

Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do *Child Behavior Checklist* (CBCL)

Preschoolers' behavioral problems in a Brazilian school-clinic as assessed by the Child Behavior Checklist (CBCL)

Cynthia Borges de Moura, Maria Luiza Marinho-Casanova,
Patrícia Hobold Meurer, Carla Campana

Universidade Estadual de Londrina. Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445 Km 380, Campus Universitário, Cx. Postal 6001, 86051-990, Londrina, PR, Brasil. cmoura@uel.br, malumarinho@pq.cnpq.br, patyhobold@yahoo.com.br, carla.campana.psico@gmail.com

Resumo. O objetivo do presente trabalho foi realizar uma caracterização da população infantil pré-escolar que procurou a clínica-escola de psicologia de uma universidade pública no norte do Paraná no período de agosto de 2004 a maio de 2006. Utilizaram-se para coleta de dados uma ficha de identificação da criança e o CBCL (*Child Behavior Checklist*), versão de 1½ a 5 anos e 4 a 18 anos, que fornece um perfil comportamental por meio de uma análise computadorizada. Participaram da pesquisa 103 mães com filhos em idade pré-escolar (2 a 6 anos) que foram entrevistadas individualmente e solicitadas a responder a lista de verificação comportamental. O estudo corroborou dados de pesquisas anteriores, uma vez que a maior parte das crianças foram de fato avaliadas como clínicas pelo instrumento e mantiveram algumas características, como maior prevalência de crianças do sexo masculino e predomínio de comportamentos externalizantes sobre internalizantes.

Palavras-chave: crianças em idade pré-escolar, lista de verificação comportamental para crianças.

Abstract. The goal of this study was to characterize the population of preschool children who sought the psychological school-clinic at a public university in the state of Paraná in the period from August 2004 to May 2006. The data were collected through an identification record of the child and the CBCL (Child Behavior Checklist), versions of 1 ½ to 5 years and 4 to 18 years, which provides a behavioral profile through a computerized analysis. The research project's participants were 103 mothers with children of preschool age (2 to 6 years), who were interviewed individually and asked to fill in the CBCL. The study corroborated data from previous research, since most of the children were in fact evaluated by the instrument as being clinical and maintained some characteristics, such as higher prevalence of male children and predominance of externalizing over internalizing behavior.

Key words: preschool age children, child behavior checklist.

É comum nas instituições de ensino que oferecem o curso de psicologia a oferta de serviços clínico-psicológicos, gratuitos ou semigratuitos, à população em geral, por meio de suas clínicas-escola. O objetivo de tal serviço é não apenas o de promover a formação prática de seus alunos em Psicologia Clínica, mas também atender à demanda da população que procura por atendimento psicoterápico. Em função da procura maior por atendimento clínico infantil concentrar-se nos anos escolares (Silvares, 1993; Silvares *et al.*, 2006), a demanda pré-escolar tem sido pouco estudada neste contexto de clínica-escola.

Os anos pré-escolares estão sendo considerados, por diferentes autores, como uma janela crítica para a intervenção junto a problemas de conduta (Anselmi *et al.*, 2004). Nesta faixa etária, dos dois aos seis anos, os problemas estão ainda pouco fortalecidos, e a orientação aos pais mostra-se uma alternativa mais efetiva do que a psicoterapia com a criança, uma vez que os problemas podem ser superados com o adequado manejo do ambiente e das práticas familiares de educação das crianças (Brinkmeyer e Eyberg, 2003; Webster-Stratton e Reid, 2003).

Desta forma, um estudo de caracterização da clientela pré-escolar que procura atendimento nas clínicas-escola pode produzir subsídios para a elaboração de programas de intervenção mais apropriados para a população em questão. E neste sentido, o CBCL (*Child Behavior Checklist*, Achenbach, 1991) tem se mostrado um instrumento útil para uma ampla caracterização dos problemas infantis. Conhecer as características de quem procura este tipo de atendimento e do que precisa é fundamental para que se possa melhorar a qualidade das modalidades de serviço oferecido.

Assim, este artigo tem o objetivo de apresentar a caracterização da população infantil pré-escolar que procurou atendimento na clínica-escola de uma universidade pública no norte do Paraná no período de agosto de 2004 a maio de 2006. Os dados encontrados são discutidos à luz de hipóteses sobre as intervenções mais apropriadas e produtivas para a demanda apresentada por esta clientela.

