

# Programas de Prevenção a Problemas Emocionais e Comportamentais em Crianças e Adolescentes: Lições de Três Décadas de Pesquisa

*Emotional and Behavioral Problems Prevention Programs for Children and Adolescents: Lessons from Three Decades of Research*

Sheila Giardini Murta\*

*Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil*

## Resumo

Este artigo discute algumas diretrizes para a implementação e avaliação de programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, visando a transformação da tecnologia de pesquisa em serviços comunitários. Abordar-se-á uma estrutura conceitual de intervenções preventivas em saúde mental, a fundamentação dos programas preventivos em teoria, a avaliação de necessidades e o envolvimento da comunidade durante o planejamento e implementação do programa, a replicação de programas preventivos cuja efetividade foi empiricamente verificada e a avaliação de processo e resultados destes programas. Como conclusão, será discutida uma agenda de pesquisa para o avanço da área no Brasil.

*Palavras-chave:* Prevenção; problemas emocionais e comportamentais; fatores de risco e proteção.

## Abstract

This paper presents some directives for implementing and evaluating emotional and behavioral problem programs for children and adolescents, aiming at the transformation of research technology into community services. The following are discussed: the conceptual framework of preventive interventions in mental healthcare, the theoretical bases of preventive programs, the assessment of needs and community participation during the planning and implementation of the program, the replication of preventive programs that were empirically supported, and the assessment of the process and long-term results of these programs. As a conclusion, a research agenda for the advancement of this field in Brazil is provided.

*Keywords:* Prevention; Emotional and behavioral problems; risk and protective factors.

Transtornos emocionais, como depressão, e comportamentais, como transtorno de conduta, encontram-se entre os problemas de saúde mental de maior gravidade e incidência na atualidade. Em crianças e adolescentes brasileiros, dados relatados por Cruvinel e Boruchovitch (2004) apontam uma incidência de depressão em 12,5% na população infanto-juvenil em Recife, 22% na Paraíba e 21% em São Paulo. Dados americanos mostram uma incidência de transtornos de conduta em 6 a 16% dos meninos e em 2 a 9% das meninas (Rojas, 1997). O prejuízo resultante destes transtornos pode ser alto, incluindo déficits no desempenho acadêmico, envolvimento em atos de violência na comunidade, dificuldades em manter vínculos afetivos e sociais, dependência de drogas e suicídio. Adicionalmente, a população infanto-juvenil encontra-se frequentemente exposta a riscos, como nascimentos em famílias monoparentais, nascimentos decorrentes de gravidez na adolescência, maus tratos na família, divórcio dos pais, abuso de substâncias na família, violência na comunidade e pobreza extrema (Masten & Coatsworth, 1998).

Em vista da diversidade de riscos e da gravidade dos efeitos dos transtornos emocionais e comportamentais na infância e adolescência, programas preventivos tornam-se uma necessidade imperativa. A literatura internacional mostra que a pesquisa em prevenção experimentou um grande avanço nas últimas três décadas, com um considerável aumento de publicações conceituais e empíricas acerca de programas preventivos dirigidos a crianças e adolescentes. Uma meta-análise feita por Durlak e Wells (1997), compreendendo 177 programas de prevenção primária de problemas sociais e emocionais publicados até 1991, evidenciou que os focos destes programas foram dirigidos a modificação do ambiente escolar, modificação de estratégias individuais de enfrentamento e habilidades para lidar com transições estressantes no curso da vida. Os resultados obtidos nesta meta-análise apontaram evidências consistentes de que estes programas de prevenção primária produziram efeitos benéficos sobre a redução de problemas sociais e emocionais e aumento de competências em crianças e adolescentes e seus efeitos são superiores àqueles das condições controle. Os autores recomendaram como prioridade para pesquisas futuras o estabelecimento de metas e procedimentos claros, a avaliação da implementação dos programas, a avaliação longitudinal de efeitos do programa

\* Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Avenida Universitária, 1440, Setor Universitário, Goiânia, GO, 74605-010. E-mail: murta@cultura.com.br

e a verificação de como os resultados do programa se relacionam com as características individuais dos participantes e da intervenção. Em uma outra revisão sistemática da literatura na área, baseada em 94 artigos publicados na década de 90, Kulic, Horne e Dagley (2004) constataram que grande parte dos programas preventivos tem o formato de grupos psicoeducacionais e grupos de solução de problemas interpessoais, implementados no contexto escolar, com sessões semanais distribuídas em três meses, junto a amostras maiores do que cem participantes, com delineamentos com randomização e grupos controle do tipo não-tratamento ou lista de espera. Tal como na revisão de Durlak e Wells, os dados de Kulic et al. apontaram para resultados favoráveis destas intervenções, embora ainda faltem avaliações de *follow-up* e manuais descritivos dos procedimentos adotados por muitos dos estudos.

