

CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NOS PRECEITOS DO TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (TOD): ESTRATÉGIAS PARA PAIS E CUIDADORES

Mariana Pozzobon Welter Guerra¹
Rosana Regina Lopes de Deus²
Renato Victorino Delgado³

RESUMO: O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é uma psicopatologia da infância e adolescência que tem se mostrado frequente, atraindo atenção de pais e educadores. Intolerância a regras, comportamento desafiador, impulsividade, irritabilidade e índole vingativa, se apresentam de forma frequente, caracterizando o TOD. Estes sintomas geram prejuízos nas relações familiares e sociais, impactando o desenvolvimento do sujeito. As estratégias de tratamento giram em torno dos problemas comportamentais da criança, considerando as consequências obtidas na interação com o ambiente como mantenedoras desses comportamentos. Os princípios da análise do comportamento embasam as estratégias, que serão apresentadas de forma objetiva para pais e cuidadores.

PALAVRAS-CHAVES: Comportamento, ambiente, interação, psicopatologia, personalidade, qualidade de vida, estratégias.

CONTRIBUTIONS OF BEHAVIOR ANALYSIS IN THE PRECEPTS OF OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER (ODD): STRATEGIES FOR PARENTS AND CAREGIVERS

ABSTRACT: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is a psychopathology of childhood and adolescence that has been shown to be frequent, attracting attention from parents and educators. Rule intolerance, defiant behavior, impulsivity, irritability, and a vengeful nature are frequently present, characterizing ODD. These symptoms generate damage in family and social relationships, impacting the subject's development. The treatment strategies revolve around the child's behavioral problems, considering the consequences obtained in the interaction with the environment as maintainers of these behaviors. The principles of behavior analysis underlie the strategies, which will be presented in an objective manner for parents and caregivers.

KEYWORD: behavior, environment, interaction, psychopathology, personality, quality of life, strategies.

APORTACIONES DEL ANÁLISIS DE LA CONDUCTA EN LOS PRECEPTOS DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TOD): ESTRATEGIAS PARA PADRES Y CUIDADORES

RESUMEN: El Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) es una psicopatología de la infancia y la adolescencia que se ha demostrado frecuente, lo que atrae la atención de padres y educadores. La intolerancia a las normas, el comportamiento desafiante, la impulsividad, la irritabilidad y el temperamento vengativo están frecuentemente presentes, caracterizando el TOD. Estos síntomas generan daños en las relaciones familiares y sociales, impactando en el desarrollo del sujeto. Las estrategias de tratamiento giran en torno a los problemas de conducta

¹Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR. Umuarama - PR, Brasil. E-mail: mariana.guerra@edu.unipar.br

²Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR. Umuarama - PR, Brasil. E-mail: rosana.deus@edu.unipar.br

³Docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR. Umuarama - PR, Brasil. E-mail: renatodelgado@prof.unipar.br

del niño, considerando las consecuencias obtenidas en la interacción con el entorno como mantenedoras de estos comportamientos. Los principios del análisis del comportamiento sustentan las estrategias, que se presentarán de forma objetiva para los padres y cuidadores.

PALABRAS-CLAVE: comportamiento, entorno, interacción, psicopatología, personalidad, calidad de vida, estrategias.

1. INTRODUÇÃO

A psicologia, ao ser reconhecida como uma ciência, percorreu um longo caminho a fim de remover o status de uma prática, que por algum tempo esteve inserida em um contexto que produzia psicodiagnósticos estigmatizantes e procedimentos normalizadores, que visavam à adequação dos sujeitos aos padrões ditados como normais por uma sociedade (BENELLI et al. 2017). Em contrapartida, vivemos numa era onde o aprimoramento de conhecimento científico, teórico e prático, permite uma maior realização de diagnósticos relacionados a transtornos na saúde mental dos sujeitos, incluindo os pertencentes à infância e adolescência (CAPONI, 2018).

Quando estabelecidos de forma ética, responsável e socialmente comprometidos, os psicodiagnósticos contribuem para uma maior compreensão acerca do funcionamento do sujeito, servindo de base fundamental para guiar os familiares, profissionais de saúde, profissionais da educação e comunidade a respeito das formas de cuidado e atenção disponíveis em cada situação, contribuindo para prevenção de problemas futuros e atuando na promoção de saúde e bem-estar do sujeito em desenvolvimento (SOUZA, HEREK, GIROLDO, 2014).

O Transtorno de Oposição Desafiante, também referido como TOD, tem sido um diagnóstico frequente dentro da psiquiatria infantil, visto que como apontado por Brites (2019) acomete em média 6% das crianças e adolescentes, com prevalência três vezes maior em meninos. Considerado uma psicopatologia, o Transtorno de Oposição Desafiante, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM-V (2014), se enquadra como um Transtorno Disruptivo do Controle de Impulsos e da Conduta e é caracterizado pela persistência de alguns problemas relacionados ao autocontrole de emoções e comportamentos, principalmente em crianças em idade escolar, podendo ainda se estender até a adolescência e fase adulta (SADOCK, 2007; APA, 2014).

Diferentemente do comportamento chamado muitas vezes pelo senso comum de “birra”, conduta natural nas fases iniciais do desenvolvimento infantil, no TOD os problemas envolvem comportamentos antissociais e condutas desafiadoras e agressivas, incluindo humor raivoso, atitudes questionadoras e desafiantes, intolerância a regras, irritabilidade e índole vingativa. Todas essas reações se apresentam com frequência ao longo de um certo período de tempo e acarretam prejuízos na vida acadêmica, social e na convivência familiar do sujeito, motivo pelo qual tem atraído o interesse de educadores e profissionais da área da saúde a respeito dos métodos de condução dos comportamentos apresentados (MARCELLI & COHEN, 2009; BRITES, 2019).

No senso-comum, inclusive em parte da literatura, os sujeitos com TOD sofrem estigmatização quando passam a ser rotulados em vários ambientes, principalmente familiar e escolar, pelos comportamentos julgados como “desviantes”. Muitas vezes referidos como “mal-educados”, “reizinhos da casa”, “desobedientes”, “ovelha negra”, esses indivíduos passam a ter prejuízos na construção da sua auto estima, além da fragmentação de seus laços afetivos, o que modifica a sua forma de se relacionar com o outro, provocando sofrimento para o sujeito e seus familiares. Muitas vezes os pais também passam a sofrer certa culpabilização, por não conseguirem controlar os comportamentos hostis da criança (CAPONI, 2018; BRITES, 2019).

