VIOLÊNCIA SOCIAL

Prevenção Precoce de Agressões a Crianças em Países em Desenvolvimento

Luis Fernando Duque, MD., M.S.P., Alexandra Restrepo, MD., M.Sc.

PREVIVA, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colômbia

Fevereiro 2012

Introdução

As manifestações de violência são significativamente mais comuns nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos. A África e a América Latina têm os índices mais altos de mortes violentas do mundo.[1] Também se observa que os problemas de agressividade e os problemas comportamentais têm início na infância em países pobres como o Brasil,[2] Egito[3] e Colômbia.[4-6] Portanto, é possível notar a importância de se oferecer programas de prevenção da violência nos países em desenvolvimento. A fim de prevenir a violência, esses programas devem ser eficazes e sustentáveis, utilizando os recursos desses países e devem ser culturalmente aceitos nas regiões onde são implantados.

Importância do tema

Tanto nos países desenvolvidos[7-9] como nos países em desenvolvimento,[10] tem sido documentado que a agressão precoce serve como um fator prenunciador de crime e violência na juventude e na idade adulta. Também é um fator que prediz outros comportamentos que ameaçam a vida

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

social e pessoal do indivíduo, como consumo de drogas, alcoolismo, baixos resultados nos estudos, tabagismo, sexo inseguro, gravidez na adolescência, violência familiar e problemas no trabalho. [7-9]

Esses comportamentos de risco tendem a ocorrer de forma concomitante e podem ser considerados como sendo comorbidades[11] com causas em comum.[12] Isso nos dá uma base para deduzir que seria possível desenvolver programas bem sucedidos para a prevenção precoce da violência que possam também repercutir em outros comportamentos de risco: ou seja, programas com objetivos múltiplos. Essa abordagem é especialmente importante para os países em desenvolvimento, pois evita a necessidade de manter uma série de programas paralelos que tenham por objetivo a prevenção de comportamentos de risco específicos, tais como consumo de droga, alcoolismo, afiliação a gangues, etc., além de reduzir o número de pessoal e a carga administrativa, assim como os custos que lhes são associados. Nos países desenvolvidos[13-15] e em desenvolvimento,[16-21] tem sido documentado que isso é possível, mas precisamos ter mais e melhores evidências sobre o assunto.

Os comportamentos mencionados anteriormente apresentam riscos à vida pessoal e social e são, por sua vez, associados a diversas das principais causas de doença, incapacitação e morte nos países em desenvolvimento. Entre os riscos incluímos mortes violentas, lesões físicas, agressões pessoais, acidentes de tráfego, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.[22-25] Outra associação importante é o vínculo entre a agressão na infância e os problemas de aprendizado[26] e os índices de evasão escolar,[27] que retardam o desenvolvimento pessoal e social e podem impedir alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo a garantir às crianças, no mínimo, o ensino fundamental.

Portanto, temos causas comuns que explicam o comportamento das crianças em seus primeiros anos de vida, sua capacidade de aprendizado e seu estado de saúde em épocas posteriores de suas vidas. Essas causas básicas incluem, de forma muito significativa, a desigualdade social,[28] que, paradoxalmente, é muito mais predominante nos países pobres do que nos países ricos;[1] padrões de educação e de criação dos pais e o relacionamento das crianças com seus pais,[29,30] e o contexto físico, social e econômico da vizinhança ou da área em que a criança vive.[31,32] As crianças sujeitas a estresse social e familiar têm uma alta probabilidade de sérias consequências durante suas vidas, tais como problemas de aprendizado e produtividade econômica, saúde debilitada e expectativa de vida mais baixa.[12]

Apesar do fato de, nos países em desenvolvimento, encontrarmos uma alta incidência de problemas comportamentais em crianças e múltiplos fatores de risco, nesses países temos também alguns estudos que analisam a eficácia dos programas de prevenção dirigido a comportamentos de risco.[33]

Problemas

1. Nos países em desenvolvimento, há pouca evidência científica sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de agressões e comportamentos de risco.
2. As análises realizadas apresentam problemas em termos de metodologia de medições e de avaliação.
3. Quando os programas já existentes nos países desenvolvidos são implementados nos países em desenvolvimento, frequentemente, eles são inadequadamente adaptados ao contexto cultural destes últimos.

