

**Universidade Presbiteriana Mackenzie**  
**Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**

**Rastreo de problemas comportamentais e desenvolvimentais  
em pré-escolares usando o Inventário dos Comportamentos de  
Crianças de 1,5 a 5 anos (CBCL/1,5-5)**

Relatório Técnico-Científico referente ao  
Projeto nº 161035 – Fundo Mackenzie  
de Pesquisa  
Profa. Dra. Marina Monzani da Rocha

**São Paulo**  
**Março/2017**

**RESUMO:** Estudar os problemas comportamentais na primeira infância e as variáveis associadas com estes é demanda de evidente prioridade para facilitar o desenvolvimento saudável e promover o bem-estar psicológico. Instrumentos de avaliação padronizados funcionam como auxiliares importantes no processo de compreensão de diversos aspectos da saúde mental, pois facilitam a realização de estudos epidemiológicos e documentação dos resultados obtidos com intervenções, dão suporte para a elaboração do diagnóstico e definição dos alvos de trabalho terapêutico, além de orientarem a tomadas de decisões de investimentos de saúde pública. No entanto, faltam no Brasil instrumentos válidos e eficazes voltados para a avaliação de problemas de comportamento de amplo espectro, especialmente focados na primeira infância. O presente tem como objetivo principal verificar a capacidade da versão brasileira do CBCL/1,5-5 (Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1,5 a 5 anos) para rastreio de problemas de comportamento, além de verificar fatores de risco associados à presença de problemas nessa faixa etária. Participaram do estudo 224 pais de crianças com idades entre 2 e 5 anos que frequentavam escolas municipais de ensino infantil de um município da grande São Paulo. Todos os pais de aluno da faixa etária determinada que frequentam estas instituições de ensino infantil foram convidados para responder ao CBCL/1,5-5 durante uma reunião na própria instituição e com o suporte de auxiliares de pesquisa. Após a análise dos dados obtidos, as 45 crianças identificadas com escores mais elevados na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais foram convidadas para uma avaliação aprofundada. Na avaliação inicial, 24,6% dos responsáveis indicaram problemas em intensidade ou frequência superior ao esperado na avaliação dos problemas como um todo. Fatores de risco familiares e socioeconômicos, como discórdia conjugal, encaminhamento para saúde mental, baixo nível de qualificação profissional e escolaridade favorecem a presença de problemas de comportamentos em crianças dessa faixa etária. Diferenças por sexo foram encontradas para a escala Problemas Externalizantes, com mais meninos apresentando escores na faixa clínica que meninas. Dentre os participantes selecionados para a Fase 2, foi observada uma maior frequência de atrasos no desenvolvimento e necessidade de cuidados especiais. Além disso, eles tendiam a ter pais com nível de escolaridade mais baixo. O perfil cognitivo e comportamental dos selecionados foi diversificado. Apesar de nenhum dos selecionados ter sido encaminhado para serviços de saúde mental, esse dado não indica baixa especificidade do CBCL/1,5-5, mas sim falta de acesso a informações e serviços. Aproximadamente 100% da amostra possuía renda média familiar mais baixa do que a média da região onde habitam, o que evidencia a carência da amostra estudada. As informações obtidas podem contribuir para o debate acerca de políticas públicas e programas efetivos para atender crianças que necessitam de atenção à saúde mental. As intervenções podem ser de potencialização do papel da escola na prevenção, identificação das situações de risco e de suporte em saúde mental; investimento na capacitação dos profissionais da rede de educação, saúde e ação social para diagnósticos adequados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Problemas de Comportamento. Saúde Mental. Avaliação Precoce. Pré-Escolares. Fatores de Risco.

## Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	7
1.1.	Fatores de Risco e Proteção .....	9
1.2.	Avaliação Precoce.....	11
1.3.	Inventário de Comportamentos para Crianças de 1,5 a 5 anos (CBCL/1,5-5) .....	13
1.4.	Justificativa .....	15
2.	OBJETIVOS.....	17
3.	METODOLOGIA.....	18
3.1.	Aspectos Éticos.....	18
3.2.	Participantes.....	18
3.3.	Instrumentos.....	18
3.3.1.	Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo 3) .....	19
3.3.2.	CBCL/1,5-5 .....	19
3.3.3.	SON .....	21
3.3.4.	Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) – versão para pais de crianças com idades entre 2 e 4 anos.....	22
3.3.5.	Inventário de Problemas Comportamentais (BPI-01) .....	23
3.3.6.	Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-Escolares (IHS-Pre) .....	23
3.3.	Procedimento de coleta de dados.....	23
3.4.	Procedimento de análise dos dados .....	25
4.	RESULTADOS .....	27
4.1.	Fase 1 .....	27
4.1.1.	Presença de Problemas de Comportamento .....	27
4.1.2.	Presença de Fatores de Risco .....	29
4.1.3.	Associação entre fatores de risco e problemas de comportamento .....	31
4.1.4.	Diferenças por sexo.....	42
4.2.	Fase 2 .....	44
4.2.1.	Comparação do perfil das crianças selecionadas e não selecionadas para a Fase 2 .....	44
4.2.2.	Análise do Perfil Cognitivo .....	47
4.2.3.	Análise do Perfil Comportamental .....	49
5.	DISCUSSÃO.....	52
6.	Tópicos Conclusivos .....	57
7.	REFERÊNCIAS .....	58
8.	Anexos.....	63
	Anexo 1– Parecer Consubstanciado do CEP.....	64
	Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	66
	Anexo 3 – Ficha de Dados Sociodemográficos.....	67



## 1. INTRODUÇÃO

Desde as décadas finais do século XX, tem sido evidenciada a demanda por estudos que possibilitem uma melhor compreensão das psicopatologias infanto-juvenis, dadas as suas singularidades de evolução, classificação e tratamento (Marsh & Graham, 2001). Na gênese destas psicopatologias podem estar envolvidos fatores de risco ambientais, biológicos, psicológicos e/ou psicossociais (American Psychiatric Association - APA, 2014; Halpern & Figueiras, 2004) que interferem no desenvolvimento infantil e levam ao aparecimento de problemas de comportamento. Embora a terminologia “problemas de comportamento” esteja sujeita a dificuldades quanto à definição, à classificação e ao diagnóstico, entende-se problemas de comportamento como déficits ou excessos comportamentais que dificultam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, sendo que estas seriam justamente responsáveis por facilitar a aquisição de repertórios relevantes para a aprendizagem e o desenvolvimento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Estas dificuldades, além de afetarem a vida do indivíduo, apresentam grande impacto social e econômico, dado que os problemas que começam na infância são preditores de problemas na vida adulta (Kessler et al., 2005; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Posthumus, Raaijmakers, Maasen, Engeland, & Matthys, 2012) e implicam em grandes custos para a sociedade (Foster & Jones, 2005). Todas essas evidências corroboram com a tese de que é fundamental investir em estudos direcionados à avaliação da demanda e à elaboração de políticas públicas de prevenção e tratamento alinhadas com a demanda empírica encontrada na população, de maneira a diminuir o custo pessoal e financeiro que os quadros psicopatológicos geram.

O reconhecimento da importância dos cuidados com a saúde mental infantil e do impacto que os problemas de comportamento têm na vida do indivíduo, em seu ambiente familiar e na sociedade como um todo, gerou um aumento exponencial de estudos que avaliam os

quadros psicopatológicos na infância e adolescência nas últimas duas décadas. A saúde mental de crianças e adolescentes é um assunto que vem sido amplamente discutido, principalmente a partir das décadas finais do século XX (Gauy & Rocha, 2014). Tal questão tem adquirido seu espaço nas políticas públicas brasileiras, sendo que 196 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) já estão em funcionamento atualmente em nosso país (Ministério da Saúde, 2016).

Dados internacionais indicam que 14 a 20% das crianças e adolescentes enfrentam problemas de saúde mental (National Research Council & Institute of Medicine, 2009). Esses números são mais elevados se considerarmos exclusivamente as crianças com desenvolvimento atípico (Einfeld, Ellis, & Emerson, 2011). No Brasil, pesquisadores estimam valores muito semelhantes aos encontrados em outros países: 15% a 22% da população infanto-juvenil, em um dado momento, apresentam algum comprometimento considerado clínico, necessitando, assim, de tratamento especializado (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin et al., 2003; Ferrioli, Marturano, & Puntel, 2007; Fleitlich & Goodman, 2000; Paula, Duarte, & Bordin, 2007; Matsukura, Fernandes e Cid (2012). Um estudo realizado no Brasil por Rios e Williams (2008) aponta que problemas comportamentais são mais frequentes em crianças de baixa de renda, chegando a 35% de prevalência. Esses dados evidenciam, novamente, a importância de discutir a saúde mental infantil.

Nos estudos realizados, a grande demanda em saúde mental infantil vem sendo associada a questões como alto nível de estresse no ambiente, baixa renda, psicopatologia presente nos pais e outros eventos considerados de risco. Os “fatores de risco” associados a presença de comportamento podem ser genéticos, biológicos adquiridos e/ou ambientais. Um fator de risco é definido como algo que, quando presente, aumenta a chance do aparecimento de problemas ou aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde (Haggerty et al., 2002, Mendes et al., 2012).

### 1.1. Fatores de Risco e Proteção

Alguns dos fatores de riscos que afetam o desenvolvimento infantil envolvem os pais e a família como um todo. Segundo Patias, Cardoso e Dias (2012), no desenvolvimento infantil, a família é um dos primeiros ambientes da criança, sendo ela responsável por fornecer diversos estímulos contribuintes para seu desenvolvimento e aprendizagem. É a partir dessas relações que a criança constrói sua personalidade, desenvolve seus valores e habilidades. Os pais, ao educarem seus filhos, transmitem a cultura na qual estão inseridos, ensinando além de hábitos cotidianos como higiene e alimentação, habilidades para interação social, como aprender a brincar compartilhando seus brinquedos, pedir desculpas, agradecer, lidar com frustrações e regras, esperar, ter empatia pelo outro, ser responsável, entre outros comportamentos socialmente desejados, ou seja, com alta probabilidade de reforçamento. No entanto, famílias com manejo familiar empobrecido, baixa escolaridade, desemprego e conflito marital, por exemplo, tendem a ser menos funcionais, menos positivas e menos consistentes, o que pode facilitar o comportamento antissocial de seus membros (Silvares & Souza, 2008). Segundo Patias, Cardoso e Dias (2012), as práticas educativas parentais exercem forte controle sobre o comportamento de seus filhos. Essas práticas podem ser tanto educacionais indutivas, quando apresentam diálogos a respeito das possíveis consequências de seu comportamento e fazem com que a criança se comporte em prol daquilo que deseja se atentando as contingências, quanto coercitivas, quando se utilizam de ameaças, privações e punições, o que geralmente está associado a comportamentos problemáticos.

Os problemas de comportamento vêm sendo divididos em dois grandes grupos: Problemas Externalizantes, que são aqueles que atuam no ambiente, como inabilidade social, oposição, delinquência e agressividade; e Problemas Internalizantes, que estão relacionados diretamente a eventos privados como ansiedade, isolamento, depressão, queixas psicomotoras,

problemas de atenção e de pensamento (Achenbach et al., 2016).

Estudos mostram que práticas coercitivas estão relacionadas tanto a comportamentos externalizados, como destruição de objetos, agressões verbais e físicas, mentira, roubo e habilidades sociais inadequadas fontes de punição e dano ao outro, quanto a comportamentos internalizados como baixa autoestima, ansiedade, depressão e retração social (Segundo Patias, Cardoso & Dias, 2012). No entanto, é importante ressaltar a importância de avaliar a qualidade das relações entre pais e filhos, pois a partir de um estudo feito por Bolsoni-Silva e Marturano (2007), é possível observar que apesar de muitos pais utilizarem da punição para educar, formas afetivas de se relacionar também estavam presentes, possibilitando o desenvolvimento de repertórios socialmente habilidosos. Assim, a avaliação deve contemplar a forma de educar predominante no ambiente, pois a divisão entre práticas coercitivas e indutivas exerce uma função didática.

Além das práticas educacionais familiares, outros fatores de risco precisam ser analisados. Os fatores de risco devem ser considerados dentro de um contexto social que envolve fatores políticos, socioeconômicos, ambientais, culturais, familiares e genéticos, assim, é visto cada vez mais como processo, sendo preciso observar a quantidade, intensidade, contexto e tempo de exposição destes estímulos. Alguns fatores são: anormalidades do sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas, disfunção na vida familiar, baixa escolaridade dos pais, famílias numerosas, histórico familiar de depressão, abuso de drogas, falta de laços afetivos entre pais e filhos, separação ou falecimento dos pais, habilidades parentais pobres, exposição a maus-tratos, ausência das fontes de apoio disponíveis, incluindo recursos e rede de apoio social da família (Guralnick, 1998). Entende-se como fatores de risco ao desenvolvimento infantil todas as modalidades de violência, como doméstica, física, a negligência e a violência psicológica, violência conjugal e sexual como afirma (Bordin & Paula, 2007; United States Department of Health and Human Services, 1999).



Concomitantemente aos fatores de risco estão os fatores designados como de proteção que podem ser entendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco (Greenberg et al., 2001). Os fatores de proteção podem ser definidos como aqueles fatores que modificam ou alteram a resposta pessoal para algum risco ambiental que predispõe o resultado mal adaptativo, como por exemplo: o estágio do desenvolvimento da criança, seu temperamento e a habilidade de resolução de problemas do indivíduo (Rutter, 1985).

Segundo Rae-Grant, Thomas, Offord e Boyle (1989), estímulos familiares favoráveis para um bom desenvolvimento são: vínculo afetivo, proximidade da família, ambiente com regras, valorização da criança, encorajamento do desenvolvimento da competência social, apoio ao desenvolvimento da autonomia na forma de escolhas, suporte e monitoramento parental.

Sobre estilos parentais, as práticas educativas positivas são fatores de proteção (Gomide, 2003). Elas envolvem: a) uso adequado da atenção e distribuição de privilégios, o adequado estabelecimento de regras, a distribuição contínua e segura de afeto, o acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer; e b) comportamento moral que implica no desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, do trabalho, da generosidade e no conhecimento do certo e do errado quanto ao uso de drogas, álcool e sexo seguro.