Dentre os tratamentos possíveis, que devem ser realizados de forma interdisciplinar, a psicoterapia baseada na Análise do Comportamento e a psicoeducação da família e educadores, podem contribuir de forma eficiente, sendo esta última importante inclusive na prevenção do TOD (TEIXEIRA, 2014; CABALLO & SIMON, 2015; BRITES, 2019). A Análise do Comportamento, descreve o comportamento infantil como resultado da interseção do organismo infantil com variáveis ambientais e compreende que as contingências ambientais e familiares são responsáveis pela manutenção de comportamentos considerados disruptivos (CONTE & REGRA, 2004; MOREIRA & MEDEIROS, 2019).

Sendo assim, o presente trabalho propõe oferecer formas de intervenção baseadas na Análise do Comportamento que sejam compreensíveis e aplicáveis, tanto para os profissionais da área da saúde, como para familiares e educadores que convivem com o sujeito portador de TOD, de modo que possa existir uma melhoria nas relações familiares e sociais desses indivíduos.

2. TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE - TOD

Desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o DSM é um sistema diagnóstico e estatístico de doenças mentais mais utilizado para a prática clínica e pesquisa em psiquiatria nos Estados Unidos e também no Brasil (MATOS, 2005). Transtornos de comportamentos disruptivos em crianças e adolescentes passaram a ter seu conceito estabelecido na publicação da segunda edição do DSM, no ano de 1972. Porém, o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) só passou a ser incluído no DSM-III, em 1980, como um distúrbio pertencente aos Transtornos de Conduta (BURKE & LOEBER, 2010; BRITES, 2019).

De forma mais detalhada, o DSM aponta que os indivíduos que se incluem no Transtornos de Conduta podem apresentar comportamentos antissociais exacerbados, como atos cruéis contra pessoas e animais, lutas corporais frequentes, fazer ameaças, violar regras sociais, invadir propriedade e até utilizar armas para ameaçar ou ferir pessoas (APA, 2014).

De acordo com Riggs (1997), Rowe et al. (2002), Burke & Loeber (2010) e Brites (2019), essa inclusão do TOD dentro da categoria dos Transtornos de Conduta (TC) é controversa, pois o avanço em pesquisas mostrou que o TOD é um transtorno que se mostra menos agressivo e que pode evoluir para um Transtorno de Conduta nos casos em que os indivíduos não recebem o tratamento adequado. Segundo a Classificação Internacional de doenças, CID-11 (2012) e Amorim & Porto (2020), o TOD pode ser compreendido como um subtipo do transtorno de conduta, uma vez que apresenta menor intensidade nos comportamentos antissociais agressivos e maior intensidade de comportamentos provocativos e de desobediência, principalmente diante de figuras de autoridade.

O último Manual Diagnóstico Estatístico de Doenças Mentais- DSM-V, aborda o TOD ainda pertencente à categoria dos Transtornos de Conduta, sendo caracterizado por um padrão frequente e persistente de algumas categorias comportamentais, como humor raivoso/irritável; comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa (APA, 2014).

Barletta (2011) e Teixeira (2014) relatam que essas atitudes desafiadoras podem prejudicar as relações sociais do sujeito que apresenta TOD, por isso frequentemente possuem poucos amigos e relações familiares conflituosas. Ainda para os autores, os transtornos mentais da infância, incluindo o TOD, interferem no desenvolvimento desses sujeitos, pois trazem impactos no seu processo de socialização, aprendizagem e afetam negativamente a constituição do seu psiquismo e personalidade, interferindo, inclusive, na sua autoestima.

Ainda, de acordo com Barletta (2011), Teixeira (2014) e Brites (2019) há uma dificuldade de se estabelecer diagnósticos e tratamentos para os transtornos disruptivos, sendo que durante o desenvolvimento do sujeito, que compreende a infância e adolescência, observa-se uma variedade de classes de comportamentos, incluindo os desafiadores. Bordin & Offord (2000) consideram que comportamentos desafiadores esporádicos e isolados fazem parte do desenvolvimento infantil, porém deve haver atenção se houver frequência que indique um padrão.

Para cumprir os critérios diagnósticos apontados pelo DSM-V, o indivíduo deverá apresentar no mínimo quatro sintomas, dos oito que são incluídos, sendo eles: (1) com frequência perde a calma; (2) com frequência questiona figuras de autoridade; (3) com frequência se recusa obedecer regras; (4) com frequência sente-se aborrecido/incomodado; (5)

com frequência culpa os outros pelos seus próprios erros; (6) com frequência é raivoso/ressentido; (7) com frequência incomoda outras pessoas; e por fim (8) se mostra-se vingativo. Esses sintomas devem ser apresentados na interação com um indivíduo que não seja um irmão, com duração de pelo menos seis meses. Para crianças abaixo dos 5 anos de idade, esses sintomas devem aparecer na maioria dos dias nesse período, sendo que acima desta idade a apresentação dos sintomas uma vez por semana durante o período analisado, já é um critério para o diagnóstico (APA, 2014).

Ainda, outros fatores apontados pelo Manual supracitado devem ser considerados para compor um bom diagnóstico, como estabelecer se as perturbações no comportamento trazem sofrimento para o indivíduo e para quem convive com ele, ou se causam impactos negativos no convívio social, familiar, educacional e profissional desses sujeitos.

Em relação à incidência, o DSM-V aponta uma maior prevalência do TOD em indivíduos do sexo masculino numa proporção de 1,4:1 antes da adolescência (APA,2014). Já Burke & Loeber (2010) citam a prevalência no sexo masculino de 3:1, sendo que após a puberdade as proporções são semelhantes. Os sintomas em geral são similares em ambos os sexos, porém os indivíduos do sexo masculino podem apresentar mais comportamentos de confronto e sintomas mais persistentes.

As causas do TOD são multifatoriais e envolvem aspectos biológicos e ambientais. A parte biológica inclui as alterações genéticas descritas por Burke & Loeber (2010), Efferson e Glenn (2015) e Brites (2019) como sendo as principais responsáveis pelo transtorno, já que há uma taxa alta de herdabilidade em torno de 61%. Essas alterações genéticas modificam estruturas cerebrais responsáveis pela atenção ao erro, auto regulação emocional e temperamento, fazendo com que hajam déficits neuropsicológicos, incluindo negativismo exacerbado, maior apresentação de reações explosivas diante de frustrações e menor tolerância a atividades longas ou indesejadas, caracterizando assim comportamentos de impulsividade. A capacidade de refletir antes de agir, insuficiente no TOD, também ocorre devido a alterações em áreas cerebrais.

