

# **PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**

**Gabriel Ferreira Pheula<sup>6</sup>**

**Luciano Rassier Isolan<sup>7</sup>**

## **RESUMO**

A violência na juventude é reconhecida como um problema social grave no Brasil e muitas propostas para sua prevenção têm sido desenvolvidas, nos últimos anos. Apenas propostas que são profundamente enraizadas em um contexto cultural, organizacional e relacionadas à comunidade, costumam ter poder suficiente para ter um impacto coletivo significativo. Neste artigo, é revisada a evidência científica da efetividade de intervenções para prevenir o transtorno de conduta e a delinquência. É dada ênfase à necessidade de um modelo de intervenção que combine aspectos psicossociais e ecológicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** delinquência, transtorno de conduta, prevenção, psicoeducação

**Violence prevention in adolescence:  
a psychosocial approach**

## **ABSTRACT**

Youth violence is widely recognized as a critical social issue in Brazil and many approaches to prevention have been developed in recent years. Only approaches that are deeply embedded in cultural, community, and organizational contexts are likely to be powerful enough to have a meaningful collective impact. In this article, it reviewed the scientific evidence on the effectiveness of interventions to prevent conduct disorder and

---

<sup>6</sup> Psiquiatra com Área de Atuação em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Mestre em Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>7</sup> Psiquiatra com Área de Atuação em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Mestre e Doutorando em Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

delinquency. It was emphasized a need for a intervention model which comprises psychosocial and ecological aspects.

**KEYWORDS:** delinquency, conduct disorder, prevention, psychoeducation

## INTRODUÇÃO

A violência compreende o uso de um ato de força, impetuosidade, veemência ou brutalidade. A agressão envolvida compreende, sempre, o uso de força desproporcional, mesmo sob aparente justificativa. Na esfera do Direito, compreende o ato de praticar um constrangimento contra outra pessoa, obrigando a mesma a submeter-se, a fim de atingir um objetivo. É um constrangimento inaceitável, reduzindo um ser humano a um objeto, algo totalmente insignificante (1).

Atualmente, observamos um crescente aumento da prevalência, ou de relato, ou a exposição à mídia, de atos de violência. Tal “cultura da violência” vem acompanhada, ou é produto, de uma menor valorização de aspectos éticos e pró-sociais. A ética é, fundamentalmente, a expressão e garantia da condição humana do indivíduo (1).

A adolescência, por definição e características específicas, já está inserida em um contexto de transformações sociais, cognitivas e comportamentais. “Adolescer”, hoje em dia, exige uma flexibilidade e resiliência significativas. Sendo assim, inserem-se nesse contexto aspectos de busca de liberdade, descoberta da identidade pessoal e perda ou busca de referenciais. A violência, nessa faixa etária, pode estar associada com a solidão decorrente desses conflitos, e da necessidade de “crescer”, “dar respostas” e “sobreviver” em um momento de contexto social de desalento, desamparo e autodestruição.

A violência na adolescência também pode ser produto da violência intrafamiliar. Crianças podem ser expostas desde a mais tenra idade, mesmo dentro do seio familiar, onde deveriam ser protegidas. A violência, segundo o Ministério da Saúde (2), pode ocorrer de diferentes formas, como violência física, sexual, psicológica ou negligência. Esta é a forma mais freqüente, compreendendo a omissão, por parte da família, das necessidades básicas da criança ou adolescente.

Tal alarme também deve ser feito dentro do contexto da violência escolar. A prática da violência, principalmente por parte de alunos, tem sido crescente. Talvez as

escolas ainda não estejam preparadas para lidar com alunos que, muitas vezes, vêm de ambientes nos quais sofreram violência ou negligência. Além disso, as faces da violência podem incluir a questão das crianças em situação de rua. Segundo Boulding (3), a chamada violência de resistência envolve a reação dos subjugados e oprimidos por seus direitos, reconhecimento e igualdade. O enfoque dos maus-tratos, novamente, é automático. Muitos adolescentes em situação de rua encontram-se lá, por fuga de situações traumáticas no ambiente domiciliar. No entanto, neste ambiente são novamente vitimizados, sofrendo todo tipo de discriminação e desvalorização, sendo o fiel retrato de uma sociedade desigual, desumana e causadora de maus-tratos. A insegurança em que vivem nesse ambiente hostil e nada acolhedor é o puro retrato do caos e da falta de cuidado com os menores, em nosso país (4).

