

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Susana Rodrigues Martins

**ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS QUE FAVORECEM A
TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR DE CRIANÇAS
PORTADORAS DA SÍNDROME DE DOWN**

Taubaté - SP

2020

Susana Rodrigues Martins

**ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS QUE FAVORECEM A
TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR DE CRIANÇAS
PORTADORAS DA SÍNDROME DE DOWN**

Monografia apresentada para obtenção do
Certificado de Bacharel pelo Curso de Psicologia
do Departamento de Psicologia da Universidade
de Taubaté.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dra. Fabiane Ferraz Silveira
Fogaça

Taubaté – SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

M386e Martins, Susana Rodrigues
Estratégias comportamentais que favorecem a tolerância ao
atraso do reforçador de crianças portadoras da Síndrome de Down /
Susana Rodrigues Martins. -- 2020.
71 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça,
Departamento de Psicologia.

1. Síndrome de Down. 2. Autocontrole. 3. Análise do
Comportamento. I. Universidade de Taubaté. Departamento de
Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 616.858842

SUSANA RODRIGUES MARTINS

**ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS QUE FAVORECEM A TOLERÂNCIA AO
ATRASO DO REFORÇADOR DE CRIANÇAS PORTADORAS DA SÍNDROME
DE DOWN**

Monografia apresentada para obtenção do
Certificado de Bacharel pelo Curso de Psicologia
do Departamento de Psicologia da Universidade
de Taubaté.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira
Fogaça

Data: ____/____/____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Michelle e Otávio e aos meus irmãos Caio e Vinícius por todo incentivo e diversas oportunidades de aprendizado que sempre me proporcionam, por sempre incentivarem e confiarem no meu potencial.

Ao meu namorado Matheus por nunca me deixar desistir e mais do que isso, por lutar e estar comigo em toda essa jornada.

Agradeço às minhas amigas, colegas de classe, em especial a Silvia e Rafaella por todo apoio e parceria.

Passar por toda essa fase da minha vida não teria sido fácil ou até possível sem vocês todos comigo.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça, por todo apoio, incentivo e paciência durante toda a sua orientação. E a Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira por ter aceitado o convite para participar da banca examinadora deste trabalho.

Agradeço a todos aqueles que participaram da pesquisa, aos pais e familiares das crianças, a todos aqueles que buscam uma melhor qualidade de vida para os demais, inclusive àqueles que mais necessitam de nós.

A todos, muito obrigada!

“Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano.”

B. F. Skinner.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar os repertórios de impulsividade e de tolerância ao atraso do reforçador em indivíduos com Síndrome de Down (SD), relacionando-os ao conceito de ápice comportamental, bem como identificar as estratégias dos pais/responsáveis, que favorecem o desenvolvimento de tal habilidade. A análise se realizou através de questionário online via plataforma *Google Forms*, e participaram da pesquisa 10 responsáveis por crianças portadoras da SD dentro da faixa etária de seis a 11 anos e 11 meses, segundo uma amostra por conveniência. Os dados quantitativos a respeito de comportamentos comumente emitidos por essas crianças em situações em que a tolerância ao atraso do reforçador é requerida, foram calculados e organizados por frequência absoluta e frequência relativa expostos em tabelas, gráficos disponibilizados pela plataforma *Google Forms*, e em médias, no caso do instrumento SNAP-IV, incluído no questionário online. Já os dados qualitativos a respeito das interações sociais, e sobre o ensino de comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador, foram apresentados através de quadros, sendo expostos e destacados trechos relevantes dos relatos dos participantes. Os resultados alcançados revelaram que o comportamento das crianças cujos pais responderam à pesquisa, foram em sua grande maioria, considerados de tolerância e autocontrole, bem como um ápice comportamental. Em geral, as estratégias utilizadas pelos responsáveis participantes indicaram bastante coerência, quando comparadas aos estudos de diversos autores. Porém algumas dificuldades apresentadas, como a dificuldade de generalização, segundo um dos critérios de ápice comportamental, foram discutidas. Diversas estratégias comportamentais que favorecem os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador em crianças com SD foram destacadas e sugeridas, de acordo com o referencial teórico. Buscou-se dessa forma, apresentar os benefícios ao desenvolvimento de crianças que aprendem e apresentam essa tolerância citada.

Palavras-Chave: Síndrome de Down. Autocontrole. Análise do Comportamento.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the repertoires of impulsivity and delay tolerance of the reinforcer in individuals with Down Syndrome, relating them to the concept of behavioral apex, as well as identifying the strategies of parents / guardians, who favor the development of such ability. The analysis was carried out through an online questionnaire via the Google Forms platform, and 10 responsible for children with Down's Syndrome participated in the age group of six to 11 years and 11 months, according to a sample for convenience. The quantitative data regarding behaviors commonly emitted by these children in situations where tolerance to the reinforcer's delay is required, were calculated and organized by absolute frequency and relative frequency exposed in tables, graphs provided by the Google Forms platform, and in averages, in the case of the SNAP-IV instrument, included in the online questionnaire. The qualitative data on social interactions, and on the teaching of tolerance behaviors to the reinforcer's delay, were presented through tables, and relevant excerpts from the participants' reports were exposed and highlighted. The results achieved revealed that the behavior of children whose parents responded to the survey, were in the vast majority, considered tolerance and self-control, as well as a behavioral peak. In general, the strategies used by the responsible parents indicated a lot of coherence, when compared to studies by different authors. However, some difficulties presented, such as the generalization difficulty, according to one of the behavioral apex criteria, were discussed. Several behavioral strategies that favor reinforcer delay tolerance behaviors in children with Down syndrome have been highlighted and suggested, according to the theoretical framework. In this way, we sought to present the benefits to the development of children who learn and present this mentioned tolerance.

Keywords: Down syndrome. Self-control. Behavior Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade das crianças cujos familiares participaram do estudo.....	38
Tabela 2 - Resultados(média) dos indicadores de hiperatividade e impulsividade.....	39
Tabela 3 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) de comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador apresentados pelas crianças em situações específicas.....	40
Tabela 4 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) de interações e reações sociais.....	48
Tabela 5 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes.....	50
Tabela 6 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam ser validada do ambiente social.....	51
Tabela 7 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam ser passível de generalização.....	52
Tabela 8 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam concorrer com respostas inadequadas.....	53
Tabela 9 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam afetar pessoas comuns ou relevantes.....	54

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 - Distribuição do grau de parentesco com a criança, dos familiares participantes.....	38
Gráfico 2 - Resultados (frequência absoluta) dos comportamentos emitidos durante períodos de espera.....	46
Quadro 1 - Categorias de ensino de tolerância ao atraso do reforçador, segundo relatos dos participantes.....	42
Quadro 2 - Relatos sobre as interações sociais das crianças.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 SÍNDROME DE DOWN.....	15
2.2 AUTOCONTROLE.....	19
2.3 TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR.....	23
2.4 ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS.....	26
3 MÉTODO.....	31
3.1 DELINEAMENTO.....	31
3.2 PARTICIPANTES.....	31
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1 DADOS GERAIS.....	37
4.2 COMPORTAMENTOS DE HIPERATIVIDADE E IMPULSIVIDADE	39
4.3 COMPORTAMENTOS QUE INDICAM A TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR E SUAS INFLUÊNCIAS.....	40
4.4 ESTRATÉGIAS DE ENSINO DOS RESPONSÁVEIS PARTICIPANTES.....	42
4.5 COMPORTAMENTOS EMITIDOS DURANTE PERÍODO DE ESPERA.....	46
4.6 INTERAÇÕES E REAÇÕES SOCIAIS.....	47
4.7 CRITÉRIOS DE ÁPICE COMPORTAMENTAL.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS.....	66
APÊNDICE.....	68

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem a finalidade de analisar as estratégias comportamentais que favorecem a tolerância ao atraso do reforçador de crianças portadoras da SD, por meio de questionário eletrônico. A SD (SD), assim como afirma Schwartzman (2003), é um atraso do desenvolvimento, tanto das funções motoras do corpo, como das funções mentais. Além de características particulares que necessitam de atenção especial a fim de um saudável desenvolvimento.

Como indicado por Sobrinho, Gonçalves e Soutinho (2008), a maioria das crianças com SD possui deficiência intelectual moderado e passa pelas fases normais de desenvolvimento, porém, mais lentamente. A intervenção precoce se relaciona diretamente ao maior ganho no desenvolvimento e ao pleno envolvimento de seu meio social.

Os autores Damasceno (1997) e Tafner (1998) defendem que o desenvolvimento cognitivo é resultado da interação da criança com o ambiente, juntamente da experiência de aprendizagem mediada, proporcionada pelo meio social próximo e da experiência ativa obtida por estimulação, levando a criança a processar conhecimentos significativos para o seu crescimento intelectual e à construção de um novo padrão de comportamento também em pessoas com SD. Esses fatores permitem o desenvolvimento dos aspectos físico, motor, cognitivo, emocional, intelectual. Sabe-se, portanto, segundo os mesmos autores, que as determinações sociais e não apenas as biológicas, promovem o bom desenvolvimento desses indivíduos, o que inclui a relação com o meio social e familiar, bem como práticas educativas que facilitam todo o processo.

Entende-se que a tolerância ao atraso do reforçador é um prerequisite para o autocontrole e, na perspectiva analítico comportamental, Skinner (1953/2007; 1974/2006) afirma que este se relaciona ao manejo, pelo próprio indivíduo, das condições antecedentes que influenciam seu comportamento, assumindo-se assim uma possível parcela de controle sobre o seu próprio comportamento.

As autoras Haendel e Alvarenga (2018) concluíram que definições da Análise do Comportamento e literatura empírica têm relacionado a tolerância aos reforçadores atrasados, ao autocontrole. Lipsitt e Reese (1980, apud MOURA;

GABASSI, 1998) assim como Mischel e Mischel (1983) e Mischel et al. (1989), destacam que contingências filogenéticas não preparam a espécie para comportar-se sob consequências atrasadas, sendo necessário aprendê-lo por meio das ações das contingências ambientais (ontogenéticas e culturais).

As dificuldades advindas da SD, assim como outras deficiências intelectuais existem, porém não excluem a possibilidade de o sujeito desenvolver capacidades físicas, cognitivas e sociais. A Análise do Comportamento desenvolve o conceito de ápice comportamental para destacar repertórios que impactam nas relações sociais e, como consequência, no desenvolvimento geral do indivíduo. Esse conceito visa ainda, provocar uma mudança de comportamento fazendo com que o indivíduo entre em contato com novas contingências que têm consequências de longo alcance (ROSALES-RUIZ; BAER, 1997). A literatura traz estudos que abordam a tolerância como um ápice comportamental na infância, como indicado por Haendel e Alvarenga (2018), que afirmam que a tolerância ao atraso do reforçador deve constituir um importante alvo de intervenção na infância, e que contingências modeladoras dessa importante habilidade devem ser planejadas e aplicadas especialmente no ambiente doméstico, creches e escolas.