## **1.2.Avaliação Precoce**

A detecção precoce de problemas de comportamento é muito importante para um melhor prognóstico. Além disso, considerando-se que o risco para tais tipos de problemas aumenta com o passar dos anos (Glascoe, 2005), avaliações periódicas do processo de desenvolvimento são recomendadas, especialmente quando trabalhamos com crianças que apresentam

desenvolvimento atípico (Saulnier, Quiembach, & Klin, 2011). Para realizar a avaliação de diversos aspectos da saúde mental, instrumentos de avaliação padronizados de amplo espectro são indicados por fornecerem uma série de informações sobre as dificuldades vivenciadas de maneira objetiva e serem sensíveis para a identificação de problemas que merecem atenção profissional (Glascoe, 2005). Como base nos dados obtidos com tais instrumentos é possível realizar o delineamento de estratégias de intervenção, que envolvem estimulação precoce, capacitação de pais e professores para manejo de problemas, terapias de suporte etc., sendo que a escolha sempre dependerá do tipo de problema enfrentado e das ferramentas de intervenção e recursos disponíveis. No entanto, para que os instrumentos possam cumprir esta função é fundamental que seja garantida sua validade, fidedignidade, sensibilidade, especificidade e normas adequadas para a população na qual serão utilizados (Glascoe, 2005).

Ainda que no mundo existam diversos instrumentos de rastreio de amplo espectro com bons indicadores de sensibilidade e especificidade para avaliar problemas de comportamento de crianças com desenvolvimento típico e atípico, poucos deles possuem indicadores psicométricos para amostras brasileiras (Baraldi, Martin, Rojahn, Carreiro, & Teixeira, 2013). No Brasil, essa lacuna é ainda mais expressiva se buscamos instrumentos de avaliação global voltados para a faixa etária pré-escolar e/ou destinados para indivíduos com desenvolvimento atípico. Dessa forma, são necessários estudos que busquem parâmetros psicométricos brasileiros para instrumentos que avaliam aspectos de saúde mental de crianças, especialmente considerando amostras com desenvolvimento atípico, incluindo, por exemplo, crianças que apresentam transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA), síndromes genéticas e deficiência intelectual (DI) com diversas etiologias. À medida que instrumentos padronizados de avaliação global do comportamento estejam disponíveis para descrever os perfis comportamentais de crianças com desenvolvimento típico e atípico será mais fácil realizar estudos que indiquem a magnitude dos problemas em nossa popu-

lação, o que deve contribuir para o estabelecimento de políticas públicas que fomentem intervenções adequadas para os indivíduos que apresentam as diferentes queixas e suas famílias (Teixeira, Mecca, Velloso, Bravo et al., 2010).

Entende-se, com isso, que a partir da detecção precoce e mapeamentos dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças é possível planejar ações que visem diminuir tais dificuldades e aumentar a qualidade de vida destas e daqueles que as cercam, promovendo saúde. As políticas públicas configuram-se justamente como respostas do Estado às demandas da população e devem estar embasadas tanto no avanço dos conhecimentos científicos, quanto nos dados empíricos das dificuldades vivenciadas (Rizzetti & Trevisan, 2008). Especificamente para a população infantil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (1996) apresentam as condições necessárias para a promoção da saúde e da educação. Entretanto, apesar dos processos de evolução e transformação da educação infantil que ocorreram em função do ECA e da LDB e colocaram a escola em uma posição favorável para exercer esse papel (Kramer, Nunes, & Corssino, 2011), ainda é preciso refletir sobre a efetividade das práticas adotadas e sobre a necessidade de implantação de novas práticas que visem a melhoria da qualidade de ensino, inclusão e real promoção de saúde nesse ambiente (Fonseca, Sea, Santos, Dias, & Costa, 2013; Morgan, Silva, Knackfuss, & Medeiros, 2014).

### **1.3. Inventário de Comportamentos para Crianças de 1,5 a 5 anos (CBCL/1,5-5)**

O CBCL/1,5-5 (Achenbach & Rescorla, 2000) é um inventário para avaliação dos problemas emocionais e comportamentais de crianças com idades entre 18 meses e 5 anos e 11 meses a partir da percepção dos pais ou responsáveis. Ele faz parte do Sistema Achenbach

de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA), o sistema de avaliação baseado em evidências mais utilizado e pesquisado do mundo, com mais de 6500 publicações que evidenciam trabalhos realizados em pelo menos 85 culturas (Achenbach & Rescorla, 2010). Trata-se de um instrumento para avaliação de amplo espectro, com 99 itens que apresentam diversos tipos de problemas que uma criança pode apresentar, agrupados em escalas-síndromes derivadas da análise fatorial realizada com os CBCL/1,5-5 respondidos sobre 1728 crianças da amostra normativa norte-americana, encaminhados e não encaminhados para serviços de saúde mental, que obtiveram escores acima da mediana encontrada na Pesquisa Nacional de 1999 (National Survey sample – Achenbach & Rescorla, 2000) e confirmada em 23 sociedades (Ivanova et al., 2010). Os fatores encontrados foram: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Retraimento, Problemas com o Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo, que são reunidas em três índices gerais, ou somas de escalas, Escala de Internalização (EI), Escala de Externalização (EE) e Escala Total de Problemas de Comportamento (ET).

Mundialmente, o CBCL/1,5-5 vem sendo utilizado em pesquisas para distinguir as crianças que apresentam índices de problemas superiores aos esperados para a população e precisam de atenção clínica, avaliar resultados de trabalhos preventivos e remediativos, monitorar o comportamento de crianças em estudos longitudinais, identificar crianças com maior risco de apresentar problemas emocionais e comportamentais, comparar resultados obtidos em trabalhos realizados em diferentes culturas etc. (e.g. Basten, Tiemeier, Althoff, van de Schoot et al., 2015; Henrichs, Rescorla, Donkersloot, Schenk et al., 2012; Muratori, Narzisi, Tancredi, Cosenza et al., 2011; Rescorla, Achenbach, Ivanova, Harder et al., 2011).

No Brasil, o CBCL/1,5-5 vem sendo utilizado, por exemplo, para caracterizar a clientela que é encaminhada para serviços de psicologia (Moura, Marinho-Casanova, Meurer & Campana, 2008), para verificar indicadores comportamentais em crianças nascidas a termo e

pré-termo (Oliveira, Enumo, Queiroz & Azevedo Jr., 2011), para verificar a eficácia de tratamentos realizados (Silvares, Rafihi-Pereira & Pires, 2014), para verificar o fenótipo comportamental de crianças com desenvolvimento atípico (Teixeira, Monteiro, Velloso, Kim, & Carreiro, 2010), dentre outros temas. Um estudo preliminar realizado com uma amostra não probabilística de 157 mães de crianças pré-escolares evidenciou a estabilidade e consistência interna da versão brasileira do CBCL/1,5-5 (Pires, Silvares, Rafihi-Pereira, Rocha et al., 2014). Além disso, a sensibilidade do instrumento para identificação de casos de TEA em comparação com casos diagnosticados com TDAH e com crianças que apresentam desenvolvimento típico foi demonstrada por Mota (2015). No entanto, ainda necessário ampliar os trabalhos com objetivo de obter-se evidências de eficácia e efetividade do uso do CBCL/1,5-5 para rastreio dos problemas emocionais e comportamentais enfrentados pelas crianças com desenvolvimento típico e atípico de nossa população.

#### **1.4. Justificativa**

Identificar os fatores relacionados ao surgimento e a manutenção dos problemas de comportamento infantis tem sido foco de diversos estudos, que indicam também a relação entre dificuldades na infância e problemas na adolescência e na vida adulta. Dessa maneira, estudar os problemas comportamentais na primeira infância e as variáveis associadas com estes é um primeiro passo no sentido de estruturar programas de prevenção e tratamento focados nessa faixa etária, o que é uma demanda de evidente prioridade para facilitar o desenvolvimento saudável e promover o bem-estar psicológico.

Os instrumentos de avaliação padronizados funcionam como auxiliares importantes no processo de avaliação de diversos aspectos da saúde mental, pois facilitam a realização de estudos epidemiológicos e documentação dos resultados obtidos com intervenções, dão supor-

te para a elaboração do diagnóstico e definição dos alvos de trabalho terapêutico, além de orientarem a tomadas de decisões de investimentos de saúde pública. No entanto, faltam no Brasil instrumentos válidos e eficazes voltados para a avaliação de problemas de comportamento de amplo espectro, especialmente focados na primeira infância. Além disso, faltam parâmetros para a compreensão das dificuldades comportamentais de crianças com diferentes problemas no curso do desenvolvimento, o que dificulta a avaliação inicial e mensuração dos resultados obtidos com programas de prevenção e tratamento justamente com uma população que apresenta mais frequentemente alterações comportamentais.

Diante do exposto, entende-se que a estudar a aplicabilidade de um instrumento de avaliação de problemas comportamentais infantis, bem como a interação destes com vários fatores de risco, parece contribuiu para que futuramente tenhamos mais ferramentas em mãos para trabalhar em uma perspectiva de avaliação e intervenção precoce.

## 2. OBJETIVOS

O presente projeto de pesquisa se insere no contexto de facilitar o trabalho avaliativo, preventivo e interventivo com a população infantil que apresenta desenvolvimento típico e atípico a partir avaliando a aplicabilidade da versão brasileira do CBCL/1,5-5 como instrumento de rastreio de problemas de comportamento em crianças pré-escolares com desenvolvimento típico e atípico na rede pública de ensino. Para cumprir esse objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram elaborados:

- Verificar quais são os tipos de problemas apresentados com mais frequências pelas crianças pré-escolares na perspectiva de seus pais;
- Identificar associações entre variáveis consideradas de risco presentes no contexto familiar com a presença de problemas de comportamento em crianças pré-escolares;
- Verificar se existe diferenças nos problemas comportamentais e emocionais de crianças em função do sexo;
- Verificar o perfil cognitivo e comportamental das crianças que apresentam mais problemas de comportamento a partir das respostas de seus pais ao CBCL;
- Verificar a presença de fatores de risco nas vidas das crianças que apresentam altos índices de problemas na perspectiva de seus pais.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie – Parecer Número 1.511.742, emitido em 25 de abril de 2016 (Anexo 1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos responsáveis pelas instituições de ensino participantes e pelos pais ou responsáveis pelas crianças (Anexo 2). No TCLE foi especificado o objetivo do estudo, o procedimento requerido para coleta de dados, os possíveis ganhos e desconfortos, os profissionais responsáveis pela pesquisa, a garantia ao direito de confidencialidade e a possibilidade da retirada do consentimento a qualquer momento durante a realização do estudo. A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes.

#### **3.2. Participantes**

Participaram 225 responsáveis por crianças entre 2 e 5 anos, sendo que 82% foram mães, 15,2% pais e 2,8% outros familiares, como avós ou tias. Estas crianças estavam matriculadas em creches selecionadas pela Secretaria da Educação da cidade de Barueri-SP, sendo que 112 eram do sexo masculino e 113 do sexo feminino. A idade média das crianças foi 3,11 anos, com desvio padrão 0,83.

#### **3.3. Instrumentos**



### **3.3.1. Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo 3)**

Ficha elaborada para obter a caracterização da amostra, dividida em seis áreas: 1) Dados da criança; 2) Dados da mãe; 3) Dados do pai; 4) Moradia; 5) Saúde e 6) Relação Familiar. O objetivo dessa ficha foi obter informações sobre o meio no qual a criança está inserida, buscando averiguar fatores que contribuem ou não para o desenvolvimento infantil. Buscou-se dados como gênero e escolaridade dos responsáveis, experiências profissionais, estado civil, número de pessoas que residem na casa, religião, quantidade de irmãos, acesso à saúde pública e/ou convênio médico, infraestrutura do bairro, histórico de doenças físicas e/ou psicológicas na família. A Ficha pode ser encontrada no Anexo 3.

### **3.3.2. CBCL/1,5-5**

Inventário elaborado para que pais ou cuidadores avaliem os problemas comportamentais de crianças com idade entre um ano e meio e cinco anos e onze meses. A versão brasileira foi traduzida por Linhares, Santa Maria-Mengel, Silvaes e Rocha (2010), retrotraduzida por um tradutor bilíngue, e aprovada pelos autores do inventário. A estrutura fatorial e exemplos de itens que compõem o instrumento são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Estrutura do CBCL/1,5-5.

Somadas de Escalas		Escalas Individuais	Exemplos de Item
Escala Total de Problemas Emocionais/ Comportamentais	Problemas Internalizantes	Reatividade Emocional	Fica perturbado com qualquer mudança na rotina; Entra em pânico sem um bom motivo; Fica emburrado facilmente; Choraminga.
		Ansiedade/Depressão	Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente; Fica magoado(a) com facilidade; Parece infeliz sem um bom motivo.
		Queixas Somáticas	Não suporta ter as coisas fora do lugar; Tem prisão de ventre, intestino preso (mesmo quando não está doente); Não come bem; Vomita (sem causa médica).
		Retraimento	Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade; Evita olhar nos olhos; Recusa-se a brincar de jogos movimentados; Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas.
	Problemas Externalizantes	Problemas com o Sono	Não quer dormir sozinho(a); Tem dificuldade para pegar no sono; Tem pesadelos; Resiste a ir para a cama à noite; Fala ou chora durante o sono; Acorda frequentemente a noite.
		Problema de Atenção	Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo; É desajeitado, tem má coordenação motora; Muda de uma atividade para outra rapidamente.
		Comportamento Agressivo	Não suporta esperar, quer tudo imediatamente; É desafiador(a); Destrói coisas de sua família ou de outras crianças; Machuca animais ou pessoa sem intenção; Faz birra ou é esquentado.

Fonte: Achenbach & Rescorla, 2000.