A violência pode não ser apenas relacionada com o fator ambiental, mas com questões psicológicas e intrínsecas do self (5). Em casos de abuso ou trauma, a violência pode surgir em decorrência de um senso de raiva ou injustiça em relação a figuras percebidas como maléficas. Da mesma forma, pode haver uma identificação com o agressor, onde a própria vítima inicia um ciclo de impulsividade, agressividade e alterações de comportamento, semelhantes ao encontrado em pacientes com transtorno da personalidade *borderline*. Por fim, a violência pode surgir, desde a primeira infância, da projeção de cuidadores bastante paranóides, que “convencem” a criança de que ela é má e violenta. Sendo assim, não restaria muito a ela, senão identificar-se com essa projeção. Tal fenômeno é chamado de identificação projetiva, e é, muitas vezes, inconsciente.

Sob o prisma psicanalítico, o conceito central, no que concerne à violência, é a questão do déficit. Pacientes com componentes de agressividade apresentam déficit na internalização de figuras boas, além de um déficit egóico, que se caracteriza por uma ausência da capacidade de reflexão do self e da capacidade de pensar, o que causa implicações diretas na regulação de emoções. (5).

Dentro deste contexto, o autor faz uma revisão de componentes psicológicos e ambientais que podem ser utilizados na prevenção da violência. Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados Medline, PsycInfo, Lilacs e Scielo, utilizando as palavras-chaves “violence”, “violence prevention”, “violence psychological”, “violence ecological”. Também foram revisados capítulos de livros referentes ao tema.

## O INÍCIO DO PROCESSO: CONCEITO DE DESOBEDIÊNCIA NA INFÂNCIA

O conceito de não-adesão ou desobediência na infância está incluído dentro dos transtornos do comportamento disruptivo. Refere-se a situações em que a criança, de forma ativa ou passiva, mas sempre proposital, não executa um comportamento que tenha sido solicitado por um dos pais, ou outra figura de autoridade. Embora é sabido que todas as crianças podem ser desobedientes, considera-se clinicamente significativo o padrão de desobediência persistente. (6)

Dentro deste contexto, considera-se que este comportamento torna-se um problema quando os pais e professores acreditam que a desobediência é excessiva e duradoura (mais de seis meses). Além disso, a postura desafiadora diminui a capacidade de a criança lidar com situações estruturadas, como jogos, brinquedos e atividades esportivas. Além disso, nessas situações, é causadora de conflito nas relações com outras crianças, prejudica seu desempenho acadêmico ou pode colocá-la em risco de dano físico. Nessas situações, configura-se um transtorno psiquiátrico, chamado de transtorno de oposição e desafio (TOD) (6, 7).

Crianças portadoras de TOD apresentam risco teórico de progressão do comportamento de oposição. O sintoma inicial de conflito persistente com autoridades pode evoluir para uma evitação de contato com pais e professores, caracterizado por fugas de casa, permanência na rua à noite e faltas escolares frequentes. Progressivamente, pode evoluir para alteração de conduta. Inicialmente, esta pode se manifestar com sintomas que não envolvem dano direto a outras pessoas, como furto, destruição de propriedade, piromania, defraudação e mentiras para conseguir vantagens financeiras. Por fim, pode escalar até heteroagressividade direta, com comportamento de abuso emocional, xingamentos frequentes, *bullying*, brigas físicas, uso de arma, assalto e até violência sexual.

Ainda não é conhecida a frequência com que crianças portadoras de TOD evoluem para transtorno de conduta (TC). O TOD, por apresentar sintomatologia mais leve e mais relacionada com o momento psicológico da criança (geralmente fase pré-escolar e escolar), pode estar mais relacionado com estresse ambiental e uso de técnicas disciplinares inadequadas. O TC, certamente um quadro mais grave e de prognóstico mais reservado, já engloba uma etiologia mais ampla, com aspectos genéticos, familiares e ambientais. (8).