Buscou-se destacar estratégias comportamentais que favorecem a tolerância ao atraso do reforçador, apresentadas por autores no referencial teórico, sendo algumas utilizadas pelos participantes da pesquisa. Estratégias essas disponibilizadas para todos os interessados em seus benefícios, visando um desenvolvimento adequado, podendo contribuir inclusive com demais distúrbios do desenvolvimento e deficiências além da SD.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como já citado anteriormente, Haendel e Alvarenga (2018), defendem que as interações sociais são facilitadas quando o indivíduo desenvolve a habilidade de tolerância ao atraso do reforçador, como um componente do autocontrole. Face ao exposto, questiona-se sobre as estratégias que favorecem o desenvolvimento da tolerância ao atraso do reforçador em indivíduos com SD, bem como a participação do contexto familiar no desenvolvimento de tal habilidade.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar, segundo o relato dos responsáveis participantes, os repertórios de impulsividade e de tolerância ao atraso do reforçador em indivíduos com SD, relacionando-os ao conceito de ápice comportamental, bem como identificar as estratégias dos pais/responsáveis participantes, que favorecem o desenvolvimento de tal habilidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a ocorrência de impulsividade e hiperatividade, em crianças com SD, segundo relatos dos participantes;
- Avaliar o repertório de tolerância ao atraso do reforçador em crianças com SD, segundo relato dos participantes;
- Investigar se a tolerância ao atraso do reforçador demonstrada pelos responsáveis participantes a respeito das crianças com SD, pode ser discutida como um ápice comportamental;
- Investigar as estratégias dos pais/responsáveis participantes que facilitam o aprendizado da tolerância ao atraso do reforçador.

1.3 JUSTIFICATIVA

Logo no começo da vida, segundo Lipsitt e Reese (1980, apud MOURA; GABASSI, 1998), o estado de total dependência do ser humano em relação aos cuidados dos adultos costuma estabelecer um ambiente altamente sensível e responsivo que reforça imediatamente os pedidos do bebê. Haendel e Alvarenga (2018) afirmam que no decorrer de seu desenvolvimento a criança adquire maior autonomia para acessar ou produzir diferentes tipos de reforçadores, porém o ambiente de cuidados e o social também se modificam, modelando respostas de espera, extinguindo ou mesmo punindo respostas inadequadas diante do reforçador não disponível.

Segundo Nunes e Dupas (2011), os cuidados diários com a criança portadora da SD demandam ainda mais envolvimento durante um período maior quando comparado a crianças de desenvolvimento típico, com acentuada preocupação quanto ao seu desenvolvimento e cuidados a longo prazo. De acordo com o objetivo da pesquisa acredita-se ser fundamental o estudo da tolerância ao atraso do reforçador desde a infância, especificamente na SD, pois crianças que toleram menos o atraso ao reforçador têm maior probabilidade de apresentar por exemplo, comportamentos agressivos direcionados a objetos e a outras pessoas, ou mesmo rejeitar seguir instruções apresentadas por adultos. (HANLEY et al., 2007; HANLEY; IWATA; THOMPSON, 2001; LUCZYNSKI; HANLEY, 2013; VOLLMER et al., 1999).

Outros comportamentos a longo prazo, como menor capacidade de atenção, tolerância à frustração, como descrevem Eigsti et al. (2006), Mischel, Shoda e Peake (1988), Shoda, Mischel e Peake (1990) e de acordo com Barkley (2001), dificuldades no processo de aprendizagem, também são prováveis em crianças que apresentam menor tolerância ao atraso do reforçador.

Haendel e Alvarenga (2018) ainda defendem que a capacidade de autocontrole dá acesso a reforçadores advindos da interação social aumentando a probabilidade da aquisição de repertórios socioemocionais e cognitivos importantes, podendo proporcionar um ambiente de crescimento e desenvolvimento saudável. A aprendizagem da capacidade de tolerar o atraso ao reforçador permite que a criança interaja com seu meio social (escola, família, pares) de forma mais harmônica, o que representa um fator essencial para o funcionamento adequado nesses contextos, bem como a aquisição de repertórios importantes para o seu desenvolvimento, competindo também com comportamentos considerados impulsivos (HAENDEL; ALVARENGA, 2018).

Dessa forma se faz relevante o estudo por unir o aprendizado da capacidade em questão ao contexto de crianças com SD, cujo desenvolvimento individual necessita de maior estímulo do meio social quando comparado às crianças de desenvolvimento típico.

A seguir são discutidos os principais conceitos que norteiam a pesquisa, sendo eles: Síndrome de Down, sendo destacadas algumas dificuldades físicas, cognitivas e sociais que esses indivíduos podem enfrentar; Autocontrole, onde são destacados algumas definições e exemplos desse conceito; Tolerância ao atraso do reforçador, sendo explorado os benefícios e importância do aprendizado dessa capacidade; Estratégias Educativas, onde são sugeridas diversas estratégias e manejos de acordo com autores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE DOWN

A SD é a anomalia genética mais frequente em todo o mundo. É presente igualmente em todas as nacionalidades, raças, classes sociais, e se apresenta da mesma forma independentemente do sexo da criança. Pode aparecer em qualquer família, mesmo aquelas que não possuem descendentes com SD ou qualquer outra síndrome (DÉA; DUARTE, 2009).

Segundo Santana (2015) a SD (SD) leva esse nome em homenagem aos estudos do médico pediatra inglês, John Langdon Down, que a descreveu em 1866 como uma patologia congênita que acarreta um atraso no desenvolvimento físico e mental da criança. Déa e Duarte (2009) explicam que essa patologia congênita refere-se a alteração genética presente no indivíduo com SD, onde o número de cromossomos existentes nas células é diferente do convencional.

Bissoto (2005) destaca que há uma alteração na divisão cromossômica usual nos sujeitos portadores de SD, o que resulta na triplicação, ao invés de duplicação, do material genético referente ao cromossomo 21. Por esse motivo, a SD é também conhecida como Trissomia 21.

De acordo com Déa e Duarte (2009), em circunstâncias consideradas normais, existem no ser humano 46 cromossomos em cada célula, dos quais 23 são provenientes do óvulo da mãe e os outros 23 são provenientes do espermatozoide do pai. As pessoas com SD apresentam 47 cromossomos em cada célula, ao invés de 46 como os demais. Em geral, esta alteração interfere no desenvolvimento global da criança, afetando os aspectos físico, motor, cognitivo e emocional (BISSOTO, 2005).

Em relação aos aspectos físicos, Santana (2015) ressalta que os indivíduos com SD podem apresentar características como boca pequena, palato mais estreito, protrusão lingual, ausência de selamento labial, excesso de salivação (sialorreia), hipotonicidade (tônus muscular diminuído) que pode prejudicar o desenvolvimento dos movimentos como rolar, engatinhar, sentar, levantar, andar, entre outros. A criança com SD ainda pode apresentar algumas complicações de saúde como “má formação cardíaca; deficiência imunológica; problemas respiratórios; problemas de visão e de audição; problemas odontológicos” (SANTANA, 2015, p. 25).

Lima (2019) descreve que a cardiopatia congênita presente nesses indivíduos pode impedir seu nascimento, ou quando chegam a nascer, se muito sério, não têm muito tempo de vida. Podem apresentar também, risco de leucemia, anomalias no trato urinário, hipotireoidismo, retardo na formação óssea e problemas de infecções (são mais suscetíveis).

Os prováveis fatores que causam a síndrome são: fatores hereditários; idade da mãe (mais de 35 anos); processos infecciosos; exposição a radiações; alguns agentes químicos; complicações de tireoide da mãe; índice elevado de imunoglobulina e tiroglobulina no sangue materno; deficiências vitamínicas. Alguns exames permitem detectar a SD já no período pré-natal (análise cromossômica e amniocentese), porém é a presença das alterações orgânicas no nascimento que levam a suspeita do diagnóstico de SD (FERNANDES et al., 2009).

Grande parte das pessoas com SD possuem deficiência intelectual entre leve e moderada (MCCONNAUGHEY; QUINN, 2007), assim como comportamento e padrão de desenvolvimento diferenciados entre si (VOIVODIC, 2013). O atraso mental, juntamente de outros atrasos no desenvolvimento, pode gerar complicações ao nível da aprendizagem escolar, nomeadamente através dos planos motor, cognitivo, linguístico e social (LAMÔNICA; FERREIRA-VASQUES, 2015).

As crianças com SD, segundo Kozma (2007), apresentam maior lentidão no aprender, assim como dificuldades relacionadas ao raciocínio complexo e juízo crítico. Fierro (1995, apud CIDADE, 1998) ainda expõe as limitações que os sujeitos com atrasos apresentam nas funções de estratégias cognitivas, que podem ser ausentes ou deficitárias, mas que são passíveis de intervenção e melhora. É de muita relevância destacar, segundo Lima (2019), o equívoco de se afirmar que esses sujeitos nunca aprenderão; nunca poderão viver sozinhos; nunca terão

competência para aprender. Com a ajuda de estímulos, familiares, especialistas, muitos avanços podem ser alcançados.

As alterações do comportamento, sintomas característicos do autismo assim como manifestações clínicas relacionadas com hiperatividade, déficit de atenção, também ocorrem com maior frequência em portadores de SD do que na população geral (GASPAR, 2013).

Estudos apontam a existência de dificuldades no processo de transmissão de alguns circuitos neuronais (SILVA; KLEINHANS, 2006), o que estimula a nível cognitivo, problemas de atenção, tempos de reação mais elevado, problemas no processamento auditivo-vocal e na memória a curto e a médio prazo, dificuldades nos processos de correlação, análise, cálculo e pensamento abstrato, limitações na discriminação perceptiva, na capacidade de generalização e na simbolização. (BARATA; BRANCO, 2010; MARTINHO, 2011;).

Como indicado por Alves (2011), crianças com SD apresentam baixa permanência de tempo para o alerta constante, pois se fadigam rapidamente e ficam cansadas, o que diminui a energia necessária para permanecerem concentradas e focadas nas atividades propostas. Em decorrência desses aspectos, a autora ainda ressalta que há “grande dificuldade para atividades mais prolongadas” (ALVES, 2011, p.42).