Além das escalas empiricamente baseadas, o CBCL/1,5-5 pode ser analisado utilizando as escalas orientadas pelo DSM, elaboradas a partir dos itens do instrumento que foram considerados por especialistas da área como muito consistentes com categorias diagnósticas do DSM-IV, tendo sido atualizadas para o DSM-5 em 2013. Considerando as sobreposições de critérios do DSM e dos itens de problemas de comportamento para as diferentes categorias, as seguintes escalas foram elaboradas: problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas invasivos do desenvolvimento, problemas de déficit de atenção/ hiperatividade e problemas de oposição e desafio. Achenbach e Rescorla (2000) alertam que um escore elevado em uma escala orientada pelo DSM não é equivalente a um diagnóstico para o transtorno descrito no DSM, visto que (a) os itens das escalas orientadas pelo DSM não correspondem com exatidão ao critério diagnóstico; (b) o escore do item corresponde ao julgamento que os pais ou cuida-

dores realizam a respeito dos problemas de comportamentos de seus filhos, não incluindo idade do início do problema, ou duração, dados que fazem parte do critério para alguns diagnósticos do DSM; (c) os itens são avaliados em uma escala likert de 0 a 2, no entanto, na avaliação do DSM, os critérios são avaliados como presentes ou ausentes e o diagnóstico é feito que um número suficiente de critérios está presente; (e) e na avaliação feita pelas escalas orientadas pelo DSM, o escore da criança/adolescente é comparado com o escore de outras crianças/adolescentes da mesma idade e sexo, já no DSM, o critério para diagnóstico não é diferenciado por sexo ou idade.

A resposta dada para cada item do questionário é somada às dos outros itens que compõe a mesma escala para obter-se o escore bruto. Os escores brutos são convertidos em escores T padronizados, que permitem a comparação da pontuação obtida com a distribuição dos escores obtidos a partir da amostra normativa e a comparação dos escores dentre todas as escalas do instrumento. Os escores T foram designados para os escores brutos de acordo com o percentil encontrado para os escores brutos na amostra normativa seguindo o procedimento de “*midpoint*”, desenvolvido por Crocker e Algina (1986), descrito em Achenbach e Rescorla (2000). A partir dos percentis, foram calculados os pontos de cortes para as faixas normal, clínica e limítrofe. A faixa limítrofe refere-se a uma pontuação alta o suficiente para causar preocupação, mas não tão alta quanto a da faixa clínica. Escores nas faixas clínica (percentil 98 ou maior) e limítrofe (entre percentil 93 e 98) discriminam as crianças encaminhadas para serviços de saúde mental das não encaminhadas.

### 3.3.3. SON

Bateria com quatro subtestes (Mosaicos, Categorias, Situações e Padrões) para avaliação de habilidades intelectuais em crianças a partir de 30 meses e até sete anos. O subteste

Mosaico apresenta um livro de estímulos e três tipos de quadrados coloridos que devem ser utilizados para reproduzir o estímulo. Categorias envolve um conjunto de figuras com desenhos que possuem algo em comum e a criança deve completar a categoria utilizando este conceito. No subteste Situações, são apresentadas alternativas para completar o desenho e a criança deve escolher qual melhor se encaixa, enquanto que no subteste Padrões, desenhos com níveis de dificuldade crescente devem ser copiados pela criança.

A análise dos dados brutos dos subtestes são convertidos em escores padronizados e referenciados em termos de QI em três índices: QI de Execução (Mosaicos e Padrões), QI de Raciocínio (Categorias e Situações) e QI geral (os quatro subtestes). O teste já foi normatizado para população brasileira (Jesus, 2009), inclusive para aferição da inteligência em crianças com TEA (Macedo et al., 2013), e está listado dentro os instrumentos aprovados para uso por psicólogos pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) do Conselho Federal de Psicologia (<http://satepsi.cfp.org.br/>).

#### **3.3.4. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) – versão para pais de crianças com idades entre 2 e 4 anos**

Questionário de rastreamento de problemas comportamentais e capacidade de crianças com idade entre dois e quatro anos. É composto por 25 itens que devem ser respondido por pais ou professores com base no comportamento apresentado pela criança nos últimos seis meses. Sua avaliação ocorre em cinco escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Pró-Social. É investigado também o impacto dos sintomas sobre a vida da criança e da família. Mundialmente utilizado, possui bons parâmetros de validade e fidedignidade em 21 países, dentre eles o Brasil (Saur & Loureiro, 2012).

### **3.3.5. Inventário de Problemas Comportamentais (BPI-01)**

Tradução brasileira do Behavior Problems Inventory/BPI-01 (Rojahn et al., 2001) elaborada, adaptada e validada por Baraldi et al. (2013), destinada a avaliação do comportamento em pessoas com deficiência intelectual de todas as idades e níveis de funcionamento. São apresentados 52 itens que avaliam autoagressão, comportamentos estereotipados e comportamentos agressivos ou destrutivos. Os itens são avaliados em duas escalas, uma que se refere a frequência de ocorrência deste (nunca = 0, mensalmente = 1, semanalmente = 2, diariamente = 3, o tempo todo = 4) e outra relacionada à gravidade do problema (leve = 1, moderado = 2, grave = 3).

### **3.3.6. Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-Escolares (IHS-Pre)**

Tradução brasileira do instrumento elaborado e validado por Croewell nos Estados Unidos, com questões fechadas de autopreenchimento, destinado a triagem para identificação de alterações no hábito de sono de crianças de 2 a 6 anos de idade. Com ele é possível analisar diferentes problemas de sono em três áreas: rotina da hora de ir para a cama; ritmicidade; e problemas de separação. São 17 itens avaliados em uma escala que varia de 1 a 4, sendo 1 = fato não ocorrido nesta semana e 4 = fato ocorrido 6 ou mais vezes nesta semana. A versão brasileira foi traduzida, adaptada e validada por Batista e Nunes (2006).

## **3.3. Procedimento de coleta de dados**

Inicialmente foi estabelecido o contato com a Secretaria de Educação de um município da grande São Paulo para apresentação do projeto e estabelecimento de uma parceria. A

secretaria indicou duas escolas maternas nas qual o projeto poderia ser realizado. Todos os pais de alunos da faixa etária de 2 a 5 anos foram convidados a comparecer em uma reunião na escola na qual assinaram o termo de consentimento e responderam ao CBCL/1,5-5 com auxílio dos pesquisadores.

As respostas dadas aos instrumentos foram analisadas usando o software ADM – especialmente elaborado para essa finalidade. A partir dos resultados obtidos, os pais das crianças que ficaram com pontuação na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais acima do percentil 80 da respectiva amostra foram convidados para uma avaliação aprofundada dos aspectos psiquiátricos e neuropsicológicos.

O encontro para a avaliação aprofundada ocorreu em data agendada com a família nas dependências da própria escola. Nesse encontro, a criança foi avaliada no que se refere ao seu desenvolvimento intelectual utilizando o teste SON-R 2½-7. Além disso, os pais responderam aos instrumentos SDQ, BPI-01 e IHS-Pre.

Todas as famílias das crianças que participaram da avaliação aprofundada receberam uma devolutiva sobre os problemas identificados. Além disso, as creches participantes receberam um relatório geral com um mapeamento das dificuldades vivenciadas pelas crianças.

A Figura 1, abaixo, apresenta o fluxograma das fases do projeto.

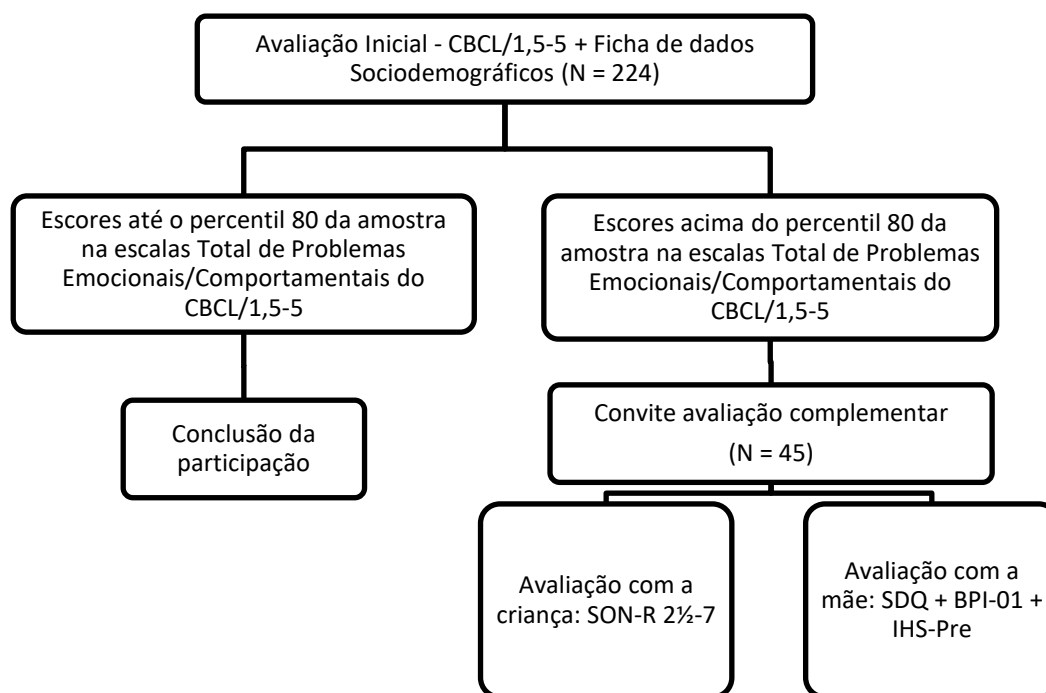


Figura 1. Fluxograma do processo de avaliação.

### 3.4. Procedimento de análise dos dados

Para a análise de dados obtidos através do CBCL foi utilizado o software ADM, desenvolvido para sua correção. O teste de inteligência SON foi corrigido seguindo as instruções do manual, bem como os demais instrumentos de avaliação utilizados na segunda fase da pesquisa.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (proporções, médias e desvios padrões) dos resultados obtidos no CBCL e na Ficha de Dados Sociodemográficos. Em seguida, testes estatísticos inferenciais (qui-quadrado e correlação de Pearson) foram utilizados para verificar a associação entre os fatores de risco estudados e os índices de problemas de comportamento encontrados.

Para estudar a diferença encontrada na pontuação do CBCL em função do sexo da cri-

ança, foi utilizado o teste t de student. Além disso, a comparação da proporção de casos clínicos encontrada em cada um dos sexos foi realizada através de tabelas de cruzamento com teste qui-quadrado.

Análises descritivas das avaliações referentes à fase 2 do estudo foram realizadas. Testes de correlação e tabelas de cruzamento com o teste qui-quadrado foram aplicados para verificar se havia associação entre as variáveis estudadas.

Para todas as análises, foi utilizado o software estatístico SPSS. Adotou-se o nível de significância  $p < 0,05$ .



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Fase 1

#### 4.1.1. Presença de Problemas de Comportamento

A porcentagem de crianças cujos responsáveis indicaram problemas em intensidade ou frequência superior ao esperado para a faixa etária e sexo são apresentados na Tabela 2. Nota-se uma elevada presença de problemas de internalização na amostra, com 26,3% das crianças atingindo escores na faixa clínica do CBCL.

É importante observar que 24,6% dos responsáveis indicaram problemas em intensidade ou frequência superior ao esperado na avaliação dos problemas como um todo (Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais). Na verdade, se considerarmos a sugestão de Achenbach e Rescorla (2000) de reunir as faixas limítrofe e clínica para definir um escore como desviante, apenas 66,5% das crianças avaliadas obtiveram pontuação dentro do esperado para faixa etária e sexo quando trabalhamos com populações não encaminhadas para serviços de saúde mental (faixa normal).

Analisando as escalas síndromes, Queixas Somáticas foi a escala com o maior número de crianças com escores clínicos (9,4%), seguida por Retraimento (8,9%) e Reatividade Emocional (7,6%). As escalas com menor porcentagem de crianças com escores na faixa clínica foram Problemas de Atenção (4,9%) e Problemas com o Sono (5,4%). Já para as escalas orientadas pelo DSM-IV, a com maior prevalência de crianças com escores na faixa clínica foi Problemas de Ansiedade (11,6%) e a com menor prevalência foi Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade (4,9%).

Tabela 2. Porcentagem de crianças com escores na Faixa Clínica do CBCL/1,5-5 por escala.

	Faixa Normal N (%)	Faixa Limítrofe N (%)	Faixa Clínica N (%)
Reatividade Emocional	172 (76,8)	35 (15,6)	17 (7,6)
Ansiedade/Depressão	177 (79,0)	32 (14,3)	15 (6,7)
Queixas Somáticas	174 (77,7)	29 (12,9)	21 (9,4)
Retraimento	194 (86,6)	10 (4,5)	20 (8,9)
Problemas com o Sono	208 (92,9)	4 (1,8)	12 (5,4)
Problemas de Atenção	203 (90,6)	10 (4,5)	11 (4,9)
Comportamento Agressivo	199 (88,8)	12 (5,4)	13 (5,8)
Problemas Internalizantes	131 (58,5)	34 (15,2)	59 (26,3)
Problemas Externalizantes	167 (74,6)	32 (14,3)	23 (11,2)
Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	149 (66,5)	20 (8,9)	55 (24,6)
Problemas Afetivos	183 (81,7)	21 (9,4)	20 (8,9)
Problemas de Ansiedade	178 (79,5)	20 (8,9)	26 (11,6)
Problemas Invasivos do Desenvolvimento	170 (79,9)	23 (10,3)	22 (9,8)
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	197 (87,9)	16 (7,1)	11 (4,9)
Problemas de Oposição e Desafio	193 (86,2)	14 (6,3)	17 (7,6)

Na Figura 2 é apresentada a distribuição das crianças no que se refere ao número de escalas síndromes do CBCL/1,5-5 (número total = 7) na qual obtiveram escores desviantes (faixa limítrofe ou clínica). Ainda que 50,9% dos participantes não tenham indicado problemas com intensidade ou frequência acima do esperado para a faixa etária ou sexo, é importante notar que 49,1% atingiu pontuação equivalente à faixa limítrofe + clínica em pelo menos uma das escalas.

