AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

Programas e serviços eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas

John E. Lochman, PhD Cátedra Saxon em Psicologia Clínica

University of Alabama, EUA

Abril 2003

Introdução

O comportamento antissocial de crianças e adolescentes tem sido há muito tempo uma preocupação fundamental da sociedade. Essa preocupação aumentou no decorrer dos anos, acompanhada pela atenção dispensada a instalações correcionais para jovens e os enormes custos financeiros do crime juvenil (nos Estados Unidos). Problemas de conduta (especialmente em meio a meninos) são hoje os principais problemas comportamentais de crianças encaminhadas a profissionais de saúde mental.[1] Comportamentos agressivos e disruptivos são uma das disfunções mais persistentes em meio a crianças e, quando não são tratados, resultam frequentemente em altos custos pessoais e emocionais para as crianças, para suas famílias e para a sociedade em geral. Portanto, é grande o volume de pesquisas que vêm sendo realizadas para investigar as causas, o tratamento e a prevenção de problemas de conduta.

Questão

O *status* de risco relativo à agressividade pode originar-se de características inatas, como temperamento,[2,3] e de fatores ambientais, formativos no desenvolvimento social e psicológico da criança, que contribuem para a agressividade na infância.[4] Verificou-se que altos níveis de agressividade física aos 2 anos de idade são indícios confiáveis de agressividade na idade escolar.[5] Causas e correlatos identificados de agressividade na infância, tais como processos familiares desajustados e competência social deficiente (indicada por rejeição da crianças pelos colegas, processamento sociocognitivo precário e participação em grupos com conduta marginal) também podem constituir algumas das causas diretas de problemas posteriores de conduta na adolescência.[6] Em sua revisão extensa e relativamente típica sobre fatores de risco para comportamento antissocial na adolescência, Hawkins, Catalano e Miller[2] identificaram fatores de risco que incluem:

1. Práticas inadequadas de gestão familiar, que envolvem carência de afeto materno, comportamento parental inconsistente, excepcionalmente severo ou permissivo, falta de monitoramento e expectativas ambíguas em relação ao comportamento.
2. Altos níveis de conflito familiar.
3. Baixos níveis de afeto e envolvimento nas relações entre pais e filhos.
4. Rejeição pelos colegas na escola primária.
5. Associação com grupos de conduta marginal na infância e no ensino médio.

Assim sendo, em um referencial de desenvolvimento, o comportamento violento e antissocial pode ser conceituado como decorrente de conjuntos cumulativos de fatores familiares e pessoais,[7,8] sendo o comportamento agressivo da criança o resultado desse percurso de desenvolvimento. Loeber[9] teoriza que, uma vez que esses padrões de comportamento agressivo se cristalizam, surgem subsequentemente sequelas na trajetória que levam a uso de drogas e distúrbios de conduta. Entre a primeira e a média infância, crianças que manifestam cada vez mais comportamentos de oposição podem vivenciar reações muito negativas de professores e rejeição por parte de colegas. Seus progressos acadêmicos são mais lentos e, no início da adolescência, tornam-se mais suscetíveis a influências de grupos marginais. Na adolescência, essa trajetória resulta em maior risco de uso de drogas, atos delinquentes e fracasso escolar.[4,9] Portanto, intervenções preventivas precoces durante os anos pré-escolares podem ter impacto sobre o comportamento agressivo de crianças (que de outra forma se tornaria cada vez mais estável), antes que se acumulem fatores adicionais de risco na trajetória para o comportamento

antissocial.

Contexto de pesquisas

Apesar das pesquisas extensivas sobre tratamento e prevenção realizadas com crianças nos níveis de ensino fundamental e médio, é relativamente pequeno o número de estudos rigorosos sobre intervenção com programas que visam reduzir os problemas de comportamento agressivo nos primeiros anos de vida e na idade da educação infantil. Nos últimos anos, à medida que a pesquisa nessa área começou a desenvolver-se gradualmente, os programas de intervenção para crianças entre o nascimento e os 5 anos de idade focalizaram o período pré-escolar com relação aos cuidados prestados pelos pais e a processos familiares.[10,5] Entre os programas mais eficazes de intervenção em crianças pré-escolares estão os trabalhos de Webster-Stratton[11-12] e Eyberg.[13]

Questões-chave para pesquisas

As questões de pesquisas examinaram se intervenções psicossociais oferecidas aos pais - quando seus filhos têm entre zero e 5 anos de idade - podem afetar comportamentos de cuidados parentais e reduzir efetivamente os comportamentos agressivos e disruptivos das crianças.

