

## **Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição**

Tatiana Carvalho Homem\* / Maria Filomena Gaspar\*\* / Maria João Seabra Santos\*\* /  
Andreia Fernandes Azevedo\* / Maria Cristina Canavarro\*\*

\* Doutorandas na FPCE, Universidade de Coimbra; \*\* Professoras da FPCE, Universidade de Coimbra

As Perturbações de Comportamento Externalizante são uma das principais razões pelas quais as crianças em idade pré-escolar são encaminhadas para os serviços de saúde mental. No entanto, não há ainda consenso relativamente ao diagnóstico destas perturbações nesta faixa etária.

Com a presente revisão da literatura, pretende-se contribuir para uma caracterização geral das Perturbações de Comportamento Externalizante, designadamente da Perturbação de Oposição, em idade pré-escolar, bem como refletir sobre as dificuldades de diagnóstico nesta faixa etária e sobre as diferentes trajetórias desenvolvimentais envolvidas na emergência destas perturbações. É ainda nosso objetivo identificar os principais fatores etiológicos implicados na sua origem e lançar algumas pistas para futuras investigações.

**Palavras-chave:** Fatores de risco, Perturbações externalizantes do comportamento, Pré-escolar, Trajetórias de desenvolvimento.

### INTRODUÇÃO

As Perturbações Disruptivas do Comportamento, quadro no qual se englobam os diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Perturbação do Comportamento e Perturbação de Oposição, e o aumento da sua prevalência na população infantil e juvenil constituem um problema que tem vindo a crescer e a preocupar cada vez mais as sociedades atuais.

Reflexo desta preocupação é o número cada vez maior de investigações que se têm debruçado sobre este assunto (Campbell, 1994; Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance, & Luk, 2004; Hutchings, Bywater, & Daley, 2007) procurando respostas de prevenção e intervenção para um problema cujo início é cada vez mais precoce e que persiste (se não for alvo de intervenção) ao longo da trajetória de desenvolvimento do indivíduo, podendo levar a comportamentos de risco na adolescência e adultez (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Shaw, Lacourse, & Naguin, 2005).

Ao longo deste trabalho, e uma vez que o nosso foco é a idade pré-escolar, iremos centrar-nos de forma mais detalhada na Perturbação de Oposição (PO), já que a literatura tem mostrado que ela é não só um importante precursor para a Perturbação de Comportamento (PC) e os comportamentos antissociais, como também é um preditor das Perturbações do Humor e de Ansiedade, justificando-se assim o seu estudo e a identificação dos principais fatores de risco e conseqüente elaboração de

---

Este trabalho recebeu apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/43562/2008).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Tatiana Carvalho Homem, Rua Pinheiro Chagas, nº 18, 1º, 3000-333 Coimbra. E-mail: homem.tatiana@gmail.com

planos de intervenção/prevenção (Burke, Pardini, & Loeber, 2008). Abordaremos também a PC sobretudo com o objetivo de tentar clarificar qual o tipo de relação entre estas duas entidades clínicas e as vias desenvolvimentais que conduzem de uma para a outra. De acordo com a revisão da literatura efetuada, utilizaremos o conceito de perturbações externalizantes do comportamento para nos referirmos ao conjunto de comportamentos agressivos, antissociais e opositivos, conceito este que é independente das classificações e nosografias existentes, como a DSM IV (Roskam et al., 2011). Fora do âmbito deste artigo fica a Perturbação de Hiperatividade.

A investigação tem mostrado que os problemas de comportamento externalizante em crianças de idade pré-escolar e escolar podem ter um impacto negativo no seu desenvolvimento. Hutchings, Bywater, Davies e Whitaker (2006), por exemplo, num estudo realizado com 157 famílias com crianças em idade pré-escolar que apresentavam sintomas precoces de Perturbação de Oposição/Desafio (POD), reportam dados que confirmam que estas crianças têm um risco mais elevado de virem a desenvolver uma personalidade antissocial na adolescência e idade adulta.

Também um estudo prospetivo de Biederman e colaboradores (2008), realizado ao longo de 10 anos com uma amostra clínica, concluiu que existe um maior risco de abandono escolar e de problemas de delinquência juvenil e/ou prática de atividades criminosas nos jovens com diagnóstico precoce de PO ou PC. Kazdin (1997) refere também a maior probabilidade de existirem problemas de alcoolismo e/ou consumo de substâncias. Um outro estudo longitudinal de Emond, Ornel, Veenstra e Oldehinkel (2007), com uma amostra de 2230 crianças em idade pré-escolar, concluiu ainda que estas crianças correm um maior risco de serem rejeitadas pelos pares e Webster-Stratton e Hancock (1998) relatam, ainda, uma maior probabilidade de existirem problemas conjugais no futuro.

Estas implicações traduzem-se, por sua vez, em custos sociais e económicos para o indivíduo, as famílias e a sociedade (Hutchings et al., 2006) verificando-se ainda que muitas destas crianças são excluídas, mesmo que de forma indireta, de instituições de educação pré-escolar devido aos seus problemas (Gaspar, 2004).

No entanto, pais, educadores e profissionais debatem-se frequentemente com pontos de vista contraditórios: por um lado, os comportamentos desafiantes, agressivos e a desobediência em idade pré-escolar são considerados normativos, transitórios e desenvolvimentalmente adequados (Wakschlag et al., 2007, referem-se a esta tríade de comportamentos como “mau-comportamento normativo”, p. 926); por outro lado, tem vindo a tornar-se claro para os clínicos que cerca de metade das crianças em idade pré-escolar que são encaminhadas para consulta por problemas comportamentais (com pouca capacidade de autorregulação, problemas de disciplina e dificuldades de autocontrolo) continuam a manifestar dificuldades de forma persistente nos anos escolares e até posteriormente (Campbell et al., 2000; Rockhill, Collett, McClellan, & Speltz, 2006), evidenciando assim a relativa estabilidade dos problemas externalizantes.

O caráter paradoxal da normatividade das dificuldades comportamentais em idade pré-escolar chama-nos, então, a atenção para a dificuldade do diagnóstico em idades precoces. Por outro lado, a importância da identificação ou despiste precoce tem sido amplamente reconhecida, dado que esta é uma perturbação frequente em idade pré-escolar e acerca da qual a literatura revela que quanto mais precoce for a intervenção, maior será a sua eficácia (Gardner & Shaw, 2008).

## DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO

As Perturbações de Comportamento são das categorias de diagnóstico mais antigas utilizadas na psiquiatria infantil (Angold & Costello, 1996) e o diagnóstico da Perturbação de Oposição, não obstante toda a discussão em seu torno, tem sido estabelecido, maioritariamente, recorrendo ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). De facto, esta categoria

de diagnóstico aparece pela primeira vez na terceira edição do DSM (DSM III), sob a designação de Perturbação de Oposição (PO), incluindo os seus sintomas “violações de regras menores, birras, argumentação, desafio, provocação e teimosia” (Rockhill et al., 2006). Para ser feito este diagnóstico era necessária a presença de pelo menos dois destes sintomas, tendo estes que ocorrer com maior frequência do que nas outras crianças com a mesma idade mental. O seu início era situado antes dos 3 anos de idade e impunha-se uma duração dos sintomas por um período mínimo de seis meses. Estes critérios de diagnóstico foram posteriormente revistos na DSM III-R e a Perturbação de Oposição passou a ser designada de Perturbação de Oposição/Desafio (POD). Devido a preocupações com o sobrediagnóstico, o critério da teimosia foi eliminado, acrescentou-se o termo “muitas vezes” a cada um dos outros critérios e passou a exigir-se a presença de pelo menos cinco sintomas de uma lista de nove, para formular o diagnóstico. Desapareceu também a exigência relativa ao aparecimento dos sintomas antes dos 3 anos de idade e não foi estabelecida nenhuma idade mínima.

