanto ser vítima de violência doméstica três vezes (OR: 3.2).

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho baseou-se na avaliação de 1550 famílias de quatro regiões do Brasil, com o objetivo de rastrear problemas de saúde mental e fatores associados em crianças e adolescentes das regiões norte, nordeste, centro-oeste e sudeste do país.

Importante ressaltar a relevância do presente estudo, tendo em vista a carência na literatura de dados desta dimensão realizados com a população infanto-juvenil brasileira. Muitos autores apontam para a saúde mental da criança e/ou do adolescente como algo importante e relevante para a trajetória ao longo da vida destes indivíduos (GOODMAN et al, 2007; FATORI et al, 2013).

O presente trabalho apontou prevalência de TOD/TC na amostra total de 2,3%, sendo 3,1% entre meninos e 1,2% entre crianças/adolescentes do sexo feminino. Murray e colaboradores (2013), em um estudo de revisão sistemática com metanálise, em seus resultados, apontaram uma média de prevalência no Brasil para TC e TOD de 4,1%, portanto, superior a

identificada na presente amostra. Importante ressaltar que esta revisão revelou grande variedade entre os estudos identificados, com prevalência oscilando entre 6,6 e 48%, então neste sentido, nossos resultados podem ser considerados em acordo com a literatura. Outra revisão sistemática revelou prevalência de TOD/TC que variam entre 1 e 10% (média 4,17%) no Brasil, 5,5% no Canadá e 30% em países em desenvolvimento (THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014). Cruzeiro e colaboradores (2008), em um estudo de base populacional realizado na região Sul do Brasil, chegou à prevalência de TC de 29,2% (CRUZEIRO et al, 2008).

A possível explicação para tamanha oscilação de resultados sejam as diferenças metodológicas dos estudos tais como: tamanho amostral, perfil da amostra, tipo de informante, instrumentos utilizados, desenhos de estudo, além do local do estudo. Para alguns autores, a explicação para a elevada prevalência no Brasil, dá-se em razão da grande influência ambiental onde vivem essas crianças/adolescentes. Assim, o resultado pode refletir a realidade dessa população, geralmente comunidades urbanas empobrecidas, comuns em países em desenvolvimento como o Brasil, estando estas crianças/adolescentes expostas a múltiplos fatores de risco (MURRAY et al, 2013; VILHENA e PAULA, 2017; CURTO, 2011; SÁ, BORDIN, MARTIN e PAULA, 2010).

Crianças e adolescentes com TOD/TC sofrem em razão de sua conduta, pois, devido seu perfil desafiador/opositor e/ou seus comportamentos delinquentes, tendem a ser discriminadas pelos colegas no ambiente escolar, sendo inclusive alvo de *bullying*. Alguns são rejeitados, inclusive, no âmbito familiar, pois é comum que os pais deixem de frequentar ambientes de convívio com parentes devido ao comportamento difícil do filho. Assim, a necessidade de identificação dessas crianças é reforçada, para que seja oferecida assistência devida, evitando o agravamento do transtorno e consequentes comorbidades, diminuindo o impacto ao longo da vida destes indivíduos e, conseqüentemente, na sociedade (BORDIN e OFFORD, 2000; MOORE et al, 2017).

Com a finalidade de identificar associações entre as variáveis investigadas e o desfecho clínico (Transtorno Disruptivo), foram conduzidas análises estatísticas sendo que melhor modelo associativo considerando conjuntamente todos os fatores psicossociais em relação ao TOD/TC desta amostra foram os seguintes: (1) sexo da (criança/adolescente); (2) idade; (3) PSM materno; (4) presenciar violência urbana/comunitária; (5) ser vítima de violência urbana/comunitária; (6) ser vítima de violência doméstica; (7) pertencer a uma religião.

Na amostra estudada, verificou-se que meninos são duas vezes mais propensos (OR: 1.9) a desenvolverem Transtorno Disruptivo (TD) do que as meninas. Considerando o disposto na literatura nacional e internacional, tal dado vai de encontro com o que já foi apontado em diversas pesquisas. De acordo com a grande maioria dos estudos disponíveis na literatura, é sabido que os principais comportamentos relacionados ao TOD/TC estão na esfera externalizante e são mais comuns em meninos, corroborando os resultados do presente estudo. Meninos, geralmente são mais agressivos, portanto possuem maior tendência à agressividade, quando externalizam um sentimento negativo. O oposto ocorre com as meninas que, em geral, tendem a internalizarem sentimentos (MURRAY et al, 2010; PAULA, ZAYAT, YASSUTAKE e NAKAMURA, 2015; MOORE et al, 2017; BORDIN e OFFORD, 2000, THIENGO et al, 2014).

Pelo fato de meninas, em sua maioria, possuírem mais comportamentos internalizantes e os instrumentos de rastreio buscarem, em geral, comportamentos externalizantes, é possível que meninas deixem de ser diagnosticadas com TOD/TC, impossibilitando que estas recebam intervenções e atendimentos devidos. Dean e colaboradores (2016) apontaram o fenômeno da camuflagem em um estudo realizado com 96 crianças do ensino médio, sendo 48 meninas e meninos com desenvolvimento típico e 48 meninas e meninos com transtorno do espectro do autismo. O estudo concluiu que meninas autistas usaram comportamentos compensatórios que pareceram mascarar seus desafios sociais, diferente dos meninos autistas que tendiam ao isolamento, facilitando a percepção do transtorno em meninos. Os resultados do estudo citado, destacaram um viés masculino na percepção do transtorno do espectro do autismo. Desta maneira, entende-se necessário que os instrumentos diagnósticos sejam atualizados e outros meios de rastreio sejam utilizados com a finalidade de evitar o fenômeno da camuflagem em meninas com TOD/TC (DEAN, KASARI e HARWOOD, 2016).

Por outro lado, parece haver particularidades no constructo dos TC e TOD de meninas e jovens do sexo feminino. Um estudo realizado exclusivamente com meninas infratoras, sob custódia e liberdade assistida, na cidade do Rio de Janeiro, apontou que 77% da amostra possuía diagnóstico de Transtorno de Conduta e 50% diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante. Também demonstrou que as meninas com TC referiram significativamente maior abuso/dependência de álcool e/ou de drogas ilícitas. Os autores concluem que apesar dos TOD/TC serem mais frequentes entre meninos, quando o TOD/TC está presente em meninas, costuma estar associado ao uso/abuso de álcool e de drogas ilícitas, levando-as para a

criminalidade/delinquência quando comparadas a meninos infratores (ANDRADE et al, 2011, CRUZEIRO et al, 2008).

No que se refere a idade da criança/adolescente, os sujeitos mais velhos da amostra em epígrafe possuíam o dobro de chance de desenvolverem TOD/TC (IC 95%: 0.89 - 3.85). Pesquisas anteriores corroboram os achados neste trabalho. Há uma ampla literatura versando sobre a idade do adolescente como fator de risco do TOD/TC, onde estudos demonstram que, à medida que a criança cresce, desenvolve força física e aptidão mental, crescem também os comportamentos externalizantes ligados ao TOD/TC. Assim, são mais frequentes condutas agressivas, violentas e delinquentes em um adolescente com TD do que em uma criança sem PSM (BORDIN e OFFORD, 2000; COSTELLO et al, 2005; COLMAN et al, 2009; MOORE et al, 2017).

Outrossim, como uma estrada de mão dupla, ao passo que a criança cresce e seus comportamentos antissociais se perduram e são ratificados em diversos ambientes, mais essa criança é discriminada e marginalizada pelos grupos de convívio (escola, família, bairro/condomínio), impactando em seu desempenho escolar, social e, muitas vezes, sua saúde pois não é incomum que estes indivíduos tendam para o uso de substâncias como cigarro, álcool e drogas ilícitas (CRUZEIRO, et al, 2008; COLMAN et al, 2009; MURRAY et al, 2010; CURTO et al, 2011; MURRAY et al, 2013, PETRESCO, 2014; SCOTT et al, 2001).

Outro fator importante achado no presente estudo, diz respeito à saúde mental materna. Crianças/adolescentes da presente amostra, possuíam duas vezes e meia mais chances (IC 95%: 1,203-5,509) de desenvolverem TOD/TC quando tinham mães com problema de saúde mental. Estes resultados vão ao encontro da literatura das últimas décadas, que justifica que mulheres, especialmente com transtornos menores como transtorno depressivo e/ou transtorno de ansiedade, tendem a ter mais dificuldades no que tange a afetividade com seus filhos. Sabe-se que, quando a criança sofre privação afetiva, é comum que surjam comportamentos antissociais em um ou mais ambientes em que este está inserido. Vale ressaltar que as mães, assim como as crianças/adolescentes também estão expostas a fatores negativos e ambientes desfavoráveis, seja no que se refere à violência comunitária/urbana, violência doméstica (muitas são agredidas psicológica e/ou fisicamente pelo parceiro), além do baixo nível socioeconômico (BORDIN e OFFORD, 2000; COSTELLO et al, 2005; PAULA et al, 2014; PAULA et al, 2015).

Claras são as evidências no âmbito da saúde mental da mãe, onde mães com transtorno depressivo proporcionam uma parentalidade ineficaz, promovendo a agressividade nas crianças. Insta salientar que alguns estudos têm apontado que mulheres que tiveram depressão antes da gestação ou até mesmo depressão pós-parto não configuraram risco para o desenvolvimento de TOD/TC na criança. Porém, mulheres que sofreram de depressão durante a criação, ou seja, no trato e cuidados diários da criança/adolescente evocam comportamentos agressivos nos filhos (KIM-COHEN et al, 2007; MOFFITT, 2006; PAULA et al, 2015).

