

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA E ESCOLA DE SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO
DA CONDUTA: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

ANA LAURA SICA CRUZEIRO

ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO AZEVEDO DA SILVA

PELOTAS, ABRIL DE 2007

ANA LAURA SICA CRUZEIRO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO
DA CONDUTA: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Comportamento**

ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO AZEVEDO DA SILVA

PELOTAS, ABRIL DE 2007

Aos meus pais, *Mario e Maria Elvira*,
por todo amor e por constante
dedicação, esforço
e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, por todas as graças concedidas.

Ao meu orientador, *Ricardo Silva*, pelas incansáveis horas de supervisão e idealização deste estudo.

À *Ana Carolina, Pedro e Tania*, que compartilharam deste ideal, pelo apoio e incentivo.

Ao *Rafael*, por todo apoio, companheirismo e compreensão durante este período.

Aos *colegas* do projeto “Depressão e comportamentos de saúde na adolescência”, por todos os momentos vividos durante esta investigação.

À *Flávia*, por toda sua dedicação e apoio.

Às minhas colegas, *Renata, Silvana, Lúcia e Nitza*, por todos os momentos de estudo e por toda amizade.

Aos *professores do Mestrado em Saúde e Comportamento*, por todo o conhecimento transmitido.

Aos *alunos* que participaram deste estudo, por toda dedicação.

A *todos*, que estiveram sempre comigo, me acompanhando neste momento, por todo interesse, incentivo e amizade.

Índice

Agradecimentos.....	4
Lista de Tabelas.....	7
Lista de Figuras.....	8
I. Projeto de Pesquisa.....	9
1. Introdução.....	10
2. Objetivos.....	14
2.1. Geral.....	14
2.2. Específicos.....	14
3. Metodologia.....	15
3.1. Delineamento.....	15
3.2. População Alvo.....	15
3.3. Tamanho da amostra.....	15
3.4. Coleta de dados.....	15
3.5. Variáveis.....	17
3.5.1. Desfecho.....	17
3.5.2. Independentes.....	17
3.6. Treinamento e estudo Piloto.....	19
3.7. Controle de qualidade.....	19
3.8. Análise dos dados.....	19
3.9. Considerações éticas.....	20
4. Orçamento.....	21
5. Cronograma.....	21
6. Referências Bibliográficas.....	22

II. Artigo.....	24
1. Resumo.....	25
2. Abstract.....	26
3. Introdução.....	27
4. Metodologia.....	29
5. Resultados.....	32
6. Discussão.....	34
7. Referências Bibliográficas.....	38
Anexo – Questionário.....	47

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Características dos adolescentes de 11 a 15 anos de idade.....	43
TABELA 2 - Razão de odds para escore de Transtorno da Conduta (Regressão Ordinal) de acordo com variáveis socioeconômicas e demográficas.....	44

Lista de Figuras

FIGURA 1 – Modelo hierárquico utilizado para a análise dos dados.....45

FIGURA 2 - Modelo hierárquico final para escore de Transtorno da Conduta.....46

**PROJETO DE PESQUISA PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DA CONDUTA: UM ESTUDO
DE BASE POPULACIONAL**

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é o período da vida em que o jovem está exposto a vários comportamentos de risco. Os comportamentos de risco abrangem os comportamentos que podem comprometer a saúde física e mental do adolescente¹, como o uso de álcool, o uso de drogas, os comportamentos sexuais e a violência. Geralmente, estes comportamentos estão ligados ao caráter exploratório da adolescência, assim como ao meio social, entretanto, caso não sejam precocemente identificados, podem levar à consolidação destas atitudes com significativas conseqüências nos níveis individual, familiar e social¹.

Desordens de conduta estão entre as mais comumente encontradas na infância e na adolescência², apresentando-se como padrões de comportamentos repetitivos e persistentes no qual são violados direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade³, iniciando o comportamento agressivo e reagindo agressivamente aos outros^{4,5}.

Segundo o DSM-IV-TR⁴, o Transtorno da Conduta, classificado nos Transtornos de Comportamentos Disruptivos da Infância e da Adolescência, chamado de Critério A, é dividido da seguinte forma:

<p>Conduta agressiva que causa ou ameaça danos físicos a outras pessoas ou a animais.</p>	Critério A1	Comportamento de provocação, ameaça ou intimidação ^{6,7} .
	Critério A2	Iniciar lutas corporais freqüentes ^{6,8} .
	Critério A3	Usar uma arma que possa causar sério dano físico (por exemplo, um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou arma de fogo).
	Critério A4	Ser fisicamente cruéis com pessoas.
	Critério A5	Ser fisicamente cruéis com animais.
	Critério A6	Roubar em confronto com a vítima (por exemplo, "bater carteira", arrancar bolsas, extorquir ou assaltar à mão armada).
	Critério A7	Forçar alguém a manter atividade sexual consigo.
<p>Conduta não-agressiva que causa perdas ou danos a propriedades.</p>	Critério A8	Provocação deliberada de incêndios com a intenção de causar sérios danos.
	Critério A9	Destruição deliberada da propriedade alheia de outras maneiras (por exemplo, quebrar vidros de automóveis, praticar vandalismo na escola).

Defraudação ou furto.	Critério A10	Defraudação ou furto é comum, podendo incluir a invasão de casa, prédio ou automóvel alheios.
	Critério A11	Mentir ou romper promessas com frequência para obter bens ou favores ou para evitar débitos ou obrigações (por exemplo, ludibriar outras pessoas) ⁶ .
	Critério A12	Furtar objetos de valor sem confronto com a vítima (por exemplo, furtar em lojas, falsificar documentos) ^{6,7} .
Sérias violações de regras.	Critério A13	Apresentar um padrão, iniciando-se antes dos 13 anos, de permanência fora de casa até tarde da noite, apesar de proibições dos pais ^{6,8} .
	Critério A14	Pode haver um padrão de fugas de casa durante a noite (pelo menos duas vezes ou uma vez sem o retorno por um extenso período).
	Critério A15	Faltar à escola, sem justificativa, iniciando-se este comportamento antes dos 13 anos ⁶ .

Os comportamentos mais graves como brigas com uso de armas, arrombamentos e assaltos, costumam ser antecedidos por comportamentos mais leves como mentir, enganar, matar aulas e furtar objetos de pouco valor⁸.