Kozma (2007) faz um alerta para a dificuldade desses indivíduos, em aprender habilidades superiores, como aquelas que exigem coordenação e análise complexa. A autora enfatiza que o desenvolvimento dessas habilidades é possível, porém será mais difícil e precisará de mais tempo. Medeiros (2014) aborda outras dificuldades importantes presentes nesse público, a distração facilitada, e dificuldade de assimilação dos estímulos recebidos.

Como abordado por Gaspar (2013), o prognóstico do desenvolvimento cognitivo pode variar, e em grande parte depende da precocidade da intervenção, que deve ser multidisciplinar e coerente, assim como da interação entre a família e os diversos profissionais intervindo com a criança. Abordagens que privilegiam vias concretas e objetivas de informação, apoiadas em suportes visuais e tácteis, visam uma maior eficácia da aprendizagem (MARTINHO, 2011).

Anunciação, Costa e Denari (2015) descrevem uma carência, por parte do aluno com SD, de comportamentos de participação ativa nas atividades

pedagógicas quando não estimulados nesse sentido. O estímulo precoce das habilidades motoras em crianças em idade escolar, pode fomentar a aquisição de progressos na aprendizagem e melhoras no desempenho escolar e social.

Voivodic (2013) faz o levantamento de que não é verdadeiro o estereótipo sobre docilidade, amistosidade, afetividade, teimosia, em todos as crianças com SD. Déa e Duarte (2009) afirmam que tudo vai depender das particularidades de cada indivíduo, tanto a intensidade da deficiência mental, o atraso no desenvolvimento motor, como a capacidade de adaptação na sociedade. A ciência aponta que realmente existem limitações no desenvolvimento neurológico, psicológico e físico da pessoa com SD, porém com as estimulações precocemente iniciadas e com o aumento das oportunidades oferecidas para esses indivíduos, suas condições têm sido ampliadas e melhor exploradas (DÉA; DUARTE, 2009).

Segundo Santana (2015), a expectativa de vida desta população tem aumentado atualmente devido aos avanços da medicina, podendo até ser comparada à população em geral. Há diversos aspectos que podem contribuir para um melhor desenvolvimento da criança com SD: intervenção precoce na aprendizagem, tratamento medicinal, um ambiente familiar estável e uma educação de qualidade, envolvendo pais, professores, terapeutas e outros especialistas (SANTANA, 2015). Sobre esses aspectos que envolvem a estimulação adequada, pontua-se:

Hoje está muito claro, conforme observado em testes de grande e absoluta confiança (realizados em camundongos e confirmados em seres humanos), que a estimulação universal, isto é, de todos os sentidos (audição, visão, tato, olfato, gustação e emoção), além de uma importante estimulação social, física e emocional, é fundamental. [...] Fica claro que pessoas estimuladas de maneira equilibrada (não devendo ser hiperestimuladas a ponto de sentirem-se estressadas) só terão a ganhar mais potencial de aprendizagem por capacitação (MUSTACCHI; SALMONA, 2009, p.24).

Diante das dificuldades físicas, cognitivas e sociais dos indivíduos portadores da SD, juntamente dos estudos que indicam a possibilidade de estimulação e aprendizado dos mesmos, considera-se importante os estudos de estratégias que estimulem ainda mais esse grupo de pessoas. A tolerância ao atraso do reforçador, que é um prerequisite para o autocontrole, pode trazer benefícios ao portador da SD em seu desenvolvimento global.

2.2 AUTOCONTROLE

É comum ouvir ou ler a palavra “autocontrole” no cotidiano, relacionado a força de vontade para realizar ou deixar de realizar algo, controlar sentimentos ou sensações, manter o equilíbrio emocional interior ou mesmo dominar os impulsos (CASTANHEIRA, 2001).

Porém, segundo Farias e colaboradores (2010), analisar o termo autocontrole dentro da perspectiva analítico-comportamental demanda cautela, pois é preciso entendê-lo como conduta (comportamento) e não como “explicações mentalistas” que levam à narrações circulares e ambíguas. O foco deve ser voltado para as histórias de exposição às contingências de reforçamento, ao invés da formulação de representações mentais para entender o autocontrole (SKINNER, 1989/1991).

De acordo com o pressuposto da Análise do Comportamento, todo e qualquer comportamento sempre estará sujeito a determinações ambientais (FARIAS et al., 2010). Entretanto Skinner (1953/1998) acrescenta que existe um tipo de repertório comportamental especial que prepara o indivíduo para o futuro, e envolve um tipo de interação do indivíduo com o ambiente onde o próprio indivíduo, e não um outro agente, manipula as condições necessárias para a transmissão de uma determinada resposta.

Os estudos de Nico (2001) ressaltam a importância de se compreender o autocontrole já que, através dele, o sujeito conhece antecipadamente as respostas e as consequências a serem produzidas por cada uma delas, e dessa forma atua no seu ambiente controlando e alterando a probabilidade de seu próprio comportamento, de acordo com a manipulação das variáveis ambientais das quais o comportamento é função (KERBAUY, 2006; SANTOS; BORGES, 2005; SKINNER, 1953/1998).

O conceito de autocontrole baseia-se na “possibilidade de que o indivíduo possa controlar seu próprio comportamento” (SKINNER, 1953/1998, p.228). Skinner (1953/1965) diz ainda que um indivíduo controla seu comportamento como controlaria o de outras pessoas; por meio de uma resposta (controladora), manipulando variáveis do ambiente, que altera a probabilidade de outra (controlada).

A resposta controlada, segundo Skinner (1953/2007; 1974/2006) é aquela que produz consequências conflituosas, sendo elas reforçadores positivos e negativos. Esta resposta controlada pode ainda, evitar o contato do indivíduo com reforçadores negativos imediatos, porém produzir reforçadores negativos imediatos atrasados de maior magnitude (HANNA; TODOROV, 2002; SKINNER, 1953/ 2007). Já a resposta controladora diz respeito ao manejo das variáveis antecedentes (estímulos discriminativos ou operações estabelecedoras) das quais a resposta controlada é função, alterando assim, a probabilidade da resposta controlada (ABREU-RODRIGUES; BECKERT, 2004).

Skinner (1953/2007) utilizou o exemplo do comportamento de ingerir bebidas alcoólicas em excesso, como resposta controlada, mantida pelo reforçador positivo social. Haendel e Alvarenga (2018) relatam que a resposta controladora, nesse caso, seria a emissão pelo próprio indivíduo, de uma resposta de manipulação das variáveis antecedentes à resposta controlada, como informar aos amigos que costumam estar presentes nesses episódios de beberagem, que não poderá mais participar desses encontros e propor encontros nos quais não haja a presença de bebidas alcoólicas.

Segundo Farias et al. (2010), um organismo quando confrontado com uma escolha entre um reforçador maior e mais atrasado, e um reforçador menor e mais imediato, ao escolher o reforçador maior e mais atrasado exercerá o autocontrole, já a escolha do reforçador menor e mais imediato é chamada de impulsividade. É importante salientar também a questão das consequências conflitantes, as quais o indivíduo que apresenta autocontrole, deve evitar.

De acordo com Skinner (1953/1965), o autocontrole abrange uma situação na qual existem dois cursos de ação distintos, cujas consequências variam em relação a algumas de suas propriedades (temporalidade, magnitude e/ou natureza), gerando assim uma situação de conflito. Grace (1999, apud FARIAS et al., 2010) indica que o atraso e a magnitude controlam a preferência. São dimensões independentes e relativas do reforçador.

Exemplos foram utilizados por Skinner (1953/1998) para melhor ilustrar o conceito de autocontrole, como fechar portas ou cortinas, fechar os olhos ou ouvidos para eliminar estímulos que desviam a atenção de uma palestra ou “evitar a tentação”. Considera-se, segundo Farias et al. (2010), nesses exemplos a presença de dois operantes concorrentes e incompatíveis: a resposta de olhar para o

palestrante à sua frente, e a resposta de olhar para uma cena interessante na sala ao lado.

Partindo do princípio de que a cena interessante envolve uma pessoa atraente e o palestrante aborda um assunto que, em longo prazo, tem a probabilidade de proporcionar um emprego ou uma promoção. Nesse caso, o termo autocontrole pode ser empregado com o sentido de “evitar a tentação”, pois caso a opção escolhida seja a de olhar a cena interessante ao lado (que seria o reforçador imediato), algum tipo de consequência atrasada aversiva ou suspensão de reforçadores se produziria, como a impossibilidade de uma promoção ou vaga de emprego (FARIAS et al., 2010).

O exemplo acima pode ser melhor compreendido através da análise da contingência tríplice na qual cada resposta possível é incluída (TODOROV, 1991):

Sd1: R1 → Sr1

Sd2: R2 → Sr2 (atrasado).

Seguindo o modelo acima, Farias e colaboradores (2010) indicam que o Sd significa estímulo discriminativo (faz com que a resposta seja mais provável, devido à sinalização de disponibilidade de consequências); R significa resposta de escolha e Sr estímulo reforçador (consequência produzida pela resposta operante).

Segundo Farias et al. (2010), a partir do exemplo citado, essa relação de contingências pode ser entendida como: Sd1 (porta aberta durante palestra), R1 (olhar cena interessante lá fora) e Sr1 (entreter-se e rir). Em situação oposta, onde R2 seria incompatível com R1, pode-se entender: Sd2 (porta fechada durante palestra), R2 (olhar palestra à frente), Sr2 atrasado (promoção ou vaga de emprego).

Dessa maneira, ainda sobre os estudos de Farias et al. (2010), o atraso de R2 pode reduzir seu valor reforçador imediato, e assim, a probabilidade de R1 ocorrer é maior que R2. Porém existe a possibilidade de ocorrer uma resposta controladora (Rc1), modificando as variáveis ambientais e removendo os determinantes de R1, que seria o comportamento de acabar com Sd1 ao fechar a porta ou “evitar tentação”, por exemplo. Isso pode inverter as probabilidades de R1 e R2.

As opções menos atrasadas são mais escolhidas, diante das opções de mesma magnitude mais atrasadas, ou com menor probabilidade de ganho (COELHO, 1999, apud FARIAS et al., 2010). Dessa forma, segundo Farias et al. (2010), é possível inferir que há maior probabilidade de escolha por quaisquer outras alternativas em detrimento do autocontrole. A tendência é a impulsividade.

