ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Agressividade – Agressão

Atualização Abril 2010

Editor do Tema:
Richard E. Tremblay, PhD, Université de Montréal, Canadá e University College Dublin, Irlanda

©2002-2026 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

Índice

Síntese 6

Desenvolvimento da agressão física da primeira infância à idade adulta 9
RICHARD E. TREMBLAY, PHD, FRSC, FEVEREIRO 2008

O desenvolvimento e a socialização do comportamento agressivo durante os cinco primeiros anos de vida 16
KATE KEENAN, PHD, JUNHO 2002

Complicações obstétricas e agressão 22
SHARON ISHIKAWA, PHD, ADRIAN RAINE, PHD, ABRIL 2003

Agressão como resultado do desenvolvimento na primeira infância: Comentários sobre Tremblay , Keenan, Ishikawa e Raine 28
DALE F. HAY, PHD, ABRIL 2003

Comentários sobre artigos referentes a “Agressão como resultado do desenvolvimento na primeira infância” 32
DANIEL S. SHAW, PHD, ABRIL 2003

Agressividade em crianças pequenas. Serviços que demonstram eficácia na redução da agressividade 37
CAROLYN WEBSTER-STRATTON, PHD, SETEMBRO 2005

Programas e serviços eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas 43
JOHN E. LOCHMAN, PHD CÁTEDRA SAXON EM PSICOLOGIA CLÍNICA, ABRIL 2003

Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas 49
CELENE E. DOMITROVICH, PHD, MARK T. GREENBERG, PHD, JUNHO 2003

©2002-2026 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

Prevenção de comportamento agressivo no início da vida: Comentários sobre Webster-Stratton , Lochman, Domitrovich e Greenberg 57
KENNETH A. DODGE, PHD, ABRIL 2003

Programas e serviços que se mostraram eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas Comentários sobre Webster-Stratton , Domitrovich e Greenberg, e Lochman 61
KAREN L. BIERMAN, PHD, MAIO 2003

Apoiando crianças pequenas e suas famílias na redução da agressividade. Comentários sobre Webster-Stratton, Domitrovich e Greenberg, e Lochman 68
DEBRA J. PEPLER, PHD, JUNHO 2003

Tema financiado por:



Síntese

Qual é sua importância?

Agressões, como chutar, lutar e morder, são uma preocupação importante para as sociedades modernas, uma vez que as consequências físicas, emocionais, cognitivas e sociais de atos violentos são graves, de largo alcance e de longo prazo.[1] Uma *pesquisa de opinião* sobre percepções a respeito de violência com uma amostra representativa da população canadense mostrou que os respondentes estavam mais preocupados com violência juvenil (32%) e com pobreza familiar (32%) do que com suicídio juvenil (12%), fracasso escolar (11%) e saúde juvenil (8%). A categoria de idade mais frequentemente selecionada pelos respondentes como o período durante o qual os indivíduos recorrem mais à agressão física é o período compreendido entre os 12 e os 17 anos de idade, tanto para meninos (61%) quanto para meninas (69%). Previsivelmente, 50% dos respondentes declararam que os adolescentes de 12 a 17 anos devem ser alvo prioritário de qualquer investimento adicional em programas governamentais de prevenção à violência; um terço (33%) considerou que a prioridade máxima deve ser dada a crianças entre 5 e 11 anos de idade. Apenas 10% consideraram que crianças muito jovens, de zero a 4 anos de idade, devem ter prioridade.

Os resultados dessa pesquisa refletem duas convicções centrais a respeito da agressão física. A primeira é que as crianças se tornam mais violentas à medida que crescem. Por extensão, adolescentes são considerados mais agressivos do que crianças. A segunda é que as crianças aprendem a tornar-se fisicamente agressivas.

No entanto, pesquisas realizadas ao longo da última década questionaram essas duas convicções. O desenvolvimento da agressividade na infância está associado a uma multiplicidade de fatores, tais como práticas parentais inadequadas e baixo status socioeconômico. Além disso, muitos fatores de origem neurológica, fisiológica e genética, que são associados ao desenvolvimento da agressão, podem ser remetidos à primeira infância, e até mesmo a períodos anteriores. Por exemplo, estresse da mãe e uso de tabaco durante a gravidez, e complicações médicas no momento do parto estão associados ao aumento do risco de comportamentos agressivos acima da média. Inúmeros estudos têm demonstrado também que a frequência de agressões físicas decresce da primeira infância até a vida adulta.[2] O desenvolvimento da agressividade apresenta

um pico entre 2 e 4 anos de idade; ao final da média infância, a maioria das crianças já aprendeu a controlar o uso da agressão física; e as meninas aprendem a utilizar alternativas à agressão física mais rapidamente do que os meninos. Aparentemente, portanto, os dois primeiros anos de vida – do nascimento até os primeiros passos – são o melhor período para aprender alternativas à agressão física.

O que sabemos?

Para compreender de que maneira adultos passam a exibir comportamentos violentos, os pesquisadores começaram a analisar o período pré-natal e a primeira infância. *Fatores* que podem influenciar tendências agressivas incluem disposições genéticas, exposição pré-natal a drogas, álcool ou tabaco, nutrição materna precária, pequenas anomalias físicas, complicações no parto, história de comportamento problemático dos pais, dinâmica familiar, práticas parentais, temperamento difícil, influência de colegas e experiências escolares. Esses fatores podem acumular-se ao longo do tempo, colocando a criança em uma *trajetória negativa*, e sugerem a necessidade de intervenções precoces. No entanto, alguns fatores, como complicações obstétricas, só parecem aumentar o risco de problemas posteriores de agressividade na presença de outros estressores (mãe adolescente, baixo status socioeconômico, cuidados parentais inadequados). Nem todos os fatores de risco têm impacto semelhante. Por exemplo, até este momento, as constatações sobre *exposição fetal ao álcool* são muito mais extensas do que aquelas relativas à nutrição materna.

Os dados disponíveis sugerem que a *agressividade física* nos anos pré-escolares apresenta um pico entre 2 e 3 anos de idade, e depois decresce de maneira regular. No entanto, um pequeno grupo de crianças (de 5% a 10%) continuará a apresentar altos níveis de agressividade no decorrer da infância e da adolescência. Frequentemente, a *agressão* é uma característica primária do transtorno desafiador opositivo e do transtorno de conduta. Quando esses problemas se manifestam na primeira infância, tendem a continuar e permitem prever consequências negativas, como delinquência, uso de drogas e distúrbio mental adulto. Infelizmente, continua a ser problemático identificar agressões atípicas em pré-escolares, uma vez que os pesquisadores temem apontar como patológicos comportamentos normais, próprios da idade. Esse receio de utilizar rótulos ou conceitos inadequados do ponto de vista do desenvolvimento ressalta a necessidade de definições consistentes de *agressão atípica*, por razões tanto científicas como políticas. Para alcançar comparabilidade em estudos científicos, são necessárias definições claras. Da mesma forma, crianças que manifestam problemas de agressividade têm necessidade

de serviços apropriados e, portanto, é fundamental identificá-las precocemente.

O que pode ser feito?

As pesquisas de avaliação dos diversos programas que visam à redução da agressividade em crianças pequenas estão apenas começando. Esses programas podem ter diversos focos: mulheres grávidas, para evitar o consumo de fumo, álcool e drogas, e para ensinar habilidades parentais; pais de bebês e de crianças pequenas, para ensinar estratégias disciplinares positivas; crianças, para ensinar habilidades sociais adequadas, resolução de conflitos e controle da raiva; e professores de educação infantil, para capacitá-los em habilidades eficientes de gestão da sala de aula. Até este momento, são muito poucos os programas que foram submetidos a avaliações experimentais rigorosas. Sugere-se que a *capacitação de pais* seja uma estratégia eficaz para a redução da agressividade em crianças pequenas (de 2 a 5 anos de idade). *Programas* que focalizam crianças e/ou professores apresentam alguma evidência de sucesso, mas as constatações não são bastante claras ou convincentes.

Os programas provavelmente precisam incluir alvos múltiplos (pais, crianças e professores). Crianças muito agressivas talvez precisem também de apoio no longo prazo, sendo necessárias *diferentes intervenções* (no lar, na escola, com colegas) à medida que se desenvolvem e mudam de contexto. No entanto, os pesquisadores concordam que há muito trabalho a ser feito para responder *questões-chave* tais como: (1) quais são os programas de intervenção mais eficientes e eficazes para diferentes tipos de crianças agressivas; (2) que mecanismos e resultados visados por esses programas são centrais para a prevenção da agressão a longo prazo; e (3) que fatores de risco da criança, da família ou da escola equilibram os efeitos desses programas.

É igualmente necessário desenvolver políticas nacionais adequadas e eficazes, que demandam a colaboração de profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social. No entanto, é essencial realizar pesquisas, criar e avaliar programas, além de formular políticas. Os custos associados à intervenção precoce são mínimos em comparação com os custos e as consequências de crianças agressivas que se transformam em adultos agressivos e violentos.

Referências

1. World Health Organization. World Report in Violence and Health. Geneve: World Health Organization, 2002.
2. Tremblay, R.E. Understanding development and prevention of chronic physical aggression: Towards experimental epigenetic studies. Philosophical Transaction of the Royal Society of London, Series B: *Biological Sciences* 2008; 363 (1503): 2613-2622.

Desenvolvimento da agressão física da primeira infância à idade adulta

Richard E. Tremblay, PhD, FRSC

International Laboratory for Child and Adolescent Mental Health Development, INSERM U669, França, University College Dublin, Irlanda, University of Montreal, Canadá

Fevereiro 2008, Éd. rév.

Introdução

A visão tradicional

A violência física exibida por adolescentes e adultos jovens é uma preocupação importante em todas as sociedades modernas. Sem dúvida, o risco de prisão e condenação por comportamento criminoso é maior ao final da adolescência e no início da vida adulta do que em qualquer outro momento da vida. Nos últimos 40 anos, centenas de estudos tentaram esclarecer o que leva crianças brincalhonas a se tornar jovens delinquentes violentos. Já foi demonstrado que supervisão parental insuficiente, colapso familiar, influência negativa de colegas e pobreza estão associados à delinquência juvenil violenta.[1,2] Os homens respondem pela maioria das prisões por crimes violentos. A principal explicação para o comportamento violento vem sendo, há muito tempo, a seguinte: "Comportamentos agressivos e violentos são respostas *aprendidas* à frustração que podem também ser assimiladas como instrumentos para atingir metas, aprendizado que ocorre pela observação de modelos que exibem tais comportamentos. Esses modelos podem ser observados na família, entre colegas, na vizinhança, nos meios de comunicação de massa ou na pornografia violenta."[3]

Problemas

Problemas com a visão tradicional

Se a agressão física é aprendida pela observação de modelos na família, na vizinhança e entre os colegas, as seguintes questões podem ser formuladas:

a. Quando a aprendizagem começa?
b. A frequência da agressão física aumenta com a exposição a modelos agressivos?

c. Quando e como podemos prevenir o desenvolvimento da agressão física?

Resultados de pesquisas recentes

a)Pesquisa durante a educação primária

Até pouco tempo atrás, a maioria das pesquisas sobre agressão focalizou adolescentes e adultos. Uma minoria dos estudos longitudinais utilizando amplas amostragens de crianças em idade de frequentar o ensino primário forneceu informações importantes sobre o desenvolvimento da agressão física.[4,5] Uma constatação significativa e inesperada desses estudos longitudinais foi que a grande maioria das crianças reduziu a frequência de agressões físicas a partir do ingresso na escola e até o final do ensino médio. Esse fenômeno é observado igualmente em meninas e meninos, embora as meninas tenham demonstrado sistematicamente menor frequência de agressões físicas do que os meninos. Esse fenômeno foi observado nas décadas de 1980 e 1990 no Canadá, na Nova Zelândia e nos Estados Unidos, onde as taxas de homicídios estavam aumentando. [6,7,8]

Sob a perspectiva da agressividade como aprendizagem social, esse declínio da frequência de agressões físicas acompanhando o aumento da idade era inesperado, uma vez que as crianças são cada vez mais expostas a modelos de agressão ao longo do crescimento. Estudos longitudinais também demonstraram ser extremamente improvável que um adolescente que no passado não praticou agressões físicas em nível excepcional venha subitamente a manifestar problemas significativos de agressividade física.[7,8,9,10,11]

Obviamente, essas constatações levaram a outra questão: se a maioria das crianças está no seu ápice de frequência de agressões físicas por ocasião do ingresso na escola, em que momento aprendem a tornar-se fisicamente agressivas? Até hoje poucos estudos focalizaram a agressão física antes do ingresso na escola, provavelmente por três bons motivos: 1) As consequências de agressões físicas cometidas por um adolescente de 18 anos normalmente são mais dramáticas do que aquelas cometidas por uma criança de 3 anos; 2) A teoria do aprendizado social da agressividade levou-nos a acreditar que as crianças aprendem a ser agressivas durante os anos escolares porque são mais expostas a modelos de agressão do que crianças na educação infantil; 3) É mais fácil para os pesquisadores observar e entrevistar crianças em idade escolar.

b)Pesquisas durante a primeira infância

Na década passada, alguns poucos estudos longitudinais que analisaram a agressividade desde o nascimento reverteram nossa compreensão sobre o desenvolvimento da agressão física. Esses estudos mostram que, se as crianças realmente aprendem a praticar agressões físicas pela observação de modelos, a maior parte desse aprendizado se dá durante os primeiros 18 a 24 meses de vida. De fato, a maioria das mães relata que, nessa faixa etária, seus filhos usavam alguma forma de agressão física.[12,13] Há, entretanto, diferenças substanciais na frequência da agressão física tanto entre bebês como em meio a crianças pequenas.[14,15,16] Esses estudos mostram que determinada maioria de crianças utiliza ocasionalmente a agressão física; uma minoria utiliza a agressão física com muito menor frequência do que a maioria; e outra minoria utiliza agressão física com muito maior frequência do que a maioria. Na educação infantil, muitas crianças são encaminhadas a clínicas por problemas de comportamento, principalmente por comportamentos de agressão física.[17]

Dados disponíveis sobre o desenvolvimento da agressividade física nos anos pré-escolares mostraram que a frequência de uso da agressão física aumenta nos primeiros 30 a 40 meses após o nascimento, e a partir daí declina de maneira regular.[14,16] O número de meninas que chegam aos níveis de frequência mais elevados é menor do que o de meninos, e as meninas tendem a reduzir mais cedo a frequência de agressões.[18]

Além disso, estudos longitudinais até a adolescência mostram que a educação infantil é um período sensível para aprender a controlar a agressividade física. De fato, a minoria de crianças na escola primária que continuam exibindo altos níveis de agressividade física (5% a 10%) continua correndo grande risco de envolvimento em comportamentos fisicamente violentos durante a adolescência.[7,8]

É interessante notar que, embora tenha sido verificado que a frequência de agressões físicas diminui a partir dos 3 ou 4 anos de idade, a frequência da agressão indireta (fazer comentários inconvenientes sobre outras pessoas pelas costas) aumenta consideravelmente dos 4 aos 7 anos de idade, e que as meninas tendem a usar essa forma de agressão mais frequentemente do que os meninos.[19]

Os principais fatores de risco para que as mulheres tenham filhos com problemas graves de agressividade física são baixo nível educacional, histórico de problemas comportamentais, gravidez e parto precoces, fumo durante a gravidez e baixa renda.[14-16,20,21] Um estudo com uma ampla amostra de gêmeos também indica efeitos genéticos sobre diferenças individuais na

frequência de agressividade física aos 19 meses de idade.[22]

Conclusões

Contrariando a crença tradicional, as crianças não precisam observar modelos de agressão física para se iniciar na utilização desse tipo de comportamento. Em 1972, Donald Hebb – um dos pais da psicologia moderna – observou que crianças não precisam aprender a ter explosões de raiva.[23] Em seu livro de 1979 sobre desenvolvimento social, Robert Cairns lembrou aos estudantes de desenvolvimento humano que os animais mais agressivos são aqueles que foram isolados desde o nascimento.[24] De fato, bebês parecem usar a agressão física espontaneamente para alcançar seus objetivos quando estão com raiva. Seguindo o trabalho pioneiro de Charles Darwin, Michael Lewis e seus colegas mostraram que reações de raiva podem ser observadas já aos 2 meses de idade.[25,26] Aparentemente, também é espontânea a maneira como as crianças recorrem a brincadeiras de luta.[27] Portanto, ao invés de aprender em seu ambiente a utilizar a agressão física, as crianças aprendem a não usar esse comportamento por meio de várias formas de interação com seu ambiente.