Tais comportamentos podem ser avaliados através de questionários auto-aplicados, baseados pelos critérios do DSM-IV⁹. O M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview*, instrumento desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida, foi criado como uma alternativa mais simples, breve e econômica para a seleção de pacientes em pesquisas psiquiátricas e para ser utilizado na prática clínica¹⁰.

O Transtorno da Conduta encontra-se em 5,5% da população com idades entre 4 e 16 anos no Canadá, com taxas variando de 1,8% (meninas de 4 a 11 anos) a 10,4% (meninos de 12 a 16 anos), mostrando estar mais presentes em meninos^{6,11}, independente da idade, e mais freqüente em crianças maiores (de 12 a 16 anos), independente do sexo⁸.

Essa psicopatologia pode estar associada com fatores de risco psicossociais, tais como: déficits intelectuais⁸, déficits parentais¹² e ter nível socioeconômico baixo⁸. Estudo realizado pela Universidade de Cambridge encontrou vários fatores associados ao Transtorno da Conduta, tais como: tamanho grande da família, arriscar-se em demasia, moradia pobre, poucos amigos e rendimento baixo na escola. Adolescentes que apresentaram estas características possuíam um risco nove vezes maior de desenvolverem esta patologia¹³.

Nesse sentido, faz-se necessário estudar a prevalência e os fatores associados ao Transtorno da Conduta em adolescentes para que se possa realizar um diagnóstico precoce e o estabelecimento de estratégias preventivas.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Estimar a prevalência e fatores associados ao Transtorno de Conduta em adolescentes com idades entre 11 e 15 anos da cidade de Pelotas, RS.

2.2. Específicos

- Estimar a prevalência Transtorno de Conduta em adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas.
- Avaliar se a prevalência de Transtorno de Conduta está associada a:
 - Sexo;
 - Nível Socioeconômico;
 - Idade;
 - Escolaridade e repetência na escola;
 - Uso de drogas no último mês;
 - Uso e abuso de álcool no último mês;
 - Uso de cigarro no último mês;
 - Religiosidade;
 - Sedentarismo;
 - *Bullying*;
 - Depressão.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento

Estudo Transversal de base populacional.

3.2. População Alvo

Adolescentes da zona urbana de Pelotas-RS com idades entre 11 e 15 anos.

3.3. Tamanho da amostra

A partir de uma prevalência de 5,5%, um nível de confiança de 95% e de um poder estatístico de 80% e erro amostral de 1,5%, calculou-se o tamanho da amostra necessário para avaliar a associação entre o Transtorno da Conduta e comportamentos em saúde na adolescência, assim seria necessário acompanhar uma amostra de 856 adolescentes. Ao serem acrescentados mais 30% para perdas e para controle de fator de confusão, conseqüentemente teriam que ser acompanhados 1112 adolescentes. Porém, por se tratar de um estudo de consórcio com múltiplos objetivos, onde outros comportamentos de saúde serão estudados na mesma população, serão entrevistados 1145 adolescentes.

3.4. Coleta de dados

Inicialmente, será feita uma amostragem em múltiplos estágios. Serão selecionados aleatoriamente 79 setores censitários a partir dos 448 localizados na zona urbana da cidade de Pelotas, RS. Será selecionado um quarteirão aleatoriamente de cada setor sorteado e a seguir, será feito o sorteio de uma esquina desse quarteirão para que fosse o ponto inicial. Serão visitadas todas as residências dos setores selecionados para a possível localização dos jovens, dentro da faixa etária escolhida pela investigação, exceto aquelas em que se considerarem como perdas ou recusas da amostra, que ocorrerão se o adolescente não for encontrado em casa após pelo menos três tentativas,

ou se não houver a concordância dos pais ou responsáveis quanto à realização da entrevista.

Após a obtenção do consentimento por escrito dos pais ou responsável pelo adolescente, o jovem responderá a um questionário auto-aplicado e sigiloso com questões sobre idade, sexo, escolaridade, religiosidade, atividades físicas na escola e de lazer, entreterimento, consumo de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, relacionamento sexual, depressão, transtorno da conduta, comportamentos agressivos e *bullying*.

No mesmo momento da entrevista com o adolescente, o responsável pelo jovem também responderá a um questionário auto-aplicado contendo informações sobre idade, escolaridade, religiosidade, atividade física, entreterimento, auxílio nas atividades escolares do adolescente, consumo de bebida alcoólica e tabaco no último mês. Também estarão presentes neste instrumento a escala de faces, avaliando o bem-estar psicológico através de figuras com expressões que variam desde extrema felicidade até a extrema tristeza, e a escala da Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP), para classificação da condição socioeconômica dos participantes. Após as entrevistas os adolescentes e os responsáveis depositarão os questionários em urnas, o que lhes proporcionará privacidade.

Para avaliação psicológica será utilizado o M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview*¹⁰, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, organizado por módulos diagnósticos independentes, investiga Depressão Maior, Distímia, Risco de Suicídio, Episódio (Hipo)Maníaco, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Dependência/Abuso de Álcool, Dependência/Abuso de Drogas, Síndrome Psicótica, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Ansiedade

Generalizada e Transtorno da Conduta (para crianças e adolescente) ou Transtorno de Personalidade Anti-Social (para adultos).

Para a estimativa de Transtorno da Conduta na adolescência, utilizar-se-á o módulo que investiga as seguintes variáveis:

- Ter freqüentemente passado a noite na rua, desacompanhado, sem autorização dos pais;
- Ter freqüentemente mentido, passado a perna/enganado os outros;
- Ter roubado alguma coisa;
- Ter ameaçado bater em outras pessoas;
- Ter destruído ou incendiado coisas de propósito;
- Ter machucado animais ou pessoas de propósito.

O critério utilizado no instrumento para indicativo de transtorno é duas ou mais respostas positivas para os comportamentos investigados.

3.5. Variáveis

3.5.1. Desfecho

Freqüentemente passar a noite na rua, desacompanhado, sem autorização dos pais, mentir, passar a perna/enganar os outros, roubar alguma coisa, ameaçar bater em outras pessoas, destruir ou incendiar coisas de propósito e machucar animais ou pessoas de propósito. O critério utilizado indicativo de transtorno será duas ou mais respostas positivas.