## **AS CAUSAS DO TRANSTORNO DE CONDUTA: O MODELO COGNITIVO-SOCIAL OU MODELO DE APRENDIZAGEM SOCIAL**

Grande parte das pesquisas que procuram estudar a etiologia e os vários fatores envolvidos na gênese do comportamento agressivo, da delinquência e do transtorno de conduta, apresentam estratégias derivadas do estudo das famílias de tais pacientes (9). Sendo assim, estudos iniciais de Bandura (10) envolviam o estudo da teoria da aprendizagem social. Segundo esta, as crianças aprendiam a se comportar através da observação, escuta e interação com pais, professores e outras figuras com as quais tivessem contato. Através desse aprendizado, haveria a construção da resolução de habilidade de resolução de problemas do contato social. Talvez a violência na adolescência possa estar relacionada a um déficit nas habilidades sociais. (11).

Dentro desta perspectiva, três habilidades formam a construção da perspectiva cognitivo-social: o primeiro é a capacidade de autocontrole, no qual o indivíduo, em situação de estresse, consegue processar a informação e percepção social, e, assim, retardar a resposta comportamental, até uma tomada de decisão racional. O segundo é a consciência social e a participação em atividades de grupo. Dentro dessa perspectiva, o indivíduo tem a habilidade de interação positiva com outras pessoas, consegue expressar gratidão, carinho e amizade em um contexto adequado, consegue fazer amigos, e participar em situações de grupo sem demonstrar submissão ou imposição excessiva. O terceiro aspecto é a habilidade de tomada de decisões. Esta habilidade pode ser desenvolvida através de uma estratégia cognitiva que envolva uma abordagem de passos seqüenciais que inclua uma seleção do problema principal, uma avalanche cognitiva de possíveis soluções, um planejamento da melhor alternativa, e posterior *feedback* e nova análise da solução encontrada (11, 12).

Lochman et al elaboraram uma revisão sobre as características cognitivas de crianças com alto nível de agressividade. Ressaltaram alguns aspectos já citados da teoria cognitivo-social, como o déficit na habilidade de resolução de problemas, adicionando aspectos de tendência a atribuir aspectos hostis a eventos neutros e tendência a respostas agressivas, além de subestimação da própria agressividade. Além disso, relataram baixos níveis de empatia desses indivíduos, além da tendência de expectativa de que a agressividade irá causar retorno positivo e diminuir conseqüências aversivas. Por fim, relataram déficits na concentração e atenção sustentada, pouca

valorização do risco de dano ou vitimização de outrem, alto valor concedido a questões de dominação e vingança, e baixa auto-estima global. (13).

Tais achados foram complementares a teorias anteriores, que já sugeriam a necessidade de entender a agressividade dentro de uma perspectiva multifatorial (14). Desta maneira, é enfatizada a avaliação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais relacionados a esta forma de comportamento. Dodge (15) enfatizou a análise do processamento de informação desses indivíduos. Indivíduos agressivos podem, principalmente naqueles que foram vítimas de abuso ou negligência, desenvolver uma hipervigilância e uma tendência a perceber manifestações hostis por outras pessoas. Patterson (16) ressaltou as técnicas de manejo coercivo por parte dos pais. Nesta situação, em um modelo de relacionamento pais-criança hostil e cheio de reprimendas, xingamentos e com pouca valorização de seus aspectos positivos, há um estreitamento do repertório social e de relacionamento interpessoal, com maior chance do desenvolvimento de agressividade. Além disso, Caspi e Moffitt (17) sugeriram que insultos menores no desenvolvimento cerebral fetal poderiam causar, juntamente com ambiente familiar adverso, lesões em áreas cerebrais, como amígdala e lobo frontal, e o desenvolvimento de déficits na linguagem verbal e nas funções executivas, respectivamente.

## **O MODELO EDUCATIVO DE PREVENÇÃO DA AGRESSIVIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

O modelo educativo de prevenção de comportamentos disfuncionais tem sido estudado na adolescência. Tal modelo pode ser aplicado para a prevenção de vários comportamentos disfuncionais, como heteroagressividade, automutilação, uso e dependência de drogas e comportamento delinqüente (18). As estratégias educacionais iniciais defendiam que simples campanhas de informação ao público poderiam ser suficientes para a prevenção desses comportamentos. No entanto, atualmente acredita-se que, em virtude da complexidade de tais situações, muitas vezes são necessárias outras abordagens para tais questões (19).