Introdução

Os estudos de caracterização da clientela dos centros de atendimento demonstram certa

regularidade com relação ao tipo de perfil que a clientela apresenta. Vários autores têm buscado compreender a problemática apresentada pelos clientes que procuram as clínicas-escola de psicologia.

Em um estudo de caracterização da prevalência de problemas de comportamento¹ em geral em crianças pré-escolares, Welding (1977), através de entrevista e de preenchimento de checklist por 55 professores de 23 pré-escolas alemãs, encontrou que 13% das 1.372 crianças com idades entre 3 e 7 anos foram identificadas por estes como tendo problemas de comportamento, incluindo 16% dos 702 meninos e 9% das 670 meninas. Os distúrbios mais comuns foram: sensibilidade, agressividade e outros problemas afetivos, retraimento social, hiperatividade, distúrbios psicomotores e dificuldades de fala. Os problemas masculinos incluíram agressividade, destrutividade, impulsividade e problemas relacionados, sendo que a classe mais comum de problemas entre as garotas foi a inibição excessiva (submissão, timidez e o comportamento de chupar dedo).

Na caracterização comportamental e sociodemográfica da população infantil da clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP, com idade inferior a 16 anos, Silvares (1993) obteve como queixas mais freqüentes o mau desempenho ou fracasso escolar (41.2%), seguido pelo comportamento agressivo ou agressividade (30%) e por dificuldades de fala (26%), sendo que para todas estas queixas há um predomínio de crianças do sexo masculino, exceto para queixas como ansiedade/medo e comportamento tímido e fechado. O cruzamento de algumas variáveis demográficas permitiu à pesquisadora afirmar que pais mais escolarizados tendem a encaminhar seus filhos à clínica em idade mais precoce que os menos escolarizados, sendo que se reconhecem como a origem do encaminhamento e o fazem com queixas de comportamento não explícito, tais como medo, ansiedade e quietude. No que diz respeito aos pais menos escolarizados, estes atribuem à escola a origem do encaminhamento e, na maioria, a queixa está mais associada ao mau desempenho escolar, o que evidencia a necessidade dos professores como intermediários na identificação dos problemas das crianças, os quais tendem a selecionar problemas diretamente relacio-

¹ O termo "problema de comportamento" aparece nos estudos citados, referindo-se a quaisquer problemas que apareçam em intensidade clínica de acordo com os critérios do instrumento utilizado. Neste artigo, mantém-se o mesmo uso desta terminologia.

nados a tal ambiente, enquanto outros podem passar despercebidos.

Sart (2004), em um estudo que analisou a estabilidade e mudança no relato parental quanto à presença de problemas de comportamento infantil numa população de crianças de três a seis anos, no qual a principal medida tratava-se do escore total do CBCL (*Child Behavior Checklist*, Achenbach, 1991), concluiu que os indicadores mais severos (escores mais altos) de problemas de comportamento nas idades de três e quatro anos permaneciam estáveis na idade de seis anos. Não obstante, tais crianças eram do sexo masculino, afro-americanas, de baixo status socioeconômico e com baixo desempenho intelectual. As crianças classificadas nos grupos nos quais os escores de problemas de comportamento permaneceram altos ou aumentaram ainda mais eram crianças cujas famílias apresentavam altos índices de estresse parental, baixo nível socioeconômico e com alta prevalência de crianças afro-americanas.

Estes dados corroboram os achados de estudos anteriores, que têm demonstrado que entre 50 e 75% das crianças pré-escolares com acentuadas dificuldades comportamentais continuam a apresentá-las cerca de seis anos depois (Campbell *et al.*, 1986; Campbell e Ewing, 1990; Marakovitz e Campbell, 1998; Speltz *et al.*, 1999). Estes dados se opõem à crença de que tais problemas seriam simplesmente transitórios.

