Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas

Celene E. Domitrovich, PhD, Mark T. Greenberg, PhD

Pennsylvania State University, EUA

Junho 2003

Introdução

Nos últimos cinco anos, a prevenção de distúrbios da saúde mental e a promoção da saúde mental aumentaram significativamente, tanto na América do Norte como em outros países. Em 1999, a *World Federation for Mental Health* (Federação Mundial para a Saúde Mental) e a *Clifford Beers Foundation* (Fundação Clifford Beers) - em colaboração com o Carter Center - organizaram a Primeira Conferência Mundial para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção de Transtornos Mentais e Comportamentais. Nos Estados Unidos, o relatório mais recente do *US Surgeon General* abordou o tema da saúde mental e enfatizou a importância da prevenção.[1] À medida que a ciência da prevenção se expande e novas intervenções mostram-se eficazes na redução do risco de transtornos mentais, vem ocorrendo uma mudança nas prioridades dos governos e das fundações privadas em relação ao financiamento desse tipo de programa. Consequentemente, aumentou a necessidade de resumos precisos sobre informações de pesquisas, e inúmeros relatórios, revisões e sistemas de classificação surgiram para identificar esses programas e divulgar informações para o público.[2-4]

©2003-2026 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

Questão

A agressividade e o conjunto de comportamentos negativos (tais como comportamento de oposição, comportamento destrutivo) que tipicamente a acompanham estão entre os problemas mais sérios e prevalentes de saúde mental na infância.[5] De fato, a agressividade é frequentemente a característica principal de transtorno desafiador opositivo e de transtorno de conduta.[6,7] Muitos dos problemas que envolvem maiores custos e prejuízos para a sociedade (por exemplo, delinquência, uso de drogas e distúrbios mentais em adultos) têm origem em problemas precoces de conduta. Esses problemas, particularmente quando se manifestam na primeira infância, são extremamente estáveis e preditivos de resultados negativos. Na verdade, cerca de 50% das crianças identificadas como portadoras de problemas comportamentais na pré-escola continuam a exibir o mesmo padrão de comportamento no decorrer da infância e no início da adolescência.[8,9]

Problemas

A agressividade e, de maneira geral, os problemas de conduta são difíceis de prevenir porque são determinados por múltiplos fatores e se mantêm dentro de vários sistemas ecológicos (família, grupo de pares, escola). Os fatores de risco associados a esses comportamentos problemáticos tendem a aglutinar-se, e os fatores de risco de uma determinada fase de desenvolvimento tendem a aumentar o risco em fases subsequentes.[10,11]

Embora fatores de risco genéticos e biológicos certamente aumentem o risco para algumas crianças, as condições ambientais podem acentuar significativamente o risco de problemas de saúde mental na infância, entre os quais a agressividade. Adversidades sociais e econômicas estão diretamente associadas ao funcionamento da criança, mas também o afetam indiretamente por meio de diversos mecanismos, entre os quais a saúde mental dos pais e as práticas de cuidados parentais.[12]

Pais de crianças com problemas comportamentais tendem a ter maior dificuldade para lidar com o comportamento dos filhos. Alguns pais são mais relaxados e permissivos quanto à disciplina, ao passo que outros são particularmente hostis e punitivos. Esses estilos também podem aparecer combinados. Muitos pais que exibem padrões disciplinares acentuadamente punitivos têm relações com seus filhos que são descritas como *ciclos coercitivos*. Esses padrões são particularmente prejudiciais para as crianças, porque reforçam um padrão negativo de

comportamento e “ensinam” à criança que a agressão e o comportamento negativo são formas eficazes de atingir objetivos pessoais.

Crianças que exibem níveis altos de agressividade – particularmente se isso ocorre em mais de um contexto – têm maior probabilidade de enfrentar dificuldades na transição para a escola e no envolvimento com o processo de aprendizagem. Têm menos habilidades sociais e emocionais, o que as coloca em risco de rejeição por seus colegas. Seu comportamento negativo também prejudica sua capacidade de estabelecer relações positivas com os professores. Comportamento negativo, baixo envolvimento e rejeição por parte dos adultos e de outras crianças afetam negativamente o comportamento acadêmico, tornando-se mais um fator de risco para desajustamentos futuros.