Assim a agressividade e a impulsividade, características do TOD, dificultam o processamento de novas informações e interferem nos comportamentos modelados por aprendizagem social, prejudicando as habilidades sociais do sujeito (SERRA-PINHEIRO et al. 2004; EFFERSON & GLENN, 2015; BRITES, 2019).

É importante ressaltar que exames de imagem, segundo Brites (2019) não são considerados ideais para estabelecer o diagnóstico de TOD, pois ele é prioritariamente clínico. Nesse sentido, Teixeira (2014) relata que estudos demonstraram ainda relação entre índices

elevados de testosterona e baixos índices de cortisol nesses sujeitos, porém não de forma conclusiva.

Os autores Greene et al. (2002), Serra-Pinheiro et al. (2004) e Teixeira (2014) descrevem que fatores ambientais sociais também estão entre as causas do TOD, podendo muitas vezes estar relacionado a um lar opressor com regras muito rígidas, convivência com violência e agressividade, baixo nível socioeconômico, fatores escolares como superlotação de salas de aula ou contextos ambientais sem consistência no estabelecimento e cumprimento de rotinas e regras. Brites (2019) considera decisiva a influência ambiental das figuras de autoridade e dos pares, pois os sintomas que se iniciam geralmente por volta dos 4 anos de idade e atingem o ápice por volta dos 7 anos, podem se estender para a adolescência se nada for feito.

O TOD comumente é associado a outras condições neuropsiquiátricas. Segundo Burke et. al. (2014), Riley, Ahmed, Locke (2016) e Brites; (2019), é comum que sujeitos diagnosticados com TOD, em algum momento da vida, apresentam alguma comorbidade, sendo o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) o mais associado. As características de quem enfrenta os dois transtornos simultaneamente, o que ocorre em aproximadamente 30% dos casos, se sobrepõem, fazendo com que além dos comportamentos desafiadores esses sujeitos apresentam dificuldade de autocontrole para cumprir as tarefas, problemas motores e espaciais, dificuldade ou aversão em situações de espera, dificuldade de memorização, levando muitas vezes ao baixo rendimento escolar. Além do TDAH, segundo Bordin & Offord (2000); Burke et al. (2010); APA (2014) os transtornos depressivos e de ansiedade ocorrem em média de 10% a 33% nos sujeitos portadores do TOD.

De acordo com Serra Pinheiro et. al. (2004), ainda não há tratamento farmacológico bem estabelecido para TOD ou TC. Porém, no processo de tratamento do Transtorno Opositivo Desafiador às vezes é preciso que se faça uso de medicamentos para o controle dos sintomas agressivos, com o objetivo de acalmar a criança ou adolescente e melhorar a auto regulação de humor frente as frustrações. Brites (2019) descreve que o tratamento farmacológico se mostra efetivo e promissor, possibilitando ao sujeito que haja um melhor engajamento com o processo terapêutico de manejo de seus comportamentos.

No TOD a criança, por ser impulsiva e opositora frente a regras, pode ainda ter prejuízo pedagógico devido à comorbidades como o TDAH, passando a ser estigmatizada pela sociedade. Esse estigma social ocorre no ambiente familiar, acadêmico ou mesmo entre os pares, acarretando graves prejuízos nas relações do sujeito e na percepção a respeito de si. Caponi (2018) relata que muitas vezes a preocupação com esses sujeitos perpassa o diagnóstico

pela problemática do risco, onde há apenas a antecipação de problemas psiquiátricos e jurídicos, sob um olhar para o sujeito apenas como “delinquente”.

Teixeira (2014) aponta, segundo estatística, que 67% das crianças com diagnóstico de TOD, desde que acompanhadas terapeuticamente, deixarão de apresentar os sintomas nos anos seguintes, ficando clara em sua análise a importância das intervenções. Já as crianças sem acompanhamento poderão permanecer com os mesmos sintomas na mesma intensidade, ou intensificá-los, podendo evoluir para um Transtorno de Conduta. De acordo com Caballo e Simón (2015), existem várias evidências de que as trocas que ocorrem entre as crianças e as figuras de autoridade, principalmente os pais, são fundamentais para moldar e manter os comportamentos disruptivos.

Nesse sentido, Riggs (1997) cita que o tratamento do TOD pode ser feito a partir de quatro tipos de intervenções, tais como: o treinamento com os pais, programas sociais de psicoeducação, intervenção na escola e na comunidade. Brites (2019) complementa que o tratamento deve ser multidisciplinar, abrangendo o sujeito e seu contexto ambiental, incluindo psicoterapia cognitivo-comportamental, treino de habilidades sociais e terapia de manejo parental. Eyberg, Nelson, & Boggs, (2008) identificaram 34 estudos americanos procurando tratamentos eficientes para o TOD. O que conseguiram registrar é que não há um tipo de tratamento específico, pois o TOD pode se apresentar com variações na idade e intensidade, o que torna o tratamento personalizado a cada sujeito.

Apesar da não obtenção de um único tratamento para o TOD, os estudos trouxeram em comum técnicas que atuam sempre em torno do manejo parental para ensinar habilidades aos pais na condução dos problemas com os filhos. É utilizado também os princípios da Análise do Comportamento em programas de treinamento de habilidades sociais, os quais orientam as crianças na condução de problemas, além de psicoeducação na escola, para orientar professores e cuidadores na condução dos comportamentos disruptivos.

Três técnicas de acordo com Burke & Loeber (2010) e Brites (2019) são bem descritas em todos os estudos, sendo todas norte-americanas. A primeira descrita por Brinkmeyer & Eyberg (2003) é a *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*, destinada a crianças entre 2 e 7 anos. Nela os pais, durante a interação com os filhos através de fones de ouvido, são orientados por psicólogos que observam a interação e realizam as orientações.

A segunda técnica descrita por Webster-Stratton & Reid (2003) trata-se do programa *The Incredible Years*, que consiste no treinamento de pequenos grupos compostos por pais, crianças (de 0 a 13 anos) e professores, que tem como objetivo reduzir o risco de comportamentos opostos-desafiadores por meio do desenvolvimento de motivação para vida

escolar, habilidades de autorregulação emocional e competências sociais, além do manejo positivo da relação entre pais e filhos, professores e alunos. Brites (2019) complementa que nesse programa os pais são capacitados para reconhecerem e modificarem suas percepções negativas a respeito dos filhos, bem como a modificarem crenças e julgamentos de algumas atitudes.

A terceira técnica descrita é o *Barkley's parent-management training program* (BARKLEY, 2013), que consiste em um programa bem estruturado contendo 10 passos para pais na condução de comportamentos da criança desafiadora. Para o autor quatro fatores contribuem para a formação dos comportamentos disruptivos da criança e sempre devem ser considerados, sendo: pais negligentes; características do temperamento da criança; características do temperamento dos pais e comorbidades dos pais como presença de TDAH e; características do ambiente social, que podem ser harmônicas ou conflituosas. O programa é individualizado, baseado em conceitos da Análise do Comportamento como a análise funcional dos comportamentos disruptivos, o reforço positivo de comportamentos adequados, a tabela de economia de fichas e os procedimentos de extinção comportamental.

Teixeira (2014) complementa que os tratamentos preconizados pela Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) defendem a interdisciplinaridade do tratamento, devendo abranger várias áreas da vida da criança, como a psicoeducação de familiares e professores, bem como a ampliação das formas de condução dos comportamentos apresentados. O autor defende que os princípios de Skinner, que embasam a teoria e prática da Análise do Comportamento e definem que o comportamento pode ser aprendido e, portanto, modificado; são os que irão subsidiar o manejo dos comportamentos disruptivos, fazendo com que através do condicionamento operante, pais e professores possam ensinar e reforçar um comportamento positivo em substituição a um comportamento inadequado.

3. ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Para melhor compreensão, Carvalho Neto (2002) apresenta a Análise do Comportamento sendo subdividida em 3 áreas, quais sejam: o Behaviorismo Radical (filosofia responsável por sua teoria); a Análise Experimental do Comportamento (que produz de forma empírica o conhecimento sobre o comportamento humano); e a Análise do Comportamento Aplicada (que diz respeito à forma de intervenção dos terapeutas analistas do comportamento).

De acordo com Sampaio (2005) o psicólogo norte-americano B.F. Skinner é considerado o mais eminente no século XX, pois ao propor o Behaviorismo Radical determinou de forma científica o comportamento, semelhante o que fazem as ciências naturais ao buscarem compreender seu objeto de estudo. Ao analisar a interação entre organismo e ambiente a partir de dados empíricos, ou seja, baseados na experiência, observação a partir de métodos e partindo da suposição de que o comportamento é determinado, Skinner passou a investigar o comportamento operante e como ele pode ser submetido à previsão e controle.

Moreira & Medeiros (2019) trazem a classificação de comportamentos operantes definidas por Skinner (1982) como sendo os que produzem consequências, ou seja, aqueles que produzem mudanças no ambiente e passam a ser afetados por essas consequências. Portanto, a criança ao emitir um comportamento acabará por promover uma alteração no ambiente. Essas alterações podem ocorrer no ambiente físico, como por exemplo, a luz ascender como consequência da emissão do comportamento de apertar o interruptor, assim como também podem ocorrer no ambiente social, como por exemplo, o comportamento verbal dos pais de elogio, como consequência da apresentação de comportamentos adequados pela criança. Para os autores, através do comportamento operante é que aprendemos nossas habilidades e a ser como somos.

Além disso, há uma perspectiva seletiva onde apenas os comportamentos que alcançarem funções relacionadas à adaptação ao ambiente irão fazer parte do repertório comportamental do sujeito. Nesse sentido, Skinner (2007) ressalta que as consequências dos nossos comportamentos poderão funcionar como reforçadoras ou punitivas e irão determinar, em algum grau, se eles ocorrerão novamente, o que acontece de forma natural na maioria das vezes, sem que nos demos conta do processo. Ainda, Brites (2019) defende que o primeiro passo para o tratamento de crianças e adolescentes com TOD é observar como ocorre a dinâmica familiar, ou seja, como são colocadas as regras, as condutas diante das regras como reforçamentos e punições, como é realizada as trocas afetivas, o cuidado e a segurança dessa criança, que deve se desenvolver em um ambiente harmonioso.

Lobo, Flach e Andretta (2011) descrevem que pais e filhos se influenciam mutuamente e essa relação é fundamental no desenvolvimento da criança. Para tanto, os pais passam a servir de modelo para aprendizagem de muitos comportamentos da criança e por isso devem estar engajados e atentos às mudanças necessárias. Teixeira (2014) ainda abrange em seu livro “O Reizinho da casa” algumas estratégias que podem ser desenvolvidas pelos pais na condução dos comportamentos disruptivos, como: a economia de fichas, o contrato

comportamental, a premiação de comportamentos positivos e punição comportamental, todas de acordo com os princípios da Análise do Comportamento.

Brites (2019); Teixeira (2014); Barkley (2013); Brinkmeyer & Eyberg (2003); Webster-Stratton & Reid (2003); Barletta (2011) descrevem o reforçamento positivo de comportamentos adequados como a principal forma de modificação do comportamento, pois além de aumentarem a frequência de que bons comportamentos ocorram, tendem a diminuir a frequência de comportamentos inadequados. O conceito de reforçamento positivo na Análise do Comportamento é imprescindível para compor as intervenções dos analistas do comportamento.

O reforço positivo pode ser entendido como um estímulo que quando apresentado imediatamente após o comportamento, faz com que aumente a sua probabilidade de ocorrer novamente (MARTIN & PEAR, 2009). Portanto, quando o comportamento volta a ocorrer, podemos supor que a consequência obtida foi reforçadora para o sujeito. Como exemplificado anteriormente, o elogio diante dos comportamentos adequados pode atuar como um reforçador social, fortalecendo a resposta da criança de comportar-se de forma adequada (SKINNER, 2007).

Para Moreira e Medeiros (2019) reforçar comportamentos adequados tende a diminuir a frequência de que comportamentos inadequados ocorram. Como exemplo trazido pelos autores, os pais poderão reduzir a frequência do comportamento de “fazer birra” dos filhos, pelo simples fato de elogiarem comportamentos adequados de solicitar por algo que queiram. Já em sala de aula, professores podem reduzir o comportamento dos alunos de conversarem durante as aulas, reforçando com elogios o comportamento de estarem em silêncio, demonstrando que a aula renderá mais e poderão sair antes do intervalo. Skinner (2003) atribui a figura dos pais ou cuidadores como fundamentais na formação de repertórios comportamentais das crianças, já que estes passam a ser os primeiros agentes reforçadores de comportamentos.

Outro conceito importante e controverso dentro da Análise do Comportamento diz respeito ao termo punição. Para Moreira e Medeiros (2019) a punição é um tipo de consequência do comportamento que diminui a probabilidade de que ele ocorra novamente. Os autores ressaltam ainda que não existe um estímulo punidor por natureza, pois só será considerado punitivo após ter relação com a diminuição da ocorrência do comportamento. A controvérsia em relação ao conceito punição, abordada no início do parágrafo, é colocada pelo próprio autor a respeito de sua eficácia. Skinner (1953) ao discorrer sobre a punição, relata que

comportamentos sujeitos a punições tendem a se repetir assim que as contingências punitivas forem removidas.

Como exemplo, uma criança que recebe uma punição verbal dos pais, desaprovando seu comportamento de comer doces, terá o comportamento de comer doces reduzido na presença dos pais, que são os agentes da punição, porém o comportamento poderá ocorrer na presença de outras pessoas.

Sidman (2006) ainda relata que a punição, definida como controle aversivo de um comportamento, traz efeitos colaterais para o sujeito punido, o que torna seu uso desaconselhado por diversos autores da Análise do Comportamento. Dentre os efeitos colaterais da punição há a eliciação, ou seja, apresentação de respostas emocionais quando o sujeito enfrenta estímulos punitivos. Essas respostas emocionais como taquicardia, tremores, choro, sudorese, são as mesmas apresentadas em situações de medo, apreensão, ansiedade, raiva. A criança, para evitar esse tipo de sensação, poderá desenvolver o hábito de mentir para se esquivar de punições, de exercer o contra controle para evitar que o agente punitivo consiga exercer a punição, ou até mesmo como citado por Skinner (1969) desenvolver respostas agressivas.

O contracontrole é definido por Skinner (1953) como um comportamento operante cuja função é tentar fugir ou esquivar de condições aversivas impostas por outro indivíduo. Além disso, o autor descreve a generalização da adversidade para o contexto onde o estímulo aversivo foi utilizado como sendo outro problema relacionado à punição. Nesse sentido, o ambiente onde o estímulo foi apresentado, ou até mesmo partes do estímulo ou do ambiente, podem assumir o controle aversivo. Como exemplo, uma criança na escola que não terminou sua atividade de matemática, recebeu o estímulo punitivo de ficar sem lanche. A criança pode generalizar esse controle aversivo e não querer mais ir para a escola, pois foi o ambiente onde ocorreu o estímulo aversivo, ou até mesmo deixar de gostar de matemática, por ter sido o contexto da punição.

De acordo com Moreira e Medeiros (2019) o reforçamento positivo de comportamentos adequados e o uso da extinção ao invés da punição são as principais formas de controlar um comportamento. O controle aversivo, como a punição, só deve ser utilizado em último caso. Teixeira (2014) defende que a punição pode e deve ser utilizada em alguns casos.

Martin e Pear (2009) e Moreira e Medeiros (2019) descrevem a extinção como sendo um termo usado pela Análise do Comportamento para se referir à remoção de reforçadores após a apresentação de um determinado comportamento, com o objetivo de

diminuir a frequência da ocorrência desse comportamento. Assim, toda vez que o sujeito emitir uma resposta e esta resposta não tiver a consequência reforçadora que anteriormente era apresentada, o comportamento terá menor probabilidade de ocorrer novamente.

Martin e Pear (2009) acrescentam que o comportamento deve ter sido reforçado positivamente para que a extinção seja aplicada. O autor ainda resume que é como se o comportamento “não valesse mais a pena” pois não há consequência reforçadora sendo aplicada. A extinção é apenas uma de várias causas possíveis de redução de comportamento. Para aplicar a extinção é preciso direcionar qual comportamento deve ser modificado. Os autores ressaltam que a extinção é mais eficaz quando é acompanhada de reforçamento positivo.

Para Moreira e Medeiros (2019), quando um comportamento foi sempre reforçado num esquema conhecido como reforçamento contínuo, a partir do momento que ele passa a não ser mais reforçado, o comportamento deixa de existir com mais rapidez. Em contrapartida, quando os reforçadores são apresentados de forma intermitente, o comportamento leva mais tempo para ser extinto. O comportamento que se extingue lentamente é chamado de resistente à extinção. É importante saber que quando se está em processo de extinção os comportamentos tendem a piorar muito, para depois melhorar. Como exemplo, um comportamento de fazer “birra” que sempre obteve uma consequência reforçadora, como ganhar atenção, pode piorar muito quando a atenção a esse comportamento for removida, sendo importante que a aplicação seja executada corretamente, mesmo diante dessas situações.

Os autores supracitados ainda destacam ser fundamental o reforçamento de comportamentos alternativos associado ao processo da extinção. Como exemplo, se o comportamento de chorar solicitando por algo for o alvo da extinção, o comportamento verbal de solicitar por algo deverá ser reforçado. Após a extinção, há ainda a probabilidade de ocorrer o reaparecimento do comportamento-problema após algum tempo, num processo denominado recuperação espontânea, sendo de suma importância ignorar este comportamento para que o processo de extinção continue ocorrendo (MOREIRA & MEDEIROS, 2019).

Quando o sujeito nunca apresentou um comportamento adequado almejado pelos pais, esse comportamento pode ser aprendido num processo chamado de modelagem. A modelagem pode ser utilizada para instalar um comportamento que o indivíduo nunca emitiu, a partir de comportamentos que ele já apresenta no seu repertório comportamental, como sendo um aprimoramento destes. O modificador de comportamento, no caso, os pais, começa por reforçar uma resposta que se aproxime da resposta desejada. A modelagem às vezes é chamada de “método das aproximações sucessivas”, e pode ser definida como o desenvolvimento de um

novo comportamento por meio de reforçamento sucessivo de resposta (MOREIRA & MEDEIROS, 2019).

Neste processo o comportamento inicial pode ser modelado de maneira que a forma final não se pareça mais com o comportamento inicial, sendo esse o objetivo (SKINNER, 2003). Como exemplo da modelagem temos o comportamento verbal, a aquisição de habilidades como a escrita, ou até mesmo o comportamento de tocar um instrumento. Inicialmente o balbucio precede a palavra, o traço precede a escrita, e a nota musical precede a música. Esses comportamentos vão sendo reforçados até que um novo comportamento a partir desse seja ensinado, de modo que o reforçador passa a ser apresentado somente diante do novo comportamento aprendido. A modelagem é um procedimento que ocorre de forma natural no cotidiano das pessoas e também pode ser implementada por analistas do comportamento que irão ensinar os pais a desempenharem a técnica de forma correta (MARTIN & PEAR, 2009).

Os conceitos apresentados anteriormente relativos à Análise do Comportamento foram descritos por Skinner entre 1950 e 1990, ainda assim eles serão os principais componentes das estratégias que serão apresentadas neste trabalho. Nesse contexto, Teixeira (2014) relata que estudos realizados e publicados nos Estados Unidos demonstram uma redução de 50% a 90% dos problemas comuns ao TOD, como oposição às regras e indisciplina, quando as estratégias descritas a seguir forem aplicadas.

3.1 Análise Funcional do Comportamento

Para Barkley (2013) é fundamental que uma análise funcional seja feita antes do início de qualquer intervenção no TOD, pois o comportamento dos pais é um grande mantenedor dos comportamentos inadequados da criança, ainda mais porque isso ocorre sem que eles percebam. As mudanças que ocorrem em um comportamento estão sem dúvidas relacionadas a mudanças ocorridas no ambiente.

Nesse sentido os antecedentes, ou seja, mudanças ocorridas no ambiente antes do comportamento ser apresentado e; as consequências, descritas como as mudanças ocorridas logo após o comportamento, indicam as variáveis existentes. Avaliar as situações específicas a serem analisadas facilita a compreensão e possibilita o planejamento sobre o que vai ser feito, e como vai ser feito. O instrumento utilizado para avaliação funcional é a tabela ABC, que facilita a visualização para quem aplica, uma vez que dispõe de três colunas a serem preenchidas. Com esta tabela, após estabelecer um comportamento-alvo, observa-se o evento

anterior ao comportamento e a consequência imediata à apresentação do comportamento, orientando as hipóteses do motivo pelo qual o comportamento-alvo se mantém (MATOS, 1999).

Para obter resultados positivos ao usar a tabela ABC é fundamental o preenchimento das três fases da tabela, sendo elas: o evento antecedente ao comportamento (podendo incluir eventos sociais como o que foi dito ou feito por outra pessoa, e/ou físicos como sons, iluminação, temperatura, e outros); a descrição do comportamento-alvo (deve ser descrita a ação como bater, chutar, morder, chorar) e a consequência gerada pelo comportamento (o que ocorre imediatamente após a apresentação do comportamento) como mostra a tabela abaixo, contendo informações claras e objetivas referentes ao comportamento disruptivo.

Tabela 01: Tabela de Análise Funcional do Comportamento

Antecedente	Comportamento-alvo	Consequência
exemplo 1: a mãe fala que é hora do banho e desliga a tv.	A criança chora e chuta a mãe e diz que não vai para o banho.	A mãe diz que a criança é desobediente e deixa a criança assistir mais meia-hora de tv.

No exemplo citado na tabela 01, o comportamento-problema ou comportamento-alvo, é descrito. O que ocorre logo após o comportamento pode estar sendo reforçador para que o comportamento se mantenha. A resposta da mãe de permitir com que a criança assista mais tempo de televisão, está reforçando o comportamento de chorar, chutar, e se recusar a ir para o banho. Após colocada essa hipótese, uma mudança na resposta da mãe, como a de não permitir que a criança continue assistindo televisão poderia reduzir a frequência do comportamento-alvo. Além disso, para que a intervenção seja embasada nos princípios citados anteriormente, que inclui reforço positivo de comportamentos adequados, a criança deverá ser elogiada quando for para o banho sem chorar.

Para Brites (2019) os antecedentes ao comportamento também podem ser modificados. Colocar as regras de forma clara, estabelecendo o tempo de televisão até a hora do banho, é uma antecipação necessária para que a criança não seja surpreendida. Quando os pais identificarem um padrão de comportamentos, poderão intervir antes que o comportamento disruptivo se inicie, fornecendo comandos e apontando as consequências que virão.

3.2 Estabelecimento de Regras

De acordo com Brites (2019), o engajamento dos pais e cuidadores nas modificações e adequações da relação que vem sendo estabelecida diante da criança com TOD, ou seja, uma participação efetiva, é fundamental para que as condutas sejam eficazes. Muitas vezes o funcionamento familiar não inclui a colocação e cumprimento de regras de forma clara, e isso deve ser feito.

De acordo com Teixeira (2014) as regras devem ser colocadas de forma clara e objetiva, a fim de criar um ambiente saudável e facilitar a convivência entre pais e filhos. Crianças menores compreendem melhor as regras colocadas de forma visual, como na forma de figuras. Os pais devem dialogar com a criança sobre as consequências do não cumprimento de regras, sendo fundamental que ambos os pais e cuidadores mantenham o mesmo protocolo de regras.

O autor ainda ressalta que os pais devem apontar que existem consequências naturais e/ou lógicas diante da violação de regras, o que faz parte da antecipação de problemas, estratégia importante de intervenção com crianças portadoras do TOD. Como exemplo, uma criança que vai para uma festa de aniversário, ela deve ser lembrada que terão regras quanto às brincadeiras, quanto aos momentos de comer doces, de abrir presentes, e que a consequência de violar essas regras poderá ser o fato de não ser convidada novamente.

Para Skinner (1969) regras são uma forma de controle do comportamento, pois agem como estímulo discriminativo, ou seja, são estímulos que sinalizam que determinado comportamento deve ocorrer, para que se obtenham reforçadores. Uma regra passa a ser seguida pela criança, porque o comportamento de seguir regras similares foi reforçado ou porque o comportamento de não seguir regras similares foi punido.

3.3 Economia de Fichas

Outro material bastante utilizado na Análise Comportamental como estratégia na mudança comportamental, é a economia de fichas (MARTIN & PEAR, 2009). A economia remete à soma de pontos, moedas, fichas, ou até mesmo figurinhas de personagens que a criança goste e que poderão ser acumuladas, diante de comportamentos desejados. A meta é acumular para posteriormente trocar por algo desejante ou um reforçador final. O reforçador final é apresentado sempre que a tabela foi preenchida e a quantidade de pontos foi atingida. É

importante que seja levantado junto à criança quais serão os reforçadores, pois eles devem ser alvo de desejo da criança e viáveis aos pais (TEIXEIRA, 2014).

Este processo é descrito por Skinner (1982) como um condicionamento operante, sendo utilizado um estímulo reforçador condicionado, muitas vezes apresentado na forma de reforço imediato logo após um bom comportamento e inclui um reforço final na forma de premiação pela acumulação dos pontos. Nesse processo ocorre a aquisição de um comportamento adequado que tende a diminuir a frequência do comportamento disruptivo.

Patterson (1996) relata que o sistema de economia de fichas contempla muitas classes de comportamentos que podem ser alterados através de um único reforçador condicionado. Na aplicação, os pais irão selecionar os comportamentos que devem ser modificados. Para que este material seja bem utilizado e venha a trazer bons resultados, é necessário que o reforçador arbitrário, como as fichas, seja sempre emparelhado a outro reforçador natural, podendo ser o incentivo verbal como elogios. A economia de fichas é um programa que pode ser utilizado sempre que for preciso ter mudanças de comportamento e pode ser aplicado por pais, professores e cuidadores (MARTIN & PEAR, 2009). A tabela abaixo exemplifica como os pais podem implementar a economia de fichas.

Tabela 02: Economia de Fichas

Comportamento	S	T	Q	Q	S	S	D	pontos
escovar os dentes quando a mãe pedir	1	1	0	1	0	0	1	4
fazer a tarefa de casa sem chorar	0	0	1	1	1	1	1	5
não bater no irmão	0	0	0	1	0	0	0	1
ir para a cama no horário estipulado pelos pais sem chorar	1	1	0	1	1	1	1	6
sentar-se à mesa na hora das refeições	1	1	1	1	1	1	1	7
								total = 23

Tabela 03: Menu de recompensas da Economia de Fichas

Recompensa	Custo em Pontos
Ir ao McDonald's	35 pontos

Ir à sorveteria	35 pontos
Barra de chocolate	20 pontos
jogar no computador por 2 horas	20 pontos
Passeio no shopping	25 pontos

3.4 Contrato Comportamental

O contrato comportamental foi descrito por Derisi & Butz (1975) como uma técnica utilizada para estruturar o aconselhamento comportamental, na forma de documento, podendo ser utilizado entre professores e alunos, bem como entre pais e filhos. No contrato comportamental os elementos envolvidos são colocados de forma objetiva e simples, para que haja compreensão de ambos os sujeitos que irão utilizá-lo, no caso do TOD, pais e/ou cuidadores e a criança. Um contrato de comportamento funciona como um acordo escrito entre duas ou mais partes, de forma a agendar a troca de reforçadores, estabelecendo quais comportamentos irão alcançar os reforçadores, gerando motivação para os envolvidos (MARTIN & PEAR, 2009).

De acordo com Teixeira (2014) o contrato exige compromisso e deveres das duas partes e o não cumprimento do contrato deverá resultar em penalidades também para as duas partes. O exemplo abaixo ilustra uma maneira do contrato ser redigido.

Tabela 04: Contrato Comportamental

Eu, (nome da criança), concordo em manter meu quarto arrumado, os brinquedos guardados e fazer meus deveres da escola com maior capricho.

Nós (nome dos pais), concordamos em permitir que nosso filho brinque no computador no horário das 18:00h às 20:00h.

Caso nosso filho não cumpra com o que prometeu, ele perderá o direito de ter sua recompensa nesse dia e deverá realizar as atividades que deixou de fazer.

Ainda, o não cumprimento da parte dos pais, em liberar a recompensa, acarretará multa, sendo meia hora a mais do tempo estipulado no computador.

*O contrato terá validade de 30 dias.
local e data*

assinatura:

pais

filho

3.5 Técnica do *Time-Out*

Alguns autores defendem o uso da técnica do *time-out* para controlar comportamentos disruptivos. Mesmo diante das estratégias citadas anteriormente, não podemos esquecer que uma criança que apresenta TOD possui uma tendência a transgredir regras, sendo que a impulsividade e irritabilidade podem gerar desconforto tanto para a criança quanto para o cuidador. Assim, Jones & Downing (1991), Everett et al. (2007), Barkley (2013), Teixeira (2014) e Brites (2019) relatam que a técnica do *time-out* é uma estratégia baseada na remoção de todos os reforçadores oferecidos pelo cuidador, de modo que a criança passe a ter um tempo pré-estabelecido para se acalmar.

De acordo com Everett et al (2007) o *time-out* oferece a vantagem de ter efetividade independente da idade da criança. Para os autores é importante esclarecer para a criança qual comportamento disfuncional fez com que o procedimento fosse adotado. Além disso, os mesmos autores relatam que o *time-out* pode funcionar como reforçamento negativo, pois removem a chance dos pais adicionarem outro estímulo aversivo como punições. Teixeira (2014) descreve que o *time-out* deve ser aplicado imediatamente após o comportamento inadequado ter sido apresentado. A criança é privada de reforçadores, em um local eleito pelos pais como sendo livre de estímulos.

O autor descreve que durante a técnica a criança permanece sentada em um banquinho, até que o aviso de permissão para sair seja adicionado, sendo que os pais devem ignorar qualquer tentativa de negociação. O autor estipula que o tempo deve ser de um minuto para cada ano de idade. O canto do pensamento deve promover segurança para a criança, sem amedrontá-la, porém, ser livre de estímulos reforçadores como exemplo, ambientes como o quarto da criança ou brinquedoteca. A técnica além de interromper o comportamento inadequado, possibilita a disciplina. O autor acrescenta que caso a criança se recuse a sentar-se no local estipulado, deve haver penalidades como o acréscimo de um minuto para cada 10 segundos de recusa. O mesmo deve ser feito caso a criança saia antes do tempo estipulado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Opositivo Desafiante (TOD) é uma psicopatologia da infância e adolescência pertencente aos transtornos disruptivos do controle de impulsos e conduta, podendo ainda ser abordado como um transtorno de comportamento externalizante que tem sido diagnosticado com maior frequência em meninos. O TOD, apesar de se mostrar menos intenso pode preceder um transtorno de conduta, sendo que a intervenção precoce se mostra eficiente na redução dos comportamentos inadequados. As características da criança que apresenta o TOD são: dificuldade em seguir regras, impulsividade, humor raivoso, dificuldade no autocontrole de emoções, comportamentos questionadores e desafiantes, comportamentos que acabam por prejudicar as suas relações no ambiente familiar, acadêmico e social.

A criança muitas vezes passa a ser estigmatizada como sendo uma criança difícil de lidar em vários contextos, gerando impactos na construção da sua personalidade. Os fatores genéticos e ambientais são apontados como causadores do TOD, sendo o segundo passível de ser controlado e alterado, quando houver intervenções eficientes. A criança que apresenta TOD deve ser acompanhada por equipe interdisciplinar, pois é fundamental estabelecer intervenções visando minimizar o impacto no seu desenvolvimento.

O tratamento do TOD pode muitas vezes incluir o uso de medicamentos, de acordo com a intensidade em que se apresenta, porém os estudos descritos na literatura apontam que as terapias comportamentais, a psicoeducação a respeito do transtorno e o manejo dos pais, devem ser a base do tratamento do TOD, visto que geralmente há um funcionamento familiar facilitador dos problemas comportamentais.

As terapias baseadas em evidências ainda são escassas e devem ser melhor desenvolvidas, porém os estudos realizados por autores americanos e brasileiros demonstram estratégias bem estruturadas, que apontam contribuições da Análise do Comportamento como fundamentadoras das intervenções. A estruturação de regras, a análise funcional do comportamento, a economia de fichas, o contrato comportamental e a técnica do *time-out*, foram descritas neste trabalho a fim de auxiliar pais e cuidadores no engajamento de modificações durante a interação com a criança, visando aumentar a frequência de comportamentos adequados e reduzir a frequência dos inadequados. Além disso, o esclarecimento a respeito do transtorno auxilia a compreensão dos familiares e educadores que passam a compreender o funcionamento da criança portadora do TOD, minimizando a visão negativa diante desses sujeitos.

É importante ressaltar que as técnicas descritas na literatura e discutidas no presente trabalho, auxiliam os profissionais e cuidadores a direcionarem as terapias, porém todo tratamento deve ser individualizado e orientado por profissionais. A literatura aponta que ainda é necessário a ampliação dos estudos realizados a respeito de estratégias para reduzir a irritabilidade apresentada no sujeito com TOD, incentivando que estudos sobre o assunto sejam continuados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, I. D.; PORTO, R. M. Transtorno Desafiador Opositor: Terapia Farmacológica. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**. vol.14, n.53, p. 84-94. Dezembro, 2020.

APA; DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM**. 4 ed. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Editora Artmed, BRASIL 1995.

APA; DSM-V **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Editora Artmed, BRASIL 2014.

BARLETTA, J.B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos Disruptivos: algumas reflexões. **Revista brasileira de terapia cognitiva**. Vol 7 n.2 Rio de Janeiro, dez. 2011.

BARKLEY, R.A. *Defiant Children*. 3 ed. New York, NY: Guilford, 2013.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. **Revista de Psicologia** da UNESP 16(1), 2017.

BRINKMEYER, M. Y., & EYBERG, S. M. Parent-child interaction therapy for oppositional children. **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. pp. 204–223, 2003.

BRITES, C. **Crianças Desafiadoras**: Como identificar, tratar e contribuir de maneira positiva com crianças que têm Transtorno Opositivo-Desafiador. 1 ed. São Paulo: Editora Gente, 2019.

BORDIN, I. A. S.; OFFORD, D. R. Transtorno de conduta e comportamento antissocial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, p. 12-15, dez. 2000.

BURKE, J. D. et al. Identifying the irritability dimension of ODD: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. **Journal of Abnormal Psychology**, 123, 841-851, 2014.

BURKE, J.D.; LOEBER, R. Oppositional Defiant disorder and the explanation of the comorbidity between behavioral disorder and depression. **Clinical Psychology: Science and Practice**, p.319-326, 2010.

CABALLO, V.E.; SIMÓN, M.A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. 1 ed. Reimpro. São Paulo: Santos, 2015. 460 p.

CAPONI, S. N. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.2, p.298-310, 2018.

CARVALHO NETO, M. B. Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. **Interação em Psicologia**, Curitiba, jun. 2002.

CONTE, F. C. S.; REGRA, J. A. G. A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In: SILVARES, E. F. M. (Org.). **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. Campinas, SP: Papyrus. 2004, 79-136 p.

DERISI, W.J.; BUTZ, G. **Writing Behavioral Contracts: A Case Simulation Practice Manual**. Research Press, Michigan University, 1975.

EFFERSON, L.M.; GLENN, A.L. The Neurobiology of Oppositional. Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents. Comparative Review No.154. Rockville, MD: **Agency for Health-care Research and Quality**. October, 2015.

EVERETT, G. E. et al. An Empirical Investigation of Time-Out With and Without Escape Extinction to Treat Escape-Maintained Noncompliance. **Behavioral Modification**, 31(4):412-34, 2007.

EYBERG, S. M.; NELSON, M. M.; Boggs, S. R. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 37, 215–237, 2008.

GREENE, R.W. et al. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. **The American Journal of Psychiatry**. 159(7):1214-24, 2002.

JONES, R. N.; DOWNING, R. H. Assessment of the use of time-out in an inpatient child psychiatry treatment unit. **Behavioral Residential Treatment**, 6, 219-230. 1991.

LOBO, B. O. M.; FLACH, K.; ANDRETTA, I. Treinamento de Pais na Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças com Transtornos Externalizantes. **Psicologia e Pesquisa**. Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 126-134, dez. 2011.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia**. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

MARTIN, G.; PEAR, J. **Modificação do comportamento: O que é e como fazer**. 8 ed., Editora Roca LTDA. São Paulo 2009.

MATOS, E. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria**. Rio Gd. Sul 27 (3). Dez 2005.

MATOS, M, AMELIA. **Análise Funcional do Comportamento**. V. 16. Nº 3 P. 8-18 PUC Campinas, 1999.

MOREIRA, M.B.; MEDEIROS, C.A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10 ed. 2012.

PATTERSON, R. L. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos. Cap. 15, 1996, pp. 297-313.

RIGGS, M.D. Transtorno de Conduta. In: JACOBSON, J. L.; JACOBSON, A. **Segredos em Psiquiatria**: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.378-383.

RILEY, M.; AHMED, S.; LOCKE, A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. **American Family Physician**, v.23, n.7. p. 586-91, 2016.

ROWE, R. et al. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder. **Study. J Child Psychol Psychiatry**. 2002.

SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

SAMPAIO, A.A.S. Skinner: Sobre Ciência e Comportamento Humano. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 3. p.25. 2005.

SERRA-PINHEIRO, M. A. et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, p. 273-276, 2004.

SIDMAN, M. The distinction between positive and negative reinforcement: some additional considerations. **The Behavior Analyst**. 2006 Spring; 29(1): 135-9.

SOUZA, J.; HEREK, L., GIROLDO, W. M. Psicodiagnóstico e diagnóstico em psicologia clínica. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v.21, n.32, p. 17-21, 2014.

SKINNER, B. F. **O Comportamento Operante**. São Paulo: Ed. Cultrix. 1982. pp. 43-63.

SKINNER, B. F. Seleção por consequência. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 129-137. 2007.

SKINNER, B.F. A Produção de Conhecimento em Psicologia: a Análise do Comportamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p.30-41. 2003.

SKINNER, B. F. **Contingencies of reinforcement**: A theoretical analysis. New York: Appleton-Century-Crofts. 1969.

TEIXEIRA, G. **O reizinho da casa**. 1 ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

WEBSTER-STRATTON, C., REID, M. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. **Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents** (pp. 224–240). New York, NY: Guilford, 2003.