No Brasil, alguns estudos têm se ocupado da identificação de fatores de risco e proteção ao desenvolvimento da criança e do adolescente (Cecconello & Koller, 2000; Trombeta & Guzzo, 2002), da discussão de problemas na pesquisa e implementação de programas preventivos de comportamentos anti-sociais (Silveira, Silveiras & Marton, 2003) e identificado os prejuízos acadêmicos associados à depressão entre crianças e adolescentes e recomendado ações preventivas (Dell'Aglio & Hutz, 2004). Embora ainda sejam poucos os estudos nacionais que descrevem a implementação de programas preventivos e a avaliação de sua efetividade, algumas publicações recentes descrevem programas focados no desenvolvimento de práticas educativas parentais saudáveis (Haase, Käßler & Schaefer, 2000; Marinho, 2005; Weber, Salvador & Brandenburg, 2005), habilidades sociais educativas (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, no prelo; Silva, Del Prette & Del Prette, 2000), competência social em crianças (Castro, Melo & Silveiras, 2003) e habilidades de vida em adolescentes (Gorayeb, Cunha Netto & Bugliani, 2003). Paralelamente, relatos de experiências profissionais relativas a intervenções preventivas têm sido ocasionalmente publicados (Déa, Santos, Itakura & Oli, 2004; Silva, Oliveira & Franco, 1998). Em síntese, estes trabalhos apontam para um interesse dos pesquisadores e clínicos em intervenções preventivas, ao mesmo tempo em que se evidencia ser nascente a produção nacional e, portanto, ainda pequena. Ademais, mudanças no sistema público de saúde e desenvolvimento social, como a criação de Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (<http://www.saude.gov.br>), do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e do Programa de Atenção Integral à Família (<http://www.mds.gov.br/programas/programas.asp>), mostram um campo potencial de atuação do psicólogo em ações preventivas na comunidade. É previsível, então, que um aumento em pesquisas de avaliação de programas preventivos tenha implicações para a inserção do psicólogo no mercado de trabalho e para o incremento de seu papel social.

Tendo em vista o estado atual da arte no Brasil e o acúmulo de achados promissores em estudos estrangeiros sobre a implementação de programas preventivos em saúde mental para a população infanto-juvenil, o presente artigo

pretende discutir as lições decorrentes desta produção e disponibilizar algumas recomendações para a expansão das pesquisas em programas preventivos no Brasil e sua aplicação. Será abordado, por ordem, uma estrutura conceitual de intervenções preventivas em saúde mental, a fundamentação dos programas preventivos em teoria, a avaliação de necessidades e o envolvimento da comunidade durante o planejamento e implementação do programa, a replicação de programas preventivos cuja efetividade foi empiricamente verificada e a avaliação de processo e resultados destes programas. Direções para o avanço da área no Brasil serão apresentadas ao final, como conclusão.

### Estrutura Conceitual

Prevenção primária em saúde mental diz respeito a intervenções para reduzir a ocorrência futura de problemas de ajustamento e para promover a construção de competências associadas à saúde mental (Durlak & Wells, 1997), de modo a produzir processos protetivos no curso de desenvolvimento que possam favorecer o desempenho saudável das tarefas desenvolvimentais típicas de cada idade (Masten & Coatsworth, 1998), de acordo com o esperado em cada momento histórico e contexto cultural. Conforme a estrutura conceitual proposta por Durlak e Wells (1997), os programas preventivos podem ter metas relativas à diminuição de problemas, como relatos de sintomas de ansiedade, comportamentos anti-sociais e abuso de drogas, ou relativas ao aumento de competências, como apego seguro com os progenitores, habilidades sociais na relação com os pares e práticas educativas parentais saudáveis. Vista sob outro ângulo, as metas podem ter sua ocorrência a curto prazo (metas proximais) ou a longo prazo (metas distais). Por exemplo, um mesmo programa pode ser planejado para aumentar a empatia e a aceitação entre os pares (metas proximais) e reduzir conduta anti-social e evasão escolar (metas distais) (Ladd, Herald, Slutzky & Andrews, 2004).

No que se refere à população-alvo, estes programas podem ser classificados em programas universais, seletivos ou indicados (McCarter, Sowers & Dulmus, 2004; Roe-Sepowitz & Thyer, 2004). Os programas universais são dirigidos a todos os indivíduos de uma dada comunidade, independente do grau de exposição ao risco ou sintomas apresentados. Estes programas possuem a vantagem de evitar a estigmatização ao não discriminar crianças e adolescentes 'problemáticos' dos 'não problemáticos' e facilitar o recrutamento, já que dispensa a seleção dos participantes segundo o grau de exposição ao risco ou gravidade de sintomas (Essau, 2002). Os programas seletivos são aqueles destinados a crianças ou adolescentes sabidamente expostos a riscos ou transições de vida estressoras, como filhos de pais alcoolistas, filhos de pais divorciados e filhos de mães primíparas. Os programas indicados são focados em crianças e adolescentes que já estão manifestando sintomas iniciais ou moderados de desajuste, como estresse pós-traumático, transtorno de conduta e depressão.