3.5.2. Independentes

3.5.2.1. Sexo – Feminino ou Masculino.

3.5.2.2. Idade – Será considerada em anos completos.

3.5.2.3. Nível Socioeconômico – Será avaliada a condição sócio-econômica do ambiente residencial do adolescente através do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Esta possui a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. A referida escala pode variar de 0 a 34 pontos de acordo com a quantidade de bens. Assim, a variável nível socioeconômico será analisada no questionário respondido pelos responsáveis do adolescente através da divisão tercílica das pontuações atingidas pelas respostas.

3.5.2.4. Escolaridade – Serão avaliados os anos completos de escolaridade do adolescente.

3.5.2.5. Sedentarismo – Serão considerados ativos os adolescentes que relatarem praticar exercício físico duas, três ou mais vezes na semana com tempo de duração superior a 20 minutos e serão considerados sedentários os demais jovens.

3.5.2.6. Religiosidade – Será avaliado se o adolescente tem uma religião ou não e se ele vai à missa, culto ou sessão.

3.5.2.7. Uso de drogas – Será considerado o uso no último mês.

3.5.2.8. Uso de álcool – Será considerado o uso e a frequência do uso de álcool no último mês.

3.5.2.9. Uso de cigarro – Será considerado o uso de cigarro no último mês e a quantidade por dia.

3.5.2.10. Comportamento sexual – Será avaliado ter tido relações sexuais e a idade da primeira relação.

3.5.2.11. *Bullying* – Serão avaliados comportamentos de vitimização na infância e na adolescência, através de respostas de frequência e intensidade, que mostram vitimização física, verbal e indireta.

3.5.2.12. Depressão – Será utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI) validado para a cidade brasileira de João Pessoa, no estado da Paraíba, no qual constavam 20 itens. Para cada item será atribuído um escore que corresponderá a 0 (quando a primeira alternativa for a escolhida), 1 (quando a segunda alternativa for a escolhida) e 2 (quando a terceira alternativa for escolhida). Com a soma dos escores de todos os itens, obtivemos o escore total para cada criança.

3.6. Treinamento e estudo Piloto

Os entrevistadores serão treinados como proceder na chegada às residências, sobre a importância de identificar-se, como preencher a folha de conglomerado, como fazer o preenchimento da ficha do consentimento e de como proceder quando o adolescente da residência não estiver em casa ou recusar-se a participar da pesquisa.

3.7. Controle de qualidade

Com a finalidade de garantir uma boa qualidade dos dados coletados, os questionários serão revisados à medida que irão sendo entregues e após o controle das entrevistas será executado através de ligação para o número de telefone registrado na folha de conglomerado para desígnio de confirmar a entrevista.

3.8. Análise dos dados

Os questionários passarão por dupla digitação no programa EPI-INFO 6.0, que será programado para amplitude e consistência. Para a identificação de possíveis inconsistências na digitação serão feitas análises rígidas e após, corrigidas as inconsistências identificadas.

O processamento e análise dos dados serão realizados com o programa SPSS 10.0 e STATA 9.0.

A análise univariada terá como objetivo obter frequências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições.

Para a análise bivariada será realizado o teste do qui-quadrado para descrever a amostra segundo a prevalência e a frequência.

Na análise multivariada, utilizar-se-á a Regressão Ordinal seguindo um Modelo Hierarquizado e com ajustes para possíveis fatores de confusão.

3.9. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Após a localização do adolescente em uma residência, o responsável assinará um consentimento informado.

Além disso, os questionários serão auto-aplicados e serão depositados em uma urna logo após a entrevista, o que garantirá o sigilo das informações.

4. Orçamento

Bibliografia	R\$ 2.200,00
Vale-transporte	R\$ 7.780,00
Reprodução de Instrumentos	R\$ 3.000,00
Total	R\$ 12.980,00

5. Cronograma

ATIVIDADES	JUN A SET 2005	OUT 2005	NOV 2005	DEZ 2005	JAN 2006	FEV 2006	MAR 2006	ABR A AGO 2006	SET A OUT 2006	NOV 2006	MAI 2007
Redação do Questionário	X										
Treinamento e Estudo Piloto	X										
Coleta dos Dados		X	X	X	X						
Digitações				X	X	X	X	X			
Análise dos Resultados									X		
Elaboração do Artigo										X	
Defesa Da Dissertação											X

6. Referências Bibliográficas

- ¹ Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(S2):S125-S34.
- ² Vloet TD, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B. Aetiology and life-course of conduct disorder in childhood: risk factors for the development of an antisocial personality disorders. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2006; 34(2):101-14.
- ³ Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Traduzido por Dayse Batista. 7ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ⁴ Jorge MR, coordenador. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais: Texto Revisado*. 4ª Edição. Porto Alegre, ARTMED; 2003.
- ⁵ Marinho ML, Caballo VE. Comportamento Anti-Social Infantil e seu Impacto para a Competência Social. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2002;3(2): 141-47.
- ⁶ Ma HK. The Relation of gender-role Classifications to the Prosocial and Antisocial Behavior of Chinese Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology* 2005; 166(2):189-201.
- ⁷ Pacheco J, Alvarenga P, Reppold C, Piccinini CA, Hultz CS. Estabilidade do Comportamento Anti-social na Transição da Infância para a adolescência: Uma Perspectiva Desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18(1):55-61.
- ⁸ Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(Supl II):12-5.
- ⁹ Puerta IC. Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Rev de Neurologia* 2004; 38(3):271-77.

¹⁰ Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000, 22(3):103-15.

¹¹ Dickson K, Emerson E, Hatton C. Self-reported anti-social behaviour: prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005. 49(11):820-6.

¹² Habermeyer E, Herpertz. Dissocial personality disorder. *Nervenarzt* 2006; 77(5):605-17.

¹³ Farrington DP. Childhood origins of teenage antisocial behavior and adult social dysfunction. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86:13-7.