Segundo pesquisas de Mischel e colaboradores na década de 70, como citado por Farias et al. (2010, p. 121) “o autocontrole é a posposição voluntária da gratificação imediata e persistência do comportamento direcionado para um alvo, devido às suas consequências atrasadas”. E como visto, a principal característica dos comportamentos de autocontrole é o fato de as respostas e as consequências serem conhecidas, e o próprio indivíduo faz o manejo das condições para a ocorrência de uma ou outra resposta. Sendo assim, esse repertório comportamental relaciona-se diretamente à autonomia e à independência, relevantes para qualquer indivíduo. (SANTOS; BORGES, 2005; SKINNER, 1953/1998).

O conceito de autocontrole tem sido utilizado também, para fazer referência à capacidade de evitar a emissão de respostas que produzam ao mesmo tempo consequências conflitantes, imediatas ou postergadas para o indivíduo que se comporta ou para seu grupo social. Exemplos desse tipo de resposta são agredir para resolver conflitos, negligenciar cuidados com a própria saúde, rejeitar seguimento de instruções importantes, etc. (HELLER; KERBAUY, 2000; KERBAUY, 1972; MARCHEZINI-CUNHA; TOURINHO, 2010; SKINNER, 1953/2007; ZIN; LOPES; LIMA; ESCOBAL; GOYOS, 2013).

Pesquisas referentes ao autocontrole podem ser benéficas para o tratamento de vários problemas comportamentais, principalmente aqueles relacionados a escolhas impulsivas. Dentre esses problemas pode-se citar o autismo, o transtorno de déficit de atenção, a hiperatividade, a dependência de substâncias químicas, agressividade, delinquência, ou seja, em casos onde o comportamento impulsivo é mais evidente (HANNA; RIBEIRO, 2005).

Verifica-se então, de acordo com as informações já citadas, uma maior dificuldade dos indivíduos portadores da SD em manipular seus comportamentos em vista de uma consequência mais adequada e saudável. Porém mais uma vez se enfatiza a possibilidade da aprendizagem de comportamentos que envolvem o autocontrole, promovendo autonomia, independência, impactando de maneira

positiva a convivência entre pares e grupos, resultando em interações e desenvolvimento adequados.

2.3 TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR

A tolerância ao atraso do reforçador é considerada como um prerequisite para o autocontrole. Dessa forma, tolerância ao atraso do reforçador pode ser definida como a escolha do indivíduo por um reforçador atrasado de maior magnitude ou preferência (BINDER et al., 2000), sem o engajamento do indivíduo em respostas consideradas inadequadas por serem prejudiciais a si próprio ou ao outro (LUCZYNSKI et al., 2014; HANLEY et al., 2007). Haendel e Alvarenga (2018) destacam que comportamentos de impulsividade e respostas impulsivas (podendo ser entendidas também como hiperatividade), são considerados como equivalentes a comportamentos relacionados à baixa tolerância ao atraso do reforçador. E no caso, entendidos como comportamentos-problema, já que se opõem a tolerância.

Em estudos com crianças, considera-se como comportamentos-problema regularmente emitidos durante tal período, respostas de agressividade física e verbal a si mesmo e aos outros: gritos, arremessos de objetos, insistência quando solicitado a esperar, negação verbal ao demandante da espera, entre outros. A emissão de quaisquer desses comportamentos durante o período de espera pelo reforçador é considerada como uma baixa tolerância ao atraso do reforçador (LUCZYNSKI et al., 2014; HANLEY et al., 2007).

É relevante destacar que quanto maior a duração do período de espera pelo reforçador de maior magnitude, as chances de escolha por reforçadores de menor magnitude e tempo de espera, aumentam. Esses fatores podem então, afetar o comportamento de tolerar o atraso do reforçador (CORREIA, 2009; GOKEY et al., 2013). Outro fator importante é que, essa tolerância ao atraso do reforçador é desenvolvida desde os primeiros anos da vida infantil, e progride ou se consolida conforme o indivíduo cresce (MISCHEL et al., 1989). Portanto, segundo estudos de Logue e Chavarro (1992) e Schweitzer e Sulzer-Azaroff (1988), crianças apresentam menor tolerância à espera, quando comparadas aos adultos.

Para melhor compreensão dos dados citados até então, vale citar a pesquisa realizada por W. Mischel e colaboradores no início dos anos de 1970 a respeito do atraso de gratificação, ou recompensa postergada, que nada mais é do que a verificação da tolerância ao atraso do reforçador (HAENDEL; ALVARENGA, 2018).

De acordo com o próprio Mischel (2016), os estudos envolveram crianças em idade pré-escolar. Mesmo sendo um estudo simples, para as crianças foi um dilema árduo. Mischel e seus colaboradores propuseram às crianças a opção entre uma recompensa imediata (por exemplo, um marshmallow) e uma recompensa maior (dois marshmallows) que demandaria um tempo de espera de até 20 minutos. Ainda segundo Mischel (2016), havia uma campainha na mesa que poderia ser tocada pela criança para comer o marshmallow imediatamente, ou então, apenas esperar a volta do pesquisador para comer os dois doces propostos. Importante destacar que a criança não poderia se levantar da cadeira, nem morder o marshmallow durante a espera pelas duas guloseimas.

Mischel (2016) relata a comoção dele e dos observadores do experimento durante a perseverança das crianças que esperavam pelos doces. E ficaram surpresos ao analisar a vida dessas crianças posteriormente. Aquelas que optaram pela recompensa postergada se destacaram, quando mais velhas, nos testes de aptidão escolar (ou SAT, *Scholastic Aptitude Test*) e nos testes de funções cognitivas quando adolescentes. Entre o intervalo de 27 e 32 anos, os participantes demonstraram autoestima elevada, maior persistência nos objetivos, tolerância a frustração e estresse.

A respeito dos conceitos de tolerância e impulsividade, pode-se concluir segundo Mischel e Ebessen (1970), que a resposta de esperar pela recompensa atrasada seria de tolerância, e tocar a campainha para receber a recompensa imediata, seria de impulsividade.

A tolerância ao atraso do reforçador é compreendida como ápice comportamental, pois promove mudanças de comportamentos, fazendo com que o indivíduo entre em contato com novas contingências que têm consequências de longo alcance (ROSALES-RUIZ; BAER, 1997). E como visto, as crianças que obtiveram tolerância ao atraso do reforçador, segundo os experimentos citados de Mischel (2016), foram aquelas que futuramente apresentaram autoestima mais elevada, persistência e eficácia nos objetivos, resiliência e resistência à frustração. Várias outras consequências a longo alcance podem emergir a partir dessas já listadas, trazendo benefícios ao desenvolvimento do indivíduo.

Como indicado por Bosch e Fuqua (2001, apud HAENDEL; ALVARENGA, 2018) para ser considerada como ápice comportamental, o

comportamento/habilidade precisa seguir os seguintes critérios: conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes; ser validada pelo ambiente social; ser passível de generalização; concorrer com respostas inadequadas; afetar pessoas comuns ou relevantes, o que se relaciona a melhor adaptação do indivíduo em seu meio social.

A tolerância ao atraso do reforçador se enquadra nesses critérios, pois segundo Haendel e Alvarenga (2018), a criança se adapta com mais facilidade em ambientes em que a atenção do adulto deve ser compartilhada, por exemplo na escola, onde o professor atende uma criança por vez. Pode contribuir ainda para a persistência em atividades acadêmicas pouco reforçadoras, porém importantes. Na relação com outras crianças durante à espera de sua vez em uma brincadeira, ou por um brinquedo, por exemplo. Todos esses aspectos colaboram para um melhor convívio da criança com o outro, permitindo a ela repertórios socioemocionais e cognitivos relevantes para seu desenvolvimento.

Crianças que suplicam de modo hostil por atenção constante e imediata, são mais prováveis de serem rejeitadas por adultos e gerar reações agressivas. Respostas frequentemente impulsivas interferem no contexto familiar dificultando tarefas e funções desse ambiente (HAENDEL; ALVARENGA, 2018). Pode-se concluir que a baixa tolerância ao atraso do reforçador e por conseguinte, a baixa capacidade de autocontrole, referem-se à impulsividade (ZIN et al., 2013). Segundo os estudos de Smith et al. (2006), é evidente que comportamentos de baixa tolerância à espera do reforçador, como impulsividade, geram um efeito negativo e aversivo ao meio social.

Tolerar a espera pelo reforçador postergado é passível de generalização pois facilita aprendizagem subsequente, sendo componente de uma resposta mais complexa (BOSCH; FUQUA, 2001; SMITH et al., 2006). Que é o caso da resposta de autocontrole, cujo comportamento de tolerância ao atraso do reforçador é componente (ABREU-RODRIGUES; BECKERT, 2004).

No decorrer do desenvolvimento o indivíduo se expõe a contingências sociais, verbais, regras, e dessa forma o autocontrole pode se tornar mais eficaz e passível de generalização, possuindo como importante componente a tolerância ao atraso do reforçador. Tolerância essa que enfraquece respostas impulsivas durante o período de espera pelo reforçador, e promove respostas mais adequadas, como o comportamento de tolerar a espera prolongada em uma fila, a disponibilidade dos

pais para solicitar algo, ou seja, comportamentos incompatíveis com os comportamentos de impulsividade (HAENDEL; ALVARENGA, 2018).

Durante a espera a criança pode ainda, de acordo com Haendel e Alvarenga (2018), emitir outros comportamentos adequados, como observar características do ambiente em que está, interagir com outra criança, cantarolar em voz baixa, o que se opõe aos comportamentos inadequados de chorar, buscar atenção de forma insistente, interromper outras pessoas, murmurar. Portanto, de acordo com as autoras citadas, a tolerância a espera pelo reforçador atrasado compete com respostas inadequadas e influencia diversas pessoas ao redor, como pais, cuidadores, professores e o entorno social.

Nota-se dessa forma os seus benefícios e importância no desenvolvimento de crianças, principalmente aquelas que apresentam maiores dificuldades no âmbito cognitivo, social, maior probabilidade de comportamentos impulsivos como é o caso das crianças portadoras da SD.

2.4 ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS

Como visto, indivíduos com desenvolvimento atípico, como no caso da SD, apresentam limitações em seu desenvolvimento global. Entretanto é possível melhorar a atuação desse público, ensinando-os a organizar a informação de modo que possam superar as limitações que lhes são impostas (SÁNCHEZ; SÁNCHEZ, 1989, apud CIDADE, 1998).

É comprovado, segundo Queiroz (2019), que a estimulação precoce e acompanhamento de profissionais de diversas áreas (como fisioterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, psicologia, psicomotricidade, psicopedagogia, terapia ocupacional, entre outros) são essenciais para o desenvolvimento global saudável dos sujeitos portadores da SD, possibilitando êxito e atuação positiva na capacitação destes. (ALVES, 2011). Os benefícios da estimulação precoce podem modificar “as limitações sensório-motoras, sociais e intelectuais da criança com SD”, além de aumentar seus “níveis de atenção, interesse e habilidades” (PIMENTEL, 2012, p.33).

Sabe-se, segundo Haendel e Alvarenga (2018), que as contingências que promovem o alcance da tolerância ao atraso do reforçador, e por consequência, uma aproximação do autocontrole, devem ser conhecidas e manejadas pelos distintos agentes de socialização que compõem os ambientes da criança,

especialmente pais, cuidadores e professores. Nesse sentido, Déa e Duarte (2009), afirmam que a família possui um papel fundamental, já que representa o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo conceder-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento saudável e funcional. Ou, em caso contrário, proporcionar um ambiente não saudável e desenvolvimento não adequado (DÉA; DUARTE, 2009).

Considera-se ainda, de acordo com Rosalez-Ruiz e Baer (1997), que contingências que resultam em ápice comportamental (que é o caso da tolerância ao atraso do reforçador), devem ser classificadas como desenvolvimentais, ou seja, são aprendidas e se modificam sob ação das contingências ambientais. Sendo assim, Haendel e Alvarenga (2018) concluem que a tolerância ao atraso do reforçador deve constituir um importante alvo de intervenção na infância, e que contingências modeladoras dessa importante habilidade devem ser planejadas e aplicadas especialmente no ambiente doméstico, creches e escolas.

Como se tem discutido, os pais (ou responsáveis) representam um importante papel na construção do desenvolvimento dos filhos. Cole e Cole (2003) indicam que a influência dos pais no desenvolvimento da criança ocorre de duas formas. Primeiro através de tarefas e pela maneira como reagem aos comportamentos particulares do filho, e ainda, por seus valores (implícitos e explícitos) e padrões de comportamentos que modelam. Em segundo lugar, há essa influência quando selecionam diversos outros contextos e ambientes onde o filho pode ser exposto, como locais ou meios de entretenimento, contato com outras crianças, promovendo interações ricas.

Segundo Pueschel (1993, apud Déa e Duarte, 2009), para haver um desenvolvimento eficaz e que promova maior independência das crianças com SD, é essencial que os estímulos sejam apresentados de modo sistemático, progressivo e compatível com as etapas e limites da criança. O autor acrescenta que estratégias específicas são necessárias para o aprendizado dessas crianças, o que pode aumentar seus níveis de interesse, atenção e habilidades. É importante que tais estratégias sejam aplicadas em situações diárias e por pessoas que estejam envolvidas com a criança, como é o caso dos pais (ou responsáveis) e profissionais (PUESCHEL, 1993, apud Déa e Duarte, 2009).

Em relação às estratégias para o desenvolvimento de tolerância ao atraso do reforçador, a literatura promove a descrição de alguns tipos de contingências que

podem aumentar essa tolerância, sendo uma delas o *fading*, em que ocorre o aumento ou diminuição gradual do atraso do reforço, aumentando a probabilidade de escolhas de crianças por reforçadores atrasados e de maior magnitude. (BINDER et al., 2000; CANAVARROS, 2009; DIXON; TIBBETTS, 2009; GOKEY et al., 2013; MAZUR; LOGUE, 1978; SCHWEITZER; SULZER-AZAROFF, 1998).

Introduzir atividades alternativas durante o período de espera do reforçador também pode proporcionar esse objetivo de aumento da tolerância, como, por exemplo, brincadeiras com fantoches, como indica Bernardes (2011), quebra-cabeças ou desenhos, citados por Menezes (2007). Segundo Farias e colaboradores (2010) há pesquisas que comprovam a relação entre o tempo de espera, a idade e variáveis sociais, bem como a influência das respostas de outros diante das alternativas, instruções sobre o que fazer durante o período de espera e até mesmo as características pessoais.

Baseado em estudos de Skinner (1953/1998), Farias e colaboradores (2010) descrevem algumas técnicas de autocontrole, como a mudança de estímulos discriminativos e a emissão de comportamentos alternativos. De acordo com Hanna e Ribeiro (2005), um tratamento eficaz deve ainda, trabalhar com alteração de repertório comportamental, permitindo a ocorrência de comportamentos substitutos ou opostos aos comportamentos-problema.

Desenvolver autoconhecimento, conhecer o repertório de análises funcionais como um todo, possibilita ao indivíduo melhor previsão e modificação de seus comportamentos (SKINNER, 1953/1998). Nesse sentido é interessante destacar a importância de se manter uma rotina, já que esta permite ao indivíduo previsão e segurança adequados de seus comportamentos (DÉA; DUARTE, 2009).

Diamond (2007, apud QUEIROZ, 2019) aponta para a importância dos responsáveis e profissionais serem consistentes em suas condutas, estabelecerem expectativas definidas. Dividir as tarefas em curtas etapas, fazer uso da repetição, exercer paciência e persistência. Buscar elogiar e recompensar de modo a estimular a criança e oferecer auxílio quando preciso. A repetição das informações pode ser muito eficaz, como dito por Fredericks (2003). As crianças com SD demonstram déficit de memória, apresentam complicações em “acumula[r] informações na memória auditiva imediata de forma constante” (VOIVODIC, 2013, p.45).

Como visto anteriormente, segundo Alves (2011), devido a condições físicas as crianças com SD se fatigam mais facilmente, o que compromete em certo grau

a sua concentração e atenção. Sendo assim, Alves (2011) conclui que atividades mais prolongadas podem ser bastante difíceis para esse público. McConnaughey e Quinn (2007) sugerem nesse caso, dividir as tarefas e conceitos em etapas menores.

Zausmer (2003) destaca a dificuldade dessas crianças em selecionar o objeto ou tarefa na qual irão focar-se, diante de um ambiente repleto de estímulos. Dessa forma o ideal é apresentar à elas um brinquedo ou atividade por vez, isolando os outros estímulos (como brinquedos, materiais) em local fechado ou em outro ambiente.

Medeiros (2014) indica demais dificuldades apresentadas pelo público portador de SD, como é o caso da distração facilitada, dificuldade em manter a atenção. O autor então, propõe o uso de instruções simples, precisas e claras; apresentar à criança um modelo exemplificado do que deve ser feito, explicando previamente o passo a passo da atividade, e se preciso, realizar a atividade junto dela. Outra dificuldade destacada por Medeiros (2014), é a de assimilação dos estímulos recebidos. Dessa forma o autor sugere o estímulo de vias sensoriais ressaltando estímulos visuais para tal, também indica a importância de permitir que a criança manipule livremente os objetos e materiais que compõem as atividades propostas, caso sejam totalmente seguros.

Segundo Horstmeier (2003), é mais complicado para os indivíduos com SD a compreensão de informações apenas ouvidas, é necessário informá-los através de instruções visuais, táteis e motoras, o que facilita inclusive a compreensão de conceitos abstratos. McConnaughey e Quinn (2007) afirmam que é mais adequado ensinar conceitos novos com instrumentos concretos que sejam visuais, que possam ser tocados e explorados, evitando apenas o uso de palavras e figuras.

Queiroz (2019) alerta sobre o uso da linguagem com esse público. Deve ser uma linguagem totalmente simples, concreta, utilizando frases curtas, com tonalidade e ênfase. A autora destaca ainda, a necessidade de dar tempo para que a criança responda algum pedido, evitando que ela associe a demora de sua resposta com o fornecimento da resposta dada pelo outro, e dessa forma a criança pode entender que não precisa responder mais. Crianças com atraso de desenvolvimento necessitam de tempo para processar a comunicação, assim como saber que sua contribuição é importante (HORSTMEIER, 2003).

É muito favorável, segundo Queiroz (2019), trabalhar com atividades de interesse da criança para melhor estimulá-la. De acordo com Zausmer (2003), possibilitar um ambiente de atividades lúdicas, jogos de imaginação é muito importante para o desenvolvimento desse público.

Jarrett (2007, apud QUEIROZ, 2019) e Pueschel (2003) afirmam que oferecer recompensa positiva é muito eficaz. Sorrir, demonstrar aprovação, elogios, são muito bem recebidos pelos indivíduos portadores de SD e contribuem para a permanência destes em respostas adequadas. Aproximar-se dessas crianças de maneira positiva, pode ser suficiente para uma melhor condução de aprendizagem a seguir. Caso contrário, a motivação da criança poderá ser prejudicada, interferindo de forma negativa no processo de aprendizagem (PUESCHEL, 2003).

Em alguns casos, um abraço, palavras de incentivo, cartão de recompensa a ser preenchido com adesivos no caso de comportamentos adequados, podem ser muito eficazes e valorizar a conduta realizada pela criança (JARRET, 2007, apud QUEIROZ, 2019).

Conclui-se a partir da teoria exposta, que é de extrema importância o acompanhamento, auxílio e estimulação precoce adequada, fornecidos por profissionais e pais (ou responsáveis) das crianças portadoras de SD. Dessa forma, conforme se desenvolvem, poderão lidar e administrar melhor seus limites, dificuldades, tornando-se mais independentes e propícias a controlar seu próprio comportamento tendo em vista uma consequência postergada mais benéfica para si e para os outros à sua volta, que é o que caracteriza a tolerância ao atraso do reforçador, um prerequisite para o autocontrole.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

Este estudo tem caráter descritivo, onde, segundo Triviños (2008) o objetivo é descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. A grande contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

O delineamento utilizado é o de pesquisa de campo, que segundo Gil (2008), realiza-se através do estudo de um grupo de pessoas, a partir de questionamentos em busca de se captar as explicações e interpretações que ocorrem naquela realidade. Os dados coletados foram avaliados através de um estudo qualitativo e quantitativo.

Assim como afirmam Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa abrange uma abordagem interpretativa do mundo, dessa forma os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Já a pesquisa quantitativa se dá na busca de resultados exatos evidenciados por meio de variáveis preestabelecidas, em que se verifica e explica a influência sobre as variáveis, mediante análise da frequência de incidências e correlações estatísticas (MICHEL, 2005).

3.2 PARTICIPANTES

A pesquisa se deu por uma amostra de conveniência. Foram selecionados os elementos aos quais o pesquisador tenha acesso, admitindo que estes possam representar um universo (LWANGA; LEMESHOW, 1991). Sendo assim, foram convidados cuidadores (pai, mãe e/o responsável) de crianças portadoras de SD, dentro da faixa etária de 6 a 11 anos e 11 meses. Aceitaram participar da pesquisa 10 cuidadores de crianças entre 6 a 11 anos e 11 meses. Um cuidador de uma criança com idade de 4 anos respondeu ao questionário online e os dados foram considerados, exceto na apresentação dos resultados do instrumento SNAP IV como será descrito posteriormente.

Destaca-se que não foram consideradas questões de gênero, idade e estrato socioeconômico dos responsáveis que preencheram os instrumentos da pesquisa. Não foram avaliadas outras variáveis a não ser aquelas descritas nos anexos e apêndices.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este estudo se baseia nas respostas de um questionário online *Google Forms*, cujo *link* foi divulgado remotamente em grupos e para pessoas que se enquadram nos critérios descritos até então. Foi enfatizado já na divulgação, as condições necessárias para participar voluntariamente. Por ser uma amostra de conveniência, a pesquisadora buscou indicações de possíveis participantes, e seus respectivos contatos eletrônicos para mensagens instantâneas ou e-mail.

Visto que o cenário atual se encontra nacionalmente em estado de alerta devido aos riscos do contágio do vírus COVID-19, optou-se pela coleta de dados remota. O estudo se realizou então, por meio da aplicação de um questionário online via plataforma *Google Forms* (APÊNDICE A), contendo questões abertas, escalas lineares, múltipla escolha e uma seção específica para o Questionário Swason, Nolan e Pelham (SNAP IV), discutido a seguir. Os formulários *Google* possibilitam que o usuário “organize e recolha gratuitamente qualquer tipo de informação” (GOOGLE, 2017). Esse recurso *Google*, permite que as respostas sejam armazenadas em planilhas e visualizadas em gráficos. O questionário, intitulado “Pesquisa sobre o autocontrole de crianças portadoras da SD”, foi dividido em sete seções denominadas pelo pesquisador, sendo elas: Apresentação; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Dados Gerais, contendo cinco questões; Questionário Swason, Nolan e Pelham (SNAP IV), contendo 18 questões; Comportamentos e suas influências, contendo 20 questões, e as últimas duas seções são os Agradecimentos. Segundo Gil (2008), questionário pode ser definido como a técnica de investigação composta por um número de questões, tendo por finalidade que quem responda exponha suas opiniões, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

As seções e suas respectivas questões foram elaboradas de acordo com os estudos levantados no referencial teórico, e organizadas da maneira mais propícia para ser respondida pelos participantes via questionário online.

O instrumento “Questionário Swanson, Nolan e Pelham (SNAP IV)” (SWANSON, 1992) (ANEXO B) está inserido no questionário *Google Forms*, em uma seção específica. Este, trata as questões do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e apresenta evidência de fidedignidade. Utilizou-se a tradução realizada pelo Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ/GEDA) e pelo Serviço de Psicologia da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (MATTOS; SERRA-PINHEIRO; ROHDE; PINTO, 2006). Esse instrumento foi elaborado para ser aplicado com professores e pais das crianças.

Para o presente estudo só foram utilizadas as questões de 10 a 18, já que essas se referem à subescala dos sintomas de impulsividade e hiperatividade listados no DSM IV. Os itens são respondidos em uma escala *Likert* de 4 pontos: “Nem um pouco” = 0, “Só um pouco” = 1, “Bastante” = 2 ou “Demais” = 3.

Na seção “Comportamentos e suas influências”, contendo 20 questões, foram investigados, através de uma escala *Likert* de 4 pontos: “Frequentemente” = 4, “Algumas vezes” = 3, “Raramente” = 2, e “Nunca” = 0, a frequência com que ocorrem determinados comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador em determinadas situações de espera, analisou-se ainda, por meio de questões abertas, a maneira com que a família ensinou ou tentou ensinar para a criança, os comportamentos assinalados na escala *Likert*. Questões referentes à comportamentos apresentados pelas crianças em uma situação de espera prolongada, foram investigados através da opção “Caixas de seleção” (disponibilizado pela plataforma *Google Forms*), onde alguns comportamentos foram listados para que o participante selecionasse uma ou mais opções desejadas, ou inserisse algum outro comportamento não listado por meio da opção “Outros”. A fim de se verificar a frequência emitida de comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador em situações e ambientes sociais variados, interação adequada com adultos e outras crianças, foi utilizado novamente questões em escala *Likert*, bem como questão aberta sobre como são esses relacionamentos com outros adultos e crianças.

3.4. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização do estudo o projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética do CEP UNITAU, cujo Número do Parecer de aprovação é: 4.235.862. Como citado anteriormente, a pesquisa se deu por uma amostra de conveniência, portanto foram selecionados os elementos aos quais o pesquisador tenha acesso, admitindo que estes possam representar um universo (LWANGA; LEMESHOW, 1991). Com o projeto aprovado, o próximo passo foi a busca pelos participantes voluntários que se inseriram nos critérios estabelecidos, por meio de postagem da pesquisa e critérios de participação via rede social, em grupos voltados a esse foco (Pais/Responsáveis de pessoas com SD). Seus contatos eletrônicos foram salvos e utilizados para envio do questionário online *Google Forms* (link: <https://forms.gle/yHnjNW6hzjMJ9Zwy8>) juntamente do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO A), inserido ao mesmo questionário online *Google Forms*, explicando as etapas da pesquisa. Lembrando que o acesso às perguntas do questionário só é disponibilizado após a indicação de concordância eletrônica dos termos descritos no TCLE, tal conduta será compreendida como a assinatura do participante. O envio dos questionários se deu em agosto de 2020.

3.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

As análises dos dados são de natureza qualitativa e quantitativa como já descrito anteriormente. Os dados e resultados foram apresentados de acordo com as seções organizadas no questionário online, porém os resultados das questões referentes a seção “Comportamentos e suas influências” do questionário online *Google Forms*, foram divididos nos seguintes tópicos: 4.3 “Comportamentos que indicam a tolerância ao atraso do reforçador e suas influências”, 4.4 “Estratégias de ensino dos responsáveis participantes”, 4.5 “Comportamentos emitidos durante período de espera” e 4.6 “Interações e Reações Sociais” para melhor exposição dos dados.

Os resultados referentes a seção de Dados Gerais foram analisados de forma quantitativa e expostos em tabela e gráfico conforme a quantidade de respostas obtidas. O tópico 4.2 “Comportamentos de hiperatividade e impulsividade” expõe as informações coletadas através do instrumento

“Questionário Swanson, Nolan e Pelham (SNAP IV)”, cujos escores da subescala são calculados pela soma dos valores de cada item e divisão desta soma pelo número de itens da subescala (nove itens). Sendo considerado o escore maior que 1,44 como clinicamente significativo para impulsividade e hiperatividade, de acordo com o critério utilizado pelo próprio instrumento. O participante cuja criança apresenta idade de quatro anos foi desconsiderado, pois não se enquadrava nos padrões de análise do referido instrumento. Sendo considerado apenas as crianças dentro da faixa etária de seis anos, e 11 anos e 11 meses.

Os dados dos tópicos 4.3 “Comportamentos que indicam a tolerância ao atraso do reforçador e suas influências”, 4.5 “Comportamentos emitidos durante período de espera” e as tabelas expostas no tópico 4.6 “Interações e Reações Sociais”, foram também analisados de maneira quantitativa por meio de gráficos e tabelas, sendo os dados calculados considerando a conversão das escalas conforme uma escala *likert* de 4 pontos: “Frequentemente” = 3, “Algumas vezes” = 2, “Raramente” = 1, e “Nunca” = 0, expostos através dos cálculos de frequência absoluta e frequência relativa. A frequência absoluta foi calculada através da soma das respostas assinaladas por item, sobre a frequência dos comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador emitidos em determinadas situações, em ambientes sociais variados e interação com terceiros. Já a frequência relativa, expõe a porcentagem calculada de acordo com a soma da frequência absoluta ($n/\text{soma da frequência absoluta} \times 100$).

Além disso, a respeito das perguntas que investigam o ápice comportamental, presentes no tópico 4.7 “Critérios de ápice comportamental”, foi realizado um estudo dos termos e tópicos que foram organizados por frequência absoluta e frequência relativa.

As questões abertas do questionário online, foram organizadas nos tópicos 4.4 “Estratégias de ensino dos responsáveis participantes” e 4.6 “Interações e Reações Sociais” e analisadas de maneira qualitativa por meio de seleção de trechos considerados relevantes e frequentes, expostos em quadros.

Todos os dados foram organizados a partir de uma análise do conteúdo, destacando aspectos mais relevantes, com descrições e seleções de trechos da teoria exposta.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está organizada de acordo com as categorias previamente indicadas no Método. Na seção de Dados Gerais foram apresentadas as idades das crianças cujos responsáveis participaram da pesquisa, assim como o grau de parentesco dos referidos responsáveis, (Tabela 1 e Gráfico 1). A Tabela 2, apresenta os resultados da avaliação de impulsividade e hiperatividade das crianças.

Já nas seções seguintes de Comportamentos que indicam tolerância ao atraso do reforçador e suas influências, Estratégias de ensino dos responsáveis, Comportamentos emitidos durante período de espera, Comportamentos e suas influências em âmbito social, diversos resultados relacionados aos comportamentos de espera e tolerância das crianças, interação social das mesmas, e relatos dos responsáveis, foram sistematizados e informados através dos Quadros 1 e 2, Tabelas 3 e 4 e Gráfico 2.

Por fim, tais dados foram organizados de acordo com os critérios de ápice comportamental referentes a seguinte ordem: a) conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes; b) ser validada pelo ambiente social; c) passível de generalização; d) concorrer com respostas inadequadas; e) afetar pessoas comuns ou relevantes (Tabelas 5, 6, 7, 8 e 9).

4.1 DADOS GERAIS

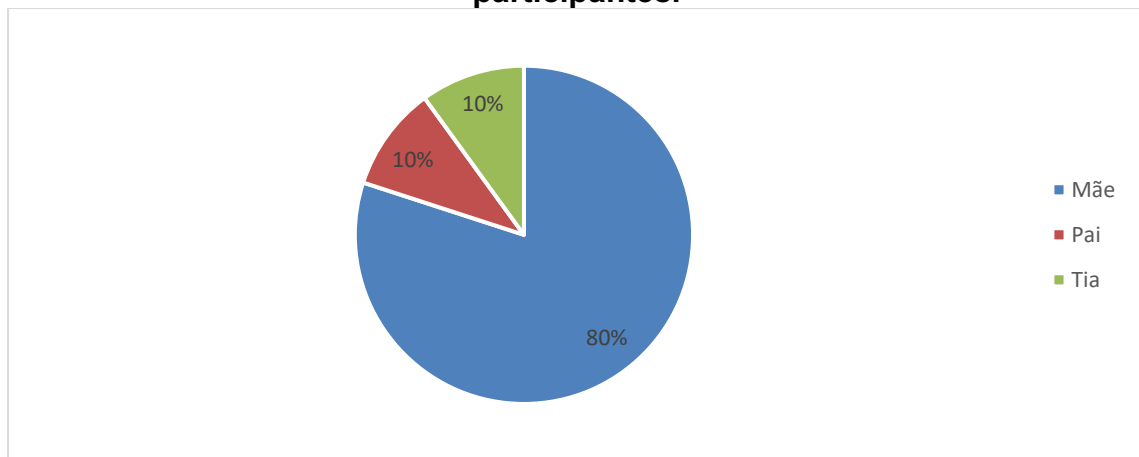
Após a coleta de dados realizada por questionário remoto, as respostas obtidas pelos participantes que concordaram em colaborar com este estudo foram organizadas. Os dados quantitativos foram tabulados e as informações qualitativas foram articuladas para análise.