Em uma investigação que objetivava examinar, através de estudo epidemiológico, os determinantes sociodemográficos, familiares e individuais dos problemas de comportamento em crianças pré-escolares, Anselmi *et al.* (2004) verificaram que a prevalência de crianças com problemas de comportamento em tal amostra foi de 15% para escore clínico. Este número subia para 24% se fosse somado o escore limítrofe. Desta porcentagem, 31,8% se referia a problemas externalizantes (tais como agressividade, hiperatividade, desobediência, baixo controle de impulsos, etc.) e 15,2% a problemas internalizantes (tais como retraimento, problemas somáticos, tristeza, medo, depressão e ansiedade). Em tal estudo, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo da criança bem como em relação à prevalência de um ou outro tipo de problema quando considerado o grupo étnico ao qual a criança pertencia. No entanto, a idade materna foi significativamente correlacionada com os escores de problemas de comportamento, sendo que, quanto maior a idade da mãe, menores eram tais escores. Ainda neste estudo, a incidência de

desordens psiquiátricas maternas foi altamente correlacionada com a presença de problemas de comportamento nas crianças, seguida pela baixa qualidade do ambiente familiar, pelo número de irmãos e de hospitalizações das crianças, que, quanto maiores, mais altos eram os escores de problemas de comportamento.

Enfim, os dados encontrados na literatura quanto às características da população infantil que procura por atendimento clínico revelam a prevalência de meninos sobre meninas, a idade escolar como a mais freqüente entre os clientes infantis, a maior incidência de primogênitos, alta incidência de distúrbios de aprendizagem e de problemas externalizantes de comportamento, a escola como uma das principais fontes de encaminhamento e uma maior incidência de procura por tais serviços entre a população de baixo poder aquisitivo.

O estudo realizado por Silveiras *et al.* (2006), em cinco clínicas-escola brasileiras, confirmou a prevalência de meninos, sendo que a maioria tinha entre oito e nove anos. Quanto às queixas, estas estavam relacionadas ao desempenho escolar, sendo que quanto mais velhas eram as crianças mais próximas estavam do escore clínico nas escalas relativas a tal desempenho e à presença e ausência de habilidades sociais.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar uma caracterização do perfil da clientela pré-escolar que atendeu um chamado na mídia para participação em um Programa de Orientação de Pais realizado na clínica-escola de uma universidade pública do norte do Paraná. As crianças eram triadas a partir do perfil obtido no CBCL – *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991) respondido pelas mães, e os resultados de toda a clientela pré-escolar que participou deste estudo serão apresentados a seguir.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 103 mães com filhos em idade pré-escolar (2 a 6 anos). Os critérios de inclusão na pesquisa foram: a mãe considerar que enfrentava problemas de qualquer natureza com seu filho pequeno e que a criança tivesse, na data da triagem, até 6 anos e 6 meses de idade.

Instrumento

Utilizaram-se para coleta de dados uma ficha de identificação da criança, e o CBCL

(*Child Behavior Checklist*), versão de 1½ a 5 anos (Achenbach e Rescorla, 2000) e 4 a 18 anos (Achenbach, 1991), que fornece um perfil comportamental da criança por meio de uma análise computadorizada. O instrumento destina-se à obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças e adolescentes a partir do relato dos pais.

Na presente pesquisa, o informante (pai ou mãe) foi orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança nos últimos dois meses numa escala de 0-1-2 pontos que indicam, respectivamente: item falso ou comportamento ausente; item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente, e item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente.

Os valores para análise dos escores em Funcionamento Global, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante nas duas versões são: limítrofe – escores entre 60 e 63; clínico – escores superiores a 64; e normal – escores inferiores a 60. Para as síndromes, os valores mudam: para a versão de 1½ a 5 anos, os escores são: limítrofe, entre 65 a 69, e clínico, acima de 70. E, para a versão de 4 a 18 anos, os escores limítrofes são entre 66 a 70, e clínico, acima de 71.

Procedimento

A presente pesquisa foi realizada no Laboratório de Estudos do Comportamento Humano e nas salas de atendimento da Clínica Psicológica. Ao todo, 12 estudantes previamente treinados na aplicação do instrumento atuaram coletando os dados junto às mães.

As mães que se inscreveram para participação no Programa de Orientação a Pais foram esclarecidas quanto ao uso dos resultados das avaliações iniciais de seu filho para a presente pesquisa. As que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido e, individualmente, preencheram o CBCL (*Child Behavior Checklist*), em sessões de aproximadamente 40 minutos. O aplicador fornecia as explicações sobre o preenchimento do instrumento e perguntava a mãe se ela preferia responder com ou sem auxílio. Mesmo no caso em que a mãe optava por responder sozinha, o aplicador permanecia na sala para dirimir eventuais dúvidas.