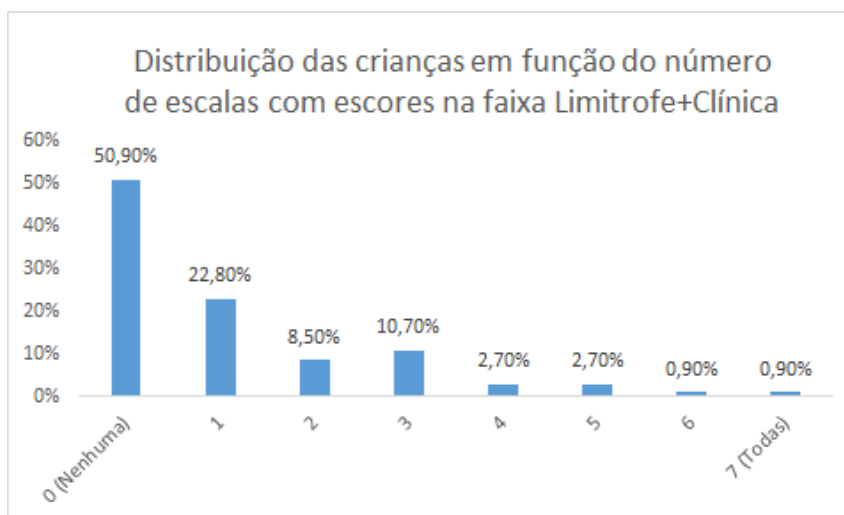


Figura 2. Distribuição das crianças por número de escalas com escores na faixa limítrofe ou clínica.

#### 4.1.2. Presença de Fatores de Risco

Os fatores de risco analisados no presente estudo foram divididos em quatro grupos: criança, pais, moradia e saúde. Na Tabela 3 são apresentadas as distribuições dos fatores.

Tabela 3. Presença dos fatores de risco.

	N	%
<i>Fatores de Risco Criança</i>		
Necessidade de cuidados especiais	25	11,0%
Atraso no desenvolvimento	27	11,4%
Encaminhamento para serviços de saúde mental	18	8,0%
<i>Fatores de Risco Parental</i>		
Mãe - Baixa escolaridade (até Ensino Médio incompleto)	53	25,0%
Mãe - Situação de trabalho instável (sem carteira assinada)	98	46,7%
Mãe - Separada, Solteira ou Viúva	45	21,6%
Mãe - Deficiência	4	1,9%
Pai - Baixa escolaridade (até Ensino Médio incompleto)	78	38,6%
Pai - Situação de trabalho instável (sem carteira assinada)	75	37,9%
Pai - Separado, Solteiro ou Viúvo	28	12,5%
Pai - Deficiência	7	3,6%
Discórdia conjugal – Respondente	48	22,9%
Brigas constantes – Respondente	16	7,3%
Encaminhamento Saúde Mental – Respondente	15	7,3%
<i>Fatores de Risco de História Familiar</i>		
Problemas de Saúde Mental na família	14	6,3%
Doenças crônicas na família	52	23,5%
Abuso de substâncias por membro da família	42	18,9%
Presença de Deficiências na família	22	11,1%
<i>Fatores de Risco de Moradia</i>		
Renda per capita abaixo da média estadual (R\$1482,00)	170	98,3%
Renda per capita abaixo da média da amostra (R\$605,55)	98	56,6%
Não possui casa própria	113	51,6%
Menos de 4 cômodos na casa	74	48,4%
Mais do que 5 pessoas morando na mesma casa	28	12,5%

Em relação aos fatores de risco relacionados à criança, foi observado que 12,3% dos responsáveis afirmaram que seus filhos precisam de cuidados especiais, 11,4% acredita que seu filho tenha algum tipo de atraso no desenvolvimento e 8% realizou algum tipo de encaminhamento em saúde mental, como neurologista, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e terapeuta ocupacional.

Analisando os fatores parentais, 23% dos respondentes afirmaram terem algum tipo de discórdia ou brigas frequentes no relacionamento, 37,9% dos pais a 46,7% afirmaram estar em uma situação de emprego instável (sem carteira assinada) e 25% das mães a 38,6% dos pais não completaram o ensino médio, indicando baixa escolarização. Além disso, 7,3% dos respondentes afirmaram terem sido eles próprios encaminhados para serviços de saúde mental no último ano.

Em relação ao histórico de saúde familiar, nota-se que em 24% das famílias estão presente doenças crônicas e em 18,9% abuso de substância. Além disso, cerca de 7% dos pais/mães apresentam problemas de saúde mental e 6% afirmam a presença de problemas de saúde mental na família. A presença de algum tipo de deficiência na família foi indicada por 11,1% dos respondentes.

No que diz respeito a moradia, 27,1% afirmou não ter lazer no bairro, 48,4% mora em uma casa com menos de quatro cômodos, 52% não possui casa própria e 97,7% dos participantes vivem com uma renda abaixo da média do estado de São Paulo.

#### **4.1.3. Associação entre fatores de risco e problemas de comportamento**

Neste tópico serão apresentados os principais fatores de risco associados a problemas de comportamento encontrados para a presente amostra. Foram realizados cruzamentos de dados para verificar a proporção de crianças com escores na faixa clínica e normal de cada

uma das escalas do CBCL em função dos fatores de risco reportados no questionário socio-demográfico. As análises foram divididas em quatro etapas em função dos agrupamentos do CBCL: Escalas de Internalização, Problemas de Sono e Escalas de Externalização, Somas de Escalas e Escalas Orientadas pelo DSM-IV.

Para as escalas de internalização, o Teste Qui-Quadrado indicou diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os grupos em função dos fatores: percepção de atraso no desenvolvimento da criança, percepção de necessidade de cuidados especiais para/com a criança, pais com 4 ou mais filhos, pai com escolaridade inferior ao ensino médio, mãe com escolaridade inferior ao ensino médio e presença de brigas entre os pais. Em todos os casos, a presença da variável aumentou a probabilidade da criança ter escore na faixa clínica para a escala analisada. Por exemplo, das crianças cujos cuidadores indicaram atraso no desenvolvimento, 48,1% obteve pontuação na faixa clínica para a escala Reatividade Emocional, enquanto que apenas 20,2% das crianças cujos cuidadores não percebem atraso no desenvolvimento indicaram a presença de problemas relacionadas à essa queixa acima do esperado para a idade (faixa clínica). O fator de risco “atraso no desenvolvimento” parece também afetar a chance de serem indicados mais problemas em Ansiedade/Depressão (37% x 18,7%) e Retraimento (25,9% x 11,9%). Sendo assim, é notável a possibilidade de crianças com atraso no desenvolvimento e que as necessitam de cuidados especiais apresentam isolamento, baixa autoestima, retração social, entre outros.

**Tabela 4.** Distribuição dos fatores de risco individuais segundo escores na faixa normal x clínica das escalas de internalização do CBCL.

		Reatividade Emocional		Ansiedade/Depressão		Queixas Somáticas		Retraimento	
		Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)
Criança - Atraso Desenvolvimento	Sim	14 (51,9)	13 (48,1)	17 (63,0)	10 (37,0)			20 (74,1)	7 (25,9)
	Não	154 (79,8)	39 (20,2)	157 (81,3)	36 (18,7)			170 (88,1)	23 (11,9)
Criança – Necessidade Cuidados Especiais	Sim			16 (64,0)	9 (36,0)			18 (72,0)	7 (28,0)
	Não			158 (81,0)	37 (19,0)			172 (88,2)	23 (11,8)
Pais com 4 ou mais filhos?	Sim					10 (55,6)	8 (44,4)		
	Não					129 (78,7)	35 (21,3)		
Pai – Ensino Médio completo?	Sim	101 (81,5)	23 (18,5)	104 (83,9)	20 (16,1)	105 (84,7)	19 (15,3)	114 (91,9)	10 (8,1)
	Não	53 (67,9)	25 (32,1)	52 (66,7)	26 (33,3)	49 (62,8)	29 (37,2)	62 (79,5)	16 (20,5)
Mãe – Ensino Médio completo?	Sim					128 (80,5)	31 (19,5)		
	Não					36 (67,9)	17 (32,1)		
Presença de Brigas entre os pais?	Sim					7 (43,8)	9 (56,3)		
	Não					163 (80,7)	39 (19,3)		

Na Tabela 4 é possível verificar todos os fatores que aumentaram o risco de escores na faixa clínica para as escalas de internalização do CBCL, com o destaque para a escolaridade do pai, que teve aumentou a chance de escores clínicos em todas as escalas. Além disso, é interessante analisar que a escala Queixas Somáticas evidenciou efeito de diferentes fatores de risco. Foi observado que 44,4% dos responsáveis que possuem mais de quatro filhos apontaram queixas somáticas na criança, como dores de cabeça sem causa médica e problemas estomacais, com intensidade ou frequência superior ao esperado para a faixa etária. No grupo com menos do que 4 filhos, essa proporção foi de 21,3%. A baixa escolaridade materna também aumenta o risco de queixas somáticas na criança, com uma prevalência de 32,1% nesse grupo em comparação com 19,5% nos filhos de mães com pelo menos o ensino médio completo. Por fim, o fator briga entre os pais evidenciou aumentar o risco Queixas Somáticas, com 56,3% das crianças cujos pais reportam brigas frequentes atingindo escores na faixa clínica para essa escala em comparação com 19,3% nos casos em que não foram reportadas brigas frequentes.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados obtidos no teste qui-quadrado realizado com os diferentes fatores de risco e os escores na faixa clínica ou normal do CBCL para as escalas Problemas de Sono e escalas de Externalização. Para os Problemas com o Sono, os fatores que envolviam um número elevado de pessoas na casa ( $n > 5$ ) e a presença de deficiência na família pareceram aumentar a probabilidade da criança atingir uma pontuação na faixa clínica. Enquanto que apenas 5,6% das crianças que moram em casa com até 5 pessoas ficaram com escores clínicos para problemas de sono, 17,9% das que moram em casa com mais de 5 pessoas obtiveram escores na faixa clínica para a mesma escala. Além disso, 22,7% das crianças com familiar com deficiência obtiveram escore na faixa clínica para essa escala, enquanto nas famílias em que não havia deficiência, a porcentagem de escores clínicos foi 13,3%.



**Tabela 5.** Distribuição dos fatores de risco individuais segundo escores na faixa normal x clínica das escalas Problemas de Sono e escalas de externalização do CBCL.

		Problemas com o Sono		Problemas de Atenção		Comportamento Agressivo	
		Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)
Pai – Ensino Médio completo?	Sim					115 (92,7)	9 (7,3)
	Não					65 (83,3)	13 (16,6)
Mãe – Ensino Médio completo?	Sim			147 (92,5)	12 (7,5)		
	Não			44 (83,0)	9 (17,0)		
Mais do que 5 pessoas na mesma casa?	Sim	23 (82,1)	5 (17,9)				
	Não	185 (94,4)	11 (5,6)				
Familiar com deficiência?	Sim	17 (77,3)	5 (22,7)				
	Não	167 (94,4)	10 (13,3)				

Analisando os Problemas de Atenção, a baixa escolaridade maternal foi o fator com efeito significativo, sendo que 17% das crianças cujas mães indicaram baixa escolaridade obtiveram escores clínicos nessa escala e apenas 7,5% das crianças cujas mães tinham pelo menos o ensino médio completo apresentaram o mesmo problema. Para a escala Comportamento Agressivo, o fator que indicou diferença significativa foi a baixa escolaridade paterna, com 16,6% das crianças cujos pais tem escolaridade baixa atingindo escore na faixa clínica em comparação com apenas 7,3% das crianças cujos pais tem maior escolaridade atingindo pontuação semelhante.

Os fatores de risco que apresentaram efeito significativo nas somas de escala do CBCL são apresentados na Tabela 6.

Familiares que assinalaram perceber algum atraso no desenvolvimento em seu filho indicaram problemas de comportamento de internalização acima do esperado em 66,7% das crianças, e problemas externalizantes em 44,4%. Essas proporções foram menores dentre as crianças sem atraso no desenvolvimento: 38,3% obteve escore clínico para Problemas de Externalização, e 23,3% para Problemas de Internalização.

Dentre os casos no qual a presença da discórdia conjugal foi reportada, 37,5% das crianças atingiram pontuações clínicas para problemas de externalização, já 22,8% das crianças que vivem em contextos familiares sem discórdia conjugal encontram-se com escore clínico.

A escolaridade do pai pode ser relacionada a problemas totais, já que 44,9% das crianças cujos pais tinham baixa escolaridade tiveram pontuação acima da esperada, à medida que 28,2% das crianças com pais com ensino médio completo apresentam um escore clínico.

Diversos fatores de risco evidenciaram relação com a Escala de Internalização, visto que uma maior proporção de crianças com esses fatores presentes atingiram pontuação na faixa clínica para essa escala.

**Tabela 6.** Distribuição dos fatores de risco individuais segundo escores na faixa normal x clínica das somas de escalas do CBCL.

		Problemas de Internalização		Problemas de Externalização		Problemas Totais	
		Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)
Crianças - Atraso Desenvolvimento?	Sim	9 (33,3)	18 (66,7)	15 (55,6)	12 (44,4)		
	Não	119 (61,7)	74 (38,3)	148 (76,7)	45 (23,3)		
Presença de Discórdia Conjugal?	Sim			30 (62,5)	18 (37,5)		
	Não			125 (77,2)	37 (22,8)		
Pai – Ensino Médio completo?	Sim	78 (62,9)	46 (37,1)	98 (79,0)	26 (21,0)	89 (71,8)	35 (28,2)
	Não	39 (50,0)	39 (50,0)	52 (66,7)	26 (33,3)	43 (55,1)	35 (44,9)
Mais do que 5 pessoas na mesma casa?	Sim	11 (39,3)	17 (60,7)				
	Não	120 (61,2)	76 (38,8)				
Abuso de substâncias na família?	Sim			26 (61,9)	16 (38,1)	23 (54,8)	19 (45,2)
	Não			139 (77,2)	41 (22,8)	125 (69,4)	55 (30,6)

Por fim, analisamos a proporção de crianças com escores nas faixas normal e clínica das escalas orientadas pelo DSM do CBCL em função da presença dos diferentes fatores de risco. Aqueles que apresentaram diferença significativa são apresentados na Tabela 7.

O fator de risco que esteve associado com uma maior presença de crianças com escores na faixa clínica foi a percepção do respondente com relação a um atraso no desenvolvimento da criança. Para as cinco escalas orientadas pelo DSM, quando esse valor estava presente, a chance da criança atingir um escore clínico foi maior.

