

## TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR E O CONTEXTO FAMILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Araceli Beatriz Ribeiro Baião<sup>1</sup>*

*Alexandre Castelo Branco Herênio<sup>2</sup>*

*Ariana Lucia Alves Carvalho<sup>3</sup>*

**RESUMO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo sobre a relação entre as práticas parentais e o desenvolvimento do Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Mais especificamente pretende-se discutir as informações da literatura científica que esclareçam a relação entre o desenvolvimento do TOD e aspectos familiares e relacionais durante a infância. Os dados foram obtidos por meio de busca em 24 artigos com o intuito de proporcionar maior familiaridade com o objetivo da pesquisa. Os resultados e conclusões indicam a necessidade de explanar e compreender melhor os treinamentos disponíveis na literatura para pais/cuidadores, práticas parentais negativas e a violência doméstica, bem como sobre a importância do suporte familiar após o diagnóstico de TOD.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas Parentais. Transtorno Opositivo Desafiador. Transtornos Mentais.

**ABSTRACT:** This is a descriptive literature review on the relationship between parenting practices and the development of Oppositional Defiant Disorder (ODD). More specifically, it is intended to discuss information from the scientific literature that clarifies the relationship between the development of ODD and family and relational aspects during childhood. Data were obtained by searching 24 articles in order to provide greater familiarity with the research objective. The results and conclusions indicate the need to better explain and understand the training available in the literature for parents/caregivers, negative parenting practices and domestic violence, as well as the importance of family support after ODD diagnosis.

**KEYWORDS:** Parenting Practices. Defiant Oppositional Disorder. Mental Disorders.

---

1 Psicóloga pelo Centro Universitário Alfredo Nasser. Contato: araceli\_bia@hotmail.com

2 Psicólogo, Mestre (PUC-GOIÁS) e Doutorando em Psicologia (UNB), professor do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN). Contato: alexandrecastelo@unifan.edu.br

3 Psicóloga, Mestranda em Psicologia (UNIFAN), professora do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN). Contato: arianacarvalho@unifan.edu.br

## 1. INTRODUÇÃO

Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-V (APA, 2014), o Transtorno de Conduta tem um modelo de comportamento contínuo e persistente com o qual são infringidos os direitos básicos das pessoas, ordem ou regras sociais. Para confirmar este diagnóstico deve-se constatar 3 dos 15 critérios do DSM-V (APA, 2014), presentes nos últimos seis meses, refletindo um comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil.

Tal comportamento é representativo na relação entre a criança e figuras de autoridade, seja com os cuidadores, no ambiente escolar, como no ambiente familiar. Algumas manifestações são comuns, como por exemplo, a perda da paciência, a discussão exaltada com adultos e a atitude desafiante em receber as regras estipuladas por figuras de autoridade. Normalmente uma manifestação comum está em fazer de forma deliberada coisas que aborrecem outros indivíduos, ou mesmo responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros. O comportamento desadaptativo torna-se notável, assim como manifestações de rancor e vingança (CÁRCERES; SANTOS, 2018).

O temperamento impulsivo, desafiador e inflexível, a insatisfação e intolerância, associados a *déficits* cognitivos e inaptidão no controle social podem indicar um quadro de características de comportamentos inapropriados, caso a criança tenha ganhado com a não execução de tarefas, acesso a privilégios e atenção. Esses comportamentos inapropriados são referentes às características das crianças, às práticas parentais, à relatos de interação familiar e à situação escolar (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003). Sendo assim, percebe-se a importância dos cuidadores treinarem comportamentos mais adaptativos nas crianças e, principalmente, em crianças com o transtorno do TOD.

A criança diagnosticada com Transtorno Opositor Desafiador (TOD) poderá ter relacionamentos interpessoais deficientes, nos quais serão necessárias intervenções clínicas ou educativas. Algumas características cognitivas mostram-se associadas, como a dificuldade na resolução de problemas interpessoais, tendência de formar uma predisposição para encarar os demais indivíduos de seu convívio com suspeita ou ressentimento. É perceptível neste grupo, problemas

relacionados à falta de atenção, hiperatividade e depressão (KAZDIN; SIEGEL; BASS, 1992).