Resultados

Os CBCLs de cada criança foram avaliados via análise computadorizada realizada por

meio do software ADM 7.0. Assim, obteve-se um perfil de cada criança quanto aos escores em Funcionamento Global, Problemas Internalizante e Externalizante e em cada uma das oito síndromes comportamentais: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade e Depressão, Problemas Sociais, Problemas no Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinqüente e Comportamento Agressivo. Após a obtenção do perfil de cada criança, realizou-se uma análise das características da clientela agrupando-se os dados quanto ao percentual de ocorrência/apresentação de cada característica conforme apresentado abaixo.

A Figura 1 apresenta a distribuição por sexo das crianças avaliadas pela pesquisa. É possível observar que 74% dos participantes eram do sexo masculino, enquanto apenas 26% eram do sexo feminino.

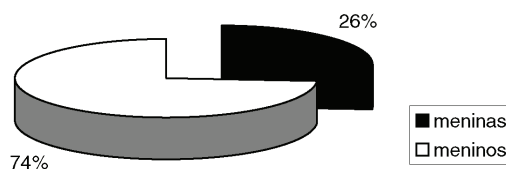


Figura 1. Distribuição percentual das crianças avaliadas na pesquisa por sexo.

Com relação à idade, percebe-se que a amostra foi bastante variada. As maiores concentrações apareceram nas faixas etárias de cinco (26%) e quatro anos (21%).

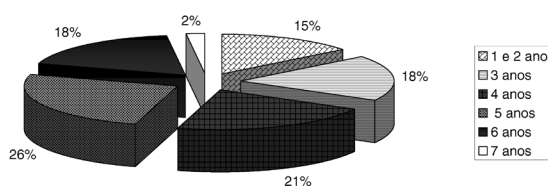


Figura 2. Distribuição percentual das crianças avaliadas na pesquisa por idade.

Quanto à caracterização do Funcionamento Global, as crianças foram classificadas como não clínicas (não apresenta problemas), clínicas (apresenta problemas passíveis de tratamento) ou limítrofes (área de risco para desenvolvimento de problemas). Observa-se, na Figura 3, que 82% dos participantes foram avaliados por suas mães como clínicos, enquanto que 9% ficaram na faixa limítrofe e 9% foram avaliados como não clínicos.

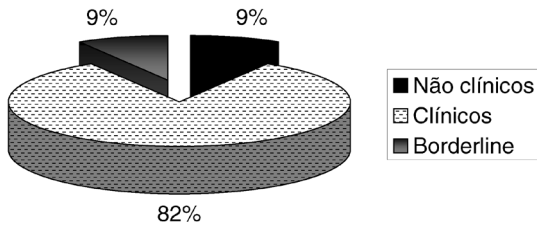


Figura 3. Distribuição percentual das crianças avaliadas como clínica, não clínica e limítrofe.

Agrupando-se o número de crianças que obtiveram escores na faixa limítrofe nos Perfis Internalizante e Externalizante com as que foram classificadas como clínicas, a distribuição passa a ser de 91% dos casos avaliados como clínicos, permanecendo 9% na amostra não clínica, conforme mostra a Figura 4.

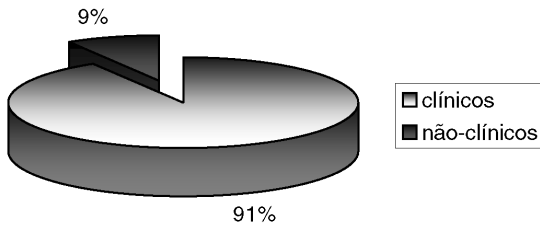


Figura 4. Distribuição das crianças nas classificações clínica e não clínica, considerando a população limítrofe como clínica.

Este agrupamento é possível como forma de análise, uma vez que a classificação do CBCL na faixa limítrofe indica risco de desenvolvimento do problema e, por essa razão, há indicação para tratamento como forma de prevenir o curso de evolução do problema.

Nesta forma de agrupamento dos dados, pode-se observar, na Figura 5, que 71% das crianças obtiveram escores clínicos em ambos os perfis, internalizante e externalizante; 11% obtiveram escores clínicos apenas no perfil externalizante, e 9% apenas no perfil internalizante. O perfil não clínico foi apresentado em 9% dos casos.