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO
TRANSTORNO DA CONDUTA: UM ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL**

ANA LAURA SICA CRUZEIRO

Universidade Católica de Pelotas

Mestrado em Saúde e Comportamento

Rua: Almirante Barroso 1202 sala G 109

96010-208 - Pelotas-RS

e-mail: alcruzeiro@gmail.com

Resumo

Este trabalho procurou estimar a prevalência e os fatores associados ao Transtorno da Conduta em adolescentes com idade entre 11 e 15 anos. Em 2006 realizou-se um estudo transversal com 1145 adolescentes na cidade de Pelotas, RS. Foram sorteados 79 setores censitários da zona urbana da cidade e em cada setor 86 domicílios foram visitados. Os adolescentes com idade entre 11 e 15 anos de idade responderam a um questionário auto-aplicado. O Transtorno da Conduta foi avaliado através do M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Foi investigada a associação desta psicopatologia com sexo; idade; nível socioeconômico; escolaridade do adolescente; reprovação na escola; religião; sedentarismo; consumo de álcool; tabagismo; uso de drogas; depressão e *Bullying*. A regressão ordinal foi usada para a análise estatística. Estima-se que, entre os entrevistados, 29,2% tenham Transtorno da Conduta. Na análise multivariada, a chance de um adolescente apresentar um ponto a mais na escala que avalia Transtorno de Conduta foi 2,04 (IC95% 1,53-2,71) vezes maior no sexo masculino. O consumo de bebida alcoólica, o uso de drogas e *Bullying* estiveram associados com maior pontuação na escala de Transtornos de Conduta. Os resultados também mostraram que os fatores associados ao Transtorno da Conduta apontam para a forte inter-relação entre comportamentos de saúde na adolescência.

Palavras-chave: adolescência, Transtorno da Conduta, comportamento, Mini International Neuropsychiatric Interview, transversal.

Abstract

This study purposed to estimate the prevalence and the behavioral factors associated with the conduct disorder in adolescents aged between 11 and 15 years old. A cross-sectional study was carried out with 1145 adolescents. The informed consent was signed by the parents or the responsible for the adolescent before he/she answered a self-administered questionnaire. The conduct disorder was assessed through the M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview, a compatible instrument with the criteria of the DSM-III-R/IV and the CID-10. It was assessed whether this pathology was associated with gender, age, socioeconomic status, adolescent schooling, failure at school, religion, use of tobacco, sedentarism, alcohol consumption, drug use, depression and bullying. The ordinal regression was used for the statistics analysis with a hierarchic model for the outcome. It is estimated that, among the interviewees, 29,2% has conduct disorder. After the adjustment made for the hierarchic model, the adolescents chances presented one point more in Conduct Disorder scale is 2,04 (IC95% 1,53-2,71) times higher in male sex. The pathology was also associated with age, socioeconomic status, alcoholic beverages consume, drug use and bullying. The results also shown that the factors associated with the conduct disorder point to a strong interrelation between health behaviors in adolescence.

Key-words: adolescence, Conduct Disorder, behavior, Mini International Neuropsychiatric Interview , cross-sectional.

Introdução

Os Transtornos da Conduta abrangem os comportamentos de risco que podem comprometer a saúde física e mental do adolescente¹, como o uso de álcool, o uso de drogas e violência. Estão entre os transtornos mais comumente encontrados na infância e adolescência^{2,3,4} e são padrões de comportamentos repetitivos e persistentes, no qual são violados direitos básicos dos outros, normas ou regras sociais⁵, iniciando comportamentos agressivos e reagindo agressivamente a outras pessoas^{6,7}.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – Quarta Edição – Texto Revisado (DSM-IV-TR), o Transtorno da Conduta (TC), classificado nos Transtornos de Comportamentos Disruptivos da Infância e da Adolescência, pode ser dividido em conduta agressiva que causa ou ameaça danos físicos a outras pessoas ou a animais; conduta não-agressiva que causa perdas ou danos a propriedades; defraudação e/ou furto; e, sérias violações de regras⁶.

Nesta desordem psicológica, os comportamentos inadequados de menor gravidade como mentir, enganar, faltar aulas sem justificativa e furtar objetos de pouco valor, costumam anteceder comportamentos mais graves como brigas com uso de armas, arrombamentos e assaltos⁸. A persistência dos comportamentos que caracterizam o transtorno pode conduzir a um diagnóstico de Transtorno de Personalidade Anti-social na idade adulta^{6,8,9,10,11,12,13}.

A prevalência de Transtorno da Conduta varia bastante entre os países em que foram realizados os estudos, desde 5,5% no Canadá^{14,15} até 30,4% no Peru⁴. Na maioria dos estudos os meninos apresentam um risco maior de apresentarem Transtornos de Conduta.^{8,10,14,15,16}, Além disso, é mais freqüente em adolescentes mais velhos, independente do sexo⁸.

Os fatores mais comumente associados aos Transtornos de Conduta são: sexo^{4,7}, nível socioeconômico^{14,15,22,23,24,25}, uso de bebida alcoólica^{4,26,27,28,29}, uso/abuso de drogas ilícitas^{30,31,32}, *Bullying*³³ e depressão^{34,35}. Não existem estudos brasileiros sobre a frequência e os fatores comportamentais associados ao problema. Nesse sentido, faz-se necessário estimar a prevalência e os fatores comportamentais associados ao Transtorno da Conduta em adolescentes para que se possa ajudar no estabelecimento de estratégias preventivas.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal em uma amostra representativa de adolescentes na cidade de Pelotas, em 2006. Esta investigação fez parte de uma ampla pesquisa sobre comportamentos de saúde na adolescência, realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. A partir dos 448 setores censitários da zona urbana da cidade foram sorteados 79 setores. Em cada um desses setores selecionados, sorteou-se um quarteirão e uma esquina como ponto inicial a partir de onde se iniciou a visita sistemática de todas residências.

A partir da estimativa de prevalência encontrada na revisão, de um nível de confiança de 95% e de um poder estatístico de 80% e erro amostral de 1,5%, calculou-se o tamanho da amostra necessário para identificar a prevalência e avaliar a associação entre o Transtorno da Conduta e comportamentos em saúde na adolescência, assim seria necessário acompanhar uma amostra de 856 adolescentes. Ao serem acrescentados mais 30% para perdas e para controle de fator de confusão, conseqüentemente teriam que ser acompanhados 1112 adolescentes.