Atualmente, e segundo a DSM-IV, a designação adotada é a de Perturbação de Oposição (PO), cuja característica essencial é um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil e desafiante que dura, pelo menos, 6 meses e se caracteriza pela ocorrência de no mínimo, quatro dos seguintes comportamentos: “encoleriza-se com frequência”; “discute com os adultos”; “desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos”; “aborrece deliberadamente as pessoas”; “culpa os outros dos seus próprios erros ou mau comportamento”; “susceptibiliza-se ou é facilmente molestado pelos outros”; “sente raiva ou está ressentido”; e “é rancoroso ou vingativo”. Para fazer o diagnóstico os comportamentos “devem ocorrer com mais frequência do que é tipicamente observado nos sujeitos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis e devem causar um défice clinicamente significativo no funcionamento escolar, social ou laboral” (APA, 1996, p. 96). Ainda de acordo com a DSM IV para ser feito o diagnóstico de PO os sintomas não precisam de estar presentes em simultâneo nos contextos familiar e escolar, dado que esta perturbação ocorre invariavelmente em contexto familiar, mas nem sempre em contexto escolar.

Apesar de, segundo a DSM IV, os critérios de diagnóstico de PO permitirem distinguir de forma fidedigna crianças pré-escolares sinalizadas e não sinalizadas, alguns autores colocam a questão de ser ou não possível, através destes critérios de diagnóstico, fazer a distinção entre os comportamentos típicos e atípicos em idade pré-escolar, dadas as elevadas taxas de agressividade e desobediência características desta faixa etária (Keenan & Wakschlag, 2002). Aliás, a própria DSM IV alerta para o facto de os comportamentos transitórios de oposição serem muito frequentes em idade pré-escolar (e na adolescência), devendo este diagnóstico ser feito com precaução nesta fase desenvolvimental, já que, embora as dificuldades na regulação dos impulsos, birras, agressividade e desobediência sejam características da PO, elas refletem também algumas das queixas normativas de pais de crianças em idade pré-escolar (APA, 1996). Assim, para fazermos um adequado diagnóstico, temos de nos assegurar que os comportamentos disruptivos ocorrem com mais frequência e intensidade do que seria de esperar nestas idades. Neste contexto, Angold e Costello (1996) sugerem que, para ser feito um diagnóstico de PO, alguns comportamentos devem ter sido observados nos últimos três meses (e.g. vingativo; culpa os outros pelos seus erros); outros pelo menos duas vezes por semana (e.g. zanga-se com facilidade, encoleriza-se, discute com adultos, desafia ou recusa pedidos dos adultos); e outros pelo menos quatro vezes por semana (e.g. zangado ou ressentido, aborrece deliberadamente os outros).

Esta ausência de um enquadramento, baseado em evidências, que contemple variáveis desenvolvimentais e critérios clínicos especificamente desenhados para a idade pré-escolar tem sido apontada com uma das limitações à utilização da DSM IV enquanto sistema nosológico para crianças em idade pré-escolar (Keenan & Wakschlag, 2002). Outra das limitações apontadas pelos mesmos autores diz respeito ao facto de grande parte do trabalho da DSM se ter baseado em

amostras de crianças em idade escolar e adolescentes, o que dificulta a sua generalização para o período pré-escolar.

Estas limitações parecem ser comuns a outros sistemas de classificação (por exemplo, o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* [ICD-10], WHO, 2004; *Diagnostic and Statistical Manual of Primary Care* [DSM-PC], *American Academy of Pediatrics* [AAP], 1996; *Diagnostic Classification: 0 to 3* [DC:0-3], *Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs* (2005); *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised* (DC:0-3R). O ICD-10 (WHO, 2004), por exemplo, é um outro sistema classificativo da Organização Mundial de Saúde utilizado em muitos países. Embora os critérios do ICD-10 e da DSM-IV tenham vindo a aproximar-se ao longo dos anos, subsistem ainda algumas diferenças importantes: nomeadamente o facto de, no ICD-10, a PO não ser classificada como uma categoria distinta, mas sim como um subtipo de PC; e também o facto de a coocorrência de PC com a perturbação hipercinética não ser considerada uma comorbilidade, mas antes um subtipo da perturbação hipercinética, ao qual é atribuída a designação “perturbação da conduta hipercinética” (Matthys & Lochman, 2010).

Assim, também a questão de se considerarem ou não a PO e a PC como entidades distintas tem sido alvo de grande discussão e contribuído para as dificuldades no estabelecimento de um diagnóstico correto (Rockhill et al., 2006). Para alguns autores (por exemplo, Frick & Silverthorn, 2001) a distinção é feita com base na severidade dos sintomas, considerando-se a PO um precursor para a emergência posterior de uma PC. No entanto, estudos, como o de Maughan, Rowe, Messer, Goodman e Meltzer, em 2004, com uma amostra de 10.4385 jovens com uma média de 15 anos de idade, concluíram que, utilizando os critérios de diagnóstico da DSM-IV, um número significativo de crianças com PC não preenchia os critérios para o diagnóstico de PO.

Recentemente, Frick e Viding (2009), numa revisão acerca dos padrões crónicos do comportamento antissocial focalizaram-se no debate sobre a existência de duas possíveis trajetórias desenvolvimentais para estas perturbações: (1) “a trajetória de início precoce”, que surge com a emergência na idade pré-escolar de problemas de comportamento (por exemplo, desobediência, gritar, bater), evolui em idade escolar para comportamentos agressivos e não agressivos (como mentir e roubar) e para sintomas mais graves na adolescência (como violência interpessoal e crimes contra a propriedade), alargando-se também os contextos em que os comportamentos disruptivos ocorrem (de casa para o jardim de infância, depois para o contexto escolar e finalmente para a comunidade mais alargada); e (2) “a trajetória de início tardio”, em que os comportamentos disruptivos surgem apenas durante a adolescência.