A explicação de atitudes disfuncionais e comportamentos prejudiciais para si ou para os outros tem sido avaliada das mais diversas formas. As concepções mais conhecidas incluíram, inicialmente, o modelo legal, que considerou o enfoque legal. Defendia a repressão de quaisquer atos delituosos, como agressão grave e consumo de

substâncias psicoativas. O modelo médico surgiu dentro de uma perspectiva de maior empatia com o paciente, a fim de procurar incluí-lo dentro de uma perspectiva de educação em saúde e, assim, propiciar um tratamento. Após, a ênfase em fatores ambientais causadores de doença, valorizou o modelo sociocultural, fundamentalmente colocando a gênese dos comportamentos em aspectos culturais, sociais e ambientais. Por fim, o modelo psicossocial apresentava uma perspectiva mais integradora de fatores psicológicos e sociais, tendo essa perspectiva, posteriormante, valorizado os mecanismos biológicos, com a difusão do modelo biopsicossocial, atualmente o mais aceito para a explicação de fenômenos e comportamentos complexos dos seres humanos (18).

### **A CRIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA: O QUE PODE FUNCIONAR**

Inicialmente, os autores demonstraram que a prevenção pode ser eficaz na redução do comportamento violento. Houve a certeza de que, considerando aspectos científicos e de natureza cultural, programas poderiam auxiliar na redução da taxa de delinqüência e comportamento agressivo (20).

No entanto, a necessidade de ações efetivas ressalta a importância do conhecimento de abordagens não-efetivas. Como já explicado, em virtude do transtorno de conduta apresentar uma etiologia multifatorial, abordagens que focam em um aspecto único do problema, por exemplo, apenas no indivíduo, ou família, ou ambiente, são tipicamente pouco efetivas. Além disso, o uso isolado de técnicas psicossociais como treino de habilidades sociais, entrevista motivacional ou técnicas de controle da raiva, sem considerar o contexto no qual o ambiente surge, pode ocasionar conseqüências nefastas, principalmente se não forem consideradas questões como abuso físico, sexual ou vizinhança extremamente hostil ou violenta. (21).

Sendo assim, é consenso atual que a abordagem ideal possa combinar o modelo médico-psicossocial com abordagens ambientais, também chamadas de ecológicas. Dessa maneira, iremos expor idéias de programas que focaram no manejo dessas duas áreas.

## **A ESTRATÉGIA PSICOLÓGICA DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA: O TREINO DE HABILIDADES**

As estratégias psicossociais envolvem o treino de habilidades específicas para manejo de situações sociais e de situações de estresse. Goldstein e cols (22) desenvolveram o programa “Aggression Replacement Training” (ART). Este programa objetivava a substituição da agressividade por outro comportamento de característica pró-social, através do ensinamento de técnicas de educação moral, manejo da raiva e da agressividade. Também orientava como os jovens deveriam se comportar, quando percebessem o comportamento muito coercivo por parte de outrem, a fim de não tornarem-se agressivos. Fazia uma revisão dos conceitos morais de cada adolescente, além do relaxamento e percepção de sensações corporais que traduzissem o crescimento da sensação de raiva.

Shure (23) criou um programa para ser aplicado em escolas, chamado Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS). Este programa preconiza o ensino, desde a escola fundamental, creche e jardim de infância, de habilidades de resolução de conflitos entre pares. Também ensina como prevenir problemas de relacionamento interpessoal. Tal programa se notabilizou pela ênfase no aspecto preventivo da agressividade.

Thornton et al (24) criaram o Responding in Peaceful and Positive Ways (RIPP), que enfatizava o aspecto de controle por pares sadios quanto à agressividade. Dessa forma, o programa objetivava o aumento do suporte dos amigos para a criação de cultura da não-violência, além de auxílio para monitoramento extra para condutas análogas ao comportamento delinqüente, como uso de drogas.

Aber et al (25) enfatizaram aspectos da teoria da educação no “Resolving Conflicts Creatively” (RCCP). O ensino consiste em como fazer comunicação efetiva, resolução de conflitos e estratégias globais de comportamento cooperativo, além de aceitação de diferenças de manejo social entre as pessoas. Também estimula a participação dos pais e o desenvolvimento do trabalho voluntário. No entanto, o programa apresentou ganhos apenas quando houve um alto grau de conhecimento do programa por parte dos professores das escolas, o que enfatiza a necessidade de treinamento dos componentes específicos do programa.