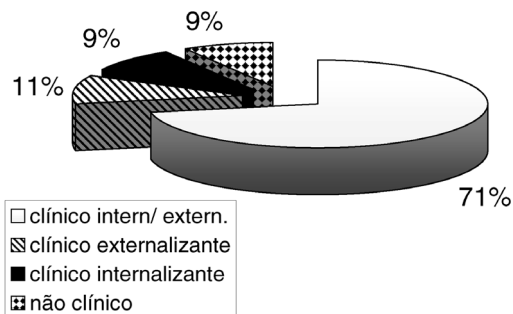


Figura 5. Distribuição das crianças nos perfis externalizante e internalizante considerando a população limítrofe como clínica.

Conforme mostra a Figura 6, entre as crianças avaliadas como clínicas em ambos os perfis internalizante e externalizante (94 dentre as 103 avaliadas), 68% delas obtiveram escores mais altos para o perfil externalizante e 32% para o perfil internalizante.

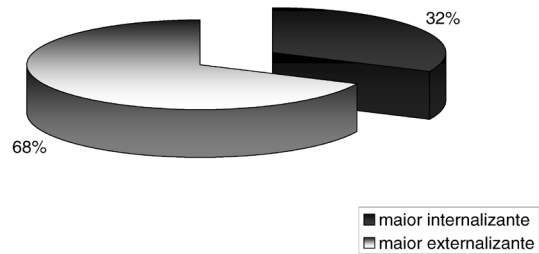


Figura 6. Classificação das crianças que obtiveram escore clínico em ambos os perfis internalizante e externalizante, quanto ao perfil de maior escore.

Com relação às síndromes avaliadas nos CBCL de 1½ a 5 anos, observou-se que, através da comparação entre as médias dos participantes, a única categoria que não foi avaliada como clínica ou borderline foi “problemas somáticos”. A faixa clínica são os escores acima de 64. As categorias que tiveram os escores mais altos na avaliação foram: “comportamento agressivo” 69,5%; “ansiedade e depressão” 66%, e “emocionalmente reativo” 65,6%, conforme se pode observar na Figura 7.

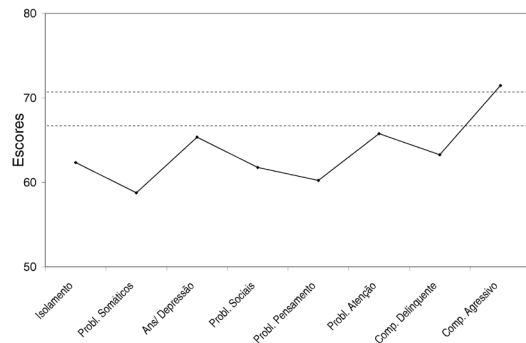


Figura 7. Escores médios das crianças nas síndromes da versão 1½ a 5 anos do CBCL.

No CBCL que avalia as idades de 4 a 18 anos, pode-se perceber, na Figura 8, que analisando as médias dos participantes em cada categoria, o escore mais alto também é referente à categoria “Comportamento Agressivo” (71,4%), e que o mais baixo também se refere à categoria “problemas somáticos” (58,8%), ou seja, as mesmas categorias que se

destacaram no CBCL de 1½ a 5 anos, demonstrando coincidência entre a maior ocorrência de problemas nas diferentes faixas etárias pesquisadas.

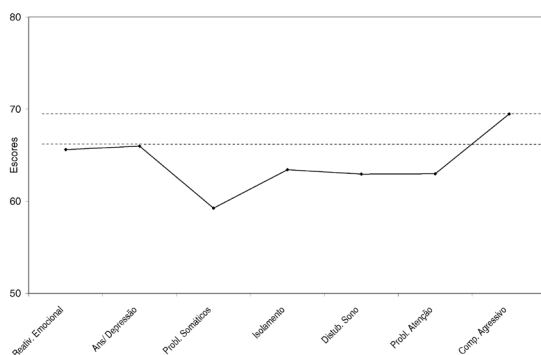


Figura 8. Escores médios das crianças nas síndromes da versão de 4 a 18 anos do CBCL.

Discussão

Analisando os resultados apresentados, nota-se que a grande maioria das mães que procuraram o programa de atendimento de fato avaliou suas crianças como clínicas em pelo menos um perfil de comportamento-problema, segundo o instrumento utilizado. Alguns pontos coincidentes com os dados apontados por outros estudos de caracterização da população infantil que faz uso dos serviços das clínicas-escola brasileiras também puderam ser observados.