Do ponto de vista do nível da intervenção, os programas preventivos podem ser centrados na pessoa ou no

seu ambiente. A meta-análise feita por Durlak e Wells (1997) mostrou que a maior parte dos programas preventivos eram centrados na pessoa, isto é, eram circunscritos a grupos de crianças e adolescentes e eram voltados para a educação afetiva e estratégias de solução de problemas. Os programas focados no ambiente, em geral feitos na escola almejando atingir os pais e os professores, incluíam ações para aprimorar o manejo da classe e a gestão escolar por parte dos profissionais da escola e o aumento em práticas educativas parentais saudáveis e informações sobre o desenvolvimento da criança, por parte dos pais. Com relação ao tipo de abordagem técnica empregada, estes autores verificaram que grande parte dos programas empregava técnicas comportamentais e cognitivas, como ensaio comportamental, modelagem, treino assertivo, auto-controle e solução de problemas. Formas não diretivas de aconselhamento e discussão em grupo também foram usadas em alguns estudos, mas se mostraram menos efetivas do que os estudos que usaram técnicas comportamentais e cognitivas.

### **Os Programas Preventivos Devem ser Baseados em Teoria**

A prevenção de transtornos emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes requer um claro conhecimento das condições individuais e ambientais que produzem risco e proteção e da rota desenvolvimental das diversas psicopatologias (Kellam & Horn, 1997). Por isto, as teorias desenvolvimentais relativas a resiliência, risco e proteção embasam grande parte dos programas preventivos em saúde mental para crianças e adolescentes (Meschke & Patterson, 2003; Nettles, Mucherach & Jones, 2000). É consenso na literatura especializada que a gênese de problemas emocionais e comportamentais é multifatorial e está vinculada a um conjunto de fatores de risco da pessoa, da família e do ambiente mais amplo. No caso da depressão, os seguintes fatores de risco têm sido identificados: habilidades sociais pobres, fracasso escolar, dificuldades de temperamento, doença física, estilo de enfrentamento negativo (fatores individuais); baixa auto-estima, imagem corporal negativa, expectativas pessimistas e baixa auto-eficácia (fatores cognitivos); conflitos conjugais, depressão na família, negligência e maus tratos pelos pais (fatores familiares) e exposição à miséria, violência na comunidade e outros eventos de vida estressantes (eventos de vida) (Dell'Aglio & Hutz, 2004; Essau, 2002). Fatores de risco para transtorno de conduta são em parte similares aos fatores desencadeadores da depressão, como habilidades sociais educativas pobres entre os pais (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002), práticas educativas parentais inadequadas, rejeição pelos pais, doença psiquiátrica dos pais e altos níveis de estresse na família (Fraser & Williams, 2004; Gomide, 2001; Ladd et al., 2004) Outros fatores são específicos do transtorno de conduta: atrasos cognitivos e de linguagem na criança, habilidades de leitura deficitárias na criança, déficit em auto-controle na criança, exposição a abuso físico, abuso de drogas pelos pais e criminalidade na família (Fraser & Williams; Silva & Hutz, 2002; Silveira et al., 2003).

A similaridade entre alguns dos fatores de risco para o surgimento destes transtornos resulta, freqüentemente, em co-morbidade. Por exemplo, transtornos de depressão, de ansiedade, abuso de drogas e problemas de conduta se sobrepõem, resultando em prejuízos ainda mais intensos e abrangentes para as pessoas acometidas e seu ambiente circundante e, não raro, em diagnósticos imprecisos e falta de tratamento adequado (Essau, 2002).

O desenvolvimento de psicopatologias não depende somente dos fatores de risco, mas também dos fatores de proteção, os quais moderam os efeitos dos fatores de risco e diminuem seu impacto negativo (Meschke & Patterson, 2003). Se os fatores de risco são, em parte, similares na causalidade de diversos problemas emocionais e comportamentais, também o são os fatores de proteção. Habilidades sociais, sucesso na vida escolar, envolvimento em atividades extra-curriculares, auto-conceito positivo, competência intelectual, práticas educativas parentais saudáveis e suporte social encontram-se entre os fatores de proteção comuns a estes transtornos (Dell'Aglio & Hutz, 2004; Nettles et al., 2000; Quinn, Kavale, Mathur, Rutherford & Forness, 1999).