Por fim, Greenberg et al (26) criaram o PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies). Este programa teve a maior ênfase em crianças de até 5 anos de

idade. Preconizava o desenvolvimento de competência social e emocional e desenvolvimento de uma noção de monitoramento da autoconsciência para prevenção de conflitos. O programa adquiriu destaque, pois, como era aplicado em idade muito precoce, apresentou ganhos importantes, mesmo em crianças que necessitassem de educação especial. Este aspecto foi destacado, pois tais crianças teriam uma tendência a déficit de aquisição de habilidades cognitivas.

## **O COMPONENTE SOCIAL-ECOLÓGICO DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA**

As estratégias ecológicas e sociais enfatizam, fundamentalmente, os aspectos relacionados à cultura familiar, individual e escolar. Dessa maneira, é fundamental a consideração de peculiaridades de cada comunidade, o que impede, teoricamente, a aplicação direta de programas de sucesso em outros países, sem a adaptação necessária (21). Além disso, é fundamental, sob esse prisma, a busca de outros recursos do ambiente, como organizações não-governamentais, programas de recreação, além de igrejas e comunidades religiosas.

Barrish et al (27) desenvolveram o “Good Behavior Game”. Este programa consistiu em dividir as classes da sala de aula em dois grupos. Através da definição de comportamentos disruptivos, houve uma distribuição de privilégios àqueles que tivessem uma menor prevalência desses, em um dado período de tempo. Embora tenha ênfase em questões de condicionamento comportamental, a questão ecológica aparece na sua facilidade de execução.

Mayer e cols (28), com o objetivo de aumentar o comportamento pró-social, investiram no aumento do interesse acadêmico. Sugeriram a individualização do processo de aprendizagem para crianças e adolescentes, a fim de diminuir o grau de absenteísmo e abandono escolar. Meltzer et al (29) desenvolveram o “Community Builders”, o qual, além dos aspectos anteriores, sugeriu a ênfase no reforço dos comportamentos positivos, tanto com elogios, quanto com vantagens econômicas, como distribuição de pontos, fichas ou liberação de algumas obrigações.

Flay et al (30), em uma orientação teórica diferente, trabalhou com a noção de auto-conceito. Estimulou, assim, a idéia de que as pessoas, por si próprias, determinam suas idéias, relações, comportamentos e atitudes. Sendo assim, desenvolveu que cada um deve procurar cumprir com seus deveres e responsabilidades. O ambiente escolar,

segundo o autor, é fundamental em difundir este conceito, no sentido de reforçar a prática de ações socialmente positivas.

## **INTEGRANDO O MODELOS PSICOLÓGICO E SOCIAL: A TERAPIA MULTISSISTÊMICA**

A terapia multissistêmica foi criada por Henggeler e cols (31), para tratamento de adolescentes com transtorno de comportamento graves, ou dentro de um espectro de dificuldades importantes na esfera emocional, o que pode incluir tentativas de suicídio recorrentes ou dependência de substâncias psicoativas. Foi delineada, originalmente, para propósito de tratamento, não prevenção, mas é discutida aqui, pois, provavelmente, é o método que melhor aplica a perspectiva biopsicossocial no manejo de sintomas comportamentais em adolescentes (11).

O modelo multissistêmico foi desenvolvido em virtude da necessidade de ação em múltiplos níveis, no manejo do comportamento agressivo. Desenvolveu-se a partir do método científico analítico (31), o qual objetiva a coleta exaustiva de informações de várias fontes, a fim de determinar os fatores relacionados com a conduta. A partir daí, é feito a conceitualização do prejuízo principal e dos vários fatores causadores. É feita uma formulação das hipóteses e, para cada uma, é desenvolvida uma intervenção específica. A intervalos curtos, são reavaliados os resultados da intervenção, em um mecanismo de *feedback* contínuo, a fim de verificar se as hipóteses consideradas ainda permanecem válidas.

A premissa teórica do modelo argumenta que, em sintomas de conduta grave, existe uma história de, pelo menos, alguns dos fatores abaixo: sintomas de oposição e desobediência de início precoce, vivência em situação de rua ou ambiente extrafamiliar, como abrigos ou lares adotivos, além de falta de ajustamento escolar, repetências frequentes, dificuldades vocacionais ou na escolha profissional, e desajuste crônico no relacionamento interpessoal. Sendo assim, devido à presença de falhas nos vários domínios de funcionamento, é necessária a coleta de informações de múltiplas fontes, incluindo pais, familiares, amigos e membros da escola e comunidade (31).