A investigação tem mostrado que, nas crianças que apresentam comportamentos disruptivos e antissociais precocemente, a frequência e a severidade das dificuldades comportamentais tendem a agravar-se ao longo do tempo, enquanto naquelas em que o aparecimento das dificuldades comportamentais acontece apenas na adolescência o prognóstico parece ser mais favorável. Num estudo prospetivo, realizado por de Lahey e colaboradores (1995), com uma amostra de 171 rapazes com sintomas clínicos de perturbação de comportamento, utilizando entrevistas de diagnóstico estruturadas (para crianças, pais e professores) ao longo de 4 anos, verificou-se que cerca de 88% das crianças que preenchiam critérios para perturbação de comportamento no primeiro ano, preenchiam novamente critérios para diagnóstico desta perturbação, pelo menos uma vez, nos três anos seguintes. Também Campbell, num estudo longitudinal realizado em 1994, no qual 112 crianças em idade pré-escolar com comportamentos considerados difíceis de lidar, foram avaliadas dois anos após uma primeira avaliação na linha de base (considerando relatos de mães, pais e professores), concluiu que a emergência de problemas de comportamento em idade pré-escolar parece ser um fator preditor do desenvolvimento posterior de uma perturbação de comportamento na adolescência e/ou idade adulta. Mais recentemente, Emond e colaboradores (2007), analisaram a compreensão das situações sociais e os comportamentos difíceis em idade pré-escolar

enquanto preditores de POD, numa amostra com 1943 pré-adolescentes, avaliados aos 12-13 anos de idade e aos 13-15 anos de idade e cujos pais preenchem um questionário relativo às características dos filhos em idade pré-escolar, tendo concluído que a existência de comportamentos difíceis em idade pré-escolar está associada ao diagnóstico de POD na adolescência, corroborando assim a hipótese de existir uma continuidade de dificuldades comportamentais desde a idade pré-escolar até à adolescência.

De acordo com uma revisão feita por Dandreaux e Frick (2009), a trajetória de início precoce está associada a fatores de risco específicos, designadamente, a défices neuropsicológicos e cognitivos e a características temperamentais como a impulsividade, défice de atenção e problemas na regulação emocional. Para além disso, estas crianças parecem ser oriundas de famílias mais conflituosas, instáveis e com progenitores que utilizam práticas educativas menos eficazes (Dandreaux & Frick, 2009).

Para Lopes (2000), o que caracteriza a PO, parece ser, essencialmente, uma diferença de “nível” e não de “qualidade” relativamente a comportamentos desenvolvimentalmente normais. No entanto, o prolongamento destes comportamentos muito para além da idade pré-escolar torna-se preocupante, pois passa a inserir-se num padrão recorrente de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores, que podem rigidificar e tornar-se estáveis. Para Wakschlag et al. (2007) um ponto central na distinção entre o “mau comportamento” normativo e o comportamento disruptivo é a sua interferência nos diferentes contextos (por exemplo, contexto escolar e contexto familiar), havendo evidência desenvolvimental que quanto mais interferente é um determinado comportamento nos diferentes contextos de vida da criança, mais persistentes se tornam os problemas (Campbell et al., 2000).

Apesar de os estudos não serem consensuais nem clarificarem acerca de qual o tipo de relação entre a PO e a PC, designadamente porque em muitas investigações estas perturbações são estudadas conjuntamente, dificultando a compreensão da sua relação (Munkvold, Ludervold, & Manger, 2011), parece-nos ser importante salientar a ideia da existência de uma escalada desenvolvimental na gravidade e frequência dos comportamentos disruptivos. Para além disto, é também necessário ter em conta as diferentes trajetórias que podem estar na sua origem, pois só assim poderemos intervir precocemente interrompendo, tão cedo quanto possível, este ciclo de comportamentos negativos. Assim, a realização de estudos que utilizem metodologias capazes de explorar a bidirecionalidade das relações entre a criança e o seu meio e analisar os possíveis fatores moderadores que constituem risco para a emergência deste tipo de perturbação é uma necessidade, já que só assim poderão ser desenhados planos de intervenção com impacto nos possíveis fatores de risco e de proteção implicados nestas diferentes trajetórias desenvolvimentais.

## CARATERIZAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO

A Perturbação de Oposição em idade pré-escolar é frequente, com os estudos americanos com amostras clínicas a indicarem prevalências de cerca de 4 a 9% na população em geral (Egger & Angold, 2006). Em Portugal não temos conhecimento da existência de estudos epidemiológicos publicados com referência a esta faixa etária. Ao longo do desenvolvimento a *prevalência* desta perturbação tende a aumentar, com taxas de 6 a 12% nas crianças em idade escolar e até 15% na adolescência (Frick & Silverthorn, 2001). Embora na infância pareça existir uma prevalência superior no sexo masculino (duas a três vezes maior frequência nos rapazes, especialmente quando são usados os relatos dos professores para o estabelecimento do diagnóstico) (Maughan et al., 2004), durante a adolescência a proporção torna-se aproximadamente igual (Silverthorn, 2001), existindo dados que evidenciam que as diferenças nas manifestações de comportamento agressivo

de raparigas e rapazes são muito pequenas ou inexistentes, sobretudo na adolescência (Angold & Costello, 2003). Por outro lado, Munkvold et al. (2011), num estudo com uma amostra de 7.007 crianças entre os 7 e os 9 anos de idade, cujo objetivo era o de caracterizar as diferenças de género em crianças com sintomas de PO e a forma como estas se relacionam com padrões de comorbilidade, destacam a ideia do “paradoxo de género da comorbilidade”, explicando que embora em alguns estudos a prevalência de comportamentos antissociais seja maior nos rapazes do que nas raparigas, o risco de ter perturbações comórbidas associadas é maior entre as raparigas.

Ainda relativamente às diferenças de género, Kennan e Shaw (1997), numa revisão da literatura citada por Maughan (2003), colocam duas hipóteses para estas diferenças na idade pré-escolar: em primeiro lugar, o facto de as primeiras experiências de socialização serem diferentes para rapazes e raparigas, isto é, as mães encorajam mais as filhas a manifestarem comportamentos pro-sociais e desencorajam comportamentos mais aparatosos ou de exibição, o que leva a que as raparigas tenham tendência a apresentar mais comportamentos de auto-controlo e a que, quando surgem problemas, eles sejam mais internalizados do que externalizados; em segundo lugar, o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e biológico acontece mais rapidamente nas raparigas e funciona como um promotor de competências para lidar com acontecimentos adversos, permitindo a utilização de respostas mais adaptativas.

O início da PO é tipicamente gradual e, tal como já referimos, uma percentagem significativa de casos de PO evoluem para uma Perturbação de Comportamento (APA, 1996), o que tem levado a um intenso debate sobre as fronteiras entre os dois diagnósticos (Emond et al., 2007).

Quanto à *etiologia* da PO, esta tem sido concetualizada como multifatorial, estando envolvidos fatores genéticos e ambientais, tais como história familiar de perturbação psiquiátrica, abuso de substâncias, práticas educativas parentais permissivas e inconsistentes ou conflitos conjugais (Burke, Pardini, & Loeber, 2008; McMahan, 2006).

A *comorbilidade* da PO com outras perturbações é muito frequente (Frick & Silverthorn, 2001; Gardner & Shaw, 2008): Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbações Emocionais (Ansiedade e Depressão), Perturbações Específicas da Aprendizagem e Perturbações da Comunicação são as mais comumente associadas à PO, assumindo assim grande importância a realização de um diagnóstico diferencial cuidadoso. Vários estudos têm mostrado que 25 a 50% das crianças com critérios de diagnóstico para PO têm também critérios de diagnóstico para outra ou outras perturbações da DSM-IV, nomeadamente PHDA, e que esta associação se manifesta tanto em amostras da comunidade, como clínicas (Gadow, Sprafkin, & Nolan, 2001). Maughan et al. (2004), por exemplo, num estudo realizado com uma amostra de 10.438 crianças (retirada do *British Mental Health Survey*, de 1999) concluíram ainda que esta comorbilidade entre a POD e a PHDA parece ser maior para as raparigas do que para os rapazes.