A baixa escolaridade do pai foi, novamente, um fator relevante associado aos problemas das crianças. Enquanto 10,5% das crianças cujos pais tinha escolaridade superior ao ensino médio atingiram escores na faixa clínica para a escala Problemas Afetivos, 35,9% daquelas que o pai não concluiu o ensino médio obtiveram escore clínico na mesma escala. Resultados semelhantes foram encontrados para Problemas Invasivos do Desenvolvimento e Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

É importante notar que os fatores de risco associados diretamente à criança, atraso no desenvolvimento, necessidades especiais e encaminhamento para serviços de saúde mental, evidenciaram uma maior proporção de casos com escores na faixa clínica para Problemas Invasivos do Desenvolvimento. Além disso, riscos relacionados ao trabalho da mãe e à escolaridade da mãe e do pai evidenciaram associação com escores clínicos na escala Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**Tabela 7.** Distribuição dos fatores de risco individuais segundo escores na faixa normal x clínica das escalas orientadas pelo DSM-IV.

		Problemas Afetivos		Problemas de Ansiedade		Problemas Invasivos do Desenvolvimento		Prob. Déficit Atenção e Hiperatividade		Problemas de Oposição e Desafio	
		Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)	Normal N (%)	Clínico N (%)
Criança - Atraso Desenvolvimento	Sim	17 (63,0)	10 (37,0)	12 (44,4)	15 (55,6)	14 (51,9)	13 (48,1)	20 (74,1)	7 (25,9)	19 (10,1)	8 (29,6)
	Não	162 (83,9)	31 (16,1)	162 (83,9)	31 (16,1)	161 (83,4)	32 (16,6)	173 (89,6)	20 (10,4)	170 (88,1)	23 (11,9)
Criança - Cuidados Especiais	Sim					15 (60,0)	10 (40,0)				
	Não					160 (82,1)	35 (17,9)				
Criança - Encaminhamento	Sim					11 (61,1)	7 (38,9)				
	Não					168 (81,6)	38 (18,4)				
Pai – Ensino Médio completo?	Sim	50 (64,1)	28 (35,9)			52 (66,7)	26 (33,3)	65 (83,3)	13 (16,7)		
	Não	111 (89,5)	13 (10,5)			106 (85,5)	18 (14,5)	114 (91,9)	10 (8,1)		
Mãe – Ensino Médio completo?	Sim							42 (79,2)	11 (20,8)		
	Não							144 (90,6)	15 (9,4)		
Mãe – Trabalho instável?	Sim							79 (80,6)	19 (19,4)		
	Não							105 (93,8)	7 (6,2)		
Presença de Brigas entre os pais?	Sim			37 (69,8)	16 (30,2)					41 (77,4)	12 (22,6)
	Não			141 (82,5)	30 (17,5)					152 (88,9)	19 (11,1)
Abuso de substâncias na família?	Sim	29 (69,0)	13 (31,0)			29 (69,0)	13 (31,0)				
	Não	152 (84,4)	28 (15,6)			148 (82,2)	32 (17,8)				
Deficiência na família?	Sim	14 (63,6)	8 (36,4)								
	Não	146 (82,5)	31 (17,5)								
Doença crônica na família?	Sim			35 (67,3)	17 (32,7)						
	Não			140 (82,8)	29 (17,2)						
Histórico Saúde Mental na Família	Sim									9 (64,3)	5 (35,7)
	Não									181 (87,4)	26 (12,6)
Renda média familiar abaixo da média amostral	Sim			81 (82,7)	17 (17,3)						
	Não			53 (70,7)	22 (29,3)						
Mais do que 5 pessoas na mesma casa?	Sim	18 (64,3)	10 (12,5)								
	Não	165 (84,2)	31 (15,8)								

Na tabela 8 serão apresentados fatores de riscos correlacionados aos problemas emocionais e comportamentais.

**Tabela 8.** Correlação entre agrupamentos de riscos e escalas de problemas emocionais/comportamentais do CBCL

	Risco – País	Risco – Histórico Familiar	Risco – Moradia	Risco – Criança	Risco – Total
Reatividade Emocional	<b>0,138*</b>	<b>0,162*</b>	0,069	<b>0,163*</b>	<b>0,210*</b>
Ansiedade/Depressão	0,030	0,100	0,066	<b>0,180*</b>	0,131
Queixas Somáticas	0,105	0,107	-0,002	0,051	0,111
Retraimento	0,127	0,067	0,028	<b>0,194*</b>	<b>0,156*</b>
Problemas com o Sono	0,121	<b>0,196*</b>	0,002	0,068	<b>0,158*</b>
Problemas de Atenção	0,105	0,046	0,064	<b>0,176*</b>	<b>0,153*</b>
Comportamento Agressivo	<b>0,214*</b>	<b>0,147*</b>	0,109	<b>0,134*</b>	<b>0,264*</b>
Problemas Internalizantes	0,128	<b>0,143*</b>	0,053	<b>0,186*</b>	<b>0,196*</b>
Problemas Externalizantes	<b>0,204*</b>	<b>0,134*</b>	0,106	<b>0,154*</b>	<b>0,257*</b>
Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	<b>0,192*</b>	<b>0,160*</b>	0,081	<b>0,199*</b>	<b>0,258*</b>
Problemas Afetivos	<b>0,206*</b>	<b>0,147*</b>	0,054	<b>0,143*</b>	<b>0,228*</b>
Problemas de Ansiedade	0,075	<b>0,211*</b>	-0,002	<b>0,213*</b>	<b>0,162*</b>
Problemas Invasivos do Desenvolvimento	0,091	0,082	0,037	<b>0,271*</b>	<b>0,164*</b>
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,127	0,05	0,032	<b>0,137*</b>	<b>0,141*</b>
Problemas de Oposição e Desafio	<b>0,177*</b>	0,097	<b>0,142*</b>	<b>0,144*</b>	<b>0,238*</b>

\*  $p < 0,05$

Uma análise dos resultados expressos na Tabela 8 evidencia que os riscos relacionadas a habitação apresentaram baixa associação com os problemas de comportamento nessa amostra. Isto é, no presente estudo, questões como um maior número de pessoas na mesma casa, ou

uma casa com pouco cômodos, baixa renda per capita e não possuir casa própria, não evidenciaram, de fato, maior risco para os problemas analisados no CBCL, exceto por aqueles avaliados na escala Problemas de Oposição e Desafio, com o qual esse conjunto de riscos apresentou uma correlação baixa.

Por outro lado, o conjunto global dos riscos analisados, Fator de Risco – Total, apresentou correlações positivas com a maior parte dos problemas emocionais/comportamentais. As considerações foram realizadas a partir de quatro subgrupos de fatores de risco, como histórico, parental, moradia e crianças e problemas emocionais/ comportamentais do CBCL. O fator de risco histórico familiar, as maiores taxas de problemas são para reatividade emocional, problemas de sono, comportamento agressivo e um amplo leque de comportamentos de externalização e internalização. Ressaltando como este fator afeta os problemas de sono, que deve ser considerado um aspecto importante não só ao nível do desenvolvimento das aprendizagens escolares, como de bem-estar. Na tabela 5, observasse que os problemas de sono têm associação com o elevado número de pessoa que residem na mesma casa e crianças que convivem com familiar deficiente.

Já os fatores de risco parentais demonstram ter maior influência para problemas como reatividade emocional e comportamentos agressivos que estão evidenciados também aos fatores de risco histórico familiar, parentais e crianças. A agressividade está diretamente relacionada a baixa escolaridade como apresentado na tabela 5.

Os fatores riscos crianças comprova a influência de todos os outros fatores no desenvolvimento infantil. Os resultados relevantes são para retraimento, problemas de atenção, depressão e ansiedade, comportamentos agressivos, reatividade emocional, problemas internalizantes apresentando maior impacto em relação aos problemas externalizantes. Os índices para retraimento e ansiedade e depressão destacam-se como também foi notável na tabela 2, sendo esses comportamentos encontrados na faixa clínica.

#### 4.1.4. Diferenças por sexo

Para verificar se há diferença nos problemas reportados no CBCL/1,5-5 pelos responsáveis pelas crianças e função do sexo, foram realizadas análises de comparação de média – Teste T. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Comparação da pontuação de meninos e meninas nas escalas-síndromes de problemas de comportamento e escalas orientadas pelo DSM.

Escalas- CBCL/1,5-5	Meninos Média (DP)	Meninas Mé- dia (DP)	T	<i>p</i>
Reatividade Emocional	51,19 (7,33)	57,88 (8,42)	-0,659	0,510
Ansiedade/Depressão	57,75 (7,00)	58,06 (8,16)	-0,309	0,758
Queixas Somáticas	56,48 (8,08)	58,27 (7,74)	-1,700	0,090
Retraimento	56,56 (7,49)	56,60 (8,00)	-0,042	0,967
Problemas com o Sono	53,88 (5,47)	55,56 (7,49)	-1,914	0,057
Problemas de Atenção	55,95 (6,36)	54,51 (5,76)	1,779	0,077
Comportamento Agressivo	56,41 (8,12)	55,43 (6,65)	0,988	0,324
Problemas Internalizantes	56,23 (9,98)	56,89 (10,68)	-0,477	0,633
Problemas Externalizantes	54,21 (9,95)	52,77 (8,96)	1,136	0,257
Total de Problemas	55,80 (9,73)	55,76 (10,67)	0,030	0,976
Problemas Afetivos	57,32 (6,32)	58,22 (8,08)	-0,926	0,355
Problemas de Ansiedade	57,62 (6,97)	59,05 (9,50)	-1,287	0,200
Prob. Invasivos do Desenvolvimento	56,86 (7,55)	56,97 (8,26)	-0,111	0,912
Prob. Déficit de Atenção e Hiperat.	56,51 (7,01)	55,25 (5,99)	1,454	0,147
<b>Problemas de Oposição e Desafio</b>	<b>56,73 (7,61)</b>	<b>54,94 (5,75)</b>	<b>1,985</b>	<b>0,048*</b>

\*  $p < 0,05$

A análise foi realizada a partir de dados como média, desvio padrão, escore T e *p* que



permitem uma melhor comparação das pontuações obtidas por meninos e meninas. A comparação dos escores t médios obtidos para os meninos e as meninas (teste t) indicou diferença significativa apenas para a escala orientada pelo DSM – problemas de oposição e desafio ( $p=0,048$ ), na qual os meninos obtiveram pontuação mais elevada. Para as demais escalas, não houve diferença na comparação do escore médio obtido nas escalas do CBCL em função do sexo.

Além da comparação de média, foi analisado número de casos com escore na faixa clínica em função do sexo. O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar se houve diferença significativa entre os grupos. O resultado é apresentado na Tabela 10.

Tabela 10. Comparação da pontuação de meninos e meninas nas escalas-síndromes de problemas de comportamento e escalas orientadas pelo DSM.

Escala	Meninos (% casos faixa clínica)	Meninas (% casos faixa clínica)	<i>p</i>
Reatividade Emocional	6,5%	8,8%	0,321
Ansiedade/Depressão	6,3%	7,1%	0,514
Queixas Somáticas	8,1%	10,6%	0,340
Retraimento	9,0%	8,8%	0,576
<b>Problemas com o Sono</b>	<b>1,8%</b>	<b>8,8%</b>	<b>0,018*</b>
Problemas de Atenção	6,3%	3,5%	0,259
Comportamento Agressivo	7,2%	4,4%	0,273
Problemas Internalizantes	25,2%	27,4%	0,412
<b>Problemas Externalizantes</b>	<b>15,3%</b>	<b>7,1%</b>	<b>0,040*</b>
Total de Problemas	26,1%	23%	0,350
<b>Problemas Afetivos</b>	<b>12,6%</b>	<b>23,9%</b>	<b>0,022*</b>
Problemas de Ansiedade	18,9%	2,1%	0,334
Problemas Invasivos do Desenvolvimento	18,9%	21,2%	0,395
Prob. Déficit de Atenção e Hiperatividade	14,4%	9,7%	0,192
Problemas de Oposição e Desafio	18,0%	9,7%	0,054

\*  $p < 0,05$

A análise da porcentagem de casos com escores na faixa clínica do CBCL/1,5-5 evidenciou diferenças em função do sexo para três escalas. A proporção de meninos com escores elevados para a Problemas Externalizantes foi maior que de meninas: 15,3% x 7,1%. Por outro lado, a proporção de meninas com escores elevados para Problemas de Sono e Problemas Afetivos foi maior, sendo respectivamente 1,8% x 8,8% e 23,9% x 12,6%. Para a escala Problemas de Oposição e Desafio, que evidenciou diferença na comparação com média, não foi indicada diferença significativa com nível de significância  $p < 0,05$ . Entretanto, analisando os valores, nota-se que a porcentagem de meninos com escores elevados nessa escala foi quase duas vezes a porcentagem de meninas, o que indica que há uma tendência a diferença por sexo nos problemas avaliados nesta escala,

## **4.2. Fase 2**

### **4.2.1. Comparação do perfil das crianças selecionadas e não selecionadas para a Fase 2**

As crianças que apresentaram pontuação na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais do CBCL/1,5-5 acima do percentil 90 para a amostra da fase 1 foram convidadas a participar da fase 2 do estudo. Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos perfis destas crianças em comparação com o perfil de sexo e idade das crianças que participaram da fase 1 e não foram selecionadas para a fase 2. Essas informações são apresentadas na Tabela 11.

Os resultados apresentados na Tabela 11 indicam que não houve diferença no perfil das crianças dos dois grupos no que se refere ao sexo e à faixa etária.

Tabela 11. Perfil de sexo e idade dos participantes selecionados e não selecionados para a avaliação aprofundada.

	Não Selecionados (N = 180)	Selecionados (N = 45)	<i>p</i>
Sexo Masculino	88 (48,9%)	24 (53,3%)	0,357
Idade			
2 anos	42 (23,3%)	12 (26,7%)	0,725
3 anos	89 (49,4%)	18 (40,0%)	
4 anos	39 (21,7%)	12 (26,7%)	
5 anos	10 (5,6%)	3 (6,7%)	

O perfil dos dois grupos, no que se refere aos fatores de risco estudados, também foi comparado usando tabelas de cruzamento e o teste estatístico qui-quadrado. Os resultados são apresentados na Tabela 12. Nota-se que a comparação dos fatores de risco estudados nas duas amostras indica uma maior incidência de alguns dos fatores na amostra que foi selecionada para avaliação aprofundada em função de apresentar mais problemas de emocionais e comportamentais do que os demais. Os fatores para os quais a diferença foi significativa foram: percepção de atraso no desenvolvimento do filho, necessidade de cuidados especiais, baixa escolaridade do pai e brigas constantes em casa.