A pesquisa sobre o desenvolvimento da agressividade durante o período pré-escolar ainda não esclareceu adequadamente os mecanismos que explicariam:

a. por que alguns bebês são mais agressivos fisicamente do que outros;
b. por que alguns se envolvem muito pouco em agressões físicas;
c. por que bebês do sexo feminino tendem a envolver-se em agressões físicas menos frequentemente do que os bebês do sexo masculino;
d. por que a maioria das crianças aprende a regular a agressão física antes de entrar na escola;
e. por que algumas não o fazem;
f. por que as crianças começam a envolver-se em agressões indiretas;
g. por que as meninas se envolvem em agressões indiretas mais frequentemente do que os meninos;
h. em que medida o envolvimento em agressões indiretas reduz agressões físicas;
i. quais intervenções são mais eficazes para ajudar crianças em idade pré-escolar que têm dificuldade para aprender a controlar suas tendências a envolver-se em agressões físicas.

Implicações para políticas e serviços

As pesquisas resumidas acima têm duas implicações importantes para a prevenção da agressividade física. Em primeiro lugar, há o fato de que a maioria das crianças aprende alternativas para a agressão física durante os anos pré-escolares. Portanto, a primeira infância é provavelmente o momento mais oportuno para ajudar as crianças que correm risco de se tornar agressores físicos crônicos. O auxílio intensivo a famílias de alto risco desde a gravidez deverá ter impacto no longo prazo.[28,29,30] Em segundo lugar, uma vez que a maioria dos seres humanos utilizou agressão física em sua primeira infância, muito provavelmente corre o risco de usá-la novamente em situações que parecem não oferecer alternativas satisfatórias. Isso poderia explicar por que tantos crimes violentos são cometidos por indivíduos que não têm uma história de agressão física crônica, e por que tantos conflitos entre famílias, grupos étnicos, grupos religiosos, classes socioeconômicas e nações levam à agressão física.

Políticas que promovam educação de qualidade para a primeira infância devem reduzir os casos de violência crônica e o nível geral de agressividade física na população. Mas são igualmente necessárias políticas que mantenham ambientes pacíficos na sociedade como um todo, para evitar que reações agressivas primitivas irrompam através da aparente civilidade que adquirimos com a idade.

Referências

1. McCord J, Widom CS, Crowell NA, eds. *Juvenile crime, juvenile justice.* Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998:86-105.
3. Reiss AJ Jr, Roth JA, eds. National Research Council (U.S.). Panel on the Understanding and Control of Violent Behavior. *Understanding and preventing violence*. Vol 1. Washington, DC: National Academy Press; 1993:7.
4. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development* 2000;24(2):129-141.
5. Tremblay RE, Nagin DS. The Developmental Origins of Physical Aggression in Humans. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression.* New York, NY : Guilford Press; 2005:84-106.
6. Cairns RB, Cairns BD, Neckerman HJ, Ferguson LL, Gariépy JL. Growth and aggression, I: childhood to early adolescence. *Developmental Psychology* 1989;25(2):320-330.
7. Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Brame B, Dodge K, Fergusson D, Horwood J, Loeber R, Laird R, Lynam D, Moffitt T, Bates JE, Pettit GS, Vitaro F. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology* 2003;39(2):222-245.
8. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development* 1999;70(5):1181-1196.

9. Brame B, Nagin DS, Tremblay RE. Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(4):503-512.

10. Barker ED, Séguin JR, White HR, Bates M, Lacourse E, Carbonneau R, Tremblay RE. Developmental trajectories of male physical violence and theft: Relations to neurocognitive performance. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64(5):592-599.

11. Loeber R, Lacourse E, Homish DL. Homicide, Violence and Developmental Trajectories. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression.* New York, NY : Guilford Press; 2005:202-219.

12. Tremblay RE, Japel C, Pérusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of "onset" of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 1999;9(1):8-23.

13. Alink LRA, Mesman J, Van Zeijil J, Stolk MN, Juffer F, Koot HM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10-to50-month-old children. *Child Development* 2006;77(4):954-966.

14. Côté S, Vaillancourt T, Leblanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006 ;34(1):68-82.

15. Liben L, Bigler R, eds. *The developmental course of gender differentiation: conceptuality, measuring and evaluating constructs and pathways.* Malden, Mass : Blackwell Publishing; 2002. Monographs of the Society for Research in Child Development.

16. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, Pérusse D, Japel C. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114(1):e43-e50.

17. Keenan K, Wakschlag LS. More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(1):33-46.

18. Côté SM. Sex differences in physical and indirect aggression: A developmental perspective. *European Journal of Criminal Policy and Research* 2007;13(3-4):183-200.

19. Côté SM, Vaillancourt T, Barker ED, Nagin DS, Tremblay RE. The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Developmental Psychopathology* 2007;19(1):37-55.

20. Nagin DS, Tremblay RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(4):389-394.

21. Keenan K, Shaw DS. The development of aggression in toddlers: a study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994;22(1):53-77.

22. Dionne G, Tremblay RE, Boivin M, Laplante D, Pérusse D. Physical aggression and expressive vocabulary in 19 month-old twins. *Developmental Psychology* 2003;39(2):261-273

23. Hebb DO. *A textbook of psychology.* 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1972.

24. Cairns RB. *Social development: the origins and plasticity of interchanges.* San Francisco, CA: WH Freeman & Co; 1979.

25. Lewis M, Alessandri SM, Sullivan MW. Violation of expectancy, loss of control, and anger expressions in young infants. *Developmental Psychology* 1990;26(5):745-751.

26. Lewis M, Sullivan MW, Ramsay DS, Alessandri SM. Individual differences in anger and sad expressions during extinction: antecedents and consequences. *Infant Behavior and Development* 1992;15(4):443-452.

27. Peterson JB, Flanders JF. Play and the regulation of aggression. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression.* New York, NY : Guilford Press; 2005:133-157.

28. Côté SM, Boivin M, Daniel DS, Japel C, Xu Q, Zoccolillo M, Junger M, Tremblay RE. The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(11):1305-1312.

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

30. Schweinhart L, Xiang Z. Evidence that the High/Scope Perry Preschool Program prevents adult crime. Paper presented at: The 2003 American Society of Criminology Conference. November, 2003; Denver, CO.

O desenvolvimento e a socialização do comportamento agressivo durante os cinco primeiros anos de vida

Kate Keenan, PhD

University of Chicago, EUA

Junho 2002

Introdução

Socializamos crianças para que desaprendam seus padrões de comportamento agressivo ao longo dos primeiros anos de vida. Na verdade, pode-se argumentar que a maioria das crianças não desenvolve problemas de agressividade porque se deparam com oportunidades de vivenciar intensas emoções negativas quando bebês, envolvem-se em agressões nos primeiros anos de vida, porém são desencorajadas de vários modos a repetir comportamentos inaceitáveis. Desde muito cedo na vida, os contextos sociais permitem que a criança desenvolva estratégias que aumentam sua capacidade de controle emocional, e servem como alternativas adaptativas à agressão. Quando obstáculos importantes impedem que a criança desenvolva tais estratégias, ela tende a um funcionamento emocional e comportamental abaixo do ideal, resultando em *deficits* consideráveis em suas relações sociais com adultos cuidadores e com seus pares. Crianças em idade pré-escolar que não conseguem desenvolver estratégias adequadas à sua idade para regular seu comportamento agressivo têm alto risco de desenvolver comportamento antissocial e agressivo crônico.

Questão

Não há dúvida de que os cinco primeiros anos de vida envolvem experiências de desenvolvimento que constituem desafios significativos para as crianças e seus cuidadores. Nessa fase, a criança passa por inúmeras mudanças sociocomportamentais e cognitivas, entre as quais o desenvolvimento do autocontrole e da capacidade de tolerar a frustração. O surgimento de habilidades verbais cada vez mais sofisticadas, da autoconsciência e de comportamentos dirigidos a um objetivo contribuem para um forte impulso da criança em direção à independência. Ao mesmo tempo, os pais começam a impor regras e limites, tanto em resposta à recém-adquirida autonomia de seus filhos, quanto como parte natural do processo de

©2002-2026 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

socialização. Confrontos entre a autoafirmação da criança e os esforços dos pais para impor limites resultam em episódios mais frequentes de frustração e aborrecimento. Assim, algum grau de comportamento agressivo é muito comum no início da vida. Portanto, a maneira como fazemos distinção entre manifestações de agressão normativas e não normativas é uma meta clinicamente relevante e um objetivo cientificamente necessário para a investigação etiológica e a prevenção da violência.

Problemas

Definir o desenvolvimento problemático da agressividade nos anos pré-escolares tem sido uma tarefa controvertida.[1] Mais precisamente, há um certo receio de utilizar rótulos ou conceitos inapropriados em termos de desenvolvimento. De fato, a literatura no campo da psicologia do desenvolvimento e da psicologia patológica define agressividade em termos muito amplos,[2] descrevendo um conjunto de comportamentos que vão de típicos e adaptativos a atípicos e não adaptativos. No entanto, cientistas e formuladores de políticas precisam de definições de atipicidade mais concisas e consistentes. No nível científico, a comparabilidade entre estudos é fundamental, e exige definições claras de problemas comportamentais graves. No nível de políticas, muitos profissionais preocupam-se com o risco de classificar como patológico um comportamento normal em termos de desenvolvimento. A despeito dessas controvérsias, crianças em idade pré-escolar que manifestam problemas comportamentais graves correm grande risco de desenvolver comportamento problemático contínuo, e precisam de atendimento.

Contexto de pesquisas

Dispomos atualmente de dados empíricos sobre o surgimento precoce e alta taxa de agressividade em amostras normativas. Landy e Peters[3] relataram manifestações de agressividade em resposta a emoções intensas (por exemplo, puxar o cabelo) em bebês de 5 meses de idade. Segundo Tremblay e colegas,4 aos 17 meses, cerca de 50% das crianças estudadas empurravam e 25% chutavam um parceiro social.

Recentemente, os esforços para compreender a etiologia de comportamentos antissociais e agressivos graves em crianças em idade escolar e em adolescentes têm gerado estudos sobre agressão atípica em crianças pequenas. Esses estudos apontam para a primeira infância como um período em que, pela primeira vez, manifestam-se *deficits* que podem ser críticos para o estabelecimento das bases do comportamento agressivo.[5]

Resultados de pesquisas recentes

Diversos estudos recentes estabeleceram definições bastante consistentes de agressão atípica na primeira infância. Por exemplo, Keenan e Wakschlag[6] avaliaram frequência, gravidade e capacidade de disseminação de sintomas de conduta em pré-escolares encaminhados para atendimento clínico. Os sintomas mais comuns encontrados foram começar brigas, *"bullying"* e usar objetos para machucar outras crianças. Esses estudos estabeleceram formas de comportamento agressivo e níveis atípicos para a idade.

Ficou demonstrado também que problemas comportamentais precoces são relativamente estáveis ao longo do tempo, estabelecendo dessa forma que comportamentos atípicos não são necessariamente transitórios e não refletem apenas perturbações normais de desenvolvimento. Campbell e associados[7] relataram que, ao atingir a idade escolar, crianças identificadas no período pré-escolar como "difíceis de lidar" manifestavam problemas comportamentais com muito maior frequência, inclusive agressividade, em comparação a grupos de controle. Keenan *et al.*[8] demonstraram que a agressividade observada aos 18 meses correlacionou-se significativamente com distúrbios de externalização, segundo o DSM-III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, 3ª ed. Revisada) aos 5 anos de idade. De fato, crianças pequenas que manifestam formas graves e difusas de agressividade demonstram níveis significativos de comprometimento social e, portanto, são significativamente mais propensas a desenvolver problemas de saúde mental posteriormente.

A socialização do comportamento agressivo compreende um amplo espectro de processos. Idealmente, começa com a responsividade do adulto cuidador na primeira infância, e expande-se para incluir a socialização de controle comportamental, respostas empáticas e habilidades de resolução de conflitos.

Respostas inadequadas dos cuidadores a desequilíbrios emocionais e comportamentais em crianças pequenas parecem aumentar o risco de problemas posteriores de agressividade. Respostas inadequadas incluem respostas insuficientes (reações passivas ou desvinculadas) e respostas exageradas (reações ríspidas). Por exemplo, Shaw, Keenan e Vondra[9] relataram que a falta de responsividade materna a um bebê exigente foi preditiva de problemas de comportamento disruptivo aos 3 anos de idade. Bates *et al.*[10] avaliaram os resultados de pré-escolares "difíceis" e "não difíceis" no contexto de pais autoritários e passivos. Ao final da infância, pré-escolares difíceis com pais passivos apresentaram os piores resultados em termos

de externalização subsequente de problemas, segundo relatos de pais e professores. Campbell e colegas[7] relataram que observações de controle materno negativo e de autorrelatos maternos de técnicas disciplinares negativas aos 4 anos de idade foram preditivos de problemas de externalização aos 9 anos de idade, mesmo após controle para problemas comportamentais anteriores.

O estudo do efeito de práticas de socialização em crianças pequenas revelou também diferenças de gênero interessantes. Com efeito, no final do período pré-escolar, as taxas de agressividade são geralmente mais baixas no caso de meninas que de meninos.[11] Smetana[12] observou que mães reagiram às transgressões de suas filhas apontando as consequências que a transgressão teria sobre seus colegas, enquanto mães de meninos responderam com punição. Aos 3 anos de idade, o número de ocorrências de transgressões em meio aos meninos foi duas vezes maior do que em meio às meninas. Ross e colegas[13] relataram que, no contexto de conflitos entre colegas, as mães de meninos apoiaram os próprios filhos três vezes mais do que as mães de meninas. Além disso, as mães mostraram-se propensas a não apoiar suas filhas quando seus direitos de propriedade haviam sido violados.

De modo geral, dados atuais sobre práticas parentais indicam que uma criança tem maior risco de desenvolver comportamento agressivo quando seu cuidador responde de maneira inadequada em relação a seu estágio de desenvolvimento, especialmente quando a criança já apresenta um temperamento difícil. Além disso, os mesmos dados indicam que pode existir um mecanismo que leve a divergências nas taxas de agressividade aferidas entre meninos e meninas durante os cinco primeiros anos de vida.

Conclusões

A agressividade desenvolve-se cedo na vida. Assim sendo, a socialização do comportamento agressivo também começa cedo. Embora a maioria das crianças aprenda a inibir comportamentos agressivos, algumas se envolvem em agressões difusas, frequentes e graves. Ainda há debates sobre as formas pelas quais problemas precoces de comportamentos disruptivos, tais como a agressão, poderiam ser conceituados de maneira mais elaborada.