A coocorrência de sintomas internalizantes (por exemplo, PO combinada com sintomatologia depressiva ou ansiosógena) é muito frequente em idade pré-escolar (Rockhill et al., 2006), o que poderá refletir o facto de os comportamentos opositivos e disruptivos poderem ser uma das primeiras manifestações de ansiedade ou de outros processos relacionados com o humor.

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À EMERGÊNCIA DA PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO

Vários modelos explicativos têm sido propostos para clarificar a etiologia dos problemas de comportamento. Destacaremos, pela sua atualidade, pertinência e capacidade integradora, o modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento. Este modelo ajuda-nos a compreender as múltiplas trajetórias desenvolvimentais que conduzem à emergência de uma PO, indo ao encontro dos modelos

ecológicos do desenvolvimento e abarcando as diferentes variáveis (biológicas, familiares, contextuais) que poderão constituir fatores de risco para o seu aparecimento. Para além disto, através da leitura transacional que faz deste processo (Sameroff, 2009), tendo em conta as características inatas da criança (isto é, os fatores biológicos e temperamentais), o ambiente em que ela se desenvolve (características parentais e culturais) e a interação entre fatores inatos e ambientais, o modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento permite-nos compreender o aparecimento de uma PO de uma forma dinâmica e bidirecional (Campbell et al., 2000; Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

A Psicopatologia do Desenvolvimento considera que o comportamento infantil deve ser compreendido tendo sempre em atenção que os mesmos resultados podem ser alcançados através de diversas trajetórias desenvolvimentais (princípio da multifinalidade) e que trajetórias semelhantes podem originar diversos resultados (princípio da equifinalidade) (Cicchetti & Cohen, 1995). Estes princípios revelam-se úteis quando nos propomos analisar os fatores de proteção e os fatores de risco na emergência de uma PO, permitindo-nos olhar para a emergência e manutenção desta perturbação de uma forma integrativa e ajudando-nos a centrar na compreensão holística de padrões de adaptação e incompetência ao longo do desenvolvimento, incluindo os factores e mecanismos que protegem o indivíduo de resultados mais desadaptativos, bem como aqueles que aumentam a sua vulnerabilidade à adversidade.

Na linha deste modelo, e indo ao encontro da investigação em torno dos problemas de comportamento, Campbell e colaboradores (2000), por exemplo, defendem que os problemas clinicamente significativos têm uma maior probabilidade de se tornarem evidentes quando a criança os exhibe numa constelação de dificuldades que são relativamente frequentes e severas, em vários domínios do seu funcionamento (por exemplo, social e cognitivo), em diferentes contextos (familiar e escolar) e se manifestam junto de diferentes pessoas (pais, avós, educadores). Para além disso, salientam que há uma maior probabilidade destes problemas persistirem quando ocorrem num contexto familiar disfuncional, presumivelmente porque, quando sujeitos a níveis mais elevados de stresse, os pais exibem práticas educativas mais rígidas ou inconsistentes que, por sua vez, amplificam as lutas de poder entre os progenitores e a criança.

Estas conclusões são corroboradas por investigações mais recentes (Muris & Ollendick, 2005), que concluíram que a psicopatologia infantil, e designadamente, os problemas de comportamento, não são determinados apenas por um fator isolado, mas pela interação dinâmica de múltiplas vulnerabilidades e fatores protectores. Meunier e colaboradores (2011), num estudo recente realizado com uma amostra clínica de 119 crianças com idades entre os 3 e os 5 anos, verificaram que a emergência de problemas de comportamento externalizante parece resultar da combinação de diferentes factores, designadamente, práticas educativas negativas, temperamento da criança e relações com os irmãos.

Assim, e de acordo com os modelos ecológicos e desenvolvimentais que fundamentam a nossa abordagem das perturbações do comportamento, a trajetória (in)adaptativa de um indivíduo, perante um dado acontecimento, pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por diversos fatores e contextos nos quais os acontecimentos estão inseridos. Em seguida, descreveremos de forma breve os diferentes fatores implicados na emergência e desenvolvimento da PO, agrupando-os numa de três grandes categorias ou domínios de potencial vulnerabilidade (Shaw, Gilliom, Ingoldsby, & Nagin, 2003): (1) fatores biológicos da criança (incluindo o temperamento, os fatores neuroanatômicos e neuropsicológicos e os fatores genéticos); (2) fatores relacionais pais-criança (incluindo processos de vinculação e práticas parentais); (3) fatores familiares e sociocontextuais.

### *Fatores biológicos da criança*

Têm sido estudados vários fatores biológicos e a sua relação com o comportamento externalizante. No entanto, as conclusões dos diferentes estudos são ainda inconsistentes, não

sendo totalmente claro até que ponto alguns processos biológicos são causa ou efeito das perturbações externalizantes.

Relativamente às funções neuropsicológicas, a investigação em crianças pré-escolares é ainda limitada, devido à falta de instrumentos de avaliação adequados para esta faixa etária e mais especificamente no que diz respeito à avaliação das funções executivas (Hill, 2003). Inicialmente, a investigação nesta área focalizou-se no QI e nas capacidades linguísticas, com os estudos a evidenciarem que as crianças clinicamente referenciadas por comportamentos hiperativos ou comportamento difícil de controlar tinham pontuações mais baixas em medidas estandardizadas, quando comparadas com amostras de crianças normais (Speltz, DeKlyen, & Greenberg, 1999; Speltz, DeKlyen, Calderon, Greenberg, & Fisher, 1999). Mais recentemente, Roskam, Kinoo e Nassogne (2007) citam alguns estudos que apontam para um pior desempenho em medidas de funções executivas em crianças pré-escolares com comportamentos externalizantes, nomeadamente de tipo hiperativo.

Quanto aos fatores genéticos, embora só recentemente a investigação nesta área tenha considerado de forma séria a possibilidade de as perturbações externalizantes do comportamento poderem sofrer a influência de determinados genes, revisões da literatura (por exemplo, Simonoff, 2001) concluíram que genes específicos se associam de forma significativa com as perturbações disruptivas do comportamento havendo, contudo, evidência forte da interação gene-ambiente na determinação destas perturbações.

Ainda no âmbito dos factores biológicos, o temperamento representa o produto comportamental direto dos fatores genéticos e neurobiológicos. De um ponto de vista clínico, o temperamento é um conceito útil para descrever os padrões de comportamento em crianças que são ainda muito pequenas para lhes ser feito um diagnóstico, mas que apresentam alguns sinais de risco, indicadores da possibilidade de virem a desenvolver uma perturbação de comportamento (Matthys & Lochman, 2010).

Em 1968, Thomas e Chess, sublinharam a importância da qualidade do ajustamento entre pais e criança, referindo que os problemas de comportamento surgem quando não há um bom ajustamento entre as características temperamentais da criança e as práticas educativas dos pais (cf. conceito de *goodness of fit*). Posteriormente, outros estudos (Roskam et al., 2007) têm mostrado que algumas características temperamentais funcionam como verdadeiros fatores de risco para a emergência das perturbações externalizantes do comportamento, independentemente desse ajustamento. Hill (2003), numa revisão da literatura sobre esta questão, cita estudos que mostram que as crianças com maiores dificuldades de regulação emocional têm uma probabilidade mais elevada de virem a desenvolver comportamentos de tipo externalizante. Também o *Australian Temperament Project* mostrou que crianças que aos 7-8 anos de idade exibiam comportamentos agressivos e hiperativos tinham manifestado características temperamentais descritas como difíceis já aos 4-8 meses e que pioraram aos 32-36 meses de idade (Matthys & Lochman, 2010).