Tabela 12. Comparação dos participantes selecionados e não-selecionados para a fase 2: Fatores de Risco.

	Não Selecionados N (%)	Selecionados N (%)	p
<i>Fatores de Risco Criança</i>			
Necessidade de cuidados especiais	15 (8,3)	10 (22,2)	0,012*
Atraso no desenvolvimento	14 (7,8)	14 (31,1)	0,000*
Encaminhamento para serviços de saúde mental	12 (6,7)	6 (13,3)	0,124
<i>Fatores de Risco Parental</i>			
Mãe - Baixa escolaridade (até EM incompleto)	39 (21,7)	15 (33,3)	0,077
Mãe - Situação de trabalho instável (sem carteira)	77 (42,8)	22 (48,9)	0,283
Mãe - Separada, Solteira ou Viúva	35 (19,4)	11 (24,4)	0,290
Mãe - Deficiência	4 (2,2)	0 (0,0)	0,407
Pai - Baixa escolaridade (até EM incompleto)	51 (28,3)	27 (60,0)	0,000*
Pai - Situação de trabalho instável (sem carteira)	61 (33,9)	14 (31,1)	0,435
Pai - Separado, Solteiro ou Viúvo	22 (12,2)	6 (13,3)	0,130
Pai - Deficiência	6 (3,3)	1 (2,2)	0,575
Discórdia conjugal - Respondente	36 (20,0)	12 (26,7)	0,217
Brigas constantes - Respondente	9 (5,0)	7 (15,6)	0,022*
Encaminhamento Saúde Mental - Respondente	12 (6,7)	3 (6,7)	0,650
<i>Fatores de Risco de História Familiar</i>			
Problemas de Saúde Mental na família	11 (6,1)	3 (6,7)	0,557
Doenças crônicas na família	41 (22,8)	11 (24,4)	0,476
Abuso de substâncias por membro da família	30 (16,7)	12 (26,7)	0,095
Presença de Deficiências na família	17 (9,4)	5 (11,1)	0,459
<i>Fatores de Risco de Moradia</i>			
Renda per capita < média estadual (R\$1482,00)	138 (76,7)	33 (73,3)	0,385
Renda per capita < média da amostra (R\$605,55)	80 (44,4)	19 (42,2)	0,462
Não possui casa própria	88 (48,9)	26 (57,8)	0,184
Menos de 4 cômodos na casa	58 (32,2)	17 (37,8)	0,295
Mais do que 5 pessoas morando na mesma casa	21 (11,7))	7 (15,6)	0,314

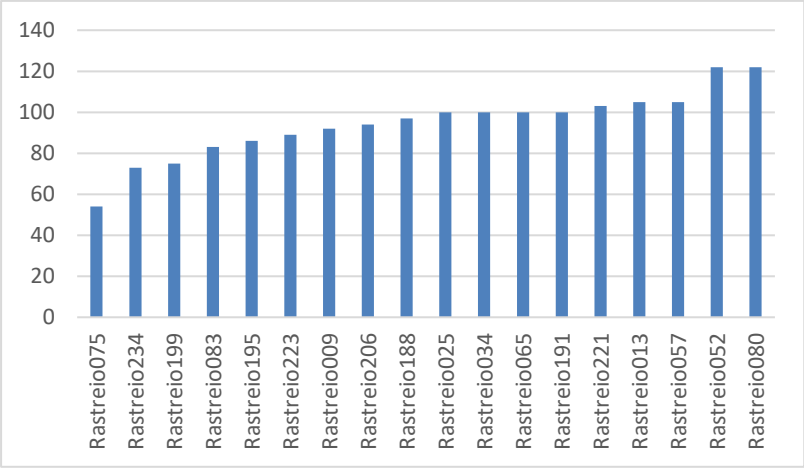
\*  $p < 0,05$

#### 4.2.2. Análise do Perfil Cognitivo

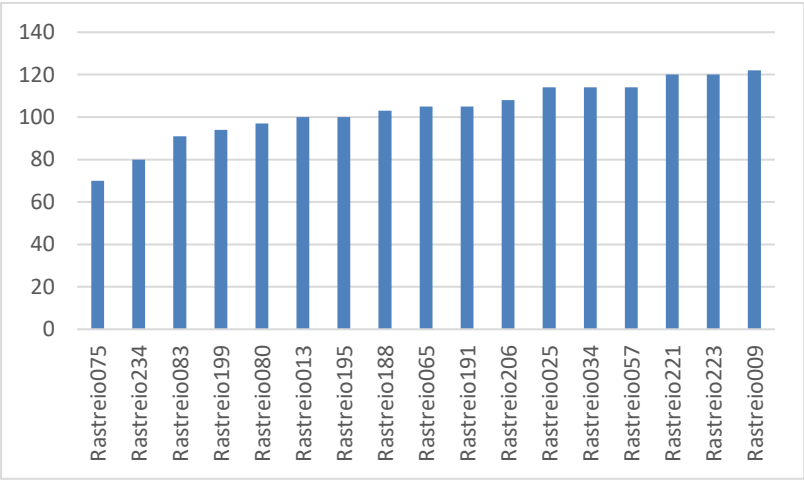
Das 45 crianças selecionadas, 18 compareceram para a avaliação do perfil cognitivo. Elas responderam ao teste SON-R, que permite a avaliação do QI de Execução, QI de Raciocínio e o QI Total. Em média, as crianças obtiveram pontuações equivalentes à inteligência normal para todas as escalas, com valores e desvios padrões respectivamente de 98,1 (12,0), 107,7 (11,8) e 103,2 (11,3).

A Figura 2, abaixo, apresenta os resultados obtidos pelas crianças nessas escalas. Analisando os participantes individualmente, notamos que alguns obtiveram pontuação especialmente baixa em comparação com a amostra normativa do teste. De especial interesse, os participantes Rastreio075, Rastreio234 e Rastreio199 apresentaram inteligência abaixo da média. Por outro lado, algumas crianças atingiram valores de QI acima de 115 para as escalas de Execução (Rastreio 052 e Rastreio 080), para as escalas de Raciocínio (Rastreio221, Rastreio223 e Rastreio009) e para a Escala Total do Instrumento (Rastreio052), o que indica inteligência acima da média. O teste de correlação entre o QI dos participantes e o índice de problemas obtidos no CBCL para as escalas Problemas de Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais não indicou valores significativos.

I – Escala de Execução



QI – Escala de Raciocínio



QI – Escala Total

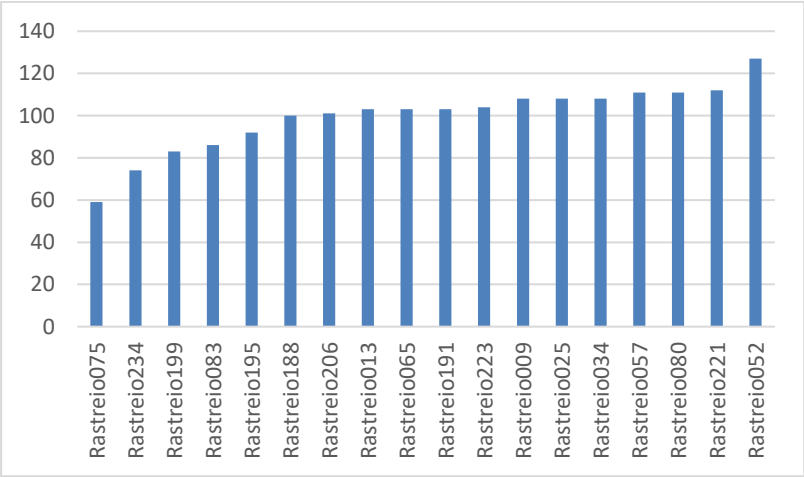


Figura 2. Índices de QI obtidos pela amostra de crianças selecionadas para avaliação.

### 4.2.3. Análise do Perfil Comportamental

Inicialmente apresentaremos o perfil comportamental elaborado a partir das respostas ao CBCL/1,5-5 pelos pais das 18 crianças que compareceram para avaliação na Fase 2 para então analisar o perfil encontrado usando os outros instrumentos. A Tabela 13 apresenta esses dados. Considerando o ponto de corte escore T = 60 para as somas de escala (Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais), nota-se que as crianças obtiveram, em média, pontuação clínica para essas escalas.

Tabela 13. Perfil de problemas emocionais/comportamentais elaborado a partir do CBCL.

CBCL/1,5-5	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Reatividade Emocional	51,00	77,00	65,3	5,6
Ansiedade/Depressão	56,00	83,00	64,6	6,2
Queixas Somáticas	50,00	78,00	62,6	10,6
Retraimento	50,00	73,00	61,6	7,9
Problemas com o Sono	51,00	70,00	60,6	6,8
Problemas de Atenção	53,00	67,00	59,9	5,0
Comportamento Agressivo	53,00	72,00	64,3	5,1
Problemas Internalizantes	56,00	76,00	66,5	5,2
Problemas Externalizantes	57,00	71,00	63,8	4,2
Total de Problemas	63,00	74,00	67,9	2,9
Problemas Afetivos	56,00	79,00	67,0	6,7
Problemas de Ansiedade	51,00	81,00	65,0	7,3
Prob. Invasivos do Desenvolvimento	50,00	74,00	64,6	6,3
Prob. Déficit de At. e Hiperatividade	52,00	71,00	62,9	4,9
Problemas de Oposição e Desafio	52,00	73,00	62,6	7,4

O segundo instrumento utilizado para avaliar os comportamentos das crianças foi o SDQ, respondido pelos responsáveis. A Tabela 14 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 14. Perfil comportamental das crianças no SDQ.

SDQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Problemas Emocionais	0,00	7,00	2,78	1,90
Problemas de Conduta	2,00	9,00	5,39	1,69
Hiperatividade	4,00	9,00	6,39	1,46
Problemas de Relacionamento com Pares	0,00	5,00	2,33	1,71
Comportamentos Pró-Sociais	3,00	10,00	7,89	1,64
Total de Dificuldades	9,00	26,00	16,89	4,54

Conforme esperado para a faixa etária estudada, os problemas mais encontrados estiveram concentrados nas escalas que avaliam dificuldades externalizantes: Problemas de Conduta e Hiperatividade. Ainda que as crianças apresentem elevados índices de problemas de comportamento, os pais também indicaram um bom repertório de comportamentos pró-sociais, com escore médio 7,89 (máximo na escala = 10 pontos).

A escala BPI foi idealizada para identificar desenvolvimento atípico. Os resultados da avaliação feita com essa escala são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15. Perfil comportamental das crianças no BPI.

	SDQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Frequência	Comportamento de Autoagressão	0,00	10,00	3,50	3,19
	Comportamento Esteriotipado	1,00	43,00	15,72	11,64
	Hiperatividade	0,00	18,00	5,50	4,78
	Total	1,00	60,00	24,72	15,85
Severidade	Comportamento de Autoagressão	0,00	8,00	2,72	2,42
	Comportamento	1,00	32,00	10,39	9,11
	Hiperatividade	0,00	20,00	5,83	5,09
	Total	1,00	44,00	18,94	12,33



Os resultados obtidos com a BPI indicaram grande variabilidade na amostra e permitiram a identificação de crianças com características que evidenciam desenvolvimento atípico e precisam ser encaminhadas para avaliação por profissionais de saúde mental.

Por fim, foram analisados os dados obtidos sobre o sono das crianças avaliadas. A Figura 3, abaixo, apresenta a distribuição de frequência encontrada.

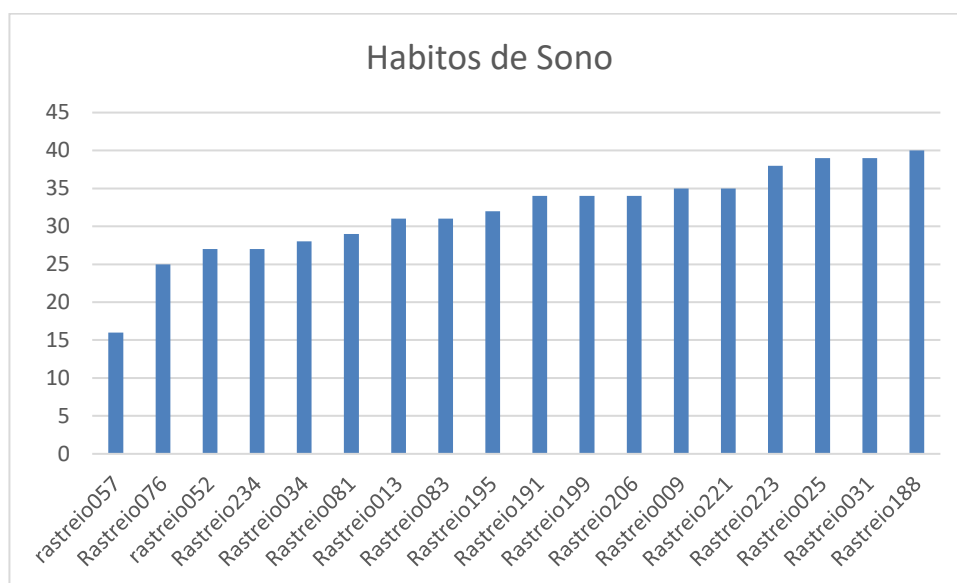


Figura 3. Pontuação das crianças na escala de hábitos de sono de pré-escolares.

Para realizar a pontuação dessa escala, os hábitos positivos são pontuados de maneira inversa. Dessa forma, pontuações elevadas indicam uma alta presença de hábitos negativos aliada a uma baixa presença de hábitos positivos.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a estudar os comportamentos de crianças pré-escolares de uma comunidade carente de uma cidade da região metropolitana de São Paulo usando o CBCL/1,5-5. O objetivo principal era verificar a aplicabilidade desse questionário para avaliar crianças de nossa população na própria comunidade, antes mesmo de serem encaminhadas para serviços de saúde mental. Essa prática facilitaria a detecção precoce de problemas comportamentais e desenvolvimentais, o que é um passo importante para melhorar a qualidade de vida das crianças e das famílias, já que casos identificados em idade precoce possuem melhor prognóstico.