Conteúdo da Pesquisa

As avaliações sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de agressões nos países em desenvolvimento são limitadas e pouco se sabe sobre as estratégias de aplicação dessas análises. Existem também poucos recursos e pouquíssimo interesse por parte dos tomadores de decisão em financiar esse tipo de iniciativa. Entretanto, é importante notar que, em um estudo sobre pesquisa e prioridades dos tomadores de decisão nos países com renda per capita baixa ou moderada, os problemas de saúde mental ocupavam o quarto lugar entre as prioridades de pesquisa.[34]

Principais Questões de Pesquisa

Qual o efeito dos programas de prevenção precoce de agressões nos países em desenvolvimento?

Os fatores de risco e de proteção a serem considerados nos países em desenvolvimento seriam os mesmos fatores dos países desenvolvidos? Quais são os fatores de risco que deveriam ser levados em conta?

É possível nos apropriar de intervenções realizadas nos países desenvolvidos e implementá-las nos países em desenvolvimento?

Resultados Recentes de Pesquisas

Entre 30 intervenções bem sucedidas realizadas em países em desenvolvimento, 27 foram analisadas utilizando métodos experimentais ou quase experimentais, incluindo 18 delas realizadas depois do ano 2000. Encontramos intervenções onde os pais eram o foco,[17,20,21,35-46] intervenções envolvendo professores de escola[47,48] e quatro estudos que mesclavam esses tipos de intervenções.[16,18,49,50] Dois deles envolviam intervenções clínicas com os pais,[51,52] e quatro intervenções integravam serviços de saúde, nutrição e desenvolvimento psicossocial.[19,20,53-55] A maioria dos programas tinha como foco grupos pequenos de crianças com distúrbios de conduta ou fatores de risco e alguns deles trabalhavam com setores mais amplos da população infantil.[19,41,44]

A maioria dos estudos mostrava que os programas tinham impactos positivos na conduta das crianças, incluindo menor participação em brigas e menos comportamentos agressivos,[16,18,21,47,50] melhoria em comportamento pró-social,[16,18] melhor controle emocional[17,47,55] e melhor desenvolvimento psicossocial.[17,47,55] Em relação aos pais, algumas intervenções apresentaram redução de punições físicas,[16,17] melhor interação entre pais e filhos[36,38,44-46,52] e melhor compreensão da criança e de suas necessidades.[37,43,48,55] Um dos resultados foi a melhoria que os professores apresentaram em sua capacidade de atender às diversas necessidades das crianças.[47,56]

As avaliações do programa foram realizadas utilizando uma grande variedade de instrumentos e medições de variáveis de resultado. Em muitos casos, esses instrumentos não foram validados de forma adequada. A maioria dos tamanhos das amostras era muito pequena, limitando a análise das variáveis de confundimento e de interação, diminuindo a credibilidade de suas estimativas. Alguns deles mediram o efeito direto nas crianças, enquanto que outros procuraram o resultado nos comportamentos e práticas dos professores e pais. A maioria deles não relatou possíveis tendências e limitações do estudo. Na maioria dos estudos, foram descritos efeitos positivos no comportamento das crianças, professores e pais. Foram detectados efeitos nocivos em duas intervenções; em ambas, aparentemente, isso pode ter sido causado pelas dificuldades na implantação do programa.[41,49]

Lacunas da Pesquisa

Recomendamos as seguintes medidas para superar as principais deficiências identificadas acima:

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

1. Aumentar a pesquisa sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de comportamentos de risco nos países em desenvolvimento, levando-se em conta o contexto sociocultural. É importante chamar a atenção para a inclusão de pesquisadores locais nos estudos realizados nos países em desenvolvimento, como autores ou coautores de fundamental importância; se os pesquisadores locais forem limitados a ser meros "colaboradores" ou coletores de dados, isso enfraquecerá a pesquisa.
2. Realizar uma validação rigorosa dos instrumentos utilizados para analisar os problemas e práticas comportamentais, crenças e atitudes dos pais e professores, de forma que eles possam ser usados para analisar a eficácia das intervenções precoces para prevenir agressões, e na prática clínica.