Ainda é comum, lamentavelmente, que muitas mulheres desconheçam seu diagnóstico, seja por falta de orientação e esclarecimento, seja por falta de políticas que forneçam o devido encaminhamento a mulheres da comunidade a serviços psiquiátricos, não são raros os lares em que não haja devido suporte para a criança. Muitas vezes, estas crianças/adolescentes são criados com falta de proximidade materna, ausência ou carência de supervisão, amparos básicos como alimentação e atendimento ambulatorial, por exemplo, ainda, métodos inconstantes de correção, além da falta de estímulos positivos e diálogo (FATORI et al, 2013; FONTAINE et al, 2011; GOODMAN et al, 2007; GRAÇA et al, 2010; PAULA et al, 2015; VILHENA e PAULA, 2017).

Outro fator de risco de suma importância diz respeito ao fato da criança/adolescentes ter presenciado violência urbana. Na presente amostra, ficou evidenciado que crianças/adolescentes que haviam sofrido ou presenciado violência urbana/comunitária tinham mais risco de apresentarem TOD/TC, sendo chance três vezes maior entre os vitimizados (IC 95%: 1,72-7,66) e quatro vezes entre os que haviam presenciado esse tipo de violência (IC 95%: 1,72-9,32).

Sabe-se que a violência urbana é muito comum em países em desenvolvimento, repleto de comunidades carentes, como “favelas”. Segundo o CENSO 2010⁷ (IBGE), cerca de 11,4 milhões de pessoas residiam em aglomerados subnormais (favelas) no Brasil. Outro dado interessante é o fornecido pelo PNAD 2015⁸, que informou que apenas 72,5% da população brasileira contava com os seguintes serviços de saneamento básico: conexão à rede de esgoto, coleta de lixo e água encanada. Isso significa que cerca de 18,7 milhões de domicílios urbanos

⁷ <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas>

⁸ <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>

não contam com todos esses serviços considerados básicos para salubridade e qualidade de vida.

Os resultados encontrados no presente estudo estão em consonância com as evidências apontadas na literatura, que trazem a violência urbana/periférica como um fator de risco (COSTELLO et al, 2005; MURRAY et al, 2010; MURRAY et al, 2013; CURTO et al, 2011; PAULA et al, 2015). Em razão da exposição, geralmente precoce à violência comunitária, crianças/adolescentes tendem a desenvolver comportamentos violentos e agressivos (CRUZEIRO et al, 2008; BORDIN e OFFORD, 200; PAULA et al, 2008; PAULA et al, 2015; FONTAINE et al, 2011; CURTO et al, 2011; MURRAY et al, 2010; MURRAY et al, 2013).

Para Murray e colaboradores (2010) resta uma dúvida sobre a influência do local no comportamento, pois não é possível definir até que ponto o bairro/comunidade influenciaria o comportamento antissocial e até que ponto pessoas antissociais tendem a viver nessas áreas desfavorecidas, onde somente estudos longitudinais de longo prazo poderiam responder a essas perguntas. Neste sentido, um estudo longitudinal americano especificamente testando associações entre vizinhança e desenvolvimento indicaram que bairros têm apenas efeitos indiretos no comportamento, pois os meninos que apresentavam elevada pontuação de risco tendiam a ser delinquentes independente do local onde vivem. No entanto, crianças/adolescentes com baixos escores alto risco tendiam a ser delinquentes quando habitavam em áreas desfavorecidas (MURRAY e FARRINGTON, 2010). Assim, entende-se que o ambiente é fator de risco relevante para crianças/adolescentes com médio e baixo escore de risco, afetando assim, a população que vive em bairros/comunidades de baixa renda e altos graus de violência e exclusão social. Entende-se que é muito importante que sejam criadas políticas públicas com a finalidade de erradicar a violência das comunidades, fornecendo, por exemplo atividades extra curriculares para que crianças e adolescentes de baixa renda tenham acesso a ações, projetos e/ou atividades nos âmbitos culturais, esportivos, técnico-profissionalizantes, entre outros (MURRAY et al, 2010; GOTTFREDSON apud MURRAY, 2010; RUTTER apud MURRAY, 2010).

Uma explicação alternativa à mais tradicional citada anteriormente foi aventada por Murray et al (2013), onde crianças brasileiras, quando comparadas a crianças de países pouco violentos, poderiam apresentar níveis mais elevados de comportamento antissocial (ainda que não se enquadrassem no diagnóstico de TOD/TC) por uma questão de adaptação ao ambiente

onde vivem. Ou seja, é possível que comportamentos externalizantes violentos e agressivos configurem uma espécie mecanismo de defesa/adaptação destes indivíduos. É como se as crianças/adolescentes brasileiros, por viver num lugar violento, aprendessem e adotassem um comportamento agressivo para se adaptarem ao convívio em um ambiente violento, seja para conviver melhor com seus pares, seja em resposta à pressão exercida pelos grupos antissociais (MURRAY et al, 2013).

Ainda no cerne da violência, os resultados do presente estudo, revelaram que uma criança/adolescente vítima de violência doméstica possui três vezes mais chance de ter TOD/TC comparando-se a colegas sem esse fator de risco (IC 95%: 1,5-6,9). Estes dados estão de acordo com a literatura que versa sobre violência doméstica como um todo, incluindo condutas como: negligência na criação dos filhos, métodos inconstantes de correção, abusos físico, psicológico e sexual, lares caóticos, falta de suporte emocional, ausência de diálogos e compreensão, dentre outros. Assim, não são raras às vezes em que o abusado torna-se abusador, o violentado torna-se violento e assim sucessivamente. Ou seja, a vítima tende a tornar-se a perpetuadora da conduta pela qual foi vitimizada (CURTO et al, 2011; CRUZEIRO et al, 2008, PAULA et al, 2015; ZAYAT et al, 2016).

Vale salientar que, apesar dos fatores associados ao TOD/TC parecem ser multideterminados, sabe-se que a exposição a maior quantidade de fatores de risco torna a criança/adolescente mais vulnerável e propensa ao desenvolvimento de TOD/TC. Neste sentido, entende-se que a exposição a ambientes violentos tende a cronificação do diagnóstico. A criança/adolescente não encontra segurança, amparo, apoio em conflitos nem em casa, nem na escola, nem em locais de atividades extraescolares, assim, em decorrência da falta de suporte emocional tende a responder com condutas antissociais, delinquentes e/ou criminosas, seja por excesso de exposição a ambientes hostis, seja por carência de amparo emocional e psicológico.

Entre todos os fatores de proteção investigados nesta pesquisa, o único que tem impacto positivo, mesmo na presença dos fatores de risco, é o fato da criança/adolescente ter ou pertencer a uma religião, que diminuía em 63% sua chance de apresentar TOD/TC (OR=0,37). Esse dado é bem interessante, principalmente porque como dito anteriormente, são raros os estudos que conseguem identificar fatores de proteção em relação a saúde mental infanto-juvenil. Nossos resultados vão de acordo com outro estudo nacional, transversal, realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, com 1112 adolescentes de 11 a 16 anos, utilizando o questionário MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*) para investigação de

Transtorno de Conduta, apontando que pertencer a uma religião e frequentar missas/cultos como fator protetor para o desenvolvimento de Transtorno de Conduta (CRUZEIRO et al, 2008). Internacionalmente, um estudo assinalou que a religiosidade está associada a uma melhor saúde mental. Este estudo apontou que pessoas que afirmavam possuir religião alimentavam-se mais adequadamente, tendiam a agir positivamente frente aos problemas e possuíam melhores respostas ao tratamento medicamentoso (SMOLAK, GEARING, ALONZO, BALDWIN, HARMON e MCHUGH, 2013).

Um estudo de revisão demonstrou que, no que diz respeito à relação entre religião, espiritualidade e saúde, existe uma relação forte e positiva entre essas esferas e a saúde mental. Pesquisas apontam que pessoas religiosas tendem a apresentar melhores indicadores de bem-estar físico e psicológico, na medida em que apresentam menores taxas de doenças físicas e psicológicas, como depressão, suicídio, ansiedade, abuso de substâncias e problemas conjugais. Além disso, este estudo de revisão também apontou que pessoas que professaram pertencer a religião apresentaram maior senso de apoio social e experimentaram emoções e atos positivos como felicidade, esperança, otimismo e gratidão, por exemplo (FREIRE e MOLEIRO, 2015).

Em relação a recuperação doenças físicas e mentais, manutenção da saúde mental, física e longevidade, pesquisas apontam que envolvimento religioso está relacionado a melhores resultados. Além disso, pessoas que frequentam agências religiosas, apontam a prática religiosa como alento para a vida quando encontram o apoio da rede social que estabelecem ao frequentar tais agências (REINALDO e SANTOS, 2016).

Além disso, em um ambiente de comunidade carente, a instituição religiosa pode configurar como única rede de inclusão social da criança/adolescente. Finalmente, a literatura também tem demonstrado que possuir bom relacionamento com um adulto de referência, não necessariamente o pai, gera na criança/adolescente melhorias na autoestima, competências e habilidades, tornando a criança/adolescente mais resiliente para lidar com as situações adversas que possa ser/estar exposta (SCOTT, 2012). Desta forma, outra hipótese explicativa para o efeito positivo da religiosidade verificado no presente estudo, seria que, possuir bom relacionamento com líderes religiosos e/ou adultos que professem a mesma fé, representaria um modelo de apoio durante a infância/adolescência.