Quando comportamentos agressivos interferem no desenvolvimento de uma criança a tal ponto que ela seja convidada a deixar a pré-escola, que seja agressiva com as pessoas que cuidam dela, ou que não seja capaz de manter uma relação pró-social com um colega, parece haver

crescente consenso de que esses comportamentos devem ser considerados atípicos. No entanto, é importante desenvolver métodos para avaliar de forma adequada e confiável desequilíbrios emocionais e comportamentais precoces, de modo que uma criança não precise esperar sofrer um impacto significativo em seu desenvolvimento para que receba atendimento.

Implicações para políticas e serviços

Cientistas do campo da psicopatologia do desenvolvimento depararam-se com uma oportunidade vital para promover avanços em políticas voltadas à saúde mental da criança. Novas pesquisas devem ser realizadas em relação a fatores que podem aparecer já na primeira infância, e que podem colocar a criança em risco para problemas comportamentais e emocionais subsequentes. Esse tipo de pesquisa pode ajudar a construir um impulso político para futuras aplicações em psicopatologia do desenvolvimento. Os dados atuais indicam que a maioria das crianças deixa de apresentar problemas de comportamento. Portanto, o período pré-escolar pode ser visto como a melhor ocasião para incentivar comportamentos pró-sociais nas crianças e inculcar padrões ótimos de resposta para um desenvolvimento social saudável. No entanto, estudos do desenvolvimento da criança e do comportamento dos pais devem começar durante a gravidez, de modo que fatores ambientais possam ser analisados individualmente e de forma interativa ao longo do tempo. Essa abordagem de pesquisa reconhece o enorme potencial de mudança na primeira infância, podendo também levar a uma abordagem mais aprimorada para orientar os caminhos do desenvolvimento da criança em direções mais positivas.

Refêrencias

1. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995:36(1);113 149.
2. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioural Development* 2000:24(2);129-141.
3. Landy S, Peters RD. Toward an understanding of a developmental paradigm for aggressive conduct problems during the preschool years. In: Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL, eds. *Aggression and violence throughout the life span* Thousand Oaks, CA: Sage Publications;1992:1-30.
4. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for age of "onset" of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 1999:9(1);8-23.
5. Keenan K. Uncovering preschool precursors to problem behavior. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Child delinquents: development, intervention, and service needs.* Newberry Parc, CA: Sage Publications;2001:117-136.
6. Keenan K, Wakschlag LS. More than the terrible twos: The nature and severity of disruptive behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000:28(1);33-46.
7. Campbell SB, Pierce EW, Moore G, Markovitz S, Newby K. Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*

1996:8(4);701-719.

8. Keenan K, Shaw DS, Delliquadri E, Giovannelli J, Walsh B. Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998:26(6);443-454.

9. Shaw DS, Keenan K, Vondra JI. Developmental precursors of antisocial behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology* 1994:30(3);355-364.

10. Bates JE, Pettit GS, Dodge KA, Ridge B. Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology* 1998:34(5);982-995.

11. Keenan K, Shaw D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin* 1997:121(1);95-113.

12. Smetana JG. Toddlers' social interactions in the context of moral and conventional transgressions in the home. *Developmental Psychology* 1989:25(1);499-508.

13. Ross H, Tesla C, Kenyon B, Lollis S. Maternal intervention in toddler peer conflict: The socialization of principles of justice. *Developmental Psychology* 1990:26(6);994 1003.

Complicações obstétricas e agressão

Sharon Ishikawa, PhD, Adrian Raine, PhD

University of Southern California, EUA

Abril 2003

Introdução

Complicações obstétricas referem-se a interrupções e distúrbios da gravidez, no trabalho de parto e no nascimento, e no período neonatal inicial. Exemplos dessas complicações são exposição pré-natal a drogas, nutrição materna deficiente, anomalias físicas secundárias (ou AFS: indicadores de malformação neural no feto, que ocorrem por volta do final do primeiro trimestre) e complicações no parto. As complicações obstétricas podem ter efeitos de longo prazo para a criança, inclusive aumento na ocorrência de comportamentos problemáticos. As pesquisas identificaram relações entre complicações obstétricas e agressividade humana posterior, e sugerem que complicações obstétricas podem eliciar agressão por afetarem o desenvolvimento do cérebro.

Constatações recentes de pesquisa

Exposição pré-natal a substâncias

Já está bastante documentado que a exposição pré-natal a álcool e outras drogas tem efeitos de longo prazo sobre as crianças. Além de *deficits* cognitivos,[1] a exposição fetal ao álcool está associada a *deficits* sociais, tais como perturbações no apego e na regulação das emoções na primeira infância;[1] exacerbação de raiva, agressão e desatenção na primeira infância;[2] comportamento sexual inadequado, problemas com a lei, depressão, suicídio e, na idade adulta, incapacidade de cuidar de crianças.[1] *Deficits* semelhantes têm sido observados em crianças expostas a metadona[3] e cocaína.[4] Embora de início não estivesse claro se esses efeitos ocorriam independentemente de exposição pré-natal a álcool e outros fatores de risco,[4] as constatações preliminares de um estudo muito bem planejado indicam que a exposição pré-natal à cocaína, independentemente de outros fatores, relaciona-se a maior externalização de problemas comportamentais (em comparação à internalização de problemas) em crianças de 6 anos de idade.[5] Crianças que durante a gestação foram expostas à fumaça de cigarro também apresentam maior risco de problemas de conduta e comportamento criminoso,[6-9] e algumas

pesquisas sugerem que esse risco é específico para agressão.[10-12]

Experimentos em animais indicam que a exposição pré-natal a substâncias está relacionada à agressividade por interferir com o desenvolvimento de neurônios (isto é, corpos celulares) e/ou com o funcionamento de diferentes neurotransmissores (isto é, mensageiros químicos do cérebro que regulam funções comportamentais, cognitivas e fisiológicas). No entanto, uma vez que a exposição pré-natal a drogas resulta em muitos *deficits* cognitivos e comportamentais, é provável que o aumento da agressividade observado especificamente em crianças expostas dependa da presença de outros fatores sociais e biológicos de risco. Esses fatores incluem complicações no parto,[10] maternidade na adolescência, ambiente familiar uniparental, gravidez indesejada e/ou atrasos no desenvolvimento motor.[11]

Deficiências de nutrição da mãe

Embora pesquisas por grupo representativo tenham-se mostrado inconsistentes, um estudo singular e importante ilustra o possível papel causal da desnutrição durante a gravidez como fator de risco para comportamento antissocial. Próximo ao final da Segunda Guerra, a Alemanha impôs à Holanda um bloqueio de alimentos. Depois de adultos, os filhos do sexo masculino de mulheres que *tinham* e que *não tinham* sido expostas a desnutrição severa durante a gravidez foram avaliados em relação a distúrbios de personalidade antissocial na vida adulta. Os filhos adultos de mulheres que *tinham* sofrido *deficits* nutricionais significativos durante o primeiro e/ou segundo trimestres de gestação apresentaram taxas de comportamento antissocial 2,5 vezes mais altas do que os controles (aqueles que *não tinham* sofrido nenhum *deficit* nutricional).[13]

Em particular, a deficiência de zinco na mãe também tem sido associada a prejuízos na síntese de proteínas, DNA e RNA no processo de desenvolvimento cerebral do feto, e a anomalias cerebrais congênitas.[14,15] Embora se desconheça o mecanismo exato pelo qual a deficiência de zinco possa estar relacionada a comportamentos humanos agressivos, pesquisas extensivas com animais demonstraram que ratas alimentadas durante a gestação e a lactação com uma dieta deficiente em zinco (ou proteína) produzem filhotes com desenvolvimento cerebral prejudicado.[16,17] Curiosamente, a amígdala – que regula certos processos emocionais humanos e que funciona anormalmente em delinquentes violentos[18,19] – é densamente inervada por neurônios que contêm zinco.[20]

Anomalias Físicas Secundárias

Anomalias Físicas Secundárias (AFS), tais como orelhas posicionadas de forma atípica, lobos das orelhas aderentes ou língua enrugada, estão associadas ao aumento de comportamento antissocial e agressivo em meninos de pré-escola e da escola primária[21-23] e em rapazes de 17 anos.[24] Aparentemente, as AFS têm maior probabilidade de eliciar comportamentos antissociais na presença de outro fator psicossocial negativo (por exemplo, adversidade familiar, lar instável [25,26]). No entanto, há indícios de que as AFS sejam um fator geral de risco para distúrbios de comportamento, e não um fator específico para comportamento agressivo, antissocial.[27]

Complicações no parto

Diversos estudos demonstraram que a combinação de complicações no parto e *deficits* psicossociais, tais como rejeição materna precoce,[28] ambiente familiar menos favorecido[29] ou cuidados parentais precários,[30] aumenta significativamente o risco de comportamentos criminosos ou violentos graves na vida adulta. Embora não tenha sido testada diretamente a conexão entre complicações no parto e anormalidades cerebrais em indivíduos agressivos, em pacientes esquizofrênicos, a hipoxia (isto é, falta de oxigênio) fetal está associada a redução da matéria cinzenta cortical.[31] Assim sendo, complicações no parto, tais como anoxia-hipoxia, pré-eclâmpsia (hipertensão que leva à anoxia) e partos com fórceps, também podem ser uma fonte de disfunções cerebrais observadas em grupos antissociais. Quando combinadas com um ambiente de risco que não consegue promover a socialização da criança por meio de práticas parentais adequadas, essas complicações podem aumentar substancialmente a predisposição da criança para envolvimento em agressões.

Conclusões

De maneira geral, pesquisas fundamentam a noção de que complicações obstétricas, como exposição pré-natal a álcool, drogas e cigarro, nutrição materna deficiente, complicações no parto e AFS, contribuem para o desenvolvimento de agressividade em diferentes momentos da trajetória de vida. Assim sendo, melhores cuidados de saúde nos períodos pré-natal e perinatal, que reduzem essas complicações, podem ajudar também a reduzir o desenvolvimento de problemas de comportamento agressivo. Para crianças que mesmo assim venham a sofrer essas complicações, a melhoria dos estressores psicossociais coexistentes pode reduzir o risco de agressividade, uma vez que, aparentemente, complicações obstétricas só aumentam o risco de violência posterior quando estão presentes também estressores como rejeição materna, práticas inadequadas de cuidados parentais e um ambiente familiar menos favorecido.

Deve-se notar também que o impacto dessas diversas complicações obstétricas sobre o comportamento posterior é variável. Por exemplo, até agora as constatações relativas à exposição pré-natal ao álcool são muito mais extensas do que aquelas relativas à nutrição materna. Além disso, muitas complicações obstétricas (por exemplo, síndrome alcoólica fetal, exposição pré-natal a cocaína e AFS) estão associadas a outros problemas cognitivos e comportamentais, tais como retardo mental, deficits significativos de atenção e esquizofrenia. Portanto, esses fatores de risco não devem ser considerados específicos para agressividade.

Pesquisas futuras

Apesar de observações gerais de pesquisas indicando que complicações obstétricas estão relacionadas com agressividade posterior em crianças afetadas, muitas questões continuam sem resposta. Em primeiro lugar, experimentos com animais sugerem que a exposição pré-natal a drogas, desnutrição materna e complicações no parto afetam o desenvolvimento cerebral, e que esta disfunção cerebral, por sua vez, resulta em comportamento agressivo. Assim sendo, orientações promissoras para pesquisas futuras em seres humanos incluem investigar:

1. se complicações obstétricas efetivamente resultam em anormalidades cerebrais identificáveis;
2. se anormalidades cerebrais resultantes de complicações obstétricas são subjacentes a formas persistentes ou graves de comportamentos agressivos subsequentes;
3. se complicações obstétricas associadas a problemas de comportamento agressivo e não agressivo estão associada individualmente a diferentes padrões de anormalidade cerebral.

Além disso, nas diversas áreas de complicações obstétricas, a pesquisa verificou que uma complicação obstétrica (por exemplo, exposição pré-natal a cigarro e AFS) frequentemente requer a presença de um estressor adicional para que seja observado aumento de agressividade. Assim, estudos futuros podem ter como objetivo a busca de uma compreensão mais aprofundada de como complicações obstétricas e a qualidade do ambiente em que a criança é criada interagem para produzir maior risco de agressividade. Maior especificidade na compreensão desses processos biológicos e sociais pode servir para orientar melhor a formulação de políticas e os padrões de cuidados médicos, de maneira que, ao final, ajude a reduzir comportamentos agressivos.

Refêrencias

1. Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and Teratology* 2000;22(2):143-149.
2. Cohen S, Erwin EJ. Characteristics of children with prenatal drug exposure being served in preschool special education programs in New York City. *Topics in Early Childhood Special Education* 1994;14(2):232-253.
3. de Cubas MM, Field T. Children of methadone-dependent women: developmental outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry* 1993;63(2):266-276.
4. Neuspiel DR. The problem of confounding in research on prenatal cocaine effects on behavior and development. In: Lewis M, Bendersky M, eds. Mothers, Babies, and Cocaine: the Role of Toxins in Development Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995:95-110.
5. Delaney-Black V, Covington C, Templin T, Ager J, Nordstrom-Klee B, Martier S, Leddick L, Czerwinski RH, Sokol RJ. Teacher-assessed behavior of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics* 2000;106(4):782-791.
6. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne PJ, Kandel DB. Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(7):892-899.
7. Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(7):670-676.
8. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood J. Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of General Psychiatry* 1998;55(8):721-727.
9. Rantakallio P, Läärä E, Isohanni M, Moilanen I. Maternal smoking during pregnancy and delinquency of the offspring: an association without causation? *International Journal of Epidemiology* 1992;21(6):1106-1113.
10. Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry* 1999;56(3):215-219.
11. Räsänen P, Hakko H, Isohanni M, Hodgins S, Järvelin MR, Tiihonen J. Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1966 birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(6):857-862.
12. Orlebeke JF, Knol DL, Verhulst FC. Child behavior problems increased by maternal smoking during pregnancy. *Archives of Environmental Health* 1999;54(1):15-19.
13. Neugebauer R, Hoek HW, Susser E. Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1999;282(5):455-462.
14. Pfeiffer CC, Braverman ER. Zinc, the brain, and behavior. *Biological Psychiatry* 1982;17(4):513-532.
15. King JC. Determinants of maternal zinc status during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5 suppl):1334S-1343S.
16. Oteiza PI., Hurley LS, Lonnerdal B, Keen CL. Effects of marginal zinc deficiency on microtubule polymerization in the developing rat brain. *Biological Trace Element Research* 1990;24(1):13-23.
17. Bennis-Taleb N, Remacle C, Hoet JJ, Reusens B. A low-protein isocaloric diet during gestation affects brain development and alters permanently cerebral cortex blood vessels in rat offspring. *Journal of Nutrition* 1999;129(8):1613-1619.
18. Raine A, Buchsbaum M, LaCasse L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry* 1997;42(6):495-508.
19. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: a possible prelude to violence. *Science* 2000;289(5479):591-594.
20. Christensen MK, Frederickson CJ. Zinc-containing afferent projections to the rat corticomedial amygdaloid complex: a retrograde tracing study. *Journal of Comparative Neurology* 1998;400(3):375-390.

21. Paulhus DL, Martin CL. Predicting adult temperament from minor physical anomalies. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986;50(6):1235-1239.

22. Waldrop MF, Bell RQ, McLaughlin B, Halverson CF Jr. Newborn minor physical anomalies predict short attention span, peer aggression, and impulsivity at age 3. *Science* 1978;199(3):563-564.

23. Halverson CF Jr, Victor JB. Minor physical anomalies and problem behavior in elementary school children. *Child Development* 1976;47(1):281-285.

24. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Séguin JR, Saucier JF. Minor physical anomalies and family adversity as risk factors for violent delinquency in adolescence. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(6):917-923.