Assim, a terapia multissistêmica apresenta nove princípios de tratamento, que norteiam os objetivos acima mencionados:

1. O objetivo principal da avaliação é entender a ligação entre os problemas identificados e seu contexto sistêmico mais amplo.

2. A terapia deve enfatizar aspectos positivos e usar ganho de habilidades como parâmetros de mudança.

3. As intervenções devem ser direcionadas para o aumento do comportamento responsável e diminuição do comportamento irresponsável entre os membros da família.

4. As intervenções devem ser focadas no presente, orientadas para a ação e baseadas em problemas bem especificados e definidos.

5. As intervenções devem ser seqüenciais e relacionadas com todos os sistemas envolvidos.

6. As intervenções devem ser apropriadas e direcionadas de acordo com as necessidades do desenvolvimento do jovem.

7. As intervenções devem exigir esforço diário e constante dos membros da família.

8. A eficácia das intervenções deve ser avaliada de maneira contínua, e com a procura de barreiras para a sua aplicação.

9. As intervenções devem ser direcionadas para serem generalizadas e aplicáveis em longo prazo.

## CONCLUSÃO

Na década atual, o National Institutes of Health (NIH) desenvolveu critérios para avaliação de programas de prevenção em saúde mental (32). Sendo assim, foram estabelecidos critérios para definição de programas passíveis de serem aplicados na prática clínica. Este critério recebeu um acrônimo – CURRES – detalhado a seguir (33), os quais também podem ser aplicados para a prevenção de alterações de comportamento em crianças e adolescentes:

- C: Custo-efetividade: o balanço entre efetividade e custo é fundamental na adoção de políticas públicas na área de saúde mental. Tal aspecto é mais importante, quando se pensa que as políticas públicas devem, fundamentalmente, ser direcionadas para o coletivo. Em casos individuais, a avaliação de eficácia pode considerar aspectos clínicos mais específicos.

- U: Utilidade: o termo utilidade refere-se aos resultados de uma intervenção, referente aos ganhos para a sociedade e público-alvo. Dessa forma, é importante considerar se as intervenções são aceitáveis dentro da cultura da população, e se a mesma possui a condição de perceber os potenciais ganhos vindos dessa prática.

- R: Realista: tal aspecto se aplica se, por exemplo, uma designada intervenção está de acordo com o estopo teórico daqueles que irão aplicá-la. Tal conceito baseia-se no que é chamado de “capacidade de construção”, no sentido de que é o contínuo aperfeiçoamento que definirá o sucesso de uma intervenção.

- R: Robustez: a robustez refere-se ao “peso” e ao grau de complexidade teórica da intervenção, além da amplitude da intervenção a que ela se destina. Por exemplo, qualquer problema que se destina à prevenção da violência deve, obrigatoriamente, combinar intervenções-alvo a familiares, pares e escola do paciente.

- E: Evolução no decorrer do tempo: este ponto corresponde ao fato de que, no planejamento de uma intervenção, é necessário o conhecimento dos fatores responsáveis pelo fenômeno, e da evolução destes com o tempo. Além disso, e por consequência, as próprias intervenções devem ser reavaliadas no decorrer do tempo.

- S: Sustentabilidade; tal aspecto se refere a mudanças relacionadas com o momento do desenvolvimento psicológico da população-alvo da intervenção. Por exemplo, modelos de prevenção de recaída ou prevenção primária de uso de drogas devem ser planejados de maneira diferente, caso sejam aplicados em crianças ou adolescentes.

Por fim, e com o objetivo de possibilitar a maior aplicação prática possível, é necessário a avaliação contínua de qualquer programa de prevenção em saúde mental. Dentro do contexto teórico atual, provavelmente o foco principal seja no manejo da família. O ensinamento precoce de técnicas de manejo de estresse, como relaxamento progressivo e respiração abdominal, além de estratégias de manejo cognitivo de resolução de problemas, como avaliação do problema principal e da totalidade das alternativas possíveis, são, certamente, parte da estratégia inicial de qualquer modelo de programa que se destine a amenizar o problema da agressividade na adolescência (11).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Maakaroun MF. Violência e adolescência: reflexões teóricas. In: Costa MCO, Souza RP. Adolescência. Aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002, pp. 409-18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Violência contra a criança e adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, 1993.