Apesar das contribuições desta pesquisa, no campo dos fatores de risco e proteção em relação ao TOD/TC, algumas limitações precisam ser listadas: (1) perda amostral foi superior ao planejado, o que pode ter enviesado em algum nível os resultados obtidos; (2) o K-SADS-

PL foi aplicado às mães/principais cuidadoras, sem entrevistar as crianças/adolescentes sobre sua sintomatologia; (3) os dados foram coletados no ano de 2009 e (4) trata-se de um estudo seccional, portanto, os dados coletados se referem a informações prestadas em uma única oportunidade.

7. CONCLUSÕES

O presente trabalho representa um estudo epidemiológico multicêntrico que investigou fatores associados ao Transtorno Disruptivo (TD) em quatro regiões brasileiras, onde identificou-se os seguintes fatores psicossociais de risco: ser do sexo masculino, ser mais velho (adolescente), possuir mãe com problema de saúde mental, ter presenciado/ sido vítima de violência urbana/comunitária e ter sido vítima de violência doméstica.

Como fator protetor foi identificada a variável ter/pertencer a uma religião. Ou seja, ainda que a criança/adolescente estivesse exposto a fatores de risco, o fato de estar inserido em um ambiente religioso, configurou como ambiente/fator de proteção à saúde mental dessas crianças/adolescentes. Trata-se de um ponto interessante a ser considerado em modelos de prevenção, no entanto, faz-se necessária a realização de novas pesquisas, envolvendo maior número de participantes, inclusive pesquisas longitudinais, aumentando assim o poder do estudo, visando confirmar ou refutar o papel protetor deste achado.

Importante salientar que quanto mais precoce a identificação das características relacionadas ao TOD/TC, mais cedo é possível realizar intervenções e, conseqüentemente, maiores são as chances de inibição do desenvolvimento do PSM. Estratégias de tratamentos que levam em conta indivíduo, escola e família têm-se demonstrado eficazes na redução dos sintomas de TOD/TC.

Levando em consideração a situação de vulnerabilidade de muitas crianças/adolescentes brasileiros, o presente estudo identificou importantes e relevantes fatores de risco e de proteção para a saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros, o que é de extrema importância para a trajetória de saúde mental infanto-juvenil nacional.

Assim, baseando-se nas evidências atuais e na contribuição do presente estudo é de grande valia que políticas públicas sejam implementadas com a finalidade de prevenir e promover a saúde mental precocemente desta população mais vulnerável, considerada de risco.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostini, V.L.M. Santos, W.D.V. (2018). Transtorno Desafiador De Oposição E Suas Comorbidades: Um Desafio Da Infância À Adolescência. *Psicologia.pt. O portal dos psicólogos*. http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?transtorno-desafiador-de-oposicao-e-suas-comorbidades-um-desafio-da-infancia-a-adolescencia&codigo=A1175.
- Andrade, R. C., Assumpção, F., Teixeira, A. I., Fonseca, V. A. S. (2011). Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciência & Saúde Coletiva* (Vol.16, n° 4, pp. 2179-2188). DOI 10.1590/S1413-81232011000400017;
- Association American Psychiatric.(2013).*Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM5*.
- Bartholomeu, D. (2005). Traços de personalidade e características emocionais de crianças. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora* (Vol 6, n°2, pp 11-21).
- Beusenbergh, M., Orley, J. A. (1994). Users guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Division of mental health. Geneva: World Health Organization.
- Blain-Arcaro, C. & Vaillancourt, T. (2017). Longitudinal Associations Between Externalizing Problems and Symptoms of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1270830>.
- Bolsoni-Silva, A.T., Loureiro, S.R., Marturano, E.M. (2011). Problemas De Comportamento E Habilidades Sociais Infantis: Modalidades De Relatos. *Revista Psico* (Vol. 42, n° 3, pp. 354-361).
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Developmental Trajectories of Externalizing Behaviors in Childhood and Adolescence. *Child Development* (Vol.75,n°5,pp.1523–1537). <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00755.x>
- Bordin, I. A., 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* (Vol 87, n° 5, pp. 336-344).
- Bordin, I. A., Offord, D.R. (2000). Transtorno da Conduta e comportamento anti-social. *Rev. Bras Psiquiatr.* (Vol 22, pp. 12-15).
- Brasil, H. H., Bordin, I. A. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*.
- Brennan, P. A., Grekin, E. R., Mednick, S. A. (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. *Causes of Conduct Disorder and Delinquency* (pp. 319-344).

- Bronfenbrenner, U. (1979). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos por natureza e desing.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. ISBN 0-674-22457-4.
- Bureau Of Justice Statistics (2013). *United States* – www.bjs.gov;
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1995). Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (Vol. 245, pp. 11-19).
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* (Vol. 50, pp. 975-990).
- Colman, I., Murray, J., Abbott, R. A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T. J., & Jones, P. B. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338(jan08 2), a2981–a2981. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2981>.
- Copland, W.E., Shanahan, L. Costello, E.J. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General psychiatry* (Vol. 66, pp. 764-772).
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 44, n° 10, pp. 972-986). <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>
- Curto, B. M., Paula, C. S., do Nascimento, R., Murray, J., & Bordin, I. A. (2011). Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*(Vol.46, n°12, pp.1221-1231). <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0291-2>.
- Cruz, M. (2005). WISC III: Escala de Inteligência Wechsler para crianças: Manual. *Avaliação Psicológica* (Vol. 4, n° 2, pp. 199-201).
- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Souza, L. D. de M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., ... Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, (Vol. 24, n° 9, pp. 2013-2020). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>.
- Dean, M., Kasari, C., Harwood, R. (2016). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism* (Vol. 21, n° 6, pp 678-689). DOI 101177/1362361316671845.
- Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J. L., Vos, T., ... Scott, J. G. (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vol. 55, n° 4, pp 328-336). <https://doi.org/10.1111/jcpp.12186>.

- Fatori, D., Bordin, I.A., Curto, B.M., Paula, C.S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* (Vol. 13, pp.31).
- Figueiredo, V. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Weschler para crianças - adaptação brasileira da 3º ed.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fontaine, N. M. G., McCrory, E. J. P., Boivin, M., Moffitt, T. E., & Viding, E. (2011). Predictors and outcomes of joint trajectories of callous–unemotional traits and conduct problems in childhood. *Journal of Abnormal Psychology* (Vol 120, nº 3, pp. 730 – 742). <https://doi.org/10.1037/a0022620>
- Franzen, M. D., Smith-Seemiller, L. (2001). Comparison among seven different short forms of the WISC III. *Archives of Clinical Neuropsychology* (Vol. 16, p. 825).
- Freire, J.; Moleiro, C. (2015). Religiosity, Spirituality and Mental Health in Portugal: a call for a conceptualization, relationship and guidelines for integration (a theoretical review). *Revista PSICOLOGIA* (Vol. 29, nº2, pp 17-32). <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1006>.
- Friedman, H.S.; Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna.* São Paulo: Prentice Hall.
- Furgueson, C., Greenstein, D., McGuffin, P., Soffer, S. (1999). Efficacy of the WISC-III short form for children diagnosed with conduct and oppositional defiant disorders. *Archives of Clinical Neuropsychology* (Vol 14, pp. 6-7).
- Goodman, A., Fleitlich-Bilyk, B., Patel, V., Goodman, R. (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (Vol. 46, pp. 448-456).
- Gonçalves, E.S., Murta, S.G. (2008). Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. *Psicologia Reflexão e Crítica* (Vol. 21, nº 3, pp. 430-436). 10.1590/S0102-79722008000300011.
- Graça, D., Sá, F. De, Mackenzie, U. P., Bordin, I. A. S., & Martin, D. (2010). Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância / Adolescência 1 Risk Factors for Mental Health Problems in Childhood / Adolescence . *Psicologia: Teoria E Pesquisa* (Vol. 26, pp. 643-652).
- Halpern, R., Figueiras, A. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre (Vol. 80, nº 2, pp. 104-110).
- Henriques, B. M. (2014). Comportamento antissocial na infância e adolescência – *Revista INFAD de Psicología* (Vol 4).
- Hoffman, M.S., Leibenluft, E., Stringaris, A., Laporte, P.P., Pan, P.M.... Salum, G.A. (2016). Positive Attributes Buffer the Negative Associations Between Low Intelligence and High Psychopathology With Educational Outcomes – *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry* (Vol 55, pp. 47-53).

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Censo Demográfico 2010. Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística IBGE.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T.E., Caspi, A. (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parentes dependo n the father's antissocial behavior. *Child Development* (Vol. 74, pp. 109-126).
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (Vol. 36, pp. 980-988).
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J. C. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Helth Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* (Vol. 6, pp. 168-176).
- Klein, C. H., Bloch, K. V. (2006). Estudos Seccionais. In: *Epidemiologia. Medronho R.(Orgs.)*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Dev.* (Vol. 75, pp. 651-668).
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A. (2005). Maternal depression and child antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry* (Vol. 62, pp. 173-181).
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* (Vol. 16, pp. 271-283).
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craiq, I. W., Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health:new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* (Vol. 10, pp. 903-913). DOI: 10.1038/sj.mp.4001851.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T, Kubzansky, L., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. *Am J Psychiatry*.(Vol. 166, pp. 50-57).
- Lynam, D.R., Moffitt, T.E., Loeber, M.S. (1993). Explaining the Relation Between IQ and Delinquency: Class, Race, Test Motivation, School Failure, or Self-Control?. *Journal of Abnormal Psychology* (Vol. 102, n° 2, pp. 87-96).
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winter, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (Vol. 39, n° 12, pp. 1468-1484). <https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>

- Mari, J. J., Williams, P. A. (1986). validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* (Vol.148, pp. 23-26).
- Maughan, B., Rowe. R., Messer, J. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vol. 45, pp. 609-621).
- Mello, C. B., Argollo, N., Shayer, B. P. M., Abreu, N., Godinho, K. T., Durán, P., . . . Bueno, O. F. A. (2011). Versão abreviada do WISC-III: correlação entre QI estimado e QI total em crianças brasileiras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Vol. 27, pp. 149-155).
- Mickey, R. M., Greenland S. (1989). The impact of counfounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol* (Vol. 129, pp. 125-137).
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., ... Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vol. 49, n°1, pp 3-33). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. (2001). Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study. *Cambridge, UK: Cambridge University Press*.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology* (Vol. 14, pp. 179-207).
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. *Developmental Psychopathology* (Vol. 3, n° 2, pp 570-598).
- Moffitt, T. E., Scott, S. (2008). Conduct disorders. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford (pp. 543-564).
- Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R., & Mezuk, B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1337-5>
- Moreira, L. (2011). Desenvolvimento humano: da concepção à puberdade. *Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual* (Vol. 3, pp. 113-123). ISBN 978-85-232-1157-8.
- 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* (Vol 48, n°10, pp. 1527-1538). <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0695-x>
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 55, n°10, pp. 633-642).