Por último, Hill (2003) salienta que as complicações ocorridas durante o parto constituem, igualmente, fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais, podendo estar associadas a outros possíveis fatores de risco como a maternidade precoce, cuidados pré-natais pobres, baixas condições socioeconómicas ou consumos de álcool, drogas ou tabaco durante a gravidez. Estas variáveis, por sua vez, poderão combinar-se com riscos subsequentes, tais como, parentalidade inconsistente ou hostil o que, aumenta a probabilidade de comportamentos disruptivos nas crianças.

Em síntese, os fatores biológicos, considerados por Roskam e colaboradores (2007, p. 2) como as “predisposições orgânicas do comportamento”, desempenham um papel importante na etiologia das perturbações do comportamento externalizante, embora não haja ainda consenso na literatura relativamente à forma como a sua influência se exerce.



A investigação no domínio da Psicopatologia do Desenvolvimento tem demonstrado a importância dos processos de vinculação na etiologia dos problemas de comportamento externalizante (Roskam, Meunier, & Steivenart, 2011) e o conceito de modelo interno dinâmico parece ajudar a explicar a continuidade desenvolvimental que existe nessas perturbações (DeKlyen & Speltz, 2003). Tal como referem Maia, Veríssimo, Ferreira, Silva e Antunes (2012), estes modelos são construídos activamente pela criança, no contexto de experiências interactivas que começam durante o primeiro ano de vida e que são repetidas praticamente de forma diária durante a infância.

A teoria da Vinculação tem procurado explicar de que forma as relações que a criança estabelece precocemente com os seus cuidadores poderão moldar as suas expectativas acerca dos outros e a sua forma de lidar com os problemas. Até ao final do primeiro ano de vida da criança, o sistema de vinculação entre esta e os seus cuidadores está estabelecido, podendo um dos seguintes quatro padrões de vinculação emergir, reflectindo a história das interações precoces da criança com estes cuidadores: um padrão de vinculação seguro; dois padrões de vinculação inseguros (evitante ou ambivalente); e um padrão de vinculação desorganizado (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). A figura de vinculação serve à criança como uma base segura para a exploração do ambiente circundante, facilitando-lhe o domínio do seu mundo físico e social. Para além disto, o estabelecimento de uma vinculação segura está também associado a um funcionamento social mais adaptado (Veríssimo, Fernandes, Santo, Vaughn, & Bost, 2011).

De uma forma geral, a investigação sugere que um padrão de vinculação insegura, conjuntamente com a vivência de situações de adversidade no contexto familiar, pode contribuir para o aparecimento de problemas de comportamento. Sroufe, Egeland e Kreutzer (1990), por exemplo, num estudo de *follow-up* com crianças em idade escolar, reportaram que crianças de alto-risco, com padrões de vinculação inseguros têm uma maior probabilidade de desenvolver más relações com os pares e sintomas de agressividade e depressão. Também Shaw, Owens, Vondra, Keenan e Winslow (1996), num estudo com uma amostra de alto risco, verificaram que uma vinculação insegura era preditora de problemas de comportamento aos três e cinco anos de idade. Mais recentemente, Roskam e colaboradores (2011), numa amostra clínica de 117 crianças em idade pré-escolar, concluíram que a vinculação da criança ao cuidador principal constituía um importante mediador entre as práticas educativas e os problemas de tipo externalizante.

DeKlyen e Speltz (2003) propõem diferentes vias através das quais os processos de vinculação poderão estar relacionados com o desenvolvimento daqueles problemas. Em primeiro lugar, as crianças que experienciam uma vinculação insegura parecem ter uma maior probabilidade de desenvolver representações cognitivas negativas das relações que, por sua vez, enviesam as suas percepções e influenciam as suas cognições sociais. Ao desenvolverem modelos internos dinâmicos caracterizados pela desconfiança, raiva, medo e ansiedade, fazem mais enviesamentos de atribuições hostis e reagem de forma mais agressiva (Dodge, 1991). Em segundo lugar, a qualidade da vinculação insegura pode conduzir a uma menor motivação para as interações sociais, afetando adversamente a prontidão para obedecer aos pais ou a outros cuidadores. Maccoby e Martin (1983) referem que interações calorosas e a responsividade materna criam a base para a obediência e a internalização dos limites. Na ausência destes dois elementos, o exercício da disciplina torna-se também mais difícil, possivelmente porque a criança está menos preocupada em agradar aos pais, não reconhece os benefícios de uma relação de reciprocidade e não internaliza os valores de um cuidador que a rejeita e não reforça. A Perturbação de Comportamento poderá surgir como resultado último deste tipo de relação. Em terceiro lugar, os comportamentos externalizantes, como as birras ou a desobediência podem, para algumas crianças, ter uma “função de vinculação”, regulando a proximidade e a disponibilidade parentais quando estas são difíceis

de obter. Porém, embora tenham, inicialmente, uma função adaptativa, estes esforços poderão contribuir também para o desenvolvimento de interações familiares negativas, aumentando a probabilidade da emergência de uma perturbação de comportamento. Em quarto e último lugar, as perturbações associadas à desregulação emocional (como é o caso da PO), podem dever-se, em parte, a uma perturbação na capacidade de tolerar e lidar com afetos fortes. De facto, a criança aprende a regular as suas emoções na sua interação precoce com os pais: um cuidador intrusivo ou insensível poderá não permitir que a criança module a estimulação e um cuidador não responsivo não a ajudará a alcançar os níveis desejados de ativação. Em ambos os casos, a criança poderá aprender um conjunto rígido e restrito de regras para se relacionar com os outros. Cabe, assim, aos pais o papel de ajudar a criança a regular de forma eficaz as suas emoções em momentos de stresse.

Embora pareça existir uma associação entre o comportamento externalizante da criança e um padrão de vinculação inseguro, as conclusões dos estudos relativos à existência desta relação não são ainda muito claras. Note-se que, sendo este um dos caminhos possíveis conducentes à emergência precoce dos problemas de comportamento, torna-se necessária a realização de mais estudos, que clarifiquem os mecanismos específicos que contribuem para esta associação (Roskam et al., 2011).

Também as práticas educativas parentais ineficazes têm sido alvo de vários estudos, já que estas parecem ser um dos principais fatores etiológicos para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos agressivos das crianças, na medida em que podem interagir com os comportamentos de oposição, originando, assim, ciclos de comportamentos coercivos entre pais e filhos (Patterson et al., 1992). De facto, a relação entre o comportamento parental e os problemas de comportamento das crianças é dinâmica e recíproca e o modelo coercivo de Patterson (2002) ilustra bem a forma como o comportamento da criança pode modificar o comportamento dos pais de forma inadaptativa, levando-os a utilizar estratégias disciplinares rígidas, negativas e inconsistentes, que acabam por reforçar e manter o comportamento da criança. Paralelamente, ao estarem focalizados nos comportamentos negativos, os pais não reforçam e/ou ignoram os comportamentos pro-sociais dos seus filhos, levando à sua extinção e à ausência de treino destas competências (Patterson et al., 1992).