Uma implicação direta da multideterminação dos transtornos emocionais e comportamentais e da multiplicidade de fatores de proteção é o delineamento de programas preventivos multicomponentes focados na construção de um conjunto de competências, como apego seguro com os progenitores, auto-regulação de emoções, competência acadêmica, envolvimento em atividades esportivas e culturais extra-curriculares (Masten & Coatsworth, 1998), competência social, habilidades sociais (Quinn et al., 1999), práticas educativas parentais saudáveis, habilidades sociais educativas (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002) e educação pelo trabalho (Bardagi, Arteché & Neiva-Silva, 2005). Uma outra implicação resultante da similaridade entre fatores de risco e proteção para diversos problemas é que uma dada intervenção pode prevenir mais de um problema simultaneamente. Isto potencializa os ganhos de programas preventivos e os tornam altamente vantajosos, ao se comparar custos e benefícios.

### **Os Programas Preventivos Devem se Iniciar com a Familiarização, com o Contexto e Obtenção da Colaboração da Comunidade**

A avaliação das reais demandas da população-alvo é a próxima tarefa do pesquisador ou profissional de saúde mental. Nesta etapa, devem ser identificados os riscos à saúde mental aos quais a população-alvo está exposta e os problemas daí decorrentes (Quinn et al., 1999). Os indicadores de necessidades podem ser obtidos a partir de padrões convencionados por especialistas ou órgãos de controle de saúde (necessidades normativas), ou comparando-se o contexto em questão com outros da mesma natureza (necessidades comparativas), ou observando diretamente a população-alvo (necessidades expressas) ou ainda ouvindo o que a população-alvo tem a dizer sobre o que ela julga precisar (necessidades sentidas) (Hawe, Degeling & Hall,

1990). Paralelamente, os recursos e serviços disponíveis na comunidade e outros fatores de proteção também devem ser avaliados. Dependendo da disponibilidade de recursos, um trabalho interdisciplinar seria a abordagem mais adequada para a identificação de indicadores comportamentais, sociais e de saúde da população local. A integração de conceitos e métodos advindos da psicologia do desenvolvimento, saúde pública, psiquiatria, sociologia, antropologia, biologia e bioestatística seria, provavelmente, uma via produtiva para a coleta e análise de dados relativos às necessidades da comunidade (Kellam & Horn, 1997). Com base nestes achados, se faria a análise do tipo de intervenção mais indicado e mais viável, considerando-se as demandas, limites e recursos da realidade avaliada.

Além das habilidades técnicas usadas pela equipe de pesquisa, são igualmente relevantes suas habilidades comunicativas para estabelecer relações de confiança e colaboração com a comunidade local e suas lideranças. A comunidade deve ser convidada a participar do planejamento e implementação do programa preventivo. O envolvimento da comunidade facilitará o planejamento de estratégias de intervenção mais condizentes com a cultura da população-alvo e o reconhecimento de barreiras à implementação do programa, aumentando por fim as chances de sucesso na implementação do programa, desde o recrutamento até a retenção dos participantes (Bierman, 1997; Lawrence & Ndiaye, 1997; Repucci, Woolard & Fried, 1999).

### **Os Programas Preventivos Devem ser Baseados em Evidências Empíricas**

Identificadas as necessidades da população-alvo e as diretrizes apontadas pela teoria, as metas proximais e distais podem ser estabelecidas, seja para redução de problemas ou aumento de competências. A consulta à literatura empírica pode oferecer programas já implementados e avaliados para metas similares que, talvez, possam ser adaptados para as demandas e cultura local. Cabe salientar que a disseminação de intervenções bem sucedidas para transferência de sua tecnologia a novos contextos é a tarefa final da pesquisa em prevenção (Lawrence & Ndiaye, 1997). Assim, a produção e publicação de manuais torna-se crucial para a replicação destes trabalhos (Kulic et al., 2004) e deveria ser parte do cronograma de qualquer pesquisa de intervenção, especialmente quando há carência de estudos na área. A título de ilustração, alguns programas preventivos para problemas comportamentais e emocionais junto a crianças e adolescentes serão descritos a seguir e outros podem ser consultados em Castro et al. (2003), Essau (2002), Fraser e Williams (2004), Gorayeb et al. (2003), Kendall et al. (1997), Ladd et al. (2004), Lane (1999), Lochman, Coie, Underwood e Terry (1993), McCarter et al. (2004), Pinheiro et al. (no prelo), Roe-Sepowitz e Thyer (2004), Shortt, Barret e Fox (2001) e Webster-Stratton e Hammond (1997).

