Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil

Agressividade em Crianças

Um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância



Renata Pires Pesce
Simone Gonçalves de Assis
Joviana Quintes Avanci

Agressividade e Transgressão em crianças

Um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância

Renata Pires Pesce
Simone Gonçalves de Assis
Joviana Quintes Avanci

Índice

Apresentação	5
Capítulo 1 – Agressividade e transgressão na infância	6
Capítulo 2 – Tornando-se uma criança “difícil”	21
Capítulo 3 – Violências, agressividade e transgressão	31
Capítulo 4 - Comorbidades: um problema a ser investigado	39
Capítulo 5 - Refletindo sobre as possibilidades de intervenções	45
Referências	53

Pesquisadores
Simone G. Assis (coordenação)
Joviana Quintes Avanci
Renata Pires Pesce
Raquel de Vasconcelos Carvalhaes de Oliveira
Liana Furtado Ximenes
Gabriela Franco Dias Lira
Vivian Araújo da Costa
Thiago de Oliveira Pires
Fabiana Braga Silva
Letícia Gastão Franco
Rosemary Emerich Pereira de Souza
Nayala Buarque
Renata Mendonça Ferreira
Queiti Batista Moreira Oliveira

Consultoria técnico-científica
Anna Tereza Soares de Moura
Kathie Njaine
Lucia Abelha

Apoio Técnico
Marcelo da Cunha Pereira
Marcelo Silva da Motta
Luciene Patrícia Câmara

Apoio à Documentação e Normatização da Bibliografia
Fátima Cristina Lopes dos Santos.

Este texto é fruto de uma pesquisa financiada pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES IV), da Fundação Oswaldo Cruz. A pesquisa cujos dados são apresentados neste livro contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). É continuidade de um trabalho sobre problemas de comportamento desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli com recursos iniciais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/ CNPq. Contou ainda com bolsistas do Programa PIBIC (CNPq/Fiocruz) e do Programa de Técnicos/Tecnologistas (Fiocruz/Faperj).

Capa, projeto gráfico e editoração: Carlota Rios; Ilustrações: Marcelo Tibúrcio; Revisão: Mara Lúcia Pires Pesce.

Ficha catalográfica

55.4
P473

Pesce, Renata Pires
Agressividade e transgressão em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância / Renata Pires Pesce; Simone Gonçalves de Assis; Joviana Quintes Avanci. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2008.
56p.
ISBN:

1. Agressividade. 2. Transgressão. 3. Comportamentos externalizantes. 4.Infância. I. Assis, Simone Gonçalves de. II. Avanci, Joviana Quintes. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título.

Agradecimentos
À Secretaria Municipal de Educação de São Gonçalo-RJ
Às mães, pais e outros responsáveis que contribuíram com seus depoimentos à origem do livro.
Aos profissionais que participaram do grupo de recepção no Instituto Fernandes Figueira – IFF/ FIOCRUZ.
À Psiquiatra doutora Lúcia Abelha, que gentilmente leu o texto trazendo contribuições e compartilhando sua experiência.
Á pediatra Anna Tereza, também pela troca de experiênciencia e contribuição na leitura final do texto.

Apresentação

Cada vez mais ouvimos histórias ou assistimos a noticiários que contam sobre crianças que desrespeitam normas sociais e que agridem familiares, professores ou colegas. Há também histórias de crianças que praticam transgressões e que ingressam no mundo do crime, especialmente em localidades onde há tráfico de drogas.

A criança agressiva ou rebelde quase sempre é vista pela família ou pela escola como um incômodo, um problema difícil de resolver. Existe uma tendência por parte da sociedade em rejeitar esses jovens cidadãos, esquecendo-se que grande parte das vezes eles são muito mais vítimas do que réus. A infância de diversas crianças é permeada por várias formas de maus-tratos que podem desencadear ou favorecer comportamentos desse tipo.

Este livro fala especialmente sobre transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo em crianças, termos utilizados pela DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2002), englobando agressividade e comportamento transgressor ou de quebrar regras, respectivamente. O objetivo é oferecer aos profissionais que lidam com crianças uma ferramenta que ilumine na compreensão acerca de tais comportamentos e das situações violentas comumente encontradas, especialmente nas instituições de saúde, nas escolas e nas comunidades onde vivem essas crianças.

O material foi criado a partir de um trabalho realizado com 500 crianças entre 6 e 13 anos de idade matriculadas na primeira série do ensino fundamental da rede de ensino pública do município de São Gonçalo-RJ, no ano de 2005.

Conhecemos estas crianças a partir de aplicação de questionários e/ou conversas com a própria criança, seus responsáveis e professores.

Nas crianças, aplicamos testes psicológicos e pedimos que falassem um pouco de si e de sua família através do desenho da família. Para os pais, fizemos algumas perguntas sobre a criança: sobre seu comportamento e sua subjetividade, se vivenciaram violências ou outras situações adversas. Gravamos e transcrevemos vários relatos das histórias de vida dessas crianças e de suas famílias, que apresentaremos ao longo do livro. Aos educadores indagamos sobre o comportamento da criança em sala de aula e na escola.

Portanto, todo o conteúdo deste livro está baseado nesse rico material e fundamentado na teoria atualizada sobre a temática aqui abordada.

Pretendemos, ao final desse texto, trazer uma contribuição mais direta para os campos da saúde, da educação e da assistência social, sugerindo reflexões e propostas para que estes espaços possam ser ambientes com potencial de minimizar as chances de irrupção e reprodução da violência que vem assolando os dias atuais, contribuindo para reduzir as conseqüências que traz para a saúde mental das crianças.

Acreditamos que, ao aumentar a consciência social sobre o assunto, estaremos dando passos concretos não apenas para melhorar o atendimento oferecido às crianças, mas principalmente para avançar no sentido da prevenção destes transtornos em nosso meio, contribuindo para melhorar a saúde mental das crianças brasileiras.

Este é o nosso ideal.



Agressividade e transgressão na infância

Toda semana, todo dia vai bilhete no caderno dele pra mim, por mau comportamento, que Hiago fez, que Hiago aconteceu... Ontem mesmo eu falei: Tiago, eu já não aguento mais... Sinceramente, tem horas que dá vontade de tirar ele do colégio; que eu tenho mil e um problemas, eu tenho que pensar pra cinco [referindo-se aos cinco filhos], *não é só por ele.*

Mãe de Tiago, 8 anos, criança com sintomas de comportamento agressivo e transgressor

É crescente a preocupação de pais e professores em relação a comportamentos agressivos e transgressores apresentados por crianças na primeira e segunda infância, pois se trata de uma alteração de conduta que habitualmente apresenta evolução constante e demonstra resistência às tentativas de controle da família e da escola.

Não é difícil perceber a grande dificuldade de todos nós, atores envolvidos no atendimento à crianças, para lidar com esse comportamento infantil rebelde que nos é tão familiar e tão estranho ao mesmo tempo. De forma geral, o entendimento desses atos como carregados somente de destrutividade tem levado a medidas de contenção ou repressão. Compreendida dessa forma, a expressão da agressividade indica má educação ou doença e sua eliminação deve ocorrer por correção ou ajuste. É nesse sentido que se dão as ameaças, as expulsões de sala de aula acompanhadas muitas vezes da exposição desse aluno perante a turma, ou mesmo a solicitação que o responsável leve a criança ao médico ou ao psicólogo. Essas crianças quase sempre são rotuladas como "crianças-problema" "difíceis" ou "doentes", estigmas que de tão repetidos, tornam-se difíceis de serem desvinculados pela criança, sob o risco de não se sentirem mais elas mesmas. (Andrade, 2007)

Ao falar dessas crianças difíceis estamos identificando problemas na esfera da saúde mental. Na área de saúde, educação e assistência social estamos mais acostumados a identificar problemas mentais e atuar sobre eles do que a investir na promoção da saúde mental das crianças, o que deveria ser nossa principal meta.

Saúde mental

Estado de bem estar no qual o indivíduo realiza suas habilidades, lida com os estresses da vida, trabalha produtiva e frutiferamente e é capaz de dar sua contribuição para a comunidade (WHO, 2005)

Dentre os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes abordamos neste livro a agressividade e o comportamento transgressor ou de "quebrar regras", incluídos no DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2002) na seção de transtornos do comportamento disruptivo, que engloba transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo e transtornos da atenção, problemas comumente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência.

Transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo trazem muitos problemas ao desenvolvimento infanto-juvenil, pois interferem no cumprimento de tarefas evolutivas (como por exemplo as requeridas pela escola), têm alta prevalência, prognóstico pobre (são fatores de risco para inadaptação psicossocial na adolescência e vida adulta), além de poderem ser transmitidos entre gerações.

Transtorno de conduta

Engloba atos agressivos a pessoas e animais além de destruição a propriedades, defraudação ou furtos e sérias violações de regras sociais. Para ser categorizado como tal, as condutas necessitam ter padrão repetitivo. Diversos autores indicam que os transtornos de conduta com início na infância são mais sérios, com altos níveis de agressão, e tendem a persistir na adolescência e vida adulta (DSM IV, 2002).

Para definir transtornos de conduta, a DSM IV considera o padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou as normas ou regras sociais importantes próprias da idade, manifestado pela presença de três ou mais dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com presença de pelo menos um deles nos últimos 6 meses:

- **Agressão a pessoas e animais**: provocações, ameaças e intimidações freqüentes; lutas corporais freqüentes; utilização de arma capaz de infligir graves lesões corporais (por exemplo,

bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, revólver); crueldade física para com pessoas; crueldade física para com animais; roubo em confronto com a vítima (por exemplo, bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada); coação para que alguém tivesse atividade sexual consigo.

- **Destruição de patrimônio:** envolvimento deliberado na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos; destruir deliberadamente o patrimônio alheio (diferente de provocação de incêndio).
- **Defraudação ou furto:** arrombar residência, prédio ou automóvel alheios; mentiras freqüentes para obter bens ou favores ou para esquivar-se de obrigações legais (isto é, ludibria pessoas); roubo de objetos de valor sem confronto com a vítima (por exemplo, furto em lojas, mas sem arrombar e invadir; falsificação).
- **Sérias violações de regras:** freqüente permanência na rua à noite, contrariando proibições por parte dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade; fugir de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período); gazetas freqüentes, iniciando antes dos 13 anos de idade.

Para efetuar o diagnóstico, a perturbação do comportamento necessita causar comprometimento clinicamente significativo do funcionamento social ou acadêmico. Em alguns casos é difícil ter clareza sobre o grau de comprometimento do funcionamento. Nesse caso, é útil ouvir mais pessoas próximas à criança e levar em conta a opinião de um profissional qualificado.

Campbell (1995) efetuou um estudo longitudinal demonstrando que crianças com problemas de conduta na idade de 3 a 4 anos têm 50% de chance de continuar a tê-los na adolescência. Caspi et al. (1996), também através de estudo longitudinal, constataram evidências de dificuldades comportamentais e emocionais na idade de 3 anos refletindo-se em psicopatologia na idade adulta.