Para as crianças, situações geradas em seu cotidiano podem fazer com que elas não as enfrentem positivamente, dificultando o seu desenvolvimento na habilidade de resolver problemas. Muitas vezes isto ocorre porque os pais têm dificuldade de lidar com as frustrações e emoções dos filhos não aceitando vivenciar os problemas e auxiliando na resolução dos mesmos (RODRIGUES, 2013).

Alguns comportamentos inadequados são caracterizados pelo isolamento social e o rompimento das normas estipuladas, com manifestações de agressividade. Representado pela criança e adolescente com estímulos aversivos em relação ao comportamento de outros indivíduos, age de forma precipitada e, tendo como consequência, danos relacionados ao seu desenvolvimento. São evidenciadas manifestações como problemas de relacionamento, rejeição e dificuldades acadêmicas que levam ao fracasso escolar e, conseqüentemente, a evasão do ambiente escolar (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003).

Na infância existem tarefas primárias sociais e emocionais a serem conquistadas para que o desenvolvimento emocional sadio seja possível. Os esquemas mentais disfuncionais e distorções cognitivas resultam de necessidades emocionais não satisfeitas nas relações interpessoais do indivíduo nesse período e, geralmente, tem origem na família nuclear. Essas primeiras experiências sociais condicionarão a maneira como a criança interagirá com seus pais e outros parentes, colegas e outras figuras mais ou menos distantes de seu ambiente social.

A fim de alcançar adequado crescimento emocional, cognitivo e processo de desenvolvimento de forma global, é essencial que a criança tenha contato com diretrizes comportamentais que lhe permitam alcançar os objetivos pessoais (autoestima, autonomia, capacidade de decisão e enfrentamento), e no nível interpessoal estabeleça relações amigáveis, românticas, familiares, profissionais saudáveis, vivendo em sociedade (ALVES, 2006). Podemos verificar o quanto as interações vividas no ambiente familiar e as características da criança interferem no seu desenvolvimento e onde se observa que problemas de comportamentos trazem aumento nos conflitos sociais, assim como na forma que esta criança

seleciona para resolver esses conflitos. Para crianças com o TOD as dificuldades em manejar seus conflitos podem ser maiores devido às características do transtorno de serem opositoras as regras estabelecidas.

Entende-se empatia como uma resposta afetiva e cognitiva destinada à outra pessoa, uma atitude para o próximo visando abertura para o mundo exterior, com a intenção de gerar novos saberes. O conceito de empatia, no início do século XX, alinhou-se com a concepção de intersubjetividade (ALVES, 2006), ou seja, uma interação de consciências individuais, com base na reciprocidade, provocando uma reação interior semelhante àquele que foi percebida em outras pessoas.

De acordo com a visão da neurociência, Shamay-Tsoory (2009) constatam que existem, pelo menos, duas formas de empatia: cognitiva, em que as pessoas têm a capacidade de aprender a perspectiva psicológica de outras pessoas, e a afetiva ligada a sentimentos e emoções compartilhados, definindo que não seria possível uma comunicação através da empatia somente pela forma cognitiva, sendo necessário envolvimento emocional e afetivo associados.

A visão da psicologia social defendida por Batson (2009) amplia o conceito de empatia relacionando-o à partilha de interioridades entre pessoas, com ou sem envolvimento afetivo. Segundo Batson (1991), o fenômeno da empatia tem relação com o altruísmo, gerando a preocupação entre as pessoas, configurando compaixão pelo sofrimento alheio, criando vontade de ajudar, definindo que a empatia é a mobilização para o outro.