25. Brennan PA, Mednick SA, Raine A. Biosocial interactions and violence: a focus on perinatal factors. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA, eds. *Biosocial Bases of Violence*. New York, NY: Plenum Press; 1997:163-174. NATO ASI Series. Series A, Life Sciences, Vol. 292.

26. Pine DS, Wasserman G, Coplan J, Fried J, Sloan R, Myers M, Greenhill L, Shaffer D, Parsons B. Serotonergic and cardiac correlates of aggression in children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996;794(1):391-393.

27. Pomeroy JC, Sprafkin J, Gadow KD. Minor physical anomalies as a biologic marker for behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27(4):466-473.

28. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(12):984-988.

29. Piquero A, Tibbetts S. The impact of pre/perinatal disturbances and disadvantaged familial environment in predicting criminal offending. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1999;8(1):52-70.

30. Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF. Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(8):746-752.

31. Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, Huttunen M, Lönnqvist J, Pirkola T, Salonen O, Valanne L, Poutanen VP, Standertskjöld-Nordenstam CG. Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings, and controls. *Archives of General Psychiatry* 2002;59(1):35-41.

Agressão como resultado do desenvolvimento na primeira infância: Comentários sobre Tremblay , Keenan, Ishikawa e Raine

Dale F. Hay, PhD

Cardiff University, País De Gales

Abril 2003

Introdução

Esses três artigos salientam a importância dos primeiros anos de vida e da infância para a compreensão da agressividade. Todos os autores deram contribuições importantes para o estudo das origens precoces da agressão, e destacam a questão central para o debate: as crianças precisam aprender a ser agressivas, por exemplo, copiando modelos agressivos? Ou a agressão é parte de uma maneira fundamental de lidar com o mundo social na primeira infância? Em relação a essas duas possibilidades, podemos perguntar: diferenças individuais no nível e nos padrões de agressão estão presentes na primeira infância, ou surgem gradualmente no decorrer da infância e da adolescência? E se crianças muito pequenas diferem em seus níveis de agressividade, essas diferenças podem ser atribuídas a fatores genéticos, ou a fatores médicos e sociais de risco que atuam precocemente?

Pesquisas e conclusões

Tremblay observa a justificativa consistente para a noção de que agressão e violência são aprendidas no curso do desenvolvimento, citando o Painel da Academia Nacional de Ciências dos EUA. Cita, a seguir, evidências contrárias a essa alegação. Por exemplo, há evidências em populações normativas de que, embora a exposição a modelos agressivos aumente no decorrer da infância, a frequência das agressões diminui com a idade. Aparentemente, há aumentos e reduções normais na frequência das agressões, com um pico em torno dos dois anos e meio de idade. Assim sendo, Tremblay chama a atenção para a utilização espontânea da agressão desde logo, no início da primeira infância, argumentando que a principal tarefa de aprendizagem para a criança pequena é como interagir com outros sem utilizar a agressão. Keenan apoia esse ponto de vista, argumentando que “as crianças são socializadas para desaprender padrões agressivos de comportamento.”[1] Esses argumentos evocam preocupações filosóficas de longa data a

respeito da natureza do desenvolvimento inicial e do papel da natureza e da criação na agressividade humana. No entanto, falta a evidência necessária para testar essas alegações (por exemplo, sobre o efeito de processos de modelagem). Os estudos clássicos de aprendizagem social a respeito da contribuição de processos de modelagem para o desenvolvimento da agressividade tenderam a focalizar grupos etários mais velhos. Raramente tem sido feita uma análise sistemática sobre os processos de aprendizagem subjacentes à agressividade nos primeiros anos de vida, quando a agressão surge no repertório comportamental. Ao invés disso, estudos de imitação nos primeiros anos tenderam a examinar a capacidade geral das crianças para a imitação de modelos como parte do desenvolvimento cognitivo, mas não exploraram especificamente a imitação da agressão.

Tremblay e Keenan não citam evidências de estudos genéticos, mas é bastante conhecido o fato de que o comportamento antissocial percorre famílias, e que os estudos de gêmeos revelam a importância do ambiente familiar tanto quanto das predisposições genéticas. A implicação dessas constatações é que pais antissociais podem promover agressividade não só pela transmissão de seus genes, mas também pela criação de ambientes que promovem a agressão. Parece provável que modelos agressivos possam ser especialmente importantes no momento do desenvolvimento em que a agressão física atinge seu pico – aos 2 anos de idade –, mas esta consideração merece mais estudos.

Tanto Tremblay quanto Keenan chamam atenção para o fato de que a agressividade é comum e normal nos primeiros meses de vida e na primeira infância. No entanto, pode ser importante fazer distinção entre a capacidade de agressão e a frequência de sua utilização. Com exceção do estudo longitudinal de Tremblay envolvendo um grupo de recém-nascidos em Quebec, a evidência disponível sobre agressão precoce deriva de estudos observacionais de pequena escala com bebês e crianças pequenas em suas casas ou em creches. Esses estudos verificaram que a maioria das crianças envolvia-se em conflitos com pares e com adultos, mas que, na verdade, a agressão era um fenômeno minoritário, menos comum do que o comportamento pró-social, mesmo em crianças menores de 3 anos de idade.[1] De fato, de maneira geral, crianças pequenas tendem a interagir com os pares e os irmãos de forma pacífica, e a agressão não é um modo fundamental de relacionamento com os outros. Assim sendo, é importante notar que o uso extensivo da agressão não é normal, mesmo nos primeiros anos de vida. Keenan defende a importância da identificação de características de *agressividade* atípica na primeira infância, embora reconheça o risco de rotular como patológicos comportamentos normais. Acredito que

precisamos ponderar esse risco em relação à possibilidade de planejar estratégias eficazes de intervenção e prevenção precoce. A agressão na primeira infância merece ser levada a sério.

Ishikawa e Raine oferecem informações factuais importantes que nos lembram que as experiências físicas, tanto quanto as sociais, moldam nossas vidas. A exposição a diversas drogas na vida pré-natal promove problemas de externalização em geral, e de agressão, em particular. Filhos de mães que bebem, fumam ou usam cocaína correm o risco de desenvolver comportamentos disruptivos. Um elemento marcante do trabalho de Ishikawa e Raine é sua atenção a constatações análogas na literatura experimental sobre animais, que destacam alguns possíveis mecanismos causais. É evidente que mães antissociais podem ser especialmente propensas a expor o feto a riscos desse tipo, o que levanta a possibilidade de que essas constatações representem influências genéticas. Nossas análises recentes de vínculos entre fumo pré-natal e sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Estudo de Gêmeos do País de Gales mostram que o efeito do fumo se mantém mesmo quando fatores genéticos são levados em consideração.[2] Assim sendo, os resultados destacados por Ishikawa e Raine provavelmente são efeitos ambientais reais.
Apesar disso, como mostram Ishikawa e Raine, as agressões no período pré-natal não atuam isoladamente. Surgem em um contexto de fatores sociais de risco. Assim sendo, talvez seja possível estudar uma trajetória de desenvolvimento na qual pais antissociais expõem seus filhos a maior risco de desenvolver comportamentos antissociais, tanto por não conseguir promover a saúde do feto durante a gestação, como por oferecer modelos agressivos e/ou de estratégias de socialização ineficazes na primeira infância. É possível também que a vulnerabilidade social possa promover riscos semelhantes, mesmo quando os próprios pais não têm uma história de comportamento antissocial. Para testar essas possibilidades, é importante seguir a recomendação de Keenan, de que o estudo do desenvolvimento da agressividade comece durante a gravidez.

Implicações para políticas e serviços

Tremblay e Keenan chamam a atenção para a importância da educação na primeira infância na promoção de alternativas à agressão. Ishikawa e Raine observam que melhores cuidados médicos também podem ser uma meta importante para políticas. Esses comentários revelam um requisito importante para políticas eficazes em relação à prevenção da agressão e da violência: devem ser desenvolvidas iniciativas de políticas visando melhorar o provimento dos serviços de saúde, educacionais e sociais existentes. Paralelamente, alguma atenção também deve ser dada

ao planejamento de políticas eficazes que articulem estas áreas que tradicionalmente atuam separadas.

Pesquisas baseadas em políticas e que incluam comparações internacionais podem ser úteis para identificar as vantagens e desvantagens de estratégias específicas de intervenção e de prevenção baseadas em evidências. Por exemplo, no Reino Unido, o programa Sure Start em curso reúne iniciativas de saúde e educacionais. A avaliação do Sure Start deve focalizar particularmente a prevenção da agressão, e pode ser útil na comparação com programas de outros países. No Reino Unido, o atendimento por parteiras em visitas de saúde durante a gravidez e no período pós-natal é disponibilizado pelo Serviço Nacional de Saúde, de forma a dar apoio às famílias antes e depois do nascimento. Esse serviço institucionalizado poderia ser utilizado também como um referencial para a promoção da saúde fetal e do bebê, e para a socialização eficaz. Embora as políticas relativas à agressão e à violência devam considerar questões locais (tais como os problemas fundamentais que derivam da posse de armas nos EUA, em comparação com outros países ocidentais), comparações transnacionais podem revelar dimensões subjacentes a estratégias eficazes de prevenção e intervenção para além das fronteiras geográficas e culturais.

Referências

1. Hay DF, Castle J, Davies L. Toddlers' use of force against familiar peers: a precursor of serious aggression? *Child Development* 2000;71(2):457-467.
2. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Harold G, Hay DF. Smoking in pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms. Manuscript submitted for publication.

Comentários sobre artigos referentes a “Agressão como resultado do desenvolvimento na primeira infância”

Daniel S. Shaw, PhD

University of Pittsburgh, EUA

Abril 2003

Introdução

Os três artigos sobre o tema da agressão como resultado do desenvolvimento na primeira infância, de Tremblay , Keenan, Ishikawa e Raine, oferecem perspectivas importantes a respeito do desenvolvimento da agressividade na primeira infância. Tremblay apresenta uma justificativa convincente para focalizar os cinco primeiros anos de vida, observando que as taxas de agressão física diminuem a partir dos primeiros anos até a adolescência. É importante notar que se crianças não mostram taxas altas de comportamento agressivo nos três primeiros anos, muito poucas passarão a apresentar taxas altas a partir dos 5 anos de idade. Este ponto foi corroborado em um estudo longitudinal que acompanhou o percurso da agressividade na faixa etária de 2 a 5 anos em uma amostra de 300 meninos de baixa renda.[1] Entre as crianças que, aos 2 anos de idade, apresentaram escores iguais ou acima do 90o percentil nos itens de comportamento agressivo de bater do *Child Behavior Checklist (CBCL)*, 88% permaneceram acima desse limiar aos 5 anos de idade, sendo relativamente pequeno o número de novas crianças ingressando nesse grupo extremo aos 5 anos de idade (22%). Portanto, a grande maioria das crianças que exibem níveis altos de agressividade por ocasião do ingresso na escola, provavelmente começou a apresentar esse padrão na primeira infância.

Alternativamente, comportamentos aparentemente agressivos, seus correlatos e sua estabilidade ainda podem ser avaliados de forma a examinar empiricamente essa questão. Keenan apontou também de que forma a trajetória de comportamentos agressivos pode ser modulada por fatores relacionados à criança e aos cuidados parentais. Os fatores relacionados à criança incluem maturação em capacidades cognitivas que permitem o uso de estratégias mais sofisticadas de resolução de conflitos a partir do segundo ano de vida (por exemplo, uso de argumentação). A qualidade dos cuidados parentais também é crítica, sob a forma de responsividade contingente no decorrer da infância[3,4] e de respostas consistentes e não rejeitadoras a expressões de

emotividade negativa nos primeiros anos de vida.[5, 6]

Ishikawa e Raine reveem fatores de risco biologicamente orientados que estão associados a desajustamentos da criança e que estão presentes antes do nascimento. Essas questões merecem atenção neste contexto. Em primeiro lugar, a análise enfatiza que estudos sobre risco biológico estão sub-representados em relação aos estudos de risco ambiental.[7] Em particular, é relativamente pequeno o número de estudos de risco biológico que focalizaram a agressão propriamente na primeira infância.[8,9,10] Em segundo lugar, a revisão deixa evidente que fatores como abuso de drogas pelos pais, deficiências nutricionais, AFS e complicações no parto colocam algumas crianças em risco de manifestar comportamento antissocial posteriormente. Em terceiro lugar, e como apontado acima, os fatores de risco biológico são frequentemente modulados pela presença de risco ambiental. Na verdade, diversos estudos verificaram que danos biológicos, quando ocorrem isoladamente, não se relacionam a comportamento antissocial posterior.

Pesquisa e conclusões

As proposições e conclusões de cada artigo estão firmemente amparadas em fundamentos teóricos e/ou empíricos. No entanto, tenho alguns poucos alertas relativos a pontos específicos. Quanto à “surpresa” de Tremblay, por exemplo: não deveria causar tanta surpresa que atos de agressão física diminuam ao longo da infância. Como apontado anteriormente, a maturação cognitiva oferece às crianças repertórios mais flexíveis para lidar com conflitos interpessoais, permitindo-lhes maior seletividade na utilização da agressão física. Esse fator é consistente também com o declínio mais rápido de ocorrências de agressão física em meio a meninas, com base em sua melhor fluência verbal entre a primeira infância e os anos pré-escolares. Na verdade, à medida que o tempo passa, as forças de socialização no lar e na escola tornam a agressão física uma estratégia cada vez menos atraente para ambos os sexos, apresentando consequências cada vez mais dramáticas para crianças de 8 anos de idade em comparação com as de 3 anos de idade que cometem atos agressivos similares. Os estudos de desenvolvimento iniciados por Goodenough (em 1931)[13] e Fawls (em 1963)[14] (ainda que nenhum deles tenha acompanhado a progressão da agressão propriamente) documentaram o decréscimo na frequência de episódios de raiva/conflito em função de aumento de idade no decorrer da infância. Assim sendo, embora talvez seja surpreendente na perspectiva da teoria de aprendizagem, a trajetória descendente da agressão física não é uma surpresa recente. Quanto às crianças que continuam a apresentar taxas altas de agressão física na idade escolar, é importante notar que mesmo essas crianças persistentemente agressivas apresentam ligeiros declínios entre 2 e 10

anos de idade,15 mas tendem a aprender a envolver-se em formas progressivamente mais encobertas de comportamento antissocial no decorrer do tempo, como demonstrou um estudo realizado recentemente por Patterson e Yoerger.[16]

O artigo de Keenan levanta também alguns pontos que merecem discussão. Em primeiro lugar, embora a agressividade possa ser observada mesmo em bebês de apenas 5 meses de idade, de maneira geral o comportamento agressivo em si não perturba os pais antes do segundo ano de vida, com a capacidade recém-descoberta da criança de deslocar-se mais rapidamente e com maior segurança. Este fato tem implicações para a programação temporal de estudos de intervenção precoce, nos quais a observação de taxas frequentes do comportamento em questão é considerada um fator importante. Em segundo lugar, estudos documentaram que a agressão entre crianças de um ano e meio a 2 anos de idade é preditiva de problemas de conduta posteriores;[17] no entanto, o nível de estabilidade frequentemente é modesto, refletindo mais uma vez a natureza mutante da criança em desenvolvimento e as diferenças individuais em termos de ambiente de cuidados. Em terceiro lugar, embora exista consenso sobre o fato de que comportamentos parentais que envolvem maus tratos físicos ou emocionais tendem a promover agressividade em crianças, é fundamental que avaliemos as consequências de estilos parentais prescritos por diferentes culturas antes de fazer suposições sobre sua adequação, como a utilização de estilos parentais autoritários adotada por famílias afro-americanas.[18]

O artigo de Ishikawa e Raine levanta a questão da necessidade de pesquisas interdisciplinares. São extremamente necessários estudos que avaliem prospectivamente a qualidade do ambiente pré-natal e observem o desenvolvimento da relação inicial entre os pais e a criança. Sem esses dados, é provável que continuem desconhecidos os mecanismos pelos quais danos físicos no período pré-natal afetam o desenvolvimento e a persistência de comportamentos agressivos precoces. Como aponta Tremblay, grande parte da “aprendizagem” da agressividade ocorre no terceiro ano de vida; são recomendáveis esforços intensivos para captar seu surgimento.

Implicações para perspectivas de políticas e serviços

Os três artigos sugerem que a identificação precoce seja uma preocupação primária de políticas sociais. A título de exemplo, Tremblay[19] demonstrou que pais que começam a criar filhos antes dos 20 anos de idade e que não concluem o ensino médio correm maior risco de apresentar trajetórias de comportamento agressivo. A identificação de fatores de risco antes do nascimento também é recomendada por Keenan, e sugerida pelo artigo de Ishikawa e Raine sobre danos no

período pré-natal. Esses esforços evidentemente merecem apoio; no entanto, é provável que sejam necessários diversos pontos de intervenção e diferentes abordagens para identificar adequadamente crianças pequenas com padrões emergentes de agressividade.[20, 21] Particularmente no primeiro ano de vida (antes que se evidenciem altas taxas de comportamento agressivo) e no segundo ano (quando a agressão se torna estatisticamente normativa), será necessário focalizar os esforços na forma pela qual a trajetória do comportamento infantil é modulada pelo ambiente de cuidados e conduz, em última instância, a padrões mais estáveis de agressividade nas idades pré-escolar e escolar.

Referências

1. Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J. Aggressive behavior disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of Infant Mental Health*. 2nd ed . New York, NY: Guilford Press; 2000:397-411.
2. Maccoby EE. *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship.* New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.
3. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.
4. Shaw DS, Keenan K, Vondra JI. Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology* 1994;30(3):355-364.
5. Campbell SB, Pierce EW, Moore G, Marakovitz S, Newby K. Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology* 1996;8(4):701-719.
6. Shaw DS, Winslow EB, Owens EB, Vondra JI, Cohn JF, Bell RQ. The development of early externalizing problems among children from low-income families: A transformational perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(2):95-107.
7. Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;30(4):311-326.
8. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994;59(2-3):53-72,250-283.
9. Fox NA, Schmidt LA, Calkins SD, Rubin KH, Coplan RJ. The role of frontal activation in the regulation and dysregulation of social behavior during the preschool years. *Development and Psychopathology* 1996;8(1):89-102.
10. Raine A, Venables PH, Mednick SA. Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(10):1457-1464.
11. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Seguin JR, Saucier JF. Minor physical anomalies and family adversity as risk factors for violent delinquency in adolescence. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(6):917-923.
12. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(12):984-988.
13. Goodenough FL. *Anger in young children.* Minneapolis, MI: University of Minnesota Press; 1931.

14. Fawls CL. Disturbances experienced by children in their natural habitats. In: Barker RG, ed. The stream of behavior: explorations of its structure & content. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1963:99-126.

15. Shaw DS, Lacourse E, Nagin D. Trajectories of ADHD and Conduct Problems in Early Childhood. Paper presented at: XV World Meeting of the International Society for Research on Aggression; July 28-31, 2002; Montreal, Quebec.

16. Patterson G, Yoerger K. In intra-individual search for growth in overt antisocial behavior. Paper presented at: 2001 Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development; 2001; Minneapolis, MI.

17. Keenan K, Shaw D, Delliquadri E, Giovannelli J, Walsh B. Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(6):441-452.

18. Deater-Deckard K, Bates JE, Dodge KA, Pettit GS. Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology* 1996;32(6):1065-1072.

19. Nagin D, Tremblay RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(4):389-394.

20. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.

21. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.

Agressividade em crianças pequenas. Serviços que demonstram eficácia na redução da agressividade

Carolyn Webster-Stratton, PhD

University of Washington, EUA

Setembro 2005, Éd. rév.

Introdução

A agressividade na infância está aumentando – e em crianças cada vez mais novas.[1] A progressão da agressividade em termos de desenvolvimento em crianças sugere que a propensão para agressão física e comportamento de oposição atinge um pico aos 2 anos de idade.[2] Normalmente, a agressividade começa a se reduzir a cada ano à medida que a criança se desenvolve, e atinge um nível relativamente baixo antes do ingresso na escola (5 a 6 anos de idade). No entanto, em algumas crianças pequenas, os níveis de comportamento agressivo continuam altos e acabam resultando em diagnósticos de Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) ou de Transtorno de Conduta (TC) *precoce*. Esses rótulos referem-se a um conjunto de comportamentos disruptivos e antissociais que incluem altas taxas de oposição, desafio e agressividade. Os estudos indicam que entre 7% e 20% das crianças preenchem os critérios de diagnóstico de TDO e/ou TC, e que essas taxas podem chegar a 35% em crianças de famílias de baixa renda dependentes de programas de bem-estar social.[3]

Questão

A pesquisa sobre prevenção e tratamento da agressividade tem importância fundamental porque o surgimento precoce de TDO/TC em crianças em idade pré-escolar é estável no decorrer do tempo, e parece ser o mais importante fator isolado de risco preditivo de comportamento antissocial em meninos e meninas adolescentes.[4,5] Tem-se verificado repetidamente que particularmente o comportamento de agressão física, em crianças de apenas 3 anos de idade, prediz o desenvolvimento de delinquência juvenil violenta e de abuso de drogas na adolescência,[6] bem como depressão e taxas de evasão escolar.[7] Há alguma indicação de que, na ausência de intervenção, tendências agressivas *precoces* em crianças podem *cristalizar-se* por volta dos 8 anos de idade.[8] A essa altura da vida, problemas de aprendizagem e comportamentais podem tornar-se menos suscetíveis de intervenção e ter maior probabilidade de evoluir para distúrbios

crônicos.[9] Uma vez que o tratamento da agressividade torna-se cada vez mais difícil e mais oneroso à medida que as crianças crescem, parece ser pragmático e eficaz, em termos de custo, oferecer tratamento e esforços de prevenção nos primeiros anos de vida e no período pré-escolar. Infelizmente, projeções recentes sugerem que a proporção de crianças que necessitam de serviços profissionais devido a comportamentos agressivos e que realmente os recebem fica abaixo de 10% no caso de crianças em idade escolar (essa proporção é ainda menor no caso de crianças em idade pré-escolar);[10] e menos de 50% desse grupo são alvo de intervenções *empiricamente validadas*.[11]

Problemas

Fatores de risco relacionados à família, aos pais, a professores/escolas e à criança têm sido associados ao desenvolvimento de problemas de conduta em crianças pequenas. Baixa renda, baixo nível educacional, alto nível de estresse familiar, uniparentalidade, discórdia conjugal, depressão materna e abuso de drogas pelos pais são fatores que colocam a criança em risco particularmente alto de desenvolver problemas de comportamento agressivo. Comportamentos parentais e instrucionais inconsistentes, críticos, abusivos e pouco comprometidos também são fatores de risco importantes para o desenvolvimento e a manutenção de comportamentos agressivos de crianças em casa e na escola. Crianças com temperamento mais impulsivo, desatento e hiperativo frequentemente recebem menos estímulo e apoio, e são punidas por pais e professores mais frequentemente. Vivenciam também maior isolamento social e maior rejeição por parte dos colegas na escola. Para a criança, essas respostas de adultos e de colegas aumentam o risco de desenvolver agressividade crescente. Infelizmente, o risco de problemas contínuos de conduta e de agressividade parece aumentar exponencialmente com a exposição da crianças a cada fator adicional de risco.[12]

Contexto de pesquisas

A pesquisa passou a avaliar tratamentos que visam reduzir e prevenir o desenvolvimento de agressividade e promover competências sociais e emocionais em crianças pequenas. Esses esforços podem ser considerados também como estratégias para a prevenção do surgimento de delinquência, abuso de drogas e violência em idades posteriores. Os tratamentos têm focalizado diversas constelações de fatores de risco, tais como os apontados acima. Programas de capacitação de pais, que representam o conjunto mais extenso de evidências de pesquisas, foram planejados para contrabalançar os fatores de risco ligados aos pais e à família, ensinando aos

pais estratégias disciplinares positivas e não violentas, e abordagens parentais de apoio que promovem competências sociais e emocionais e reduzem comportamentos agressivos. Uma segunda abordagem de tratamento consistiu em intervenções focalizadas na criança, planejadas para promover diretamente as competências sociais, emocionais e cognitivas das crianças, por meio do ensino de habilidades sociais apropriadas, resolução eficaz de conflitos, controle da raiva e linguagem emocional. Uma terceira abordagem foi a capacitação de professores para implementar estratégias eficazes de gestão da sala de aula, de forma a reduzir a agressividade na sala de aula e fortalecer competências sociais, emocionais e acadêmicas.

Embora existam muitas intervenções orientadas para esses fatores de risco, há relativamente poucos estudos sobre tratamentos bem planejados, com grupos de controle randomizados, focalizando crianças menores de 6 anos de idade que apresentam problemas de comportamento agressivo (TDO/TC). Além disso, é difícil encontrar avaliações de tratamentos de pais, crianças ou professores que tenham focalizado como critério principal de resultados a redução da agressividade (fator de risco reconhecidamente relacionado com delinquência posterior). Recentemente, têm surgido mais tratamentos multimodais que associam criança, pais, professores e intervenções de capacitação focalizadas na criança ou na sala de aula; diversos estudos sugeriram que manter o foco em dois ou mais fatores de risco leva a resultados mais consistentes para a criança.[13,14]

Questões-chave para a pesquisa

Tendo em vista o grande número de crianças pequenas com problemas de comportamento agressivo e delinquente, não seria importante avaliar os tratamentos mais eficientes, eficazes e com boa relação custo/benefício? Para quem e em que condições funcionam as intervenções voltadas aos pais, à criança ou à sala de aula, visando reduzir a agressividade e promover competência social? Serão necessárias todas essas abordagens, ou uma delas é suficiente para essa faixa etária? Quais os efeitos desses tratamentos no longo prazo? Existem fatores de risco relacionados à criança, à família ou à escola que restringem os resultados dessas intervenções?

Resultados de pesquisas recentes

O número de estudos de tratamentos de crianças diagnosticadas com TDO/TC é muito menor na faixa de idade pré-escolar do que para crianças em idade escolar. As avaliações realizadas sugerem que a capacitação de pais é o tratamento isolado mais eficaz para a redução da

agressividade em crianças pequenas (2 a 5 anos de idade). Cerca de 2/3 das crianças com TDO/TC podem ser conduzidas à faixa normal de agressividade e de competências sociais, segundo medidas padronizadas, com resultados que se mantêm por de um a quatro anos. Estudos com grupos de controle randomizados apresentaram resultados significativos em quatro programas dirigidos aos pais: *Parent-child Interaction Therapy* (Terapia de Interação Pais-Filhos),[15] *Cope* (Aprendendo a enfrentar),[16] *Incredible Years* (Anos Incríveis),[17] e *Helping the Noncompliant Child* (Ajudando a criança rebelde).[18] Quanto a tratamentos orientados para habilidades sociais, controle emocional e resolução de conflitos, apenas dois estudos com grupos de controle nessa faixa de idade reduziram a agressividade e/ou promoveram competências sociais e emocionais em crianças diagnosticadas com problemas de conduta (isto é, *Incredible Years' Dinosaur Curriculum*).[13,14,19,20] Portanto, a capacitação de crianças mostra-se promissora, porém mais estudos são necessários. Três programas de capacitação de professores reduziram a agressividade entre colegas em sala de aula em comparação com grupos de controle. Entre esses programas estão *CLASS*,[21] *PASS*[22] e *Incredible Years Teacher Training*.[23,24] Outros programas de capacitação de professores com crianças em idade escolar (6 a 12 anos) apontaram melhoras significativas no comportamento agressivo (por exemplo, Referência [25]).

Conclusões

Os anos pré-escolares parecem ser um período crucial tanto para a redução como para a cristalização da agressividade. Infelizmente, em sua maioria, os programas de intervenção relativos à agressão são introduzidos na idade escolar e na adolescência. Esses programas chegam tarde demais no processo da agressividade relacionada ao desenvolvimento. Na verdade, uma vez que a socialização da agressão ocorre durante os anos pré-escolares, seria de esperar que esses programas tivessem maior impacto sobre as crianças nesse período. Os tratamentos empiricamente validados para crianças pré-escolares com problemas de comportamento agressivo que foram mencionados acima sugerem que, por meio do trabalho com pais, professores e as próprias crianças, competências sociais e emocionais podem ser desenvolvidas, e o surgimento precoce de agressão pode ser significativamente reduzido, com resultados sustentáveis. Portanto, a trajetória de problemas precoces de comportamento que conduzem à delinquência na adolescência e a comportamentos antissociais na idade adulta pode ser corrigida por meio de intervenções precoces.

Implicações

Com esse objetivo, devem ser tomadas as seguintes medidas:

- Investir em intervenções empiricamente validadas de capacitação de pais, que comprovadamente reduzem a agressividade em crianças menores de 6 anos de idade. Colocar essas intervenções à disposição de populações de alto risco e de pais de crianças que apresentam problemas de comportamento agressivo.

- Garantir que todas as crianças que frequentam creches e programas de educação infantil tenham um professor ou cuidador capacitado em estratégias de gestão de sala de aula e de habilidades de relacionamento que sejam fundamentadas em pesquisas.

- Para crianças de baixa renda que frequentam creches ou programas de educação infantil, focalizar intervenções baseadas em sala de aula, empiricamente validadas e planejadas para a promoção de habilidades sociais e emocionais.

- Para crianças de alto risco com problemas de comportamento agressivo, atentar para intervenções empiricamente validadas que focalizem múltiplos fatores de risco, incluindo pais, professores e crianças.

Refências

1. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
2. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisted. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1999;9(1):8-23.
3. Webster-Stratton C, Hammond M. Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology* Review 1998;1(2):101-124.
4. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
5. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin* 1994;115(1):28-54.
6. White JL, Moffitt TE, Earls F, Robins L, Silva PA. How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology* 1990;28(4):507-533.
7. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence.* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
8. Eron LD. Understanding aggression. *Bulletin of the International Society for Research on Aggression* 1990;12:5-9.
9. Bullis M, Walker HM, eds. *Comprehensive school-based systems for troubled youth.* Eugene, Ore: University of Oregon, Center on Human Development; 1994.
10. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):217-226.

11. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(1):7-18.

12. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B. The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 1993;48(10):1013-1022.

13. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.

14. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):105-124.

15. Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(1):83-91.

16. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization,cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.

17. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor TK, Tingley C. *The incredible years: Parent, teacher, and child training series.* Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence; 2001. Blueprints for Violence Prevention Series, Book Eleven, BP-011.

18. Forehand R, Rogers T, McMahon RJ, Wells KC, Griest, DL. Teaching parents to modify child behavior problems: An examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology* 1981;6(3):313-322.

19. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):943-952.

20. Shure MB. Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. Primary prevention works. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997;6:167-188.

21. Hops H, Walker HM, Fleischman DH, Nagoshi JT, Omura RT, Skindrud K, Taylor J. CLASS: A standardized in-class program for acting-out children. II. Field test evaluations. *Journal of Educational Psychology* 1978;70(4):636-644.

22. Greenwood CR, Hops H, Walker HM, Guild JJ, Stokes J, Young KR, Keleman KS, Willardson M. Standardized classroom management program: Social validation and replication studies in Utah and Oregon. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1979;12(2):235-253.

23. Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the Incredible Years Intervention for Oppositional Defiant Disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Journal of Abnormal Child Psychology*. In press.

24. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.

25. Kellam SG, Ling XG, Merisca R, Brown CH, Ialongo N. The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):165-185.

Programas e serviços eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas

John E. Lochman, PhD Cátedra Saxon em Psicologia Clínica

University of Alabama, EUA

Abril 2003

Introdução

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

Questão

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

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

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

Contexto de pesquisas

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

Questões-chave para pesquisas

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

Resultados recentes de pesquisas

De maneira geral, são poucas as pesquisas sobre intervenções com crianças na faixa etária de zero a 5 anos de idade, e o número de pesquisas que focalizaram os anos pré-escolares é maior do que daquelas que focalizaram os primeiros anos de vida. Webster-Stratton[11] designou aleatoriamente nove centros *Head Start* para duas condições: ou para uma condição de capacitação de pais e professores ou para uma condução de controle (nenhuma capacitação). O programa de intervenção, com duração de nove semanas e reuniões semanais de duas horas, produziu taxas mais baixas de comportamentos negativos e rebeldes observados em crianças de 4 anos de idade, e melhor nível de competência dos pais. Em um acompanhamento ao longo de um ano, observou-se a manutenção da maioria dos progressos no comportamento de filhos e de pais. Resultados igualmente positivos foram identificados por Webster-Stratton e Hammond[12] em relação à capacitação de pais combinada com capacitação em habilidades focalizadas nas crianças, em uma amostra que incluiu crianças mais velhas (4 a 8 anos de idade). Outros estudos controlados dão suporte à oferta de capacitação a pais e crianças nos anos pré-escolares. Como destaque, um estudo de Miller-Heyl, MacPhee e Fritz[14] verificou que a combinação de workshops para pais durante 12 semanas, com um programa simultâneo de capacitação para crianças de alto risco entre 2 e 5 anos de idade, e para seus irmãos, e a instituição de um tempo de atividade conjunta de pais e filhos resultaram em decréscimo de comportamentos de oposição e de punições severas pelos pais, e em maior eficácia de práticas disciplinares (segundo o relato dos pais).

Enquanto o modelo Webster-Stratton de intervenção envolve capacitação direta e separada para pais e crianças, o modelo de Eyberg – *Parent-child Intervention Therapy* (PCIT) – focaliza díades pais-filho. Utilizando um desenho de lista de espera com atribuição aleatória de 64 famílias de crianças entre 3 e 6 anos de idade encaminhadas para tratamento clínico, Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs e Algina[15] observaram que os pais que participaram da intervenção interagiram mais positivamente com seus filhos e tiveram mais sucesso em conseguir obediência por parte das crianças do que as famílias do grupo de controle. As crianças que participaram da

intervenção apresentaram mais progressos de comportamento (segundo avaliação dos pais) do que as da condição de controle. A intervenção PCIT consistiu em quatro meses de sessões semanais dirigidas pelo terapeuta para capacitação dos pais na utilização de comportamentos parentais específicos em situações naturais de brincadeira com os filhos. Strayhorn e Weidman[16] criaram uma base semelhante para a utilização de capacitação em interação pais-filhos, e verificaram que as crianças em idade pré-escolar que participaram da intervenção apresentaram níveis mais baixos de comportamento disruptivo do que as crianças-controle ao serem monitoradas no decorrer de um ano.

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

Conclusões

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

programas como visitas domiciliares pareçam promissores.

Implicações

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

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

Referências

1. Frick PJ. Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior. New York, NY: Plenum Press; 1998.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
3. Tarter RE, Alterman AI, Edwards KL. Vulnerability to alcoholism in men: a behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol* 1985;46(4):329-356.
4. Lochman JE. Preventive intervention targeting precursors. In: Bukoski WJ, Sloboda Z, eds. *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002:307-326.

5. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, NY: Plenum Publishers; 1999:525-555.
6. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. Antisocial Boys. Eugene, OR: Castalia Publishing Company; 1992.*A Social Interactional Approach*; vol 4.
7. Robins LN. Follow-up studies. In: Quay HC, Werry JS, eds. *Psychopathological Disorders of Childhood*. 2nd ed. New York, NY: Wiley; 1979:483-513.
8. Patterson GR. Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 1986;41(4):432-444.
9. Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review* 1990;10(1):1-41.
10. Lochman JE, van den Steenhoven A. Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2002;23(1):49-114.
11. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
12. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):180-189.
14. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz JJ. DARE to be you: A family support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention* 1998;18(3):257-285.
15. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(1):34-45.
16. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.
17. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology* 2001;13(4):873-890.
18. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
19. Lochman JE. Issues in prevention with school-aged children: ongoing intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment* [serial online] 2001:4; Article 4.

Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas

Celene E. Domitrovich, PhD, Mark T. Greenberg, PhD

Pennsylvania State University, EUA

Junho 2003

Introdução

Nos últimos cinco anos, a prevenção de distúrbios da saúde mental e a promoção da saúde mental aumentaram significativamente, tanto na América do Norte como em outros países. Em 1999, a *World Federation for Mental Health* (Federação Mundial para a Saúde Mental) e a *Clifford Beers Foundation* (Fundação Clifford Beers) - em colaboração com o Carter Center - organizaram a Primeira Conferência Mundial para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção de Transtornos Mentais e Comportamentais. Nos Estados Unidos, o relatório mais recente do *US Surgeon General* abordou o tema da saúde mental e enfatizou a importância da prevenção.[1] À medida que a ciência da prevenção se expande e novas intervenções mostram-se eficazes na redução do risco de transtornos mentais, vem ocorrendo uma mudança nas prioridades dos governos e das fundações privadas em relação ao financiamento desse tipo de programa. Consequentemente, aumentou a necessidade de resumos precisos sobre informações de pesquisas, e inúmeros relatórios, revisões e sistemas de classificação surgiram para identificar esses programas e divulgar informações para o público.[2-4]

Questão

A agressividade e o conjunto de comportamentos negativos (tais como comportamento de oposição, comportamento destrutivo) que tipicamente a acompanham estão entre os problemas mais sérios e prevalentes de saúde mental na infância.[5] De fato, a agressividade é frequentemente a característica principal de transtorno desafiador opositivo e de transtorno de conduta.[6,7] Muitos dos problemas que envolvem maiores custos e prejuízos para a sociedade (por exemplo, delinquência, uso de drogas e distúrbios mentais em adultos) têm origem em problemas precoces de conduta. Esses problemas, particularmente quando se manifestam na primeira infância, são extremamente estáveis e preditivos de resultados negativos. Na verdade, cerca de 50% das crianças identificadas como portadoras de problemas comportamentais na pré-

escola continuam a exibir o mesmo padrão de comportamento no decorrer da infância e no início da adolescência.[8,9]

Problemas

A agressividade e, de maneira geral, os problemas de conduta são difíceis de prevenir porque são determinados por múltiplos fatores e se mantêm dentro de vários sistemas ecológicos (família, grupo de pares, escola). Os fatores de risco associados a esses comportamentos problemáticos tendem a aglutinar-se, e os fatores de risco de uma determinada fase de desenvolvimento tendem a aumentar o risco em fases subsequentes.[10,11]

Embora fatores de risco genéticos e biológicos certamente aumentem o risco para algumas crianças, as condições ambientais podem acentuar significativamente o risco de problemas de saúde mental na infância, entre os quais a agressividade. Adversidades sociais e econômicas estão diretamente associadas ao funcionamento da criança, mas também o afetam indiretamente por meio de diversos mecanismos, entre os quais a saúde mental dos pais e as práticas de cuidados parentais.[12]

Pais de crianças com problemas comportamentais tendem a ter maior dificuldade para lidar com o comportamento dos filhos. Alguns pais são mais relaxados e permissivos quanto à disciplina, ao passo que outros são particularmente hostis e punitivos. Esses estilos também podem aparecer combinados. Muitos pais que exibem padrões disciplinares acentuadamente punitivos têm relações com seus filhos que são descritas como *ciclos coercitivos*. Esses padrões são particularmente prejudiciais para as crianças, porque reforçam um padrão negativo de comportamento e “ensinam” à criança que a agressão e o comportamento negativo são formas eficazes de atingir objetivos pessoais.

Crianças que exibem níveis altos de agressividade – particularmente se isso ocorre em mais de um contexto – têm maior probabilidade de enfrentar dificuldades na transição para a escola e no envolvimento com o processo de aprendizagem. Têm menos habilidades sociais e emocionais, o que as coloca em risco de rejeição por seus colegas. Seu comportamento negativo também prejudica sua capacidade de estabelecer relações positivas com os professores. Comportamento negativo, baixo envolvimento e rejeição por parte dos adultos e de outras crianças afetam negativamente o comportamento acadêmico, tornando-se mais um fator de risco para desajustamentos futuros.

Contexto de pesquisas

Têm sido desenvolvidas muitas intervenções preventivas focalizadas na criança visando reduzir problemas comportamentais entre crianças em idade de frequentar a escola primária, mas intervenções com crianças menores de 5 anos de idade são muito menos frequentes. Devido a diversos fatores, a maioria dessas intervenções é conduzida com crianças em idade pré-escolar e suas famílias. Por um lado, há um aumento em termos de desenvolvimento no comportamento oposicionista e agressivo de crianças em torno dos 2 anos de idade, e é muito mais fácil avaliar esses comportamentos de forma confiável e identificar crianças em risco depois que ultrapassaram esse período de desenvolvimento (aproximadamente aos 4 anos de idade). Além disso, uma vez que o desenvolvimento cognitivo, linguístico e emocional da criança apresenta avanços drásticos no período pré-escolar, a essa altura ela está mais bem-equipada para aprender habilidades sociais e emocionais que funcionam como fatores de proteção contra o desenvolvimento ou a persistência de padrões agressivos de comportamento.

É importante notar que diversas intervenções preventivas, particularmente as que focalizam o aumento de habilidades cognitivas da criança, também reduziram a agressão infantil.[13-19] Este ganho secundário destaca a interconexão entre os sistemas no período pré-escolar, e ilustra as formas pelas quais os fatores iniciais de risco estão associados a múltiplos desenlaces.

Questões-chave para pesquisas

Na área de prevenção, as seguintes questões de pesquisa são essenciais:

1. Com base em resultados de avaliações aleatórias de ensaios clínicos, quais intervenções se mostraram eficazes na redução de problemas comportamentais em crianças pequenas?
2. Nos estudos que avaliam essas intervenções, que resultados proximais focalizados pela intervenção se relacionaram a mudanças de longo prazo no comportamento das crianças?
3. Existem características dos participantes ou dos implementadores da intervenção que tenham influenciado a natureza dos resultados?

Resultados de pesquisas recentes

Está além do escopo deste artigo oferecer um resumo abrangente de todos os programas que se mostraram eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas. Os leitores são

orientados, portanto, a consultar duas revisões de literatura.[20-21] De maneira geral, as intervenções voltadas à redução da agressividade classificam-se em três categorias:

1. Intervenções que focalizam primariamente a criança, e tentam reduzir os riscos por meio de promoção de habilidades sociais, emocionais ou cognitivas.
2. Intervenções que melhoram o funcionamento parental, as habilidades de cuidados parentais ou a qualidade da relação entre pais e filhos.
3. Intervenções com componentes múltiplos, que integram diversas intervenções e focalizam múltiplos contextos. Será descrito um exemplo de cada tipo de programa.

Programas focalizados na criança

São muito poucos os programas focalizados na criança oferecidos de forma isolada. A maioria deles inclui, no mínimo, um componente parental. Em geral, intervenções com crianças são oferecidas como programas universais em sala de aula, ou como intervenções que focalizam pequenos grupos de crianças. Envolvem tipicamente o ensino de habilidades (sociais, emocionais ou de resolução de conflitos) ou a utilização de sistemas de contingência para modificar o comportamento das crianças. Um dos programas mais conhecidos é um currículo de resolução de problemas denominado *I can problem solve*.[22-25] Esse programa foi avaliado em um ensaio clínico com uma amostra de crianças em idade pré-escolar e de ensino primário. As crianças que receberam a intervenção geraram soluções mais eficazes para problemas e apresentaram comportamentos menos disruptivos.[26]

Programas focalizados nos pais

Tendo em vista os fatores de risco relacionados à família que contribuem para o desenvolvimento da agressividade da criança, há uma forte tradição de trabalho com os pais para melhorar suas práticas parentais.[27-29] Tipicamente, os programas de capacitação parental são oferecidos no contexto de grupos pequenos. Um dos programas que têm uma extensa base de pesquisa é *Incredible Years Training for Parents*.[30] Este programa é único, uma vez que utiliza videoteipes e materiais escritos para promover relações positivas entre pais e filhos, para ensinar os pais a utilizar estratégias disciplinares positivas, e para ajudá-los a aprender como apoiar a aprendizagem e as realizações dos filhos. Uma amostra de pais do programa *Head Start* participou de um ensaio de avaliação clínica dessa intervenção.[31] Os resultados indicaram que os filhos dos pais participantes apresentavam menos problemas comportamentais, eram menos

negativos e exibiam mais afeto positivo ao final do programa e um ano depois.

Programas com componentes múltiplos

Embora os programas que focalizam um único domínio sejam importantes e úteis, não são tão eficazes quanto as intervenções com múltiplos componentes, que integram uma diversidade de estratégias para abordar diferentes fontes de risco. Um exemplo de uma intervenção deste tipo visando reduzir a agressão na infância é o programa *First Steps*.[32] Este programa inclui um processo abrangente de mapeamento que identifica, durante a educação infantil, crianças com problemas comportamentais. A intervenção inclui um componente de capacitação de pais e um componente de construção de habilidades para as crianças. Em uma avaliação do programa, os professores descreveram as crianças sob sua supervisão como menos agressivas no pós-teste e em estágios posteriores de acompanhamento, quando as crianças estavam na primeira série do ensino primário.[32]

Conclusões

A área da prevenção está crescendo rapidamente. Evidências cumulativas demonstraram que os fatores de risco para diversos transtornos de saúde mental de crianças podem ser reduzidos por meio de prevenção.[33] Em termos gerais, tem sido atribuída maior atenção à prevenção de problemas de conduta do que à prevenção de comportamentos associados a distúrbios de internalização (por exemplo, ansiedade). Apesar dessa atenção, os esforços preventivos só produziram resultados modestos, e muito poucos estudos mostraram efetivamente reduções na prevalência de distúrbios. Além disso, a maioria das intervenções preventivas que focalizam crianças com problemas comportamentais foi planejada para crianças em idade de frequentar a escola primária, e não para crianças mais jovens. Os resultados mais consistentes foram constatados em programas com componentes múltiplos, que focalizam diversas áreas, sistemas e ambientes em transformação, bem como indivíduos e unidades familiares.

Implicações

Três palavras descrevem com clareza o futuro da prevenção neste domínio: geração, replicação e implementação. Tendo em vista a estabilidade relativamente alta de problemas comportamentais a partir dos anos pré-escolares, é necessário desenvolver estratégias adicionais para a redução de problemas de agressividade e de conduta na infância, e avaliá-las por meio de experimentos de alta qualidade, com amostras amplas que representem diversas comunidades. Entre os

programas já desenvolvidos, poucos foram replicados ou avaliados por pesquisadores que não os proponentes do programa. Este é um segundo passo crítico depois que a eficácia de uma intervenção foi estabelecida em um ensaio clínico inicial. Sem esse tipo de base de pesquisa para cada programa, é difícil extrair conclusões consistentes sobre sua eficácia. Devido às estreitas interconexões entre o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, é muito promissora a elaboração de modelos de currículo pré-escolar que integrem programas fundamentados em evidências nas áreas de cognição, alfabetização, linguagem e aprendizagem socioemocional.

Por fim, à medida que os profissionais se tornem mais conscientes da importância de programas baseados em evidências, aumentará a demanda por essas intervenções. À medida que as intervenções sejam disseminadas nas comunidades, haverá também necessidade contínua de pesquisas sobre implementação. A fidelidade ao programa é fundamental para garantir que os elementos essenciais de uma intervenção sejam oferecidos. No entanto, os profissionais precisam também ser capazes de adaptar as intervenções de forma a ajustá-las às necessidades dos contextos em que estão trabalhando e dos participantes do programa. Esse tipo de decisão precisa ser subsidiado por pesquisas. Mas até este momento, são muito poucas as intervenções desse tipo que foram avaliadas de forma abrangente.

Referências

1. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth Violence: a Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
2. Safe schools, safe students: *A guide to violence prevention strategies.* Washington, DC: Drug strategies; 1998.
3. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, eds. *Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002.
4. Sylvia S, Thorne JT. *School-based drug prevention programs: A longitudinal study in selected school districts. Technical report.* Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC; 1997. Publication #ED416432.
5. Costello EJ, guest ed. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6 Special Issue).
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 1994.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1990;31(6):871-889.
8. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(9):732-739.
9. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978;8(4):611-622.

10. Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.

11. Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1997:343-356.

12. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.

13. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1984.

14. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development* 1993;64(3):736-753.

15. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2):684-698.

16. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(4):375-385.

17. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. Results at age 8 years of arly intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. JAMA-*Journal of the American Medical Association* 1997;277(2):126-132.

18. Schweinhart LJ, Weikart DP, Larner MB. Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly* 1986;1(1):15-45.

19. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope Preschool Curriculum Comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(2):117-143.

20. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development* 1999;10(1):47-68.

21. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. Reducing the risks for mental disorders during the first five years of life: A review of preventive interventions. Report submitted to the Center for Mental Health Services (SAMHSA). Denver, Colo: Prevention Research Center for Family and Child Health, University of Colorado Health Sciences Center; 1999.

22. Shure MB. Preschool. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program.*

23. Shure MB. Kindergarten and primary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

24. Shure MB. Intermediate elementary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

25. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1980;1(1):29-44.

26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 1982;10(3):341-356.

27. Forehand R, Breiner J, McMahon RJ, Davies G. Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1981;12(4):311-313.

28. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-650.

29. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.

30. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T, Tingley C. *The Incredible Years: Parent, Teacher And Child Training Series* (IYS). Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder; 2001. Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven.

31. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.

32. Walker HM, Kavanagh K, Stiller B, Golly A, Severson HH, Feil EG. First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998;6(2):66-80.

33. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. *Effectiveness of Prevention Programs for Mental Disorders in School-Age Children.* Eric Report EDRS: 2000. AN:ED464464.

Prevenção de comportamento agressivo no início da vida: Comentários sobre Webster-Stratton , Lochman, Domitrovich e Greenberg

Kenneth A. Dodge, PhD

Duke University, EUA

Abril 2003

Introdução

Os trabalhos de Webster-Stratton, Lochman, Domitrovich e Greenberg fazem uma avaliação e uma síntese do estado dos conhecimentos sobre a prevenção de comportamentos agressivos em crianças pequenas. Nos modelos atuais sobre desenvolvimento de problemas crônicos de agressividade, a ciência do desenvolvimento focalizou o período entre 3 e 6 anos de idade, com base na alegação de ser este o momento na vida em que os padrões de comportamento se tornam relativamente estáveis, preditivos de problemas crônicos de conduta na adolescência, e receptivos a intervenções precoces. Na última década, tomou corpo uma massa crítica de estudos empíricos sobre a eficácia de novos programas de intervenção. Portanto, é adequado que essas revisões tenham sido realizadas neste momento.

Pesquisas e conclusões

Em suas resenhas, Webster-Stratton, Domitrovich e Greenberg, e Lochman resumem as intervenções em categorias que focalizam a criança, os pais ou professores e programas explicitamente multimodais. Suas avaliações sugerem que os resultados mais favoráveis provêm de intervenções focadas nos pais. Programas que ensinam os pais a implementar estratégias consistentes e não violentas para lidar com o mau comportamento da criança têm os efeitos mais positivos na redução da agressividade infantil. Outros programas fornecem algumas evidências de sucesso, mas seus resultados não são tão claros, persuasivos ou numerosos.

Várias conclusões genéricas são consensuais entre os autores. Em primeiro lugar, o número de estudos controlados ainda é considerado relativamente pequeno, e foi sugerido que esses estudos fossem ampliados exponencialmente ao longo da próxima década. Esta sugestão assume significado especial no contexto do atual debate político sobre a natureza da programação da

primeira infância. Nos Estados Unidos, o objetivo de melhorar os resultados da educação para as crianças vem levando ao aumento do financiamento para programas de primeira infância que ajudam a preparar crianças de alto risco para o aprendizado na educação infantil.

A controvérsia é se tais esforços devem ser direcionados para o desenvolvimento cognitivo (através de instrução didática direta de fonética e de habilidades preparatórias para leitura) ou para um desenvolvimento socioemocional-comportamental mais abrangente (por meio do provimento de contextos estimuladores, como a creche, e da programação direta do desenvolvimento social da criança). A importância das intervenções na prevenção do comportamento agressivo em crianças de alto risco em idade pré-escolar assume uma importância ainda maior nesse contexto de políticas.

A segunda conclusão a que chegaram os autores foi que a próxima geração de intervenções deve refletir maior compreensão sobre o nível de desenvolvimento das crianças participantes. Programas para crianças de 2, 3 e 4 anos de idade podem ser bastante distintos. Além disso, para oferecer intervenções ótimas para cada criança, pode ser necessária uma avaliação individual dos níveis funcionais de desenvolvimento. Por exemplo, algumas intervenções focalizadas na criança podem ser baseadas em habilidades verbais, na ausência das quais a intervenção resultará ineficaz. Isto é relevante não apenas para crianças de diferentes níveis de desenvolvimento, mas também para crianças imigrantes que ingressam no contexto escolar provindo de contextos linguísticos e culturais diferentes.

A terceira conclusão a que chegaram os autores foi que são necessárias mais pesquisas básicas sobre desenvolvimento para subsidiar a criação de novos programas de intervenção (não é especificada a natureza exata dessas pesquisas na área de desenvolvimento). A maior parte das pesquisas sobre desenvolvimento não se baseia na necessidade de criar intervenções: ao contrário, consiste em testes de hipóteses de teorias básicas de desenvolvimento referentes às crianças individualmente. São necessárias pesquisas de desenvolvimento focadas em problemas, que possam subsidiar mais diretamente o planejamento de intervenções. Por exemplo, intervenções focalizadas com precisão e baseadas em sua adequação à criança poderiam melhorar a relação custo/benefício dos programas. Pesquisas anteriores sobre desenvolvimento são úteis apenas para esboçar categorias gerais de crianças agressivas. Precisamos de pesquisas que examinem critérios ótimos de seleção para inclusão em um programa, benefícios da seleção de crianças com base em avaliação de múltiplos domínios, e custos e benefícios de intervir mais cedo ou mais tarde no período pré-escolar.

Embora, de maneira geral, haja consenso entre os autores, em certa medida alguns dos pontos levantados são contraditórios. Webster-Stratton concluiu que sua intervenção foi o *único* programa que produziu resultados consistentemente favoráveis, ao passo que os outros autores referem-se a outros programas que também levaram a resultados positivos. Destacam-se: 1) a resenha de Domitrovich e Greenberg e sua avaliação positiva do programa de Shure,[1,2,3] focalizado no aumento das habilidades sociais criança; e 2) a resenha de Lochman sobre os programas de Olds,[4] que envolvem visitas domiciliares.

Domitrovich e Greenberg concluíram que programas multimodais produzem os resultados mais favoráveis. Esta conclusão tem uma sólida base teórica na pesquisa desenvolvimentista, que associa o desenvolvimento do comportamento agressivo a uma complexa miríade de fatores que envolvem a criança, a família, os colegas, a vizinhança e a escola. No entanto, Domitrovich e Greenberg não apresentaram exemplos de estudos que tenham comparado abordagens unimodais e multimodais. Esses estudos certamente estão garantidos, e seriam necessários para a formulação de qualquer conclusão final.

Uma comparação entre os programas comentados nessas três resenhas sugere que a conceituação de intervenções requer considerações mais amplas e mais inclusivas. Por exemplo, Domitrovich e Greenberg analisaram programas focalizados em pais, e incluíram apenas iniciativas de capacitação de pais em habilidades de gestão do comportamento. Não levaram em consideração os aspectos promissores da abordagem de visitas domiciliares por profissionais de enfermagem, elogiados por Lochman. Isto posto, todo o conjunto de programas considerado por esses autores ainda produziria uma diversidade de serviços decididamente limitada. Talvez a crítica mais importante a essas resenhas seja o fato de excluírem uma conceituação mais ampla de intervenções para a prevenção de comportamento agressivo em crianças pequenas. Efetivamente, pelo menos dois tipos de intervenções poderiam ser acrescentados à lista a ser considerada nesta área.

Uma intervenção importante que pode ser adotada pelos pais é colocar uma criança em um tipo específico de contexto, em um momento específico de seu desenvolvimento. Os pais podem optar por viver em determinada vizinhança, por trabalhar fora de casa, por ter mais filhos (ou não) em determinado período de tempo. Podem optar também por colocar a criança na creche em determinada idade, e por escolher o tipo de atendimento que a criança receberá (baseado no lar, baseado na escola, etc.). Há um consenso crescente na literatura do desenvolvimento de que colocar a criança muito cedo em um contexto de cuidados coletivos pode ser prejudicial, como

também pode ser prejudicial postergar demasiadamente a exposição a crianças não conhecidas. Essas intervenções podem ter efeitos dramáticos no desenvolvimento do comportamento agressivo, e deve-se considerar sua implementação simultaneamente a intervenções psicológicas estruturadas.

Outra intervenção que talvez tenha o efeito de maior alcance sobre o desenvolvimento agressivo da criança é a oferta de um ambiente familiar seguro, afetuoso, estimulante e estável. A literatura do desenvolvimento sugere que crianças que vivem em famílias sujeitas a estresse, crianças que sofrem abusos físicos ou crianças pobres estão sujeitas a um desenvolvimento agressivo. Intervenções que minimizem o estresse dos pais, que evitem que abusem de seus filhos ou que ajudem as famílias a sair da situação de pobreza podem evitar que as crianças se tornem agressivas. Assim sendo, ações como programas de bem-estar social, subsídios para o atendimento infantil e visitas domiciliares podem ser promissores como intervenções preventivas contra resultados adversos para as crianças. Talvez a próxima geração de resenhas nesta área geral venha a incluir essas intervenções, e talvez a próxima geração de programas de intervenção focalizados em pais venha a incluir considerações desse tipo ao lado de capacitação em gestão do comportamento.

Referências

1. Shure MB. Preschool. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program.*
2. Shure MB. Kindergarten and primary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program.*
3. Shure MB. Intermediate elementary grades. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve* (ICPS): *an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
4. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. JAMA-*Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

Programas e serviços que se mostraram eficazes na redução da agressividade em crianças pequenas Comentários sobre Webster-Stratton , Domitrovich e Greenberg, e Lochman

Karen L. Bierman, PhD

Pennsyvania State University, EUA

Maio 2003

Introdução

Os artigos sobre agressividade destacam três aspectos-chave. Em primeiro lugar, problemas de comportamento agressivo-disruptivo são o motivo mais comum de encaminhamento de crianças para serviços de saúde mental. Em segundo lugar, afetam desproporcionalmente crianças em condições de desvantagem socioeconômica, somando-se às privações educacionais e sociais vividas por essas crianças. Em terceiro lugar, são altamente estáveis e, caso não sejam tratados, aumentam o risco de delinquência, uso de drogas, depressão e fracasso escolar no futuro, resultando em custos extremamente altos para os indivíduos e as famílias em questão e para a sociedade em geral. Existem algumas intervenções preventivas que se mostraram eficazes, mas são necessárias estratégias para melhorar a difusão em bases amplas e a implementação com máxima fidelidade das práticas já baseadas em evidências. Além disso, mais pesquisas são necessárias para subsidiar práticas e políticas nesta área significativamente importante.

Questão

Os artigos oferecem um argumento convincente para a aplicação de uma perspectiva de desenvolvimento no planejamento de programas de prevenção para reduzir a agressividade precoce. Cada um dos autores aponta de que maneira, na falta de prevenção, os fatores precoces de risco tendem a se acumular e a aumentar no decorrer do tempo, de modo que as crianças que chegam ao final dos anos pré-escolares sem ter aprendido a controlar sua agressividade ingressam na escola sob alto risco de continuidade e agravamento de problemas de ajustamento.[1] As consequências negativas incluem rejeição e vitimização[2] por parte dos colegas, bem como falta de estímulo acadêmico e frustração crescente,[3] criando as condições para problemas na

adolescência: falta de vínculo, fracasso escolar, uso de álcool e outras drogas e atividade criminosa.[4,5]

Problemas

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

No entanto, ao focalizar a redução de comportamentos agressivos precoces de forma isolada, esses artigos consideram que comportamentos agressivos podem ser tratados sem que seja dada atenção simultaneamente à "criança como um todo" e às habilidades da criança em outras áreas de desenvolvimento socioemocional e cognitivo. Muitos dos fatores de risco associados a comportamentos agressivos são preditivos também de atrasos no desenvolvimento de habilidades de linguagem, habilidades cognitivas e compreensão socioemocional.[6,7] Em termos de desenvolvimento, a maioria das crianças exibe comportamentos agressivos quando estão começando a aprender a conviver com outras crianças (em torno dos 2 ou 3 anos de idade). As habilidades verbais, emocionais e sociais que desenvolvem durante os anos pré-escolares permitem que inibam seus impulsos iniciais, que aceitem o protocolo social, e que "usem suas palavras" para expressar insatisfação e resolver divergências. Portanto, intervenções preventivas durante a primeira infância precisam não só focalizar a agressividade decrescente, mas também promover o desenvolvimento de um amplo conjunto de competências que permitem que as crianças passem a ser membros positivos de suas famílias, de grupos de colegas e de comunidades escolares.

Contexto de pesquisas

Como foi apontado nos artigos, muitos programas de prevenção da agressividade baseados em evidências empíricas focalizaram crianças em idade escolar, e relativamente poucos estudos tiveram como alvo o período entre o nascimento e os 5 anos de idade. A maioria dos estudos com crianças mais novas focalizou capacitação de pais – redução da agressividade da criança por meio da promoção de relações positivas entre pais e filhos e de práticas disciplinares eficazes, não punitivas.[8] Mais recentemente, têm sido planejados programas semelhantes visando à capacitação de professores na utilização de estratégias positivas de gestão do comportamento,

entre as quais o estabelecimento claro de limites e consequências não punitivas (por exemplo, *time-outs*[a]) para reduzir a agressividade em sala de aula.[8]

Além dos programas que focalizam especificamente a agressividade, alguns programas eficazes de educação infantil planejados para a promoção de competências sociais, emocionais e cognitivas da criança também evidenciaram redução de agressividade infantil.[9,10] Habilidades adaptativas nas áreas de linguagem, autorregulação e interação social promovem controle da agressividade.[11-14] Se combinadas com oportunidades múltiplas de prática, capacitação pelos professores e um ambiente de apoio em sala de aula, instruções conduzidas por professores podem promover de maneira eficaz a compreensão emocional, o autocontrole e a competência social da criança, levando dessa forma a uma redução sustentada do comportamento agressivo.[15-16]

Questões-chave de pesquisas

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

1. Quais são as intervenções preventivas mais eficientes, mais eficazes e com melhor relação custo/benefício, baseadas em ensaios clínicos aleatórios?
2. Quais são os mecanismos ativos e os resultados proximais visados por esses programas que parecem ser importantes para a prevenção de resultados negativos de mais longo prazo?
3. Quais são os fatores de risco relacionados à criança, à família ou à escola que restringem a eficácia dessas intervenções e demandam ajustes no planejamento da prevenção?