O grau de continuidade dessa forma de comportamento ao longo da vida mostra-se consistente. Greenberg, Speltz & DeKlyen (*apud* Bee 1996) encontraram correlação entre a agressão na infância e na idade adulta é de 0,60 a 0,70 (muito alta para dados desta natureza). Este dado foi replicado em estudos na Inglaterra e nos Estados Unidos (Farrington *apud* Bee, 1996).

Ainda de acordo com a DSM-IV (2002), a prevalência de transtornos de conduta tem crescido nas últimas décadas, especialmente em áreas urbanas, oscilando de menos de 1% a mais de 10%. As taxas são mais elevadas no sexo masculino.

Transtorno desafiador opositivo

Caracteriza-se por comportamento negativista, desafiador e hostil para com figuras de autoridade.

É uma síndrome que, ao se apresentar na infância, torna-se importante preditor do comportamento transgressor em jovens.

O transtorno é mais prevalente em homens do que em mulheres antes da puberdade, mas as taxas são provavelmente iguais após a puberdade, oscilando entre 2% e 16% (DSM IV, 2002).

Em geral esse transtorno se manifesta antes dos 8 anos de idade e habitualmente não depois do início da adolescência. É mais prevalente em homens do que em mulheres antes da puberdade, mas as taxas são provavelmente iguais após a puberdade. Os sintomas são em geral similares em ambos os gêneros, a exceção do fato de que os homens podem apresentar mais comportamentos de confronto e sintomas mais persistentes.

Para se efetuar o diagnóstico do transtorno desafiador opositivo é preciso haver duração mínima de 6 meses (durante os quais quatro ou mais das seguintes características estiveram presentes) e comprometimento clinicamente significativo no funcionamento social ou acadêmico.

- Freqüentemente perde a calma.
- Freqüentemente discute com adultos.
- Com freqüência desacata ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos.
- Freqüentemente adota um comportamento deliberadamente incomodativo.
- Freqüentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento.
- Mostra-se freqüentemente suscetível ou se irrita com facilidade.
- Freqüentemente enraivecido e ressentido.
- Freqüentemente rancoroso ou vingativo.

A agressividade é comumente precedida pelo transtorno desafiador opositivo e pode evoluir para diferentes transtornos como o da personalidade anti-social (cabível para maiores de 18 anos), o transtorno de humor, de ansiedade, somatoformes e aqueles relacionados ao abuso de substâncias químicas (DSM IV, 2002).

Para Lier e cols (2003), a diferença principal entre o transtorno da conduta e o transtorno desafiador opositivo é que o primeiro é caracterizado como um comportamento anti-social e de violação de normas, enquanto o segundo trata-se de recorrentes atos de desobedecer, desafiar e hostilizar principalmente adultos. Earls e Mezzacappa (2002) consideram que os dois transtornos compartilham atributos de negatividade e conflituosidade, sendo que o transtorno desafiador opositivo estaria menos 'na moda' em relação ao primeiro.

Bee (1996) aponta que há indicações de que o pré-escolar que já apresenta comportamento desafiador e opositivo, assim como a agressividade, tenha sólidas inclinações próprias para este comportamento. Contudo, a possibilidade dessa propensão se transformar num problema de comportamento persistente dependerá da seqüência de eventos vivida. Vários aspectos podem facilitar o desencadeamento desse transtorno (Fitchner, 1997):

(1) falhas no estabelecimento de vínculos afetivos, amorosos e seguros com pais e substitutos;

(2) privação afetiva nos anos iniciais da infância;

(3) incapacidade dos pais em impor limites ou estabelecimento da disciplina severamente;

(4) imitação/aprendizagem e comportamentos agressivos e transgressores do meio;

(5) falha na capacidade de simbolização do indivíduo, que é incapaz de pensar em termos de causas e conseqüências e não utiliza satisfatoriamente a verbalização para a expressão de sentimentos e pensamentos;

(6) componentes auto-destrutivos na criança podem ser vistos como um teste da capacidade do meio de se preocupar, cuidar e dar limites a ela.

Muitos esforços existem no sentido de comprovar que o transtorno de conduta e de oposição freqüentemente se desenvolvem em contextos sociais e familiares marcados por conflitos e adversidades. Os sintomas desses problemas comportamentais seriam precipitados e sustentados por situações de vida difíceis e por frágeis relacionamentos interpessoais. Isso não significa que as diferenças pessoais não sejam importantes nesse processo! A mistura de atributos individuais com os fatores provenientes do meio mais próximo à criança, acrescido do contexto macro-social onde vive aumenta ou reduz a possibilidade de surgimento de problemas de comportamento agressivos ou desafiadores.

Comportamentos externalizantes

Toma como base as duas sintomatologias descritas pela DSM IV (transtorno da conduta e opositivo desafiador), pelo fato de envolverem conflitos com outras pessoas e com suas expectativas sobre a criança. São comportamentos expressos pela criança diretamente no ambiente.

Os comportamentos externalizantes contrapõem-se aos "comportamentos internalizantes", caracterizados por retraimento, depressão, ansiedade, fobias e queixas somáticas, sintomas mais interiorizados pela criança ou adolescente.

O termo foi cunhado por Achenbach (1991), que elaborou um instrumento mundialmente conhecido para rastrear problemas de comportamentos em crianças e jovens, base dos dados apresentados neste livro. Este autor distingue os comportamentos externalizantes em dois tipos: comportamento agressivo e de "quebrar regras", por serem vocábulos familiares para os profissionais da área. Esses termos não representam diagnósticos psiquiátricos formais e não são equivalentes aos termos cunhados pela DSM IV.

Neste livro, vamos intercambiar alguns termos:

- transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo (tal como definido na DSM IV, 2002);
- comportamentos externalizantes (comportamento agressivo e de quebrar regras, como assumido por Achenbach);
- agressividade e transgressão, mais utilizados pelo senso comum.

Optamos por simplificar a forma de apresentação desses termos, pois priorizarmos mais o conjunto de sinais e sintomas que compõem quadros clínicos similares compatíveis com agressão e transgressão das crianças voltadas para o meio em que convivem. Nossa preocupação é menos capacitar as pessoas a darem diagnósticos precisos do problema (os profissionais da área da saúde mental são os detentores principais dessa responsabilidade) e mais aumentar a sensibilidade dos profissionais aos comportamentos agressivos e transgressores, propiciando a troca de conhecimentos e um melhor apoio às crianças e suas famílias.

O inventário para rastrear problemas de comportamento criado por Achenbach e Rescorla (2001), foi um dos instrumentos utilizados em nossa pesquisa na rede de ensino pública de São Gonçalo – RJ. Chama-se *Child Behavior Checklist,* mas nos referimos à ele por CBCL.

Através da CBCL pudemos saber que 11% das crianças estudantes de São Gonçalo foram avaliadas pelas mães/pais como tendo comportamentos externalizantes em nível clínico. Têm comportamentos externalizantes em nível limítrofe 4% das crianças. Comparando esses dados com a visão dos professores dessas crianças, que responderam à versão da CBCL para educadores (*Teach Report Form*- TRF), identificamos dados muito próximos (10,2% em nível clínico e 3% em nível limítrofe) apontando para a seriedade dos sintomas apresentados pelas crianças. Vamos apresentar os resultados obtidos com a aplicação da CBCL ao longo de todo o livro.

A dimensão dos comportamentos externalizantes

Segundo os pais, 15% das crianças escolares de São Gonçalo apresentam comportamentos externalizantes em nivel clínico/limítrofe.

Segundo os professores dessas mesmas crianças, 13,2% apresentam esses comportamentos em nivel clínico/ limítrofe.

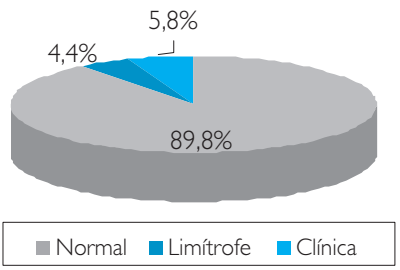
Para clarear a diferença entre os sintomas de quebrar regras e de agressividade, vamos, a seguir, apresentar separadamente os resultados que encontramos.

Comportamento de quebrar regras

A prevalência de comportamento de "quebrar regras" avaliada pela CBCL está apresentada no gráfico 1.

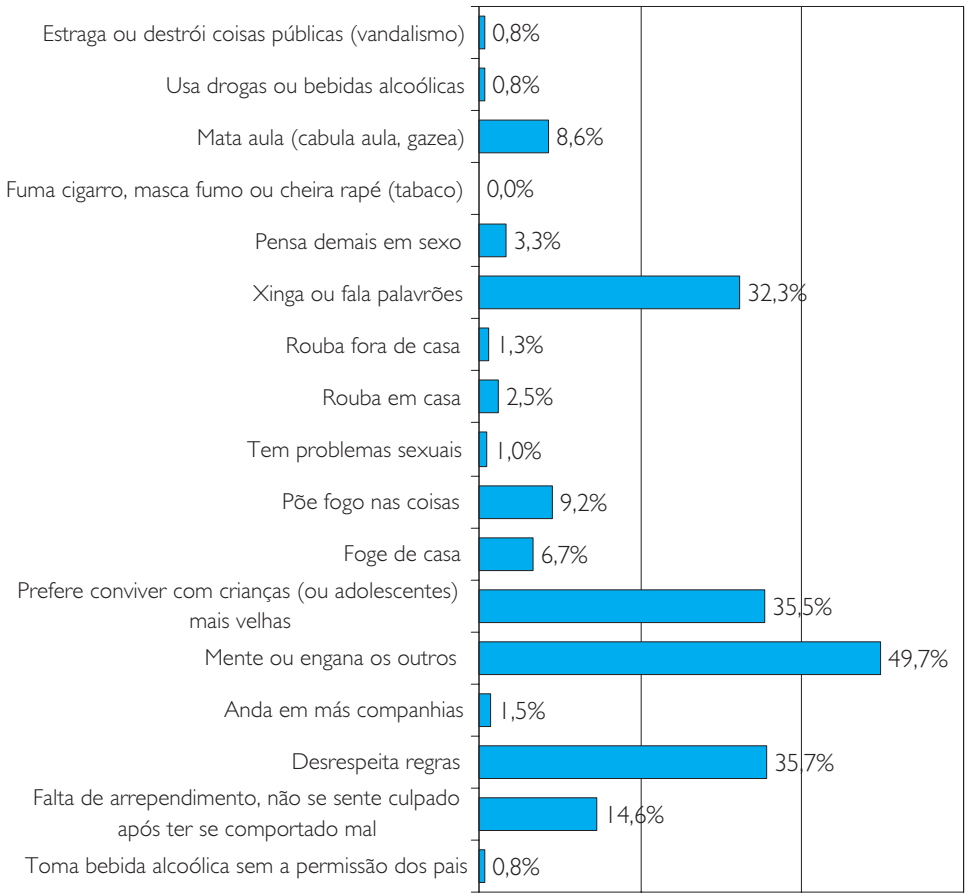
Como se pode notar, 5,8% das crianças foram classificadas como apresentando comportamento de "quebrar regras" em nível clínico e 4,4% em nível limítrofe. Os dados apresentados nos gráficos mostram os resultados expandidos para a população de crianças escolares do município de São Gonçalo, ou seja, consideramos que a amostra de alunos investigados nessa pesquisa, representa o universo de todas as crianças entre 6 e 13 anos matriculadas na rede de ensino pública municipal.