Após a obtenção do consentimento por escrito dos pais ou responsável pelo adolescente, o jovem respondeu a um questionário auto-aplicado e sigiloso com questões sobre sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade, religiosidade, atividades físicas na escola e de lazer, entretenimento, consumo de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, relacionamento sexual, depressão, comportamentos agressivos e *Bullying*.

Para avaliação do Transtorno da Conduta foi utilizado, na forma auto-aplicada, o módulo do M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview – que investiga

esta patologia, um instrumento compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e do CID-10³⁶, investigando as seguintes variáveis: ter freqüentemente passado a noite na rua, desacompanhado, sem autorização dos pais; ter freqüentemente mentido, passado a perna/enganado os outros; ter roubado alguma coisa; ter ameaçado bater em outras pessoas; ter destruído ou incendiado coisas de propósito; e, ter machucado animais ou pessoas de propósito.

Os dados coletados foram digitados no programa Epi-Info 6.0, com checagem automática da consistência. Primeiramente, foi calculada a prevalência do transtorno, utilizando o ponto de corte para esta estimativa, estabelecido no instrumento, duas ou mais respostas positivas para os comportamentos investigados. Logo após, utilizou-se a regressão ordinal na análise estatística com o somatório de respostas positivas de cada adolescente, no Stata 9.0, quando o modelo de odds proporcional foi empregado para estimar o risco de aumentar em um ponto na escala. Os riscos brutos foram testados para o requisito de proporcionalidade do odds, usando o teste de Brant. Todas as análises controlaram para o efeito do delineamento, uma vez que se utilizou uma amostragem em múltiplos estágios.

Na análise multivariada, usou-se um modelo hierárquico, onde cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído, e as variáveis com um valor $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permaneceram no modelo. Nesse tipo de modelo³⁷, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidores da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneceram nos modelos subseqüentes e foram consideradas como fatores

associados com Transtorno da Conduta mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, tivessem perdido sua significância.

O modelo hierárquico foi composto, de acordo com a revisão de literatura^{4,14,26,30,33,34}, da seguinte maneira: no primeiro nível, as variáveis sócio-demográficas – sexo, idade e nível socioeconômico; no segundo, as variáveis comportamentais – escolaridade do adolescente, reprovação na escola, ter uma religião, freqüentar culto ou missa da religião que pertence, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica no último mês, tomar porre no último mês, uso de cigarro no último mês e uso de drogas no último mês; e, no terceiro nível, as variáveis psicossociais – depressão e *Bullying*.

Resultados

Dos 1265 adolescentes localizados, 120 (9,9%) se recusaram a participar do estudo ou foram considerados perdidos, totalizando 1145 adolescentes entrevistados com idades entre 11 e 15 anos.

A amostra de adolescentes entrevistados estava dividida de forma similar em relação ao sexo, 51,7% do sexo feminino e 48,3% do sexo masculino. Assim também esteve dividida nas idades, com um percentual em torno de 20% para cada faixa etária. Cabe ressaltar o grande percentual de reprovação na escola (44%). Quanto à religiosidade, 62,7% tinham religião e 45,8% freqüentavam o culto ou a missa de sua religião (Tabela 1).

Ao avaliar-se a prevalência de Transtorno da Conduta, segundo os critérios do instrumento utilizado, encontramos que 29,2% relataram 2 ou mais dos comportamentos avaliados.

Na análise bivariada (Tabela 2), os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior 1,91 vezes (IC95% 1,50-2,43) mais chance de apresentarem um comportamento a mais do que as meninas. Em relação a faixa etária, os adolescentes de 13 (OR 1,50; IC95% 1,05-2,16) e 14 anos (OR 1,46; IC95% 1,02-2,09) mostraram maior chance de apresentar mais comportamentos relacionados com o transtorno de conduta.

Em relação ao nível socioeconômico os adolescentes de classe mais baixa apresentaram uma chance 1,65 vezes maior (IC95% 1,10-2,46). Além do mais, ter reprovado de ano na escola esteve associado com aumento no número de comportamentos relacionados ao Transtorno de Conduta (Tabela 2).

Pertencer a uma religião (OR 1,27; IC95% 1,01-1,59) e freqüentar o culto ou missa dessa religião (OR 1,41; IC95% 1,11-1,78) se mostraram um fator protetor para desenvolvimento de Transtorno da Conduta.

Entre os comportamentos de saúde na adolescência examinados, o sedentarismo (OR 1,44; IC95% 1,04-2,00), o consumo de bebidas alcoólicas no último mês (OR 2,64; IC95% 2,00-3,49), tomar porre no último mês (OR 3,03; IC95% 1,80-5,10), o uso de cigarro no último mês (OR 2,28; IC95% 1,32-3,94) e o uso de drogas no último mês (OR 5,93; IC95% 3,32-10,60) estiveram associados a um maior número de comportamentos relacionados com o Transtorno da Conduta.

As duas variáveis psicossociais examinadas depressão (OR 5,14; IC95% 1,05-25,19) e o *Bullying* (OR 2,14; IC95% 1,55-2,97) também se mostraram associadas (Tabela 2).

Após o ajuste realizado através da técnica de regressão ordinal, segundo o modelo hierarquizado, para controlar possíveis fatores de confusão e estabelecer possíveis fatores mediadores, mantiveram uma associação significativa as variáveis sexo, idade dos adolescentes e nível socioeconômico (Figura 2) do primeiro nível hierárquico. A razão de odds para o sexo masculino aumentou de 1,91 para 2,04 (IC95% 1,53-2,71). As idades de 13 (OR 2,07; IC95% 1,34-3,21) e 14 (OR 1,76; IC95% 1,15-2,71) anos mantiveram-se associadas ao transtorno, bem como o nível socioeconômico baixo (OR 1,89; IC95% 1,27-2,80).

No segundo nível as variáveis que permaneceram associadas foram consumo de bebida alcoólica (OR 2,36; IC95% 1,68-3,31) e uso de drogas no último mês (OR 3,11; IC95% 1,64-5,91).

Por fim, no terceiro nível hierárquico, apenas *Bullying* manteve-se associado (OR 2,02; IC95% 1,26-3,26).