Programas dirigidos a múltiplos agentes de mudança, como pais e professores, constituem uma opção metodológica pertinente em programas de prevenção a problemas de conduta, especialmente por facilitar a gene-

ralização dos efeitos entre ambientes, entre comportamentos e ao longo do tempo. Uma intervenção desta natureza foi feita por Webster-Stratton, Reid e Hammond (2001) junto a 272 mães do programa *Head Start* e seus filhos de 4 anos de idade e 61 professores deste mesmo programa. Tratou-se de uma intervenção seletiva por ser dirigida a crianças sabidamente em risco de desenvolver transtorno de conduta. Trinta e quatro salas de aula foram designadas aleatoriamente para a intervenção conjunta para pais e professores ou para uma condição controle que consistia no programa *Head Start* regular. A intervenção para os pais, baseada na teoria da aprendizagem social e teoria do apego, consistiu em 12 sessões semanais de duas horas e meia, feitas em grupos de seis a dez pais. Através da observação de modelos em vídeos e ensaio comportamental, os pais foram estimulados a brincar com os filhos, envolver-se com suas atividades acadêmicas, estabelecer limites adequadamente, usar reforço positivo, auxiliar os filhos a resolver problemas e dar e pedir ajuda. Aos pais cujos filhos estavam saindo do programa *Head Start* e indo para a escola regular foram oferecidas quatro sessões adicionais, de duas horas, uma vez por semana, para tratar de da promoção de amizades e habilidades sociais nos filhos, estratégias de apoio à leitura, solução de problemas e trabalho cooperativo com os professores. A intervenção dirigida aos professores compreendeu 36 horas de treinamento distribuídas em seis workshops mensais e também fez uso da modelação através do vídeo. O treinamento incluiu estratégias para manejo da classe, estabelecimento de disciplina, promoção de competência social nos alunos e prevenção de rejeição entre pares. O programa foi fornecido por 13 profissionais com formação em psicologia ou serviço social, os quais seguiram um manual de aplicação e foram previamente treinados e supervisionados durante o programa. Medidas verbais e observacionais pré e pós-teste e um ano depois mostraram que as crianças das mães que participaram de pelo menos seis sessões apresentavam menos problemas de conduta do que as crianças da condição controle e os benefícios da intervenção se mantiveram no *follow-up*. Os resultados das medidas observacionais também evidenciaram que os professores que receberam treinamento apresentaram melhor manejo da classe no pós-teste do que os professores da condição controle.

Um dos desafios na condução de programas preventivos em saúde mental é como atrair os participantes e obter sucesso no recrutamento. Isto pode ser mais fácil de ser alcançado quando se implementa intervenções universais destinadas a populações inteiras. Um exemplo de intervenção preventiva universal é o trabalho de Shochet et al. (2001), que implementaram e avaliaram um programa delineado para prevenir depressão junto a 260 adolescentes em uma escola australiana. O programa foi parte do currículo escolar e foi feito com todos os alunos da nona série escolar dos anos de 1996 e 1997, que foram designados para uma de três condições experimentais: uma intervenção para adolescentes e seus pais, uma intervenção somente para os adolescentes e uma condição comparação. Os alunos

do ano de 1996 foram designados para a condição comparação e os de 1997 para o programa de intervenção. Esta opção metodológica foi feita para evitar a difusão entre tratamentos. A intervenção para os adolescentes consistia em 11 sessões semanais de 40 a 50 minutos de duração durante o horário escolar e abordava, por ordem de implementação, o estabelecimento de *rapport*, fatores de proteção no curso do desenvolvimento, habilidades para manejo de estresse, reestruturação cognitiva, solução de problemas, busca de suporte social na escola, habilidades de empatia e negociação para evitação de conflitos na família e sumário e fechamento. Esta mesma intervenção foi feita com os participantes da condição intervenção para adolescentes e pais, acrescida de três sessões de três horas cada para os pais, quando foram discutidas as competências parentais, o manejo de estresse no papel parental, o desenvolvimento do adolescente, a promoção de auto-estima e autonomia dos filhos e estratégias para solucionar conflitos e promover harmonia nas interações familiares. Os autores citaram alguns cuidados para maximizar o envolvimento dos pais, como agendar as sessões durante a noite, fazer convites individuais, enviar cartas-lembrete e oferecer aos pais o jantar na escola. Os facilitadores das intervenções seguiram um manual de aplicação e participaram de 25 horas de treinamento durante 15 encontros, destinados ao planejamento e à supervisão das sessões em andamento. Medidas de sintomas depressivos e desamparo feitas antes, imediatamente após e 10 meses após o programa mostraram uma redução significativa nestas variáveis para os participantes de ambas as intervenções, comparados aos participantes da condição comparação. Além do programa ter produzido diminuição nos problemas para os quais ele foi planejado, os autores verificaram também uma alta satisfação dos participantes para com o programa e uma baixa desistência ao longo das intervenções, concluindo que o programa se mostrou tanto efetivo quanto viável em sua aplicação como parte do currículo escolar.