De acordo com os resultados, 82% dos participantes da pesquisa obtiveram escore clínico, enquanto apenas 9% foram classificados como limítrofe e 9% como não clínicos. Se o percentual de avaliações limítrofes for adicionado ao clínico, o número de crianças clínicas passa a ser 91%. A análise da junção dos dados das crianças avaliadas como limítrofes com os das que obtiveram escores na faixa clínica foi também realizada em função de estarem “em risco” de desenvolvimento de problemas. Tais crianças merecem atenção terapêutica, como forma de reverter o curso da evolução do problema. Assim, suas mães receberam a mesma orientação dada ao grupo das mães de crianças clínicas.

O estudo de Silves (1993) obteve como queixas mais frequentes das mães que procuraram atendimento psicológico para seus filhos o mau desempenho ou fracasso escolar (41,2%), seguida pelo comportamento agressivo ou agressividade (30%) e por dificuldades de fala (26%), sendo que para todas estas queixas há

um predomínio de crianças do sexo masculino, exceto para queixas como ansiedade/medo e comportamento tímido e fechado. Da mesma forma, a presente pesquisa também observou o predomínio de crianças do sexo masculino (74%) e de problemas prioritariamente externalizantes, tais como agressividade, hiperatividade, desobediência e baixo controle de impulsos. Das crianças avaliadas no presente estudo, 68% obtiveram maiores escores para problemas externalizantes de comportamento, enquanto 32% foram avaliadas como internalizantes. Anselmi *et al.* (2004), em sua pesquisa sobre os determinantes sociodemográficos, familiares e individuais dos problemas de comportamento em crianças pré-escolares, também encontraram, entre a população clínica, maior incidência de problemas externalizantes, em uma proporção de 31,8%, para 15,2% em relação aos problemas internalizantes.

É importante salientar que o predomínio do escore externalizante nas avaliações não pode ser usado como indicativo único da existência de maior número de crianças com este tipo de problema na população em geral. Os problemas internalizantes costumam não despertar tanta preocupação dos pais, por não se referirem a comportamentos que costumam incomodar os adultos, já que muitas vezes a criança pode ser apenas considerada “tímida”, “bem comportada”, e suas dificuldades não geram busca por auxílio psicológico, pelo menos não na fase pré-escolar (Nixon, 2002). Ao contrário, os problemas tidos como externalizantes costumam “saltar aos olhos” dos cuidadores por serem mais incômodos e inaceitáveis socialmente, gerando uma procura maior de ajuda por parte dos pais já na fase pré-escolar.

Com relação à média das síndromes apresentadas pelas crianças, nota-se que, em sua maioria, as avaliações encontram-se na faixa limítrofe. Nas duas versões do CBCL que foram utilizadas, apenas a categoria “emocionalmente reativa” foi avaliada como, em média, não-clínica, estando todas as demais nas faixas limítrofe e clínica. A categoria “comportamento agressivo” destaca-se em ambas as versões do instrumento, pelos escores médios mais altos (em torno de 70%), o que corrobora a hipótese de que tais problemas geram busca por ajuda profissional mais cedo do que os problemas internalizantes que podem ter suas conseqüências evidenciadas apenas mais tarde, com a entrada na fase escolar.

Conclusão

A prevalência de problemas moderados a severos em pré-escolares na população em geral é estimada em 5 a 14% (Christophersen e Mortweet, 2001). A ocorrência generalizada de problemas, principalmente em casa e com a entrada na escola, é um indício importante da necessidade de tratamento, pois os prejuízos ao desenvolvimento social e emocional da criança são bem conhecidos (Miller, 1994; Reid, 1993; Webster-Stratton, 1991).

Por essas razões, os anos pré-escolares estão sendo considerados, por diferentes autores, como o momento ideal para intervenções preventivas, assim como os pais estão sendo considerados alvos importantes do tratamento, dado que mudanças no comportamento parental têm mostrado impacto efetivo sobre o comportamento de pré-escolares (Forehand e McMahon, 1981; Eyberg, 1992; McMahon, 1994; Hembree-Kigin e McNeil, 1995; Patterson, 1982).

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). Estudos indicam que a maior parte dos encaminhamentos para tratamento clínico envolve meninos e queixa de agressividade (Silvares, 1993; Wells, 1981), assim como o fazem os achados deste estudo.

