

AGRESSIVIDADE - AGRESSÃO

Programas e serviços que se mostraram eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas

Comentários sobre Webster-Stratton , Domitrovich e Greenberg, e Lochman

Karen L. Bierman, PhD

Pennsylvania State University, EUA

Maio 2003

Introdução

Os artigos sobre agressividade destacam três aspectos-chave. Em primeiro lugar, problemas de comportamento agressivo-disruptivo são o motivo mais comum de encaminhamento de crianças para serviços de saúde mental. Em segundo lugar, afetam desproporcionalmente crianças em condições de desvantagem socioeconômica, somando-se às privações educacionais e sociais vividas por essas crianças. Em terceiro lugar, são altamente estáveis e, caso não sejam tratados,

aumentam o risco de delinquência, uso de drogas, depressão e fracasso escolar no futuro, resultando em custos extremamente altos para os indivíduos e as famílias em questão e para a sociedade em geral. Existem algumas intervenções preventivas que se mostraram eficazes, mas são necessárias estratégias para melhorar a difusão em bases amplas e a implementação com máxima fidelidade das práticas já baseadas em evidências. Além disso, mais pesquisas são necessárias para subsidiar práticas e políticas nesta área significativamente importante.

Questão

Os artigos oferecem um argumento convincente para a aplicação de uma perspectiva de desenvolvimento no planejamento de programas de prevenção para reduzir a agressividade precoce. Cada um dos autores aponta de que maneira, na falta de prevenção, os fatores precoces de risco tendem a se acumular e a aumentar no decorrer do tempo, de modo que as crianças que chegam ao final dos anos pré-escolares sem ter aprendido a controlar sua agressividade ingressam na escola sob alto risco de continuidade e agravamento de problemas de ajustamento.¹ As consequências negativas incluem rejeição e vitimização² por parte dos colegas, bem como falta de estímulo acadêmico e frustração crescente,³ criando as condições para problemas na adolescência: falta de vínculo, fracasso escolar, uso de álcool e outras drogas e atividade criminosa.^{4,5}

Problemas

Como já foi apontado, múltiplos fatores interagem para colocar a criança sob risco de violência, entre os quais estão características de temperamento da criança, práticas parentais e processos familiares, experiências na escola e influência de colegas. Esses fatores certamente merecem atenção em programas de prevenção.

No entanto, ao focalizar a redução de comportamentos agressivos precoces de forma isolada, esses artigos consideram que comportamentos agressivos podem ser tratados sem que seja dada atenção simultaneamente à “criança como um todo” e às habilidades da criança em outras áreas de desenvolvimento socioemocional e cognitivo. Muitos dos fatores de risco associados a comportamentos agressivos são preditivos também de atrasos no desenvolvimento de habilidades de linguagem, habilidades cognitivas e compreensão socioemocional.^{6,7} Em termos de desenvolvimento, a maioria das crianças exibe comportamentos agressivos quando estão começando a aprender a conviver com outras crianças (em torno dos 2 ou 3 anos de idade). As

habilidades verbais, emocionais e sociais que desenvolvem durante os anos pré-escolares permitem que inibam seus impulsos iniciais, que aceitem o protocolo social, e que “usem suas palavras” para expressar insatisfação e resolver divergências. Portanto, intervenções preventivas durante a primeira infância precisam não só focalizar a agressividade decrescente, mas também promover o desenvolvimento de um amplo conjunto de competências que permitem que as crianças passem a ser membros positivos de suas famílias, de grupos de colegas e de comunidades escolares.

Contexto de pesquisas

Como foi apontado nos artigos, muitos programas de prevenção da agressividade baseados em evidências empíricas focalizaram crianças em idade escolar, e relativamente poucos estudos tiveram como alvo o período entre o nascimento e os 5 anos de idade. A maioria dos estudos com crianças mais novas focalizou capacitação de pais – redução da agressividade da criança por meio da promoção de relações positivas entre pais e filhos e de práticas disciplinares eficazes, não punitivas.⁸ Mais recentemente, têm sido planejados programas semelhantes visando à capacitação de professores na utilização de estratégias positivas de gestão do comportamento, entre as quais o estabelecimento claro de limites e consequências não punitivas (por exemplo, *time-outs*^a) para reduzir a agressividade em sala de aula.⁸