Conclusões

É possível realizar programas bem sucedidos de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco nos países em desenvolvimento, onde se encontra a maioria das crianças do mundo que enfrentam estresse econômico, social e familiar.

Entretanto, existem poucos estudos nos países em desenvolvimento para avaliar a eficácia dos programas de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco, e esses estudos compartilham certas limitações, como, por exemplo, o tamanho das amostras e a metodologia e os instrumentos de mensuração utilizados.

Entre as avaliações feitas, a maioria indica uma melhoria do conhecimento e das práticas dos pais e no comportamento das crianças, depois da intervenção. Devemos encorajar a avaliação desses programas, insistindo fortemente para que o contexto sociocultural dos países em desenvolvimento seja levado em consideração.

Implicações para os Pais, Serviços e Plano de Ação

Os tomadores de decisão devem ter bases científicas sólidas para estabeler políticas e programas para promover a prevenção precoce de comportamentos de risco. Eles devem desenvolver programas que tenham objetivos múltiplos e devem promover estudos sobre sua eficácia nos países em desenvolvimento. Para fazer isso, é necessário que haja uma aliança entre os políticos, o meio acadêmico e a comunidade como um todo.

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Se os pais escolherem participar, juntamente com seus filhos, de programas de prevenção precoce focados em comportamentos de risco e se esses programas forem baseados em sólidas evidências científicas locais, isso seria muito importante e serviria para legitimar políticas e programas públicos. Para os pais de países em desenvolvimento, a implementação de tais intervenções com múltiplos objetivos que levassem em conta o aspecto cultural representa uma oportunidade para melhorar as práticas educacionais e promover o desenvolvimento da criança.

As instituições acadêmicas deveriam aumentar sua competência no campo das metodologias para avaliação da eficácia dos programas de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco nos países em desenvolvimento.

A implementação de intervenções de prevenção precoce focadas em comportamentos de risco poderia ajudar a quebrar o ciclo de violência de muitos países que têm história pregressa de gerações que passaram por conflitos armados e pela formação de grupos criminosos, onde as iniciativas de retomada do controle públido aplicadas não foram eficazes. É preciso enfatizar que, para que surjam mudanças na sociedade, precisamos implementar programas de longo prazo baseados em políticas públicas amplamente abrangentes e que incluam os grupos mais vulneráveis.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozaro R. *La violencia, un problema de salud pública. Informe mundial de violencia y salud*. Ginebra: OMS; 2002:11-12.

2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatic disorders in southeast Bazil. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.

3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevelnce of emotional al behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.

4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Caracterísiticas de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en nios y niños de 3 a 11 años*. Medellín: Editorial Marín Vieco; 2002.

5. Duque LF, Restrepo A, montoya NE. *Línea de base del programa e implementación del programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud. Medellín: Secretaría de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia; 2011.*

6. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí, Antioquia: II. Factores asociados. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* . 2001;6, número - Bogotá, D.C. - 15 de junio del 2001(11):161-170.

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

7. Côté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk Trajectories for Boys and Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1086-1094.

8. Loeber R, Hay D. Keyissues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:371-410.

9. Nagin DS, Tremblay R. Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity of path to physically violent and noviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.

10. Anselmi L, Barros FC, Teodore MLM, et al. Continuity of behaviorial and emotional problems from pre-schoo years to pre-adolecence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):499-507.

11. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:155–177.

12. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232-e246.

13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Benett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*. 2010;3:1-91.

14. Bernazzani O, Tremblay RE. Early parent training. In: Welsh BC, Farrintong DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006;21-32.

15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennin WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009 5:83-120.

16. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, J. K. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21(1):21-29.

17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-base intervention to parents of children with behavioral problems in a developing county. *European Journal of Adolescent Psychiatry*. 2010;19:629-636.

18. Klevens J, Martinez JW, Le B, Rojas C, Duque A, Tovar R. Evaluation of interventions to reduce aggressive and antisocial bahavior in first and second grades in a resource-poor setting. *Internationa Journal of Educational Research*. 2009;48:307-319.