<https://doi.org/10.1177/070674371005501003>.

- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vol. 48, pp. 703-713).
- Odgers, C., Caspi, A., Broadbent, J., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M., Murray, T., Moffitt, T. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry* (Vol. 64, n° 4, pp. 476-484). DOI 10.1001/archpsyc.64.4.746.
- Organização Mundial Da Saúde (2010). http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.
- Paula, C. S., Bordin, I. a S., Mari, J. J., Velasque, L., Rohde, L. a., & Coutinho, E. S. F. (2014). The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. *PLoS ONE* (Vol. 9, n° 2, p. 88241). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088241>
- Paula, C. S., Coutinho, E. S., Mari, J. J., Rohde, L. a., Miguel, E. C., & Bordin, I. a. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 37, n° 2, pp. 178-179). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1606>.
- Paula, C.S., Mari, J.J., Bordin, I.A.S., Miguel, E.C., Fortes, I., Barroso, N., Rohde, L.A., Coutinho, E.S.F. (2018). Early vulnerabilities for psychiatric disorders in elementary schoolchildren from four Brazilian regions. <http://eproofing.springer.com>.
- Paula, C. S., Miranda, C. T., Bordin, I. A. S. (2010). Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec. (Vol. 4, pp.75-92).
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A., Barros, M. G., D'Antino, M. E., Mercadante, M. T. (2008), Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of Sao Paulo. *Rev Saude Publica* (Vol. 42, n° 3, pp. 524-528).
- Paula, C.S., Zayat, S.P.G., Yassutake, M., Nakamura, E. (2015). Estudos sobre preditores de problemas de saúde mental na infância: uma revisão sistemática da literatura sobre estudos epidemiológicos longitudinais In: XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, FLORIANÓPOLIS. *Anais: XXXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Associação Brasileira de Psiquiatria* (V.1. p.1 – 1).
- Petresco, S., Anselmi, L., Santos, I.S., Barros, A.J.D., Fleitlich-Bilyk, B., Barros, F.C., Matijasevich, A. (2014). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (Vol 49, pp. 975–983). DOI 10.1007/s00127-014-0826-z.
- Pickles, A., Hill, J. (2015). Developmental Pathways. *Wiley Online Library*. (Cap. 7). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9780470939383.ch7>

- Poletto, M., Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*. (Vol. 25, pp. 405-416).
- Possi, K.C. (2010). Abordagem do Transtorno de Conduta (TC) pela enfermagem, em um enfoque voltado para educação permanente dos profissionais e esclarecimento à sociedade, pais e educadores. *Psychiatry on line Brasil*.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNDU (2010). *Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil* Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/oque/index.php>.
- Quy , K., Stringaris, A. (2012). Oppositional Defiant Disorder. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Raffaelli, M., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., Morais, N.A. (2007). Developmental risks and psychosocial adjustment among low-income Brazilian youth. *Dev Psychopathol*. (Vol. 19, pp. 565-584).
- Reinaldo, A. M. S., Santos, R. L. F. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro (Vol. 40, n° 110, pp 162-171).
- Sant’anna, N.Z. (2011). Estudo transversal sobre problemas de comportamento, desempenho acadêmico e competências sociais em escolares do Ensino Fundamental I. *Dissertação*. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Vol. 26, n° 4, pp. 643-652).
- Schank, R.C., Abelson, R. P. (1989). An Early Work In Cognitive Science. *This week’s citation Classic*.
- Scott, S. (2012). Conduct Disorders. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into. *BMJ* (Vol. 323, pp. 191-194). <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7306.191>.
- Sisto, F.F. (2004). Traços de personalidade de crianças e emoções: evidência de validade. *Paidéia* (Vol 14, n°29, pp. 359-369).
- Smolak, A., Gearing, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S., McHugh, K. (2013). Social support and religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia. *Community Mental Health J*. Lexington (Vol. 49, n° 4, pp 444-450).
- Souza, A. D. P., Migon, H. S. (2004). Bayesian binary regression model: an application to in-hospital death after AMI prediction. *Pesquisa Operacional* (Vol. 24, n° 2, pp. 253-267).

- Stein, D. J. (2009). The psychobiology of resilience. *CNS Spectr.* (Vol. 14, pp. 41-47).
- Stringaris, A., Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 48, pp. 404-412).
- Teixeira, M. C. T. V., Seraceni, M. F. F., Suriano, R. Sant'ana, N.Z., Carreiro, L.R.R., Paula, C.S. (2014). Fatores de proteção associados a problemas emocionais e comportamentais em escolares. *Estudos de Psicologia* (Vol. 31, n° 4, pp. 539-548). DOI 10.1590/0103-166X2014000400008.
- The Psychological Corporation. (1992). *Weschler Individual Achievement Test*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Thiengo, D. L., Cavalvante, M. T., Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de Transtornos Mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. Psiquiatr (on line)* (Vol. 63, n°4, pp. 360-372). ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000046>.
- Vilhena, K.; Paula, C.S. (2017). Problemas de conduta: fatores de risco/proteção; impacto na vida escolar e adulta. *Cadernos de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* (Vol. 17, n°1, pp. 39-52). ISSN 1809-4139.
- 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* (Vol. 39, n° 5, pp. 716-724). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500004>
- Waiselfisz, J. (2016). *Mapa da violência 2016: Crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro.
- Widger, T.A.; Trull, T.J. (1992). Personality and Psychopathology: Na Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality* (Vol. 60, n° 02, pp. 363-393).
- Zappitelli, M. C., Bordin, I. A., Hatch, J. P., Caetano, S. C., Zunta-Soares, G., Olvera, R., Soares, J. C. (2013). Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case-control study. *Comprehensive Psychiatry* (Vol. 54, n° 4, pp. 346-353). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.009>
- Zayat, S.P.G. (2016). Impacto de traços resilientes e fatores psicossociais na trajetória de saúde mental de jovens da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Dissertação. Universidade Presbiteriana Mackenzie*.

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE

Perde o Controle Já teve época em que você ficava muito aborrecido e com raiva por qualquer coisa que o contrariasse (ou que não saísse do seu jeito)? Para você ficar com raiva bastava contrariar a sua vontade ou que algo desse errado? Para deixar você alterado (com raiva, fora do seu normal) era preciso que alguma coisa muito chata acontecesse? Nessas horas você chegava a perder a paciência? O que você fazia? Você chegava a perder o controle? Quando você perdia a paciência, você dava ataques de raiva? Esses ataques de raiva aconteciam às vezes ou com frequência? Quantas vezes na semana (você se aborrecia e dava ataques de raiva ou perdia o controle)? E hoje em dia, essas coisas acontecem? Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi 6 meses: sim/não.

2. Discute Muito com Adultos Alguma vez você já discutiu com alguém de quase chegar a bater-boca? Você já foi de discutir muito com seus pais? E com seus professores ou com outras pessoas? Que tipo de coisas fazia você discutir com alguém? Até que ponto vocês chegavam nessas discussões? O que acontecia? Essas discussões chegavam a virar bate-boca? Com quem isso acontecia? As discussões aconteciam às vezes ou estavam sempre acontecendo? Quantas vezes na semana? E hoje em dia, essas coisas acontecem? Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi 6 meses: sim/não. Ausente. Abaixo do limiar: Ataque de raiva ocasional. (perde o controle ou a paciência). Ataques mais intensos e freqüentes que de uma típica criança de sua idade. Limiar: Ataques intensos de raiva e perde o controle com freqüência. De 2 5 vezes por semana. Ausente. Abaixo do limiar: Discute com pais e/ou professores ocasionalmente. Discussão mais intensa e freqüente que de uma típica criança de sua idade. Limiar: Discute com freqüência com pais e/ou professores. Diariamente ou quase diariamente.

3. Desafia ou Recusa-se a Obedecer Regras com Freqüência Alguma vez você já teve problemas por não respeitar regras em sua casa ou na escola? Você já desobedeceu muito aos seus professores? A seus pais? A outras pessoas? Você desobedecia a eles em coisas bobas, ou em coisas importantes? Em que tipo de coisas? Você já deixou seus pais ou professores aborrecidos demais (com raiva) com você por desobedecer a eles? Qual foi a pior desobediência que você já fez e que eles não souberam? Você já chegou a desafiá-los? A desrespeitá-los? Como? Esses comportamentos (de desafio ou desobediência grave) aconteciam de vez em quando ou eram freqüentes? Quantas vezes na semana? E hoje em dia eles acontecem? Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi 6 meses: sim/ não Ausente. Abaixo do limiar: De vez em quando desafia ativamente ou recusa-se a atender às solicitações de adultos ou regras. Desobedece com mais freqüência que uma criança típica de sua idade. Limiar: Com freqüência desafia ou recusa-se a atender solicitações de adultos ou regras. Diariamente ou quase diariamente.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PRESENTE EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (ATUAL) NO SUPLEMENTO N O 4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO. 23 SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (PASSADO) NO SUPLEMENTO N O 4, TRANSTORNOS DO

COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO. NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE. NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Oposição Desafiante no momento Atual ou no passado).

TRANSTORNO DE CONDUTA **Mente e Engana** Nota: Só pontue positivo evidências de mentira para fraudar ou trapacear. Alguma vez você já mentiu por ter feito alguma coisa errada? Você já mentiu (muito) para seus amigos? Para seus professores, para seus pais? Você já mentiu para que algo saísse do jeito que você queria? Que tipo de mentira? Você é de fazer trapaçãs? Você já mentiu ou enganou alguém para não ter que devolver coisas ou dinheiro que tinham lhe emprestado? As pessoas já reclamaram que você mentia demais? Já disseram que não dá para confiar em você? Você já mudou nota ou falsificou assinatura do seu boletim? De algo mais? Quantas vezes? Você mentia (ou enganava, trapaceava) de vez em quando ou isso estava sempre acontecendo? Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não). 2. **Gazeteia** Nota: Só pontue positivo episódios de gazeteia começando antes dos treze anos. Alguma vez você saiu para ir à aula mas foi para algum outro lugar (sem que seus pais soubessem)? Você chegou a perder o dia inteiro de aula? Aonde você foi? Isso aconteceu muitas vezes? Alguma vez você foi para a escola e deu um jeito de sair mais cedo sem necessidade? E de chegar mais tarde na escola? Você já chegou a perder várias aulas no mesmo dia? Quantas vezes isso aconteceu? Para adolescentes: Quantos anos você tinha quando começou a matar aula? Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não). 3. **Inicia Brigas Físicas** Alguma vez você já se meteu em briga com alguém em que vocês chegaram a se dar tapas, socos ou pontapés? Qual foi a pior briga em que você já se meteu? Você já começou alguma briga? Quem começava mais as brigas você ou os outros? O que aconteceu? Alguém já saiu machucado? Qual foi o pior machucado que você já fez em alguém durante uma briga? Com quem você costumava brigar (envolvendo agressão ou luta física)? As brigas nas quais você se meteu foram poucas ou muitas? Você já bateu em professora? Na sua mãe? No seu pai? Em outro adulto? Alguma vez você tentou ou queria matar alguém? Você tem conhecidos ou amigos que fazem parte de gangues? E você faz parte de alguma? Ausente. Abaixo do limiar: Mente e engana ocasionalmente, porém com mais frequência que uma típica criança de sua idade. Limiar: Mente e engana com frequência, diversas vezes na semana ou mais. Ausente. Abaixo do limiar: Gazeteia como um episódio isolado. Limiar: Gazeteia em numerosas ocasiões. Ausente. Abaixo do limiar: Briga somente com seus pares. Nenhuma briga resultou em dano sério ao outro (p.ex., sem necessitar de intervenção médica, sutura, etc). Limiar: Relata envolvimento em inúmeras brigas, com uma ou mais lutas resultando em séria lesão ao outro. Ou relata pelo menos uma luta física envolvendo um adulto (p.ex., professora, pais).

Marque aqui se há evidência de intenção homicida. _ Marque aqui se há evidência de envolvimento com gangue. Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não). 4. **Provoca, Ameaça, Intimida Outros** Você já foi de provocar ou de ficar de implicância com algum colega ou com outras crianças (ou adolescentes)? O que você fazia para provocá-los? Xingava eles? Dava empurrões? Rasteiras? Tapas de surpresa? Já chegou a ameaçá-los com uma surra? Em geral, eles eram mais fracos ou menores do que você ou

do mesmo tamanho? Isso aconteceu uma ou duas vezes ou mais do que isso? Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não). Ausente. Abaixo do limiar: Provoca, ameaça ou intimida outros somente em uma ou duas ocasiões. Limiar: Provoca, ameaça ou intimida outros em três ou mais ocasiões. 5. Furta Nota: Só levar em conta furtos de algum valor para o nível socioeconômico da família. Você já tirou coisas de alguém que não eram suas? Que tipo de coisas? De quem? Qual foi a coisa mais cara que você já pegou? Você já pegou coisas em lojas? E de outras pessoas? E dinheiro de sua mãe/ pai? Quantas vezes essas coisas já aconteceram? Você já falsificou assinatura em cheque (ou pegou o cartão de crédito de alguém para usar)? Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não). Ausente. Abaixo do limiar: Já furtou sem confrontação com a vítima, em uma só ocasião. Limiar: Já furtou sem confrontação com a vítima, em duas ou mais ocasiões. _ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (ATUAL) NO SUPLEMENTO N O 4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO. _ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (PASSADO) NO SUPLEMENTO N O 4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO. NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE CONDUTA. NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Conduta no momento Atual ou no passado. Anote sobre envolvimento em gangues).

9.2 Anexo 2

IDENTIFICAÇÃO _____ Data: ____/____/____ Escola: () urbana () rural
Cidade Aluno
Nome do informante: _____ Informante é mãe da CI: () SIM () NÃO

QUESTIONÁRIO INICIAL DE IDENTIFICAÇÃO, FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO QUESTIONÁRIO PARA MÃE/SUBSTITUTA

ENTREVISTADOR: CI = criança/adolescente índice; MI = Mulher índice; MC = marido ou companheiro da mãe

Seção A. Identificação familiar

SE MÃE BIOLÓGICA OU ADOTIVA FOR A INFORMANTE:

A1. Qual seu nome completo:

A2. Qual sua idade: _____ anos completos

A3. Qual a sua escolaridade?

Até que série você estudou (*séries completas*)? (*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/__/anos

A4. O/A <NOME DA CI> é seu filho(a) de sangue?

1 () Sim

2 () Não → A4a Ele (a) é seu filho (a) como?

A5. Quantas pessoas moram na sua casa (*situação atual*): _____ adultos (*incluindo MI*) e _____ crianças/adolescentes (< de 18 anos, incluindo CI).

A6. Quantos irmãos(ãs) o/a <NOME DA CI> tem? _____ (*considerar meio-irmão se mencionado espontaneamente*)

→ A6a. Suas idades são: _____ (*se não tiver irmãos, codifique 00*)

A7. Qual sua situação conjugal (*últimos 12 meses*):

- 1 () casada ou morando junto (marido residente)
- 2 () casada ou morando junto (marido não residente nos últimos 12 meses)
- 3 () solteira, nunca esteve casada
- 4 () viúva
- 5 () separada ou divorciada (*a no mínimo 13 meses*)
- 6 () Outros (descreva) _____

→ (SE MI CASADA/MORANDO JUNTO RESPONDER ABAIXO, SE SOLTEIRA OU SEPARADA, IR PARA A15, pg 3)

A8. Qual o nome do seu M/C:

A9. Qual a idade do seu M/C: _____ anos completos (*NÃO SEI codifique 77*).

A10. Qual a escolaridade do M/C?

Até que série ele estudou (*séries completas*)? (*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ anos (*NÃO SEI codifique 77*)

A11. Há quanto tempo moram/moraram juntos? /__/_/ anos completos

(*SE MENOS QUE UM ANO, CODIFIQUE 00*)

A12. O M/C está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

2 () Não

1 () Sim (*e mora com a MI*) → A12a. Ele é assalariado ou recebe por dia/por trabalho?

(*NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA*

ESPONTÂNEA)

12() sem registro

1 () Assalariado → A12b. 11() com registro

2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem curso superior)

3 () Profissional liberal (com curso superior)

4 () Aposentado

5 () Outros (descreva: _____)

77 () Não sei

3 () Sim (*mas não mora com a MI*) → A12c. Ele é assalariado ou recebe trabalho?

(NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA

ESPONTÂNEA)

1 () Assalariado → A12d. 11() com registro 12() sem registro

2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem curso superior)

3 () Profissional liberal (com curso superior)

4 () Aposentado

5 () Outros (descreva: _____)

77 () Não sei

A13. E você, trabalhou nos últimos 30 dias (*qualquer atividade remunerada*)?

1 () Sim → A13.a Quanto ganhou no último mês? _____ reais

2 () Não

A14. O M/C é o pai biológico/de sangue da CI?

1 () Sim → (IR PARA SEÇÃO B, página 6)

2 () Não → A14a. Com que frequência o pai biológico/de sangue se encontra com <NOME DA CI>:

1 () pelo menos uma vez por semana

2 () a cada 15 dias

3 () 1 vez por mês

4 () menos de uma vez por mês

9 () não se aplica; Descreva:

→ A14b. Qual a escolaridade do pai biológico/de sangue da CI?

Até que série ele estudou (*séries completas*)? (*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ anos (*NÃO SEI codifique 77*)

→ A14c. O pai biológico/de sangue está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

9 () Não se aplica

77 () Não sei

2 () Não

1 () Sim → A14d. Ele é assalariado ou recebe por dia/por trabalho?

(NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA

ESPONTÂNEA)

12() sem registro 1 () Assalariado → A14e. 11() com registro

curso superior) 2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem

3 () Profissional liberal (com curso superior)

4 () Aposentado

5 () Outros (descreva:
_____)

77 () Não sei

→ A14f. Ele paga algum tipo de pensão ou contribui com os gastos da CI?

2 () Não

1 () Sim

- IR PARA SEÇÃO B, PÁGINA 6 -

→ (SE MI SOLTEIRA OU SEPARADA, RESPONDER ABAIXO)

A15. Com que frequência o pai biológico/de sangue se encontra com <NOME DA CI>:

1 () pelo menos uma vez por semana

2 () a cada 15 dias

3 () 1 vez por mês

4 () menos de uma vez por mês

9 () não se aplica; Descreva:

A16. Qual a escolaridade do pai biológico/de sangue da CI?

Até que série ele estudou (*séries completas*)? (*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ anos (*NÃO SEI codifique 77*)

A17. O pai biológico/de sangue está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

9 () Não se aplica

77 () Não sei

2 () Não

1 () Sim → A17a. Ele é assalariado ou recebe por dia/por trabalho?

(*NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA*)

ESPONTÂNEA)

- 12() sem registro
- 1 () Assalariado → A17b. 11() com registro
- 2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem curso superior)
- 3 () Profissional liberal (com curso superior)
- 4 () Aposentado
- 5 () Outros (descreva:
_____)
- 77 () Não sei

A18. Ele paga algum tipo de pensão ou contribui com os gastos da CI?

2 () Não

1 () Sim

- IR PARA SEÇÃO B, PÁGINA 6 -

SE MÃE NÃO FOR A INFORMANTE

AB1. Qual seu nome completo:

AB2. Qual o sexo do(a) informante: () 1. Feminino () 2. Masculino

AB3. A mãe do(a) <NOME DA CI> mora na casa com vocês?

1 () Sim

2 () Não → AB3.a. Por qual motivo?

1 () faleceu

2 () _____) mudou-se. Motivo:

3 () está presa

4 () _____) Outros (descreva)

AB4. Há quanto tempo você é responsável por <NOME DA CI>?(Se menos de um ano, codifique 00)

/__/_/ anos

AB5. Com que frequência o pai biológico/de sangue se encontra com <NOME DA CI>:

1 () pelo menos uma vez por semana

2 () a cada 15 dias

3 () 1 vez por mês

4 () menos de uma vez por mês

9 () não se aplica; Descreva:

AB6. Qual a escolaridade do pai biológico/de sangue da CI?

Até que série ele estudou (séries completas)? (Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ anos (NÃO SEI codifique 77)

AB7. O pai biológico/de sangue está trabalhando atualmente (trabalho remunerado)?

9 () Não se aplica

77 () Não sei

2 () Não

1 () Sim → AB7.a. Ele é assalariado ou recebe por dia/por trabalho?

(NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA

ESPONTÂNEA)

12() sem registro

1 () Assalariado → AB7.b. 11() com registro

curso superior)

2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem

3 () Profissional liberal (com curso superior)

4 () Aposentado

5 () Outros (descreva:
_____)

77 () Não sei

AB8. Ele paga algum tipo de pensão ou contribui com os gastos da CI?

2 () Não

1 () Sim

AB9. Agora vou fazer várias perguntas sobre você (*MI*). Qual sua idade: _____ anos completos

AB10. Até que série você estudou (*séries completas*)? (*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ anos

AB11. Qual sua relação com <*NOME DA CI*>?

1 () avó(ô)

2 () tia(o)

3 () irmã(ão)

4 () Outros (descreva) _____

AB12. Você está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

1 () Sim → A12.a Quanto ganhou no último mês? _____ reais

2 () Não

AB13. Qual sua situação conjugal:

1 () casada ou morando junto (marido residente)

- 2 () casada ou morando junto (marido não residente nos últimos 12 meses)
- 3 () solteira, nunca esteve casada
- 4 () viúva
- 5 () separada ou divorciada (a no mínimo 13 meses)
- 6 () Outros (descreva) _____

→ (SE MI CASADA/MORANDO JUNTO RESPONDER ABAIXO, SE SOLTEIRA/SEPARADA, IR PARA SEÇÃO B, pg 6)

AB14. Qual a idade do seu M/C: _____ anos completos

AB15. Qual a escolaridade do seu M/C? Até que série ele estudou (*séries completas*)?

(Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ anos (NÃO SEI codifique 77)

AB16. O M/C está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

2 () Não

1 () Sim → AB16a. Ele é assalariado ou recebe por dia/por trabalho?

(NÃO LEIA A LISTA - RESPOSTA ESPONTÂNEA)

1 () Assalariado → AB16.b. 11() com registro

12() sem registro

2 () *Free lance*/bico/autônomo/trabalha por conta (sem

curso superior)

3 () Profissional liberal (com curso superior)

4 () Aposentado

5 () Outros (descreva: _____)

77 () Não sei

Seção B: **Criança Índice e bens de consumo da família**

Agora eu gostaria de perguntar um pouco sobre sua CASA. Você tem na sua casa:

ENTREVISTADOR: PREENCHER COM O QUE A PESSOA POSSUI EM CASA (CONSIDERAR ITENS QUEBRADOS HÁ MENOS DE 6 MESES); CONSIDERAR A QUANTIDADE DE ITENS DA PRIMEIRA LINHA DO QUADRO – EM NEGRITO

QUADRO 1 (ABEP)	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio (qualquer aparelho no domicílio, exceto rádio do carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (com vaso sanitário e privativo do domicílio)	0	4	5	6	7
Automóvel (sem uso profissional)	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar (excluir tanquinho)	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
BB.1 SOMA DE PONTOS					

Quem é o chefe da família? Até que série o CHEFE DA FAMÍLIA estudou? (séries completas)
 _____ anos

(SE NÃO TIVER COMPLETADO NENHUMA SÉRIE, CODIFIQUE 00)

ENTREVISTADOR: SE O ENTREVISTADO TIVER OUTROS FILHOS, FAVOR ENFATIZAR NO DECORRER DA ENTREVISTA QUE AS QUESTÕES REFEREM-SE SOMENTE À CI

Agora eu gostaria de perguntar a você sobre o(a) < NOME DA CI >:

B1. Qual o sexo do(a) <NOME DA CI>: () 1. Feminino () 2. Masculino

B2. Qual a idade do(a) <NOME DA CI>: / ____/____/ anos completos (conferir com B3 e com quadro de identificação)

B3. Qual a data de nascimento do(a) <NOME DA CI>: ____/____/____ (dia/mês/ano)

B4. Você teve alguma complicação de saúde na gravidez do(a) <NOME DA CI>:

() 2. Não () 1. Sim → Descreva:

(Se MI não for mãe da CI, perguntar sobre a mãe; se NÃO SEI codifique 77).

B5. Você usou cigarro, álcool e/ou drogas na gravidez do(a) <NOME DA CI>:

() 2. Não () 1. Sim → Descreva:

(Se MI não for mãe da CI, perguntar sobre a mãe; se NÃO SEI codifique 77).

B6. O(a)<NOME DA CI> teve alguma complicação séria de saúde durante o 1º ano de vida?

() 2. Não () 1. Sim → Descreva:

(Se MI não for mãe da CI, perguntar se tem informações da CI nessa época; se NÃO SEI codifique 77).

B.7. O(a)<NOME DA CI> já repetiu de ano alguma vez?

1 () Sim → B.7a. Quantas vezes ele/ela repetiu de ano? /___/___/ vezes

2 () Não

Ten Questions Screen

B8. Em comparação com outras crianças da mesma idade, o/a <NOME DA C/ > teve algum atraso para sentar, ficar em pé, ou andar?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

B9. Em comparação com outras crianças, o/a <NOME DA C/ > tem alguma dificuldade em enxergar, seja durante o dia ou à noite?

2 () Não

1 () Sim → B9a. A dificuldade em enxergar do/a <NOME DA C/ > é corrigida com uso de óculos?

1 () Sim

2 () Não ⇒ Descreva:

B10. O/A <NOME DA C/ > parece ter alguma dificuldade em escutar?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

B11. Quando você fala para o/a <NOME DA C/ > fazer alguma coisa, ele(a) parece entender o que você está falando?

1 () Sim

2 () Não ⇒ Descreva:

B12. O/A <NOME DA C/ > tem alguma dificuldade em andar e/ou, mexer seus braços, ou tem fraqueza ou rigidez nos braços ou nas pernas?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

B13. O/A <NOME DA CI> às vezes tem convulsões, se torna rígida(o), ou perde a consciência?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

B14. O/A <NOME DA CI> aprende a fazer coisas como as outras crianças da mesma idade?

1 () Sim

2 () Não ⇒ Descreva:

B15. O/A <NOME DA CI> fala (ou seja, ele/a se faz entender com palavras; ele/a fala alguma palavra reconhecível)?

1 () Sim

2 () Não ⇒ Descreva:

B16. A fala do/a <NOME DA CI> é diferente de alguma maneira do normal (não clara o suficiente para ser entendida por outras pessoas além da família mais próxima)?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

B17. Em comparação com outras crianças da mesma idade, o/a <NOME DA CI> parece de alguma maneira ser atrasado(a), limitado(a), ou mais lento mentalmente?

1 () Sim ⇒ Descreva:

2 () Não

Seção C: Saúde Mental da Mulher Índice (mãe ou principal cuidador da CI)

Agora eu gostaria de perguntar algumas coisas sobre a sua saúde

(ATENÇÃO: sintoma presente nos últimos 30 dias; EXCEÇÃO C17, C21 E C22 em qualquer momento da vida)

Questões	Sim	Não
C1. Tem dores de cabeça frequentes?	1	2
C.2. Tem falta de apetite?	1	2
C.3. Dorme mal?	1	2
C.4. Assusta-se com facilidade?	1	2
C.5. Tem tremores na mão?	1	2
C.6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1	2
C.7. Tem má digestão?	1	2
C.8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
C.9. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
C.10. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
C.11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
C.12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
C.13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2
C.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
C.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
C.16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
C.17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
C.18. Sente-se cansada o tempo todo?	1	2
C.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
C.20. Se cansa com facilidade?	1	2
C.21. Alguma vez você já pensou em se matar?	1	2
C.22. Alguma vez você já tentou se matar?	1	2

Seção D. Família de Origem da MI

Agora vamos falar um pouco sobre sua família e seu bairro.

D1. Você nasceu em <CIDADE ONDE ENTREVISTA ESTÁ SENDO REALIZADA>?

2 () Não

1 () Sim → Se sim - pular para E.1.

D1a. Porque você se mudou da cidade onde nasceu?

D1b. Sua vida é melhor aqui em <CIDADE ONDE ENTREVISTA ESTÁ SENDO REALIZADA> do que antes de vir para cá?

1 () Sim

2 () Não

3 () Outros. Descreva

Seção E. Suporte social e qualidade do bairro onde vive

E1. Quando você necessita de ajuda ou tem algum problema, pode contar com o apoio de:

E1. SUA FAMÍLIA?

1 () Nunca

2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)

3 () Sempre

E1a. VIZINHOS E/OU AMIGOS?

1 () Nunca

2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)

3 () Sempre

E1b. COLEGAS DE TRABALHO OU ESCOLA?

1 () Nunca

2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)

3 () Sempre

9 () Não se aplica, pois MI não trabalha fora nem estuda

E2. O bairro onde vocês moram é perigoso?

1 () Não

2 () Um pouco

3 () Muito

E3. O/A <NOME DA CI> já foi assaltado(a) ou estava com uma pessoa que foi assaltada?

2 () Não

1 () Sim → E3a. O assalto foi com arma de fogo 1 () Sim

2 () Não

E4. O/A <NOME DA CI> já viu alguém ser assaltado (*excluir situação acima*)?

2 () Não

1 () Sim → E4a. Com arma de fogo 1 () Sim

2 () Não

E5. O/A <NOME DA CI> já viu alguém ser assassinado?

1 () Sim

2 () Não

E6. O/A <NOME DA CI> já presenciou um tiroteio?

1 () Sim

2 () Não

Seção F. Auto-estima e características de personalidade da CI

Vamos voltar a falar agora sobre o/a <NOME DA CI>. Quero que me diga o que acha das frases abaixo:

F1. O/a <NOME DA CI> se sente capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das crianças da idade dele(a).

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
PONTOS	1	2	3	4

F2. De forma geral, o/a <NOME DA CI> está satisfeito(a) consigo mesmo(a).

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
PONTOS	1	2	3	4

F3. O/a <NOME DA CI> acha que tem diversas boas qualidades.

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
PONTOS	1	2	3	4

F4. O/A <NOME DA CI> tem uma atitude positiva em relação a si mesmo:

- 1 () Sempre
- 2 () As vezes
- 3 () Raramente/nunca

F5. O/A <NOME DA CI> se acha decidido:

- 1 () Sim
- 2 () Não

F6. O/A <NOME DA CI> insiste em coisas que ele(a) não pode fazer nada para mudar:

- 1 () Sempre
- 2 () As vezes
- 3 () Raramente/nunca

F7. O/A <NOME DA CI> consegue mudar seu comportamento para se adaptar a uma situação nova:

- 1 () Sempre

2 () As vezes

3 () Raramente/nunca

F8. O/A <NOME DA CI> desiste facilmente quando as coisas saem errado:

1 () Sim

2 () Não

F9. O/A <NOME DA CI> geralmente consegue lidar com os problemas dele/dela:

1 () Sim

2 () Não

F10. Quando o/a <NOME DA CI> está numa situação difícil, normalmente acha uma saída/solução:

1 () Sim

2 () Não

F11. O/A <NOME DA CI> é freqüentemente procurado por colegas/amigos para ajudar a resolver brigas ou conflitos:

1 () Sim

2 () Não

Seção G. Ambiente familiar, comunitário e supervisão da CI

G1 Você geralmente sabe onde o/a <NOME DA CI> está?

1 () Sim

2 () Não

G2 Você geralmente sabe o que o/a <NOME DA CI> está fazendo?

1 () Sim

2 () Não

G3. Na sua casa existem regras claras sobre o que o/a <NOME DA CI> pode e não pode fazer?

1 () Sim

2 () Não

G4. Você sabe o que o/a <NOME DA CI> gosta e o que ele(a) não gosta?

1 () Sim

2 () Não

G5. Na sua família as pessoas são aceitas do jeito que elas são?

1 () Sim

2 () Não

G6. Você acha que o/a <NOME DA CI> se sente bem quando está com a família?

1 () Sim

2 () Não

G7. Você costuma conversar com o/a <NOME DA CI> sobre coisas que interessam a ele(a)?

1 () Sim

2 () Não

G8. Você tem discussões frequentes com o/a <NOME DA CI> que envolvem gritos e berros?

1 () Sim

2 () Não

G9. Você acha que você e seu M/C brigam tanto a ponto de tumultuar o ambiente familiar?

1 () Sim

2 () Não

9 () Não se aplica (*não tem/teve M/C nos últimos 12 meses - confirmar A7 ou AB13*)

G10. Na sua família acontecem brigas com agressão física?

2 () Não

1 () Sim → G10a. Acontecem agressões físicas entre os pais/responsáveis de CI?

1 () Sim

2 () Não

9 () Não se aplica (*não tem M/C nos últimos 12 meses*)

(*confirmar A7 ou AB13*)

→ G10b. Acontecem agressões físicas entre você e/ou seu M/C e a CI?

1 () Sim (*considerar agressões em qualquer momento da vida da CI*)

2 () Não

G11. Você ou <nome do M/C nos últimos 12 meses e/ou pai biológico da CI> bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto no/a <NOME DA CI> de ... para cá (últimos 12 meses)?

1 () nunca

2 () uma ou duas vezes

3 () três vezes ou mais

G12. Você ou <nome do M/C nos últimos 12 meses e/ou pai biológico da CI> bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimentos no/a < NOME DA CI> de ... para cá (últimos 12 meses)?

- 1 () nunca
- 2 () uma ou duas vezes
- 3 () três vezes ou mais

Seção H. Envolvimento da criança em atividades pró-sociais

H1. O/A <NOME DA CI> participa de alguma atividade extra-escolar com alguém tomando conta: professor, monitor, treinador ou educador? (*excluir atividades obrigatórias da escola*)?

- 1 () Sim. Descreva:
-

- 2 () Não

H2. O/A <NOME DA CI> tem alguma religião?

- 2 () Não

1 () Sim → H2a. Com que frequência vai à missa, culto ou a alguma atividade religiosa (*usar o termo mencionado pelo informante*)?

1 () pelo menos uma vez/semana 2 () a cada 15 dias 3 () 1 vez/mês 4 () menos de uma vez/mês

Seção I. Perguntas sobre o uso de serviços de saúde mental

I.1. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> foi atendido por **psiquiatra** por problemas emocionais, de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?

- 2 () Não

- 1 () Sim → Descreva:
-

I.2. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> foi atendido por **neurologista** por problemas emocionais, de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?

2 () Não

1 () Sim → Descreva:

I.3. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> foi atendido por **psicóloga(o)** por problemas emocionais, de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?

2 () Não

1 () Sim → Descreva:

I.4. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> foi atendido por **algum outro profissional de saúde** por problemas emocionais, de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?

2 () Não

1 () Sim → Descreva:

I.5. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> recebeu **acompanhamento individualizado em uma sala de aula regular ou freqüentou a sala de recursos ou sala especial na escola** onde estuda?

2 () Não

1 () Sim → Descreva:

SE SIM EM ALGUM DOS ITENS DA SEÇÃO I ACIMA (I.1 A I.5), PERGUNTE ABAIXO, SENÃO ENCERRE A ENTREVISTA e PREENCHA QUADROS DA PÁGINA 14.

I.6. Nos últimos 12 meses, o/a <NOME DA CI> recebeu **algum diagnóstico**, ou seja, lhe disseram o nome do problema ou problemas que ele(a) tem ou teve para ter recebido o atendimento citado acima?

2 () Não

1 () Sim → I.6a. Descreva diagnóstico:

I.6b. Seu filho toma/tomou remédio para este problema?

2 () Não

1 () Sim → I.6c. Qual nome do remédio (*anote todas as informações que conseguir*): _____

I.7. Esses atendimentos (*repetir atendimento referido entre I.1 e I.5*) são/eram realizados com que frequência?

Assinalar com um “X” no quadro abaixo, indicando **a frequência** dos tratamentos feitos e/ou ainda em andamento.

(*Lembrar que estamos falando dos tratamentos dos últimos 12 meses*).

Tipo de tratamento	(1) Diariam	(2) 2 a 3 vezes/ semana	(3) 1 vez/ semana	(4) A cada 15 dias	(5) 1 vez/mês	(6) Menos de 1 vez/mês	(8) Outros (descreva)
(a) Psiquiatra							
(b) Neurologista							
(c) Psicóloga(o)							
(d) Outro profissional de saúde Qual: _____							
(e) Outro profissional de saúde Qual: _____							
(f) Acompanhamento individualizado ou sala de recursos na escola							

I.8. Esses atendimentos (*repetir o atendimento mencionado entre I.1 e I.5*) duram/duraram quanto tempo?

Assinalar com um “X” no quadro abaixo, indicando a **duração** dos tratamentos feitos e/ou ainda em andamento (*lembrar que estamos falando dos tratamentos dos últimos 12 meses*).