Segundo Almeida (2006), é definido como controle parental, tanto a relação entre os comportamentos parentais, como aos estilos parentais. Desta maneira, através da monitoria e da supervisão parental, é realizada a regulamentação parental, utilizando-se do controle psicológico parental. Com isso, é necessário controle ativo e que exista comunicação adequada entre pais e filhos.

A criança diagnosticada com TOD poderá ter relacionamentos interpessoais deficientes e que mostrarão serem necessárias intervenções clínicas ou educativas. Algumas características cognitivas são associadas ao TOD, como dificuldade na resolução de problemas interpessoais formando predisposição para encarar os demais indivíduos de seu convívio com suspeita ou

ressentimento. É perceptível a este grupo, problemas relacionados à falta de atenção, hiperatividade e depressão (KAZDIN; SIEGEL; BASS, 1992).

Assim, o presente trabalho se justifica pela necessidade das famílias de obterem informações sobre este transtorno e sobre como lidar com ele após o diagnóstico de modo a assegurar melhor qualidade de vida para estas crianças e familiares. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a relação entre as práticas parentais e o desenvolvimento do Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Mais especificamente pretende-se discutir as informações da literatura científica que esclareçam a relação entre o desenvolvimento do TOD e aspectos familiares e relacionais durante a infância

## **2. METODOLOGIA**

Refere-se a um estudo bibliográfico que de acordo com Chiara (2008 p. 25) “tem o objetivo de subsidiar o leitor sobre os conhecimentos de um determinado assunto, trazendo suas teorias para que se possa observar, criar ou explicar o objetivo investigado”; no caso desta pesquisa sobre o Transtorno Opositivo Desafiador e o Contexto Familiar. A abordagem do tema foi feita de forma qualitativa, com natureza exploratória. Foram utilizados 24 artigos, trabalhando com fichamentos para sua organização e análise. Após estudo dos dados teóricos e a separação do material a ser utilizado foram descartados os artigos que não caberiam neste estudo por não compartilharem dos mesmos temas.

Foram realizadas pesquisas nas bases de dados virtuais da plataforma Google Acadêmico com análise de trabalhos que apontaram para a importância de maior participação familiar no desenvolvimento da criança após o diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador, de forma que suas necessidades sejam atendidas.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os sintomas do transtorno da conduta costumam aparecer no período percebido entre o início da infância e a puberdade e podem perdurar até a idade adulta. Algumas das características que podem constar neste transtorno: comportamento afrontoso, agressivo, *déficit* intelectual, convulsões e

comprometimento do sistema nervoso central devido à apresentação de uso excessivo de álcool/drogas no período pré-natal, uso de medicamentos, traumas cranianos, por exemplo, além de antecedentes familiares positivos para hiperatividade e comportamento antissocial. No começo precoce constitui maior gravidade do quadro com maior propensão a durar ao longo da vida.

Conforme o DSM-V (2014) há um modelo de comportamento continuado e insistente no qual são descumpridos direitos básicos de outras pessoas, condutas ou regras sociais que tem importância e apropriadas para a idade, tais como agressão a pessoas e animais, danificar propriedade, mentiras ou roubo, violações graves de regras na infância. Já na adolescência os critérios são falta de remorso ou culpa, ausência de empatia, despreocupação com suas atividades, afeto vago ou deficiente.

O sujeito com TOD opõe-se às tarefas por não aceitar as exigências dos outros, afrontam e questionam os adultos ou figuras de autoridade que podem colocar limites e definir regras para com eles. A característica que mais se percebe neste transtorno é a oscilação de humor constante podendo levá-los a se tornarem agressivos diante desta oscilação (TEIXEIRA, 2014 *apud* SANTOS et al., 2021).

Como mediadora inicial entre o ser humano e a cultura, a família integra o equilíbrio entre a dinâmica das convivências de caráter afetivo, social e cognitivo que estão postas nas circunstâncias materiais, históricas e culturais que geram padrões de relação interpessoal e de constituição individual e de grupo. É por meio dos convívios familiares que se tornam reais as modificações nas sociedades que, por sua vez, intervêm nas relações familiares futuras com os diferentes ambientes que constituem os sistemas sociais.