Apesar de mais da metade da amostra obter pontuação de problema emocionais/comportamentais dentro do esperado para a faixa etária (66,5%), o restante encontra-se em uma faixa clínica/limítrofe ao que se refere aos problemas estudados (retraimento, queixas somáticas, comportamento agressivo, reatividade emocional, ansiedade/depressão e problemas de atenção). Isso é, eles apresentam mais problemas do que o esperado para a faixa etária e sexo. Conforme Rios e Williams (2008), esta porcentagem condiz com o esperado, uma vez que em seus estudos observaram que 35% das crianças de baixa renda apresentaram problemas comportamentais. A amostra do presente estudo foi composta por famílias de baixa renda, com 98% apresentando renda per capita familiar abaixo da encontrada na região.

Estudos realizados sobre saúde mental infantil indicam a presença de determinados fatores ambientais que favorecem a ocorrência de problemas comportamentais, desta forma, o presente estudo buscou relacionar estas variáveis. Assim como as pesquisas anteriores indicam conflitos parentais e baixa escolaridade como fatores de risco de alta influência nas crianças e adolescentes, o presente estudo pôde observar índices semelhantes. Os resultados encontrados apontam que em crianças pré-escolares, os fatores de risco familiares e socioeconômicos, como práticas parentais negativas, estado civil, discórdia conjugal, encaminhamento

para saúde mental, baixo nível de qualificação profissional e escolaridade favorecem a presença de problemas de comportamentos nessa faixa etária.

Patias, Cardoso e Dias (2012) descrevem a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento infantil, apontando a família como responsável pela estimulação que contribui com a aprendizagem de novos comportamentos. A baixa escolaridade dos pais e a presença de brigas conjugais podem ser consideradas fatores de risco para a presença de comportamentos internalizantes, como ansiedade/depressão, reatividade emocional e queixas somáticas. Silhares e Souza (2008) afirmam que ambientes familiares com discórdia frequente ocorrem uma mudança de comportamento tanto por parte dos pais quanto dos filhos, “... trocando seus antigos padrões amigáveis de interação com os filhos por um novo padrão de omissão ou de violência” (p. 208). Na amostra estudada, foi possível observar a relação entre queixas somáticas com discórdia parental, assim, a partir de uma inabilidade dos pais na resolução de conflitos, possivelmente a criança apresenta um déficit no desenvolvimento de habilidades sociais comunicativas, não se comunicando de forma verbal. Problemas na escala Queixas Somáticas também foram relacionados com a presença de mais de quatro filhos na família, indicando que pais com déficit no repertório social e grande quantidade de filhos podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de habilidades sociais, como realizar perguntas, manifestar opiniões e descrever sentimentos, conforme descrito por Bolsoni-Silva e Maturano (2007). Segundo Gomide (2003), práticas educativas parentais positivas são aquelas que apresentam o uso adequado de atenção e de regras, distribuição de privilégios, participação na vida escolar e afeto contínuo, pode-se inferir que as queixas somáticas surgem pela ausência e/ou inconsistência destes itens por conta da inabilidade parental e alta demanda de tarefas devido à quantidade de membros residentes.

A escolaridade dos pais foi relacionada com pontuações mais elevadas nas escalas de internalização e externalização do CBCL, como queixas somáticas, reatividade emocional,

ansiedade/depressão, problemas com sono, problemas de atenção e comportamento agressivo. Ela também foi um fator que apareceu em destaque na comparação da amostra selecionada para avaliação aprofundada por apresentar mais problemas que 80% das crianças estudadas. Desta forma, a escolaridade dos participantes é um fator de risco que deve ser amplamente discutido e revisado. Gomide (2003) descreve algumas variáveis demográficas consideradas eventos estressores, como desemprego, conflitos parentais, doenças e violência familiar. Existe a possibilidade da amostra com ensino médio incompleto estar trabalhando em ambientes com pouco reforçadores, afetando seu comportamento e consecutivamente na administração familiar.

Aqueles que assinalaram perceber algum tipo de atraso no desenvolvimento da criança e que afirmaram a necessidade de cuidados especiais também indicaram perceber no filho problemas de comportamento acima do esperado na escala de problemas de comportamento internalizantes. Essas duas variáveis tiveram destaque na comparação dos selecionados com os não selecionados para avaliação complementar, sendo muito mais frequente o selecionado ser identificado como apresentando um atraso no desenvolvimento e necessitando de cuidados especiais. Com esta relação identificada neste estudo, é importante investigar as reais dificuldades e necessidades da criança para um possível encaminhamento multiprofissional. Contudo, apesar da probabilidade da presença de transtornos no desenvolvimento, os problemas de comportamento internalizantes vistos podem também indicar uma inabilidade de familiares em se relacionar de forma efetiva com a criança, dificultando no desenvolvimento de habilidades sociais.

A análise do perfil comportamental de meninos e meninas evidenciou pouca diferença significativa. Na comparação de médias, diferenças significativas foram encontradas em apenas em uma das quinze escalas consideradas, qual seja, “Problemas de Oposição e Desafio”, na qual os meninos obtiveram pontuações mais elevadas. De fato, quando analisamos o

número de casos na faixa clínica considerando a variável sexo, é a escala Problemas de Externalização que se destaca. As meninas obtiveram mais escores na faixa clínica para as escalas Problemas com o Sono e Problemas Afetivos. Ainda que as diferenças sejam pequenas em comparação com as encontradas em outras faixas etárias, como as evidenciadas por Emerich et al. (2013), elas indicam uma tendência daquilo que pode ser observado de maneira mais consistente em crianças mais velhas ou mesmo em adultos: uma tendência das pessoas do sexo masculino apresentarem mais problemas externalizantes e das pessoas do sexo feminino apresentarem mais problemas internalizantes. Análise de variáveis sociais e genéticas precisam ser realizadas para explicar a etiologia das psicopatologias e os padrões comportamentais encontrados.

Apesar de maior parte da amostra encontrar-se com uma renda abaixo da média da cidade de São Paulo, nenhum problema de comportamento foi diretamente relacionado à essa variável. Assim, entende-se que os fatores de risco devem ser analisados em conjunto, conforme sua frequência e intensidade, para uma melhor compreensão da realidade vivenciada por cada criança.

A utilização do instrumento de avaliação e a coleta dos dados sociodemográficos foi rica e útil para a investigação das condições de saúde mental das crianças participantes, permitindo uma compreensão aprofundada e contextualizada das mesmas. Essa investigação permitiu ir além da mera descrição do perfil dessa população, também possibilitou uma aproximação maior da realidade social em que fazem parte.

A partir dos resultados obtidos, cabe apresentar um questionamento de até que ponto as políticas públicas de saúde mental voltadas para essa comunidade são adequadas e se ocorre articulação das ações na área da educação, saúde e das ações sociais, visto que parecem não acontecer de forma eficiente. Essas crianças, em sua grande maioria, crescem com carências e dificuldades importantes que muitas vezes não são, sequer, identificadas, quanto mais traba-

lhadas.

Diferentes revisões sobre a produção científica na área de intervenções com pré-escolares (Nixon, 2002; Olivares e García-López, 1997) têm indicado o treinamento de pais como uma das abordagens mais efetivas no tratamento de problemas comportamentais das crianças, principalmente para problemas como desordens de conduta, comportamento opositor e agressividade (Azar e Wolf, 1989; Brestan e Eyberg, 1998; Kazdin, 2003; Nixon, 2002).

Os programas de orientação para os pais têm atestado os efeitos positivos das diferentes modalidades de intervenção para as mudanças sobre o comportamento das crianças pequenas. Assim, estão sendo apontados, por diferentes autores, como o momento ideal para intervenções preventivas e os pais são considerados alvos importantes do tratamento. Dessa forma, as informações obtidas podem contribuir para o debate acerca de políticas públicas e programas efetivos para atender crianças que necessitam de atenção à saúde mental, articulando sobre possíveis estratégias em várias direções como: sensibilização dos governos e da sociedade que resulte em ações concretas, abrangentes e permanentes de atenção precoce em saúde mental, tanto em âmbito individual, familiar e comunitário; potencialização do papel da escola na prevenção, identificação das situações de risco e de suporte em saúde mental; investimento na capacitação dos profissionais da rede de educação, saúde e ação social para diagnósticos adequados nos diferentes âmbitos de atenção; estímulo e facilitação do desenvolvimento de redes de apoio nas comunidades.

## 6. Tópicos Conclusivos

- Os dados obtidos confirmaram os dados da literatura com relação à fatores de risco e problemas de comportamento.
- Poucas diferenças foram encontradas em função do sexo da criança. As diferenças encontradas estão de acordo com a literatura para outras faixas etárias: meninos apresentam mais problemas externalizantes e meninas mais problemas internalizantes.
- O perfil cognitivo e comportamental das crianças selecionadas para avaliação aprofundada evidenciou diferentes tipos de dificuldades vivenciadas pelas crianças.
- O CBCL/1,5-5 se mostrou um instrumento útil para rastreio de problemas emocionais e comportamentais mesmo em uma comunidade carente, com pouco acesso a recursos materiais e educacionais.
- O fato de nenhuma das crianças selecionadas para avaliação aprofundada em função de apresentar mais problemas que seus pares na avaliação dos pais ter historicamente sido encaminhada para serviços de saúde mental não indica baixa especificidade do CBCL/1,5-5, apenas confirma a carência de recursos vivenciada por essa amostra.
- Projetos mais amplos, seguindo o modelo realizado nesse estudo, devem ser implementados na comunidade para triar as crianças que precisam de encaminhamento. Usar um questionário de fácil resposta para obter informações sobre as crianças pode facilitar o encaminhamento necessário que não aconteceria de maneira endógena.
- São necessários projetos de pesquisa e políticas públicas que favoreçam a avaliação das demandas da comunidade.
- Programas preventivos devem ser aplicados em comunidades expostas à diversos fatores de risco, como a estudada neste projeto. Além disso, os programas devem atingir os pais e favorecer a melhoria da qualidade de vida da família, até mesmo porque a estrutura familiar evidentemente afeta a saúde mental das crianças.

## 7. REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (Seventh ed.)*. Burlington, Vermont, Estados Unidos: University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. São Paulo: Artmed.
- Baraldi, G. S., Martin, M. A. F., Rojahn, J., Carreiro, L. R. R., & Teixeira, M. C. T. V. (2013). Indicadores de validade de conteúdo da versão brasileira do Behavior Problems Inventory/BPI-01. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 13(2), 94-103.
- Baraldi, G. S. et al. (2013). Tradução, adaptação e validação preliminar da versão brasileira do Behavior Problems Inventory (BPI-01). *Trends Psychiatry Psychother*, 35(3), 198-211.
- Basten, M., Tiemeier, H., Althoff, R. R., van de Schoot, R., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A. et al. (2015). The stability of problem behavior across the preschool years: an empirical approach in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, . doi:10.1007/s10802-015-9993-y.
- Batista, B. H. B., & Nunes, M. L. (2006). Validação para língua portuguesa de duas escalas para avaliação de hábitos e qualidade de sono em crianças. *Journal of epilepsy and clinical neuropsychology*, 12(3), 143-148. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492006000500006>
- Bolsoni-Silva, A., & Del-Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
- Brasil. (1996). Lei de Diretrizes e Base de 1996 – Lei 9394/96. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F., et al. (1996). The sleep disturbance scale for children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5, 251-261.



- Capovilla, F. C., & Capovilla, A. G. S. (1997). Desenvolvimento linguístico da criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescorla. *Ciência Cognitiva: Teoria, Pesquisa e Aplicação*, 1(1):353-380.
- Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I., Bird, H., Miranda, C.T. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med.*, 33(3), 203-222.
- Einfeld, S. L., Ellis, L., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
- Ferreira, V. R., Carvalho, L. B. C., Ruotolo, F., Moraes, J. F., Prado, L. B. F., & Prado, G. F. (2009). Sleep disturbance scale for children: translation, cultural adaptation, and validation. *Sleep Medicine*, 10(4), 457-463.
- Ferrioli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no programa saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259. doi: 10.1590/S0034-89102006005000017
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 2-6. doi: 10.1590/S1516-44462000000600002
- Fonseca, F. F., Sea, R. K. R., Santos, R. L., Dias, O. V., & Costa, S. M. (2013). As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Revista Paulista de Pedriatria*, 31(2), 258-264. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>
- Foster, E. M. & Jones, D. E. (2005). The high cost of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1767-1770. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424
- Glascoe, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 11, 173-179. Doi:10.1002/mrdd.20068
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110. doi:10.1590/S0021-75572004000300013
- Henrichs, J., Rescorla, L., Donkersloot, C., Schenk, J., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., et al. (2013). Early vocabulary delay and behavioral/emotional problems in early childhood: the generation R study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56, 553-566. Doi: 10.1044/1092-4388.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N.,

- et al. (2007b). The Generalizability of the Youth Self-Report Syndrome Structure in 23 Societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), pp. 729-138.
- Jesus, G. R. (2009) *Normatização e validação do Teste Não-Verbal de Inteligência SON-R 2½-7 (a) para o Brasil*. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replications. *Archive of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.
- Kramer, S., Nunes, M. F. R., & Corssino, P. (2011). Infância e crianças de 6 anos: desafios das transições na educação infantil e no ensino fundamental. *Educação e Pesquisa*, 37(1), 69-85.
- Krug D. A., Arick J. & Almond P. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(3), 221-9. doi: 10.1111/j.1469-7610.1980.tb01797.x.
- Macedo, E. C., Mecca, T. P., Valentini, F., Laros, J. A., Lima, R. M. F., & Schwartzman, J. S. (2013). Utilizando o teste não verbal de inteligência SON-R 2½-7 (a) para avaliar crianças com Transtornos do espectro do autismo. *Revista Educação Especial*, 26(47), 603-618.
- Marsh, E. J., & Graham, S. A. (2001). Classificación y tratamiento de la psicopatología infantil. In V. E. Caballo, & M. A. Simon, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 29-58). Madri: Pirâmides.
- Marteletto, M. R. F., & Pedromonico, M. R. M. (2005). Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 7(4).
- Morgan, D. A. R., Silva, J. G., Knackfuss, M. I., & Medeiros, H. J. (2015). As políticas públicas no contexto da educação infantil brasileira. *Construção Psicopedagógica*, 22(23), 51-58.
- Mota, A. D. P. (2015). *Identificação de transtornos do espectro de autism com Child Behavior Checklist (CBCL): evidências de sensibilidade*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Muratiri, F., Narzisi, A., Tancredi, R., Cosenza, A, Calugi, S., Saviozzi, E. et al. (2011). The CBCL 1.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-10. Doi: 10.1071/S2045796011000045X.