Discussão

Inicialmente, é importante comentar sobre as dificuldades terminológicas enfrentadas diante às nomenclaturas encontradas. Na literatura, o termo Transtorno da Conduta, geralmente, equipara-se a Comportamento Anti-social. No entanto, usa-se o termo Comportamento Anti-social, para referir-se a diversas características comportamentais de diversos tipos de transtornos mentais¹¹ que são englobados por tal terminologia, como Transtorno da Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Personalidade Anti-social. O termo Comportamento Anti-social não necessita de um único diagnóstico clínico enquanto que o Transtorno da Conduta apresenta um quadro de sintomas característicos da patologia.

Este é o primeiro estudo realizado no Brasil que mostra a prevalência de Transtorno da Conduta. Existem poucos estudos no mundo que mostram esta prevalência em adolescentes, no Brasil só foi encontrado um estudo sobre Comportamentos Anti-sociais, em que não é descrita a prevalência bruta, apresentando apenas a prevalência de comportamentos violentos e comportamentos não-violentos de forma separada³⁸.

Os estudos encontrados apresentam prevalências muito variadas: no Canadá^{14,15}, uma investigação com instrumento baseado nos critérios do DSM-III respondido pelo adolescente, pais e professores, mostrou que 5,5% da população entre 4 e 16 anos apresentaram esta psicopatologia, enquanto que no Peru, o transtorno foi encontrado em 30,4% da população de 421 adolescentes de 12 a 17 anos de idade⁴, avaliados através do *Cuestionario de Salud Mental*. As diferenças nos valores, do Brasil e Peru em relação ao Canadá, provavelmente, sejam decorrentes da divergência de instrumentos utilizados nas coletas de dados e nas diferenças socioeconômicas e culturais dos locais investigados.

Em relação ao sexo, os estudos^{3,4} apontam resultados, no mesmo sentido, o sexo masculino apresenta maiores chances de desenvolver Transtorno da Conduta comparado com o sexo feminino, corroborando os resultados encontrados em Pelotas. Essa associação provavelmente se deve a algumas diferenças que caracterizam o sexo masculino e o sexo feminino. Em estudo realizado no Brasil com escolares, o sexo masculino esteve significativamente associado à vivência e expressão da agressividade³⁹.

Assim como neste trabalho, alguns estudos^{14,15,22,23,24,25} têm mostrado que o baixo nível socioeconômico é um fator de risco para muitos comportamentos perigosos na adolescência.

No já citado trabalho realizado no Peru com adolescentes⁴, os dados encontrados mostraram que, como no presente estudo, o abuso de bebida alcoólica está significativamente associado com o Transtorno da Conduta (OR 6,91 p<0,001). Clark e colaboradores²⁷, em estudo realizado com adolescentes de 14 a 18 anos, também mostrou esta associação entre os usuários de álcool que estavam em tratamento (89%). É possível levantar a hipótese do álcool por suas características depressoras do Sistema Nervoso Central facilitar o aparecimento de comportamentos disruptivos.

A comorbidade entre o uso/abuso de drogas e Transtorno da Conduta é corroborada por diversos autores^{30,31,32}; um estudo de Taiwan³⁰ sobre Transtorno por uso de substâncias mostra que a comorbidade apresenta um OR de 9,5. Esta relação poderá levar a violência e a criminalidade^{40,41}, pois muitos estudos mostram que o uso de drogas é preditor a violência/criminalidade e que o TC e o abuso de drogas estão presentes em jovens encarcerados⁴².

Assim como em Pelotas, um estudo em 25 países da Europa, *HBSC Study*, mostrou que *Bullying* está significativamente associado a altas taxas de problemas de

comportamento³³. Este estudo europeu também mostrou a associação com o pobre ajustamento emocional, que pode levar ao aumento da agressividade do jovem possibilitando o aparecimento do TC. É plausível que os adolescentes que sofreram violência tornem-se violentos.

Alguns estudos mostram o Transtorno da Conduta como fator associado à depressão^{34,35}, mas a presente investigação, após o ajuste ao modelo hierárquico, não encontrou associações significativas entre estas duas patologias. Provavelmente devido a utilização de um modelo hierarquizado para o controle de variáveis no presente estudo, que permite maior precisão nos resultados, e a perda de poder dado à baixa prevalência de depressão na amostra estudada. Esta baixa prevalência pode estar relacionada ao instrumento utilizado, que avalia somente alguns sintomas de depressão.

Em relação as características do estudo, cabe salientar que por ser transversal de base-populacional e com taxa de resposta de 92,4% reduz-se a possibilidade de ocorrência de viés de seleção. Ademais, a amostra do estudo representa a população de Pelotas, de acordo com o levantamento do Datasus de 2006, quando a população de Pelotas, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, era de 14856 homens e 14586 mulheres. Por outro lado, não ter avaliado as questões sociais e familiares possivelmente associadas ao Transtorno da Conduta são limitações desta investigação.

Nesse contexto, sexo e nível socioeconômico estão significativamente associados à patologia. Além disso, os demais fatores associados ao Transtorno da Conduta apontam para a forte inter-relação entre comportamentos de saúde na adolescência. Estratégias preventivas com relação a precocidade do abuso de substâncias e a prática do *Bullying* podem evitar o agravamento do quadro, pois são comportamentos preditores do TC.

Na literatura, existem estudos que apontam a existência de estratégias de tratamentos Cognitivo-Comportamentais, com jovens¹⁰ e familiares⁷, eficazes para a redução da sintomatologia do Transtorno da Conduta.

Tendo em vista os resultados apontados, uma contribuição significativa do presente estudo é fornecer subsídios para iniciar um programa de diagnósticos precoces. Pois, crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, tendem a permanecer com estes transtornos na idade adulta e, estes tendem a criar filhos com transtornos de comportamentos⁴³, estabelecendo-se um ciclo difícil para a sociedade.

Referências Bibliográficas:

- ¹ Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(S2):S125-S34.
- ² Vloet TD, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B. Aetiology and life-course of conduct disorder in childhood: risk factors for the development of an antisocial personality disorders. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2006; 34(2):101-14.
- ³ Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality - Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:118-27.
- ⁴ Perales A, Sogi C. Perspectiva sociocultural de las conductas disociales em adolescentes. *Acta Psiquiát Psicol Am Lat.* 1998; 44(1):29-39.
- ⁵ Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. *Compêncio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* Traduzido por Dayse Batista. 7ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas 1997.
- ⁶ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994.
- ⁷ Marinho ML, Caballo VE. Comportamento Anti-Social Infantil e seu Impacto para a Competência Social. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2002; 3(2):141-7.
- ⁸ Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(Supl II):12-5.
- ⁹ Farrington DP. Childhood origins of teenage antisocial behavior and adult social dysfunction. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86:13-7.