Sob a ótica desenvolvimentista, para compreender a etiologia do TOD, discute-se o papel da família e sugere-se que tais comportamentos seguiram uma trajetória estável, na medida em que os elementos observados na infância (por exemplo, falta de atenção e conduta agressiva), e reforçados pela interação familiar, atuariam como variáveis explicativas dos comportamentos de crianças com TOD na adolescência e na idade adulta (PATTERSON; REID; DISHON, 2002; PACHECO et al., 2005). Contudo, deve-se destacar que nem toda criança

com comportamento opositor manterá o padrão comportamental durante o seu desenvolvimento futuro (PACHECO et al., 2005).

Para o profissional de Psicologia, é importante direcionar as atitudes das crianças, evidenciando a importância de habilidades parentais, para que estas possam desenvolver-se e evitem que problemas menores se tornem obstáculos nocivos e prejudiciais ao seu cotidiano. Desta forma, a criança aprenderá com os cuidadores a ter habilidade de lidar com a situação problemática, agindo de forma assertiva e defendendo sua posição e seus direitos, sem que exista uma atitude agressiva ou de qualquer forma negativa em relação aos outros que estão relacionados a ela (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Segundo Wrigth e Cullen (2001), as práticas parentais têm como meios a supervisão e estabelecimento de limites para melhora da comunicação e do relacionamento positivo entre os membros da família, fato este que proporciona uma definição clara em relação às regras sociais, proporcionando um nível de engajamento da criança em situações benéficas, afastando-o de comportamentos socioemocionais de risco. A organização familiar e a maneira de criação para o desenvolvimento das crianças têm sido destacadas em estudos como fatores preponderantes (LOEBER; HAY, 1997, PATTERSON, 1986). De acordo com algumas abordagens contemporâneas, o desenvolvimento individual está relacionado a fatores genético-individuais, experiências individuais precoces e, principalmente, à observação de modelos (DODGE, 1993, apud KAZDIN; SIEGEL; BASS, 1992).

A monitoria parental é uma forma de se quantificar os esforços de cuidadores para que exista acompanhamento de seus filhos. Assim, os pais devem ter conhecimento sobre as atividades dos filhos através do diálogo, onde, livremente, sem imposição, a criança fale de suas atividades a seus pais. Este conhecimento também pode ser obtido através de solicitações. Desta forma, o controle parental delimita a liberdade que a criança tem em atos (WRIGTH, CULLEN 2001).

Entretanto, práticas relacionadas à punição corporal, abuso físico e agressão verbal, podem causar o desenvolvimento da agressão e outros comportamentos antissociais no indivíduo. Outros fatores também podem ser

negativos, como o abuso psicológico, a falta de disciplina, negligência e a monitoria negativa em relação ao acompanhamento parental (ALMEIDA, 2006).

Rae-Grant, et al. (1999) demonstram que a pobreza urbana e a desorganização social estão na origem de vulnerabilidades para as mães e para as crianças, tais como: baixo peso, comprometimento cognitivo, abuso e negligência, acabando por constituir risco para o aparecimento de crime e violência na infância e adolescência.

Muitas vezes, diante da criança diagnosticada com TOD, os pais relatam não saber como enfrentar certos comportamentos de seus filhos e se dedicam nessa difícil tarefa. No entanto, esses esforços podem ser de pouca serventia se não souberem, de fato, como se comportar. O método tem sido argumentado no processo de ensinamentos dos filhos. A forma de disciplina ditatorial, onde os pais estabelecem sua vontade e condições utilizando até de punição e agressão aos filhos, seguida por um modelo de educação mais antigo e rígido, não tem sido positiva na orientação aos filhos (PINHEIRO, HAASE; DEL PRETTE, 2002). Com isso, percebe-se que este tipo de orientação parental em crianças com o TOD é menos eficaz ainda.

Os resultados da orientação dos cuidadores para com os filhos têm sido mais assertivos quando o centro disciplinar é guiado pela confiança recíproca e onde as leis, ordens, regras são esclarecidas, conversadas e combinadas com as crianças. A prática de pais se compõe, também, em uma forma de terapia breve com tempo e objetivos preestabelecidos, os quais podem ter espaço de tempo regular e renegociados após a análise dos resultados alcançados (PINHEIRO; HAASE; DEL PRETTE, 2002). É possível que as atividades adquiridas no treinamento não tenham nada de novo ou surpreendente e que quase todos os pais já as pratiquem ou as tenham praticado. Contudo, sabemos que esse trabalho se torna mais fácil quando a atuação dos pais é organizada de maneira facilitadora.

Assim, o treinamento de pais é um programa psicoeducacional em habilidades para o bem-estar voltado para os pais e educadores, que engloba as competências sociais e emocionais, envolvendo a Terapia Cognitiva como base para reestruturação de pensamentos frente às distorções cognitivas e crenças (ALMEIDA, 2006). Sendo assim, podemos observar na literatura científica que

pais que tem treinamentos podem contribuir de maneira mais assertiva no desenvolvimento adequado para as crianças com o TOD, pois a incapacidade de habilidades parentais é, pelo menos, em parte responsável pelo desenvolvimento ou conservação de padrões de interações familiares perturbadores e de problemas de comportamentos dos filhos (ALMEIDA, 2006).

No mesmo sentido, Pinheiro et al. (2006) afirmam que grande parte dos comportamentos inadequados das crianças (agressividade, frustração, desregulação emocional), surge e é mantida, decorrente do *déficit* de habilidades sociais apresentados pelos próprios pais, prejudicando e fazendo manutenção dos comportamentos de seus filhos. Percebe-se que a atitude dos filhos responde a estímulos apresentados pela orientação dos pais que, em momento algum, pode ser ao extremo autoritária ou mesmo passiva.

Sendo assim, o processo de vinculação e interação com o outro serve como ferramenta para desenvolver comportamentos adequados, adaptativos e assertivos com o meio. Assim, as crianças com TOD são treinadas a ter mais comportamentos adaptativos. Quando interagimos com as pessoas aumentamos nosso repertório de comportamentos e somos o que somos dependendo de nossas interações ao longo de nossas vidas, desde bebê. A mudança do comportamento da pessoa dependerá muito de suas interações, pois o comportamento é aprendido e dinâmico. Portanto, pode-se afirmar que as habilidades sociais são aprendidas no ambiente que as pessoas se inserem, principalmente durante a infância e adolescência. A maior parte da aprendizagem é feita com o outro, tendo situações externas como positivas ou negativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Quando o ambiente não favorece a adequação das habilidades sociais podem ocorrer diferentes tipos de *déficit*, tais como de aquisição, de desempenho e de fluência. Essas falhas quando não corrigidas a tempo, tornam-se obstáculos para a interação social produtiva; daí a importância da precoce identificação de problemas e, principalmente, de adoção de medidas preventivas como um programa de treinamento em habilidades sociais. Somando-se a isso, faz-se necessário maior esclarecimento e orientação de pais e professores com relação à importância destas habilidades para a vida de seus filhos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

A escassez de habilidades parentais é, no mínimo, em parte responsável pelo desenvolvimento ou conservação de padrões de interações familiares disfuncionais e, conseqüentemente, de problemas de comportamentos dos filhos. Desta forma, compreende-se a importância do treinamento de pais, para que possam lidar com situações em que seus filhos apresentem comportamento inadequado (ALMEIDA, 2006). É necessário que os pais tenham a conscientização dessa teoria de aprendizados modelando seus comportamentos, pois

O modelo de comportamento que os pais apresentam tem grande influência sobre o desenvolvimento da agressão na criança. A brutalidade na relação entre os pais e seus filhos, ensina às crianças, por meio da observação, o que fazer, assim, concluem que bater é apropriado e poderoso (JOLY; DIAS; MARINI, 2009 p. 84).