3. Boulding E. La violencia y sus causas. Paris: UNESCO, 1981.
4. Santana JSS, Souza SL. Violência em situação de rua. In: Costa MCO, Souza RP. Adolescência. Aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002, pp. 439-48.
5. Alvarez A. Qual violência e violência de quem? Diferentes técnicas terapêuticas para diferentes tipos de violência (manuscrito). Londres, 1998.
6. Kalb LM, Loeber R. Child disobedience and noncompliance: a review. *Pediatrics* 2003; 111: 641-52.
7. American Psychiatric Association. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2003.
8. Loeber R, Lahey BB, Thomas C. Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 100: 379-90.
9. Thornton T, Craft C, Dahlberg L, et al, editors. Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action. Atlanta: Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
10. Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Engelwood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1986.
11. Clabby JF. Evidence-based youth violence prevention: recommending programs that work. *Family and Community Violence* 2003; 5: 73-87.
12. Clabby J, Elias M. Teach your child decision-making. New York: Doubleday, 1986.
13. Lochman JE, Whidby JM, FitzGerald DP. Cognitive-Behavioral assessment and treatment with aggressive children. In: Kendall PC. *Child & Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press, 2000.
14. Krol N, Morton J, De Bruyn E. Theories of conduct disorder: a causal modelling analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 727-42.
15. Dodge KA. The structure and function of reactive and proactive aggression. In: Pepler DJ, Rubin KH. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1991, pp. 201-18.
16. Patterson G, Reid J, Dishion T. *Antisocial boys*. Eugene: Castalia, 1992.
17. Caspi A, Moffitt TE. The continuity of maladaptive behavior: from description to understanding in the study of antisocial behavior. In: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental psychopathology. Volume 2. Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley, 1995, pp. 472-511.

18. Antón DM. Drogas. Conocer e educar para prevenir. São Paulo: Scipione, 2003.
19. Rossignoli JL, Polaino A. Programas informativo-preventivos en las toxicomanías: el cambio de actitudes como indicador, predictor de eficacia. *Revista Española de Pedagogía* 1988; 184: 523-37.
20. Mercy JA Hammond WR. Learning to do violence prevention well. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20: 1-2.
21. Mattaini MA, McGuire MS. Behavioral strategies for constructing nonviolent cultures with youth. A review. *Behav Modif* 2006; 30: 184-224.
22. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC. Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth. Champaign: Research Press, 1998.
23. Shure MB. I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program. Champaign: Research Press, 1992.
24. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K. Best practice of youth violence prevention. A sourcebook for community action. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2000.
25. Aber JL, Brown JL, Henrich CC. Teaching conflict resolution. An effective school-based approach to violence prevention. New York: National Center for Children in Poverty, 1999.
26. Greenberg MT, Kusche CA. Blueprints for violence prevention. Book Ten. Promoting alternative thinking strategies. Boulder: Center for the Prevention of Violence, 1998.
27. Barrish HH, Saunders M, Wolf MM (1969). Good Behavior Game. Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1969; 2: 119-24.
28. Mayer GR, Butterworth T, Nafpaktitis M, Sulzer-Azaroff B. Preventing school vandalism and improving discipline. A three-year study. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1983; 16: 355-69.
29. Metzler CW, Biglan A, Rusby JC, Sprague JR. Evaluation of a comprehensive behavior management program to improve school-wide positive behavior support. *Education and Treatment of Children* 2001; 24: 448-79.
30. Flay BR, Allred CG, Ordway N. Effects of the Positive Action program on achievement and discipline. Two matched-control comparisons. *Prevention Science* 2001; 2: 71-89.

31. Henggeler SW, Schoenwald SK, Rowland MD, Cunningham PB. MST Principles and Process. In: Henggeler SW, Schoenwald SK, Rowland MD, Cunningham PB. Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescents. Multisystemic Therapy. New York: Guilford Publications, 2002, pp. 17-37.
32. NIMH. Psychoterapeutic interventions: How and Why they work. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/interventions.cfm>. 2002.
33. Rotheram-Borus MJ, Flannery D, Duan N. Interventions that are CURRES: cost-effective, useful, realistic, robust, evolving, and sustainable. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I. Facilitating Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health. Berlin: Springer, 2004.