Além dos programas que focalizam especificamente a agressividade, alguns programas eficazes de educação infantil planejados para a promoção de competências sociais, emocionais e cognitivas da criança também evidenciaram redução de agressividade infantil.^{9,10} Habilidades adaptativas nas áreas de linguagem, autorregulação e interação social promovem controle da agressividade.¹¹⁻¹⁴ Se combinadas com oportunidades múltiplas de prática, capacitação pelos professores e um ambiente de apoio em sala de aula, instruções conduzidas por professores podem promover de maneira eficaz a compreensão emocional, o autocontrole e a competência social da criança, levando dessa forma a uma redução sustentada do comportamento agressivo.¹⁵⁻

16

Questões-chave de pesquisas

Há claro consenso em relação às questões-chave para pesquisas:

1. Quais são as intervenções preventivas mais eficientes, mais eficazes e com melhor relação custo/benefício, baseadas em ensaios clínicos aleatórios?

2. Quais são os mecanismos ativos e os resultados proximais visados por esses programas que parecem ser importantes para a prevenção de resultados negativos de mais longo prazo?
3. Quais são os fatores de risco relacionados à criança, à família ou à escola que restringem a eficácia dessas intervenções e demandam ajustes no planejamento da prevenção?

É preciso também que as pesquisas identifiquem estratégias e fatores associados à difusão de práticas que tenham sustentação empírica de forma ampla e com máxima fidelidade.

Resultados de pesquisas recentes

Os artigos descrevem programas de capacitação de pais sustentados por evidências empíricas e com efeitos comprovados na redução da agressividade em crianças pequenas (entre 2 e 5 anos de idade), bem como intervenções recentes baseadas na escola, tais como o *Incredible Years Teacher Training Program*, planejado para ensinar estratégias eficazes de gestão da sala de aula.¹⁷ Intervenções focalizadas na criança são promissoras, porém ainda não foram suficientemente investigadas no nível pré-escolar. Essas intervenções tentam reduzir o risco por meio da promoção de habilidades sociais, emocionais e cognitivas, e entre elas estão *Incredible Years Dinosaur Curriculum*,¹⁷⁻¹⁸ *I can problem solve*,¹⁹ e o programa pré-escolar *Promoting Alternative Thinking Strategies*.²⁰⁻²²

No nível da escola primária, as abordagens eficazes para a prevenção da agressividade envolvem, cada vez mais, intervenções multifacetadas, que integram componentes focalizados em pais, crianças e professores.²³ No entanto, neste momento precisamos desenvolver e avaliar abordagens preventivas no nível da pré-escola que apliquem intervenções coesas e coordenadas, que associem o atendimento baseado na escola para crianças, com componentes de capacitação dos pais e com consulta a professores.^{24,16}

Conclusões

Embora a maioria das intervenções preventivas que focalizam a agressão tenham sido planejadas para crianças em idade de frequentar a escola primária, e não para crianças em idade pré-escolar, a pesquisa sobre desenvolvimento sugere que os esforços para prevenir a agressividade e outros problemas de desenvolvimento correlatos devem começar na primeira infância, quando aprender a controlar a agressividade é uma tarefa normativa de desenvolvimento, ao invés de esperar até a idade escolar, quando os problemas se manifestam em níveis significativos em termos clínicos.

A capacidade de controlar a agressividade está estabelecida em uma base de desenvolvimento que envolve competências de apoio, entre as quais habilidades sociais, de linguagem e de autorregulação. Assim sendo, estratégias para promover o controle da agressividade devem ser integradas a estratégias para promover competências em habilidades sociais, de linguagem e de autorregulação.

Embora a atual base de pesquisas ofereça uma forte sustentação para programas focalizados nos pais durante os anos pré-escolares, os resultados mais positivos e consistentes têm sido encontrados em idades mais avançadas, por meio de programas que utilizam componentes múltiplos focalizando diversas áreas, entre as quais práticas parentais, habilidades da criança e práticas de ensino.

Implicações

Difusão estratégica de práticas comprovadas

São necessários esforços para desenvolver estratégias para a difusão de intervenções de capacitação de pais que estejam validadas empiricamente e comprovadamente eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas. Tendo em vista a importância da implementação com o máximo de fidelidade para que se obtenha o melhor resultado possível, a pesquisa deve ser focalizada na determinação de estratégias ótimas para a educação e a capacitação de profissionais, e nos métodos de disponibilização de apoio e assistência técnica continuados.