Gráfico 1: Prevalência de comportamento de quebrar regras. CBCL (N=6.392)



O gráfico 2 mostra a freqüência de cada um dos sintomas de "quebrar regras" informados pelos responsáveis das crianças, através da CBCL. Destacamos alguns comportamentos mais freqüentes entre todas as crianças investigadas em nossa pesquisa: mentir ou enganar os outros, presente em quase metade das crianças; desrespeitar regras (35,7%); hábito de conviver com crianças mais velhas, mencionado para 35,5% das crianças; e xingar, comum em 32,3% das crianças. Cabe ressaltar que 9,2% das crianças já puseram fogo em coisas, 6,2% já fugiram de casa e 2,5% roubam em casa, comportamentos de risco já presentes em idade tão precoce.

Gráfico 2: Freqüência dos sintomas de quebrar regras em crianças.
CBCL (N=6.392)

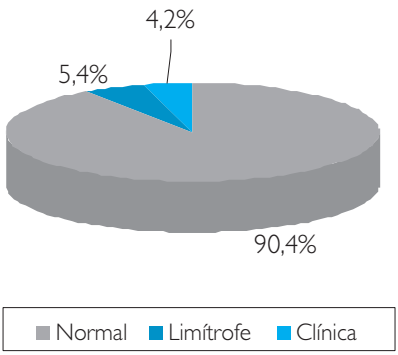


Comportamento agressivo

No gráfico 3 constatamos que 4,2% das crianças evidenciam comportamento agressivo em nível clínico e 5,4% na sua forma limítrofe. Para um pequeno grupo de 49 crianças vimos que a avaliação dos pais sobre o comportamento agressivo é muito parecida com a avaliação clínica feita por psiquiatras (sem que soubessem o

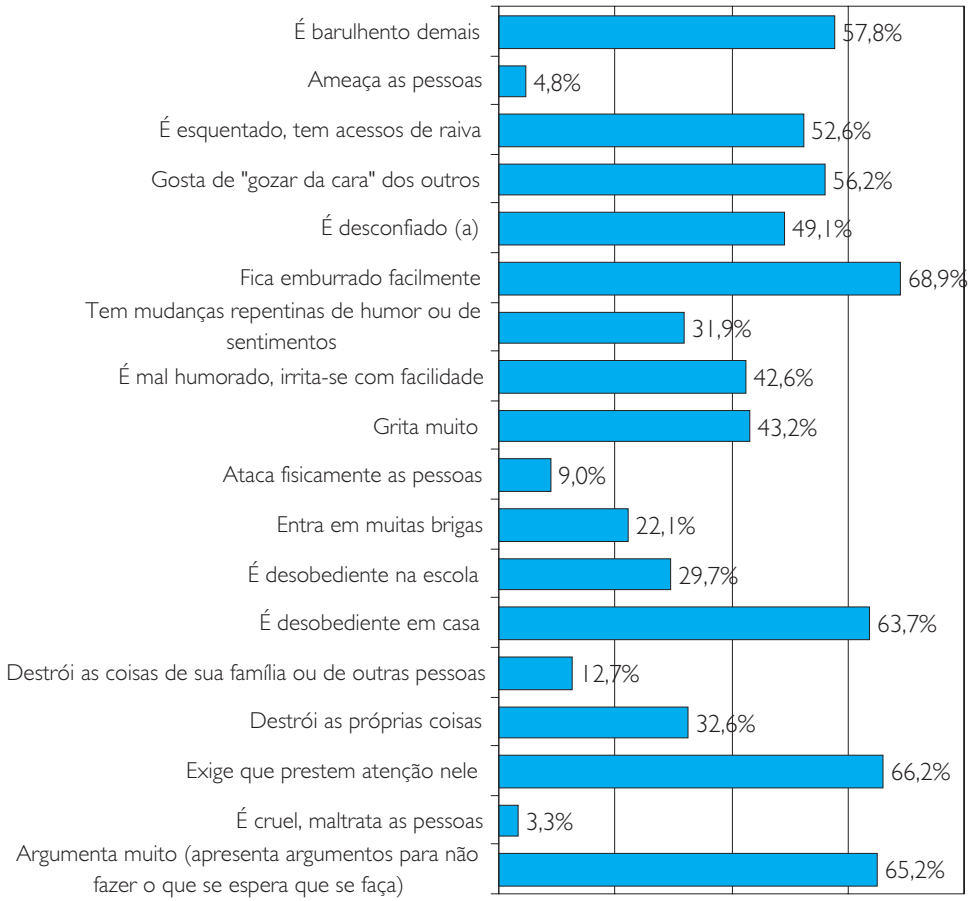
diagnóstico da CBCL). Isso indica a importância de se conhecer e atuar sobre crianças com esses comportamentos mesmo em idade precoce.

Gráfico 3: Prevalência de comportamento de agressividade.
CBCL (N=6.392)



Analisando separadamente os sintomas de agressividade, vemos que muitos comportamentos são bastante freqüentes nos escolares estudados, especialmente: ficar emburrado facilmente (68,9%), exigir que preste atenção na criança (66,2%), argumentar muito para não fazer o que lhe é pedido (65,2%), ser desobediente em casa (63,7%), ser muito barulhento (57,8%), gozar dos outros (56,2%), ser desconfiado (49,1%), gritar muito (43,2%), ser mal-humorado e irritar-se facilmente (42,6%). Como se pode perceber, são crianças difíceis de serem educadas e, muitas vezes, com dificuldades para estabelecer relacionamentos.

Gráfico 4: Freqüência dos sintomas de agressividade em crianças.
CBCL (N=6.392)



Finalizando a apresentação dos diferentes sintomas de agressividade e transgressão apresentados pelas crianças de São Gonçalo, vamos nos deter um pouco sobre alguns fatores que podem desencadear o desenvolvimento desses transtornos em crianças.



Tornando-se uma criança "difícil"

Apesar da heterogeneidade clínica das manifestações de comportamento agressivo e transgressor que apresentamos no capítulo 1, a literatura aponta alguns fatores familiares, ambientais e da própria personalidade da criança como freqüentes fatores desencadeadores desses transtornos.

A criança com comportamentos agressivos e transgressores deve ser entendida dentro de um sistema biológico e psicológico inseridos nos variados meios: social, cultural, político e econômico. Segundo esta "perspectiva ecológica", tal comportamento depende de alguns elementos que constituem a criança e seu contexto: gênero, temperamento, competência cognitiva, idade, família, vizinhança, sociedade e cultura. O temperamento, no nível individual, exerce

uma importante influência no desenvolvimento infantil, uma vez que influencia em como a criança pensa e sente os acontecimentos a sua volta (Bronfrenbrenner, 1979; Garbarino, 1999).

Pesquisas recentes reconhecem e confirmam que a saúde mental de crianças e adolescentes é determinada por uma conjunção de fatores tanto intrínsecos ao indivíduo quanto aqueles proporcionados pelo ambiente social no qual estão inseridos (Rutter e Graham, 1996).

Atributos individuais

Cada criança tem a sua forma de estar no mundo. Algumas são mais sensíveis, outras menos, algumas são mais tímidas, outras mais extrovertidas, algumas são mais ativas, outras mais calmas. O temperamento de cada criança é moldado por componentes genéticos e pelo meio em que vive; também influencia a maneira como a criança "encara" o mundo a sua volta, e conseqüentemente a sua forma de pensar, sentir e agir. Embora seja um atributo inato, é muito precocemente influenciado pelas experiências sociais.

Comportamento anti-social em adultos costuma ser predito pela presença de atributos individuais surgidos na infância, tais como: temperamento difícil e sem controle, anormalidades neurológicas, atraso no desenvolvimento motor, habilidade intelectual, dificuldades na leitura, hiperatividade e pobres escores em testes neuropsicológicos de memória (Liabo e Richardson, 2007).

Existe crescente evidência científica de que há influência genética possibilitando a ocorrência de personalidade anti-social na vida adulta. Os estudos que investigam as influências genéticas nos transtornos de conduta em crianças confirmam essa herança e sugerem que a vulnerabilidade para este transtorno é desencadeada por riscos ambientais e mediada por fatores como baixa habilidade de lidar com dificuldades (Liabo e Richardson, 2007; AACAP, 1997).

Fatores familiares

Alguns autores afirmam que a forma como os pais educam seus filhos e as formas de comunicação na família são responsáveis por 30-40% da variação dos problemas de agressividade e transgressão na infância, destacando-se o grau de envolvimento parental, as formas de resolução de conflitos e a disciplina punitiva e inconsistente (Patterson et al. 1989; Barlow, 1999).

A família tem como função primordial o apoio e acolhimento de seus membros. Nenhuma é perfeita, sem problemas e conflitos ocasionais. No entanto, para que esta ofereça à criança um ambiente saudável, é preciso que seja capaz de encontrar alternativas positivas para solução dos problemas. Embora as dificuldades sejam inerentes ao crescimento e desenvolvimento do indivíduo, o apoio da família é fundamental para que a criança consiga amenizar ou mesmo lidar de forma favorável com os efeitos potencialmente destrutivos das adversidades. Alguns aspectos parecem contribuir para o desenvolvimento dessa capacidade: formas flexíveis de organização e diálogo nos relacionamentos interpessoais, modelos educativos que impulsionem a criança para uma vida saudável e supervisão sobre o comportamento da criança nos seus diversos contextos de relacionamentos.

Em uma pesquisa para avaliar a capacidade de superação das adversidades em adolescentes escolares no município de São Gonçalo – RJ, a interação familiar foi um dos aspectos mais importantes para a construção do sentimento de afeto por si próprio (Assis et al. 2005). Uma vez que a auto-estima é um atributo chave para a construção dessa capacidade, deduz-se que o afeto entre os familiares também se associa positivamente à habilidade de superação dos problemas cotidianos.

A separação dos pais pode constituir-se em um problema para criança, no entanto, quando ela mantém um bom relacionamento com estes pais, e quando os próprios pais mantêm a cordialidade, este problema pode ser superado. O mito da família saudável como

sendo aquela formada por pai, mãe e filhos morando juntos é uma configuração que vem sofrendo transformações sociais, dando espaço para novos arranjos familiares plenamente capazes de promover bem-estar entre seus membros. Nesse sentido, conflito marital entre os pais mostrou-se preditor de agressividade e transgressão em crianças, atuando de forma mais influente do que a ausência de um dos pais (Liabo e Richardson, 2007).

A relevância dos problemas na relação familiar ficou fortemente expressa nas falas dos responsáveis das crianças de São Gonçalo com indícios de problemas de agressividade e transgressão.



O pai dele não esquenta com ele não. Eu acho até que ele gostaria de um carinho maior do pai. Ele tem vergonha do pai, ele não conversa com o pai e se o pai vai falar com ele, ele abaixa a cabeça. Ele não consegue olhar para o pai. Eu acho que ele esperava mais do pai, eu acho.