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

Resultados de pesquisas recentes

Os artigos descrevem programas de capacitação de pais sustentados por evidências empíricas e com efeitos comprovados na redução da agressividade em crianças pequenas (entre 2 e 5 anos de idade), bem como intervenções recentes baseadas na escola, tais como o *Incredible Years Teacher Training Program*, planejado para ensinar estratégias eficazes de gestão da sala de aula.[17] Intervenções focalizadas na criança são promissoras, porém ainda não foram suficientemente investigadas no nível pré-escolar. Essas intervenções tentam reduzir o risco por meio da

promoção de habilidades sociais, emocionais e cognitivas, e entre elas estão *Incredible Years Dinosaur Curriculum*,[17-18] *I can problem solve*,[19] e o programa pré-escolar *Promoting Alternative Thinking Strategies*.[20-22]

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

Conclusões

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

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

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

Implicações

Difusão estratégica de práticas comprovadas

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

Extensão e avaliação de programas que utilizam componentes múltiplos

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

Integração da educação infantil com programas de promoção da saúde mental

Tendo em vista a significativa interdependência entre controle da agressividade e desenvolvimento positivo nas áreas socioemocional e da linguagem, os programas pré-escolares devem incluir esforços no sentido de promover as competências da criança nas áreas de aprendizagem cognitiva e socioemocional. Os esforços podem ser mais eficazes quando agências e profissionais trabalham em conjunto, articulando disciplinas educacionais e de saúde mental, associando estrategicamente serviços universais de prevenção educacional (como os oferecidos pelas escolas) a níveis selecionados e recomendados de apoio preventivo (como intervenções de cuidados parentais por parte de agências de saúde mental e outras agências comunitárias), de forma a oferecer uma rede coordenada e flexível de apoio preventivo para as crianças e para as famílias.

Referências

1. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: *Clinical and developmental issues*. New York, NY: Guilford Press; 1990.
2. Eisenberg N. *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1986.
3. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 1990;250(4988):1678-1683.
4. Cairns RB, Neckerman HJ, Cairns BD. Social networks and the shadows of synchrony. In: Adams GR, Montemayor R, eds. *Biology of adolescent behavior and development. Advances in adolescent development: An annual book series*, Vol 1. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989:275-305.

5. Dishion TJ, Skinner M. A process model for the role of peer relations in adolescent social adjustment. Paper presented at: Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; April, 1989; Kansas City, MO.

6. Lengua LJ. The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development* 2002;73(1):144-161.

7. Sameroff AJ, Seifer R. Early contributors to developmental risk. In: Rolf JE, Masten AS, Cicchetti D, Neuchterlein KH, Weintraub S, eds. *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990:52-66.

8. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.

9. Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, eds. Stress, risk, and resilience in children and adolescents: *Processes, mechanisms, and interventions.* New York, NY: Cambridge University Press; 1994:268-316.

10. Zigler E, Taussig C, Black K. Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency *American Psychologist* 1992;47(8):997-1006.

11. Barkley RA. Attention-deficit/Hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology.* New York, NY: Guilford Press; 1996:63-112.

12. Greenberg MT, Kusche CA, Speltz M. Emotional regulation, self control, and psychopathology: The role of relationships in early childhood. In: Cicchetti D, Toth SL, eds. *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction: Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol 2.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991:21 55.

13. Ladd GW. Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment. *Child Development* 1990;61(4):1081-1100.

14. Vitaro F, Tremblay RE, Gagnon C, Boivin M. Peer rejection from kindergarten to grade 2: Outcomes, correlates, and prediction. *Merrill-Palmer Quarterly* 1992;38(3):382-400.

15. Kusche CA, Greenberg MT. The PATHS Curriculum. Seattle, WA: Developmental Research and Programs; 1994.

16. Weissberg R., Greenberg MT. Community and school prevention. In: Siegel I, Renninger A, eds. Child psychology in practice. New York, NY: John Wiley & Sons; 1998:877-954. Damon W, ed. *Handbook of child psychology*; Vol 4. 5th ed.

17. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.

18. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):943-952.

19. Shure MB. *I Can Problem Solve: An interpersonal cognitive problem solving program.* Champaign, IL: Research Press; 1992.

20. Domitrovich CE, Greenberg MT, Kusche C, Cortes R. *Manual for the Preschool PATHS Curriculum*. Philadelphia, PA: Pennsylvania State University; 1999.

21. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(5):631-647.

22. Greenberg MT, Kusche CA. *Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS Project*. Seattle, WA: University of Washington Press; 1993.

23. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:525-555.

24. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, Mcmahon RJ. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.

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

Apoiando crianças pequenas e suas famílias na redução da agressividade. Comentários sobre Webster-Stratton, Domitrovich e Greenberg, e Lochman

Debra J. Pepler, PhD

LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, Canadá

Junho 2003

Introdução

Questões sobre agressividade na infância mereceram destaque especial ao longo das duas últimas décadas. Com as pesquisas iniciais de Patterson e seus colegas[1] baseadas em observações, aprendemos que, para algumas crianças, os padrões de comportamento agressivo não se alteram com o desenvolvimento da linguagem e de habilidades sociais. Crianças que demonstram altos níveis de agressividade na primeira infância correm o risco de ter problemas continuados na infância e na adolescência.[2] O desafio, portanto, é descobrir formas de apoiar essas crianças e suas famílias visando à redução da agressividade e à promoção de capacidades sociais positivas. Carolyn Webster-Stratton, Mark Greenberg e John Lochman estão entre os principais pesquisadores na área de prevenção e tratamento da agressividade na infância. Seus programas para crianças agressivas e suas rigorosas avaliações são exemplares em termos de fundamentação teórica e empírica. Nestes textos, esses autores apresentam os destaques da pesquisa sobre a natureza da agressividade entre crianças pequenas e as estratégias para apoiar um desenvolvimento adequado.

Pesquisa e conclusões

Em sua visão geral da agressividade em meio a crianças pequenas, Webster-Stratton destaca a importância de uma perspectiva desenvolvimentista e sistêmica para compreender comportamentos agressivos e promover intervenções para evitá-los. Ao longo de seu comentário, a autora acena com a perspectiva da criança em desenvolvimento. Uma vez que os problemas com comportamentos agressivos se cristalizam progressivamente com a idade, o momento ideal para a intervenção é a primeira infância. Além disso, à medida que se amplia o mundo social da

©2002-2026 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

criança, suas interações com terceiros envolvem riscos adicionais de consolidação de padrões de comportamento agressivo. Portanto, o foco da intervenção, que inicialmente é o contexto familiar, amplia-se para incluir os contextos da escola e de colegas. Webster-Stratton atendeu aos frequentes apelos por intervenções empiricamente validadas. Suas intervenções estão entre as poucas que foram avaliadas com rigor e que se mostraram eficazes para a redução de problemas de comportamento agressivo em crianças pequenas.

Domitrovich e Greenberg adotam a trilha desenvolvimentista aberta por Webster-Stratton em suas perspectivas de intervenções preventivas para reduzir agressividade em crianças pequenas. Destacam a gravidade dos problemas de comportamento agressivo que, se não forem tratados, podem alicerçar resultados deficientes na infância, adolescência e mesmo na vida adulta. Domitrovich e Greenberg destacam a importância da prevenção precoce para reduzir riscos, explicando que, com o desenvolvimento da criança, os fatores de risco relacionados a seus problemas de comportamento tendem a se acumular, levando as crianças afetadas a um caminho não adaptativo. Estes autores destacam também a importância das interações das crianças em sua transição para a escola e para grupos de colegas. Suas perspectivas a respeito de pesquisas para intervenção são semelhantes às de Webster-Stratton e Lochman, uma vez que identificam as intervenções focalizadas nos pais como as mais eficazes para a redução dos problemas de comportamento de crianças pequenas. Com o desenvolvimento, o foco das intervenções preventivas deve expandir-se para abranger as competências sociais e de resolução de conflitos das crianças, além do contexto de sala de aula. Domitrovich e Greenberg reiteram o apelo de Webster-Stratton por mais intervenções nos primeiros anos, quando são maiores a maleabilidade dos problemas de comportamento da criança e o potencial para mudanças.

O artigo de Lochman completa o quadro, focalizando programas eficazes para crianças pequenas com problemas de comportamento agressivo. Partindo de pesquisa longitudinal sobre resultados negativos de crianças agressivas, Lochman destaca a importância de intervenções, tendo em vista os altos custos da agressão infantil para as próprias crianças, para suas famílias e para a sociedade como um todo. Lochman observa que essas intervenções devem ocorrer precocemente na vida da criança, uma vez que, com a idade, agregam-se fatores de risco pessoais e familiares associados à agressividade continuada. Lochman apresenta também uma perspectiva sistêmica dos problemas de agressividade ao se referir à pesquisa sobre o efeito cascata, quando riscos de um estágio desencadeiam riscos em um estágio posterior. Por exemplo, uma criança agressiva e carente de competências sociais será incapaz de manter relacionamentos positivos com seus

colegas e mesmo com seus professores. Essa falta de capacidade para relacionamentos acarreta experiências de rejeição em contextos sociais essenciais. Lochman fornece diretrizes para a consideração de intervenções por meio do cruzamento de perspectivas desenvolvimentistas e sistêmicas. Em diferentes estágios de desenvolvimento, diferentes competências sociais podem ser focalizadas dentro dos contextos sociais em expansão. Com relação aos anos iniciais da primeira infância, Lochman cita estudos sobre a eficácia de programas de visita domiciliar que promovem interações positivas entre pais e filhos e de cuidados parentais. Com relação ao período pré-escolar, destaca a eficácia das intervenções de Webster-Stratton com pais, e das intervenções de Eyberg com pais e crianças. Uma vez que o relacionamento entre os pais e a criança é o contexto primário para a socialização nos primeiros anos, a otimização da capacidade de interações positivas e não hostis entre ambos os pais e a criança deve ser um componente importante de programas eficazes para crianças pequenas. Lochman conclui que ainda é necessário um número muito maior de pesquisas sobre intervenções com crianças pequenas agressivas, e que essas intervenções devem ser ajustadas às tarefas críticas de desenvolvimento e aos contextos sociais dos vários estágios do desenvolvimento inicial.

Implicações para serviços

Em conjunto, esses três artigos fornecem diretrizes essenciais para os profissionais que oferecem ou planejam serviços de atendimento para crianças pequenas e suas famílias. Primeiramente, a agressividade de crianças pequenas não é algo que elas simplesmente superem com o tempo: é uma situação que se agrava e que coloca as crianças e todos à sua volta em risco de sérios problemas ao longo de toda a infância, a adolescência e a vida adulta. Portanto, a intervenção é essencial para afastar crianças agressivas de uma trajetória problemática. Em segundo lugar, intervenções precoces são as mais promissoras, porque o comportamento das crianças e de seus pais é mais maleável nos primeiros anos. Portanto, o foco nos esforços de intervenção deve expandir-se para incluir um esforço direcionado à promoção de interações sociais positivas na primeira infância. Em terceiro lugar, focalizar a criança é necessário, mas não suficiente. Nos primeiros anos de vida, as intervenções mais eficazes sustentam a capacidade dos pais de apoiar o desenvolvimento saudável da criança. À medida que seu mundo social se expande, a criança entra em contextos sociais novos, mais complexos e exigentes, em escolas e grupos de colegas. Para a criança socialmente competente, esses relacionamentos podem promover desenvolvimento social e competências; entretanto, para a criança agressiva, representam fatores de risco adicionais, uma vez que seus professores e seus colegas acabam

por reagir à dificuldade de sustentar um relacionamento com crianças agressivas, rejeitando-as. Assim sendo, os problemas de interação que as crianças agressivas experimentam com seus pais em casa refletem-se em seus relacionamentos em contextos sociais mais amplos. Portanto, à medida que a criança se desenvolve, o foco de intervenções deve ser ampliado, passando da relação entre os pais e a criança para os contextos da escola e dos colegas. Sem mudanças nesses contextos relevantes em termos de desenvolvimento, a dinâmica que provoca respostas agressivas da criança persistirá. Além disso, não podemos admitir que intervenções em um único estágio e um único contexto sejam suficientes. Crianças agressivas podem demandar apoio continuado enquanto negociam novos desafios de desenvolvimento em contextos sociais mutantes.

Apesar das diretrizes convincentes que surgem das pesquisas discutidas nesses três artigos, há ainda muito a aprender sobre intervenções para apoiar o desenvolvimento ideal de crianças agressivas. As crianças agressivas não são todas iguais, e os fatores de risco associados às suas trajetórias conturbadas variam consideravelmente. Ao avançar em nossos esforços para apoiar crianças agressivas e suas famílias, precisaremos reconhecer não apenas as semelhanças entre os riscos e trajetórias de desenvolvimento, mas também as diferenças. Intervenções ajustadas às necessidades específicas de crianças agressivas e suas famílias terão mais sucesso para mudar padrões de interação e para promover capacidade de relacionamento. Grande parte da pesquisa empiricamente validada sobre intervenções com crianças agressivas foi conduzida com meninos, porque seus problemas de comportamento agressivo são mais prevalentes e frequentemente mais evidentes do que os das meninas. Entretanto, a permanência dos problemas de comportamento agressivo das meninas é semelhante à dos meninos, e os problemas que meninas agressivas enfrentam na adolescência e na vida adulta são igualmente preocupantes.[3-5] Ainda está por ser verificado se intervenções padronizadas para reduzir problemas de comportamento agressivo são igualmente eficazes para meninos e meninas. Entre outras coisas, deve-se notar que relacionamentos são altamente relevantes para meninas, e podem constituir um foco importante para intervenções planejadas para meninas agressivas.[6]

Na década passada, fizemos avanços substanciais na compreensão do desenvolvimento e de intervenções eficazes para crianças agressivas. Neste momento, o desafio é identificar crianças e famílias que estão em risco antes que os problemas de comportamento se instalem, e antes que os sistemas da esfera de atividades das crianças comecem a marginalizar aquelas que apresentam problemas de comportamento agressivo. Se negligenciarmos essas crianças

enquanto são pequenas, quando o desafio de educá-las recai apenas sobre os ombros de seus pais, perderemos a oportunidade de promover sua capacidade de se relacionar com outros na escola, em seus grupos de colegas, em seu local de trabalho, nas relações amorosas, e em suas próprias famílias. O custo da intervenção precoce parece mínimo se comparado aos imensos custos de contenção e reparação associados ao desenvolvimento conturbado. Com a intervenção precoce, temos a esperança de encaminhar essas crianças problemáticas para uma trajetória favorável.

Referências

1. Patterson GR. Coercive family process. Eugene, Ore: Castalia Publishing; 1982.
2. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 2000;12(3):467-488.
3. Huesmann LR, Eron LD, Lefkowitz MM, Walder LO. Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology* 1984;20(6):1120-1134.
4. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva P. *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
5. Robins LN. The consequences of conduct disorder in girls. In: Olweus D, Block J, Radke-Yarrow M, eds. *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories, and issues*. Orlando, FL: Academic Press; 1986:385-414.
6. Walsh MM, Pepler DJ, Levene KS. A model intervention for girls with disruptive behaviour problems: The Earlscourt Girls Connection. *Canadian Journal of Counselling* 2002;36(4):297-311.