Intervenções preventivas dirigidas a crianças já com sintomas instalados constituem uma outra opção metodológica. Neste sentido, Jaycox, Reivich, Gillman e Seligman (1994) conduziram um estudo almejando a prevenção de depressão junto a 142 crianças de 10 a 13 anos (69 = grupos de tratamento; 73 = grupo controle), selecionadas por apresentarem sintomas leves e moderados de depressão e relataram testemunhar conflitos na interação entre seus pais. Baseando-se na premissa teórica de que distorções cognitivas encontram-se na base da depressão, estes autores implementaram um programa composto por reestruturação cognitiva, solução de problemas, habilidades sociais, promoção de auto-estima e prevenção de recaída. Foram feitas 12 sessões, semanais, após o horário escolar e foram conduzidas por profissionais cujo trabalho era guiado por um manual de aplicação e supervisionado a partir de filmagens das sessões. Os resultados da avaliação pós-intervenção mostraram uma diminuição em sintomas de estresse e melhoria no comportamento em sala de aula, em comparação ao grupo controle. Estes resultados

se mantiveram seis meses depois do término da intervenção e foram mais acentuados para as crianças que estavam mais em risco ao começo da intervenção. Os autores sugeriram que versões futuras deste programa fossem implementadas ampliando-o para pais e professores.

Além de escolas, também são opções pertinentes para a condução de programas preventivos centros comunitários, ambulatorios, clínicas-escolas, igrejas e outros espaços acessíveis para a comunidade (Silveira et al., 2003). Por exemplo, Moody, Childs e Sepples (2003) conduziram um estudo piloto, em um centro comunitário, com o objetivo de prevenir o uso de drogas. Tratou-se de um programa seletivo, do qual participaram 13 crianças entre 10 e 12 anos expostas a riscos de fracasso escolar, violência e abuso de drogas. A intervenção foi implementada por estudantes de enfermagem em 20 semanas, em sessões de duas horas, feitas após o período escolar. Consistiu no estabelecimento de uma relação de suporte entre os facilitadores e as crianças, na promoção de condutas pró-sociais, no treino de habilidades sociais e no planejamento e oferta de serviços à comunidade. Este último módulo visou ensinar comportamentos de cuidado para com o ambiente em que viviam e construir laços entre os participantes e a comunidade. Parte das sessões foi feita em grupo e parte foi feita individualmente, de modo que cada criança tinha um mentor, de quem recebia suporte social, tanto informativo quanto emocional. Foi usado um delineamento pré-experimental com pré e pós-teste. Os resultados, avaliados por meio de um questionário, revelaram um aumento em auto-estima, habilidades sociais, envolvimento com a escola e vínculo afetivo com os pares e com os facilitadores da intervenção. Os autores consideraram que um ponto forte da intervenção foi a relação de suporte entre os facilitadores da intervenção e os participantes. Embora este seja um estudo com restrições metodológicas, como ausência de grupo controle, ausência de *follow-up* e uso de apenas uma medida de auto-relato para avaliação de resultados, trata-se de um programa com um procedimento inovador e promissor por incluir também o fortalecimento dos laços com a comunidade e incrementar o suporte social. Uma vantagem adicional é que o desenvolvimento de serviços para a comunidade constitui um contexto de aplicação direta das condutas pró-sociais treinadas com os pares nas sessões grupais, o que aumenta as chances de generalização dos resultados.

### **Os Programas Preventivos Devem ter sua Implementação Monitorada e seus Resultados Avaliados ao Longo do Tempo**

Diversos autores (Durlak & Wells, 1997; Lane & Beebe-Frankenberger, 2004; Meschke & Patterson, 2003; Shochet et al., 2001) têm defendido que os programas preventivos sejam monitorados durante sua implementação, já que o modo como uma intervenção é implementada (ou processo) é tão importante quanto o seu conteúdo. Este monitoramento, também chamado de avaliação formativa ou avaliação de processo (Posavac & Carey, 2003), poderia identificar se o recrutamento está sendo bem sucedido, que

variáveis contextuais estão facilitando ou dificultando a intervenção, em que extensão o programa está alcançando o público-alvo, em que extensão os participantes estão praticando as técnicas e utilizando os recursos que lhes são disponibilizados na intervenção, em que extensão o programa fornecido está sendo fiel em seu conteúdo e duração ao programa planejado (Steckler & Linnan, 2002) e em que extensão os participantes estão satisfeitos com o programa (Hawe et al., 1990). Avaliações de processo podem evitar que se atribuam resultados a programas do tipo “caixa preta”, cuja implementação é desconhecida. Corre-se o risco de relacionar resultados a causas não claras pelo fato do programa não ter sido adequadamente implementado. Isto foi chamado por Basch et al. (1985, citado por Steckler & Linnan) de erro Tipo III.