Tipo de tratamento	(1) Menos de 1 mês	(2) 1 a 3 meses	(3) 4 a 6 meses	(4) Mais de 6 meses	(8) Outros (descreva)	O tratamento foi finalizado?	
						Sim	Não
(a) Psiquiatra							
(b) Neurologista							
(c) Psicóloga							
(d) Outro profissional de saúde Qual: _____							
(e) Outro profissional de saúde Qual: _____							
(f) Acompanhamento individualizado ou sala de recursos na escola							

I.9. Você acha que ele(a) teve melhora com algum dos tratamentos citados acima?

2 () Não

1 () Sim → Se sim – I.9a. 1 () Um pouco

2 () Muito

Descreva o tipo de tratamento e a melhora observada:

I.10. Há mais de 12 meses atrás, o/a <NOME DA CI> já recebeu algum atendimento/tratamento de psiquiatra, psicólogo, neurologista, ou outro profissional da saúde por problemas emocionais, de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?

2 () Não

1 () Sim → Se sim, I.10.a. Há quanto tempo atrás? _____ anos atrás

FIM DA ENTREVISTA

9.3. Anexo 3

ENTREVISTADOR: PEÇA licença à MI por alguns minutos e PREENCHA AGORA ABAIXO

QUADRO 2 (BB.2)

Grau de Instrução do chefe de família (pg 6)	Última série que completou	Pontuação
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto até 3ª série do fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	4ª a 7ª do fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	8 – 10 (Fundamental completo)	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

BB.3 - SOMA DE PONTOS =

QUADRO 1 (BB.1 - página 6) + QUADRO 2 (BB.2 acima)

BB4. A soma de pontos corresponde à classe econômica: _____ (ver Quadro 3

(abaixo)

<u>IDENTIFICAÇÃO</u>	_____	_____	_____	_____	Data: ____/____/____
	Cidade	Escola	Classe	Aluno	
Nome do adolescente (11 a 17 anos):	_____			Idade: _____	
Entrevistador:	_____				

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICO ESCOLAR BRASILEIRO- QUESTIONÁRIO INICIAL QUESTIONÁRIO PARA ADOLESCENTES

Eu tenho algumas perguntas para te fazer. Estas são perguntas para as quais não existe resposta certa ou errada. A única resposta certa é a sua resposta sincera.

Seção A. Escala de Auto-Estima de Rosenberg

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
A1. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	1	2	3	4
A2. Às vezes, eu acho que não presto para nada.	1	2	3	4
A3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.	1	2	3	4
A4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3	4
A5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	1	2	3	4

A6. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.	1	2	3	4
A7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.	1	2	3	4
A8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	1	2	3	4
A9. No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.	1	2	3	4
A10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	1	2	3	4

Seção B. Características de personalidade

B1. Você acha que insiste em coisas que não pode fazer nada para mudar?

- 1 () Nunca
- 2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)
- 3 () Sempre

B2. Em geral, você consegue mudar seu comportamento para se adaptar a uma situação nova?

- 1 () Nunca
- 2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)
- 3 () Sempre

B3. Você desiste facilmente quando as coisas saem errado?

- 1 () Sim
- 2 () Não

B4. Você geralmente consegue lidar com seus problemas?

- 1 () Sim
- 2 () Não

B5. Quando você está numa situação difícil, normalmente acha uma saída/solução?

- 1 () Sim
- 2 () Não

B6. Você é frequentemente procurado por colegas/amigos para ajudar a resolver brigas ou conflitos?

- 1 () Sim
- 2 () Não

Seção C. Suporte Social e exposição à violência urbana

Agora eu vou citar uma série de situações que podem acontecer na vida das pessoas. Por favor, pense sobre o que aconteceu **ao longo de sua vida** para responder as perguntas.

C1. O bairro onde você mora é perigoso?

- 1 () Não
- 2 () Um pouco

3 () Muito

C2. Você já foi assaltado(a)?

2 () Não

1 () Sim → E3a. Com arma de fogo 1 () Sim

2 () Não

C3. Você já viu alguém ser assaltado?

2 () Não

1 () Sim → E3a. Com arma de fogo 1 () Sim

2 () Não

C4. Você já viu alguém ser assassinado?

1 () Sim

2 () Não

C5. Você já presenciou um tiroteio?

1 () Sim

2 () Não

C6. Já foi ameaçado de morte?

1 () Sim

2 () Não

C7. Alguém manteve relação sexual com você quando você não queria, ameaçando ou usando a força?

1 () Sim

2 () Não

C8. Quando você necessita de ajuda ou tem algum problema, pode contar com o apoio de:

C8. Sua família?

1 () Nunca

2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)

3 () Sempre

C8a. Vizinhos e/ou amigos?

1 () Nunca

2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)

3 () Sempre

C8b. Colegas de trabalho?

- 1 () Nunca
2 () Às vezes (às vezes sim, às vezes não)
3 () Sempre
77 () Não se aplica, pois adolescente não trabalha

C8c. Outros? Descreva: _____

C9. Além de seus pais, você tem algum adulto com quem pode contar em quaisquer circunstâncias?

- 1 () Sim
2 () Não

C10. Você conhece pessoas que te dão bons conselhos e te ajudam se precisar de informações?

- 1 () Sim
2 () Não

C11. Se tiver numa situação de urgência como precisar ir ao médico, você tem alguém com quem contar?

- 1 () Sim
2 () Não

C12. Você sente que seus pais, ou outros adultos se preocupam e cuidam de você?

- 1 () Sim
2 () Não

C13. Você tem pessoas que frequentemente te tratam com carinho?

- 1 () Sim
2 () Não

Seção D. Qualidade do ambiente doméstico

Agora vou citar algumas situações que podem acontecer no ambiente familiar. Por favor, pense sobre o que aconteceu nos **últimos 12 meses** para responder às perguntas.

D1. Você tem discussões freqüentes com seus pais/substitutos que envolvem gritos e berros?

- 1 () Sim
2 () Não

D2. É difícil sua família combinar de fazer coisas juntos porque vocês não se entendem direito?

- 1 () Sim
2 () Não

D3. Seus pais/substitutos sabem o que você gosta e o que não gosta?

- 1 () Sim

2 () Não

D4. Na sua casa existem regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?

1 () Sim

2 () Não

D5. Seus pais/substitutos sabem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?

1 () Sim

2 () Não

D6. Seus pais/substitutos freqüentemente sabem onde você está ou o que está fazendo?

1 () Sim

2 () Não

D7. Na sua família as pessoas são aceitas do jeito que elas são?

1 () Sim

2 () Não

D8. Seus pais/substitutos costumam conversar com você sobre coisas que te interessam?

1 () Sim

2 () Não

D9. Você se sente bem quando está com sua família?

1 () Sim

2 () Não

D10. Você acha que seus pais/substitutos brigam entre si a ponto de tumultuar o ambiente familiar?

1 () Sim

2 () Não

77 () Não se aplica (ausência de figura paterna nos últimos 12 meses)

D11. Na sua família tem acontecido brigas com agressão física nos últimos 12 meses?

2 () Não

1 () Sim → D11a. Essas brigas acontecem:

1 () entre o casal (pais ou substitutos)

2 () de pais ou substitutos contra crianças/adolescentes

3 () de crianças/adolescentes contra pais ou substitutos

4 () com você agredindo fisicamente seus pais ou

substitutos

D12. Sua mãe ou pai/padrasto (ou substitutos) alguma vez já bateu em você com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto na sua vida?

- 1 () nunca
- 2 () uma ou duas vezes
- 3 () três vezes ou mais

D13. Sua mãe ou pai/padrasto (ou substitutos) alguma vez já bateu em você com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto de ... para cá (últimos 12 meses)

- 1 () nunca
- 2 () uma ou duas vezes
- 3 () três vezes ou mais

D14. Sua mãe ou pai/padrasto (ou substitutos) alguma vez já te bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para te causar ferimentos na vida?

- 1 () nunca
- 2 () uma ou duas vezes
- 3 () três vezes ou mais

D15. Sua mãe ou pai/padrasto (ou substitutos) alguma vez já te bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para te causar ferimentos de ... para cá (últimos 12 meses)?

- 1 () nunca
- 2 () uma ou duas vezes
- 3 () três vezes ou mais

Seção E. Envolvimento da criança/adolescente em atividades pró-sociais

E1. Você participa de alguma atividade fora horário da escola com alguém tomando conta: professor, monitor, treinador ou educador? *(excluir atividades obrigatórias da escola)*

- 2 () Não
- 1 () Sim Descreva: _____ *(só para piloto)*

E2. Você tem alguma religião?

- 2 () Não
- 1 () Sim → E2a. Com que frequência vai à missa, culto ou alguma atividade religiosa e/ou grupo de jovens? *(usar o termo do informante)*

- 1 () pelo menos uma vez por semana
- 2 () a cada 15 dias
- 3 () 1 vez por mês
- 4 () menos de uma vez por mês .

Descreva _____ *(só para piloto)*

E3. Você faz algum esporte regularmente *(excluir atividades obrigatórias da escola)?*

2 () Não

1 () Sim → E2a. Com que frequência?

1 () pelo menos uma vez por semana

2 () a cada 15 dias

3 () 1 vez por mês

4 () menos de uma vez por mês .

Descreva _____ (só para piloto)

E4. Você faz regularmente atividades agradáveis, que te ajudam a relaxar? (*excluir atividades obrigatórias da escola*)

2 () Não

1 () Sim → E2a. Com que frequência?

1 () pelo menos uma vez por semana

2 () a cada 15 dias

3 () 1 vez por mês

4 () menos de uma vez por mês .

Descreva _____ (só para piloto)

FIM DA ENTREVISTA