Resultados recentes de pesquisas

De maneira geral, são poucas as pesquisas sobre intervenções com crianças na faixa etária de zero a 5 anos de idade, e o número de pesquisas que focalizaram os anos pré-escolares é maior do que daquelas que focalizaram os primeiros anos de vida. Webster-Stratton[11] designou aleatoriamente nove centros *Head Start* para duas condições: ou para uma condição de capacitação de pais e professores ou para uma condução de controle (nenhuma capacitação). O programa de intervenção, com duração de nove semanas e reuniões semanais de duas horas, produziu taxas mais baixas de comportamentos negativos e rebeldes observados em crianças de 4 anos de idade, e melhor nível de competência dos pais. Em um acompanhamento ao longo de um ano, observou-se a manutenção da maioria dos progressos no comportamento de filhos e de pais. Resultados igualmente positivos foram identificados por Webster-Stratton e Hammond[12] em relação à capacitação de pais combinada com capacitação em habilidades focalizadas nas crianças, em uma amostra que incluiu crianças mais velhas (4 a 8 anos de idade). Outros estudos controlados dão suporte à oferta de capacitação a pais e crianças nos anos pré-escolares. Como destaque, um estudo de Miller-Heyl, MacPhee e Fritz[14] verificou que a combinação de workshops

para pais durante 12 semanas, com um programa simultâneo de capacitação para crianças de alto risco entre 2 e 5 anos de idade, e para seus irmãos, e a instituição de um tempo de atividade conjunta de pais e filhos resultaram em decréscimo de comportamentos de oposição e de punições severas pelos pais, e em maior eficácia de práticas disciplinares (segundo o relato dos pais).

Enquanto o modelo Webster-Stratton de intervenção envolve capacitação direta e separada para pais e crianças, o modelo de Eyberg – *Parent-child Intervention Therapy* (PCIT) – focaliza díades pais-filho. Utilizando um desenho de lista de espera com atribuição aleatória de 64 famílias de crianças entre 3 e 6 anos de idade encaminhadas para tratamento clínico, Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs e Algina[15] observaram que os pais que participaram da intervenção interagiram mais positivamente com seus filhos e tiveram mais sucesso em conseguir obediência por parte das crianças do que as famílias do grupo de controle. As crianças que participaram da intervenção apresentaram mais progressos de comportamento (segundo avaliação dos pais) do que as da condição de controle. A intervenção PCIT consistiu em quatro meses de sessões semanais dirigidas pelo terapeuta para capacitação dos pais na utilização de comportamentos parentais específicos em situações naturais de brincadeira com os filhos. Strayhorn e Weidman[16] criaram uma base semelhante para a utilização de capacitação em interação pais-filhos, e verificaram que as crianças em idade pré-escolar que participaram da intervenção apresentaram níveis mais baixos de comportamento disruptivo do que as crianças-controle ao serem monitoradas no decorrer de um ano.

Embora haja poucas pesquisas disponíveis para orientar o planejamento de intervenções que visem reduzir os precursores precoces da agressividade desde o período pré-natal até a primeira infância, algumas evidências indiretas sugerem que é possível oferecer intervenções produtivas nesse período. As análises do Elmira Nurse Home Visitation Program constataram que, em seu grupo de controle, maus tratos por parte dos pais estavam associados a aumento significativo de problemas comportamentais precoces nas crianças, que persistiam (pelo menos) até os 15 anos de idade.[17] No entanto, no grupo que recebia visitas domiciliares, não ocorreu relação entre maus tratos e problemas de comportamento dos jovens – aparentemente, porque o número de relatos de maus tratos tinha diminuído no grupo de intervenção. O programa de visitas domiciliares reduziu também o número de prisões, o uso de álcool e o comportamento sexual promíscuo no subgrupo de jovens de 15 anos criados por mães de alto risco.[18] Durante as visitas domiciliares realizadas nessa intervenção, as enfermeiras ofereciam às mães orientação sobre cuidados

parentais e sobre desenvolvimento ao longo da vida, além de comportamentos relacionados à saúde, desde a gravidez até o final do segundo ano de vida da criança.