Contexto de pesquisas

Têm sido desenvolvidas muitas intervenções preventivas focalizadas na criança visando reduzir problemas comportamentais entre crianças em idade de frequentar a escola primária, mas intervenções com crianças menores de 5 anos de idade são muito menos frequentes. Devido a diversos fatores, a maioria dessas intervenções é conduzida com crianças em idade pré-escolar e suas famílias. Por um lado, há um aumento em termos de desenvolvimento no comportamento oposicionista e agressivo de crianças em torno dos 2 anos de idade, e é muito mais fácil avaliar esses comportamentos de forma confiável e identificar crianças em risco depois que ultrapassaram esse período de desenvolvimento (aproximadamente aos 4 anos de idade). Além disso, uma vez que o desenvolvimento cognitivo, linguístico e emocional da criança apresenta avanços drásticos no período pré-escolar, a essa altura ela está mais bem-equipada para aprender habilidades sociais e emocionais que funcionam como fatores de proteção contra o desenvolvimento ou a persistência de padrões agressivos de comportamento.

É importante notar que diversas intervenções preventivas, particularmente as que focalizam o aumento de habilidades cognitivas da criança, também reduziram a agressão infantil.[13-19] Este ganho secundário destaca a interconexão entre os sistemas no período pré-escolar, e ilustra as formas pelas quais os fatores iniciais de risco estão associados a múltiplos desenlaces.

Questões-chave para pesquisas

Na área de prevenção, as seguintes questões de pesquisa são essenciais:

1. Com base em resultados de avaliações aleatórias de ensaios clínicos, quais intervenções se mostraram eficazes na redução de problemas comportamentais em crianças pequenas?
2. Nos estudos que avaliam essas intervenções, que resultados proximais focalizados pela intervenção se relacionaram a mudanças de longo prazo no comportamento das crianças?
3. Existem características dos participantes ou dos implementadores da intervenção que tenham influenciado a natureza dos resultados?

Resultados de pesquisas recentes

Está além do escopo deste artigo oferecer um resumo abrangente de todos os programas que se mostraram eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas. Os leitores são orientados, portanto, a consultar duas revisões de literatura.[20-21] De maneira geral, as intervenções voltadas à redução da agressividade classificam-se em três categorias:

1. Intervenções que focalizam primariamente a criança, e tentam reduzir os riscos por meio de promoção de habilidades sociais, emocionais ou cognitivas.
2. Intervenções que melhoram o funcionamento parental, as habilidades de cuidados parentais ou a qualidade da relação entre pais e filhos.
3. Intervenções com componentes múltiplos, que integram diversas intervenções e focalizam múltiplos contextos. Será descrito um exemplo de cada tipo de programa.

Programas focalizados na criança

São muito poucos os programas focalizados na criança oferecidos de forma isolada. A maioria deles inclui, no mínimo, um componente parental. Em geral, intervenções com crianças são oferecidas como programas universais em sala de aula, ou como intervenções que focalizam pequenos grupos de crianças. Envolvem tipicamente o ensino de habilidades (sociais, emocionais ou de resolução de conflitos) ou a utilização de sistemas de contingência para modificar o comportamento das crianças. Um dos programas mais conhecidos é um currículo de resolução de problemas denominado *I can problem solve.*[22-25] Esse programa foi avaliado em um ensaio clínico com uma amostra de crianças em idade pré-escolar e de ensino primário. As crianças que receberam a intervenção geraram soluções mais eficazes para problemas e apresentaram comportamentos menos disruptivos.[26]

Programas focalizados nos pais

Tendo em vista os fatores de risco relacionados à família que contribuem para o desenvolvimento da agressividade da criança, há uma forte tradição de trabalho com os pais para melhorar suas práticas parentais.[27-29] Tipicamente, os programas de capacitação parental são oferecidos no contexto de grupos pequenos. Um dos programas que têm uma extensa base de pesquisa é *Incredible Years Training for Parents*.[30] Este programa é único, uma vez que utiliza videoteipes e materiais escritos para promover relações positivas entre pais e filhos, para ensinar os pais a utilizar estratégias disciplinares positivas, e para ajudá-los a aprender como apoiar a aprendizagem e as realizações dos filhos. Uma amostra de pais do programa *Head Start* participou de um ensaio de avaliação clínica dessa intervenção.[31] Os resultados indicaram que os filhos dos pais participantes apresentavam menos problemas comportamentais, eram menos negativos e exibiam mais afeto positivo ao final do programa e um ano depois.

Programas com componentes múltiplos

Embora os programas que focalizam um único domínio sejam importantes e úteis, não são tão eficazes quanto as intervenções com múltiplos componentes, que integram uma diversidade de estratégias para abordar diferentes fontes de risco. Um exemplo de uma intervenção deste tipo visando reduzir a agressão na infância é o programa *First Steps*.[32] Este programa inclui um processo abrangente de mapeamento que identifica, durante a educação infantil, crianças com problemas comportamentais. A intervenção inclui um componente de capacitação de pais e um componente de construção de habilidades para as crianças. Em uma avaliação do programa, os professores descreveram as crianças sob sua supervisão como menos agressivas no pós-teste e em estágios posteriores de acompanhamento, quando as crianças estavam na primeira série do ensino primário.[32]