19. Perez-Escamilla R, Pollitt E. Growth Improvements in Children above 3 Years of Age: The Cali Study. *Journal of Nutrition*. 1995;125(4):885-893.

20. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Americal Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34:797-803.

21. Walker S, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent. *Pediatrics*. 2011;127:849.

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

22. World Bank, Oxford University Press. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: Oxford University Press; 2006.

23. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The asoociation between substance use, condom use and sexual risk among low-income women *Family planning perspectives*. 1997;29(3):132-136.

24. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21:20-27.

25. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and ilicit drugs. *Drug and Alcohol Reviews*. 2006;25:515-536.

26. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry*. 2001;46:941-947.

27. Townsend L, Flisher AJ, Chikobvu P, Lombard C, King G T. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*. 2008;38(1):21-32.

28. Martin D, Margo W, Shawn V. Income inequity and homicide rates in Canada and United Estates. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.

29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedrá litográfica; 2008.

30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crimen. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press; 2007.

31. Morenoff JD, Sampson RJ, Raudenbush SW. Neighborhood inequality, collective efficacy, and the spatial dynamics of urban violence. *Criminology*. 2001;39(3):517–558.

32. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Reveiw of Sociology*. 2002;28:443-478.

33. Lucas PJ. Some reflections on the rhetoric of parenting programmes: evidence, theory, and social policy. *Journal of Family Therapy*. 2011;33:181-198.

34. Sharan P, Gallo C, Gureje O, et al. Mental health research priorities in Low- and Middle income countries of Africa, Asia, Latina America and the caribbean. BJP. 2009;195:354-363.

35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived commmunity in South Africa: randomised controlled trail. *BMJ*. 2009;338 b974.

36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L. Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:76-81.

37. Jin X, et al. Care for Development" intervention in rural China: a prospective followup study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;3:213-218.

38. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S. Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Applied Developmental Psychology*. 2001:333-361.

39. Klein P, Rye H. Interaction-oriented Early Intervention in Ethiopia: The MISC Approach. *Infants & Young Children*. 2004.;4:340-354.

40. Magwaza A, Edwards S. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. SouthAfrican *Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.

41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhacement among Egyptian mothers in a tertiary care setting. Pediatric nursing. 1992;18(4):329-336.

42. Powell C, Grantham-McGregor S. Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*. 1989:157-164.

43. Rahman A, et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(1):56-62.

44. Santelices MP, Guzman M, Aracena M, et al. Promoting secure attachment: evaluation of a effectveness of an early intervention pilot programme with mother -infant dyads in Santiago, Chile. *Child: care, health and development*. 2010;37(2):203-210.

45. Teferra T, Tekle L, Klein P. Mediational intervention for sensitizing caregivers: Ethiopia Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. Vol 95-112. New York: Garland; 1996.

46. Van Wyk J, Eloff M, Heyns P. The evaluation of an integrated parent-training program. *The Journal of Social Psychology* 1983;121(2):273-281.

47. Pérez V, Rodríguez J, De la Barra F, Fernández AM. Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica Psykhe. 2005;14(2):55-62.

48. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):624-631.

49. Chaux E. Citizenship Competencies in the Midst of a Violent Political Conflict: The Colombian Educational Response. *Harvard Educational Review*. 2009;79(1):84-93.

50. Peteren JJ, Carolissen R. Working with aggresive prscholers. In: D Donald, A Dawes, J Louw, eds. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philips; 2000:94-112.

51. Oveisi S, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: A randomized-controlled trial. *Child Abuse and Neglect*. 2010;3: 206-213.

52. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction *Child Development*. 1999;3:713-721.

53. Aboud FE. Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal Health Population Nutrition*. 2007;25(1):3-13.

54. Aracena M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;7:878-887.

55. Hamadani JD, Huda SN, Khatun F, Grantham-McGregor SM. Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition*. 2006;136:2645-2652.

56. Baker-Henningham H, Walker S. A qualitative study of teachers' perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaica pre-schools. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):632-643.

©2012-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL