

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO**

**AGRESSIVIDADE: ANÁLISE SOBRE A VARIAÇÃO E RELAÇÃO  
COM O ESTRESSE NEUROENDÓCRINO E DÉFICIT  
NEUROCOGNITIVO NA INFÂNCIA**

**Maria Aparecida Bernardes Orlandi**

**São Paulo  
2006**

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO**

**AGRESSIVIDADE: ANÁLISE SOBRE A VARIAÇÃO E RELAÇÃO  
COM O ESTRESSE NEUROENDÓCRINO E DÉFICIT  
NEUROCOGNITIVO NA INFÂNCIA**

**Maria Aparecida Bernardes Orlandi**

**Dissertação apresentada à Universidade  
Presbiteriana Mackenzie para a obtenção do  
grau de Mestre em Distúrbios do  
Desenvolvimento**

**Orientador: Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr**

**Grupo de Pesquisa: MID-Marginalização e  
Inclusão Social e Escolar da Pessoa  
Deficiente**

**São Paulo  
2006**

## **AGRADECIMENTOS**

*Viabilizar esta dissertação exigiu a boa vontade de muitos. Que todos saibam do meu agradecimento.*

*Em especial, agradeço ao meu orientador Prof. Geraldo, pelo apoio e conhecimento emprestado, nos momentos mais importantes do desenvolvimento desta dissertação.*

*Ao Mackpesquisa, pelo suporte econômico efetivo para a conclusão desta pesquisa.*

## SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	7
1.1.OBJETIVOS.....	11
1.2.DEFINIÇÕES.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1.PSICOLOGIA.....	24
2.2.NEUROBIOLOGIA.....	35
3.MÉTODO E PROCEDIMENTOS.....	50
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
4.1.PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA .....	60
4.2.PERSPECTIVA GENÉTICA.....	66
4.3.PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA.....	72
4.4.PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA.....	79
4.5.PERSPECTIVA DA CLÍNICA GERAL.....	88
4.6.PERSPECTIVA FAMILIAR.....	94
4.7.PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO.....	101
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
6.REFERÊNCIAS.....	110

Orlandi, MAB – 2006. *Agressividade: Análise sobre a variação e relação com o estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo na infância*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi identificar na literatura, possível variação da agressividade e sua relação com o estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo na infância. Foi conduzida uma meta-análise baseada em artigos de revisão, dissertações e teses, selecionados nas fontes eletrônicas do MEDLINE, ERIC E CAPES, no período de 1996 a 2006. Do total de 371 artigos selecionados, 41 foram considerados relevantes, 330 foram descartados por não cumprirem os critérios para a análise devido ao contexto psicobiológico do desenvolvimento da agressividade na infância relacionado ao tema da pesquisa. Os resultados demonstraram pelo menos 7 diferentes perspectivas pelas quais a agressividade infantil pode ser analisada, com hipóteses, evidências e considerações favoráveis à relacionar o estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo como co-ocorrentes com a agressividade, em situações de convergência multifatorial e de vulnerabilidade da criança.

*Palavras chave:* criança, agressividade, estresse neuroendócrino, déficit neurocognitivo.

Orlandi, MAB – 2006. *Aggressivity: possible variation and relationship between neuroendocrine stress and neurocognitive deficit*. Master Thesis in Developmental Disabilities. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.

## **ABSTRACT**

The aim of this research was to identify in literature, possible variations and some relationship among aggression, neuroendocrine stress and neurocognitive deficit. A meta-analysis was conducted based on reviews, essays and thesis, on electronic database selected from 1996 to 2006, on MEDLINE, ERIC and CAPES. From a total of 371 selected researches, 41 were considered relevant, 330 were rejected because they did not satisfy the criteria of the analysis due to psychobiological context of aggression development in childhood related to the subject. The results suggested at least 7 different perspectives through childhood aggression could be analysed with favorable hypothesis, evidences and considerations related to neuroendocrine stress and neurocognitive deficit as co-occurrent with aggression in case of convergent situations of multifactorial vulnerability of the child.

Key Words: children, behavior, aggression, neuroendocrine stress, neurocognitive deficit.

# 1. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

As questões que envolvem a agressividade, tem despertado meu interesse desde o primeiro contato com um grupo de crianças, rejeitadas por profissionais que não se sentiam preparados para trabalhar com crianças, *tão pequenas e já tão marginais*, acabando eu por acolhê-las para um programa de 6 meses de grupoterapia usando a ferramenta da Arteterapia, minha especialidade então.

Nos primeiros contatos a base teórica sobre as intervenções recaíram sobre autores essencialmente da área da psicanálise, principalmente Melanie Klein (1882-1960) e Winnicott (1896-1971).

No início, a idéia era trabalhar a manifestação da agressividade com as considerações do viés destes autores que, apesar de esperançosos, tratavam a agressividade no contexto do transtorno de comportamento anti-social.

Uma especialização em psicopedagogia revelou algumas teorias que me fizeram avançar meu questionamento sobre a dinâmica da percepção, da memória e do processo cognitivo da criança.

Com Vygotsky (1896-1934), aprofundi o conhecimento sobre a questão da entropia do meio na expressão da criança, agressiva ou não. Piaget (1896-1980), por seu lado trouxe as bases para que eu percebesse a grande importância das conseqüências biológicas nas reações comportamentais da criança.

O constante trabalho com jovens e crianças agressivas em instituições na cidade de Campinas e São Paulo acrescentou muitas dúvidas sobre a

dinâmica da agressividade e me motivou cada vez mais a buscar informações que pudessem discriminar a variação nos modos da expressão da agressividade.

A partir de leituras mais freqüentes da literatura com enfoque multidisciplinar, vislumbrei a possibilidade de um aprendizado sobre o aspecto variável da agressividade e, ao mesmo tempo de levar ao dia a dia do trabalho com as crianças o conhecimento adquirido, no sentido de melhorar o prognóstico de alguns transtornos relacionados ao estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo, possibilitando adequado encaminhamento a profissionais habilitados de cada área. Por todas estas razões incluí em minha proposta para esta dissertação a análise sobre a variação da agressividade.

A importância que a comunicação intra e intergrupos, tem no desenvolvimento psicobiológico da criança vem acompanhada da preocupação dos que lidam com ela para que tudo ocorra da forma menos traumática para todos.

A agressividade ganha cada vez mais destaque nos temas que discutem a violência crescente, ao mesmo tempo o seu aspecto positivo (aquele que dá forças para a criança lutar com seu meio inóspito e desenvolver-se o mais saudável possível) se perde no significado contextual da marginalidade em que o problema dos desvios de conduta confunde a compreensão sobre a origem da agressividade como emoção, tema de controvérsias e mal entendidos, que vêm acontecendo desde o último século, em revisões do histórico sobre o tema (Loeber,1997; Loeber &



Loeber, 1998; Ladd, 1999; Tremblay 2000; Hill, 2002; DelBello, 2004 e Turgay 2005 entre outros).

Criou-se assim, mais um ônus para a criança, a de que ela é responsável pelo controle de suas expressões e/ou comportamento agressivo, portanto o tratamento é sempre punitivo com surras, suspensão da escola, discriminação por parte de colegas, funcionários e professores, etc.

Pesquisas em textos científicos apontam para hipóteses multifatoriais da causa-ação do comportamento agressivo na infância e, para a possibilidade da agressividade ser uma emoção reativa ao estresse neuroendócrino, malformação de uma das estruturas cerebrais, risco transmitido e más condições do parto, fatores estes aliados às condições ambientais desfavoráveis como em: Streissguth & Karp (2004), Kraemer (2001), Raine, (1997/2001/2002), Serbin & Karp (2004), Martin & Bateson (2005). Além disso, como disseram Martin et al. (1994),

agressividade, falta de atenção, hiperatividade e impulsividade são coordenadas que dão a dimensão dos problemas que a criança enfrenta. Eles são o diagnóstico clínico dos distúrbios da infância... e vão refletir no seu desenvolvimento com conseqüências na idade adulta (p177).

Além destas questões constituírem-se em justificativas para a pesquisa sobre o aspecto variável da agressividade no curso do desenvolvimento da criança, a relevância social que ela congrega é a de que a criança agressiva, principalmente a da população menos favorecida, está injustamente sendo punida, ao invés de ter sua expressão agressiva analisada sob o parâmetro da variabilidade dos fatores desencadeantes e perdendo oportunidades

sobre encaminhamentos clínicos, quando for o caso da Deficiência Mental Leve e déficits neurocognitivos importantes. Outra questão relevante, é que nos casos em que ela for decorrente da má funcionalidade cerebral de qualquer natureza, o manejo inadequado pela não compreensão da qualidade da agressividade expressada poderia agravar o déficit neurocognitivo e aumentar o estresse neuroendócrino, além de facilitar uma rotulação estereotipada que pode comprometer o convívio da criança no ambiente escolar ou em outro grupo social qualquer.

## **1.1. OBJETIVOS**

- 1- Selecionar e analisar a literatura do período de 1996-2006, disponível nas fontes – MEDLINE, ERIC e CAPES – que trata da agressividade na infância (6-12 anos), fora do contexto da violência.
- 2- Identificar possível variação na qualidade da agressividade infantil, que tenha relação com o estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo.

## 1.2. DEFINIÇÕES

A constante dificuldade nos estudos prospectivos da agressividade infantil está justamente no fato das explicações teóricas não discriminarem de maneira clara o fator desencadeante da expressão e/ou comportamento agressivo. Análises são feitas, ora tendo em conta a dinâmica de sua funcionalidade ora de causalidade, por esta razão trazemos algumas definições que têm relação com termos usados por pesquisadores mencionados nesta dissertação além de fazer parte da proposta de análise mencionada nos objetivos desta pesquisa.

Muitas pesquisas fazem referências a termos diferenciados para tratar da expressão e/ou comportamento envolvendo a agressividade, como *agressão* e *agressividade*, em português e *aggression*, *aggressivity*, *aggressiveness* em inglês. Laplanche & Pontalis (2001) trazem a seguinte referência a estas palavras:

Tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantasísticos que visam prejudicar o outro, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc. A agressão conhece outras modalidades além da ação motora violenta e destruidora; não existe comportamento, quer negativo (recusa de auxílio, por exemplo) quer positivo, simbólico (ironia, por exemplo) ou efetivamente concretizado, que não possa

funcionar como agressão. A psicanálise atribuiu uma importância crescente à agressividade, mostrando-a em operação desde cedo no desenvolvimento do sujeito e sublinhando o mecanismo complexo da sua união com a sexualidade e da sua separação dela. Esta evolução das idéias culmina com a tentativa de procurar na agressividade um substrato pulsional único e fundamental na noção de pulsão de morte (p.10).

Os autores explicam que

Tal concepção, como se vê, vai contra a evolução em psicologia do sentido dos termos forjados a partir do radical agressão. Do Dicionário inglês, *English* e *English*, na explicação geral dos termos psicológicos e psicanalíticos, notaram que *aggressiveness* tinha acabado por perder, numa acepção enfraquecida, toda conotação de hostilidade, a ponto de se tornar sinônimo de *espírito empreendedor, energia, atividade*; o termo *aggressivity* estaria em contrapartida menos gasto, inscrevendo-se melhor na série *aggression, to aggress*. Do ponto de vista terminológico, notemos que na linguagem de Freud se encontra um só termo, *aggression* para designar tanto as agressões como a agressividade (p11).

Miranda-Sá (2001) diz que a palavra agressividade origina-se do termo latim *aggredior, aggredi*, que significa originalmente acometer, avançar ou mover-se decididamente para um objetivo. Ele diz ainda, que em inglês há vários termos diferentes: *aggressiveness*, que: é o significado positivo e construtivo tendo uma força de afirmação; o ataque que objetiva a superação de um obstáculo; *aggressivity* que tem o significado de destrutibilidade,

hostilidade, dano físico ou moral, sendo sinônimo dos termos *aggression* que significa agressão hostil e *violence* que significa a ação de violência.

O Dicionário PsiqWeb define agressividade:

O termo *Agressão* possui tantas conotações que, na realidade, perdeu e diluiu seu significado... Em nosso caso particular, interessa tratar a violência e agressão como eventuais conseqüências de processos biopsicológicos subjacentes.

É possível considerar agressão no ser humano como um evento em si, emancipada das circunstâncias e contingências.

Primeiramente, devemos considerar a agressão a partir do agente agressor, depois, a partir do agente agredido e, finalmente, a partir de um observador ou terceiro. Não surpreenderá encontrarmos três representações diferentes de um mesmo evento.

Do ponto de vista do agressor, deve-se considerar a intencionalidade dolosa do ato, ou seja, a tentativa intencional de um indivíduo em transmitir estímulos nocivos à outro. Para o agredido, deve-se considerar o sentimento de estar sendo agredido ou prejudicado e, quanto ao observador, deve-se considerar seus sentimentos críticos acerca da possibilidade de ter havido nocividade no ato em apreço, bem como sua intencionalidade (subjetiva) em promover a agressão.

A CID-10, ao estabelecer as fronteiras da agressividade também não deixa claro a natureza peculiar desta, em relação à violência:

F91 – Distúrbios de conduta

Os transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticas de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado. O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestação dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência anormalmente freqüentes e graves. A presença de manifestações nítidas de um dos grupos de conduta precedentes é suficiente para o diagnóstico mas atos dissociais isolados não o são.

F91. 0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar  
Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissociai e agressivo (não lembrando a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), manifestando-se exclusiva ou quase exclusivamente em casa e nas relações com os membros da família nuclear ou as pessoas que habitam sob o mesmo teto. Para que um diagnóstico positivo possa ser feito, o transtorno deve responder, além disso, aos critérios gerais citados em F91.; a

presença de uma perturbação, mesmo grave, das relações pais/filhos não é por isso só suficiente para este diagnóstico.

#### F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado

Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissocial ou agressivo persistente (que responde aos critérios gerais citados em F91. e não limitado a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), associado a uma alteração significativa e global das relações com as outras crianças.

#### F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado

Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissocial ou agressivo (que responde aos critérios gerais citados em F91. e não limitado a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), associado a uma alteração significativa e global das relações com as outras crianças.

Uma palavra constantemente envolvida na gênese da agressividade é

*instinto:*

Classicamente, esquema de comportamento herdado, próprio de uma espécie animal, que pouco varia de um indivíduo para outro, que se desenrola segundo uma seqüência temporal pouco suscetível de alterações que parece corresponder a uma finalidade. (Laplanche e Pontalis, 2001, p.241)



## *ESTRESSE NEUROENDÓCRINO E DÉFICIT NEUROCOGNITIVO.*

Dois conceitos, usados no decorrer desta dissertação *estresse neuroendócrino e déficit neurocognitivo*, levam palavras em sua composição, que necessitam ser estabelecidas dentro do contexto nos quais os termos são empregados nesta dissertação.

Kapczinski et al. (2004), assim definem o conjunto destas reações:

Estresse é a resposta fisiológica de um organismo a estímulos aversivos. Essa resposta tem aspectos comportamentais, autonômicos e hormonais. Os comportamentais irão depender da situação específica, porém os outros de uma maneira geral, consistem na liberação de adrenalina e de cortisol. No longo prazo, essas respostas podem causar efeitos adversos para a homeostase do organismo, o que inclui o funcionamento cerebral. O hipocampo e o córtex pré-frontal são os principais alvos cerebrais dos glicocorticóides já que participam do circuito que regula sua secreção. Também a degeneração de neurônios hipocampais em animais submetidos a estresse crônico tem sido descrita por muitos autores. Além da degeneração hipocampal, o estresse causa prejuízos a algumas das funções hipocampais... É aceito pela literatura especializada que várias condições psiquiátricas estão associadas à disfunção da regulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), a anormalidade funcional no córtex pré-frontal (PFC) e à atrofia hipocampal (p.80).

No nosso caso, a palavra *neuroendócrino* entra como a definição do tipo do estresse ao nos referimos especificamente.

Lipp e Malagris (2001), têm uma outra versão para o estresse:

O *stress* é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Nosso enfoque é na resposta do organismo a um estímulo mediado pela interpretação que lhe é dado. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação, para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o *stress*, ou seja suas estratégias, adequadas ou não de enfrentamento (p. 477).

## DÉFICIT NEUROCOGNITIVO

A concepção do desenvolvimento cognitivo é tratada por muitas correntes teóricas, cada qual influenciada pela área em que é pesquisada. Por este motivo, estabelecemos também usar o termo composto *déficit neurocognitivo* para especificar bem que a referência nossa é para as questões que envolvem a relação com o desenvolvimento neurofisiológico do cérebro, que segundo Sternberg (2000) aos 6 anos de idade completou 90% de seu desenvolvimento e que remete às diferenças na qualidade da agressividade tratadas no decorrer da dissertação.

Os processo cognitivos manifestar-se-iam, então em consonância com a qualidade intrínseca do sistema neuroendócrino que, segundo Kapiczinski et al. (2004),

no caso do comportamento agressivo-impulsivo poderiam, então, ser determinados pela variação: 1) na interpretação de símbolos ambientais; 2) no conteúdo da memória dos 'planos de ação' e 3) na forma de entender o 'plano de ação' impulsivo como apropriado e efetivo (p.322).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A agressividade infantil vem recebendo ultimamente maior atenção dos pesquisadores, no entanto, a relação direta da preocupação da sociedade com a violência tem colocado a agressividade no centro das pesquisas com preocupação de medidas de índice, frequência e conseqüências da sua expressão com relação ao que é considerado socialmente aceitável e, menos com a intenção de discriminar sua variação como resultante da sintomatologia de déficits neurocognitivos, estresse neuroendócrino e Deficiência Mental Leve (Martin et al., 1994; Volkow et al. 1995; Caspi et al., 2002; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004)

Naturalmente, temos que nos reportar à revolução darwiniana, que em 1859 colocou na ciência a visão naturalista do homem, alinhando todo um pensamento cujas conseqüências ainda hoje aparecem nos debates da moderna Neurobiologia, Sociobiologia e outros ramos das ciências .

No início da década de 1860, Mendel descobre com seus experimentos o que seriam as bases da genética, que num contínuo de descobertas antropológicas acabaram por trazer ao debate a discussão sobre o instinto, estruturado por Konrad Lorenz (1904-1990). Ele, explica que o comportamento não podia ser aprendido, que era característica das espécies que o praticavam e que devemos nosso comportamento à nossa

herança medida pelos genes. Mesmo sendo biólogo respeitado, para os críticos não era possível sustentar a agressividade natural dos seres humanos. Estas idéias, veiculadas por Lorenz (1904-1990), ajudaram a estigmatizar e criar confusão em torno da definição do significado de agressão e agressividade.

Tremblay (2000), traduz de forma bem clara sobre a posição das teorias que emergiram sobre a agressividade a partir do período da industrialização, brincando com os termos para demonstrar que há confusão entre eles, e assim ele constrói os títulos: *Agressão e comportamento anti-social*. Um título equivalente em ciência botânica seria *Maçãs e frutas!*

Resgatando em sua revisão, o histórico sobre as várias representações por que passaram o enfoque sobre a expressão agressiva e/ou comportamento agressivo, Ladd (1999) resume os trabalhos de pesquisa que focaram na questão de relação entre colegas dividindo-as em décadas: 1960-1970; 1970-1980 e 1980-1990. Ele lembra que o grande interesse que cientistas demonstraram em suas teorias, no estudo das relações das crianças com seus pares, como Jean Piaget (1896-1980) e Sigmund Freud (1856-1939), na década de 1930 ficou adormecido da II Guerra Mundial até a década de 1960, quando apareceram várias pesquisas enfocando o assunto e intensificando-se de 1970 a 1980. Neste período, a busca da etiologia sobre o comportamento desviante ou agressivo da criança em relação aos seus colegas, reforçou hipóteses em termos de déficit/capacidade social na relação entre os pares e, que na ausência desta capacidade a criança poderia responder apresentando comportamento agressivo.

Segundo Ladd (1999), as teorias que surgiram desta linha de pesquisa derivaram em duas considerações: o foco no constructo social-cognitivo da criança e no que considerava a premissa de que a criança adquiriria as habilidades sociais, ou manifestaria seu déficit a partir do contexto social familiar desde muito cedo.

Na década de 1990, ainda segundo as considerações de Ladd (1999), emergiram os primeiros achados, de que a agressividade estaria no centro da questão da rejeição entre crianças, que por apresentar comportamento agressivo são rejeitadas por colegas. No final da década, as pesquisas já focam a correlação entre afeição/fisiologia, mostrando que a criança que demonstra um comportamento agressivo ou emoção intensa estaria inclinada a externar seus problemas. Ele conclui que, atualmente os modelos e paradigmas que incluem no seu domínio a interdisciplinaridade tendem a predominar.

Com a teoria de Darwin (1859/2003) sendo mal interpretada e a lógica falha de Lorenz a respeito de agressão, de que nossa agressividade é instintiva, inata, os grandes programas sociais da década de 1960 voltaram-se para as minorias e os socialmente desprivilegiados, com aquele paradigma inquestionável de que o comportamento é quase inteiramente aprendido (Wallace 1938/1985; p.23).

Segundo Wallace (1938/1985), a natureza-educação, como chegou a ser chamada, foi declarada antiquada, inconveniente e irrealista, e cada vez mais ignorada, sendo abandonada em razão da subjetividade das ciências comportamentais. Não se pode dizer com certeza a origem de qualquer comportamento sem responder: Porque ele ocorre? De onde surge? E com

tanta ambigüidade, diz ele não podemos ser muito loquazes a respeito das raízes do comportamento humano sem esperar críticas (p. 21).

Na década de 1970, em que aconteceu nova polêmica na discussão das representações sobre a questão da agressividade, houve uma ressurreição da teoria darwiniana e Wilson (apud Wallace, 1938/1985), diz sobre o comportamento que ele pode ser influenciado por nossa constituição genética... pode ser objeto de seleção natural e pode evoluir exatamente como evolui nossa constituição física (p.29).

Assim, apesar do foco na busca de dados para a fundamentação estar centrada na causa-ação multifatorial e, por uma facilidade didática acerca do objetivo deste trabalho, sobre a variação da agressividade, elegemos duas áreas – Psicologia e Neurobiologia – para apresentar um pouco da revisão da literatura, a fim de ressaltar outras áreas que estão embutidas na sua formação, pois de outra maneira poderia parecer sem cabimento a reivindicação de seus conceitos para a explicação da qualidade na variação da agressividade como por exemplo: Fisiologia na Psicologia; Filosofia na Educação e Biologia na Neurofisiologia.

## 2.1.PSICOLOGIA

A Teoria Psicanalítica, além de levantar e responder ela própria hipóteses sobre o funcionamento do comportamento da agressividade, foi responsável pelo nascimento de outras teorias com abordagens originais e de grandes contribuições, dentre as quais destacamos: Freud (seu criador), Melanie Klein (1921-1945), Winnicott (1896-1971), Lacan (1901-1981) e Bion (1897-1979).

A Teoria Freudiana nasceu em um contexto histórico onde a medicina era assentada em bases biológicas; a Psicologia era cuidada pelos filósofos; a Psiquiatria era um ramo da Neurologia. No entanto, traz uma influência positivista da medicina, física e química da sua época, mas inova com propostas da existência de uma dinâmica do inconsciente com sua leis e fenômenos específicos.

Para Freud (1917), o conflito psíquico era resultante de repressões sexuais havidas no passado, e que rememoradas como sintomas causavam os chamados transtornos neuróticos. O comportamento agressivo então, estaria assim constituído de um material guardado, que ao ser expresso mostraria a dimensão de um conteúdo latente (Zimmerman, 1999).

Freud (1917), com suas palavras, nos fornece um dado importante para a compreensão do comportamento agressivo, na faixa etária das crianças nesta dissertação (6 a 12 anos), explicando o que ocorre com aquele material psíquico nesta fase, ele diz:



Parece certo que o recém nascido traz consigo ao mundo impulsos sexuais em germe, que, após certo período de desenvolvimento, vão sucumbindo a uma progressiva repressão... durante este período de latência total ou simplesmente parcial, constituem-se os poderes anímicos que depois se opõem ao instinto sexual e o canalizam, traçando-lhe o curso à maneira de dique. Diante de crianças nascidas em sociedade civilizada, experimentamos a sensação de que esses diques constituem obra de educação... (p.53-55).

Nesta fase para Piaget (1923/1978), a criança estaria no período de manipulação de suas representações internas, e é ainda o período em que na escola a avaliação da capacidade cognitiva da criança vai ressaltar a existência ou não dos déficits neurocognitivos, a Deficiência Mental Leve, e outros problemas, daí a importância do foco de atenção estar mais voltado para esta faixa etária, para que haja em tempo o prognóstico e prevenção das complicações sociais que tendem a acompanhar uma criança com aqueles problemas não diagnosticados.

Klein (1975/1996), ampliou o conceito de Freud sobre a existência do ego, ao admiti-lo como existente no recém nascido. Foi sua também, a contribuição para o melhor esclarecimento do período da latência, evidenciado na problemática da sublimação: na escolarização; nas atividades esportivas; na formação moral, estética e social da criança.

Cabe notar que a compreensão do comportamento da faixa etária da latência traz alguns dados interessantes sob o enfoque kleiniano, quando esta faixa se aproxima dos 12 anos, em alguns casos a precocidade da puberdade poderia precipitar comportamentos agressivos, conseqüentes dos

medos da transformação rápida de maturidade para a faixa etária onde as revoluções mentais por que a criança passa durante a época da puberdade se devem como sabemos, em grande medida à intensificação dos seus impulsos que acompanham as mudanças somáticas que nela estão se dando.

Um dos princípios fundamentais da Teoria de Klein (1975), de que é a solução da ansiedade que leva ao progresso tanto na análise como no desenvolvimento mental (p.100) provoca-nos a uma reflexão na análise sobre uma das qualidades da agressividade. Ela explica,

Sabemos que a ansiedade é um dos afetos primários. Afirmo que a transformação em ansiedade – seria melhor dizer descarga sob a forma de ansiedade – é a vicissitude imediata da libido sujeita à repressão. Ao reagir com ansiedade, o ego reproduz o afeto que desde o nascimento tornou-se o protótipo de toda ansiedade, empregando-o como a moeda universal pela qual todo impulso afetivo pode ser taxado (p. 103).

Winnicott (1983/2002) ampliou seu aprendizado da análise de crianças com Melanie Klein, recriando a seu modo as relações objetais da criança, e com os mecanismos de introjeção e projeção ocorrida. Com uma abordagem original, em sua teoria Winnicott (1983/2002), reveste de importância a participação da mãe no processo de desenvolvimento do bebê, com reflexos bons ou ruins na integração da criança ao ambiente externo ao da relação mãe-bebê. Ele introduz na sua teoria a concepção de fenômenos transicionais como: objetos transicionais e espaços transicionais. Para ele, a importância

positiva ou negativa da relação da criança com esses objetos transicionais é que vai revelar a saúde de sua identidade.

É revelador que Winnicott (1990), ao falar a respeito do desenvolvimento emocional primitivo; seja qual for o grau de importância que atribuímos ao ambiente, o indivíduo permanece, e dá ao ambiente um sentido. Este pensamento remete a um questionamento sobre aquela qualidade da agressividade que funciona como resposta.

Em um artigo escrito para professores sobre privação e delinquência, Winnicott (1983/2002), escreve que a agressividade, em especial é escondida, disfarçada, desviada, atribuída a agentes externos, e quando se manifesta é sempre uma tarefa difícil identificar suas origens.

Sobre a dificuldade de discriminação da agressividade, ele diz que o professor conhece a dinâmica da energia supérflua que não é canalizada para os canais certos e que,

... o conhecimento consciente de que a energia instintiva reprimida constitui em perigo potencial para o indivíduo e para a comunidade mas, quando se trata de aplicar essa verdade, surgem complicações que mostram que há muita coisa a aprender sobre as origens da agressividade (p. 94).

Winnicott (1983/2002) descreve alguns sentidos pelos quais a criança expressa a agressividade: agressão orientada pelo medo, versão dramatizada de um mundo interno terrível; competição – prevalecendo nos meninos a idéia de matar o rival – agressão como reparação; Jogo de destruir e corrigir as coisas pelo estabelecimento do remorso. Ele resumiu em uma palestra endereçada a professores os dois significados de agressão: por um lado,

constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração. Por outro lado, é uma das muitas fontes de energia de um indivíduo.

Winnicott (1983/2002), falando de sua prática clínica com relação às doenças mentais e ao desenvolvimento emocional da criança, faz uma classificação que dialoga com os fatores mencionados por cientistas da área da Neurobiologia e apresentadas mais adiante, que são doenças do cérebro com doença mental conseqüente, doença do corpo afetando atitudes mentais e doenças mentais propriamente ditas, isto é doenças que não dependem de doença do cérebro ou de outra doença física.

A agressividade, tratada como patologia tem sido sempre relacionada a perdas desde que Freud (1917), lançou a idéia básica de que a criança achará uma forma de manter vivo o amor materno e que sendo perdido por alguma circunstância, ela buscará um meio de preencher o vazio, recebendo a concordância de Bowlby (1968/1998), que relata:

A experiência clínica e uma leitura das evidências que deixam poucas dúvidas quanto à verdade da proposição básica, a de que grande parte das enfermidades psiquiátricas são uma expressão do luto patológico, ou que essas enfermidades incluem muitos casos de estado de ansiedade, enfermidade depressiva e histeria e também mais um tipo de distúrbios de caráter (p.22).

Bowlby (1968/1998), em seu livro sobre tristeza e depressão da criança e do adolescente, faz uma revisão sobre as conseqüências no comportamento específico desta população apontando os aspectos de maior vulnerabilidade. Em um destes aspectos, ele enfoca a questão da predisposição da criança, a um determinado comportamento sendo

considerada como uma importante variável no panorama do estudo do comportamento agressivo, dividindo em sua análise as personalidades em três grupos principais:

- 1- Os que estabelecem relações angustiosas e ambivalentes (grupo que concentra as qualidades intrínsecas da problemática da agressividade: pouca tolerância à perda do objeto amado e prevalência do sentimento de raiva em relação ao de amor);
- 2- Compulsão à prestação de cuidado;
- 3- Os que buscam a auto-suficiência emocional.

Bowlby (1968/1998), relata a confirmação desta predisposição, citando vários autores (Klein, Winnicott e Bion) e pesquisas, que remetem à psicanálise de Freud (1917) ressaltando o potencial da raiva na categoria um da personalidade: O que são suas reações concretas depende, portanto, da interação das condições que cercam e acompanham a perda com suas tendências cognitivas a reagir de determinado modo (e talvez também das interações com outras variáveis (p. 243).

O interesse no entendimento sobre as causas da agressividade infantil ocorre na literatura a partir da preocupação do comprometimento na definição do distúrbio de personalidade do adulto e distúrbio de conduta no adolescente (Zoccolillo et al, 1992).

Para responder esta questão Zoccolillo et al. (1992), conduziram um estudo longitudinal sobre a infância concluindo que três quartos das crianças com distúrbio clinicamente significativo exibirão uma persistente disfunção social ao longo de sua vida (p. 976).

Seus critérios, assim como a maioria de trabalhos semelhantes, segue o DSM-III que enfatiza conceitos como: inconstância no trabalho, ausência paterna, laços frágeis no campo social e amoroso, irresponsabilidade com obrigações financeiras, impulsividade, atividades ilegais e agressividade na vida adulta como conseqüência dos distúrbios clínicos apresentados na infância.

Martin & Bateson (1986/2005), justificam a este respeito, que as pessoas poderiam ter um insight de suas próprias ações, confrontando velhas observações com novas explicações e dá um exemplo de que muitas pessoas acreditam nas bases de introspecção, em que impulsos agressivos acumulam-se até não poderem mais ser contidos, neste ponto manifestam-se com raiva incontrolada. Ele diz que ao contrário deste modo de ver, os estudos científicos que comparam animal e humano, mostram que oportunidades de comportar-se agressivamente podem diminuir este impulso no futuro, se for dada a oportunidade de expressão daquela agressividade e, que por esta razão o ambiente deveria ser um facilitador desta condição.

Segundo Martin & Bateson (1986/2005),

muitos neurocientistas estão começando a perceber que para o entendimento dos mecanismos subjacentes ao comportamento é necessário mais que uma análise técnica, que é preciso entender as bases do próprio comportamento (p.3).

Eles sugerem, que deve ser feita uma análise integrada da base neural dos mecanismos fisiológicos e bioquímicos, embutidos no comportamento agressivo.

Neste ambiente de confrontos de idéias Smith (2000), apresenta três estilos de análise evolucionária do comportamento humano: 1) Psicologia Evolucionária; 2) Comportamento Ecológico e 3) Teoria da Dupla Herança resumidos abaixo:

- **1)PSICOLOGIA EVOLUCIONÁRIA** - A Psicologia Evolucionária, reflete sobre os fenômenos psicológicos onde, no histórico evolucionário da seleção natural haveria uma modulação dos mecanismos cognitivos, para produzir um comportamento adaptativo chamado *adaptação evolucionária ao meio ambiente*.

As deduções desta corrente de pensamento são:

- Validade adaptativa darwiniana que explica as referências genéticas dos mecanismos psicológicos da adaptação evolucionária ao meio ambiente.
- Cultura, aprendizado e livre arbítrio são insuficientes para modular os mecanismos comportamentais.
- O comportamento humano envolve situações de respostas de má adaptação ao ambiente.
- Medir o nível de saúde ou a correlação do padrão de comportamento atual é irrelevante e enganoso.

Smith (2000), diz que na Psicologia Evolucionária o *approach* das trocas sociais está centrado na noção de que o ser humano tem um mecanismo cognitivo especializado para monitorar estas trocas.

- **2) ECOLOGIA DO COMPORTAMENTO HUMANO** - Segundo Smith (2000), este braço da Psicologia Evolucionária preocupa-se em fazer um link entre os fatores ecológicos e o comportamento adaptativo. Sua pergunta emblemática é: *Que forças ecológicas selecionam o comportamento X?*

A pergunta traz o significado central da teoria, que é o apelo à verificação das características do meio ambiente (densidade demográfica, índices de competição, etc.) e examina a covariação do comportamento de interesse (defesa territorial).

Suas principais conclusões são:

- A diversidade no comportamento é grande pela diversidade do meio ambiente sociológico atual.
  - A relação adaptativa entre o comportamento e meio ambiente advém de vários mecanismos.
  - Desde que os humanos são capacitados para mudanças fenotípicas rápidas, eles também estariam adaptados às mudanças do meio ambiente exibindo estratégias de proteção.
- **3) TEORIA DA DUPLA HERANÇA** - Esta teoria segundo Smith (2000), reafirma seus estudos do ponto de vista da cultura e dos genes, que fornecem sistemas herdados, variação e efeitos na saúde, mas interagindo com as mudanças evolucionárias.

As conclusões desta teoria são:



- Se uma cultura exibe as três características da evolução, variação, herdabilidade e efeito na saúde, a evolução cultural pode ser analisada pelo método neo-darwiniano.
- Se a herança cultural diferir da herança genética em pontos-chaves (transmissão não parental, transmissão multifatorial) a dinâmica da evolução da cultura será diferente.
- Geneticamente a evolução cultural não adaptativa é possível.

Consideramos inevitável a apresentação destes três estilos de análise da evolução do comportamento humano, porque muitos artigos publicados nos últimos 10 anos referem-se a uma, ou outra sem deixar bem claros os limites históricos de seu referencial na questão evolucionária.

Um exemplo da tendência atual, em mesclar os conhecimentos calcados nas duas áreas, são as reflexões de Damásio (2005), sobre as relações razão/sentimento e emoção/comportamento que a partir do paradigma do caso de Phineas Gage, suscitou toda uma gama de estudos e teses sobre as mudanças do comportamento. Ele fala sobre a dinâmica dos circuitos neuroquímicos do cérebro; no controle dos reflexos, impulsos e instintos; ressaltando, no entanto que há uma sincronização entre este gerenciamento e a informação que parte do próprio corpo.

Esses mecanismos asseguram a sobrevivência ao acionar uma disposição para excitar alguns padrões de alteração do corpo (um impulso), o qual pode ser um estado do corpo com um significado específico (fome, náusea) ou uma emoção identificável (medo, raiva) ou uma combinação de ambos. A ativação pode ser desencadeada a partir do interior *visceral* (um baixo nível de açúcar no sangue, no meio interno), do

exterior (uma ameaça) ou do interior *mental* (a percepção da iminência de uma catástrofe) (p. 144).

Como nos objetivos para esta dissertação estabelecemos a limitação para que a fundamentação ocorresse fora dos textos que tratassem de violência, consideramos estes dados históricos sobre a Psicologia não suficientes, mas adequados, já que nesta área a variação da qualidade da agressividade já está bem estabelecida entre a agressividade hostil e a instrumental, o que não ocorre no campo da Neurobiologia onde transparece uma gama de fatores influenciando na variação da agressividade, mas ainda não houve um consenso sobre quais e quantas seriam. Este é um dos princípios, que nos levou a buscar um maior número de artigos para reforçar o histórico desta área, que por apresentar o maior número de variação da qualidade da agressividade pode enriquecer o conhecimento de profissionais na diligência do diagnóstico e no manejo dos diversos transtornos, nos quais o comportamento agressivo infantil é um sintoma que precede ao diagnóstico de alguns transtornos.

## 2.2.NEUROBIOLOGIA

No histórico da Neurobiologia, como em outras áreas, as perguntas a respeito da dinâmica das emoções mudaram de acordo com as novas descobertas científicas. Assim, nos anos 70 a pergunta recorrente era se o comportamento agressivo seria resultante da genética do sujeito ou um reflexo do meio ambiente; hoje as perguntas que conduzem as pesquisas são: *onde e como ele ocorre?*

Para verificar, retrospectivamente como se formaram ao longo da evolução humana as unidades que compõem o cérebro e distinguir o local onde ocorrem as emoções, provenientes do instinto e do impulso, incluindo a agressividade, reportamos-nos à formação cronológica das três unidades que o completam descritas por MacLean (1949/1985):

1 – Cérebro primitivo – corresponde ao tronco cerebral; remanescente do ancestral réptil; responsável pelas reações emocionais ou respostas reflexas.

2 – Cérebro intermediário – corresponde ao sistema límbico remanescente do ancestral mamífero inferior; faz mediação e controle das atividades afetivas como: amor, afeição, medo, raiva e agressividade.

3 – Cérebro racional ou superior – corresponde aos hemisférios direito e esquerdo; remanescente dos mamíferos superiores; responsável pela expressão e comunicação das emoções.

As três camadas aparecem uma após a outra durante o desenvolvimento embrionário do feto, no mesmo sentido da evolução da espécie animal.

Segundo MacLean (1985), as três unidades do cérebro são três computadores biológicos que, uma vez interconectados, retêm cada um, seu peculiar tipo de inteligência, subjetividade, senso de tempo e espaço, memória, mobilidade e outras funções menos específicas.

Estes dados da formação e função das áreas cerebrais neste texto justificam-se pelos resultados de pesquisas com enfoque psicobiológico que fundamentaram a análise da literatura selecionada e proposto nos objetivos desta dissertação e que ora se referem a uma ora a outra área conforme as linhas de pesquisas que estudam os efeitos particulares de cada uma. Estes dados, também podem ajudar a esclarecer porque as pesquisas que se referem à transmissão dos fatores de risco se preocupam tanto com o delicado equilíbrio que deveria haver na dinâmica destas três áreas onde, no desenvolvimento mental saudável na criança, qualquer possível desequilíbrio pode evocar a agressividade como um alerta precoce de uma disfunção do cérebro ou estresse neuroendócrino.

Gomes (2005), diz que

o conhecimento da atividade integrada das três principais unidades funcionais cerebrais (UFCs) revela a intimidade do sistema funcional, pois estas unidades são as estruturas básicas que constroem o sistema funcional. Isso permite determinar, em termos anatomoclínicos, o foco de uma lesão, e também nos casos não-lesionais o tipo de dinâmica que se estabelece entre as três unidades, localizando o nível do

bloqueio funcional/operativo para a atividade cognitiva como um todo (p. 256).

Gomes (2005), faz estas considerações ponderando que a disfunção da cognição compromete a capacidade de compreensão do meio físico e social e que elas poderiam estar relacionadas com lesões cerebrais localizadas.

Como justificativa da apresentação deste histórico, também apresentamos o argumento da dificuldade em estabelecer um ponto de base de fundamentação. Acreditamos que o próprio fato de já partir para a busca de dados para a fundamentação, considerando as bases teóricas da Psicologia e Neurobiologia, tenha nos permitido a liberdade de ampliar as buscas por outras áreas, já que a compreensão sobre agressividade na criança com sua variação, remete à gênese da emoção que rege a expressão do comportamento agressivo, e foi amplamente explorado por todas aquelas áreas aqui referidas. Mecanismos que, segundo Damásio (2005), não têm só o sentido de regular as bases biológicas, mas de mediar a relação com o meio ambiente. Então, diz ele, o estímulo recebido, ativa uma disposição inata no cérebro (instinto, impulso) para estabelecer uma relação com a resposta, se negativa ou positiva. Os circuitos do tronco cerebral e do hipotálamo estabelecem essa mediação quando o estímulo é mais uma ameaça (+ instinto) que encontram reforços no sistema límbico (+ impulso) de uma área mais nova do cérebro e com mais recursos para responder pelas emoções e sentimentos. Segundo Damásio (2005), não cabe discutir em detalhes a estrutura e funcionamento pormenorizado do cérebro, mas fornecer dados gerais de localização dos circuitos responsáveis pelo instinto/impulso e/ou agressividade/impulsividade.

Falando sobre o papel preponderante das substâncias químicas nas alterações no funcionamento da mente, Damásio (2005), relembra que estudos têm comprovado a interação cérebro-corpo dando o exemplo da tensão mental crônica, que pode levar à produção excessiva de uma substância química, o peptídeo (*calcitonin gene-related peptide*) que ao se acumular nas terminações nervosas subcutâneas inviabiliza a função das células de Langerhans, cuja função é a de mediar a captura dos agentes infecciosos e entregar aos linfócitos para que se cumpram o círculo de defesa do organismo contra infecções; o resultado é que o corpo fica mais vulnerável à elas. Este é um exemplo de produção química acionada pelo sistema neuroendócrino e segundo ele, comprovado pelas pesquisas sobre efeitos do: álcool, tabaco e drogas (médicas ou não) na alteração do modo de funcionamento do cérebro a ponto de provocar comportamentos agressivos.

Damásio (2005) cita alguns neuroquímicos, como dopamina, norepinefrina, serotonina e acetilcolina que podem influenciar de forma rápida o processo de pensamento e as respostas emocionais que

podem influenciar a atividade cortical de forma rápida e profunda, dando origem a estados de depressão ou euforia, ou até maníaco... a profusão de imagens evocadas podem diminuir ou aumentar; a criação de novas combinações de imagens pode ser favorecida ou bloqueada. A capacidade de concentração num determinado conteúdo mental varia em concordância com isso.(p.159).

Assentados nestes dados da Neurobiologia Damásio (2005), prepara-nos para analisar as diferenças nas respostas que evocativas da emoção e dos sentimentos reportando à Teoria de William James.

A Teoria de James, muito referida por seu nome isolado foi desenvolvida por ele e Carl Lange; e também é referida como a Teoria de James-Lange (1884/1887), foi importantíssima pelo desdobramento que teve para a compreensão da reação fisiológica X experiência emocional e consistia no seguinte modelo: o organismo responde antes de perceber o estímulo (instinto). Sua teoria confrontava-se com a de Walter Cannon (1929) que junto com Philip Bardand formou a Teoria Cannon-Bard, cujo modelo era: a reação fisiológica vem antes da experiência emocional. Em seguida James Papez (1937), demonstra no seu modelo que: a emoção não é função de nenhum centro específico, mas envolve todas as unidades que formam o cérebro (Cannon.1927; MacLean, 1949, Carlson & Earls,1997).

Damásio (2005) faz uma ressalva sobre a Teoria de James, pelo fato dele não ter abordado as funções da emoção na cognição, mas cita sua frase emblemática, e que identifica bem seu pensamento “Cada objeto que excita um instinto excita também uma emoção” (p.159). Ele lembra ainda que a emoção tem uma função na expressão dos significados aos outros, além da relevância das condições cognitivas do sujeito e estratégias de raciocínio.

Ferrão et al. (2004), analisando as bases biológicas dos transtornos psiquiátricos, falam da confusão que existe na conceituação da impulsividade e agressividade, eles aceitam a definição de que a

agressividade é definida como um comportamento de um indivíduo contra outro indivíduo ou objeto ou contra si mesmo, com o objetivo de causar danos (p.310). Fazem ainda, uma diferenciação entre impulso e instinto, que:

reside no fato de este último ser uma capacidade ou necessidade inata de reagir a um conjunto determinado de estímulos de um modo estereotipado ou constante e ocorrer simplesmente, sem conflitos e *sob controle velado da personalidade* (p. 310).

Ao descrever o papel associativo, que o córtex pré-frontal tem entre o afeto e comportamento Ferrão et al. (2004) ressaltam os escassos estudos eletrofisiológicos da impulsividade envolvidos nos transtornos de personalidade e TDAH. Eles requerem como base de reforço dos comportamentos agressivos e impulsivos as anormalidades nos sistemas de neurotransmissão serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, além da transmissão do risco genético.

Na linha de pesquisa longitudinal Serbin & Karp (2004) ampliaram estes estudos, verificando o processo da transferência de riscos intergerações, mediador da vulnerabilidade e resiliência. Segundo eles, problemas de saúde mental tendem a ocorrer com outros: psicológico, social e problemas de saúde, particularmente quando os recursos da família são limitados ou há pobreza.

Em sua revisão, Serbin & Karp (2004) reforçam que há uma transferência de risco da agressividade, além dos fatores intergeração, que podem funcionar como preditores do risco social, enfatizando, no entanto que eles não são necessariamente causais. Eles incluem a consideração



muito aceita atualmente (Kraemer et al. 2001; Caspi et al. 2002; Conger et al. 2003), sobre a vulnerabilidade genética, reafirmando que a compreensão das razões do porquê algumas crianças repetem as características comportamentais e cognitivas dos pais e que isto poderia ajudar a desvendar o mecanismo destas diferenças que nomeiam como

A probabilística noção que em qualquer população haverá uma série de variáveis, boas e ruins. Em um estudo longitudinal de risco é possível identificar fatores que predisõem, modificam ou moderam a probabilidade de que o desenvolvimento de trajetórias específicas conduza a um resultado particular. O foco deste estudo longitudinal estará no risco da população, na qual a probabilidade de resultado negativo específico é elevada sobre a população (p. 336).

É sempre ideal segundo Serbin & Karp (2004), fazer uma análise dos eventos que compõem o passado familiar da criança que podem indicar uma causa direta ou simplesmente dar uma pista preditiva sobre o comportamento agressivo, um fator levantado por eles como exemplo do possível impacto sobre o comportamento do adolescente, e que na literatura quase nunca é citado, é o fato de os pais serem fumantes.

Na pesquisa da Universidade Concórdia (EUA), a saúde mais frágil de crianças, que traziam um histórico de descendência com fatores de risco relacionados ao uso de drogas e álcool por seus pais e/ou avós foi comprovada quando comparada com outro estudo de padrão de agressividade em garotos, relacionados à descendência sem aqueles fatores de risco (Fagot et al. 1998). No complexo das interferências no desenvolvimento da saúde física e emocional da criança o cortisol

encontrado na saliva, poderia ser considerado um indicador de que no seu histórico poderia haver mães com comportamento agressivo. Essa predisposição do sistema neuroendócrino da criança em reagir ao aumento do cortisol pode, em algumas situações em que as variáveis relacionadas ao meio ambiente, a saúde da criança e o comportamento agressivo dos pais estiverem ao mesmo tempo presentes, tornar-se um fator a ser considerado como indicativo de predisposição ao comportamento agressivo na adolescência e no adulto (Gunnar, 1998; Granger et al, 1998).

Ao salientar o fator genético fortemente presente nas variáveis que compõem o comportamento humano, Wallace (1985), faz algumas perguntas que interessam para a análise sobre a variação da qualidade da agressividade, como forma de cumprir parte dos objetivos propostos para esta dissertação:

Obviamente, mulheres são tão bravas quanto homens. Mas se isto é do conhecimento comum, como pode ter surgido o mito do macho agressivo? Por que em geral não temos consciência de que existem mulheres agressivas, que talvez não lutem, mas que adotam a filosofia do agressivo? (p. 78).

Esta colocação de Wallace (1985) é interessante para pensarmos na emoção como remanescente do instinto primitivo de defesa do ser humano, portanto presente no macho e na fêmea. Este resgate pode tornar-se útil, num momento em que o índice de agressividade das meninas está se igualando e até superando o dos meninos.

Wallace (1985), pergunta se as mulheres aprenderam a comportar-se diferentemente ou, são inerentemente diferentes, uma pergunta que marcou a década de 1970, e que vem se transformando na questão: importante é

saber em que medida nosso comportamento é controlado por fatores fisiológicos que independem de experiência (p. 121). Poderia residir aí, no confronto da emoção primitiva da agressividade defensiva, um dos fatores que ajudem na discriminação das causas do comportamento agressivo.

O fato segundo Wallace (1985), de os centros sexual e agressivo ficarem numa localidade bem próximas no cérebro ajuda a definir o que é natural ou normal já que um possível dano naquela localidade do cérebro tornaria um comportamento agressivo natural ou normal. Para ele, existe latente em todo sujeito um centro da raiva que se, por ventura for estimulado em níveis inadequados, ou por uma lesão cerebral causada por tumores, acidentes, danos sofridos durante a gravidez ou no parto, redução de níveis de açúcar no sangue, uso de drogas, privação de oxigênio ou qualquer de numerosos outros fatores, poderia mudar radicalmente a qualidade da agressividade na expressão e/ou no comportamento da criança.

Alguns destes fatores que hoje são considerados relevantes, como a transferência de riscos de que nos falam Serbin & Karp (2004), por exemplo; coloca a agressividade infantil no campo da reflexão sobre a discriminação adequada dos muitos fatores que poderiam, como diz Wallace (1985), revelar o demônio que existe em todos nós. Só podemos esperar que ele não seja solto, um alerta que poderia ajudar a definir um *approach* pontual e preventivo.

No seu livro, Wallace (1985), cita que a ocorrência do comportamento agressivo é mais provável quando os danos ocorrem na região primitiva do cérebro (tronco cerebral e hipotálamo) e que as estruturas mais novas do cérebro (sistema límbico, córtex ou neocórtex), têm importância apenas no

modo de expressão dos impulsos agressivos, não tendo a capacidade de modificar o nível de comportamento agressivo derivadas do primeiro. Daí, a intuição da sociedade em direcionar esses impulsos agressivos para bem estar dela própria, como os jogos esportivos, por exemplo.

Na realidade, sob a perspectiva da evolução humana a paleoantropologia, segundo Lewin (1999), colocava os episódios evolutivos do homem e, conseqüentemente, da expansão do cérebro como se cada evento fosse, de alguma forma, a preparação para o seguinte. Não seria então, o caso de repensar as exceções de toda natureza quando tratamos os impulsos agressivos do ponto de vista da aprendizagem que está localizada na cadeia evolutiva do cérebro na sua segunda e terceira unidade?

O significado das evidências genéticas e da variabilidade das condições do cérebro, tanto da unidade primitiva como da intermediária e superior, resgatado nos trabalhos analisados para a fundamentação desta dissertação, é o de chamar a atenção para o fato de que a expressão agressiva tem a mesma raiz, mas uma causa multifatorial e que o sucesso de um prognóstico mais favorável sobre a evolução da agressividade infantil deveria partilhar de teses multidisciplinares que incluíssem, genética, psicobiologia e neurobiologia entre outras.

Lewin (1999), trazendo informações sobre a evolução do cérebro, da inteligência e da consciência, revela por um outro viés, que não o da psicanálise, sobre a importância das experiências da infância na formação e qualidade do cérebro do sujeito a começar pela relação de peso, 2% do total do corpo, consumindo 18% da energia que este dispõe.

As condições presentes na gestação, segundo Lewin (1999), respondem pela qualidade e tamanho do cérebro onde, um desequilíbrio entre as duas condições compromete evidentemente a performance comportamental da criança.

Raine (2002), argumenta em sua revisão sobre os aspectos biossociais do comportamento violento e anti-social da criança e do adulto, que o conhecimento sobre os fatores de risco ainda está pouco definido, quanto à abrangência das variáveis envolvidas. As evidências mais claras têm acontecido segundo ela, em estudos com gêmeos, em estudos sobre adoções e genética molecular. Os achados mostram que a interação entre a predisposição genética e meio ambiente são fortes preditivos do comportamento agressivo infantil e da personalidade anti-social do adulto.

Um ponto importante que Raine (2002) levanta em seu trabalho e que nos interessa ressaltar é que as causas sociais de crimes camuflam as contribuições biológicas. Inversamente, no caso da criança anti-social proveniente de lares socialmente bem posicionados o barulho criado pelas influências sociais no comportamento anti-social é minimizado, ressaltando-se a relação biológica deste comportamento.

No trabalho de Raine (2002), apareceram questões que remetem à necessidade de se estabelecer uma discriminação da expressão da emoção da agressividade, independente do *background* social da criança, segundo ela uma conceituação nova se posiciona: A interação entre o fator psicofisiológico e o fator social resulta no comportamento anti-social? (p. 315).

Outro dado interessante levantado por Raine (1997, 2001 e 2002), como fator de risco para o comportamento agressivo, são as complicações do parto. Dentre as justificativas para a expressão da emoção de agressividade na infância está o fato segundo ela, dos déficits neurológicos apresentados no nascimento deveria levar acontecerem com mais frequência devido à anoxia (falta de oxigênio), retirada a fórceps e eclampsia.

No entanto Raine (2002), frisa que as complicações do nascimento não predispõem ao comportamento agressivo em si, mas são dados circunstanciais negativos, que podem danificar importantes áreas do cérebro como, pré-frontal e outras áreas, incluindo o hipocampo. Moffit et col. (2001), encontraram dados que reforçavam a maior predisposição (4 vezes mais) nos garotos que além dos dados de agressão pela família traziam um histórico de déficit neuropsicológico.

Esta questão da predisposição maior em meninos referida por Moffit & Carpi (2001), nas revisões de pesquisas focadas na agressividade que fazem uma correlação com a maior facilidade de rejeição deles por seus colegas, nos remete à reflexão que faz Pope (1991) sobre a percepção que colegas e professores têm sobre a qualidade da agressividade, citando algumas pesquisas sobre a diferenciação da percepção pelos professores entre a agressividade e hiperatividade, mostrando resultados insatisfatórios.

Vários fatores contribuem para ressaltar um construto que caracteriza diferenças das expressões agressivas de um grupo ou outro Fowles et al. (2000), por exemplo, trazem uma teoria neuropsicológica, sobre o sistema de inibição do comportamento que é um sistema onde a ansiedade funciona

para inibir o comportamento que de outra forma ocorreria em resposta à deixa ou estímulo condicionado para respostas punitivas (p. 779).

Segundo Fowles et al. (2000), uma hiper-reatividade eletrodérmica (que seria um aumento da sensibilidade do sistema de percepção pela pele e envio de sinais aos centros decodificadores dos estímulos nervosos que antecipam eventos aversivos) trabalha na dinâmica da resposta agressiva em crianças de pré-escola.

Outros fatores citados por Hinshaw (1992), como a co-ocorrência da agressividade, TDAH e Deficiência Mental Leve no baixo rendimento escolar, remete os problemas de comportamento e aprendizado aos primeiros anos da vida escolar e tem significativa relação com o fracasso escolar e agressividade comportamental da criança e do jovem.

Na revisão de Bor (2004), sobre prevenção e tratamento de crianças e adolescentes com comportamento agressivo, ele enfatiza a necessidade do *approach* multidisciplinar na prevenção e tratamento da criança e do jovem com distúrbios e problemas de saúde mental. Ele diz, que existem duas razões para o envolvimento destes programas preventivos em clientes [crianças] manifestando TDAH, comportamento de oposição e distúrbio de comportamento como os descritos no DSM-IV, apresentam o risco de se tornarem adolescentes e adultos com comportamento anti-social.

Com a mesma idéia de prevenção e a intenção de municiar os pesquisadores do comportamento agressivo e automutilação, 18 Universidades Americanas reuniram-se em Kansas City, em 1999, envolvendo 13 diferentes disciplinas, discutindo os aspectos ambientais, epidemiológicos, comportamentais, estratégias farmacológicas, substratos

neuroquímicos nas síndromes que envolvem uma relação gene-cérebro-comportamento.

Schroeder et al. (2001), publicaram um resumo destas pesquisas onde destacam pontos importantes que se relacionam com os objetivos propostos para esta dissertação sobre a questão de variação da agressividade na infância.

- Algumas síndromes como: Prader-Willi, Autismo, Lesch-Nyham, Fraxa, podem apresentar comportamento agressivo e/ou automutilação como co-ocorrência comportamental.
- A prevalência do comportamento agressivo e de automutilação, considerando todas as idades e nível de retardo é de 8% na Califórnia e 7,9% em Nova York.
- A versão do Inventário dos Problemas do Comportamento é um instrumento que, após muitas revisões, tem itens que especificam 14 tipos de comportamento agressivo/automutilação, 24 itens de estereotipias e 11 itens para comportamento agressivo/destrutivo.
- A interação entre o meio ambiente e as bases biológicas tem sido sub investigada sob o enfoque multidisciplinar com a finalidade de sistematizar estratégias de compreensão e tratamento destes aspectos da agressividade.
- A dinâmica envolvida no comportamento agressivo/automutilação envolve na sua expressão alterações na circuitaria que envolve múltiplas regiões do cérebro e múltiplos sistemas neurotransmissores.



A reafirmação da necessidade do olhar multidisciplinar que o pesquisador do comportamento agressivo deveria ter surgiu das dificuldades que são apontadas neste mesmo documento.

Denckla (2002) é solidária com este pensamento quando diz que a preocupação comum de todas as revisões no assunto de fenótipos comportamental/cognitivo das deficiências genéticas que são especificidades de um fenótipo (p.81), lembrando isto como um alerta porque assumimos que o cérebro é órgão envolvido na cognição/comportamento; mas metade do genoma humano é envolvido na construção do cérebro e aproximadamente 30.000 genes são devotados exclusivamente às suas especificações (p. 8).

Fica a incerteza, de que se pode dizer que os achados de uma amostra deveriam ser atribuídos a um tal gene ou cromossomo, o que leva o pesquisador a responder a este dilema com recursos de muitas disciplinas.

### **3.MÉTODO E PROCEDIMENTOS**

Tendo em vista o caráter qualitativo desta dissertação, a coleta de dados baseados na sistematização de pesquisa bibliográfica e artigos selecionados no MEDLINE, ERIC e CAPES, foram separados por afinidade em perspectivas diversas. Incluímos orientações que pudessem dar uma direção concreta para a replicação desta pesquisa, que pela amplitude da abordagem não cabe exatamente em um único instrumento de medida, mas que desdobradas podem perfeitamente preencher todos os elementos de uma Revisão Sistemática. Exemplo das dificuldades apontadas, é que algumas das perspectivas pelas quais optamos, para apresentar os resultados, com a finalidade de dar maior visibilidade para as hipóteses, evidências e contribuições dos pesquisadores selecionados, se encaixam nas questões clínicas das quais, segundo Fletcher & Fletcher (2006), fazem parte alguns tópicos como, anormalidade; diagnóstico; risco; prognóstico; tratamento e prevenção; pertencem ao acaso; gestão do conhecimento e Revisões Sistemáticas; enfim tudo a ver com o universo percebido nas pesquisas que fundamentam esta dissertação.

Os elementos sobre a Revisão Sistemática que Fletcher & Fletcher (2006) apontam como essenciais deste método e que pudemos seguir em nossa proposta, foram os seguintes:

1. Seleção de estudos de padrão de qualidade científica elevada.
2. Evidenciar as limitações.
3. Descrever a qualidade científica dos estudos.

4. Questionar se a qualidade está sistematicamente relacionada aos resultados do estudo.
5. Decidir se os estudos são suficientemente semelhantes para justificar uma combinação.

Nas considerações de Coutinho (2006), sobre Revisão Sistemática, ele ressalta que a identificação e explicação de inconsistências entre os resultados dos diversos estudos acabariam como parte integrante do corpo dos resultados, e que este fator ofereceria uma visão mais realística sobre a questão porque diluiria os vieses de publicação.

Flecher & Flecher (2006) dizem que os resultados dos estudos devem discordar entre si ou, ao menos, deixar a questão em aberto; se todos os estudos forem concordantes, não há nada para ser resolvido na revisão sistemática.

Esta questão é ressaltada por Coutinho (2006), pois devido às várias faces que compõem as pesquisas sobre a agressividade, sempre carregadas do viés de observação concernente à área de estudo pela qual foi conduzida a pesquisa, isto poderia oferecer um panorama caótico sem esta discriminação dos resultados colhidos, também lembramos Cozby (2003) que ao tratar do assunto diz que qualquer pessoa acharia difícil integrar os resultados de tantos estudos com diferentes delineamentos experimentais, tipos de sujeitos e medidas (p.326).

Cooper & Rosenthal (1980), partilham da mesma opinião a respeito do método dizendo que ele seria um instrumento ideal para diluir as interpretações subjetivas, já que os achados estão distribuídos em um

universo maior de observadores e de áreas sobre o comportamento da variável em questão, no caso deste trabalho a agressividade.

Ainda situando as dificuldades da questão metodológica com relação à tradução, o mais fidedignamente possível dos achados da literatura encontrada, Turato (2003) nos socorre com palavras que significaram a liberdade que adotamos no trato dos dados, pautando mais pela explicação, do pela explicitação fria de gráficos. Com relação ao tratamento e apresentação dos dados obtidos na pesquisa clínico-qualitativa ele diz

Se a pergunta for quantas técnicas de tratamento/análise de dados podemos ter em se considerando os métodos qualitativos de Pesquisa?, a resposta mais precisa, que também serve para a questão dos métodos investigativos quantitativos, é que poderão existir tantas quantas forem criadas pelos pesquisadores na busca de lapidar os dados para garantir a passagem para a fase de uma profícua discussão. Aliás, a quantidade de técnicas de análise não está (e nem deve estar) fechada para qualquer método de pesquisa, seja qualitativo ou quantitativo, pois, mais do que os simples metodologistas, são os filósofos da ciência que demonstram que estas entidades denominadas “método” e “técnica” de pesquisa aparecem ( e desaparecem) mais ao sabor das necessidades (pessoais e comunitárias) do cientista do que por supostas forças internas ao campo científico (p.438).

Seguindo uma postura sugerida por Fletcher & Fletcher (2006), o pressuposto da qualidade e força, e sugestão de montagem dos dados levamos para a Tabela I o seguinte conteúdo:

- Para a seleção da literatura nas fontes prevista na proposta de pesquisa – MEDLINE, ERIC E CAPES – alguns termos ou *keywords* arranjados de forma que nas três fontes conseguíssemos um número de trabalhos que fossem ao mesmo tempo abrangentes, de qualidade e viável pelo tempo disponível.
- Esses aspectos foram preenchidos pela opção por artigos de revisão.
- A decisão de consenso para a inclusão dos argumentos dos pesquisadores nas respectivas perspectivas foram: cumprimento das metas traçadas no objetivo; confronto com hipóteses e evidências apontadas nos trabalhos com experiência de trabalho de campo; pareamento qualitativo com orientações de Turato (2003).
- Antes da decisão final para a inclusão dos artigos, confrontamos nas três fontes de busca palavras relevantes ao tema, obtendo através da leitura rápida de resumos informações que ajudaram a escolher as palavras chaves finais (ver Tabela I).

O modelo para a formatação desta dissertação segue aquele ditado pelas normas da APA (2001).

TABELA I – LEVANTAMENTO DE DADOS

FONTES	Palavras Chaves	Nº. Revisões 1ª. Busca	Nº. Revisões 2ª. Busca	Nº. Revisões Selecionadas	Revisões Descartadas
MEDLINE	Child Behavior Aggression 6-12 years Male-Female English Review All fields Humans 10 Years Full Text 1996/2006	661	79  Acréscimo: Review Full Text	15	64  Porque: 14 não disponíveis 50 não relevantes
ERIC	Child Aggression behavior 6-12 Years Male Female 10 years Journal Articles 1996/2006	40.354	273  Acréscimo: Full-Free Text Available Neuroendocrine- Stress Neurocognitive- deficit	23	250 não relevantes
CAPES	Criança Comportamento Agressivo 1996-2006 Mestrado Doutorado	23 teses Doutorados 3 Mestrados 20	Não Houve	3	20 não relevantes

Esta tabela contém os dados referentes à pesquisa empreendida nas três fontes: MEDLINE, ERIC e CAPES. Nas palavras chave da pesquisa no MEDLINE, não foi necessária a inclusão dos termos *neuroendocrine stress* e

*neurocognitive deficit* porque, tratando-se de database de área clínica os artigos apresentados na primeira busca já foram potencialmente relevantes e afinados aos objetivos propostos para a análise.

Os artigos descartados na 2ª busca não cumpriram os critérios pela referência que faziam a: modelos conflitantes com a proposta; modelo animal e industrial; culturas e etnias específicas.

A terceira seleção obedeceu aos critérios de variedade nas proposições metodológicas e temáticas.

Nas palavras chaves da pesquisa no ERIC, foi necessário a inclusão dos termos *neuroendocrine stress* e *neurocognitive deficit* para manter uma afinidade com os artigos selecionados na pesquisa do MEDLINE. A segunda seleção incluiu o pedido de textos disponíveis completos gratuitos, pela agilização de acesso a eles. Da leitura dos 275 resumos, foram selecionados 23. O descarte de artigos ocorreu em razão de sua referência à agressividade recair no binômio aluno/professor, ou fazer referência direta à violência.

Para a apresentação das hipóteses, evidências e considerações levantadas na literatura selecionada decidiu-se pela divisão da apresentação em perspectivas diversas, movidos pela advertência de Fletcher & Fletcher (2006), de permitir que as evidências e hipóteses apareçam com maior clareza e o leitor possa verificar os resultados por si próprio, além da estratégia funcionar como proteção contra as limitações de publicação.

As buscas na CAPES revelaram 20 dissertações de mestrado e 3 teses de doutorado. Após leitura dos resumos, 3 teses foram selecionadas para a análise do conteúdo.

Para a descrição dos resultados e discussão levamos em consideração a abordagem sugerida por Turato (2003), sobre as etapas de tratamento ideal na elaboração dos resultados: descrição do achado; ilustração com exemplos; elaboração de questões a partir das hipóteses, evidência e colaborações sugeridas pelos textos; sugestões para pesquisa futuras no sentido de ampliação de dados que ajudem na compreensão do tema.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como foi proposto nos objetivos analisar a variação da agressividade em crianças de 6 a 12 anos, listamos as perspectivas mais evidentes nos trabalhos científicos selecionados em que referentes aos fatores implicados na variação da qualidade da agressividade. Na descrição destes fatores nem sempre foram discriminadas as faixas etárias, e muitas vezes a abordagem se referia às conseqüências até a vida adulta. Apesar da particularidade de cada trabalho, a visão geral de cada perspectiva pode eventualmente fornecer um panorama da diversidade de fatores, e sintomaticamente revelar aspectos pelos quais a qualidade do comportamento agressivo pode revelar as condições da estrutura neurológica, correspondente ao período de desenvolvimento psicobiológico em que está colocada a criança. As perspectivas são numeradas de 1 a 7, e os resultados reunidos por afinidade em uma ou outra área de atuação dos cientistas que assinam os trabalhos. Este formato foi escolhido com o intuito de dar maior visibilidade às hipóteses, evidências e considerações a respeito da relação da agressividade com o estresse neuroendócrino e/ou déficit neurocognitivo, relacionados pelas pesquisas selecionadas. Uma mesma pesquisa pode revelar mais de um aspecto relacionado à agressividade, devido à abrangência da amostra ou da intenção do pesquisador em avaliar seus vários aspectos, por esta razão um mesmo autor pode constar em mais de uma perspectiva que são:

1. Perspectiva Neurobiológica
2. Perspectiva Genética

3. Perspectiva sociológica
4. Perspectiva da Psicologia
5. Perspectiva da Clínica Geral
6. Perspectiva Familiar
7. Perspectiva da Educação

A discussão dos resultados foi realizada em seguida aos artigos selecionados, com o apoio de livros textos ou artigos pertinentes à cada perspectiva pelas quais a análise e a discriminação da qualidade da agressividade é apresentada.

No final da discussão de cada perspectiva é apresentada uma tabela com o resumo das evidências, hipóteses e considerações, a qual julgamos interessante ressaltar e outra, com os fatores de riscos mais referidos nos trabalhos.

Com relação às tabelas sobre *Resumo das evidências, hipóteses, considerações e Fatores de riscos*, acrescentadas ao final da apresentação dos resultados de cada perspectiva (numeradas de 1 a 7), optamos por apresentar um texto genérico para evitar a repetição das descrições que são as mesmas para todas as tabelas numeradas de II a XIV.

O conteúdo das tabelas de II a XIV contém o resumo das hipóteses evidências e considerações que foram apresentados em todas as perspectivas, referido-se às particularidades observadas pelos pesquisadores sobre os achados de suas pesquisas. Não se trata, portanto, do resumo da pesquisa como um todo. O interesse na apresentação destes resumos para esta dissertação está em apontar a variedade de causa-ação, em que o comportamento agressivo da criança aparece como co-ocorrente

nos diversos eventos clínicos e não clínicos observados pelos pesquisadores. Encontramos as mesmas observações em trabalhos diversos mas como nosso interesse é apontar a variação de qualidade das ocorrências e não a quantidade optamos por fazer referência a um único autor mais recente para não sobrecarregar as referências finais.

As tabelas sobre alguns dos fatores de risco, citados nas pesquisa em todas as perspectivas referem-se àqueles achados pelos pesquisadores no contexto dos resultados empreendidos com determinados números de sujeitos em suas pesquisas. O interesse na citação nos dados desta dissertação está em fornecer algumas sugestões para reflexão em novas pesquisas - para a família, clínicos e professores - no sentido de despertar a atenção para outros fatores envolvidos no comportamento agressivo da criança, que no caso dos fatores de risco revelam-se como uma das possibilidades de prevenção.

## **4.1.PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA**

A perspectiva neurobiológica ressalta o aspecto funcional do cérebro, as conseqüências de uma alteração química qualquer e o impacto no organismo da criança a partir desta dinâmica.

A neurobiologia do vínculo social referida por Beech & Mitchell (2004), está segundo eles, ligada aos mecanismos neurais que emergem na infância, continuando a modular o comportamento pela vida toda, de modo que o comportamento associado ao vínculo aparece codificado no centro do cérebro, controlado principalmente por elementos do sistema límbico.

Adolphs (2002) e Harris (2003), aludem em seu trabalho ao sistema límbico, região do cérebro e região da amígdala, como grande receptora de citosina que na neurobiologia com modelos animais estaria ligado à memória social e nos humanos induz a criança ao vínculo com a mãe, e a mãe aos cuidados maternos. O autor refere-se ainda a outros fatores químicos que induzem ao comportamento agressivo, como a vasopressina e dopamina no modelo animal e que tem uma similaridade com os efeitos causados no cérebro da criança com experiências adversas do nascimento à infância.

Há consenso entre pesquisadores (Heim et al. 2000; Dalley et al., 2002; Muchimapura et al. 2003), de que o constante estresse e experiências traumáticas podem causar um dano neural, induzido pela resposta anormal do nível basal dos corticosteróides pela redução da serotonina com conseqüências na alteração do comportamento da criança, inclusive com advento da hiperatividade que difere da hiperatividade presente nas crianças com TDAH.

Beech & Michell (2004), quando descrevem os efeitos adversos na química e função do cérebro da criança analisam a etiologia da agressividade, dizendo que na infância acontece o primeiro estágio do processo que poderia levar o adulto a ser um agressor sexual. Do ponto de vista neurobiológico, sua explicação é que as dificuldades causadas pela experiência de falta do vínculo emocional na infância associados ao abuso sexual podem causar um problema neurológico resultante do descontrole da serotonina que modifica a química do cérebro e que pode ser comprovada com o tratamento da agressividade no adulto com drogas inibidoras de serotonina.

Voorhees & Scarpa (2004), examinam em sua revisão, as evidências de que na criança maltratada, por estar exposta a fatores estressores, sofrem um mau funcionamento do sistema hipotalâmico-pituitário-adrenal que está envolvido no controle do nível do cortisol o que poderia induzir ao seu comportamento agressivo.

Beech & Mitchell (2004) citam vários autores em sua revisão, em cujos modelos de pesquisa predominam a perspectiva biológica, e resumem que todos os tipos de vínculos emocionais, desde o nascimento possuem uma importância crucial na infância, quando emerge o mecanismo neural que modula o comportamento afiliativo, o qual terá uma continuidade até a vida adulta e que as bases biológicas que regulam este mecanismo têm uma grande importância nos mecanismos que regulam a expressão comportamental vincular.

DelBello & Grcervich (2004), advertem em sua pesquisa que a esquizofrenia apesar de não ter uma alta prevalência em crianças antes dos

15 anos (1 em 10.000), tem sido diagnosticada a partir de 3 anos e entre suas manifestações clínicas estão a agressividade e alta irritabilidade. A etiologia da esquizofrenia não é clara, mas segundo os autores, fatores neurobiológicos estão envolvidos na maioria das alterações responsáveis por sua ocorrência, e algumas pesquisas indicam também uma relação com fatores genéticos. Este é um alerta para que a qualidade da agressividade na infância seja investigada e também considerada como uma manifestação clínica desta natureza.

DeBello et al. (2004) relacionam ainda outros fatores que contribuem de alguma forma para desencadear o comportamento agressivo na infância entre os quais, complicações no parto, exposição aos efeitos do álcool e cigarro durante a gravidez e nutrição, que apesar de raramente estudados em relação à agressividade podem estar envolvidos no processo e predisposição da expressão do comportamento agressivo na criança, consequência dos químicos na alimentação, hipoglicemia e colesterol.

Teicher (2002) faz referências à complexidade da dinâmica da agressividade, sintomaticamente referida nos artigos selecionados sob a perspectiva neurobiológica:

O resultado do abuso de crianças parece ser causado pela super-excitação do sistema límbico, a região central que regula a memória e emoção. Duas regiões relativamente pequenas – o hipocampo e a amígdala – são considerados importantes peças na geração daquele tipo de disfunção interpessoal. O hipocampo é importante na determinação do *input* de informações que será estocado na memória de longa duração. A tarefa principal da amígdala é filtrar e interpretar o *input* da

informação sensorial no contexto de sobrevivência e necessidades emocionais e então ajudar a iniciar respostas apropriadas (p. 57).

Wallace (1938/1985) diz que

abaixo da grande massa cinzenta, a parte mais nova do cérebro, estão os elementos velhos, estruturas fibrosas não anunciadas, que alteram nosso comportamento de maneiras específicas e fazem com que cresçam dentro de nós impulsos que não podem ser vencidos, nem mesmo pelo esforço mais concentrado do famoso córtex cerebral (p. 71).

As duas ilustrações de Teicher (2002) e de Wallace (1938/1985), vão ao encontro às opiniões de pesquisadores da literatura consultada (DeBello et al. 2004; Voothers & Scarpa, 2004; Beech & Mitchell, 2005 e outros), de que há uma potencial vulnerabilidade neurobiológica para o comportamento agressivo na infância, quando o sistema límbico está alterado, e que pode ainda expor outras particularidades de respostas como: agressividade, impulsividade, hiperatividade, ansiedade, depressão e abuso de drogas em idade precoce.

TABELA II – RESUMO DE HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS, CONSIDERAÇÕES

Raine (1997)	Percepção neural reduzida através da pele, em crianças de 3 a 11 anos foram relacionadas em pesquisa com o comportamento agressivo e mais presente na classe social mais favorecida.
Loeber & Loeber (1998)	Enzima Monoamina Oxidase (MAOA) – Metaboliza vários neurotransmissores associados ao temperamento explosivo e agressividade.
Loeber & Loeber (1998)	Serotonina – Sua função é controlar o comportamento e baixos níveis aumenta a agressividade.
Loeber & Loeber (1998)	Cortisol –Mudanças de nível do cortisol na saliva aumenta agressividade.
Loeber & Loeber (1998)	Dopamina – Envolvida na dinâmica de algumas das psicopatias e impulsividade.
Beech & Mitchell; 2004	Corticosteróide – Hipersecreção induz à hiperatividade e agressividade, em razão de danos neurais causados pela ação neurotóxica.
Laakso et al. (2001)	Anoxia (falta de oxigênio), pode contribuir para danos cerebrais, principalmente com impacto no hipocampo que é relatado em pesquisas como possível desencadeador de agressividade quando apresenta anormalidades.
Raine (2002)	Baixos índices de batimentos cardíacos, é um dos processos psicofisiológicos mais relacionados ao comportamento agressivo, tanto em crianças como em adultos.



TABELA III – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Harris (2003)	Hiperplasia adrenal congênita.
Hill(2000)	Comprometimentos neurológicos/agressividade.
Beech & Michell (2005)	Envolvimento neurobiológico dos neurotransmissores
Turgay (2005)	TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)

Como discussão sob a Perspectiva Neurobiológica, colocamos os fatores neuroendócrinos que foram mencionados nos resultados como os mais significativos na relação sobre a variação da qualidade da agressividade na infância. Como importantes fatores envolvidos na dinâmica da causa/ação do comportamento agressivo na criança, os achados têm o sentido de auxiliar na elaboração de outras hipóteses, para que o significado da expressão agressiva na infância seja tomado com mais consciência, de que pode haver problemas no desenvolvimento da estrutura neural do cérebro da criança. A fase crítica de demanda de sua capacidade cognitiva, coloca a faixa etária dos 6 aos 12 anos em contato com outros fatores de risco, ao mesmo tempo que, mais desprotegida é sujeita a um estresse maior. A questão para nós é representada pelo meio ambiente, que desempenha o papel de trazer à tona a problemática, não só de um possível transtorno, mas o de provocar seu agravamento pela cobrança de resposta cognitiva aquém da sua capacidade em crianças mais vulneráveis.

## **4.2.PERSPECTIVA GENÉTICA**

Uma complicação é que os estudos dos problemas comportamentais de crianças têm produzido resultados diferentes dependendo de quem o descreve e do problema de comportamento a ser considerado. Com estas palavras Loeber & Loeber (1988), revelam a complexidade de se estabelecer parâmetros de análise coerentes e pontuais, para a influência genética da agressividade na infância, mas eles mesmos citam cientistas que reforçam em seus trabalhos as evidências da genética daqueles comportamentos com ressalvas sobre outras variáveis intervenientes: Quay (1993); Rutter (1998), Raine (1997, 2001, 2002). O sumário que apresentam sobre a análise de tais trabalhos, mostra que a influência genética é um fator de risco a ser considerado na variação da qualidade da agressividade e problemas comportamentais na infância, que podem ser avaliados quando estudos observam o comportamento de gerações de adotados e gêmeos.

Os estudos em agressividade infantil sob a perspectiva genética, segundo Loeber & Loeber (1998), têm a agravante de que são dependentes de informantes sobre os problemas de comportamento e, para que os resultados sejam considerados consistentes, eles acham que deve haver maior especificação do tipo de problemas relativos ao comportamento e a distinção dos atos relacionados a ele.

Pesquisas com crianças com distúrbio de conduta e comportamento agressivo baseadas na vulnerabilidade biológica segundo Hill (2002), foram conclusivas com amostras de gêmeos e adotados, no entanto estima-se que há uma correlação entre gene-meio ambiente no desenvolvimento das

características comportamentais e cognitivas da criança e, que algumas variáveis, tais como o desenvolvimento e a manutenção dos problemas de conduta, não foram avaliados.

Beech & Mitchell (2004), quando ressaltam a complexidade dos mecanismos envolvidos na codificação de informações que viabilizam o correto funcionamento do sistema vincular da criança funcione corretamente no nível das áreas cerebrais envolvidas, chamam a atenção para o desenvolvimento neural e das funções sociais que podem ficar comprometidas quando as questões de vínculo ficam mal resolvidas na infância. Eles dizem, que as pesquisas mostram evidências de que experiências altamente traumáticas na infância resultam em hipersecreção de corticosteróides, a qual é acompanhada de hiperatividade autonômica, incluindo danos neurais e ações neurotóxicas.

Loeber & Hay (1997) referem-se a estudos longitudinais com gêmeos avaliados com dados fornecidos pelos pais como, irritabilidade, expressão de emoções negativas, raiva e agressividade que indicam significativa influência genética, mas adverte que fatores sociais estarão sempre envolvidos.

As mudanças no campo da genética são rápidas e alguns conceitos estão sendo reavaliados.

Rose (2006), relata algumas mudanças de paradigma, dando como exemplo, o potencial das células tronco com sua capacidade de se diferenciar em neurônios quando necessário, podendo oferecer a promessa de reparar cérebros danificados por doenças ou ferimentos, um contraponto à simplificação anterior à que ele se refere como um neurônio/um-

neurotransmissor revelando que o DNA pode dar margem a esses potenciais, mas não cabe a ele determinar o destino final de qualquer célula recém-nascida.

Daí o cuidado dos pesquisadores, os quais mesmo reafirmando que os achados indicam fatores de risco relacionados à genética, a maioria deles deixa em aberto a influência de outras variáveis. Exemplo disso é o desenvolvimento das funções que, segundo Rose (2006), ocorrem em paralelo com o desenvolvimento da estrutura cerebral durante os nove meses de gestação e que estas funções podem determinar a formatação desta estrutura, exemplificando com o modo pelo qual as sinapses retraem e morrem se não forem ativadas pelos sinais que percorrem os neurônios.

Na dissertação de Mestrado selecionada na fonte da CAPES, Barros (2004), faz uma revisão sobre as evidências de possíveis bases biológicas da agressividade, incluindo em seu estudo dados sobre neurotransmissão serotoninérgica, lesões no lobo frontal, fatores genéticos e hormonais. Suas referências aos achados genéticos estão ligadas ao Catecol-O-Methyltransferase (COMT) que alterado geneticamente interfere nos processos neurotransmissores de dopamina, epinefrina, noraepinefrina e serotonina.

Nas conclusões de sua pesquisa, Barros (2004), foca na agressividade na infância como uma possível resposta de anormalidades neurológicas pela deficiente dinâmica dos neurotransmissores e que é uma expressão da criança denunciando os reflexos psicológicos e físicos de maus tratos no período que antecede e durante a ocorrência da infância.

A revista *Science & Vie* (2005), traz uma interessante reflexão sobre as implicações da genética na hereditariedade e um dos pontos de convergência

com as revisões aqui analisadas está no alerta de que “diante de situações de anomalias deve-se atentar para as proteínas, e não somente para o gene, para se encontrar uma melhor explicação das origens das patologias” (p. 70). Isto sem considerar que outras variáveis interferem no processo embrionário, como diz Dawkins (2001):

O desenvolvimento embrionário pode ser visto como empreendimento cooperativo, realizado conjuntamente por milhares de genes... Na seleção natural, os genes sempre são selecionados por sua capacidade de prosperar no meio onde se encontram. Frequentemente concebemos esse meio como o mundo exterior, o mundo dos predadores e do clima. Mas, do ponto de vista de cada gene, talvez a parte mais importante do seu meio **seja todos os outros genes que ele encontrou** (p.250, grifo do autor).

TABELA IV – RESUMO DE: HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS , CONSIDERAÇÕES

Oldes (1997)	2000 constituintes químicos, principalmente monóxido de carbono e nicotina, são neurotóxicos que interferem nas funções neurocognitivas de filhos de fumantes.
Conger et al. (2002)	Fatores de risco transmitido de uma geração a outra são relacionados à desvantagem social: pobreza, doença física e emocional e comportamento anti-social.
Raine (2002)	Estudos apontam a influência dos genes na cognição e comportamentos sociais complexos como agressividade em algumas síndromes.
Raine (2002)	Uma correlação evocativa gene/meio ambiente evidencia uma predisposição genética que aumenta o risco para a agressividade infantil, observável em crianças adotadas que em situação favorável repete o comportamento dos pais naturais.

TABELA V – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Brennan et al. (1999)	Uso de tabaco e/ou drogas usadas pela mãe durante a gravidez.
Caspi et al. (2002)	Gene/meio ambiente
Serbin & Karp (2003)	Riscos psicossociais e transferência intergerações.
Jester et al. (2005)	O alcoolismo caracteriza um risco para o advento de comportamento agressivo em crianças dentro do contexto familiar.

Sob a Perspectiva da Genética, apesar das características, comportamentais e cognitivas da criança estarem relacionadas ao seu ambiente interno, é fato que a responsabilidade pertence a terceiros, tornando, portanto, inviável a cobrança de uma capacidade cognitiva plena quando não há esta capacidade presente na criança.

Considerando-se como foi apresentado nos resultados das pesquisas analisadas que a agressividade é uma reação a algum impulso ou estímulo e que estes vêm das mudanças do meio ambiente, torna-se valioso trabalhar com a reação da criança através da expressão do comportamento agressivo no sentido de localizar e eliminar pontos de disparo daquela emoção. Apesar dos pesquisadores alertarem para o fato de que a reação da criança acontece nos primeiros estágios de sua vida é na infância que o controle social passa a ser mais acirrado pela escola e pelos pais, nem sempre com a percepção de que algo não vai bem desde muito longe, remetendo-se mesmo à concepção daquela criança, é neste sentido que as informações sobre a complexidade biológica envolvida na dinâmica da agressividade

deveria fazer parte do arsenal de pais e educadores no ato do manejo da expressão do comportamento agressivo.

### **4.3. PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA**

Nesta perspectiva, a relevância das pesquisas está no fato da agressividade ser analisada de um ponto de vista de alta prioridade de saúde pública e prevenção de crime, apresentando os fatos em um contexto de interesse da sociedade em geral. No entanto, priorizamos aspectos citados na literatura consultada que evidenciam também o sofrimento social individual da criança, por considerar que eles podem funcionar como um avaliador sociométrico do ambiente freqüentado por ela e contribuir para que a qualidade da agressividade seja mais bem discriminada.

Taylor et al. (1999), citam que

as evidências científicas que ressaltam o valor de programas de treino das habilidades em reduzir problemas de conduta demonstram que o controle da raiva e comportamento agressivo da criança pode ser considerado a causa primária dos outros problemas de comportamento da criança (p. 170).

Ainda, segundo eles, sob a perspectiva da saúde pública é evidente que um sistema baseado no cuidado da criança reduz a prevalência do comportamento agressivo e/ou delinqüente da criança.

Na década de 1990, segundo as considerações de Ladd (1999), emergiram os primeiros achados de que a agressividade estava no centro da questão entre crianças, que por apresentar comportamento agressivo são rejeitadas por colegas. No final da década, as pesquisas focam a correlação entre afeição/fisiologia, mostrando que a criança que expressa um



comportamento agressivo ou emoção intensa estaria inclinada a externar seus problemas. Ele conclui, que atualmente os modelos e paradigmas que incluem no seu domínio a interdisciplinaridade tendem a predominar.

Loeber & Loeber (1988) discutem achados empíricos sobre a implicação de cinco concepções e controvérsias com relação ao desenvolvimento da agressão e comportamento agressivo:

- a) a concepção de que a alta estabilidade do coeficiente de agressividade ao longo do tempo da infância ao início da vida adulta é negligenciada;
- b) a concepção que toda forma séria de violência tem uma origem na agressividade durante os primeiros anos da infância;
- c) a controvérsia sobre se um único, ou múltiplos caminhos representam o desenvolvimento do comportamento anti-social, incluindo a violência;
- d) a controvérsia sobre se as causas da violência são similares às causas do objeto agredido;
- e) a assunção que o desenvolvimento da violência no sexo feminino é similar no sexo masculino.

Os mesmos autores levantam em sua revisão, questões importantes visitadas por cientistas que vêm pesquisando a agressividade nas últimas décadas, também pela perspectiva social como, Olweus (1979), Zoccolillo (1992), Tremblay (1996), Loeber (1997,1998), Moffit & Carpi (2001), Raine et al. (2001, 2002), entre outros, dizendo em sua discussão que os cientistas podem estar interessados nas relações entre as variáveis, mas para um resultado efetivo, segundo eles, é preciso integrar o comportamento passado

com o comportamento presente, tentando entender a presença dos fatores de risco que se aplicam a algumas crianças e jovens, mas não a outros.

Storch & Ledley (2005) apresentam em sua revisão um panorama do comportamento agressivo de uma população infantil cronicamente vitimizada pelo *bullying*, sugerindo que entre 20% e 30% de crianças e adolescentes seriam afetados por este fenômeno. Os autores referem em seu trabalho que há algumas evidências de que crianças agressivas de certo modo podem processar informações sociais de modo diferente (p. 30).

Deater-Deckard (2001) organizou sua revisão em torno de cinco temas, considerando que a questão do comportamento agressivo sofre influência de múltiplos fatores, incluindo o cognitivo-perceptual e o controle emocional. Segundo ele, dentre os processos envolvidos na sua citação, sob a perspectiva sociológica, estão as muitas faces da rejeição pelos colegas, citando 32 diferentes tipos de rejeição e 6 categorias, dentre elas, as diversas formas de comportamento e expressão agressiva da criança com relação a seus colegas. Ele diz que o conhecimento da qualidade da agressividade hostil na infância e o comportamento anti-social na adolescência podem fornecer informações preditivas importantes da causa-ação da agressividade infantil.

Loeber & Hay (1997), tratando dos fatores implicados no desenvolvimento da agressividade, desde a idade precoce até a adolescência, explicam que isto seria de grande valia para o conhecimento da violência, na adolescência e na idade adulta. Para eles, o componente emocional e cognitivo comprometido na criança, favorece o comportamento agressivo, acrescentando outros problemas mais específicos, relacionados à

integração social como, rejeição, reduzida auto-estima, vínculo social precário e problemas escolares.

Como foi ressaltado na apresentação desta perspectiva, o interesse maior está em colocar a questão da agressividade infantil no contexto da sociedade em geral, lembramos o peso que a criança com comportamento agressivo carrega, antes mesmo de ter a qualidade de sua agressividade diagnosticada, já que a agressividade está socialmente ligada à violência, pois é um dos seus componentes mais ressaltados. No interesse maior da sociedade, como diz Goldberg (2004), as variáveis são poderosas e são os grandes desafios de nossa época: família, escola, políticas públicas de saúde, meio ambiente deteriorado, generalizações de um contexto que envolve a criança e as conseqüências refletem no seu comportamento como expressão dela mesma como indivíduo.

Lorenz (1963/2001) diz que é difícil compreender e ainda mais difícil explicar, a agressão como o mecanismo de interação das pulsões dentro de um organismo: a primeira resposta que nos acode ao espírito é que a hierarquia social evita que os membros da sociedade se batam entre si (p. 61). Estas palavras lembram algumas limitações de pesquisas sobre o comportamento infantil, de que as informações coletadas geralmente são fornecidas pelos adultos envolvidos no manejo de crianças com a expressão de comportamento agressivo (Loeber & Loeber, 1998), de certa forma seguindo o modelo de hierarquia de controle ao qual a sociedade moldou a família.

Merleau-Ponty (2006), quando analisa os métodos da psicologia da criança, coloca em pauta o fato frente à concepção do adulto de atestar, interpretar e tratar a criança alertando que

para conhecer, é preciso certo afastamento, coisa que não podemos fazer por nós mesmos. Não se trata de logros do inconsciente, o fenômeno de mistificação decorre do fato de que toda consciência é consciência privilegiada de uma “figura” e tende a esquecer o “fundo” sem o qual ela não tem sentido algum. Esse fundo nós não conhecemos ainda que ele seja vivenciado por nós. Somos nós mesmos nosso próprio fundo. Para que o conhecimento progrida, para que haja conhecimento científico do “outro”, o que era fundo precisa tornar-se figura (p. 472).

Esta advertência de Merleau-Ponty (2006), poderia ser endereçada a todos que lidam com a criança agressiva, mas particularmente com a inserção na reflexão dos trabalhos referidos na Perspectiva da Clínica Geral e que nos inspiraram a resgatar aquelas palavras que tão bem cabem à diligência clínica e à diversidade da qualidade da agressividade.

Não encontramos, nas revisões selecionadas a apresentação pela descrição da própria criança, das etapas que possibilitam uma análise dos aspectos envolvidas na expressão da agressividade considerando-se a forma já avançada de atividade social para a faixa etária.

Sabe-se da complexidade do papel regulador da linguagem na fase de desenvolvimento da criança, principalmente até o final da infância e que as boas condições cerebrais é que são a garantia da compreensão e expressão das construções lógico-gramaticais-complexas como ensinou

Luria (2001), considerações que levam à consideração de dois fatores a serem ponderados com a ausência da criança nas pesquisas, como narradoras da causa de sua expressão de comportamento agressivo; um deles seria a percepção do déficit cognitivo instalado; outro, o fator social inibidor pela auto-percepção da própria incapacidade de se comunicar verbalmente.

TABELA VII – RESUMO DE: HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS E CONSIDERAÇÕES

Keenan & Shaw (1997)	A agressividade em garotos na pré-escola é comum.
Loeber & Hay (1997)	Rejeição pelos companheiros a partir dos 6 anos de idade é uma forte candidata a provocar comportamentos agressivos.
Loeber & Hay (1997)	Crianças de sexo feminino podem regular melhor seu estado emocional, os meninos já dependem mais do <i>input</i> de suas mães.
Loeber & Hay (1997)	Diferenças de gênero no nível de agressividade começam a ficar marcadas entre 3 e 6 anos de idade, quando entram para a escola os meninos mostram mais propensão à expressão física da agressividade.
Deater- Deckard (2001)	A rejeição pelos companheiros tem alta relação com a agressividade infantil.
Lyznicki et al. (2004)	O padrão de agressividade presente no <i>bullying</i> varia conforme o gênero: meninos tendem a ser diretos e meninas indiretas.
Lyznicki at al. (2004)	A natureza e extensão dos problemas causados pela agressividade presente no <i>bullying</i> dependem de fatores relacionados com a: idade; tamanho; poder da criança no grupo, vulnerabilidade física e psicológica da vítima.

TABELA VII – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Marshall & Marshall (2000)	Experiências traumáticas e Abuso sexual.
Lyons-Ruth & Jacobvitz (2003)	Vínculos familiares e sociais desorganizados e ligações violentas.
Campbell et al. (2000)	Problemas de comportamento em idade precoce.
Ladd (1999)	Déficit na relação social no início da infância.

Na abordagem da Perspectiva Sociológica sobre a agressividade na infância, a criança automaticamente é alocada a um segundo plano, pois a sociedade colocada como interesse principal, apontará para a criança armas e ferramentas de treino, visando melhorar suas habilidades de controle do comportamento agressivo sem considerar que este é um reflexo de outros problemas da criança, que como foi alertado por vários pesquisadores são criados pela própria sociedade. Este é um dos fatores que nos inspiraram a fazer esta meta-análise da problemática da agressividade infantil, por entender que há uma punição injusta da criança que apresenta o comportamento agressivo, sem antes se esgotar o entendimento das causas que estimularam aquele processo, que obviamente está vinculado a outros fatores que não somente problemas na interação social, sendo geralmente tratado como algo que a criança possa resolver por si mesma apenas sob coerção, castigos e ameaças.

#### 4.4.PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA

Nesta perspectiva foram incluídos resultados e discussão dos textos referentes à Psicologia Clínica e Psicopatologia, porque muitos artigos que tratam da agressividade infantil remetem às informações das psicopatias e balizam os sintomas pelo enquadramento do DSM-IV como referencial.

A habilidade comportamental da criança está intimamente ligada às suas emoções e pensamentos e é o centro da discussão sobre o controle da emoção e cognição social que, segundo Deater-Deckard (2001), comentando sobre a criança agressiva que é rejeitada, lembra que esta condição pode levá-la a uma interação social deficiente com problemas emocionais disruptivos e pela vida do *bullying*/vitimização e externalização/internalização, dos problemas sócio-emocionais da relação na infância.

Bagwell et al. (1998) complementam com sua pesquisa sobre a importância do vínculo da amizade na socialização da criança, explicando que a rejeição provocada pelo comportamento agressivo dela por seus pares está na etiologia de muitas psicopatologias do adulto.

Beech & Mitchell (2004) descrevem como as relações de vínculos deficientes na infância são traduzidas nas relações interpessoais do adulto, referindo-se aos principais passos sobre o estabelecimento do vínculo que são os seguintes:

- 1 – Os primeiros vínculos são normalmente formados na idade de 7 meses;
- 2 – Todas as crianças estabelecem vínculos cedo:

3 – Vínculos são formados por poucas pessoas na idade precoce;

4 – O vínculo seletivo parece ser derivado da interação social com as primeiras figuras que estabelecem o vínculo;

5 – Estas etapas levam a mudanças organizacionais específicas no comportamento da criança e das funções cerebrais (p.155).

Em sua revisão, Espósito et al. (2005) fazem uma avaliação da reduzida auto-estima reativa e sua associação com o comportamento agressivo da criança. Eles relatam que as pesquisas, a partir da década de 1990, reafirmam a existência de uma ligação entre a reduzida auto-estima e o comportamento agressivo da criança. Ao encontrar resposta afirmativa para a questão pesquisada em uma amostra de 173 crianças, enfatizam que trabalhos envolvendo agressividade e reduzida auto-estima deveriam incluir uma investigação sobre a relação narcisismo/agressividade.

Frick & Ellis (1999), diz que não é surpreendente que haja uma heterogeneidade entre as crianças com transtorno de comportamento agressivo, já que em seu processo estão envolvidos tanto as diferenças de personalidade quanto os fatores causais.

Revisitando vários métodos de estudos sobre agressividade infantil e distúrbio de conduta na infância, Frick & Ellis (1999) ressaltam as limitações destes métodos lembrando que o uso do modelo de descrição no DSM-IV integra muitos subtipos destes comportamentos, citando como exemplo a co-ocorrência do TDAH, que poderia levar a uma conceituação errônea em termos de psicopatia manifestada na infância. Os autores demonstram grande preocupação com a aplicação dos prognósticos negativos da



psicopatia do adulto sendo aplicada na infância, que podem ter características similares, mas que necessitam de mais estudos longitudinais para o estabelecimento de um conceito próprio de psicopatia infantil, mesmo porque isto implicaria como eles dizem, em uma base biológica e intrínseca da disfunção em questão.

Solidário com este pensamento, Turgay (2005), também no seu trabalho, diz que o comportamento agressivo poderia ser um sintoma de denúncia do transtorno mental, bem comum na infância.

Segundo DelBello et al. (2004), a maioria dos transtornos mentais se estabelece ainda na infância, seus sintomas são diferentes, mas são tão sérios quanto na idade adulta. As primeiras manifestações, dizem eles, interferem negativamente na capacidade cognitiva da criança e no caso do comportamento agressivo, desvirtuam a relação social que a criança estaria iniciando.

As conseqüências da raiva e agressividade presente no comportamento de crianças em idade precoce podem ser um indício de futuras conseqüências psicopatológicas segundo Potegal et al. (2004), que observaram que os riscos de transtornos de conduta e déficits cognitivos são grandes, se aquelas emoções integrarem o comportamento da criança permanentemente.

Frick & Ellis (1999), observaram em sua pesquisa, que há grande heterogeneidade com crianças com distúrbios de conduta com relação à idade, as causas e o modo como se estabelece o comportamento agressivo. Eles percebem uma associação com distúrbios de conduta, que é uma das razões mais comuns para a procura de ajuda clínica na área de saúde

mental infantil. Ao discriminar os tipos de agressividade que apareceram em sua pesquisa, Frick & Ellis (1999) citam dois tipos: a agressividade reativa que deriva da frustração e a instrumental usada para influenciar ou coagir outros a ganhos pessoais.

Os custos psicológicos e econômicos envolvendo a prevenção da agressividade e delinquência na infância e adolescência são altos, segundo Taylor et al. (1999) e são sintomas predominantes nas queixas sobre saúde mental da criança. Em sua revisão, eles reúnem alguns procedimentos que auxiliam no manejo da agressividade em crianças, que em linhas gerais incluem programas de treinamento em habilidades interpessoais para crianças desde a pré-escola, treino de comportamento dos pais e treino de pessoal da escola e terapia multi-sistêmica familiar entre outros.

Potegal & Archer (2004), para diferenciar a qualidade da expressão de emoção que analisam, distinguem a raiva da agressividade dizendo que a criança pode olhar, mas não agir com raiva e pode ser agressiva sem estar com raiva. Eles dizem que a expressão da raiva começa no primeiro ano de vida (e provavelmente também a experiência). Inferindo a atuação de crianças antes dos 6 anos, eles observam que a raiva gera o impulso de bater, mas que a relação entre o bater e a intenção de machucar pode ser algo que é aprendido. Eles chamam a atenção sobre os parâmetros de desenvolvimento da agressividade e da raiva, que aos 2 anos podem prever psicopatias e que a persistência aos 5 anos aumenta o risco de distúrbio de conduta.

Bowlby (1968/2006) sustenta que: os pensamentos de luto que ocorrem nos primeiros anos de vida são mais suscetíveis do que quando

ocorrem na adolescência e na idade adulta de adotar um curso patológico, uma boa justificativa para a escolha que fizemos pela faixa etária de 6 a 12 anos para a análise da variação da agressividade. Por meio da revisão empreendida na literatura, notamos que os artigos não fazem grandes referências às particularidades que regem o luto saudável e o luto patológico nesta população. Consideramos que a ocorrência se deu pela prioridade na escolha de textos que incluía o enfoque mais amplo da psicobiologia.

O próprio Bowlby (1968/2006) se encarrega de dizer que existem outros acontecimentos na infância, além de uma perda, constituindo uma boa razão para acreditar que também contribuam para o desenvolvimento da personalidade perturbada e da doença psiquiátrica.

Fatores lembrados por Paim (1993), como o papel dos estados afetivos sobre o mecanismo da atenção e a incapacidade de manter a concentração, estão muito relacionados à expressão do comportamento agressivo como forma de afastar os eventos estressores.

Outra questão que aparece como evento estressor é o retardo mental leve, em que um dos indícios precoces é a expressão de comportamento agressivo, porque a criança ainda não reconhece os sintomas e os sentimentos peculiares de sua condição.

A AAMR (*American Association on Mental Retardation*, 2002), refere à etiologia do retardo mental como um constructo multifatorial “composto de quatro categorias de fatores de risco (biomédica, social, comportamental e educacional), que interagem ao longo do tempo, incluindo o decorrer da vida do indivíduo e entre as gerações de pais para filhos” (p. 54).

O importante da abordagem multifatorial para a análise aqui proposta, em relação à faixa etária da infância, é que ela considera os tipos de fatores envolvidos e o momento em que se dão as ocorrências, levando em conta, inclusive o fator intergeracional, indicando ser este o modo de prevenção, mais interessante para a população situada na faixa etária de 6 a 12 anos, que é a primária (AAMR, 2002).

Com relação ao proposto nos objetivos, de analisar o material disponível na fonte da CAPES, em uma das teses de doutorado selecionada pudemos verificar que Mello (1999), faz a análise da violência física doméstica e os efeitos no comportamento da criança à luz dos conceitos winnicottianos. Em relação aos conteúdos expressos no brincar, ela diz que as crianças vítimas de violência usam o espaço de maneira distinta, apropriando-se dos limites de terceiros e que em algumas observou atitudes impulsivas, hiperativas, destrutivas e agressivas. A autora refere-se ao conceito de Winnicott, sobre os objetos transicionais observando nas atitudes do brincar com relação aos abusos e violência física como conteúdos expressos pelas crianças estudadas. As brincadeiras, diz ela, possibilitaram uma análise usando como recurso a observação de referências aos acontecimentos ruins ocorridos com a criança, principalmente através da agressividade adotada com relação aos brinquedos, que eram tratados como o objeto transicional referido por Winnicott. Ela refere-se às conseqüências não só psicológicas do abuso e violência sofridos, mas faz uma lista de doenças psicossomáticas reveladoras da resposta fisiológica, que faz parte do contexto da expressão corporal e que segundo ela contribui também para aumentar a

agressividade da criança, uma vez que sua auto-estima fica muito comprometida.

Quanto aos fatores que mais contribuíram para a violência física em relação à criança levando-a a adotar um comportamento agressivo como resposta e como forma de delatar aquelas ocorrências, Mello (1999) cita como causas mais comuns a disrupção da família pelo uso de álcool e drogas; problemas econômicos graves; doenças mentais dos pais. Uma cifra significativa exposta pela autora é a de que em 52% das vezes, o perpetrador da violência física contra a criança é a mãe.

TABELA VIII – RESUMO DE HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS, CONSIDERAÇÕES

Olweus (1979)	A questão de gênero parece assentar em: debates confusos; reações emocionais; apresentações estereotipadas pelas diferenças de posições teóricas e erros metodológicos.
Loeber & Loeber (1998)	Em geral as diferenças na agressividade expressas pela raiva e frustração são documentadas na infância, e é quando se resgatam dados regressivos como referência mostrando poucas diferenças entre eles.
Frick & Ellis (1999)	Em crianças que apresentam agressividade reativa (hostil) os sintomas de ansiedade são maiores que as que apresentam agressividade pró-ativa (instrumental).
Deater-Deckard; (2001)	O conhecimento da qualidade da agressividade hostil na infância e comportamento anti-social na adolescência pode fornecer informações preditivas importantes da causa-ação da agressividade infantil.
Deckard-Deater (2001)	A concepção multifatorial de influência sobre a agressividade infantil deveria incluir os fatores cognitivo-perceptual e o controle emocional.
Deckard-Deater (2001)	A rejeição pelos companheiros tem alta relação com a agressividade infantil.
Martin & Bateson (2005)	Agressividade, falta de atenção, hiperatividade e impulsividade é um conjunto de comportamentos que podem se manifestar pelo déficit no planejamento, avaliação e execução de tarefas ligadas ao comportamento.

TABELA IX – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Crick & Dodge (1996)	Erros no processamento de informação social.
Carlson & Earls (1997)	Seqüelas psicológicas de privação neonatal.
David & Kister (2000)	Auto-percepçãoXbaixa tolerância à frustração.
DeBello & Grcevich (2004)	Transtornos psiquiátricos não diagnosticados nos primeiros anos de vida da criança.

As considerações mais interessantes levantadas nas pesquisas sob a Perspectiva da Psicologia foram: as manifestações de transtornos mentais na infância, sua interferência na capacidade cognitiva da criança e as evidências de que a agressividade é uma expressão precoce e sintomática da existência daqueles transtornos. Os cientistas alertam e nossa prática demonstra, sobre o perigo da expressão agressiva se instalar como único modelo de comportamento da criança, pois a agressividade sendo um aspecto áspero do comportamento pode transformar-se em ganho emocional, como o afastamento temporário do fator estressante (ex. quando houver demanda de performance cognitiva além do alcance), posição de liderança no grupo de crianças mais frágeis pela imposição do medo, desestabilização emocional de pais e professores, entre outros. Outra consequência mais generalizada, mas que reverte desfavoravelmente para a própria criança, é a relação imediata da agressividade com as situações de violência, que ainda na infância é mais rara, mas que pesquisas indicam ser

um fator preditivo desta na adolescência. Fica a questão de como a criança em idade tão precoce (entre 6 e 12 anos) pode reconhecer uma possível patologia em suas próprias emoções e como controlá-las sem ajuda especializada.

#### 4.5. PERSPECTIVA DA CLÍNICA GERAL

Nesta perspectiva, não há uma pontuação exatamente à etiologia do comportamento agressivo, mas para a variedade de abordagem da clínica geral sobre os problemas relacionados ao comportamento agressivo, que leva pais a buscarem a ajuda do profissional desta área em primeiro lugar em relação a outros especialistas.

Em uma revisão da literatura sobre controle, tratamento e redução da agressividade Taylor et al. (1999) encontraram a seguinte relação de tratamentos: terapia familiar multi-sistêmica, programa de treinamento para pais, sistema de cuidado para reduzir o potencial de agressividade infantil, políticas de adoção, terapia e medicação.

Espósito et al. (2005), sugerem que entre os esforços clínicos do tratamento do comportamento agressivo da criança deveria haver um foco na estabilização da auto-estima, pois ela estaria envolvida na regulação da emoção, que poderia em circunstâncias negativas provocar um comportamento agressivo reativo na infância.

Storch & Ledley (2005), em sua pesquisa sobre *bullying*, relatam que nas crianças doentes, comparadas com amostras de crianças, em boas condições de saúde, o índice para as vítimas daquele comportamento é maior. Alertam que uma avaliação clínica geral cuidadosa deveria incluir a criança agressiva e a agredida.

Frick & Ellis (1999), dizem que quando a criança apresenta a agressividade pro-ativa (instrumental) os sintomas de ansiedade são



menores que nas que apresentam agressividade reativa (hostil). Eles apontam que há diferenças entre crianças com TDAH e os distúrbios de comportamento na infância. Nestes últimos os problemas de conduta apresentam-se como: expressão de agressividade e uso ilegal de drogas em idade precoce. Ao mesmo tempo, ele diz que é muito difícil encontrar amostras clínicas de crianças com distúrbio de comportamento que não se encaixem nos critérios de outros distúrbios como TDAH, por exemplo.

DelBello & Grcevich (2004), alertam que o clínico geral pode ser confrontado com agressividade severa de uma criança com transtornos invasivos e deve estar preparado para o tratamento com medicação, lembrando que muitos transtornos psiquiátricos observados nos adultos instala-se na infância ou adolescência, sendo o transtorno do comportamento uma das pistas preditivas deste.

As crianças que apresentam um comportamento não-cooperativo segundo Kalb & Loeber (2003), freqüentemente são um problema para pais e pediatras e estes deveriam prestar especial atenção àquelas crianças que persistem neste comportamento além dos 7 anos de idade.

O comportamento agressivo da criança, segundo Turgay (2005), freqüentemente acompanhado pela hiperatividade, impulsividade e dificuldades cognitivas, tem uma co-ocorrência alta com TDAH e transtorno de conduta, bem comuns na infância e adolescência. Em um estudo clínico, sobre co-ocorrência entre transtornos do comportamento e TDAH o pesquisador encontrou um escore de 94,5% de maior ocorrência em crianças contra 77,0% em adolescentes em uma amostra de 204 crianças e adolescentes, de idade entre 4 e 19 anos. Ele diz que toda criança com

sintomas significativos de transtornos de conduta e comportamento agressivo crônico merece uma cuidadosa avaliação diagnóstica onde ele sugere que sejam seguidos alguns passos:

- Entrevistas de pais e paciente.
- Anamnese
- Identificação dos sintomas pelo DSM-IV, histórico do desenvolvimento dos sintomas e avaliação das funções cognitivas da criança.
- Perfil clínico remissivo.
- Observar situação socioeconômica da família.
- Avaliar qualidade de vínculo familiar e cuidados parentais.
- Identificar comportamentos anti-sociais em membros da família.
- História psiquiátrica do paciente.

Kapezinski et al. (2004), referindo-se às áreas cerebrais envolvidas no comportamento apresentam algumas explicações interessantes para a análise da agressividade sob a perspectiva clínica. Trata-se dos fenômenos envolvidos na neuroplasticidade, as alterações funcionais e anatômicas no sistema nervoso, que podem ser categorizadas em quatro tipos principais: a) do desenvolvimento; b) dependente de experiência; c) após dano neural e d) neurogênese. Eles dizem que o estresse fisiológico e psicológico, no qual é mantida a criança a que se referem a maioria das pesquisas selecionadas, forneceria as condições adversas ideais para a apresentação de patologias e problemas comportamentais.

Nos últimos anos, o aumento do uso de antipsicóticos para o tratamento da agressividade em crianças, levanta questões sobre os efeitos colaterais e as conseqüências em seu desenvolvimento físico e psíquico. Goodwin et al.

(2001), observaram em sua pesquisa sobre a prática da prescrição de antipsicóticos, que havia uma frequência maior entre a prescrição pelos pediatras e clínicos gerais, do que nas que eram fornecidas pelos psiquiatras. Patel et al. (2005), dizem que a alternativa para a questão das intervenções com fármacos é o tratamento da agressividade com terapias comportamentais e a psicoeducação.

Um dos maiores problemas para o clínico infantil está em evitar a confusão entre os sintomas típicos de TDAH, como a falta de atenção e hiperatividade, com a agressividade. Segundo hipóteses de Jester et al. (2005), ambos os sintomas podem ser contextualizados aos 9 anos, quando os dados sobre a trajetória podem ser rastreados no universo social restrito da família, ou da performance escolar supervisionada por ela.

O outro lado da clínica envolvido com a agressividade infantil está relacionado com o momento da avaliação, problema que Graña & Piva (2001), assim descrevem:

É uma peculiaridade de nossa prática que a criança venha ao analista por decisão e pelas mãos de um adulto significativo em sua vida, com o qual mantém uma relação de dependência necessária. Os pais queixam-se, afligem-se recriminam-se ou incriminam a criança por aquilo que habitualmente assume para eles a feição de um fracasso... Não é simples (p.36).

Com estas palavras reiteramos nossa esperança de que o clínico possa fazer, com seu esforço em compreender a qualidade da agressividade expressada pela criança, a grande diferença na sua vida adulta,

diagnosticando e encaminhando-a para especialistas das áreas competentes, não para tratar uma patologia instalada, mas para preveni-la.

TABELA XI – RESUMO DE HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS, CONSIDERAÇÕES

Raine (1997)	Crianças que apresentam índice baixo de batimentos cardíacos são candidatos de risco a apresentarem comportamento agressivo a partir dos 11 anos de idade até a idade adulta.
Frick & Ellis (1999)	O número de fatores têm mais importância que o tipo de fator de risco considerando que ele varia de criança para criança.
Frick & Ellis (1999)	Em amostras clínicas, de crianças com transtorno de comportamento, é difícil não encontrar outros transtornos co-ocorrentes, sendo o TDAH um dos mais comuns.
Bor (2004)	O padrão característico do comportamento agressivo aparece aos 12 meses de idade e aos 8 anos se torna relativamente estável.

TABELA XII – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Duman et al. (1999)	Plasticidade neural comprometida por tratamentos medicamentosos.
Frick & Ellis (1999)	Co-ocorrências com outras doenças .

Na Perspectiva da Clínica Geral, está uma das poucas possibilidades da criança com comportamento agressivo ser avaliada sob os aspectos apontados em todas as outras perspectivas pelas quais os resultados foram apresentados. É na clínica geral que reside a chance de se estabelecer uma

relação entre a agressividade e outros sintomas relacionados ao estresse neuroendócrino, pois é na pediatria que são observados os principais problemas relacionados à faixa etária de 6 a 12 anos. Ao mesmo tempo não é incomum a agressividade não ser relacionada aos distúrbios endócrinos, retardando um diagnóstico precoce podendo, como foi constatado pelas evidências e hipóteses levantadas por vários pesquisadores, custar a qualidade de vida da criança e revelar-se um problema com reflexos em sua vida adulta.

#### **4.6. PERSPECTIVA FAMILIAR**

Na perspectiva familiar, a agressividade no comportamento infantil aparece como um problema recorrente, para pais de crianças, que muito pequenas lhes impõem lidar com a questão.

Kalb & Loeber (2003), revisando o assunto, sugerem que alguns estudos mostram antecedentes de desobediência e não cooperação, como forma de comportamento que poderiam predizer comportamento agressivo, sendo este uma forma de externar problemas. Segundo os autores, apesar daquele comportamento ser algo comum na infância, ele se torna problemático do ponto de vista familiar porque a interação a criança é estressante, a estruturação de sua vida social é dificultada, compartilhar jogos, esportes e passeios torna-se difícil; a relação dos pais com a escola e professores é desgastante e o risco das crianças mais jovens se envolverem ou causarem acidentes é sempre maior.

Loeber & Loeber (1998), concordam que o fator de responsabilidade dos pais na inibição do comportamento agressivo da criança, conduz de certa forma à cronicidade da agressividade, porque muitas tentativas de reeducação, geralmente feitas de forma agressiva, revelam-se em um aprendizado pela criança daquele modo de comportamento.

Steinberg (2000) endossa a influência dos pais e da família não só na questão do ambiente hostil que é oferecido à criança, mas na falta de engajamento da família com a escola e vida acadêmica dos filhos, citando alguns números de uma pesquisa com 20.000 crianças de nove escolas primárias da Califórnia, em que 30% dos pais são completamente ausentes

e que 25% dos alunos queixam-se que não despendem tempo algum junto da família para lazer ou acompanhamento escolar.

Mace (1997) aponta algumas razões da família para esta atitude em relação aos filhos: depressão, desagregação da família, abuso de drogas e álcool e agressividade.

Crick & Dodge (1996) citam uma série de pesquisas sobre a agressividade física infantil, que coloca o aprendizado daquele comportamento como conseqüência da observação e imitação e, que os pais têm esse poder de ser um modelo eficiente não só pelo vínculo afetivo com a criança, mas principalmente pela importância da figura parental que lhes é delegada.

Beech & Michell (2005), ressaltam a importância da qualidade do vínculo afetivo na infância que pode interferir no correto desenvolvimento neural e nas funções sociais, não só naquela idade imediata da criança, mas por toda sua vida.

Loeber & Hay (1997), observam que há uma vasta literatura correlacionando família/agressividade/violência e citam alguns dos fatores mais observados nesta dinâmica:

- Relação mãe-criança, associados com déficits cognitivos e doenças da mãe.
- Práticas disciplinadoras conflituosas ou sob influência de psicopatias dos pais.
- Estrutura familiar, com vínculos frágeis ou falta de vínculos conjugais.
- Influência dos amigos – A rejeição é uma forte candidata a influências no comportamento agressivo a partir dos 6 anos de idade.

- Comunidade – Eventos estressantes, associados à vizinhança aumentam a agressividade na criança.

Beech & Mitchell (2005), descrevendo o que se conhece sob a perspectiva da família mais recentemente, pontuam algumas pesquisas que verificam a dinâmica do desenvolvimento cognitivo social e vínculos da criança, enquanto descreve alguns efeitos na formação da criança que a biologia tenta explicar. A literatura tem dado particular atenção ao *background* familiar da criança, quando se trata de analisar os fatores de vulnerabilidade de adultos envolvidos com problemas sexuais, que segundo Marshall & Marshall (2000), demonstram que não desenvolveram estratégias adequadas destinadas ao estabelecimento de vínculos.

Turgay (2005), diz que a criança com transtorno de conduta, além da agressividade, pode apresentar uma gama de distúrbios psiquiátricos que interferem de uma forma impactante na qualidade de vida de toda a família, inclusive com riscos de agravamento em consequência da rejeição dos pais por esta criança.

Para evitar o desconforto de lidar com a agressividade dos filhos, os pais tendem a reforçar aquele comportamento, criando uma atmosfera de punição e repressão que segundo Loeber & Loeber (1998), só aumentam o problema da criança que, repetindo o mecanismo de resposta encontra uma série de dificuldades pela frente, como a rejeição pelos companheiros e que não contando com maturidade para reverter a situação, resulta em progressão que pode acabar em violência na adolescência e às vezes ainda na infância.

Hill (2002), diz que estudos evidenciando problemas de comportamento agressivo envolvendo crianças revelam a opção de amigos com as mesmas



características comportamentais nas idades de 8 a 14 anos o que prenuncia delinqüência na adolescência e vida adulta. Ele atribui ao vínculo afetivo positivo entre pais e filho e à boa escolha dos companheiros, os fatores de influência na prevenção da agressividade, embora não conclusivo pela força de outras variáveis que interferem na dinâmica do comportamento agressivo. Por esta razão, ele diz que é preciso estudos longitudinais para avaliar o significado do impacto real da qualidade do vínculo da criança com os pais.

Kalb & Loeber (2003), fazem uma revisão detalhada também dos aspectos relativos à desobediência e não-cooperação, que seriam indicativos de antecedentes de agressividade como maneira de expressar seus problemas. Eles ressaltam a importância de se distinguir a criança não-cooperativa da desafiante. Na sua definição a não-cooperativa é uma criança que ignora o comando dos pais, muitas vezes por não compreendê-los; a desafiante inclui como elemento de resistência ao comando, argumentos claros desta posição. Esses comportamentos duram, segundo eles, dos primeiros anos da infância até a adolescência com picos na idade de 12-13 anos.

Ao invés de ação, a sociedade espera de cada um dos seus membros um certo tipo de comportamento, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a 'normaliza' os seus membros, a fazê-los 'comportarem-se', a abolir a ação espontânea, a reação inusitada (p.50).