Conclusões

Durante o período pré-escolar, intervenções psicossociais com pais relativas às suas práticas de educação podem ter efeitos imediatos tanto sobre seus próprios comportamentos educativos quanto sobre comportamentos agressivos e rebeldes das crianças. Foram encontrados diversos modelos de programas de cuidados parentais adequados para pais de crianças desse grupo etário, incluindo workshops de capacitação de pais, reuniões de grupo, e orientação durante interações com as crianças. Este último tipo de programa pode ser mais adequado em contextos clínicos ou em intervenções que focalizam famílias de alto risco do que em serviços de prevenção em larga escala. Em termos comparativos, ainda não está igualmente estabelecida a eficácia de programas de prevenção no cuidado pré-natal e no decorrer da primeira infância, embora programas como visitas domiciliares pareçam promissores.

Implicações

Como geralmente ocorre em pesquisas sobre prevenção,[19] a pesquisa aplicada ainda precisa abordar questões-chave relativas a programas orientados para o comportamento agressivo de crianças no período entre zero e 5 anos de idade. De fato, a base empírica de programas de intervenção nos primeiros anos ainda não está tão estabelecida quanto aquela que se refere a intervenções em faixas etárias mais avançadas. Portanto, em primeiro lugar e de forma mais premente, a pesquisa precisa avaliar novos programas de intervenção na idade pré-escolar e, especialmente, para famílias com bebês. Em segundo lugar, pesquisas em curso sobre intervenções eficazes já existentes precisam identificar métodos para aperfeiçoar e promover até mesmo as intervenções que já estão fundamentadas empiricamente. Em terceiro lugar, programas de intervenção novos e já existentes devem ser solidamente fundamentados na teoria do desenvolvimento e, portanto, devem focalizar alvos de intervenção que estejam fortemente associados ao desenvolvimento e à manutenção de comportamento agressivo em crianças entre zero e 5 anos de idade. Em quarto lugar, a pesquisa deve confirmar que intervenções bem-sucedidas estão impactando o comportamento das crianças por meio de sua influência sobre processos mediadores presumidos, tais como práticas disciplinares dos pais. Em quinto lugar, a próxima geração da pesquisa sobre prevenção deve examinar fatores do processo de capacitação e dos sistemas receptores (por exemplo, pré-escolas e programas de visita domiciliar) que

possam afetar a implementação e a disseminação de intervenções eficazes para as crianças deste grupo etário.

Em termos de políticas sociais, ainda não há evidências suficientes para encorajar o desenvolvimento de programas extensivos de capacitação comportamental para pais de crianças em idade pré-escolar.

Referências

1. Frick PJ. Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior. New York, NY: Plenum Press; 1998.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
3. Tarter RE, Alterman AI, Edwards KL. Vulnerability to alcoholism in men: a behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol* 1985;46(4):329-356.
4. Lochman JE. Preventive intervention targeting precursors. In: Bukoski WJ, Sloboda Z, eds. *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002:307-326.
5. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, NY: Plenum Publishers; 1999:525-555.
6. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. Antisocial Boys. Eugene, OR: Castalia Publishing Company; 1992. *A Social Interactional Approach*; vol 4.
7. Robins LN. Follow-up studies. In: Quay HC, Werry JS, eds. *Psychopathological Disorders of Childhood*. 2nd ed. New York, NY: Wiley; 1979:483-513.
8. Patterson GR. Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 1986;41(4):432-444.
9. Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review* 1990;10(1):1-41.
10. Lochman JE, van den Steenhoven A. Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2002;23(1):49-114.
11. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
12. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):180-189.
14. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz JJ. DARE to be you: A family support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention* 1998;18(3):257-285.
15. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(1):34-45.
16. 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 and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.

17. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology* 2001;13(4):873-890.

18. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

19. Lochman JE. Issues in prevention with school-aged children: ongoing intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment* [serial online] 2001:4; Article 4.