Tabela 1 - Idade das crianças cujos familiares participaram do estudo.

Idade	Quantidade	% Total
4 anos	1	10
6 anos	1	10
7 anos	1	10
8 anos	4	40
9 anos	1	10
10 anos	1	10
Acima de 11 anos	1	10
Total	10	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

A Tabela 1 expõe os dados referentes à idade das crianças e se observa maior incidência na faixa etária de 8 anos (n=4). Os dados gerais a respeito do grau de parentesco com a criança são expressos no Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição do grau de parentesco com a criança, dos familiares participantes.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Conforme se observa nos dados expressos no Gráfico 1, a maioria dos participantes foram mães (80% - n=8), seguido de pai (10% - n= 1) e tia (10% - n= 1).

4.2 COMPORTAMENTOS DE HIPERATIVIDADE E IMPULSIVIDADE

A Tabela 2 a seguir, expõe dados da avaliação de impulsividade e hiperatividade obtidos através dos resultados do questionário Swason, Nolan e Pelham (SNAP IV). Na coluna “Significância clínica” foram utilizadas as siglas “SI” para “sem indicador clínico” e “CI” para “com indicador clínico” ambos referentes à hiperatividade e impulsividade.

Tabela 2 - Resultados (média) dos indicadores de hiperatividade e impulsividade.

Participantes (P)	Média	Significância clínica
P1	0,7	SI
P2	0,6	SI
P3	1,8	CI
P4	1	SI
P5	0,5	SI
P6	0,2	SI
P7	1,7	CI
P8	0,4	SI
P9	0,4	SI

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

De acordo com a Tabela 2, os resultados revelam que apenas dois participantes estão a cima do valor de corte, P3 (média = 1,8) e P7 (média = 1,7), indicando hiperatividade e impulsividade, já o restante dos participantes estão todos com média igual ou abaixo de 1.

A maioria dos responsáveis que participaram do estudo indicaram uma baixa frequência de indicadores de hiperatividade e impulsividade em crianças com SD. Há diversos aspectos que podem contribuir para um melhor desenvolvimento da criança com SD: intervenção precoce na aprendizagem, tratamento medicinal, um ambiente familiar estável e uma educação de qualidade, envolvendo pais, professores, terapeutas e outros especialistas (SANTANA, 2015). Esses aspectos podem estar presentes na vida das crianças avaliadas, resultando em um bom desempenho no questionário. Entretanto é importante enfatizar que foram considerados apenas nove participantes. Sugere-se uma amostra com maior variedade e maior número de participantes a fim de se comparar os resultados.

4.3 COMPORTAMENTOS QUE INDICAM A TOLERÂNCIA AO ATRASO DO REFORÇADOR E SUAS INFLUÊNCIAS

Na Tabela 3 a seguir, destaca-se a frequência com que os comportamentos são apresentados pelas crianças em situações específicas, em que a tolerância é requerida. São comportamentos que sinalizam a tolerância ao atraso ao reforçador.

Tabela 3 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) de comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador apresentados pelas crianças em situações específicas.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Esperar tranquilamente em uma fila.	21	18,1
Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido.	19	16,4
Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo.	21	18,1
Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira.	21	18,1
Persistir em tarefas escolares mais difíceis.	11	9,5
Respeitar os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir).	23	19,8
Total	116	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Conforme os resultados da Tabela 3, verifica-se que a categoria “Respeitar horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir)”, obteve o maior escore, sendo citada em 19,8% dos relatos. Nesse sentido é interessante destacar a importância de se manter uma rotina, já que esta permite ao indivíduo previsão e segurança adequadas de seus comportamentos (DÉA; DUARTE, 2009). Ao respeitar os horários determinados, as crianças então apresentam tolerância ao atraso do reforçador, tolerância essa que enfraquece respostas impulsivas durante o período de espera pelo reforçador, e promove respostas mais adequadas e incompatíveis com os comportamentos de impulsividade (HAENDEL; ALVARENGA, 2018).

As categorias “Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira”, “Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo” e “Esperar tranquilamente em uma fila”, também foram citadas com uma alta frequência

(18,1%) e revelaram que nessas situações, as crianças apresentam uma boa tolerância ao atraso do reforçador.

Já as categorias “Persistir em tarefas escolares mais difíceis” e “Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido”, foram as categorias com escores mais baixos, indicando que nessas situações, as crianças participantes apresentam baixa tolerância ao atraso do reforçador.

De forma geral, os dados revelam que a maioria das crianças apresentam comportamentos adequados em nível considerável quando se tratam de situações onde a tolerância ao atraso do reforçador é requerida.

É possível notar, como indicado por Voivodic (2013), que realmente as crianças com SD apresentam comportamentos e padrão de desenvolvimento diferenciados entre si, e tudo isso pode estar relacionado, segundo Gaspar (2013), com a precocidade da intervenção, assim como a interação entre a família e os diversos profissionais intervindo com a criança.

Percebe-se ainda que nas situações de persistir em tarefas escolares mais difíceis e aguardar a disponibilidade dos pais para realizar pedidos, são situações que demandam mais orientações dos responsáveis às crianças, pois de acordo com os resultados, as crianças têm dificuldade de tolerar esses atrasos de reforçadores. Corroborando com o estudo de Alves (2011), que verificou que crianças com SD apresentam baixa permanência de tempo para o alerta constante, pois se fadigam rapidamente e ficam cansadas, o que diminui a energia necessária para permanecerem concentradas e focadas nas atividades propostas. Em decorrência desses aspectos, a autora ainda ressalta que há “grande dificuldade para atividades mais prolongadas” (ALVES, 2011, p.42).

4.4 ESTRATÉGIAS DE ENSINO DOS RESPONSÁVEIS PARTICIPANTES

No Quadro 1 são encontrados os relatos a respeito de como os familiares ensinaram, ou tentaram ensinar os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador, descritos na Tabela 3. No Quadro 1, a letra “P” significa “participante” e o “x” assinalado significa que o relato se repete no próximo item. Os relatos do participante um (P1) não foram interpretados pois indicaram métodos não abordados no presente estudo, todos os relatos de P1 foram: “*Usamos MontessoriT21*”. Os relatos de P5 também não foram interpretados pois todos os

relatos foram: “*Conversando*”. Indicando falta de detalhes, portanto não foi possível avaliar.

Quadro 1 - Categorias de ensino de tolerância ao atraso do reforçador, segundo relatos dos participantes.

(continua)

Relatos dos Participantes (P) sobre como os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador são ensinados							
Categories	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Esperar tranquilamente em uma fila.	"Usamos MontessoriT21"	"Reposicionando ele na fila."	"Conversando ou dando o exemplo."	"Com muita paciência, foco e persistência."	"Conversando"	"...explicando que todos que estão ali vão esperar a vez."	"Explicando que é necessário respeitar sua vez..."
Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido.	X	"Explicando uma única vez ..."	"Espere sua vez"	"Sempre repetindo..."	X	X	"Explicando que é necessário respeitar o tempo e espaço do outro..."
Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo.	X	"..falo que tem que esperar sua vez"	"..reprende com conversa"	"Educadamente até aguardar sua vez"	X	X	".. é necessário dividir, brincar sem brigas e com respeito."
Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira.	X	"Ele não gosta de brincar ainda"	"Conversa e terapia"	"Com ...calma de forma educativa...exemplos simples..."	X	X	"Mostrando através do comportamento (de espera) de outras crianças."
Persistir em tarefas escolares mais difíceis.	X	"Só faz as tarefas com muita ajuda"	"Provocamos o aprendizado com outros brinquedos em casa"	"Sendo enfática, repetitiva de forma prazerosa"	X	"...explicar várias vezes...persistir."	"...não desistir, se errar refazer sem vergonha e com tranquilidade."
Respeitar os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir).	X	"Estabelecendo rotina"	"Acompanha o nosso horário"	"..rotina adequada...simplificada"	X	"...tem que ter regras que não são negociáveis."	"Impondo uma rotina."

Quadro 1. Categorias de ensino de tolerância ao atraso do reforçador, segundo relatos dos participantes.

(continuação)

Relatos dos Participantes (P) sobre como os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador são ensinados			
Categorias	P8	P9	P10
Esperar tranquilamente em uma fila.	<i>“Com exemplos.”</i>	<i>“Conversando, segurando na mão.”</i>	<i>“Com paciência e amor.”</i>
Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido.	<i>“Conversando e explicando.”</i>	<i>“Quer tudo na hora...”</i>	<i>“Ensinando respeito.”</i>
Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo.	<i>“Exemplificando.”</i>	<i>“...ele sempre cede, não foi ensinado...”</i>	<i>“Em casa todos tem sua vez.”</i>
Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira.	X	<i>“Faz isso sozinho.”</i>	<i>“Sendo exemplo”</i>
Persistir em tarefas escolares mais difíceis.	<i>“Conversando.”</i>	<i>“...não tenho problemas com isso...”</i>	<i>“Persistir.”</i>
Respeitar os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir).	X	<i>“Eu não cobro isso dele.”</i>	<i>“Rotina.”</i>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Conforme os resultados da Tabela 3, a categoria “Respeitar horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir)”, obteve o maior escore, o que significa que as crianças apresentam boa tolerância ao atraso do reforçador nessa situação. Os relatos referentes a essa categoria (apresentados no Quadro 1) indicam, em sua maioria, a organização de antecedentes, ou seja, o uso de rotina, como observado em: *“Estabelecendo rotina”*, *“Impondo rotina”*, *“Rotina”*. É interessante destacar a importância de se manter uma rotina, pois permite ao

indivíduo previsão e segurança adequados de seus comportamentos (DÉA; DUARTE, 2009).