- ¹⁰ Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 2001; 13(2):355-75.
- ¹¹ Pacheco J, Alvarenga P, Reppold C, Piccinini CA, Hultz CS. Estabilidade do Comportamento Anti-social na Transição da Infância para a adolescência: Uma Perspectiva Desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18(1):55-61.
- ¹² Soderstrom H, Sjodin A, Carlstedt A, Forsman A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Research* 2004; 121:271–80.
- ¹³ Goldstein RB, Grant BF, Ruan JW, Smith SM, Saha TD. Antisocial Personality Disorder With Childhood- vs Adolescence-Onset Conduct Disorder - Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:667–75.
- ¹⁴ Offord DR, Boyle MH, Fleming JE, Blum HM, Grant NIA. Ontario Child Health Study – Summary of Selected Results. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34:483-91.
- ¹⁵ Offord DR, Boyle MH, Racine Y. Ontário Child Health Study: Correlates of Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; 28(6): 856-60.
- ¹⁶ Ma HK. The Relation of gender-role Classifications to the Prosocial and Antisocial Behavior of Chinese Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology* 2005; 166(2):189-201.
- ¹⁷ Habermeyer E, Herpertz SC. Dis-social personality disorder. *Der Nervenarzt* 2006; 77(5):605-17.
- ¹⁸ Bor W, McGee TR, Fagan AA. Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38:365–72.

- ¹⁹ Mayer GR. Preventing Antisocial Behavior in the Schools. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1995; 28(4):467-78.
- ²⁰ Marinho ML, Caballo VE. Comportamento Anti-Social Infantil e seu Impacto para a Competência Social. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2002; 3(2):141-7.
- ²¹ Murray J, Farrington DP. Parental imprisonment: effects on boys' antisocial behaviour and delinquency through the life-course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(12):1269–78.
- ²² Pineda DA, Kamphaus RW, Restrepo MA, Puerta IC, Arango CP, Lopera FJ, et al. Screening for Conduct Disorder in an Adolescent Male Sample from Colômbia. *Transcultural Psychiatry* 2006; 43(3):362–82.
- ²³ Lahey BB, Loeber R, Burke JD, Applegate B. Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males From a Clinical Assessment in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2005 by the American Psychological Association 2005; 73(3):389–99.
- ²⁴ Lacourse E, Nagin DS, Vitaro F, Côté S, Arseneault L, Tremblay RE. Prediction of Early-Onset Deviant Peer Group Affiliation – A 12-Year Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:562-8.
- ²⁵ Bassarath L. Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 609–16.
- ²⁶ Clark DB, Bukstein OG. Psychopathology in Adolescent Alcohol Abuse and Dependence. *Alcohol Health & Research World* 1998; 22(2):117-21.
- ²⁷ Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36(9):1195-203.

- ²⁸ Brown SA, Gleghorn A, Schuckit MA, Myers MG, Mott MA. Conduct Disorder among Adolescent Alcohol and Drug Abusers. *Journal of Studies on Alcohol* 1996; 57:314-24.
- ²⁹ Couwenbergh C, Brink W, Zwart K, Vreugdenhil C, Wijngaarden-Cremers P, Gaag RJ. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders - A review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15:319–28.
- ³⁰ Chong MY, Chan KW, Cheng ATA. Substance use disorders among adolescents in Taiwan: prevalence, sociodemographic correlates and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine* 1999; 29(6):1387-96.
- ³¹ Armstrong TD, Costello JE. Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(6): 1224–39.
- ³² Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-44.
- ³³ Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ, the Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national Consistency in the Relationship Between Bullying Behaviors and Psychosocial Adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158:730-36.
- ³⁴ Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31(3):547-57.
- ³⁵ Kovacs M, Pollock M. Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34(6):715-14.

- ³⁶ Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(3):103-15.
- ³⁷ Victora C G, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26:224-7.
- ³⁸ Bordin IAS. Fatores de Risco para Comportamento Anti-Social na Adolescência e Início da Vida Adulta [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1996.
- ³⁹ Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na Adolescência: Experiência E Expressão da Raiva. *Psicologia em Estudo* 2006; 11(1):89-97.
- ⁴⁰ Dawkins MP. Drug use and violent crime among adolescents. *Adolescence* 1997; 32(126):395-405.
- ⁴¹ Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental Risk Factors for Youth Violence. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26:176–186.
- ⁴² Copur M, Turkcan A, Erdogmus M. Substance abuse, conduct disorder and crime: Assessment in a juvenile detention house in Istanbul, Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 59:151–154.
- ⁴³ Farrington DP. The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The Development of Offending and Antisocial Behaviour from Childhood: Key Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995; 36(6):929-64.

Tabela 1 – Características dos adolescentes de 11 a 15 anos de idade. Pelotas-RS. 2006.

Variável	N(%)
Sexo	
Masculino	540(48,3)
Feminino	557(51,7)
Idade (anos)	
11	227(20,2)
12	235(20,9)
13	224(19,9)
14	230(20,5)
15	207(18,4)
Nível Socioeconômico	
Baixo	310(27,1)
Médio	265(23,1)
Alto	292(25,5)
Escolaridade do adolescente (em anos)	
até 4 anos de estudo	167(15,5)
de 5 a 7 anos de estudo	682(63,1)
8 ou mais anos de estudo	231(21,4)
Reprovação na escola	
Nenhuma vez	588(56,0)
Uma vez	260(24,8)
Duas ou mais vezes	202(19,2)
Religião	
Sim	688(62,7)
Não	410(37,3)
Frequência ao culto ou missa	
Sim	501(45,8)
Não	594(54,2)
Sedentarismo	
Sedentário	152(20,3)
Ativo	596(79,7)
Consumir bebida alcoólica (último mês)	
Sim	249(21,7)
Não	896(78,3)
Tomar porre (último mês)	
Sim	48(4,2)
Não	1097(95,8)
Uso de cigarro (último mês)	
Sim	80(7,0)
Não	1065(93,0)
Uso de drogas (último mês)	
Sim	39(3,4)
Não	1006(96,6)
Depressão	
Sim	20(2,1)
Não	931(97,9)
Bullying	
Sim	244(31,8)
Não	523(68,2)

Tabela 2 – Razão de odds para escore de Transtorno da Conduta (Regressão Ordinal) de acordo com variáveis socioeconômicas e demográficas. Pelotas, RS. 2006.