Cabe salientar que alguns dos estudos preventivos mencionados anteriormente (Shortt et al., 2001; Shochet et al., 2001; Webster-Stratton et al., 2001) fizeram uso de alguma medida de processo, em especial avaliação de integridade do tratamento, satisfação do consumidor, dose fornecida e assiduidade ao programa. De modo geral, estas avaliações identificaram que os participantes se mostraram satisfeitos com os componentes e formato das intervenções, que os programas foram implementados com integridade e que a obtenção de resultados finais satisfatórios estava relacionada a uma quantidade mínima de horas de intervenção recebidas ou frequência ao programa. Portanto, estas avaliações de processo forneceram informações úteis para interpretação dos resultados finais e para replicação destes programas.

Diversos estudos na área (Jaycox et al., 1994; Shortt et al., 2001; Shochet et al., 2001; Webster-Stratton et al., 2001) apresentam avaliação de *follow-up*, mas feitas não mais do que um ano após o término da intervenção. A avaliação de metas distais dos programas preventivos para verificação de que os resultados negativos que se queria prevenir de fato não ocorreram ou tiveram sua frequência reduzida constitui uma das dificuldades metodológicas neste campo (Silveira et al., 2003), já que requer delineamentos longitudinais e, portanto, envolve mais recursos humanos e financeiros e maior chance de perda de participantes. No entanto, não é possível efetivamente assegurar que tais programas são de fato preventivos se avaliações longitudinais não forem conduzidas. Este é um desafio para os pesquisadores do futuro: levar a cabo pesquisas de qualidade com poucos recursos financeiros, principalmente no contexto nacional.

### Conclusão

De acordo com Muehrer (1997), o ciclo da pesquisa em prevenção deve seguir as etapas: identificar o problema e sua prevalência, identificar fatores de risco e proteção, implementar estudo piloto baseado em teoria, implementar estudo experimental em ambiente natural próximo das condições reais, implementar intervenção em larga escala para verificação de validade externa e transformar a tecnologia da pesquisa em serviços comunitários e políticas públicas.

Tomando-se por base o ciclo de pesquisa proposto por Muehrer, a pesquisa em prevenção no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até resultar em tecnologia inserida em serviços comunitários e maximizar a participação do psicólogo em prevenção primária em saúde mental. Poderão fazer parte deste caminho a replicação dos programas bem sucedidos aqui apresentados em amostras maiores e em contextos naturais; a agregação dos programas nacionais já existentes (Castro et al., 2003; Haase et al., 2000; Marinho, 2005; Pinheiro et al., no prelo; Weber et al., 2005) em programas com ações integradas para crianças e adolescentes, pais, professores e comunidade; o aumento de publicações e congressos na área e a inserção desta produção em serviços comunitários e políticas públicas.

Algumas condições poderão ser facilitadoras desta agenda de pesquisa. A primeira condição é que as novas diretrizes curriculares para o curso de Psicologia estimulam o ensino e pesquisa de práticas mais preventivas, coletivas e comunitárias. Mudanças na formação poderão impactar na produção em pesquisa e na oferta de serviços à sociedade. A segunda condição, relativa à disponibilidade de fomento para a pesquisa, é a existência de diversas organizações abertas para o patrocínio de projetos sociais, os quais podem ser claramente vinculados à promoção de competências e redução de fatores de risco à saúde mental da criança e do adolescente e podem ser, simultaneamente, serviço e pesquisa. Recursos financeiros serão necessários para custear pesquisas com amostras grandes e delineamentos longitudinais e, por isto, tais patrocínios poderão ser bastante úteis. Uma terceira e última condição é a consistência da literatura internacional especializada, ao apontar alguns rumos: não há apenas uma solução para problemas emocionais e comportamentais; os comportamentos de risco são interrelacionados; as intervenções multimodais são as mais adequadas; as intervenções devem ser mais ecológicas e menos individuais; as intervenções devem ser implementadas o mais cedo possível antes da cronificação de fatores de risco e agravamento dos sintomas e os programas preventivos devem ser implementados com a participação ativa da comunidade de modo que possam se sustentar ao longo do tempo (Lane, 1999; McCarter et al., 2004; Meschke & Patterson, 2003). Estas lições decorrentes da pesquisa em prevenção em saúde mental provêm em implicações diversas para a produção do conhecimento em prevenção no âmbito nacional, que poderão interessar não somente à comunidade acadêmica, mas também a profissionais de saúde mental e gestores de saúde, em seus esforços conjuntos de promover a saúde das pessoas e do ambiente em que vivem.