Avó de André, 10 anos, criança com sintomas de comportamento agressivo e transgressor

De acordo com o Inquérito de Saúde Mental Infantil de Ontario/Canadá (Offord el al., 1987), três fatores de risco familiares são significantes para o desenvolvimento da desordem de conduta em crianças: disfunções familiares, problemas de saúde mental dos pais, e baixa renda familiar. Rutter (1998) destaca outros fatores familiares como importantes para o desenvolvimento dessas desordens: baixo status sócio-econômico da família, criminalidade do pai, problema mental da mãe, discórdia entre os pais e ausência de cuidados institucionais para a criança e família.

Pobreza e baixo nível sócio-econômico da família costumam estar associados com transtorno de conduta em crianças e adolescentes, embora não se saiba muito bem como esses efeitos são mediados. A influência sobre a capacidade dos pais de educar os filhos mostrou-se mais fragilizada em contextos de pobreza (Rutter, 1999)

Fatores escolares

Depois da família, a escola tem o papel de socialização, promoção da cidadania, formação de atitudes e opiniões, podendo ser um espaço tanto de construção positiva da criança ou jovem, quanto um espaço de reprodução de dificuldades vivenciadas na família e na comunidade.

A escola, por ser um espaço de convívio diário, é um ambiente onde a ocorrência de conflitos interpessoais é constante e comportamentos são inúmeras vezes repetidos, podendo ser compreendidos e manejados de modo a contribuir para a saúde mental dos que ali estão se formando.

Não é a escola em si mesma que funciona como um fator de risco para agressividade e transgressão; são alguns fatores do ambiente escolar que podem facilitar o futuro desenvolvimento de comportamentos externalizantes. Nesse sentido, a qualidade da atenção oferecida pela escola pode ser conectada ao desenvolvimento de crianças agressivas e transgressoras.

Uma escola protetora é aquela que cuida do seu corpo docente e discente. Como demonstram alguns estudos, o desempenho acadêmico e o desenvolvimento pessoal do aluno crescem quando a escola é capaz de ensinar valores e criar um ambiente de respeito que propicia a confiança não apenas para aprender, mas também para tornar-se maduro e autoconfiante (Nunes e Abramovay, 2003; Sposito, 2002).



Logo depois que ele terminou as aulas com essa professora da época ele foi melhorando porque a professora... o problema estava na professora que gritava muito com ele, ele reclamava, ele não suporta que grite com ele. Até eu mesma, se levantar a voz com ele, já fica irritado. Então eu estou sempre lembrando disso e falando com ele normalmente sem gritar. Aí depois ele recuperou, ele teve outra professora no novo ano. Ele melhorou, começou a ler bem depois que veio para cá, ele se adaptou bem com os professores daqui.

Eu acho que isso influi muito também, o ambiente que a criança está deixa a criança nervosa.

Em casa eu vou assim, vou tentando manter a calma com ele também.

Mãe de Vitor, 10 anos, criança com sintomas de comportamento agressivo e problemas de atenção.

Fatores protetores

Muitos de nós conhecemos crianças com vidas muito difíceis, em que são testadas constantemente sobre sua capacidade de enfrentar as adversidades. Muitas demonstram potencial de superação às adversidades. Chamamos isso de resiliência (Rutter, 1988).

Resiliência

Encontrar uma forma construtiva para reorganizar a vida após um problema.

Habilidade de se acomodar e reequilibrar constantemente frente às adversidades

Algumas crianças, diante das dificuldades, tornam-se de tal forma vulneráveis que passam a colecionar insucessos, podendo vir a apresentar comportamentos agressivos e transgressores (Rutter, 1988).

Vulnerabilidade

Maior probabilidade de um resultado negativo na presença de adversidades.

É certo que quanto mais proteção a criança receber ao longo de sua vida, menores as chances de surgirem conseqüências negativas em suas vidas.

Alguns fatores individuais, ou seja, intrínsecos ao sujeito, aumentam a capacidade de proteção da criança: auto-estima é uma delas; ser capaz de aprender com erros e saber solicitar ajuda quando precisa são outros atributos fundamentais.

A família, a escola e a comunidade são instituições com potencial de proteger crianças e adolescentes. A comunidade que protege é aquela que propicia fatores como: inclusão econômica, social e cultural, particularmente das crianças, jovens e pais de família, valorização de atitudes e comportamentos não criminosos, não violentos e não discriminatórios, desenvolvimento urbano e social, grupos e rede de supervisão e apoio para crianças e adolescentes, limitação e controle do acesso a drogas, álcool e armas de fogo (Sherman et al, 1997).

A história de Lara ilustra como fatores individuais, familiares e sociais se associam propiciando o surgimento e desenvolvimento de comportamentos externalizantes em fases precoces da vida. Doenças, adoção, pobreza, estigmas, relacionamento familiar baseado em agressão física como forma de resolução de conflitos, sentimento de rejeição são apenas algumas das circunstâncias que permeiam a vida de Lara, uma menina de 9 anos.

A História de Lara



Peguei Lara com um mês e quinze dias. A mãe não podia mais criar... Ela era bem doentinha do ouvido, tinha otite crônica e perdeu um pouco da audição, acho que 35% da audição. Fez agora o tratamento. Operou e está se recuperando.

De cinco anos pra cá faz xixi na calça, não sei se é por problema psicológico, alguma coisa parecida.

Foram cinco anos de audiência. A partir do quinto ano dela de vida, foi a última vez, e aí ela passou. Ela assistiu tudo. Eu acho que daí por diante ela começou [*referindo-se ao problema* de comportamento].

Foi assim... a gente colocou uma caneta na mão dela e ela ficou escrevendo, pra se distrair. Mas, sabe, criança presta atenção

em tudo, não é? Então a gente pensava que ela não ouvia. Não estava prestando atenção, mas estava. Porque hoje ela diz tudinho pra mim o que ela ouviu. E ela não aceitou. (...)

Hoje em dia ela faz tudo o que não tem que fazer. Esse negócio de ela mexer nas coisas que não pode. Isso que me preocupa muito. (...)

Ela briga muito o irmão de dezoito anos. Ela briga muito. Ela quer mandar. Ela não tem modos. Ele quer corrigir: "senta com modos!" Ela vai lá, chuta ele. Ela é bem briguenta, por ser mandona. Ela é muito mandona. (...)

Mente, muito, muito, muito! Às vezes inventa coisa. Uma vez ela inventou que a professora falou que era – ela tem o cabelo bem grande – que era pra cortar o cabelo. (...)

O irmão fala: se você botar a mão aqui, eu vou quebrar a tua mão! E ela é meio abusadinha, sabe? Eu falo "Bruno, não fala isso!" "Mãe, eu tenho que ameaçar ela, porque se não ela vai mexer nas minhas coisas".

Se eu falar pra ela - "vai lá e pega a bolsa." Eu já mando ela apanhar a bolsa pra eu tirar o dinheiro. Então, ela vai apanhar a bolsa e vai apanhar o dinheiro também. Nesse meio tempo, ela já tirou alguma coisa pra ela comprar doce, ela está sempre, sempre vem com doce (...)

No ano passado todo dia tinha briga. "Mãe, olha... 'fulana' quer me bater, 'fulana' quer isso, 'fulana' quer aquilo..." Eu falei assim: "Ué?! Você não é o 'macho-homem' aqui dentro de casa? Não quer bater no seu irmão com dezoito anos? A menina é da sua idade... eu é que vou ter que ir lá brigar com a menina, falar com a menina? Você diz pra ela assim: 'olha... eu nem me importo com o que você está falando. Dentro da sala de aula é lugar de estudar... e não pra discutir com colega.' Pede a professora se você pode mudar de lugar. Senta ou mais lá atrás ou mais na frente... e não fica do lado dela. Na hora do recreio, se ela chegar perto de você, você fala pra professora que ela está implicando com você." (...)

A professora chamava ela de alienada, porque ela não tinha operado o ouvido ainda. Eu sempre falo para os professores

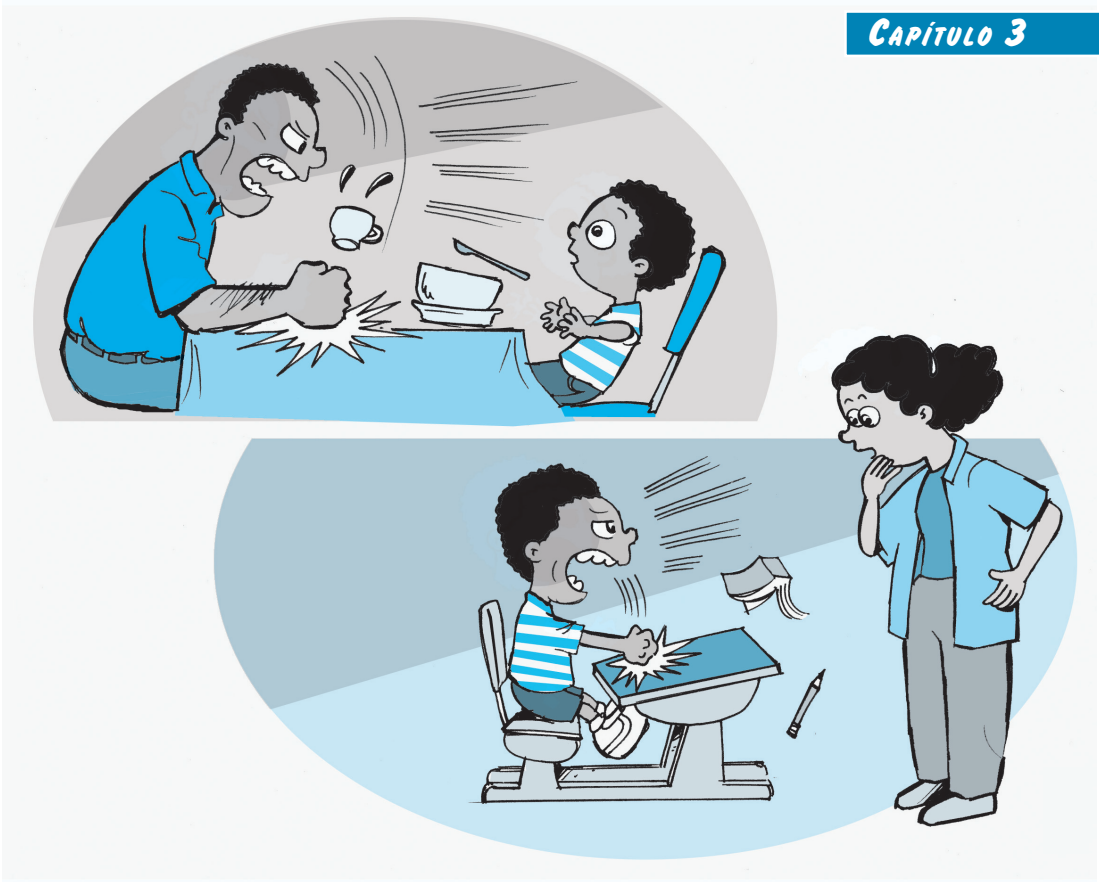
todo começo do ano, do problema dela, da audição. Todas as professoras sabem. E ela sabia.