Extensão e avaliação de programas que utilizam componentes múltiplos

É preciso que sejam realizadas pesquisas para avaliar novos programas de intervenção com crianças em idade pré-escolar. São particularmente importantes os modelos que associam componentes focalizados nos pais, nos professores e na construção de habilidades da criança que já se mostraram eficazes no nível da escola primária.

Integração da educação infantil com programas de promoção da saúde mental

Tendo em vista a significativa interdependência entre controle da agressividade e desenvolvimento positivo nas áreas socioemocional e da linguagem, os programas pré-escolares devem incluir esforços no sentido de promover as competências da criança nas áreas de

aprendizagem cognitiva e socioemocional. Os esforços podem ser mais eficazes quando agências e profissionais trabalham em conjunto, articulando disciplinas educacionais e de saúde mental, associando estrategicamente serviços universais de prevenção educacional (como os oferecidos pelas escolas) a níveis selecionados e recomendados de apoio preventivo (como intervenções de cuidados parentais por parte de agências de saúde mental e outras agências comunitárias), de forma a oferecer uma rede coordenada e flexível de apoio preventivo para as crianças e para as famílias.

Referências

1. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: *Clinical and developmental issues*. New York, NY: Guilford Press; 1990.
2. Eisenberg N. *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1986.
3. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 1990;250(4988):1678-1683.
4. Cairns RB, Neckerman HJ, Cairns BD. Social networks and the shadows of synchrony. In: Adams GR, Montemayor R, eds. *Biology of adolescent behavior and development. Advances in adolescent development: An annual book series*, Vol 1. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989:275-305.
5. Dishion TJ, Skinner M. A process model for the role of peer relations in adolescent social adjustment. Paper presented at: Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; April, 1989; Kansas City, MO.
6. Lengua LJ. The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development* 2002;73(1):144-161.
7. Sameroff AJ, Seifer R. Early contributors to developmental risk. In: Rolf JE, Masten AS, Cicchetti D, Neuchterlein KH, Weintraub S, eds. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990:52-66.
8. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
9. Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, eds. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. New York, NY: Cambridge University Press; 1994:268-316.
10. Zigler E, Taussig C, Black K. Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist* 1992;47(8):997-1006.
11. Barkley RA. Attention-deficit/Hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press; 1996:63-112.
12. Greenberg MT, Kusche CA, Speltz M. Emotional regulation, self control, and psychopathology: The role of relationships in early childhood. In: Cicchetti D, Toth SL, eds. *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction: Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol 2*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991:21-55.
13. Ladd GW. Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment. *Child Development* 1990;61(4):1081-1100.

14. Vitaro F, Tremblay RE, Gagnon C, Boivin M. Peer rejection from kindergarten to grade 2: Outcomes, correlates, and prediction. *Merrill-Palmer Quarterly* 1992;38(3):382-400.
15. Kusche CA, Greenberg MT. The PATHS Curriculum. Seattle, WA: Developmental Research and Programs; 1994.
16. Weissberg R., Greenberg MT. Community and school prevention. In: Siegel I, Renninger A, eds. *Child psychology in practice*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1998:877-954. Damon W, ed. *Handbook of child psychology*; Vol 4. 5th ed.
17. 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.
18. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):943-952.
19. Shure MB. *I Can Problem Solve: An interpersonal cognitive problem solving program*. Champaign, IL: Research Press; 1992.
20. Domitrovich CE, Greenberg MT, Kusche C, Cortes R. *Manual for the Preschool PATHS Curriculum*. Philadelphia, PA: Pennsylvania State University; 1999.
21. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(5):631-647.
22. Greenberg MT, Kusche CA. *Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS Project*. Seattle, WA: University of Washington Press; 1993.
23. 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: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:525-555.
24. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.

ªNT: A expressão *time-out*, ainda não traduzida consensualmente para o português, designa um procedimento desenvolvido pela Análise Experimental do Comportamento como forma de controle de comportamento inadequado. Consiste essencialmente em retirar o indivíduo do contexto em que o comportamento ocorre, e colocá-lo durante um breve espaço de tempo em outro contexto ambiental onde estejam ausentes as condições que provocaram o comportamento inadequado.