ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

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

©2005-2025 ABILIO | AGRESSIVIDADE – AGRESSÃO

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.

Refêrencias

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.