Com as palavras de Arendt (2005), ponderamos a análise da perspectiva familiar, motivadas pela revisão de Kalb & Loeber (2003), que falam da desobediência e não cooperação, problematizando a estruturação familiar como conseqüência. Aquelas palavras, ainda constituem-se em um

argumento para se questionar: a expressão do comportamento agressivo da criança seria considerada uma inadequação sujeita somente à punição, ou pelo contrário deveríamos debruçar-nos sobre essa criança e tentar afastar o fator de risco que está sendo explicitado naquele comportamento?

Loeber & Loeber (1998), com outro enfoque, falam das conseqüências do agravamento da agressividade da criança, pela atitude agressiva dos pais na tentativa de controlar a situação.

Para a discussão desta perspectiva, nos apropriamos da precisão das palavras de Anzieu (1990), sobre a dinâmica dos grupos, na qual ele diz que um grupo é um envelope que faz indivíduos ficarem juntos. Enquanto esse envelope não está constituído, ele pode ser considerado um agregado humano, não há grupo (p. 17). Esta sua introdução sobre os problemas de organização dos grupos, entre os quais o familiar, remete-nos ao problema levantado na revisão de Loeber & Hay (1997) sobre a estrutura familiar com vínculos frágeis ou inexistentes, por constituir-se em uma agravante do comportamento agressivo na infância e possível evolução para a violência, na adolescência.

Anzieu (1990), sistematizou as referências teóricas psicanalíticas que usou como referência para analisar as questões grupais que, embora sintetizadas, podem oferecer um panorama da complexidade emocional circulante no grupo familiar e como acaba recaindo sobre a criança a responsabilidade sobre o seu comportamento agressivo. São elas:

- A presença de uma pluralidade de desconhecidos materializa os riscos de fragmentação, o grupo opta pela preservação da unidade.

- Na concepção kleiniana, o grupo desperta o fantasma de destruição, cada participante elabora defesas individuais.
- Do ponto de vista tópico a ênfase é colocada no caráter caloroso das relações entre os membros do grupo.
- Na concepção de Winnicott, os participantes do grupo se dão um objeto transicional comum, o grupo, que é ao mesmo tempo realidade e fantasia.

Na sua dissertação de Mestrado selecionado na fonte da CAPES, Baraldi (2002), faz uma avaliação da agressividade em crianças de 6 a 11 anos de idade através do que ela chama de ludoterapia comportamental. Nos achados de sua pesquisa constatamos que ela encontrou no vínculo entre mãe e criança os principais conteúdos negativos na interrelação de ambas, concluindo que a compreensão e mudança de atitude da mãe muda também o comportamento agressivo da criança.

TABELA XIII – RESUMO DE HIPÓTESES, EVIDÊNCIAS E CONSIDERAÇÕES

Raine (2002)	O fator de procedência social desfavorável pode camuflar as evidências dos fatores de risco biológico para a agressividade, pelo fato de que aqueles são mais fáceis de rastrear junto à família.
--------------	---

TABELA XIV – FATORES DE RISCO CITADOS NAS PESQUISAS

Campbell et al. (2000)	Interação com mães portadoras de transtorno mental.
Deater-Deckard & Dodge (1997)	DisciplinaXvariação de cultura no contexto de gênero.
Kalb &Loeber (2003)	Desobediência e não cooperação da criança.

A Perspectiva Familiar talvez seja a que demonstra a maior contradição em relação à responsabilidade para com a criança agressiva: por ser ao mesmo tempo o espaço repleto de fatores de risco (Genética, Psicologia, Sociologia e Neurobiologia) para a criança mais vulnerável e, ao mesmo tempo, por sua incapacidade de perceber sua responsabilidade na problemática do comportamento agressivo da criança (mesmo não intencional), optando quase sempre pela inibição da expressão de comportamento agressivo, pura e simplesmente através da punição, sem a compreensão de que o que vem à tona é a emoção sobre algo que não vai bem. Outro aspecto relevante a ser considerado sob esta perspectiva é o papel que o déficit neurocognitivo da criança tem na representação social da família como grupo, ela passa a ser o bode expiatório de seu fracasso.

#### **4.7.PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO**

Nesta perspectiva, foram incluídas algumas pesquisas que tinham referenciais da agressividade na infância, do ponto de vista dinâmico da educação. Mas, considerando os objetivos propostos para esta dissertação, isto é, de analisar o estresse neuroendócrino e o déficit neurocognitivo, ou seja, um olhar mais voltado para a criança como o personagem que expressa a emoção através do comportamento agressivo, levamos em conta na análise sobre os aspectos que se referiam ao agravamento do desenvolvimento psicobiológico dela e descartamos as considerações sobre as conseqüências do ato agressivo em si.

Widom (2000), na sua pesquisa sobre o abuso físico, sexual e negligência na infância, relata que as conseqüências para a criança são problemas no seu desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo. Os efeitos, na performance cognitiva na infância segundo ele, inclui problemas de atenção, aprendizagem e comportamental, entre os quais o comportamento agressivo. Ele aponta uma diferença no modo de resposta em relação aos abusos: no gênero masculino, a tendência seria a agressividade e no feminino, a depressão. Outra questão levantada por ele, é que a criança agressiva, de acordo com o que sugerem algumas pesquisas, está localizada em maior número entre as minorias étnicas e raciais.

Steinberg (2000), com relação ao déficit cognitivo, lembra também das crianças que têm dificuldades de atenção como TDAH e aconselha algumas questões que deveríamos nos fazer:

Com quais funções a criança tem dificuldades? É uma questão de planejamento ou seqüência motora? A criança compreende o que está sendo dito? Ela responde ao toque e ao som? Ela está tendo muitas sensações ou sendo apenas ativa? (p. 25).

Ele acha que algumas providências deste tipo podem ajudar a criança a não entrar em estresse neuroendócrino, evitando que ela apresente o comportamento agressivo como auto-proteção.

Dembo & Seli (2004), na análise sobre o comportamento acadêmico dos estudantes fazem referência aos que apresentam dificuldades, pontuando como causa a incapacidade do estudante em auto-regular seu comportamento. O achado desta pesquisa tem afinidade com os resultados de pesquisas da Perspectiva da Neurobiologia, que apontam como provável causa o déficit neurocognitivo, que pode revelar sintomas como a apatia ou a agressividade, dependendo do modo pelo qual o organismo responde ao estresse da demanda acadêmica.

Honig (2006), relata que algumas crianças que apresentam comportamento agressivo podem revelar falhas em vínculos seguros nos primeiros anos de vida. Ela diz que é nesse período que a criança aprende a controlar as emoções e fazer associações com os sentimentos. Outro problema que não é incomum, segundo Hayes & Ellickson (1996), conseqüente às dificuldades vinculares e ambiente familiar hostil, é o abuso de álcool e droga na faixa etária de 6 a 12 anos, em que o comportamento

agressivo no ambiente escolar pode ser revelador da situação. As hipóteses de déficit neurocognitivo conseqüentes do abuso daquelas substâncias devem ser levadas em conta pelo educador na análise da performance acadêmica e habilidades sociais correspondentes àquelas idades.

Moore (2004), oferece uma série de sugestões com modelos criativos de brincadeiras com a diversidade de tradições e culturas, sugerindo-os como atividade para reduzir a agressividade verificada entre crianças que apresentam problemas de relacionamento com os colegas, ressaltado também por Croom & Davis (2006), que sugerem, por seu lado, a adoção de técnicas que influenciem a criança a melhorar sua competência interpessoal como forma de evitar a agressividade entre colegas e alunos e educadores.

Scarpaci (2006), referindo-se ao *bullying* na infância, em estudos empreendidos entre escolares pelo National Institute of Child Health and Human Development (EUA), cita os seguintes índices encontrados: 13% de crianças até o 6º grau agem agressivamente e 11% foram vítimas daquele comportamento.

Klorer (2005) sugere que crianças que sofreram severo mau trato nos primeiros anos de vida são levadas a estocar as memórias traumáticas no hemisfério direito do cérebro, fazendo com que a memória verbal declarativa do trauma seja dificultada. Por isso ele indica terapias expressivas como uma intervenção de tratamento desta população.

Greenberg (2005) recomenda para estas situações algumas regras de manejo para educadores que são: maior atenção individual; envolver a criança em tarefas com uma dupla mais cooperativa; colocar regras de procedimento mais claras e envolver mais os pais nas tarefas escolares.

Merrow (2004) apresenta um dado interessante a respeito do ambiente escolar que é oferecido para crianças e adolescentes. Em setembro de 2000, o FBI realizou um relatório com uma lista de mais de 40 sinais de alerta, para que educadores ficassem atentos em relação ao comportamento de crianças e jovens. A repercussão que teve esta lista remete a uma das justificativas para a proposta de elaboração desta dissertação, que é a questão da estigmatização e da sobrecarga de culpa da criança, que acaba sendo responsabilizada pela contenção de seu comportamento agressivo. Outra questão é se esta lista não irá contribuir para o crescimento de um *checklist* da personalidade. Estas questões trazidas por Merrow (2004), impõem aos pesquisadores da área mais pesquisas, verificando até onde cabe à criança a responsabilidade e o controle de seu comportamento agressivo.

Para a introdução das pesquisas apresentadas na Perspectiva da Educação convocamos as palavras de Vygotsky (2004), que ao tratar do conceito de comportamento normal, enfatiza a problemática para se estabelecer fronteiras entre comportamento normal e anormal, dizendo,

Formas de comportamento anormal podem ser encontradas também em pessoas normais, representando um comportamento provisório e passageiro: mas podem ser encontradas também em pessoas como formas mais duradouras e inclusive constantes do seu comportamento (p.379).

Ou ainda, as palavras de Piaget (1994), sobre a consciência das regras de jogo, em que ele fala das particularidades de cada idade para lidar com elas, explicando que na faixa etária por volta de 10-12 anos é que aparece o



estágio referente à consciência da regra. Ele diz que é justamente nesta idade em que há o confronto da expectativa de cooperação e a consciência da autonomia, onde aparecem as dificuldades da prática social da reciprocidade e generosidade em relação aos companheiros.

E mais, as palavras de Fernández (1991), que comenta sobre os achados casuísticos sobre aprendizagem, revelando maiores problemas de aprendizagem-sintoma ou reativos, do que de inibição cognitiva. De acordo com ela, as dificuldades de aprendizagem reativas remetem a fatores externos à criança.

Os contextos teóricos alocados nesta perspectiva têm o sentido de enfatizar as dificuldades sobre a análise do comportamento agressivo na infância e seu manejo, apontando para um extenso arsenal de informações sobre as diferenças de qualidade da agressividade. São palavras que poderiam sugerir outras pesquisas, que sistematizem melhor um conjunto de procedimentos particulares para esta faixa etária de 6 a 12 anos.

Podemos observar, em razão de nossa prática que ao lidar com o problema da agressividade infantil o educador se sente confuso, pois o estigma do comportamento agressivo em idade precoce já se instalou e ele não conta com instrumentos claros que lhe dê respaldo para a discriminação da qualidade da agressividade em crianças de 6 a 12 anos. Por outro lado, ele intui que a situação é muito mais complexa do que simplesmente uma questão de impor limites, regras e punição.

Com a discussão desta última perspectiva acrescentamos nosso ponto de vista geral, de que verificamos os esforços dos pesquisadores cada qual com sua linha de pesquisa de área específica, em buscar uma clareza na

identificação dos muitos fatores envolvidos na agressividade infantil em particular, pelas características – todas apontadas nos resultados – da infância ser o momento possível da constatação e prevenção de muitos transtornos.

## **LIMITAÇÕES**

Relacionamos neste final de discussão também algumas limitações que observamos com relação às pesquisas selecionadas e que estão diretamente ligadas aos resultados apresentados:

1. A agressividade infantil depende de informantes sobre seu comportamento.
2. Amostras sobre relação de agressividade infantil com algumas psicopatias, geralmente são conduzidas com amostras de crianças com alto grau de agressividade e transtornos de conduta.
3. Muitas pesquisas que evidenciam as bases químicas envolvidas no comportamento agressivo partem de conclusões observadas em modelo animal.
4. Pesquisas que fazem referência à alta incidência do comportamento agressivo entre minorias étnicas e culturais justificam-se pela maior disponibilidade dos sujeitos para a pesquisa.
5. O desenvolvimento e a manutenção dos problemas que desencadeiam o comportamento agressivo na criança não foram avaliados em pesquisas longitudinais relevantes.

**INTERVENÇÕES SUGERIDAS** - Ainda como parte dos resultados, incluímos na tabela abaixo as contribuições de alguns pesquisadores na literatura selecionada para o manejo e intervenções tendo como alvo a população compreendida na faixa etária de 6 a 12 anos.

As sugestões estão diretamente associadas ao tipo de análise pela qual o pesquisador empreendeu a busca, a população de referência e a teoria que fundamentou seu trabalho.

Tabela XV – Propostas de Intervenções/Manejo da agressividade

Espósito et al. (2005)	Foco no incremento da auto-estima.
Patel et al. (2005)	Terapias comportamentais e psicoeducação.
Patel et al. (2005)	Estratégia de tratamento baseados em evidência usando o <i>approach</i> multidisciplinar com relação ao uso de antipsicóticos.
Hinshaw (1992)	Intervenção multimodal deve ocorrer quando há conjunção da dificuldade de aprendizado com problemas de comportamento agressivo.
Bor (2003)	Treinamento para pais, terapia sobre técnicas cognitivas, orientação da família em conjunto com programas baseados na escola, capacitação de profissionais da saúde mental baseados na prática de prevenção primária.
Lyznicki (2004)	A AMA (American Medical Association) tem uma série de recomendações atualizadas sobre a prevenção do <i>bullying</i> disponíveis online no: <a href="http://www.stopbullying.hrsa.gov">http://www.stopbullying.hrsa.gov</a>
Raine (2001)	Educação alimentar, exercícios físicos, avaliação clínicas, envolvimento dos pais, intermediação pedagógica dos conflitos interpessoais e visitas de monitores treinados às famílias com problemas de agressividade infantil.
Raine (2001)	Na associação da agressividade/índice baixo de batimentos cardíacos sugere-se treino, através de propostas em Programas de Biofeedback para aumentar as batidas do coração e reduzir a agressividade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos numerosos estudos enfocando a agressividade na infância, não há um consenso classificatório sobre em quais transtornos ela é co-ocorrente; o que se pode dizer é que a variação do comportamento agressivo na infância ocorre com sintomas tão variáveis quanto o são os transtornos dos quais ela faz parte como modalidade expressiva de que algo não está bem.

As flutuações e periodicidade do comportamento agressivo podem dar pistas na caracterização da agressividade como sintoma clínico de um transtorno ou descontrole disciplinar na família ou escola.

A importância dos achados reside no fato de que a criança não pode regular sua emoção em todas as situações, tudo depende da interação de eventos que desencadeou aquela emoção.

Consideramos um dos melhores achados na análise dos trabalhos selecionados, a constatação por alguns pesquisadores, de que há confusão no estabelecimento da trajetória do desenvolvimento da agressividade, sintomas de hiperatividade e falta de atenção.

O estabelecimento da faixa etária de 6 a 12 anos foi amplamente eleito pelos pesquisadores da agressividade como ideal para a descoberta dos fatores desencadeantes da agressividade, o que confirma nossa escolha desta mesma faixa para a análise das pesquisas com relação a variação da qualidade da agressividade.

A relação da agressividade/estresse neuroendócrino/déficit neurocognitivo na infância pode ser constatada somente nas pesquisas

selecionados sob a perspectiva da neurobiologia e da genética, onde os aspectos disfuncionais têm mais ênfase por conta da particularidade das pesquisas focalizarem a relação capacidade cognitiva/déficit para a comparação dos danos sofridos pela criança dentro do quadro clínico particularmente analisado.

A despeito dos progressos nas pesquisas sobre a agressividade infantil nos últimos anos identificando vários fatores de risco, ainda aparecem lacunas nas bases de conhecimento que requerem novos trabalhos com vistas à aplicação prática dos dados colhidos para aqueles que lidam diretamente com a criança agressiva.

## 6.REFERÊNCIAS

- AMR, American Association on Mental Retardation – 2006. Retardo Mental. Definição, Classificação e Sistema de Apoio. *Artmed*. São Carlos, SP.
- ADAMS, RD & VICTOR, M – 1989. The limbic brain and the neurology of emotion. Principles of Neurology, *McGraw Hill*, New York.
- ADOLPHS, R – 2002. Neural systems for recognizing emotion. *Curr Opin Neobiol.* 12; 167-177.
- APA (American Psychological Association) – 2001. *Publication Manual*. Washington, DC.
- ANDRADE, AS; SANTOS, DN; BASTOS, AC; ALMEIDA-FILHO, N; BARRETO, ML – 2005. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*, 39 (4); 606-11.
- ANZIEU, D – 1984/1990. O Grupo e o Inconsciente. O imaginário grupal. *Casa do Psicólogo*. São Paulo.
- ARENDT, H – 2005. A condição Humana. *Forense Universitária*, São Paulo.
- BAGWELL, CL; NEOCOMB, AF; CUKOWSKI, WM – 1998. Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development.* 69; 140-153.
- BARALDI, DM – 2002. Orientação a pais e ludoterapia comportamental com crianças agressivas em grupo: um atendimento conjugado. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1-187.

- BARROS, CP – 2004. Atualização dos aspectos neuropsicológicos, psiquiátricos e históricos do comportamento violento: descrição de 10 casos de violência doméstica contra crianças. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1-160.
- BEECH, AR & Mitchell, IJ – 2004. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*. 25; 253-182.
- BILYK-FLEITHICH, B & GOODMAN, R. – 2004. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*. 43-6, 721-34.
- BOWLBY, J – 1968/1998. Apego e Perda. Vol. 3 , Perda, Tristeza e Depressão. *Martins Fontes*. São Paulo.
- BOWLBY, J – 1968/2006. Formação e rompimento dos Laços Afetivos. *Martins Fontes*. São Paulo.
- BOR, W – 2004. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behavior, a selective review. *Australian and New Journal of Psychiatry*, 38:373-380.
- BRENNAN, PA; GREKIN, ER & MEDNICK, SA – 1999. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 56; 215-219.
- CAMPBELL, SB; SHAW, DS & GILLIOM, M – 2000. Early externalizing behavior problems. Toddlers and pre-schoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*. 12; 467-488.

- CANNON, WB – 1927. The James-Lange theory of emotion. *Am. Journal of Psychology*, 39;115-124.
- CARLSON, M & EARLS, F - 1997. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. The integrative neurobiology of affiliation. *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York. Vol. 807; 419-428.
- CASPI, A; MCCLAY, J ; MOFFIT, TE; MILL, J; MARTINS, J; CRAIG, IW; TAYLOR, A; POULTON, R – 2002. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*; Vol. 297, 2 August.
- CID-10 – <http://www.psiqweb.med.br> entrada 10/08/2006.
- COUTINHO, ESF – 2006. In *Epidemiologia*. Ed. Medronho, RA et al. Cap. 30. *Atheneu*, São Paulo, SP.
- CONGER, RD; NEPPL, T; KIM, KJ; SCARAMELLA, L – 2003. Angry and Aggressive Behavior Across Three Generations: A Prospective, Longitudinal Study of Parents and Children. *J. of Abnormal Child Psychology*. Vol. 31(2); 143-160.
- COOPER, HM & ROSENTHAL, R – 1980. Statistical versus traditional procedures for summarising research findings. *Psychological Bulletin*, 87; p. 442-449.
- COZBY, PC – 2003. *Método de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. *Atlas*, São Paulo, SP.
- CRICK, NR; GROTPETER, JK; MARKON, K – 1996. Childhood aggression and Gender: A New Look at an Old Problem. *Child Development*. 7; 77-141.