Conclusões

A área da prevenção está crescendo rapidamente. Evidências cumulativas demonstraram que os fatores de risco para diversos transtornos de saúde mental de crianças podem ser reduzidos por meio de prevenção.[33] Em termos gerais, tem sido atribuída maior atenção à prevenção de problemas de conduta do que à prevenção de comportamentos associados a distúrbios de internalização (por exemplo, ansiedade). Apesar dessa atenção, os esforços preventivos só produziram resultados modestos, e muito poucos estudos mostraram efetivamente reduções na prevalência de distúrbios. Além disso, a maioria das intervenções preventivas que focalizam crianças com problemas comportamentais foi planejada para crianças em idade de frequentar a

escola primária, e não para crianças mais jovens. Os resultados mais consistentes foram constatados em programas com componentes múltiplos, que focalizam diversas áreas, sistemas e ambientes em transformação, bem como indivíduos e unidades familiares.

Implicações

Três palavras descrevem com clareza o futuro da prevenção neste domínio: geração, replicação e implementação. Tendo em vista a estabilidade relativamente alta de problemas comportamentais a partir dos anos pré-escolares, é necessário desenvolver estratégias adicionais para a redução de problemas de agressividade e de conduta na infância, e avaliá-las por meio de experimentos de alta qualidade, com amostras amplas que representem diversas comunidades. Entre os programas já desenvolvidos, poucos foram replicados ou avaliados por pesquisadores que não os proponentes do programa. Este é um segundo passo crítico depois que a eficácia de uma intervenção foi estabelecida em um ensaio clínico inicial. Sem esse tipo de base de pesquisa para cada programa, é difícil extrair conclusões consistentes sobre sua eficácia. Devido às estreitas interconexões entre o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, é muito promissora a elaboração de modelos de currículo pré-escolar que integrem programas fundamentados em evidências nas áreas de cognição, alfabetização, linguagem e aprendizagem socioemocional.

Por fim, à medida que os profissionais se tornem mais conscientes da importância de programas baseados em evidências, aumentará a demanda por essas intervenções. À medida que as intervenções sejam disseminadas nas comunidades, haverá também necessidade contínua de pesquisas sobre implementação. A fidelidade ao programa é fundamental para garantir que os elementos essenciais de uma intervenção sejam oferecidos. No entanto, os profissionais precisam também ser capazes de adaptar as intervenções de forma a ajustá-las às necessidades dos contextos em que estão trabalhando e dos participantes do programa. Esse tipo de decisão precisa ser subsidiado por pesquisas. Mas até este momento, são muito poucas as intervenções desse tipo que foram avaliadas de forma abrangente.

Referências

1. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth Violence: a Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
2. Safe schools, safe students: *A guide to violence prevention strategies*. Washington, DC: Drug strategies; 1998.
3. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, eds. *Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002.

4. Sylvia S, Thorne JT. *School-based drug prevention programs: A longitudinal study in selected school districts. Technical report.* Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC; 1997. Publication #ED416432.
5. Costello EJ, guest ed. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6 Special Issue).
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 1994.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1990;31(6):871-889.
8. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(9):732-739.
9. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978;8(4):611-622.
10. Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
11. Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1997:343-356.
12. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
13. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19.* Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1984.
14. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development* 1993;64(3):736-753.
15. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2):684-698.
16. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(4):375-385.
17. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. Results at age 8 years of arly intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. JAMA-*Journal of the American Medical Association* 1997;277(2):126-132.
18. Schweinhart LJ, Weikart DP, Larner MB. Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly* 1986;1(1):15-45.
19. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope Preschool Curriculum Comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(2):117-143.
20. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development* 1999;10(1):47-68.
21. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. Reducing the risks for mental disorders during the first five years of life: A review of preventive interventions. Report submitted to the Center for Mental Health Services (SAMHSA). Denver, Colo: Prevention Research Center for Family and Child Health, University of Colorado Health Sciences Center; 1999.
22. Shure MB. Preschool. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program.*
23. Shure MB. Kindergarten and primary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program.*

24. Shure MB. Intermediate elementary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

25. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1980;1(1):29-44.

26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 1982;10(3):341-356.

27. Forehand R, Breiner J, McMahon RJ, Davies G. Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1981;12(4):311-313.

28. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-650.

29. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.

30. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T, Tingley C. *The Incredible Years: Parent, Teacher And Child Training Series* (IYS). Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder; 2001. Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven.

31. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.

32. Walker HM, Kavanagh K, Stiller B, Golly A, Severson HH, Feil EG. First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998;6(2):66-80.

33. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. *Effectiveness of Prevention Programs for Mental Disorders in School-Age Children.* Eric Report EDRS: 2000. AN:ED464464.