Várias investigações (algumas delas envolvendo a observação direta das interações pais-filhos em casa ou em contexto laboratorial) têm identificado diferentes processos parentais relacionados com a agressividade infantil (Patterson, 2002; Reid, Patterson, & Snyder, 2002), designadamente: (1) parentalidade não responsiva no primeiro ano de vida, com falta de consistência e de atenção adequadas às necessidades da criança; (2) ciclos de escalada coerciva de práticas parentais rígidas e desobediência infantil, com início nos primeiros anos de vida da criança, especialmente em crianças com temperamento mais difícil; (3) utilização de práticas educativas rígidas e inconsistentes; (4) utilização de ordens pouco claras; (5) falta de afeto positivo; e (6) falta de supervisão e monitorização parental à medida que a criança se aproxima da adolescência.

Para além destes processos, as práticas parentais positivas (como as trocas sociais positivas, monitorização das atividades da criança, manifestações de afeto por parte dos pais) são também importantes. Gardner, Shaw, Dishion, Supplee e Burton, por exemplo, num estudo aleatório publicado em 2007, realizado com 120 famílias de crianças com 2 anos de idade, concluíram que após uma intervenção parental breve focalizada na promoção de práticas parentais positivas, houve um aumento de práticas positivas no grupo de intervenção e que este estava correlacionado com a diminuição de comportamentos negativos na criança. Esta e outras investigações (por exemplo, Smith, Landry, & Swank, 2000) evidenciam que a ausência de práticas parentais positivas poderá ser tão importante na etiologia dos comportamentos externalizantes como a presença de ciclos coercivos e encontra-se negativamente correlacionada com os problemas de comportamento infantil. Por outro lado, a investigação sobre comportamentos parentais muito rígidos ou abusivos,

pouco consistentes e onde a presença de reforços pelo comportamento positivo é escassa, sugere que este tipo de práticas aumenta de forma significativa o risco das crianças virem a desenvolver uma perturbação de comportamento (Burke, Loeber, & Birmaher, 2004).

Concluindo, sabemos hoje que os fatores relacionais pais-criança têm um importante papel na etiologia das perturbações externalizantes do comportamento e que os sintomas precoces de comportamentos externalizantes coevoluem com práticas parentais disfuncionais, exercendo uma influência mútua. Contudo, tem também sido demonstrado que as crianças que precocemente manifestem problemas comportamentais poderão ultrapassar as suas dificuldades no contexto de um bom funcionamento familiar, o qual parece servir como um modelo positivo e permitir o exercício de uma parentalidade menos coerciva e mais positiva (Campbell et al., 2000). Estes dados salientam, uma vez mais, a importância de orientarmos o trabalho clínico para os pais, promovendo estratégias de parentalidade positiva e sublinhando a necessidade de intervir precocemente com famílias com práticas educativas disfuncionais e comportamentos de risco.

### *Fatores familiares e sociocontextuais*

O modelo transacional de Sameroff (2009) postula que o desenvolvimento da criança é o resultado da interação dinâmica e contínua entre esta e as experiências proporcionadas pelo(s) seu(s) contexto(s) sociais, sendo esta influência, bidirecional. Há cada vez mais dados que mostram o papel importante que os fatores de risco familiar desempenham no aparecimento precoce (e conseqüente progressão) dos problemas de comportamento (McMahon, 2006). Shaw e colaboradores (2003), num estudo com 284 rapazes com idades entre os 2 e os 8 anos, oriundos de famílias de baixo nível socioeconómico, concluíram que o contexto familiar e social e, nomeadamente, o número de acontecimentos de stresse que a família vivencia ou vivenciou, pode afetar a capacidade dos pais para dar às crianças os cuidados de que elas necessitam, contribuindo assim para a emergência e persistência dos problemas de comportamento. Conclusões semelhantes foram também reportadas por Goldstein e colaboradores (2007), num estudo que examinou diferentes factores de stresse familiar numa amostra de 278 crianças com 3 anos de idade e três tipos de situação clínica: hiperactividade; hiperactividade com perturbação de oposição associada; e crianças sem qualquer tipo de problema. Os autores concluíram que crianças com diagnóstico de PHDA e de PHDA com PO associada apresentam níveis mais elevados de stresse familiar, quando comparadas com crianças sem problemas.

O stresse familiar é, independentemente desse ajustamento, habitualmente, ocasionado por fatores como as características parentais (escassas habilitações literárias, doença psiquiátrica, consumo de substâncias, criminalidade), o funcionamento familiar (relação conjugal, violência familiar) e condições ambientais (pobreza, agregados familiares muito numerosos, zonas residenciais violentas). Outros fatores ecológicos de grande importância são as reações de stresse familiar aos acontecimentos de vida adversos, designadamente, o desemprego, o divórcio e a escassez de suporte social disponível e utilizado pela família (Patterson, Debarryshe, & Ramsey, 1989; Rockhill et al., 2006). É a combinação de múltiplos fatores de risco que cria as condições para a existência de problemas de comportamento persistentes.

Importantes também, à medida que o contexto ecológico da criança se expande, são as relações com os pares (Campbell et al., 2000), na medida em que vários aspetos destas relações parecem influenciar o desenvolvimento e manutenção das dificuldades da criança com problemas do comportamento externalizante. Diversos estudos têm mostrado que crianças com perturbações do comportamento têm relações mais conflituosas com os pares do que crianças da população em geral (Matthys & Lochman, 2010), apresentando mais dificuldades em neutralizar os conflitos quando estes estão ainda no início e exibindo menos comportamentos pro-sociais em reação a comportamentos antissociais por parte dos pares normais.

Pardini, Barry, Barth, Lochman e Wells (2006), por exemplo, num estudo com uma amostra de 213 jovens classificados como exibindo problemas de comportamento, reportam que os jovens percebidos de forma menos favorável pelos seus pares têm um maior número de problemas de comportamento.

Podemos, assim, concluir que as crianças com perturbações do comportamento têm maior risco de serem rejeitadas pelos pares, podendo a afiliação destas crianças a outras crianças com dificuldades comportamentais semelhantes rigidificar o seu comportamento e papel sociais.

Apesar do elevado número de estudos que analisam o papel que os fatores de risco familiar desempenham no aparecimento dos problemas de comportamento, importa salientar que este efeito não pode ser analisado de forma unidirecional, exigindo uma análise mais complexa do modo como também os próprios comportamentos da criança contribuem, desde cedo, para a regulação da sua interação com os outros (Maughan, 2003). De facto, e tal como já foi referido, modelos como o de Patterson (2002) mostram que a interação pais-filhos é um processo bidirecional, em que ambos os elementos da díade despoletam, através dos seus comportamentos, reações de maior ou menor hostilidade no outro, potenciando o ciclo coercivo já acima descrito. Este padrão de interação negativo entre pais-filhos poderá ser replicado noutros contextos de vida da criança, tais como a escola ou a relação com pares, o que contribuirá também para a emergência e/ou manutenção das dificuldades comportamentais da criança.