Os chamados “treinamentos de pais” focam nos familiares como um todo e não apenas as atitudes de um indivíduo visto como problemático. O estímulo é que os pais determinam suas práticas disciplinares e educativas com o objetivo de proporcionar comportamentos mais assertivos em seus filhos. Os pais têm uma oportunidade de considerar e aprimorar seus próprios padrões e comportamentos e valores, aprendendo a produzir, alegar e aplicar um discurso e práticas disciplinares unificados e aprimorados em princípios éticos de respeito e promoção do crescimento humano.

Quando o assunto é o tratamento do TOD, não fala-se em cura mas em melhora dos comportamentos ou sintomas, porque “não há tratamento medicamentoso específico para o transtorno, no entanto, inúmeros artigos e estudos científicos mencionam o uso de psicofármacos no manuseio dos sintomas desafiadores opositores” (ALBURQUERQUE 2013, p.3). Além disso, “psicoterapias de diferentes abordagens têm sido utilizadas para tratar transtornos do TOD, mas a que está mais disponível na literatura atribui maior aplicação para abordagens cognitivas comportamentais” (BARKLEY et al, 2001 *apud* PINHEIRO; GUIMARÃES; SERRANO, 2005, p.63)

A Terapia Cognitivo-Comportamental, por exemplo, pode ser aplicada como terapia familiar ou individual para crianças com TOD. Toda a família tem a oportunidade de compreender os métodos. O terapeuta pode explicar, assim,

para a criança a como enfrentar com situações desagradáveis e difíceis (LARA, 2016).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o desenvolvimento do TOD provavelmente mostra-se ligado as práticas parentais, ou seja, na relação entre práticas parentais e o desenvolvimento de alguns transtornos na infância, podendo, assim, perceber a necessidade das famílias em obterem maiores informações sobre o TOD e adequar-se ao posicionamento necessário após o diagnóstico. Tal importância deve-se ao fato de que a forma correta de agir em relação aos filhos poderá atingir o objetivo na socialização, na aprendizagem e desenvolvimento humano do indivíduo.

Entende-se que culturalmente o comportamento negativista apresentado pela criança com o TOD em relação aos pais e aos professores poderá ser entendido como um aspecto diferenciado. Em muitos momentos, os pais não sabem como lidar com o comportamento desafiador, com a desobediência recorrente dos filhos, chegando a ter uma atitude agressiva, ou mesmo, isolando-se de forma passiva, ou seja, estratégias não resolutivas.

Percebe-se que existe a necessidade de orientação aos pais para que exista um controle parental adequado, onde regras devem ser impostas, mas o uso de atitudes meramente agressivas e opressoras deve ser evitado. Os adultos no caso, quando em convivência com crianças com TOD devem enfrentar a situação de forma positiva para minimizar os sintomas e modificar os comportamentos dando a oportunidade ao indivíduo de melhorar a qualidade de vida.

#### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. **Socialização Parental das Emoções e a Competência Social da Criança**. 2006. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- ALVES, P. M. S. **Empatia e ser-para-outrem**: Husserl e Sartre perante o problema da intersubjetividade. *Estud. Pesq. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2008.

ALVES, D. **O Emocional e o Social na Idade Escolar: Uma Abordagem dos Preditores da Aceitação pelos Pares**. 2006 Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.

BATSON, C. D. **A questão do altruísmo**. Hillsdale, N.J. L. Erlbaum: 1991

BATSON, C. D. **Essas coisas chamadas de empatia**: oito fenômenos relacionados, mas distintos. In: DECETY, J.; ICKES, W. (Ed.) **The social neuroscience of empathy**. Cambridge: MIT, 2009.

BECK AT. **Terapia Cognitiva e Distúrbios Emocionais**. New York: International Universities Press; 1976.