Lara é muito alta. Eu dizia: "põe ela na frente que ela vai te ouvir bem. Se ela ouve bem, ela vai aprender bem." Mas ela colocava ela lá atrás, porque ela é mais alta do que as outras amigas... ela não ouvia... Toda reunião eu passava vergonha. Ela [professora] dizia assim "Olha, Dara parece uma alienada. A gente fala com ela e ela está no mundo da lua." E falava pra ela também, que dizia pras amigas. Ela chegava em casa chateada. "Mãe, a tia falou pra mim e pras amigas que não podem sentar do meu lado. Me colocou lá no fundo da sala porque se não vão pegar minha doença, que eu sou alienada."

Aí, foi ficando pior. Foi ficando pior. A partir daquele momento ela não fazia o dever, ela não copiava o dever. Não fazia nada na escola. Todos os dias ela só fazia o cabeçário. Aí, quando foi em outubro, eu não trouxe mais pra escola. Por quê? Eu já sabia que ela ia repetir o ano, com certeza. E mesmo que a professora passasse, eu ia pedir pra não deixar, porque ela sabia nada, nada. E a professora todo dia, só criticando. Acabando... já não tem uma estima boa! Acabando com a menina...(...) Eu acho que ela se acha jogada fora. Por ser adotiva, eu acho. Porque desde pequenininha, ela sempre perguntou... A partir do quinto ano, sempre perguntava se a gente amava. Houve uma desavença comigo e a mãe biológica. Uma vizinha perguntou pra ela [mãe biológica] do sentimento dela com a menina. Ela disse que não tinha sentimento nenhum. Então, ela ouve. Ela entende super bem, não é? (...)

Eu acho que é uma maneira dela de reagir à vida dela [falando sobre o comportamento de Lara]. É uma vida meio complicada, não é? Geralmente, as pessoas não sabem que são adotivas... aí fica sabendo depois de trinta anos... vinte anos, dezenove anos... Fica maluco. Abandona os pais adotivos. Ou mata os pais adotivos. E ela, sabendo desde pequenininha, não sabe nem como agir, não é? Sei lá... é... é meio complicado.

Mãe de Lara, 9 anos, criança com sintomas de comportamento agressivo, transgressor, problemas de atenção e problemas sociais



Violências, agressividade e transgressão na infância

Crianças agressivas e transgressoras são vistas com restrições pelas famílias, escolas e na localidade em que vivem. Um estudo brasileiro realizado em escolas da Baixada Fluminense – RJ, no período de julho de 2002 a novembro de 2005 por equipe multidisciplinar inserida no Programa Saúde na Escola verificou que a principal queixa escolar foi quanto ao comportamento agressivo dos estudantes, correspondendo a 24% dos 273 casos atendidos (Andrade, 2002). Neste estudo, esses alunos são identificados por bater nos outros, desafiar qualquer pessoa que tente ocupar o lugar de autoridade, agir com o fim de chocar os outros, "falta de respeito",

"falta de limites", "rebeldia", "alteração de comportamento" e "nervosismo".

É interessante destacar que a maioria dos encaminhamentos atendidos neste estudo se devia a comportamentos agressivos manifestados pela criança. Apesar de somente 5,1% dos casos de alunos com comportamento agressivo terem chegado ao serviço com queixas de violência sofrida pelo aluno, ao longo do atendimento notou-se que quase a metade das crianças tinha sofrido ou estava sofrendo algum tipo de violência. Esse dado sinaliza a necessidade de compreendermos melhor as relações entre sofrer violência e desenvolver comportamento agressivo.

Refletiremos a seguir justamente sobre a relação existente entre situações de violência ao longo da vida e o surgimento de comportamentos agressivos e transgressores em crianças. Ao entrevistarmos algumas mães de crianças com problemas externalizantes, pudemos sentir quanto sofrimento essas meninas e meninos vivenciaram, já no início de suas vidas. Nessas falas, percebemos que muitas das reações infantis são formas de expressar suas angústias e subjetividades. A vida de Rodrigo é um desses exemplos.

A História de Rodrigo



Esse que é o problema que eu contei. Quem mora com ele não é o pai, é o padrasto. Aí ele não tem paciência entendeu? Ele já chega em casa gritando. Eu falo com ele: - Ah, Jairo, não pode, não é assim! Porque ele tem três filhos, mas ele não aceita. Diz que os filhos dele, ele fala uma vez só e obedece. Aí ele fala: Eu vou te bater, vou fazer isso, vou acontecer. [...]

Teve uma vez que a a gente brigou feio. Entrei até em luta com ele. Ele deu um tapa na cara do meu mais velho [Rodrigo] Eu fui, voei em cima dele. Agredi ele. Para ele não me bater, ele me empurrou. Eu caí pra frente, bati de cabeça no meio fio. Ficou um caroço enorme. [..]

Minha mãe foi, caiu doente, ficou quase morrendo. Ajudamos ela, levamos para o médico para ver, estava com uma diarréia sem parar. Pensava que era até o mesmo problema que meu pai... que meu pai morreu desse problema. Aí quer dizer, não me cuidei. Ficou um caroço enorme, eu não botei gelo, não botei nada.

Eu converso muito com esse meu marido, que o convívio dentro de casa é... Briga, eu acho que deixa a criança também nervosa. Porque eles estão vendo. Se a gente por exemplo, fica nervosa, o meu nervosismo passa para ele, não é?.

Mãe de Rodrigo, 9 anos, criança com sintomas de comportamento agressivo e transgressor

Apresentar comportamentos agressivos e transgressores e vivenciar situações de violência na infância **não têm** relação causal direta e exclusiva. Na prática, esses comportamentos costumam resultar de uma interação de fatores e não meramente uma reprodução direta da violência sofrida. Como vimos no capítulo 2, fatores individuais, associados a ambientes familiares, escolares e comunitários não propícios ao bom desenvolvimento emocional costumam estar envolvidos na expressão do comportamento agressivo e transgressor.

Quando falamos em **violência**, estamos nos referindo a várias formas de violação dos direitos da criança, negando-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis. A violência pode alcançar a criança nos seus diversos âmbitos de convivência, ou seja, no seu seio familiar, escolar, na vida comunitária e na sociedade em geral. Podemos especular que o cruel panorama como vivem crianças e adolescentes, vítimas de violência estrutural, se reflete no fenômeno da violência familiar, escolar e comunitária, espaços privilegiados tanto para socializar e estabelecer afetos quanto para constituir-se num reprodutor de violência. Destacamos ainda os prejuízos propiciados pelas condições de pobreza e pela escassez ou falta de acesso a serviços públicos básicos, necessários para o desenvolvimento saudável da criança.

Violência na família

Agressão verbal na família é uma forma de violência psicológica que tem impacto na formação de crianças e adolescentes. Dentre as crianças de São Gonçalo constatamos ser muito comum essa forma de comunicação familiar.

Violência psicológica ocorre quando a criança é diminuída em suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, ou cobrada excessivamente por pessoa significativa durante o período de crescimento e desenvolvimento.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001) define: *"agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social"* (p.51).

Na família, pais praticam esse tipo de abuso com freqüência, muitas vezes criando um clima familiar desrespeitoso, que tende a se estabelecer como mecanismo de resolução de problemas familiares. Neste processo, engendram-se formas negativas de relacionamento interpessoal que se manifestam também na vida escolar e comunitária dos filhos (Pitzner & Drummond, 1997; Assis e Avanci, 2004).

As crianças de São Gonçalo com problemas de agressividade e transgressão são mais vítimas e testemunhas de agressão verbal do que as que não têm esses transtornos, que foram aferidos pelos seguintes comportamentos do agressor: xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos (Straus, 1979).

Verificamos que 14,5% das crianças com comportamentos externalizantes em nível clínico convivem com agressão verbal praticada pelo pai e 13,5% pela mãe. Dentre as crianças sem esses transtornos temos 3,9% e 1,2%, respectivamente.

Testemunhar agressão verbal entre os pais também se mostra relevante para o surgimento de problemas de comportamento em

crianças. Vimos que cerca de 12% das crianças com comportamentos externalizantes são vítimas dessa forma de violência psicológica, comparadas a cerca de 7,5% entre crianças que não têm o transtorno.

A **violência física familiar** é outro aspecto fundamental para se entender como se desenvolvem problemas externalizantes em crianças.

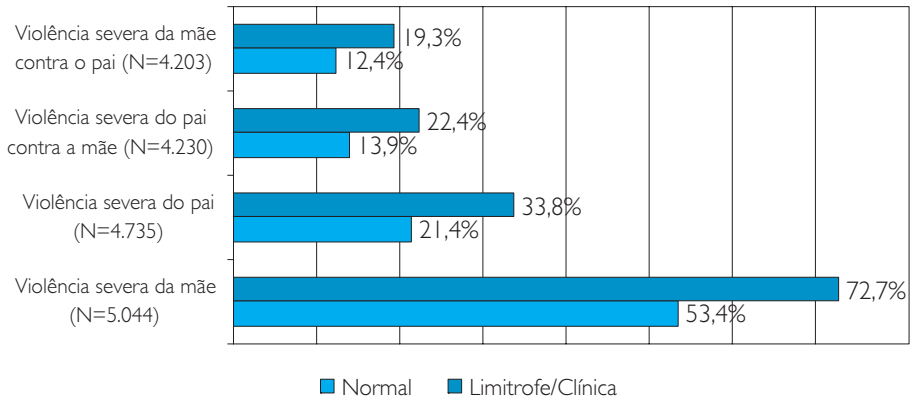
Violência física **se caracteriza pelo uso da força física sobre crianças e adolescentes.**

Noção de poder e controle de uma pessoa mais velha, mais forte ou mais influente que utiliza a agressão física contra crianças e adolescentes.

É, comumente, uma forma de aprendizado de resolução de conflitos e um mecanismo de estabelecimento de relações. É uma forma de comunicação interpessoal realizada através do uso da força física (Assis e Deslandes, 2004).

No gráfico 5 vemos a maior presença de sintomas de comportamento externalizantes na população de crianças estudantes da rede pública de São Gonçalo, que sofrem **violência física severa** de um dos pais e que presenciaram violência física severa entre os pais, definida por: atos graves como jogar objetos, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca.

Grafico 5: Sintomas de comportamentos externalizantes em crianças vítimas de violência física severa na família no último ano



A violência física severa perpetrada pela mãe no último ano é a que mais se destacou. Esteve presente na vida de 72,7% das crianças com problemas externalizantes e em 53,4% das crianças sem sinais de agressividade e transgressão. A violência física severa entre os pais também sobressaiu entre crianças com problemas externalizantes.

Lembramos que a articulação entre agressividade infanto-juvenil e violência doméstica sofrida não representa uma relação de causalidade única, devendo ser pensada dentro de um espectro maior como vimos no capítulo anterior. Todavia, é importante ter mente que o comportamento agressivo em crianças é um sinalizador – e, até mesmo, denunciador – da presença de violência na infância.

O estudo da violência concomitantemente aos transtornos mentais, como agressividade e transgressão, se coloca como questão preponderante na discussão da saúde da criança. A vida das crianças tende a ficar mais infeliz quando há violência familiar, em vez de um ambiente predominantemente protetor e afetuoso.

Quando a família deixa de ser um ambiente protetor e se torna um fator de risco para a criança, é importante compreender a dinâmica familiar violenta como parte de complexos e dinâmicos contextos

psicológicos, sociais, econômicos e culturais. É importante que profissionais que trabalham com crianças entendam que esses conflitos podem relacionar-se ao comportamento, aos sentimentos, ao afeto e ao humor de crianças, para que assim possam atuar na esfera preventiva e de tratamento, rompendo o ciclo da violência.

Violência na escola e comunidade

As escolas podem contribuir para a ocorrência de abuso psicológico sobre crianças e adolescentes, ao admitirem a existência de relações conflituosas entre os alunos (*bullying*) e os tratamentos humilhantes e desrespeitosos entre o corpo discente e docente. Outra forma de violência – muito naturalizada – é a violência das precárias condições estruturais existentes nas escolas que, de forma simbólica, afeta a formação da identidade e auto-estima juvenil e sua capacidade de projeção do futuro.

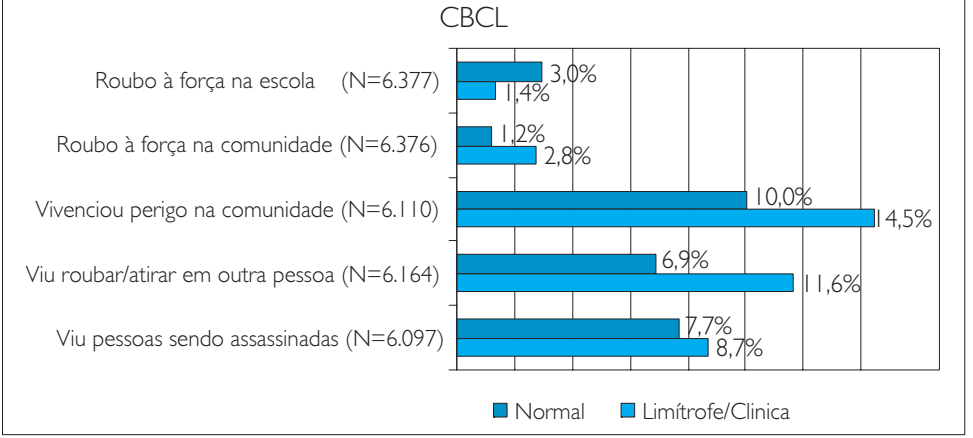
O conceito de "*bullying*" recentemente difundido no Brasil, é alvo de estudos internacionais há algumas décadas. Refere-se ao comportamento de crianças e adolescentes "prepotentes e agressivos, tais como colocar apelidos, ofender, humilhar, discriminar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, agredir, roubar e quebrar pertences". Podem também ocasionar perda de interesse ou medo de freqüentar a escola (Lopes Neto e Saavedra, 2003).

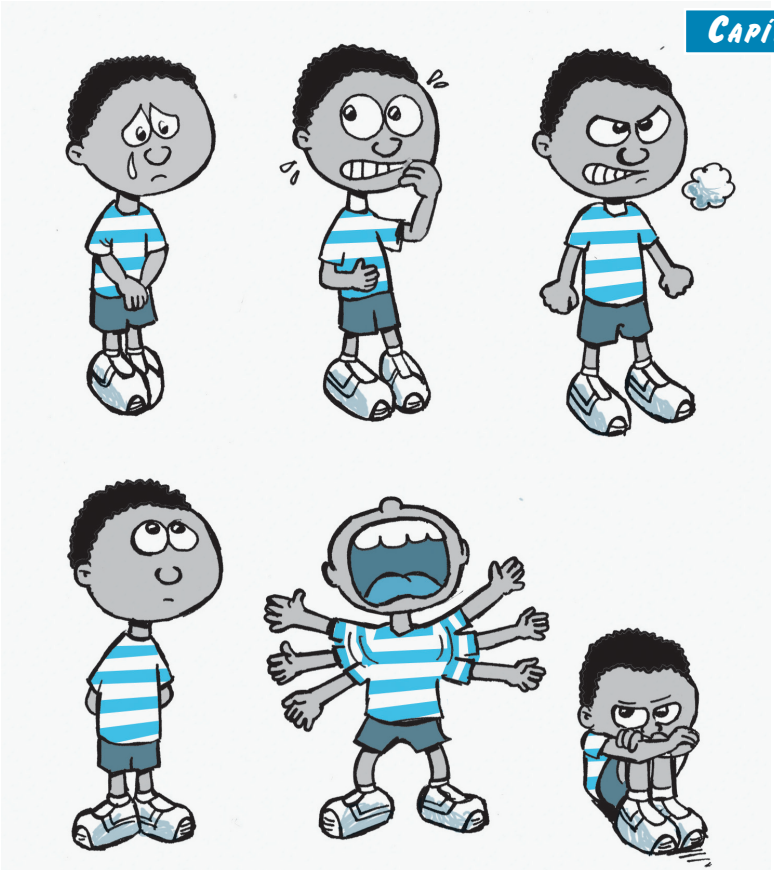
Outro problema que muitas famílias enfrentam nos dias de hoje é a violência na comunidade em que vivem. Este problema está intimamente relacionado a violência social, sendo comprovadamente mais presente nas localidades onde a população tem menor poder aquisitivo e onde existe carência de serviços de saúde, educação e segurança pública, além de habitação precária.

A violência urbana se manifesta por relações baseadas em meios agressivos de solução de conflitos nos locais em que as famílias residem, frequentemente com criminosos dominando o território, cerceando o direito de ir e vir e proporcionando medo e insegurança nos moradores.

No gráfico 6 vemos que todas as formas de violência na localidade estão mais presentes na vida das crianças com problemas externalizantes. Ressaltamos o fato de cerca de 8% das crianças de São Gonçalo já terem visto pessoas sendo assassinadas, pelo grave impacto que uma violência tão terrível pode ter na vida de pessoas em início do desenvolvimento emocional e cognitivo.

Gráfico 6 : Sintomas de comportamentos externalizantes em crianças vítimas de violência na escola/comunidade no último ano.





Comorbidades: um problema a ser investigado

Um fato importante a ser observado pelos profissionais que lidam com crianças é que, comumente, comportamentos agressivos e de oposição estão associados com outros problemas de comportamento. Essa situação se evidencia através de dados estatísticos e de acompanhamento clínico.

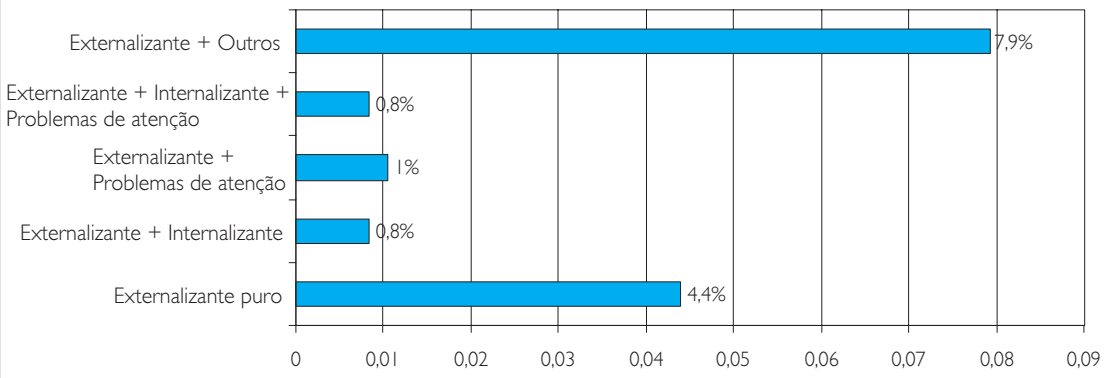
Os problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, tal como aferido pela CBCL, correlacionam-se um com o outro em diversos estudos (McConaughy & Achembach, 1994; Garnefski & Diekstra, 1997; Verhulst &Van der Ende, 1993). Da mesma forma, os transtornos de conduta estão bastante misturados

aos transtornos emocionais. O transtorno da conduta associado a outros problemas comportamentais foi quatorze vezes mais encontrado em crianças de cerca de dez anos do que o diagnostico do problema isolado (Rutter e Graham, 1996).

A Classificação Internacional de Doenças (CID 10, 1996) descreve duas categorias de diagnóstico que ilustram a comorbidade em relação ao transtorno da conduta: o transtorno hipercinético de conduta (agregando problemas de conduta com hiperatividade) e os transtornos mistos da conduta e das emoções (distúrbio depressivo de conduta; outros transtornos mistos das condutas e das emoções, incluindo sintomas de ansiedade; e transtornos mistos das condutas e das emoções não especificados).

A criança com comorbidades de problemas de comportamento apresenta associações reais entre sintomas de diferentes transtornos comportamentais. Este é quadro muito comum em crianças com comportamentos externalizantes, tal qual vimos nas meninas e meninos de São Gonçalo (gráfico 7).

Grafico 7: Problemas externalizantes e comorbidades. CBCL



A presença de comorbidade costuma ser observada como um marcador de severidade do transtorno (Angold e Costello, 2000).

O **transtorno da conduta** associado a outros transtornos costuma apresentar quadros clínicos mais exacerbados, como por exemplo:

- **com transtornos de déficit de atenção/hiperatividade:** maiores níveis de interações conflituosas com os pais, de rejeição dos pares ou colegas, de problemas escolares, de adversidades psicossociais; maior freqüência de psicopatologia dos pais; além de pior prognóstico e tratamento.



Desde que ele nasceu ele é uma criança agitada.
Andou com nove meses, sempre foi muito agitado, mas muito, muito mesmo.
Sai do colégio, chega em casa, não tem cansaço que faz ele parar para ver uma televisão. Ele não vê televisão. É o tempo todo fazendo arte. Você pede pára, pára, pára. Ele continua fazendo.
É o tempo todo agitado. Levanta sete horas da manhã sem ter necessidade, levanta cedo pra dar tempo de fazer mais arte.
É uma coisa inexplicável, meu Deus do céu, ele é muito agitado.

Mãe de Marcelo, 8 anos, com sintomas de comportamento agressivo e problemas com a atenção/hiperatividade

- **com depressão:** tem pouco efeito no curso do transtorno da conduta, embora exista indicativo de que a desordem de conduta esteja associada com mais severas depressões concorrentes. A combinação da desordem de conduta com a depressão está fortemente associada ao suicídio em idade mais avançada, especialmente se somada ao uso de álcool.



Ele é agitado, agressivo às vezes. Às vezes ele está triste, ele tem um pouco de tudo. Às vezes ele está triste. Às vezes ele é bem agressivo com o irmão ou com alguém que irrite ele.
Ele é assim, às vezes pensativo, chorão, chora muito, às vezes mesmo sem motivo, qualquer coisa que você fala ele já chora.

Mãe de Rafael, 9 anos, com comportamento agressivo e depressivo.

- **com transtornos de ansiedade:** Está associado com menores índices de agressão, especialmente em crianças pequenas.



Ela passa de um extremo ao outro, está muito alegre, daqui a pouco ela já está brigando. Está sempre um pouco insatisfeita.