Em resumo, o comportamento das crianças é também (embora não só) o resultado dos seus fatores contextuais, pelo que a intervenção nos problemas de tipo externalizante implica necessariamente uma intervenção nos diferentes contextos em que a criança se insere.

## CONCLUSÕES E DIREÇÕES FUTURAS

A compreensão da forma como os diferentes fatores de risco (biológicos, relacionais, sociais) estão implicados na emergência precoce dos problemas de comportamento é um dos grandes desafios da Psicopatologia do Desenvolvimento.

A lista de potenciais fatores etiológicos ou de risco para as Perturbações Externalizantes do Comportamento é extensa e heterogênea, abrangendo desde fatores genéticos até às características do bairro em que a criança reside. A maior parte dos estudos têm analisado estes fatores isoladamente. No entanto, é pouco provável que cada um deles, de forma singular seja suficiente para despoletar uma PO ou outras perturbações de tipo externalizante, pois a emergência destas perturbações parece estar relacionada sobretudo com a combinação de vários fatores de risco (Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Jones, 2001). Assim, e embora existam vários modelos multifatoriais para explicar os problemas externalizantes (Roskam et al., 2007; Shaw et al., 2003; Wakschlag et al., 2007), não há ainda muitos estudos que tenham testado a significância concorrente ou preditiva destes modelos (Rockhill et al., 2006).

De acordo com a revisão da literatura realizada, podemos concluir que as perturbações do comportamento, em geral, e a PO, em particular, são claramente multideterminadas, pelo que a investigação nesta área deve abarcar este fenómeno em toda a sua complexidade, contribuindo para o desenvolvimento de modelos de classificação diagnóstica baseados em mecanismos etiológicos específicos, tais como o temperamento, a vulnerabilidade genética, as interações genes-ambiente e as tipologias das relações pais-filhos. Neste sentido, os critérios de diagnóstico da DSM IV devem ser refinados, de modo a incorporarem parâmetros e construtos desenvolvimentalmente sensíveis, e a terem também em consideração variáveis parentais e familiares (Evangelista & McLellan, 2004).

Ainda relativamente às questões do diagnóstico e classificação, é fundamental que sejam desenvolvidas metodologias de avaliação estandardizadas, designadamente entrevistas de diagnóstico para a idade pré-escolar, mas também metodologias de observação que nos permitam captar as características qualitativas que permitem distinguir um comportamento típico de um atípico (Keenan & Wakschlag, 2002; Wakschlag et al., 2007). Para além disso, torna-se necessária a realização de estudos sobre a PO enquanto construto clínico independente da PC para, desta forma, ser possível investigar e compreender as suas características distintivas (Munkvold et al., 2011).

Também é importante analisar detalhadamente as diferenças de género, uma vez que muitos dos estudos realizados assentam em amostras maioritariamente constituídas por rapazes (Dandreaux & Frick, 2009; Wilens et al., 2002). Assim, é relevante avaliar se o padrão de relação entre as variáveis é o mesmo para rapazes e raparigas e se as raparigas do grupo de risco têm uma maior probabilidade de serem agressivas e impulsivas em idade pré-escolar, mas, posteriormente, de se tornarem mais ansiosas e depressivas (Campbell et al., 2000).

Quanto às metodologias de estudo deste fenómeno, torna-se necessário proceder a mais estudos longitudinais de crianças em risco, da infância até à adolescência, estudos estes que deverão englobar crianças cujos fatores de risco se manifestem a níveis tão diferentes como as características pessoais, práticas parentais de risco, funcionamento familiar pobre e risco sociodemográfico (Campbell et al., 2000). Uma melhor compreensão dos fatores protetores, variáveis pessoais e ambientais que contribuem para aumentar a resiliência das crianças face a acontecimentos e/ou contextos adversos, será também útil para o desenvolvimento de programas de intervenção mais adequados, direcionados para a diminuição dos fatores de risco e incremento dos fatores protetores (Frick & Viding, 2009). Neste sentido, estudos longitudinais futuros deverão dar maior relevância aos fatores que distinguem as crianças em idade pré-escolar que acabam por ultrapassar os seus problemas de comportamento disruptivo daquelas nas quais o comportamento persiste, bem como ao estudo da relação entre a POD precoce e a emergência de psicopatologia no futuro. Tal como sugere Maughan (2003), os estudos longitudinais deverão explorar, de forma prospectiva, os potenciais fatores de risco antes da manifestação dos sintomas na criança, pois só assim poderão ultrapassar-se as meras evidências correlacionais para as quais a maioria dos estudos aponta.

Para além disto, deverá privilegiar-se a utilização de modelos desenvolvimentais sensíveis ao risco ambiental (Costello & Angold, 1993), de modo a poderem ser tidos em conta os potenciais fatores de risco ambiental que vão surgindo ao longo do desenvolvimento da criança e o impacto que estes têm nos diferentes estádios do desenvolvimento infantil.

Por último, e relativamente às implicações para a prática clínica decorrentes da investigação nesta área, consideramos ser urgente apostar em intervenções que possibilitem um desenvolvimento equilibrado em crianças que apresentam já alguns fatores de risco (Emond et al., 2007; Evangelista & McLellan, 2004; Frick & Viding, 2009). De uma forma bastante saliente, a investigação nesta área põe em evidência a prevenção e intervenção precoces em crianças com problemas de comportamento como vias preferenciais para a prevenção de comportamentos antissociais e agressivos mais graves no futuro (Gardner et al., 2007; Hutchings, Bywater, & Daley, 2007; Webster-Stratton & Reid, 2010).

## REFERÊNCIAS

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- American Academy of Pediatrics (AAP). (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care. Diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- American Psychiatric Association (APA). (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angold, A., & Costello J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1205-1212. doi:10.1097/00004583-199609000-00018
- Angold, A., & Costello, J. (2003). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 126-168). Cambridge University Press.
- Biederman, J., Petty, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M., & Faraone, S. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: Findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38, 1027-1036. doi:10.1017/S0033291707002668
- Burke, J., Loeber, R., & Birmaher, B. (2004). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4, 558-576. doi:10.1097/00004583-199609000-00018
- Burke, J., Pardini, D., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 679-692. doi: 10.1007/s10802-008-9219-7
- Campbell, S. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 147-166. doi:10.1007/BF02167897
- Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley and Sons.
- Costello, E., & Angold, A. (1993). Toward a developmental epidemiology of the disruptive behaviour disorders. *Development and Psychopathology*, 5, 91-101. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004284.
- Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian e-Journal for the advancement of mental health*, 3, 1-8.
- Dandreaux, D., & Frick, P. (2009). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 375-385. doi:10.1007/s10802-008-9261-5
- DeKlyen, M., & Speltz, M. (2003). Attachment and conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 320-345). Cambridge University Press.
- Dodge, K. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-18). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Egger, H. E., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618
- Emond, A., Ormel, J., Veenstra, R., & Oldehinkel, A. (2007). Preschool behavioral and social-cognitive problems as predictors of (pre) adolescent disruptive behavior. *Child Psychiatry Human Development*, 38, 221-236. doi:10.1007/s10578-007-0058-5