- CRICK, NR & DODGE, KA – 1994. Social information processing mechanism in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- CROOM, L & DAVIS, BH – 2006. It's not polite to interrupt, and other rules of classroom etiquette. *Kappa Delta Pi Record*, vol. 42 (3); 109-113.
- CRONK, L; CHAGNON, N; IRONS, W – 2000. Adaptation and Human Behavior. *Aldine de Gruyter*, New York.
- DALLEY, JW; THEOSBALD, DE; PEREIRA, EAC; LI, PMMC; ROBINS, T – 2002. Specific abnormalities in serotonin release in prefrontal cortex of isolation-reared rats measured during behavioral performance at a task assessing visuospatial attention and impulsivity. *Psychopharmacology*, 164; 329-340.
- DAMÁSIO, AR – 2005. O Erro de Descartes. *Companhia das Letras*. São Paulo.
- DAVID, CF & KISTNER, JA – 2000. Do positive self-perceptions have a dark side? Examination of the link between perceptual bias and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 28; 327-338.
- DARWIN, C – 2003. A origem das espécies e a seleção natural. *Hemus*. São Paulo.
- DAWKINS, R – 2001. O Relogoeiro Cego. A Teoria da Evolução contra o Desígnio Divino. *Companhia das Letras*. São Paulo.
- DEATER-DECKARD, K – 2001. Annotation: Recent Research examining the Role of Peer Relationship in the Development of Psychopathology. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 42(5); 565-579.

- DEMBO, MH & SELI, HP – 2004. Student's Resistance to Change in Learning Strategies Courses. *Journal of Developmental Education*, vol. 27 (3); 2-11.
- DENCKLA, MB – 2002. Overview: specific behavioral/cognitive phenotypes of genetic disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*; 6: 81-83.
- DELBELLO, M & GRCEVICH, S – 2004. Phenomenology and epidemiology of childhood psychiatric disorders that may necessitate treatment with atypical antipsychotics. *J. Clin Psychiatry*; 65 (suppl. 6).
- DESIDERIO, MF & MULLENNIX, C – 2005. Two Behavior Management Systems, One Classroom: Can Elementary Students Adapt?. *The Educational Forum*. Vol. 69, 383-391.
- DICIONÁRIO PsigWeb – [www.psigweb.med.br](http://www.psigweb.med.br)
- DUMAN, RS; MALBERG, J; THOME, J – 1999. Neural plasticity to stress and antidepressant treatment. *Biological Psychiatry*. 46; 1181-1191.
- EARWOOD, C; FEDORKO, M; HOLZMAN, E; MONTANARI, L; SILVER, RAWLEY – 2004. Screening for Aggression Using the Draw a Story Assessment. *American Therapy Journal*. 156-162.
- ESPOSITO, AJ; KOBAC, R; LITTLE, M – 2005. Aggression and Self-Esteem: A Diary Study of Children's Reactivity to Negative Interpersonal Events. *Journal of Personality*. 73:4; 886-906.
- FAGOT, B; PEARS, KC; CAPALDI, DM ; CROSBY, L.; LEVE, CS – 1998. Becoming an adolescent father: precursors and parenting. *Dev. Psychol*. 34; 1209-19.
- FERNÁNDEZ, A – 1991. A Inteligência Aprisionada. *Artmed*. São Paulo.

- FERRÃO, YA; BEDIN, NR; BUSNELLO, EAA – 2004. Impulsividade. In Cap. 20 de Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos, ed. Kapczinski et al. *Artmed*, Porto Alegre.
- FLEITLICH-BILYK, B & GOODMAN, R – 2004. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 43:6.
- FREUD, S – (s.d.). Uma Teoria Sexual. Metapsicologia. Mais Além do Princípio do Prazer. Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. VIII. *Delta*. São Paulo.
- FOWLES, DC; KOCHANASKA, G; MURRAY, K - 2000. Electrodermal activity and temperament in preschool children. *Psychophysiology*. 37; 777-787. *Cambridge University Press*. U.S.A.
- FLETCHER, R & FLETCHER, S – 2006. Epidemiologia clínica. Elementos Essenciais. *Artmed*, São Paulo, SP.
- FRICK, PJ & ELLIS, M – 1999. Callous-Unemotional Traits and Subtypes of Conduct Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 2 (3); 149-168.
- GOLDBERG, JP – 2004. Cultura da Agressividade. *Landy*. São Paulo.
- GOMES, AM – 2005. A criança em desenvolvimento cérebro, cognição e comportamento. *Revinter*, Rio de Janeiro.
- GOODWIN, R; GOULD MB; BLANCO, C; OLFSON, M - 2001. Prescription of psychotropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatr Serv* 52; 1081-1087.
- GRAÑA, RB & PIVA, ABS – 2001. Atualidades da Psicanálise de Crianças. *Casa do Psicólogo*. São Paulo.

- GRANGER, DA; SERBIN, LA ; SWARTZMAN, AE ; LEHOUX, P ;  
COOPERMAN, J; IKEDA, S. – 1998. Children´s salivary cortisol,  
internalizing behavior problems and family environment: project.  
*Inst. J. Behav. Dev.* 22:707-28.
- GRAY, DI & SMITH, AE - 2005. No Teacher Left Behind. *Kappa Delta PI  
Record.* 7-9.
- GREENBERG, P – 2005. Setting Limits: How to Help the Child Who Won´t  
Follow Rules. *Early Childhood Today (Scholastic).* Vol. 19 (4); 22-23.
- GREENBERG, P – 2005. The child who seems angry: helping children  
manage anger and frustration. *Early Childhood Today* vol. 20 (2) 14-15.
- GREENSPAN, SI – 2004. Meeting Learning Challenges: Working With the  
Child Who Has Attention. *Early Childhood Today (Scholastic).* Vol. 19  
(1); 24-25.
- GUNNAR, MR – 1998. Quality of early care and buffering of neuroendocrine  
stress reactions: potential effects on developing human brain. *Prev.  
Med.* 27.208-11.
- HAYES, RD & ELLICKSON, PL –1996. Associations between Drug Use and  
Deviant Behavior in Teenagers. Health Sciences Program Reprint  
Series, 96,23D . *Addictive Behaviors.* Vol. 21; 291-302.
- HARRIS, JC – 2003 . Social neuroscience, empathy, brain integration, and  
neurodevelopmental disorders. *Psychology and Behavior.* 79;525-531.
- HEIM, C; NEWPORT, DJ; HEIT, S; GRAHAM, YP; WILCOX, M; BONSALE,  
R et al. – 2000. Pituitary – adrenal and autonomic response to stress in  
women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the  
American Medical Assoc.* 284; 592-597.

- HILL, J – 2002. Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43:1; 133-164.
- HINSHAW, SP – 1992. Academic Underachievement, Attention Déficits, and Aggression: Comorbity and implications for intervention. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 60, No. 6, 893-903.
- HONIG, AS – 2006. Infants & Toddlers: Understanding Confusing Expressions of Emotions. *Early Childhood Today (Scholastic)*. Vol. 20; (7); 17-19.
- HUESMANN, LR – 1997. Children´s Normative Belief about Aggression and Aggressive Behavior. *American Psychological Association*. Vol. 72 (2) 408-419.
- JESTER, JM; NIGG, JT; ADAMS, K; FITZGERALD, HE; PUTTLERL, LI; WONG, MM. ZUCKER, RA – 2005. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology*. 17; 99-125.
- KAGAN, J; REZNICK, JS ; SNIDMAN, N – 1987. The physiology and psychology of behavioral inhibition in childre. *Child Development*. 58; 1459-1473.
- KALB, LM; LOEBER, R – 2003. Child Disobedience and Noncompliance: A Review. *Pediatrics*. Vol. 111 (3); 641-652.
- KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J; IZQUIERDO, I – 2004. Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos. *Artmed*, São Paulo.
- KEENAN, KE & SHAW, DS – 1997. Developmental and social influences on young girls early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 12, 95-118.

- KLEIN, M – 1975. A Psicanálise de Crianças. *Imago*. Rio de Janeiro.
- KLEIN, M – 1996. Amor, Culpa, e Reparação. *Imago*. Rio de Janeiro.
- KLORER, PG & CLAYTON, MO – 2005. Expressive therapy with severely maltreated children: Neuroscience contributions. *J.Am.Art Therapy Ass.* 22(4); 213-220.
- KRAEMER, CH; STICE, E; KAZDIN, A; OFFORDE, DE; KUPFER, D – 2001. How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent Overlapping Proxy Risk Factors. *Am. J. Psychiatry.* 158:848-856.
- LAAKSO, MP; VAURIO, O; KOIVISTO, E; SAVOTAINEN, I; ERONEN, M; ARONEN, HJ; ET AL. – 2001. Psychopathology and posterior hippocampus, *Behavioral Brain Research*, 118, 187-193.
- LADD, GW – 1999. Peer Relationship and Social Competence During Early and Middle Childhood. *Annu. Rev. Psychol.* 50: 333-359.
- LAPLANCHE & PONTALIS – 2001. Vocabulário da Psicanálise. *Martins Fontes*. São Paulo.
- LEWIN, R – 1999. Evolução Humana. *Atheneu Ed.* , São Paulo, SP.
- LIPP, MEN & MALAGRIS, LEN – 2001. In psicoterapias cognitivo-comportamentais. Org. Bernard Range. *Artmed*. Porto Alegre.
- LOEBER, R – 1997. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu. Rev. Psychol.* 48: 371-410.

- LOEBER, R & HAY, DF - 1997. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Ann./ Rev. of Psychol.* 48; 371-410.
- LOEBER, R; LOEBER, MS – 1998. Development of juvenile aggression and violence. *American Psychologist.* 53;(2), 242-259.
- LORENZ, K – 1963/2001. A Agressão Uma História Natural do Mal. *Relógio D'Água Editores.* Lisboa.
- LURIA, AR – 2001. Pensamento e Linguagem. *Artmed.* São Paulo.
- LYONS-RUTH, K & JACOBVITZ, D – 2003 . Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. *Guilford Press,* New York. 520-554.
- LYZNICKI, JM; MCCAFFREE, MA; ROBINOWITZ, CB – 2004. Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American Family Physician.* Vol. 70, No. 9.
- MACLEAN, PD – 1949. Psychosomatic disease and the “visceral brain”: Recent development bearing on the Papez theory of Emotion. *Psychosom. Me.* 11:338-353.
- MACLEAN, PD – 1985. Evolutionary psychiatry and the triune brain. *Psychological Medicine:* 15; 219-221.
- MARSHALL, WL & MARSHALL, L – 2000. The origins of sexual offending. Trauma, Violence and Abuse. *Plenum,* New York.; 250-263.
- MARSHALL, WL; HUDSON, SM & HODKINSON, S – 1993. The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. Juvenile sex offending. *Plenum,* New York. 164-181.

- MARTIN, CS; EARLEYWINE, M; BLACKSON, TC; VANYUKOV, K;  
JENSON, PS – 1994. Aggressivity, Inattention, Hyperactivity, and  
Impulsivity in Boys at High and Low Risk for Substance Abuse. *J.  
Abnormal Child Psychology*. Vol. 22, No. 2.
- MARTIN, P; BATESON, P –1986/2005. Measuring Behavior. Cambridge  
*University Press*. Cambridge.
- MEDNICK, S & Dandel, E – 1988. Genetic and perinatal factors in violence in  
T. Moffitt & S Mednick (eds.) *Biological contributions to crime causation*.  
121-131.
- MELLO, ACMPC – 1999. O Brincar de Crianças Vítimas de Violência Física  
Doméstica. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade  
de São Paulo. 1-477.
- MERLEAU-PONTY, M – 2006. Psicologia e Pedagogia da Criança. *Martins  
Fontes*. São Paulo
- MERROW, J – 2004. Safety an Excellence. *Educational Horizons*. 19-32.
- MIRANDA-SÁ JR, LS – 2001. Avaliação dos processos psicológicos afetivos.  
Compêndio de Psicopatologia e Semiologia Psiquiátrica, *Artmed*, Porto  
Alegre.
- MOFFITT, TE & CARPI, A – 2001. Childhood differentiate life-course  
persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males  
and females. *Development and psychopathology*, 13; 355-376.
- MONROE, CR – 2006. Misbehavior or Misinterpretation? . *Kappa Delta PI,  
Record*. 161-165.
- MOORE, T – 2004. Helping children Live & Learn in a Diverse World. *Early  
Childhood Today (Scholastic)*. Vol.9 (3); 36-44.



- MUCHIMAPURA, S; MASON, R; MARSDEN, CA – 2003. Effect of isolation rearing on pre and post-synaptic serotonergic function in the rat hippocampus. *Synapse*. 47, 209-217.
- NANSEL, TR; OVERPECK, M; PILLA RS ET AL. – 2001. Bullying behavior among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 285;2094-2100.
- OLDES, D – 1997. Stability of Aggressive Reaction Patterns in males: A Review. *Psychological Bulletin*. Vol. 86, No. 4, 852-875.
- OLWEUS, D – 1979. Stability of Aggressive Reaction Patterns in Males: A Review. *Psychological Bulletin*. Vol. 86; No. 4, 852-875.
- PAIM, I – 1993. História da Psicopatologia. *Ed. Pedagógica Universitária*. São Paulo.
- PATEL, NC; PHARM, D; CRISMON, ML; HOAGWOO, K; JANSEN, PS – 2005. Unanswered Questions Regarding Atypical Antipsychotic Use in Aggressive Children and Adolescent. *J. of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Vol. 15, No. 2: 270-284.
- PIAGET, J – 1978. A formação do símbolo na criança. *Zahar*, Rio de Janeiro.
- PIAGET, J – 1994. O Juízo Moral na Criança. *Summus Ed.*; São Paulo.
- PINKER, S – 2001. Como Mente Funciona. *Companhia das Letras*. São Paulo.
- POPE, AW - 1991. Aggression, Hyperactivity and Inattention-Immaturity: Behavior Dimensions Associated With Peer Rejection in Elementary School Boys. *Developmental Psychology*. Vol. 22 (4): 663-671.

- POTEGAL, M & ARCHER, J – 2004. Sex differences in childhood anger and aggression. *Child Adolesc. Psychiatric Clin N Am* 13; 513-528.
- QUAY, HC – 1983. A dimensional approach to children's behavior disorders: The revised behavior problem checklist. *School Psychology Review*. 12; 244-249.
- RAINE, A; VENABLES, PH; MEDNICK, SA – 1997. Low Resting Heart Rate at Age 3 Years Predisposes to Aggression at Age 11 Years: Evidence From the Mauritius Child Health Project. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 36-40.
- RAINE, A; VENABLES, PH; DALAIS, C; MELLINGEN, K; REYNOLDS, C; MEDNICK, SA – 2001. Early educational and health enrichment at age 3-5 years is associated with increased autonomic and central nervous system arousal and orienting at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project. *Psychophysiology*. 38: 254-2666. Cambridge Press. U.S.A.
- RAINE, A; VENABLES, PH; CYRIL, D; KJTIL, M; CHANDRA, R; SARNOFF, AM – 2001. Early educational and health enrichment at age 3-5 years is associated with increased autonomic and central nervous system arousal and orientating at age 11 years: evidence from de Mauritius Health Project. *Psychophysiology*. 38; 254-266.
- RAINE, A – 2002. Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43; 417-434.

- RAINE A – 2002. Biosocial Studies of Antisocial and Violent Behavior in Children and Adults: A Review. *J. of Abnormal Child Psychology*. 30(4)311-326.
- RANGÉ, B – 2001. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. *Artmed*. São Paulo.
- RHODEWALT, F; MADRAIN, JC; CHENEY, S – 1998. Narcissism, self-knowledge, organization, and emotional reactivity: the effect of daily experience on self-esteem and affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 102; 357-389.
- ROSE, S – 2006. O Cérebro do Século XXI. Como entender, manipular e desenvolver a mente. *Ed. Globo*. São Paulo.
- ROURKE, B – 1985. Neuropsychology of learning disabilities: essentials of subtype analysis. *Guilford Press*. New York.
- RUTTER, M . 1998. Some research considerations on intergenerational continuities and discontinuities. *Development Psychology*. 34; 1269-1273.
- SCIENCE & VIE – 2005. Lês Nouveaux Mystères de l'hérédité. *Science & Vie*. No. 230; 64-78.
- SCARPACI, R – 2006. Bullying. Effective Strategies for Its Prevention. *Kappa Delta PI Record*. 170-174.
- SCHROEDER, SR; OSTER-GRANITE, ML; BERKSON, G; BODFISH, JW et al. – 2001. Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. *Mental Retardation and Developmental disabilities*. (7) 3-12.

- SERBIN, LA. & KARP, J. – 2004. The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annu. Rev. Psychol.* 55:333-363.
- SERBIN, LA. ; PETERS, PL.; SWARTZMAN, AE.; - 1996. Longitudinal Study of early childhood injuries and acute illness in the offspring of adolescent mothers who were aggressive, withdrawn, or aggressive-withdrawn in childhood. *J. Abnorm. Psychol.* 105; 500-71.
- SMITH, EA – 2000. Three Styles in the Evolutionary Analysis of Human Behavior. *In Adaptation and Human Behavior*. Ed. Cronk et al. Aldine Gruyter, New York.
- SQUIRE, LRS; KANDELL, ER – 2003. Memória. Da Mente às Moléculas. *Artmed*, Porto Alegre.
- STEINBERG, L – 2000. Youth Violence: Do Parent and Families Make a Difference? . Department of Justice, Washington, DC. *National Inst. Of Justice*. No.243; 31-38.
- STERNBERG, RJ – 2000. Psicologia Cognitiva. *Artmed*. São Paulo.
- STORCK, EA & LEDLEY, DR – 2005. Peer Victimization and Psychosocial Adjustment in Children: Current Knowledge and Future Directions. *Clin. Pediatr.* 44: 29-38.
- STORCK, EA, MASIA-WARNER, CL - 2004. The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *J. Adolesc.* 27: 351-362.
- STORKIN, TA - 1997. The impact of fetal nicotine exposure on nervous system development and its role in sudden infant death syndrome. *Nicotine*. *Oxford*, New York.

- STREISSGUTH, LA; KARP, J – 2004. The Intergenerational Transfer of Psychosocial Risk: Mediators of Vulnerability and Resilience. *Ann. Rev. Psychol.* 55:333-63.
- TAYLOR, TK; EDDY, JM; BIGLAN, A – 1999. Interpersonal Skills Training to Reduce Aggressive and Delinquent Behavior: Limited Evidence and the Need for an Evidence-Based System of Care. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 2(3):169-182.
- TEICHER, MH - 2002. The Neurobiology of Child Abuse. *Scientific American*. Vol. 286 (3); 54-61.
- TIEGER, R – 1980. On the biological basis of sex differences. *Child Development*. 51; 943-963.
- TREMBLAY , RE; LE BLANC, M; SCHWARTZMAN, AE – 1996. The predictive power of first grade peer and teacher ratings of behavior and personality at adolescence. *J. Abnorm. Psychol.* 105; 571-584.
- TREMBLAY, RE – 2000. The development of aggressive behavior during childhood: what have we learned in the past century? *J. Behav. Dev.* 24;129-141.
- TURATO, ER – 2003. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico- Qualitativa. *Ed. Vozes*. Petrópolis, RJ.
- TURGAY, A – 2005. Treatment of comorbidity in conduct disorder with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol*, 44(1): 29-38.
- VYGOTSKY, LS – 2004. Psicologia Pedagógica. *Martins Fontes*. São Paulo.
- VOLKOW, ND; TANCREDI, LR; GRANT, C; GILLESPIE, H; VALLENTINE, A; MULLANI, N; WANG, GJ; HOLLISTER, L – 1995. Brain glucose

- metabolism in violent psychiatric patients a preliminary study.  
*Psychiatry Research: Neuroimaging* 61:243-253.
- VOORHEES VE & SCARPA, A – 2004. The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma, Violence & Abuse*. Vol. 5 (4); 333-352.
- WALLACE, RA. – 1938/1985. Sociobiologia o fator Genético. *Ibrasa*, São Paulo.
- WATSON, JD – 2005. DNA o segredo da Vida. Companhia das Letras. São Paulo.
- WIDOM, CS – 2000. Childhood Victimization: Early Adversity, Later Psychopathology. *National Institute Of Justice Journal*, no. 243; 3-9.
- WINNICOTT, DW – 1983/2002. Privação e Delinquência. *Martins Fontes*. São Paulo.
- WINNICOTT, DW - 1990. Natureza Humana. *Imago*, Rio de Janeiro.
- ZIMMERMAN, DE – 1999. Fundamentos Psicanalíticos. *Artmed*. Porto Alegre.
- ZOCCOLILLO, M, ; PICKLES, A. ; QUINTON, D.; RUTTER, M. – 1992. The outcome of childhood conduct disorder; implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986. Cambridge University Press.