BOLSONI-SILVA, A. T., MARTURANO, E. M., PEREIRA, V. A., & MANFRINATO, J. D. S. . **Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras**. 2006 *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 460-469.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. **Problemas de comportamento: um panorama da área**. *Revista brasileira de terapia comportamental cognitivo*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 91- 103, 2003.

CÁCERES, Nilcéia Gonçalves; SANTOS, Nataniel Gomes dos .Conhecendo o transtorno opositivo desafiador – TOD – e estabelecendo relações de aprendizagem escolar. **Revista Philologus**, Ano 24, N° 72. Rio de Janeiro: CiFEFiL, set./dez.2018.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes. 1999

\_\_\_\_\_. **Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: Questões conceituais e metodologia da intervenção**. In A. DEL PRETTE & Z. A. P. DEL PRETTE (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 83-128). Campinas: Alínea. 2003

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes (no prelo). 2005

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 2013. Editora Vozes. Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática** 2013. Editora Vozes. Rio de Janeiro.

EKMAN, Paul. **A linguagem das emoções**: Revolucione sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor. Tradução Carlos Szlak. — São Paulo: Lua de Papel, 2011.

GOLEMAN, D. (2012). **Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente**. 3 ed. Rio de Janeiro, Objetiva, 2012. (Edição de 10 aniversário).

HULL, D. B., & SCHROEDER, H. E. (1979). **Alguns efeitos interpessoais de asserção, não asserção e agressão**. *Terapia Comportamental*, 10, 20-28.

JOLY, Maria; DIAS, Anelise; MARINI, Janete. Avaliação da Agressividade na Família e Escola de Ensino Fundamental, *Psicologia USF*, v.14, n.1, p.83-93, 2009.

KAZDIN, A. E., SIEGEL, T. C. & BASS, D. (1992). **Treinamento de habilidades cognitivas para resolução de problemas e treinamento em gestão de pais no tratamento de comportamento anti-social em crianças**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.

LARA, Gisele. **Transtorno Desafiador Opositor e a Terapia Cognitiva Comportamental**. **Doutor Matemático**. Disponível em: Acesso em: 21 de outubro. 2016.

NEZU, A. M, NEZU, C.M. **Tomada de decisão clínica em terapia comportamental: uma perspectiva de resolução de problemas** (1989).

PACHECO, JANAÍNA et al. **Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista**. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. 2005,

PINHEIRO M.I.S; HAASE V.G ; DEL PRETTE A. **Pais como co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recurso adicional**. 2002.

PINHEIRO, M. I. S., HAASE, V. G., DEL PRETTE, A., AMARANTE, C. L. D., & DEL PRETTE, Z. A. P. (2006). **Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407-414.

PIRES, Talita Grippe Cândido. **Caderno de Habilidades Sociais para Crianças**. 2018

RODRIGUES, Miriam. **Resolução de problemas**. *Educação Emocional*. 2013

RICH, A. R. & SCHROEDER, H. E. (1976). **Questões de pesquisa em treinamento de assertividade**. *Boletim Psicológico*, 83, 1081-1096.

SANTOS B.T.A dos et al. **Desafios e Práticas Inclusivas ao Aluno com Transtorno Opositor Desafiador na Educação Física Escolar: um Estudo de Revisão Integrativa**. 2021. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2021v22n3p433-439> . *Ensino*, v.22, n3, 2021, 433-439

**Processamento empático:** suas dimensões cognitivas e afetivas e base neuroanatômica. In: DECETY, J.; ICKES, W. (Ed.) The social neuroscience of empathy. Cambridge: MIT, 2009. p. 215-232

SILVA, C. (2011). **Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.

VIGOSTKI, L. S. **Psicologia da arte.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WRIGHT, J. P. & CULLEN, F. T. (2001). **Eficácia dos pais e comportamento delinqüente:** controle e apoio são importantes? *Criminology*, 39, 677-705.