- Evangelista, N., & McLellan, M. (2004). The zero to three diagnostic system: A framework for considering emotional and behavioral problems in young children. *School Psychology Review, 33*, 159-173. Retirado de: [www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr331evangelista.pdf](http://www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr331evangelista.pdf)
- Frick, P., & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children and adolescents. In H. Adams (Ed.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 879-919). New York: Plenum Press.
- Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behaviour from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology, 21*, 1111-1131. doi:10.1017/S0954579409990071
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Nolan, E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1383-1392. doi:10.1097/00004583-200112000-00008
- Gardner, F., & Shaw, D. (2008). Behavioral problems of infancy and preschool children (0-5). In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 882-893). Blackwell Publishing.
- Gardner, F., Shaw, D., Dishion, T., Supplee, L., & Burton, J. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology, 21*, 398-406. doi:10.1037/0893-3200.21.3.398
- Gaspar, M. (2004). Educação parental e educação pré-escolar: Uma parceria a construir, um projeto sócio-educativo a investir. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 1-3*, 255-268.
- Greenberg, M., Speltz, M., DeKlyen, M., & Jones, K. (2001). Correlates of clinical referral for early conduct problems: Variable and person oriented approaches. *Development and Psychopathology, 13*, 255-276.
- Goldstein, L., Harvey, E., Friedman-Weieneth, J., Pierce, C., Tellert, A., & Sippel, J. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3 year old children, Part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 111-123. doi:10.1007/s10802-006-9088-x
- Hill, J. (2003). Biosocial influences on antisocial behaviours in childhood and adolescence. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 103-125). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hutchings, J., Bywater, T., & Daley, D. (2007). Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start study work? *Journal of Children Services, 2*, 4-14. doi:10.1108/17466660200700012
- Hutchings, J., Bywater, T., Davies, C., & Whitaker, C. (2006). Do crime rates predict the outcome of parenting programmes for parents of "high-risk" preschool children? *Educational & Child Psychology, 23*, 15-23.
- Kazdin, A. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 161-178. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x
- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2002). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 33-46. doi: 10.1023/A:1005118000977
- Lahey, B., Loeber, R., Hart, E., Frick, J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, M., & Russo, F. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 83-93. doi:10.1037/0021-843X.104.1.83
- Lopes, J. (2000). Distúrbios exteriorizados do comportamento: Uma perspetiva desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 181-224). Coimbra: Quarteto Editora.
- Maia, J., Veríssimo, M., Ferreira, B., Silva, F., & Antunes, M. (2012). Singularities of gender in the representations of attachment during pre-school time. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 25*, 491-498.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300008&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300008>.

- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Maughan, B. (2003). Conduct disorder in context. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 169-201). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maughan, B., Rowe R., Messer J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 469-546). New York: John Wiley & Sons.
- McMahon, R. (2006). Parent training interventions for preschool-age children. In R. Tremblay, R. Barr, & R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (online). Montreal, Quebec: Center of Excellence for early childhood development; 1-8. Consultado a 15 de outubro de 2011 em: <http://www.excellence-earlychildhood.co/documents/McMahonRJANGxp.pdf>
- Meunier, J., Roskam, I., Stievenart, M., van de Moortele, G., Browne, D., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 20-33. doi:10.1016/j.appdev.2010.09.006
- Munkvold, L., Ludervold, A., & Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder – Gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 577-587. doi:10.1007/s10802-011-9486-6
- Muris, P., & Ollendick, T. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289. doi:10.1007/s10567-005-8809-y
- Pardini, D., Barry, T., Barth, J., Lockman, J., & Wells, K. (2006). Self-perceived social acceptance and peer social standing in children with aggressive-disruptive behaviors. *Social Development*, 15, 46-64. doi:10.1111/j.1467-9507.2006.00329
- Patterson, G. (2002). The early development of coercive family process. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model of intervention* (pp. 25-64). Washington: American Psychological Association.
- Patterson, G., Debaryshe, B., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 44, 329-335. doi:10.1037/0003-066X.44.2.329
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Reid, J, Patterson, G., & Snyder, J. (2002). Preventing efforts during the elementary school years: The linking the interests of families and teachers projects. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model of intervention* (pp. 219-233). Washington: American Psychological Association.
- Rockhill, C., Collett, B., McClellan, J., & Speltz, M. (2006). Oppositional defiant disorder. In J. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders and treatment* (pp. 80-115). New York: The Guilford Press.
- Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: Approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 204-213. doi:10.1016/j.neurenf.2007.01.005.



- Roskam, I., Meunier, J., & Stiévenart, M. (2011). Parent attachment, childrearing behavior, and child attachment: Mediated effects predicting preschoolers' externalizing behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology, 3*, 170-179. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2011.03.003
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2011). Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes. *Pratiques Psychologiques, 17*, 189-200. doi:10.1016/j.prps.2009.07.001.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.
- Shaw, D., Lacourse, E., & Naguin, D. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 931-942. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x
- Shaw, D., Gilliom, M., Ingoldsby, E., & Nagin, D. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology, 39*(2), 189-200. doi:10.1037/0012-1649.39.2.189
- Shaw, D., Owens, E., Vondra, J., Keenan, K., & Winslow, E. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 8*, 679-700. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007367.
- Silverthorn, P. (2001). Oppositional defiant disorder. In H. Orvaschel, J. Faust, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of conceptualization treatment of child psychopathology* (pp. 41-56). Amsterdam: Pergamon Press.
- Simonoff, E. (2001). Genetic influences on conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 202-234). Cambridge: Cambridge University Press.
- Speltz, M., DeKleyn, M., & Greenberg, M. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development and Psychopathology, 11*, 269-285.
- Speltz, M., DeKleyn, M., Calderon, R., Greenberg, M., & Fisher, P. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors on boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 315-325. doi:10.1037/0021843X.108.2.315
- Smith, K., Landry, S., & Swank, P. (2000). The influence of early patterns of positive parenting on children's preschool outcomes. *Early Education and Developmental, 11*, 147-169. doi:10.1207s15566935eed1102\_2
- Sroufe, L., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61*, 1363-73. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02867.x
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York University Press.
- Veríssimo, M., Fernandes, C., Santos, A., Vaughn, B., & Bost, K. (2011). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*, 292-299. doi: 10.1590/S0102-79722011000200010
- Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K., & Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x
- Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Parent training for young children with conduct problems: Content, methods and therapeutic process. In C. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds), *Handbook of parent training* (pp. 98-152). New York: John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. Weisz & A. Kazdin

(Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

Wilens, T., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spence, T. (2002). Patterns of psychopathology and disfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 23, 531-537. doi:0196-206X/00/2301S-0S31.

World Health Organization (WHO). (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)* (vol. 2, 2nd ed.). Geneva.

Externalizing Behavior Disorder (EBD) are one of the major causes for searching mental health services in preschool children. However, there still is no agreement to what concerns making diagnoses in preschool years.

With this literature review, it's our goal to make a general description of EBD, specially Oppositional Disorder, in preschool years, and also to discuss about the difficulties in diagnosing in this period and the different developmental trajectories implicated in the emergence of EBD. Another goal is to identify the main etiological factors for the development of EBD and to reflect about some orientations to future research.

**Key-words:** Developmental pathways, Externalizing behavior disorders, Preschool, Risk.