O comportamento agressivo parece ser o alvo principal de manejo nesta fase, pois, assim como os dados encontrados neste estudo, a literatura na área também aponta tal problema como o mais freqüente e passível de ensino de manejo adequado por parte dos pais. Dado que tal problema pode trazer sérias conseqüências à vida da criança e de sua família, estudos de caracterização permitem aos terapeutas justificar e fundamentar suas práticas preventivas em dados empíricos que auxiliam no delineamento de intervenções que promovam mudanças o mais cedo possível.

Referências

- ACHENBACH, T.M. 1991. *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry, 211 p.
- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. 2000. *Manual for ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 180 p.
- ANSEMI, L.; PICCINI, C.A.; BARROS, F.C.; LOPES, R.S. 2004. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:779-788.
- AZAR, S.T.; WOLF, D.A. 1989. Child abuse and neglect. In: E.J. MASH; R.A. BARKLEY (eds.), *Treatment of childhood disorder*. New York, Guilford Press, p. 595-646.
- BRESTAN, E.V.; EYBERG, S.M. 1998. Effective psychosocial treatments for children and adolescents with conduct-disordered behavior: 29 years, 82 studies and 5272 children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27:179-188.
- BRINKMEYER, M.Y.; EYBERG, S.M. 2003. Parent-child interaction therapy for oppositional children. In: A.E. KAZDIN; J.R. WEISZ (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford Press, p. 204-223.
- CAMPBELL, S.B.; EWING, L.J. 1990. Follow up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31:871-889.
- CAMPBELL, S.B.; EWING, L.J.; BREAUX, A.M.; SZUMOWSKI, E.K. 1986. Parent-referred problem three-year olds: Follow up at school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27:473-488.
- CHRISTOPHERSEN, E.R.; MORTWEET, S.L. 2001. *Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems*. Washington, APA, 309 p.
- EYBERG, S.M. 1992. Assessing therapy outcome with preschool children: Progress and problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21:306-311.
- FOREHAND, R.; McMAHON, R.J. 1981. *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training*. New York, Guilford Press, 313 p.
- HEMBREE-KIGIN, T.L.; McNEIL, C.B. 1995. *Parent-child interaction therapy*. New York, Plenum Press, 169 p.
- KAZDIN, A.E. 2003. Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder. In: A.E. KAZDIN; J.R. WEISZ (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford Press, p. 241-261.
- McMAHON, R.J. 1994. Diagnosis, assessment and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:901-917.
- MARAKOVITZ, S.E.; CAMPBELL, S.B. 1998. Inattention, impulsivity, and hyperactivity from preschool to school age: Performance of hard-to-manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:841-851.
- MILLER, L.S. 1994. Primary prevention of conduct disorder. *Psychiatry Quarterly*, 65:273-285.

- NIXON, R.D.V. 2002. Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, **22**:525-546.
- OLIVARES, J.; GARCÍA-LÓPEZ, L.J. 1997. Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento de padres. *Psicología Conductual*, **5**:177-190.
- PATTERSON, G.R. 1982. *Coercive family process*. Eugene, Castalia, 386 p.
- REID, J.B. 1993. Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, **5**:243-262.
- SART, Z.H. 2004. Stability and change in behavior problems in preschool years. *Dissertation Abstracts International Sections-A: Humanities and Social Sciences*, **64**(12-A):4374.
- SILVARES, E.F.M. 1993. O papel preventivo das clínicas-escola de psicologia em seu atendimento a crianças. *Temas em Psicologia*, **2**:87-97.
- SILVARES, E.F.M.; MEYER, S.B.; SANTOS, E.O.L.; GERENCER, T.T. 2006. Um estudo em cinco clínicas-escola brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). In: E.F.M. SILVARES (ed.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas, Alínea, p. 59-72.
- SPELTZ, M.L.; McCLELLAN, J.; DeKLYEN, M.; JONES, K. 1999. Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**:838-845.
- WEBSTER-STRATTON, C. 1991. Annotation: Strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **32**:1047-1062.
- WEBSTER-STRATTON, C.; REID, M.J. 2003. The incredible years: parents, teachers and children training series. A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: A.E. KAZDIN; J.R. WEISZ (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford Press, p. 224-240.
- WELDING, G. 1977. The prevalence of behavior problems in preschool children. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*, **5**:299-316.
- WELLS, K.C. 1981. Assessment of children in outpatient settings. In: M. HERSEN; A.S. BELLACK (eds.), *Behavioral Assessment - A Practical Handbook*. New York, Pergamon Press, 484-510 p.

Submetido em: 02/04/2008

Aceito em: 04/06/2008