Com relação às pessoas ela é tímida. Na escola ela é tímida, muito autocrítica. Ela tem vergonha de fazer as coisas na frente da sala. Atividade na escola ela não gosta, mas em casa ela é de brigar com os irmãos, tem muito ciúmes do pai e de mim principalmente, tudo tem que estar sempre em volta dela, exige atenção direto, fica cobrando as coisas.

Mãe de Tainara, 8 anos, com sintomas de comportamento agressivo e problemas de ansiedade

- **com transtorno desafiador opositivo e transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade:** quando essas três formas de transtorno se associam encontra-se uma difícil combinação, configurando um quadro de problemática socialização da criança, com relacionamentos interpessoais bastante prejudicados e prognóstico e tratamento complicados.



Ele foi ficando com esse hábito de não me obedecer, não me respeitar. Na hora a gente conversa, entende, chora, põe de castigo ele diz que entendeu passa cinco minutos ele esta fazendo exatamente aquele erro, repetindo ou então pior, entra por um ouvido sai pelo outro.

Tenho que procurar um tratamento para ele e para mim, por que eu não estou agüentando mais.

Desde que começaram as aulas esse ano, eu estou totalmente sem controle sobre ele. Não tem paciência mais para assistir televisão, não tem um desenho que agrade o Emerson, aí bota CD e troca CD, aí desliga e liga a televisão, eu penso "tem

criança que fica parada assistindo a programação"... Não precisa ser todas, mas, alguma coisa tem que agradar.
Eu observei nele esse último tempo que não tem nada que segure o Emerson no sofá, nada ele gosta. Nada, ele fala que gosta. Novela eu não consigo assistir. Eu não consigo ficar mais um pouquinho na cama nos últimos tempos, porque eu falo: "Emerson, se você quer acordar mais cedo, fica no seu quarto, vai desenhar, fazer alguma coisa". Mas ele fica batendo a porta, ou então, fica fazendo a porta de tambor, até eu sair da minha cama, ou então o padrasto dele. Enquanto ele não vir a gente levantar é isso...

Mãe de Emerson, 8 anos, com comportamentos agressivo e transgressor e problemas com atenção/hiperatividade

Apesar desses indicativos, o mais importante a ser apreendido em relação a comorbidade é que não se trata de várias desordens em uma única criança, mas sim da configuração de um problema de comportamento multifacetado em uma criança. Por isso, é fundamental que o profissional que trabalha com crianças esteja atento a todos os sinais e sintomas manifestados pela criança, e não apenas aos mais acentuados, para que dessa forma, cada uma receba um tipo de acolhimento, acompanhamento e tratamento que se fizer necessário.



Refletindo sobre as possibilidades de intervenções

Os médicos falaram que ele não tem nada. Ele já fez eletroencefalograma, fez tomografia computadorizada, fez duas vezes. O último exame que ele fez já tem um tempo. O neuro falou que a única coisinha que tinha dado no resultado foi um pouquinho de distúrbio de comportamento, que não era nada demais. Aí foi que ele passou o remédio controlado. Aí ele andou tomando um bom tempo. Ele tomava remédio, não via diferença, era mesma coisa. No SUS é a mesma coisa. Pô, onde eu vou achar um médico bom? Nem que eu pague oitenta, cem reais, mas onde que vai ter um médico bom aqui?

Mãe de Renan, 10 anos, se referindo ao problema de agressividade do filho

Neste capítulo vamos sinalizar algumas estratégias apontadas como eficientes no atendimento da criança com comportamentos externalizantes. Acreditamos que, ao entendermos com mais clareza os diversos aspectos da vida dessas crianças, estamos abrindo caminhos para formas de atuar nas famílias, escola e na sociedade que objetivem o desenvolvimento e fortalecimento do potencial criativo da criança como forma de promover a saúde e o exercício da cidadania.

Na prática, o que observamos com mais freqüência é que as tentativas de *contenção* do problema têm favorecido estigmas na criança de "sentir-se diferente, agressiva ou ruim" ao qual a criança se cola e do qual não consegue se desvincular. Este é um importante aspecto a ser evitado: rótulos! Uma vez assumidos pela criança, fica mais difícil a transformação dos comportamentos agressivos e transgressores em estratégias relacionais mais saudáveis.

Como comportamentos agressivos e transgressores podem ser desencadeados e perpetuados por uma multiplicidade de fatores, é fundamental que durante o tratamento sejam ouvidas diversas pessoas que conhecem a criança em diferentes contextos. Essa perspectiva é importante para que o profissional não se direcione apenas para os sintomas da criança, mas principalmente para possíveis riscos ou fatores causais para o seu processo de adoecimento. Igualmente importante é que o profissional esteja também atento a conseqüências freqüentes desse tipo de comportamento: problemas nos contextos acadêmico e social da criança. Tendo um conhecimento mais global sobre o problema de comportamento que a criança vem apresentando, o profissional precisa fazer o que estiver ao seu alcance para que a intervenção utilizada permaneça por um prazo continuado. Isso geralmente é mais fácil quando os responsáveis e a escola participam do tratamento e acompanhamento da criança.

Muitos tratamentos têm sido aplicados a crianças com transtornos de conduta, incluindo psicoterapia, farmacoterapia, psicosugestão, programas desenvolvidos na escola e na comunidade, tratamentos hospitalares e serviços sociais. Para Kazdin (2002), existem dois

pontos centrais a serem levados em consideração em qualquer tratamento de crianças com **transtorno da conduta**.

- **A heterogeneidade da desordem:** Para a DSM IV, é necessário que a criança apresente pelo menos três entre quinze sintomas listados anteriormente, no último ano de vida. Portanto, uma criança pode estar neste critério de diagnóstico, diferindo consideravelmente de outra com o mesmo diagnóstico, mas com uma combinação de sintomas diferentes. Mesmo quando a apresentação dos sintomas é similar, pode variar em severidade e duração, ou seja, é fundamental estar atento à história do desenvolvimento do problema de comportamento da criança.
- **Características associadas:** crianças com diagnóstico de transtorno de conduta estão propensas a manifestarem sintomas de outros transtornos (conforme já mencionado). Por exemplo, crianças com desordem da conduta podem apresentar deficiências acadêmicas, que por sua vez podem gerar deficiências específicas, como dificuldade na leitura. Dificuldade de estabelecer relacionamentos interpessoais pode refletir-se na diminuição de habilidades sociais em relação aos pares e adultos e em altos níveis de rejeição pelos colegas, e assim por diante. Portanto, diversas características associadas são importantes para serem levadas em consideração no tratamento, que para ser efetivo, precisa se voltar para o comportamento global da criança e não apenas para o principal sintoma apresentado.

Levando-se em consideração essas questões, quatro propostas de tratamento avaliadas empiricamente são sugeridas:

- **Treinamento com os pais** (*Parent Management Training* – PMT). Refere-se a procedimentos nos quais os pais são treinados para modificar o comportamento de seus filhos em casa. Um terapeuta os ensina a usar procedimentos para alterar interações com seus filhos, promover comportamentos pró-sociais com menos ações de coerção e mais negociação. As sessões com o terapeuta servem para modificar e refinar as atitudes a serem tomados pelos

pais. A duração do tratamento varia de acordo com a gravidade do problema, mas costuma ser em média entre 12 e 25 semanas. Quadros clínicos mais graves, crônicos e com comorbidades podem reduzir as respostas positivas ao tratamento.

- **Treinamento de habilidades cognitivas para resolução de problemas** (*Cognitive Problem-Solving Skills Training* – PSST): consiste em desenvolver habilidades cognitivas na criança para resolver problemas interpessoais. Os processos cognitivos estão relacionados com a forma como o indivíduo percebe, codifica e vivencia o mundo a sua volta. Esta abordagem parte do princípio de que a agressividade não é meramente gerada pelo meio no qual a criança está inserida, mas pela maneira como os eventos são percebidos e processados por ela. Ao longo do tratamento, processos cognitivos moldados a partir de auto-afirmações verbais, são aplicados a situações reais propiciadas pelo terapeuta. O tratamento combina procedimentos como modelo e prática e encenações de situações para aplicação das habilidades cognitivas trabalhadas nas sessões.
- **Terapia familiar funcional** (*Functional Family Therapy* – FFT): é uma abordagem na qual se trabalha com aspectos comportamentais e cognitivos de disfunções na família. Requer que a família veja o problema clínico como reflexo de um funcionamento entre seus membros. Cabe ao terapeuta apontar interdependências e contingências entre os membros da família no seu funcionamento diário, fazendo referência específica ao problema que serve de base para o tratamento. Uma vez que a família se torne capaz de vislumbrar caminhos alternativos para encarar o problema, os membros são incentivados a interagirem de forma construtiva.
- **Terapia Multisistêmica** (*Multisystemic Therapy* – MST): é um tratamento de base familiar no qual parte-se do princípio de que o problema clínico da criança emerge do contexto familiar. Considera a família como um sistema particular entre muitos outros nos quais a criança está inserida. O tratamento geralmente

envolve outros sistemas como, por exemplo, a escola (quando o problema se manifesta também nesse contexto). A própria criança e seus pais também recebem tratamento individual, já que, segundo esta perspectiva multisistêmica, o funcionamento de um membro da família interfere no funcionamento de outro. Devido a influências múltiplas no tratamento, diferentes técnicas podem ser utilizadas. A terapia multisistêmica pode ser tomada como um "pacote" de intervenções dirigidas às necessidades da criança e seus familiares e a todos os sistemas que interferem no problema de comportamento da criança. Trabalha, portanto, em três níveis: individual, familiar e extrafamiliar.

- **Tratamento medicamentoso:** não é aconselhável isoladamente, apenas em conjunto com outras intervenções terapêuticas e sob a orientação de um psiquiatra ou pediatra com expertise na área da saúde mental. É raramente utilizado em países como a Inglaterra e mais freqüentemente nos EUA. Estudos mostram que alguns sintomas do transtorno de conduta podem ser diminuídos com auxílio de remédios como: temperamento explosivo, agressão interpessoal e destruição de objetos. O uso de medicamentos tem sido mais utilizado quando além dos sintomas de agressão, a criança ou jovem, manifesta sintomas de hiperatividade ou variações bruscas de humor. Os medicamentos mais utilizados são os psicoestimulantes, neurolépticos, anticonvulsivantes e antidepressivos. Há que se ter extrema cautela para utilizar tais medicamentos em crianças pequenas, pois as pesquisas ainda são inconclusivas quanto ao seu uso.

As abordagens baseadas no trabalho com os pais são consideradas as mais promissoras, já que as práticas dos cuidadores são essenciais e mais adequadas para lidar com mudanças positivas de comportamento, particularmente quando combinadas com ações junto com a escola e com a comunidade. Algumas dessas estratégias servem tanto como terapêuticas como preventivas (Earls e Mezzacappa, 2002).

As intervenções nesse sentido devem estar de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Para crianças pequenas do pré-escolar e do nível fundamental, o foco do tratamento está nos cuidados primários e educativos, em mostrar como o adulto pode alterar e estruturar o desenvolvimento da criança, como prevenir comportamentos negativos, como agir no caso desse tipo de comportamento ocorrer, como ensinar a criança a ter responsabilidade e controle do seu próprio comportamento e como promover comportamentos positivos na criança.