- National Research Council & Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., Queiroz, S. S., & Azevedo Jr., R. R. (2011). Indicadores cognitivos, linguísticos, comportamentais e acadêmicos de pré-escolares nascidos pré-termo e a termo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 283-290.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7.
- Paula, C. S., Duarte, S. C., Bordin, I. A. S. (2007). Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 11-17. Doi: 10.1590/S1516-44462006005000012.
- Pires, M. L. N., Silveiras, E. F. M., Rafihi-Ferreira, R. Rocha, M. M., Fernandes, L. F. B. & Melo, M. B. (2014). Reprututibilidade e consistência interna do CBCL/1,5-5 e problemas de comportamento em uma amostra de crianças pré-escolares. In: *Anais da 44a Reunião Anual de Psicologia*, Ribeirão Preto/SP.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A. J., Maasen, G. H., Engeland, H. V., & Mattys, W. (2012). Sustained effects of incredible years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 40(4), 487-500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9.
- Rescorla, L. A. (1989). The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54(4), 587-599.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., et al. (2011). International comparison of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(3): 456-467. doi: 10.1080/15374416.2011.563472
- Rizetti, D. A., & Trevisan, C. M. (2008). Rastreamento dos programas de saúde voltados para crianças elaborados pelas três esferas de governo. *Saúde (Santa Maria)*, 34(1), 27-31. DOI 10592/22365834
- Rojahn, J. et al. (2001). The behavior problems inventory: na instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 577-588.
- Saulnier, C., Quiembach, L. E., & Klin, A. (2011). A avaliação clínica de crianças com trans-

- tornos do espectro do autismo. Em: J. S. Schwartzman, C. A. Araujo (Orgs.). Transtornos do espectro do autismo (p. 159-172). São Paulo: Memnon.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionários de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 619-629.
- Silvares, E. F. M., Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. L. N. (2014). Acompanhamento psicológico de criança com problema de sono: um relato de caso. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(2), 87-101.
- Teixeira, M. C. T. V., Mecca, T. P., Velloso, L., Bravo, R. B., Ribeiro, S. G. B., Mercadante, M. T., & Paula, C. S. (2010). Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 55(5), 607-614.
- Teixeira, M. C. T. V., Monteiro, C. R. C., Velloso, R. L., Kim, C. A., Carreiro, L. R. R. (2010). Fenótipo comportamental e cognitivo de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams-Beuren. *Pró-fono*, 22(3), 215-220.

## 8. ANEXOS

## Anexo 1– Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE  
PRESBITERIANA MACKENZIE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Rastreo de problemas comportamentais e desenvolvimentais em pré-escolares usando o Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1,5 a 5 anos (CBCL/1,5-5)

**Pesquisador:** Marina Monzani da Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54875716.2.0000.0084

**Instituição Proponente:** Universidade Presbiteriana Mackenzie

**Patrocinador Principal:** Universidade Presbiteriana Mackenzie

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.527.544

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto apresenta a carência no Brasil instrumentos válidos e eficazes voltados para a avaliação de problemas de comportamento de amplo espectro, especialmente focados na primeira infância.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O projeto tem por objetivo avaliar a efetividade da versão brasileira do CBCL/1,5-5 como instrumento de rastreo de problemas de comportamento em crianças pré-escolares com desenvolvimento típico e atípico na rede pública.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A aplicação dos instrumentos envolve riscos mínimos e o estudo apresenta como benefício a possibilidade de identificação de crianças com queixas comportamentais.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa adequada do ponto de vista da ética em pesquisa, e relevante em termos metodológicos e sociais.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, possibilitando ao participante compreender os objetivos do estudo, bem como explicitando a possibilidade de se retirar do

**Endereço:** DA CONSOLACAO 860

**Bairro:** HIGIENOPOLIS

**CEP:** 01.302-907

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)2114-8144

**E-mail:** copq@mackenzie.br

**UNIVERSIDADE  
PRESBITERIANA MACKENZIE**



Continuação do Parecer: 1.527.544

estudo a qualquer momento.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto adequado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625916.pdf	27/04/2016 19:48:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCBCLCEPcomTCLEmodificado20160427.pdf	27/04/2016 19:48:16	Marina Monzani da Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado20160428.docx	27/04/2016 19:41:40	Marina Monzani da Rocha	Aceito
Outros	Carta.pdf	16/03/2016 13:01:47	Marina Monzani da Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	07/02/2016 11:15:59	Marina Monzani da Rocha	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CI077aprovacaoMackPesquisa.pdf	01/02/2016 16:51:14	Marina Monzani da Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 03 de Maio de 2016

---

**Assinado por:  
Elizeu Coutinho de Macedo  
(Coordenador)**

## Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do projeto de pesquisa “Rastreamento de problemas comportamentais e desenvolvimentais em pré-escolares usando o Inventário dos Comportamentos de Crianças de 1,5 a 5 anos (CBCL/1,5-5)”, que se propõe a verificar a efetividade do CBCL/1,5-5 para avaliar problemas de crianças de 2 a 4 anos na rede pública de ensino. O objetivo é facilitar o trabalho de avaliação, prevenção e intervenção com foco no desenvolvimento saudável das crianças.

A primeira fase da pesquisa, que será realizada hoje, consiste no preenchimento do questionário CBCL/1,5-5. Você irá encontrar nesse questionário perguntas sobre coisas do dia a dia e deverá responder todas estas perguntas para permitir que vários aspectos do comportamento do(a) seu/sua filho(a) sejam analisados. Uma segunda fase desta pesquisa será realizada posteriormente. Nela, alguns pais/mães que participarem do estudo hoje serão convidados para uma avaliação mais ampla da criança, que envolve a avaliação clínica com um médico, a avaliação do desenvolvimento cognitivo e de linguagem com a própria criança e a avaliação de problemas de comportamento, a partir de outros questionários que os pais respondem.

Os resultados obtidos com a resposta ao questionário e com a avaliação que será feita na segunda fase (apenas com as famílias sorteadas) serão analisados pela Pesquisadora Responsável e sua equipe e então será guardado em um arquivo. Os dados serão usados por profissionais sérios, que vão manter o sigilo sobre o que você respondeu e sobre o local de coleta de dados da pesquisa. Seu nome ou o do(a) seu/sua filho(a) não irão aparecer em nenhum trabalho que for realizado com esses dados, pois vamos usar o resultado de todas as crianças que participarem do estudo em conjunto.

Os riscos que podem decorrer da sua participação na pesquisa são mínimos, mas você pode sentir algum desconforto ao responder alguma pergunta mais íntima, ou que fale sobre algum assunto que te incomode. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso a Pesquisadora Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo). Você terá o direito de retirar a permissão para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo para você ou para o seu/sua filho(a). Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie – Rua da Consolação, 896 – Ed. João Calvino - térreo. Desde já agradecemos sua colaboração.

*Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pela Pesquisadora Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária e que a qualquer momento tenho direito a obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participação da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.*

Nome do Responsável pelo Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pelo Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Nome:

\_\_\_\_\_  
Orientadora: Profa. Dra. Marina Monzani da Rocha  
Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Rua da Consolação, 930 – Prédio 28  
Telefone: (11) 2114-8707  
E-mail: marina.rocha@mackenzie.br



### Anexo 3 – Ficha de Dados Sociodemográficos

#### PROJETO RATREIO CBCL/1,5-5 – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<b>I. Dados da criança</b>		<i>Identificação (para uso do projeto):</i>	
1. Nome		2. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3. Data de Nascimento		4. Idade:	
5a. Nos últimos 6 meses, você levou seu filho em algum profissional de saúde mental (Ex: Psicólogo, Psiquiatra, Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional etc.)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5b. Se sim, qual?
Endereço:			
Telefone	Celular	Email	

<b>II. Dados da mãe (ou responsável) – Se não for a mãe, indicar tipo de relação:</b>									
1. Nome						2. Idade			
3. Nacionalidade			4. Naturalidade			5. Data de Nascimento			
6. Estado civil		<input type="checkbox"/> Casada ou com companheiro(a)		<input type="checkbox"/> Separada		<input type="checkbox"/> Solteira		<input type="checkbox"/> Viúva	
7. Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeta		<input type="checkbox"/> Fundamental II incompleto		<input type="checkbox"/> Médio completo				
	<input type="checkbox"/> Fundamental I incompleto		<input type="checkbox"/> Fundamental completo		<input type="checkbox"/> Superior incompleto				
	<input type="checkbox"/> Fundamental I completo		<input type="checkbox"/> Médio incompleto		<input type="checkbox"/> Superior completo				
8a. Tem religião?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		8b. Se sim, qual?					
9a. Tem alguma deficiência?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		9b. Se sim, de que tipo?		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelec.		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outra: _____	
10. Situação no mercado de trabalho:		<input type="checkbox"/> Emprego fixo remunerado (carteira assinada)		<input type="checkbox"/> Emprego fixo remunerado (sem carteira assinada)		<input type="checkbox"/> Autônoma <input type="checkbox"/> Do lar		<input type="checkbox"/> Desempreg. <input type="checkbox"/> Aposentada ou Pensionista	
11. Profissão					12. Jornada de trabalho semanal: _____ horas				
13. Quantos Filhos você tem?					14. Quantos moram com você?				

<b>III. Dados do pai (ou responsável) – Se não for o pai, indicar tipo de relação:</b>									
1. Nome						2. Idade			
3. Nacionalidade			4. Naturalidade			5. Data de Nascimento			
6. Estado civil		<input type="checkbox"/> Casado ou com companheira(o)		<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Solteiro		<input type="checkbox"/> Viúvo	
7. Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto		<input type="checkbox"/> Fundamental II incompleto		<input type="checkbox"/> Médio completo				
	<input type="checkbox"/> Fundamental I incompleto		<input type="checkbox"/> Fundamental completo		<input type="checkbox"/> Superior incompleto				
	<input type="checkbox"/> Fundamental I completo		<input type="checkbox"/> Médio incompleto		<input type="checkbox"/> Superior completo				
8a. Tem religião?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		8b. Se sim, qual?					
9a. Tem alguma deficiência?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		9b. Se sim, de que tipo?		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelec.		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outra: _____	
10. Situação no mercado de trabalho:		<input type="checkbox"/> Emprego fixo remunerado (carteira assinada)		<input type="checkbox"/> Emprego fixo remunerado (sem carteira assinada)		<input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Do lar		<input type="checkbox"/> Desempreg. <input type="checkbox"/> Aposentado ou Pensionista	
11. Profissão					12. Jornada de trabalho semanal: _____ horas				
13. Quantos Filhos você tem?					14. Quantos moram com ele?				

IV. Moradia									
1. Tipo		<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Alugada	2. N° de cômodos:				
3. N° de pessoas que moram na casa				4. Renda familiar aproximada: R\$					
5. Na ausência dos pais, os filhos de 0 a 9 anos ficam com:			<input type="checkbox"/> Adulto responsável			<input type="checkbox"/> Outras crianças		<input type="checkbox"/> Creche	
			<input type="checkbox"/> Adolescente responsável			<input type="checkbox"/> Sozinhos		<input type="checkbox"/> Outros	
6. Quantidade de computadores?			7. Tem acesso à internet (pelo computador ou celular)?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8. A água utilizada no domicílio é proveniente de:				<input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição		<input type="checkbox"/> Poço ou nascente		<input type="checkbox"/> Outro	
9. A rua do seu domicílio é:		<input type="checkbox"/> Asfaltada/Pavimentada		<input type="checkbox"/> Terra/Cascalho		10. Existe coleta de lixo no bairro?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11a. Em seu bairro, existem espaços de lazer?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	11b. Se sim, quais? (pode marcar mais de 1)		<input type="checkbox"/> Praça		<input type="checkbox"/> Biblioteca	
						<input type="checkbox"/> Parque		<input type="checkbox"/> Cinema	
						<input type="checkbox"/> Shopping		<input type="checkbox"/> Outros	
12. Vocês possuem animais domésticos?			<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não				

V. Saúde							
1. Possuem plano de saúde?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	2. Possuem carteirinha do SUS?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2a. Seu filho apresenta algum problema que necessite de cuidados especiais?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	2b. Se sim, Qual?			
3a. Você percebe algum atraso no desenvolvimento do seu filho?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	3b. Se sim, Qual?			
4a. Você ou alguém da família tem alguma doença crônica?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, Quem e qual?		
5a. Você ou alguém da família tem/teve problema com abuso de substâncias (álcool, drogas etc.)?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, Quem e qual tipo?		
6a. Alguém da família possui algum tipo de deficiência?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, Quem e qual tipo?		
7a. Alguém da família possui problema de saúde mental?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, Quem e qual tipo?		
8a. Você entrou em contato com serviços de saúde mental para tratamento psicológico ou psiquiátrico no último ano?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8b. Qual o motivo?				8c. Ainda em tratamento?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

VI. Relação Familiar										
1. Ocorrem brigas frequentes na casa?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	2. Há discórdia entre você e seu/sua companheiro(a)?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
3. Quantos dias por semana você encontra seu filho?				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Nos dias o que encontra, em média quantas horas você passa com ele?										
5. Durante o tempo que você encontra o seu filho, quais atividades você realiza com ele? (pode marcar mais de 1)										

<input type="checkbox"/> Higiene pessoal (banho, escovar dentes, trocar a roupa etc.)	<input type="checkbox"/> Tarefas escolares (ajudar com a lição, orientar em caso de dúvidas etc.)	<input type="checkbox"/> Cuidados pessoais (alimentação, levar a escola, brincar, assistir TV, contar história etc.)	<input type="checkbox"/> Outras – Quais?	
6. Com que frequência você costuma brincar com seus filhos?				
<input type="checkbox"/> Todos os dias	<input type="checkbox"/> A maior parte dos dias	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Apenas aos finais de semana	<input type="checkbox"/> Nunca