### Referências

- Bardagi, M. P., Arteche, A. X., & Neiva-Silva, L. (2005). Projetos sociais com adolescentes em situação de risco: Discutindo o trabalho e a orientação profissional como estratégias de intervenção. In C. S. Hutz (Ed.), *Violência e risco na infância e adolescência: Pesquisa e intervenção* (pp. 101-145). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Bierman, K. L. (1997). Implementing a comprehensive program for the prevention of conduct problems in rural communities: The fast track experience. *American Journal of Community Psychology*, 25, 493-514.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7, 227-235.
- Castro, R. E. F., Melo, M. H. S., & Silveiras, E. F. M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 309-318.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: Um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5, 71-93.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. C. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9, 369-378.
- Déa, H. R. F. D., Santos, E. N., Itakura, E., & Olic, T. B. (2004). A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24, 108-115.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 351-357.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-142.
- Essau, C. A. (2002). Primary prevention of depression. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice* (pp. 185-204). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fraser, M. W., & Williams, S. A. (2004). Aggressive behavior. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 100-129). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Gomide, P. I. C. (2001). Efeitos das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 33-53). Londrina, PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- Gorayeb, R., Cunha Netto, J. R., & Bugliani, M. A. P. (2003). Promoção de saúde na adolescência: Experiência com programas de ensino de habilidades de vida. In Z. A. Trindade & A. N. Andrade (Eds.), *Psicologia e saúde: Um campo em construção* (pp. 89-100). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Haase, V. G., Käßpler, C., & Schaefer, S. A. (2000). Um modelo de intervenção psicoeducacional para prevenção da violência no ambiente familiar e escolar. In V. G. Haase, R. Rothe-Neves, C. Käßpler, M. L. M. Teodoro & G. M. O. Wood (Eds.), *Psicologia do desenvolvimento: Contribuições interdisciplinares* (pp. 265-282). Belo Horizonte, MG: Health.
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: a health worker's guide*. Sydney, Austrália: MacLennan & Petty.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Kellam, S. G., & Horn, Y. V. V. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: a scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 25, 177-188.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kulic, K. R., Horne, A. M., & Dagley, J. C. (2004). A comprehensive review of prevention groups for children and adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 8, 139-151.
- Ladd, G. W., Herald, S. L., Slutzky, C. B., & Andrews, R. K. (2004). Peer group rejection. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 15-48). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Lane, K. L. (1999). Young students at risk for antisocial behavior: The utility of academic and social skills interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7, 211-223.
- Lane, K. L., & Beebe-Frankenberger, M. (2004). *School-based interventions: The tools you need to succeed*. Boston: Pearson Education.
- Lawrence, J. S. S., & Ndiaye, S. M. (1997). Prevention research in rural communities: Overview and concluding comments. *American Journal of Community Psychology*, 25, 545-563.
- Lochman, J. E., Coie, J. D., Underwood, M. K., & Terry, R. (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 61, 1053-1058.
- Marinho, M. L. (2005). Um programa estruturado para o treinamento de pais. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Psicologia Clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 417-443). São Paulo, SP: Santos.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- McCarter, A. K., Sowers, K. M., & Dulmus, C. N. (2004). Adolescent suicide prevention. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 85-99). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Meschke, L. L., & Patterson, J. M. (2003). Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 483-514.
- Moody, K. A., Childs, J. C., & Sepples, S. B. (2003). Intervening with at-risk youth: Evaluation of the Youth Empowerment and Support Program. *Pediatric Nursing*, 29, 263-270.
- Muehrer, P. (1997). Introduction to the special issue: Mental health prevention science in rural communities and contexts. *American Journal of Community Psychology*, 25, 421-424.
- Nettles, S. M., Mucherah, W., & Jones, D. S. (2000). Understanding resilience: The role of social resources. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 5, 47-60.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. H., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Posavac, E. J., & Carey, R. G. (2003). *Program evaluation. Methods and case studies*. New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford, R. B., & Forness, S. R. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7, 54-64.

- Repucci, N. D., Woolard, J. L., & Fried, C. S. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.
- Roe-Sepowitz, D. E., & Thyer, B. A. (2004). Adolescent mental health. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 67-84). New Jersey, NJ: John Willey & Sons.
- Rojas, A. K. (1997). Transtornos de conduta. In N. Fichtner (Ed.), *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: Um enfoque desenvolvimental* (pp. 120-138). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Silva, A. T. B., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2000). Relacionamento pais-filhos: Um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3, 203-215.
- Silva, D. F. M., & Hutz, C. S. (2002). Abuso infantil e comportamento delinqüente na adolescência: Prevenção e intervenção. In C. S. Hutz (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 151-185). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Silva, L. A. V., Oliveira, R. F., & Franco, A. L. S. (1998). Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: Uma experiência em Salvador-Bahia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 605-620.
- Silveira, J. M., Silveiras, E. F. M., & Marton, S. A. (2003). Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: Dificuldades na pesquisa e implementação. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)*, 20, 59-67.
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. In A. Steckler & L. Linnan (Eds.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Trombeta, L. H. A. P., & Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: Estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas, SP: Alínea.
- Weber, L., Salvador, A. P., & Brandenburg, O. (2005). *Programa de qualidade de vida na interação familiar: Manual para aplicadores*. Curitiba, PR: Juruá.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training, partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 283-302.

Recebido: 08/02/2006  
Aceite final: 03/04/2006