Variável	N	OR (IC 95%)
Sexo		
Masculino	540	1,91(1,50-2,43)
Feminino	557	Referência
Idade (anos)		
11	227	Referência
12	235	0,84(0,58-1,21)
13	224	1,50(1,05-2,16)
14	230	1,46(1,02-2,09)
15	207	1,17(0,84-1,64)
Nível Socioeconômico		
Baixo	310	1,65 (1,10-2,46)
Médio	265	1,07 (0,73-1,56)
Alto	292	Referência
Escolaridade do adolescente (em anos)		
até 4 anos de estudo	167	Referência
de 5 a 7 anos de estudo	682	1,13(0,76-1,70)
8 ou mais anos de estudo	231	1,11(0,72-1,73)
Reprovação na escola		
Nenhuma vez	588	Referência
Uma vez	260	1,31(1,02-1,70)
Duas ou mais vezes	202	1,53(1,14-2,07)
Religião		
Sim	688	Referência
Não	410	1,27(1,01-1,59)
Frequência ao culto ou missa		
Sim	501	Referência
Não	594	1,41(1,11-1,78)
Sedentarismo		
Sedentário	152	Referência
Ativo	596	1,44(1,04-2,00)
Consumir bebida alcoólica (último mês)		
Sim	249	2,64(2,00-3,49)
Não	896	Referência
Tomar porre (último mês)		
Sim	48	3,03(1,80-5,10)
Não	1097	Referência
Uso de cigarro (último mês)		
Sim	80	2,28(1,32-3,94)
Não	1065	Referência
Uso de drogas (último mês)		
Sim	39	5,93(3,32-10,60)
Não	1006	Referência
Depressão		
Sim	20	5,14(1,05-25,19)
Não	931	Referência
Bullying		
Sim	244	2,14(1,55-2,97)
Não	523	Referência

FIGURA 1 Modelo hierárquico utilizado para a análise dos dados.

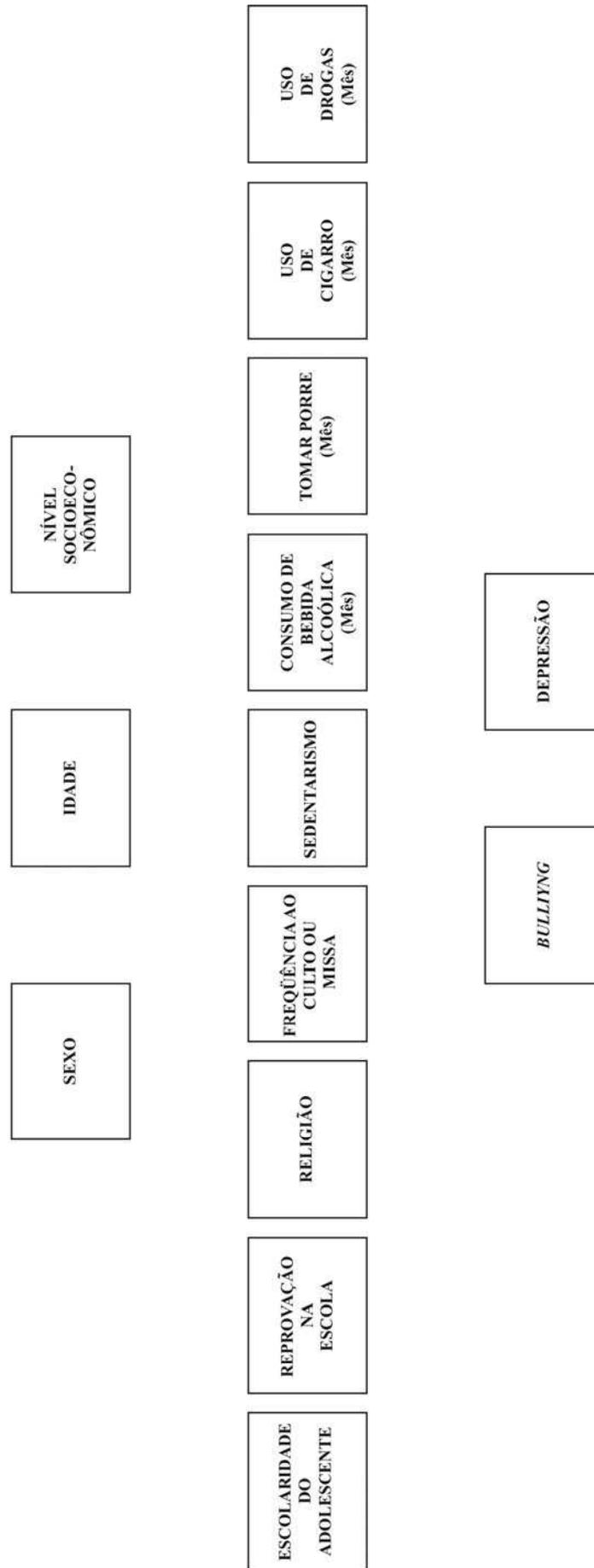


FIGURA 2 – Modelo hierárquico final para escore de Transtorno da Conduta. Pelotas, RS. 2006.

Sexo (p=0,000) Masculino – 2,04 (1,53-2,71) Feminino – Referência	Idade em anos (p=0,008) 11 – Referência 12 – 0,93 (0,61-1,43) 13 – 2,07 (1,34-3,21) 14 – 1,76 (1,15-2,71) 15 – 1,37 (0,90-2,09)	Nível Socioeconômico (p=0,003) Baixo – 1,89 (1,27-2,80) Médio – 1,20 (0,83-1,72) Alto - Referência
Consumo bebida alcoólica no último mês (p=0,001) Sim – 2,36 (1,68-3,31) Não – Referência	Uso de drogas no último mês (p=0,001) Sim – 3,11 (1,64-5,91) Não – Referência	
		Bullying (p=0,001) Sim – 2,02 (1,26-3,26) Não – Referência

ANEXO