Para crianças mais velhas e adolescentes, além dos pontos descritos, existe a necessidade de proporcionar intervenções que estimulem o seu processo de socialização, promovendo interação positiva com os pares.

Profissionais da área da saúde são freqüentemente procurados por mães e pais angustiados com o comportamento de seus filhos. Já sem saber como agir com a criança agressiva e desobediente, buscam orientação de profissionais que, muitas vezes, também não sabem como agir, seja por falta de treinamento no campo da saúde mental, seja pelas próprias experiências pessoais.

Estudos em ambulatórios públicos e clínicas-escola brasileiras apontam alta demanda de crianças para atendimento psicológico e alto índice de desistência e evasão dos usuários. Estes achados são interpretados como: (1) conseqüência do longo período de espera pelo atendimento, antes mesmo da avaliação inicial; (2) serviços inadequados para atender às características e necessidades da clientela; (3) escolha errada do tipo de procedimento adotado para avaliação e definição do tratamento (Gauy & Guimarães 2000; Romaro & Capitão, 2001; Silvares, 1998).

Lidar com crianças agressivas e transgressoras é um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam na rede básica. Receber treinamento sobre como acolher, encaminhar e tratar essas crianças e seus familiares parece ser um passo fundamental a ser incluído nos programas de formação e em cursos de atualização destinados a profissionais da saúde, visando melhorar a efetividade

do manejo de transtornos mentais nos serviços gerais de saúde. Atender à criança agressiva e transgressora sem reproduzir no atendimento os mesmos sentimentos é um aprendizado a ser estimulado entre esses profissionais. Nesse sentido os gestores têm papel primordial, já que podem ajudar realizando momentos de formação e atuando sobre o desenvolvimento da rede necessária para atuar apropriadamente nesses casos.

Ações preventivas para crianças e suas famílias devem ser acionadas no espaço ambulatorial, e situam-se no ponto de encontro entre o acúmulo de conhecimento sobre problemas de comportamentos externalizantes, mecanismos de proteção, e formas de promoção de resiliência. Para Cowen & Work (1988) o primeiro passo para intervenção preventiva em crianças e adolescentes seria intensificar comportamentos e condições que são falhas em suas experiências naturais de vida, e assim, romper o ciclo de comprometimento psicológico desses sujeitos. Essa intervenção não é fácil, especialmente porque muitas dessas crianças continuarão expostas à adversidade. No entanto é necessário que continuem sendo testados modelos de promoção da saúde que atuem antes que sucessivos eventos negativos marquem gravemente a vida dessas crianças.

Em relação a possíveis iniciativas no campo da educação para ajudar crianças agressivas e transgressoras, é imprescindível a disponibilidade dos educadores que têm presença regular na vida das crianças e, por isso, recebem também amor e agressividade originalmente dirigidos aos pais. Na relação com as crianças agressivas e transgressoras, há que se buscar habilidade no educador (e na escola) para não reagir de forma igualmente agressiva, reproduzindo os ruídos dessa comunicação violenta. O elemento principal a ser buscado para auxiliar uma nova forma de aprendizado relacional para essas crianças é o estabelecimento de relações dialógicas e negociadas.

Além das atividades mais diretas dos educadores com os alunos, a relação de confiança precisa se estender às famílias. O trabalho junto aos pais é crucial para estimular o reconhecimento e a

valorização de sua competência, de sua responsabilidade com os filhos e de seu lugar de proteção para os mesmos. Se os pais são escutados e orientados, desde o início da vida escolar, sobre o seu papel na facilitação dos processos de maturação das crianças, eles podem, por exemplo, dar mais atenção e, com isso, encorajar as condutas apropriadas e punir de forma menos rígida as condutas desviantes. Os pais devem ser reconhecidos como atores pertencentes à estrutura escolar. A culpabilização das famílias pelo sofrimento da criança aumenta a sobrecarga sentida e contribui para afastá-la dos filhos e da própria escola (Andrade, 2002).

Na escola, a identificação de características, necessidades e dificuldades que digam respeito ao desenvolvimento - não só cognitivo, mas também emocional (como os sintomas de uma tendência anti-social) - é facilitada por um convívio diário e olhares menos comprometidos emocionalmente do que o dos pais. O encaminhamento ao psicólogo ou a outro profissional de saúde pode ser bem sucedido caso sirva de auxílio aos envolvidos na busca pela discriminação entre dificuldades e distúrbios, por exemplo. Além deste, a professora pode procurar apoio junto aos orientadores educacionais e pedagogos, caso a escola tenha esses profissionais disponíveis. A importância de o educador procurar saber com o quê e com quem está lidando também vai ao encontro da prevenção da violência, uma vez que, ao acolher e aprender a lidar com crianças com comportamentos agressivos, evita-se que a escola reproduza violências ocorridas no âmbito familiar e que haja uma explosão mais séria, porque mais desesperada, por parte do aluno.

Sabemos que todas essas propostas apresentam obstáculos para serem realizadas. As questões relacionadas à educação, por exemplo, não podem ser segregadas no sistema de ensino no qual estão inseridas, já que são, em grande parte, reflexo do contexto político-social, que envolve diversos níveis de interesses. Um dos pontos que consideramos crítico é a aposta em um ensino mais pessoal diante da cobrança por um ensino massificado (ao estilo de uma linha de montagem industrial), de um enfoque exacerbado na capacitação para

o mercado de trabalho (principalmente em escolas particulares) e da sobrecarga de trabalho do professor ao acumular empregos para ter um salário com o qual possa sobreviver (que acarreta um sentimento de desvalorização de sua prática).

Além disso, há a vivência contínua de situações realmente violentas, nas quais imperam o medo, a angústia, a impotência e o desânimo. Esse clima de mal-estar no ambiente escolar pode levar a uma reação defensiva com medidas de caráter estritamente policial, repressivo e punitivo, uma vez que os professores, marcados pela desesperança, acreditam que pouco podem fazer para reverter o quadro que se apresenta.

A despeito das limitações e dos empecilhos encontrados, acreditamos que, é justamente na relação pessoalizada que pode ocorrer a desconstrução e a construção de alternativas aos problemas aqui apresentados. Desse modo, apostamos nas diferentes formas como o espaço escolar e da saúde pode se re-apropriar do meio social ao seu redor, sendo este um desafio extremamente importante de ser enfrentado.

Referências Bibliográficas

ACHENBACH, TM. *Manual for the child behavior check-list/4-18*. Burlington: University of Vermont/Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH, TM; RESCORLA, LA. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles.* Burlington, VT: University of Vermont/Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 122-139.

ANDRADE, EV. *A descontinuidade entre agressividade e violência*: uma contribuição psicanalítica às práticas educacionais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ANGOLD, A; COSTELLO, J. The epidemiology of disorders of conduct: nosological issues and comorbidity. In: HILL, J; MAUGHAN, B (orgs.). *Conduct disorders in childhood and adolescence.* [s.l.]: Cambridge University Press, 2000.

ASSIS, SG; AVANCI, JQ. Abuso psicológico e desenvolvimento infanto-juvenil. In: LIMA, CA (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.59-68.

ASSIS, SG; DESLANDES, SF. Abuso físico em diferentes contextos da socialização infanto-juvenil. LIMA, CA (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.47-58.

ASSIS, SG; PESCE, RP; AVANCI, JQ. *Resiliência:* enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BARLOW, J. *Systematic review of the efectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children aged 3-10 years.* Oxford: Health Services Research Unit, 1999.

BEE, H.. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes* e *violências:* portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU nº 96 seção 1E, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development*: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

CAMPBELL, SB. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J. Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 113-149.

CASPI, A; MOFFITT, TE; NEWMAN, DL; SILW, PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 53: 1033-1039.

COWEN, EL; WORK, WC. Resilient Children, Psychological Wellness and Primary Prevention. *American Journal of Community Psychology* 1988; 16 (4): 591-607.

DSM IV TR™: *Manual diagnóstico* e *estatístico de transtornos mentais.* Porto Alegre: Artmed., 2002.

EARLS, F; MEZZACAPPA, E. Conduct and oppositional disorders. In: RUTTER, M; TAYLOR, E. *Child and adolescent psychiatry*. [S.l]: Blackwell Science, 2002.

GARBARINO, J. *Lost boys*: why our sons turn violent and how we can save them. New York, NY: The Free Press: 1999.

GARNEFSKI, N; DIEKSTRA, RFW. Comorbidity of behavioral, emocional, and cognitive problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 1997; 26: 321-338.

GAUY, FV; GUIMARÃES, SS. Descrição da rotina, demanda e proposta de otimização para um serviço de psicologia em saúde mental. In: SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA). *Resumos de comunicação científica da XXI Reunião Anual de Psicologia*. Rio de Janeiro: SBP, 2001. p.296.

KAZDIN, AE. Treatment of conduct disorder. In: HILL, J; MAUGHAN, B (orgs.). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. [s.l.]: Cambridge University Press, 2000.

LIABO, K; RICHARDSON, J. *Conduct disorder and offending behavior in young people*: findings from research. London/Philadelphia: The Royal College of Psychiatrists, 2007.

LOPES NETO, AA; SAAVEDRA, LH. *Diga não para o Bullying*: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Rio de Janeiro: ABRAPIA; PETROBRAS, 2003.

MC CONAUGHY, SH; ACHENBACH, TM. Comorbidity of empirically based syndromes in Matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; 35: 1141-1157.

OFFORD, DR et al. Ontario child health study I: six month prevalence of disorder and service utilization. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 832-836.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.* 10. ed. São Paulo: USP, 1996.

PATTERSON, GR; DE BARYSHE, BD; RAMSEY, E. A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 1989; 44 (2): 329-335.

PITZNER, JK; DRUMMOND, PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 2: 125-142.

ROMARO, SA; CAPITÃO, CG. (2001) Caracteriuzação da população que procura o serviço de psicologia da universidade de São Francisco, São Paulo. In: SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA). *Resumos de comunicação científica da XXI Reunião Anual de Psicologia.* Rio de Janeiro: SBP, 2001. p.292.

RUTTER, M. *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge University Press, 1998.

RUTTER, M. Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989; 30(1): 23-51.

RUTTER, M; GRAHAM, P. Psychiatric disorder in 10 and 11 year old children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1996; 59: 382-387.

SHERMAN, LW et al. *Prevention crime*: whats works, what doesn't, what's promising – a report to the United States Congress. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997.

SILVARES, EFM. *Clínicas-escola*: novas formas de atendimento psicológico. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

STRAUS, MA. Measuring intrafamiliar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979; 41: 75-88.

VAN LIER, PAC; VERHULST, FC; RIJNEN, AAM. Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44(3): 377-387.

VERHULST, FC; VAN DER ENDE, J. Comorbidity in a epidemiological sample: a longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34: 767-783.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *Atlas child and adolescent mental health resources:* global concerns, implications for the future. Genebra: WHO, 2005.

Centro Latino Americano de Estudos de
Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Instituto Fernandes Figueira – IFF
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Av. Brasil, 4036, sala 700
Manguinhos – RJ. CEP: 21040-361
Tel/fax: 21-22904893
www.claves.fiocruz.br
claves@claves.fiocruz.br

ISBN 978-85-88026-35-3





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