Como analisado na Tabela 3, as categorias “Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira”, “Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo” e “Esperar tranquilamente em uma fila”, também foram citadas com uma alta frequência (18,1%). Alguns relatos dos participantes (apresentados no Quadro 1) correspondentes ao item “Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira”, são: *“Com...calma de forma educativa...exemplos simples”*, *“..através do comportamento (de espera) de outras crianças”*, *“Sendo exemplo”*. Essas estratégias indicam descrições com modelos, ou seja, os responsáveis apresentam o modelo adequado a ser realizado pela criança, ou destacam o modelo adequado apresentado por outra criança.

A categoria “Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo” obteve relatos com descrições de desempenhos alternativos (explicações com descrição de comportamento) e descrições de consequências (respeitar o tempo e espaço do outro), como analisado em: *“...falo que tem que esperar sua vez”*, *“...é necessário dividir, brincar sem brigas e com respeito”*, *“Exemplificando”*, *“Em casa todos tem sua vez”*.

Em relação a categoria “Esperar tranquilamente em uma fila”, os relatos dos participantes no Quadro 1 demonstram, de forma geral, controle instrucional (explicações), algumas vezes com descrições de desempenhos alternativos (explicações com descrição de comportamento), descrições com dicas físicas, como observado em: *“Reposicionando ele na fila”*, *“...dando exemplo”*, *“...explicando que todos ali vão esperar a vez”*, *“Explicando que é necessário respeita sua vez...”*, *“Conversando, segurando na mão”*, *“Com paciência e amor”*.

Os relatos mencionados até então, estão de acordo com diversas estratégias abordadas por autores como Martinho (2011), revelando que abordagens que privilegiam vias concretas e objetivas de informação, apoiadas em suportes visuais e tácteis, visam uma maior eficácia da aprendizagem. Os relatos também demonstram o que propõe Medeiros (2014), segundo o autor, as crianças com SD apresentam dificuldades como distração facilitada, dificuldade em manter a atenção. Medeiros (2014) propõe então o uso de instruções simples, precisas e claras; apresentar à criança um modelo exemplificado do que deve ser feito.

De acordo com Hanna e Ribeiro (2005), um tratamento eficaz deve trabalhar com alteração de repertório comportamental, permitindo a ocorrência de comportamentos substitutos ou opostos aos comportamentos-problema. Os relatos até então selecionados, indicam a tentativa dos responsáveis em ensinar com comportamentos opostos ao comportamento de impulsividade emitido pelas crianças, ou então relatar às crianças e exemplificar os comportamentos adequados que elas deveriam emitir, que são substitutos aos comportamentos-problema.

Diamond (2007, apud QUEIROZ, 2019) aponta para a importância de os responsáveis fazerem uso da repetição, exercer paciência e persistência. A repetição das informações pode ser muito eficaz, como dito por Fredericks (2003). As crianças com SD demonstram déficit de memória, apresentam complicações em “acumula[r] informações na memória auditiva imediata de forma constante” (VOIVODIC, 2013, p.45).

Todos esses relatos de ensino correspondem a estratégias mencionadas pelos autores como positivas ao desenvolvimento da tolerância ao atraso do reforçador, portanto as categorias que se destacaram na Tabela 3 também apresentam as estratégias mais adequadas de ensino (Quadro 1), com maior variabilidade entre manejar antecedentes, dicas físicas, qualidade das instruções e modelos.

Entretanto, as categorias “Persistir em tarefas escolares mais difíceis” e “Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido”, como visto na Tabela 3, foram as categorias com escores mais baixos, indicando que nessas situações, as crianças participantes apresentam baixa tolerância ao atraso do reforçador. Os relatos (Quadro 1) referentes a categoria “Persistir em tarefas escolares mais difíceis”, indicam: “*Só faz as tarefas com muita ajuda*”, “*Sendo enfática, repetitiva...*”, “*...explicar várias vezes...persistir*”, “*Persistir*” demonstrando precariedade de variedade de estratégias, ainda que seja possível observar a persistência nos relatos, talvez a persistência esteja vinculada à estratégias não ideais.

Sobre os relatos (Quadro 1) referentes a “Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido”, observa-se: “*Explicando uma única vez...*”, “*...repetindo*”, “*Explicando que é necessário respeitar o tempo e espaço do outro...*”, “*Conversando e explicando*”, “*Quer tudo na hora*”, demonstrando descrições de consequências (respeitar o tempo e espaço do outro), com repetições e consistência. Porém ainda há a necessidade de maior variedade de estratégias.

Como indicado por Alves (2011), crianças com SD apresentam baixa permanência de tempo para o alerta constante, bem como dificuldade em permanecer concentradas e focadas nas atividades propostas. A autora também enfatiza que atividades prolongadas são mais difíceis para essas crianças.

Zausmer (2003) destaca a dificuldade dessas crianças em selecionar o objeto ou tarefa na qual irão focar-se, diante de um ambiente repleto de estímulos. Dessa forma o ideal é apresentar a elas um brinquedo ou atividade por vez, isolando os outros estímulos (como brinquedos, materiais) em local fechado ou em outro ambiente. Fazer o uso do *fading*, em que ocorre o aumento ou diminuição gradual do atraso do reforço, aumentando a probabilidade de escolhas de crianças por reforçadores atrasados e de maior magnitude. (BINDER et al., 2000; CANAVARROS, 2009; DIXON; TIBBETTS, 2009; GOKEY et al., 2013; MAZUR; LOGUE, 1978; SCHWEITZER; SULZER-AZAROFF, 1998).

Diversas outras estratégias que podem auxiliar os responsáveis nessas questões citadas, foram discutidas anteriormente no tópico 2.4 Práticas Parentais no Referencial Teórico, porém pode-se destacar também a questão do elogio e recompensa, de modo a estimular a criança e oferecer auxílio quando preciso. Medeiros (2014) também destaca a necessidade de se explicar previamente o passo a passo da atividade, e se preciso, realizar a atividade junto da criança. Mcconnaughey e Quinn (2007) sugerem dividir as tarefas e conceitos em etapas menores.

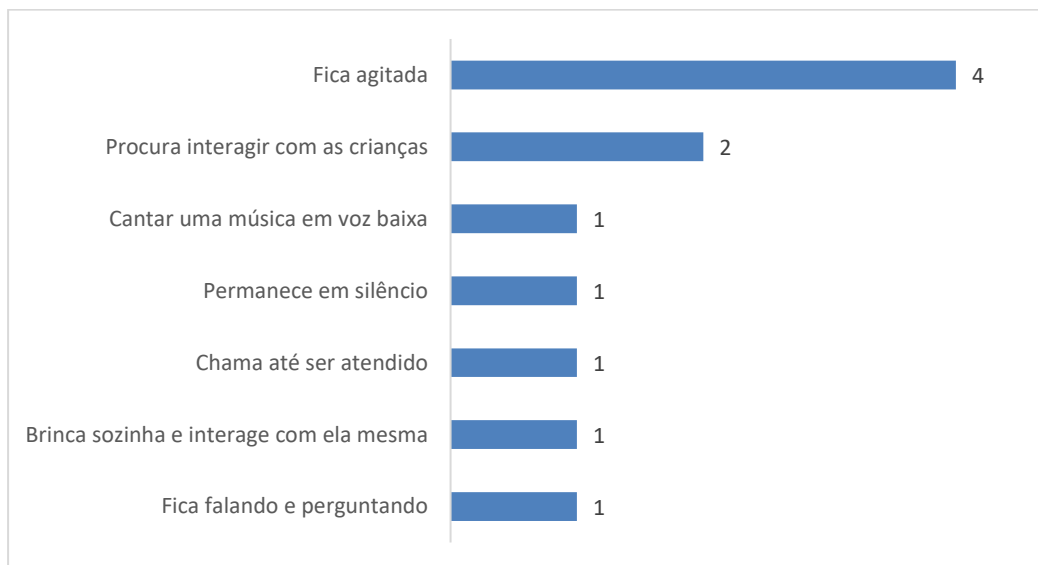
É possível notar, como indicado por Voivodic (2013), que realmente as crianças com SD apresentam comportamentos e padrão de desenvolvimento diferenciados entre si, e tudo isso pode estar relacionado, segundo Gaspar (2013), com a precocidade da intervenção, assim como a interação entre a família e os diversos profissionais intervindo com a criança.

De forma geral, foi possível verificar que os responsáveis seguem alguns modelos e propostas de ensino adequados. Porém ainda há a necessidade de envolver alguns outros conceitos, como o elogio no caso de comportamentos adequados, acompanhamento de profissionais, ensinar através de itens de interesse da criança para melhor estimulá-la, entre outras estratégias já discutidas.

4.5 COMPORTAMENTOS EMITIDOS DURANTE PERÍODO DE ESPERA

A respeito dos comportamentos que as crianças emitem quando precisam esperar algum tempo por algo reforçador, foram obtidos os resultados presentes no Gráfico 2 apresentado na sequência.

Gráfico 2 - Resultados (frequência absoluta) dos comportamentos emitidos durante períodos de espera.



Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

De acordo com o Gráfico 2, observa-se que o comportamento “Fica agitada” diante de um período de espera, é o item com maior incidência ($n=4$), e refere-se a um comportamento que indica baixa tolerância ao atraso do reforço. Os resultados da Tabela 3 indicam situações/contextos nas quais a habilidade de tolerância ao atraso do reforçador é requerida. Uma análise conjunta do Gráfico 2 e Tabela 3 indica que as crianças avaliadas podem apresentar a tolerância ao atraso do reforçador em alguns contextos de interação e não em outros.

Nota-se o comportamento “Procura interagir com crianças próximas” ($n=2$), que seria uma conduta contrária a agitação e a favor da tolerância ao atraso do reforçador, assim como os comportamentos de menor incidência ($n=1$): “Cantar uma música em voz baixa”, “Permanece em silêncio” e “Brinca, interage com ela mesma”. De acordo com Haendel e Alvarenga (2018), enquanto espera a criança pode emitir comportamentos adequados, como observar características do ambiente em que está, interagir com pares, cantarolar em voz baixa, o que se opõe

aos comportamentos inadequados como chorar, buscar atenção de forma insistente e interromper outras pessoas.

Medeiros (2014) aborda outras dificuldades enfrentadas por esse público como o caso da maior facilidade em se distrair diante de estímulos diversos. E segundo Gaspar (2013), hiperatividade e déficit de atenção ocorrem frequência em portadores de SD, o que pode explicar o fato de “Fica agitada” ter maior incidência, e outros comportamentos inadequados indicados com baixa frequência (n=1) como: “Chama até ser atendido” e “Fica falando e perguntando”.

Como já dito, várias estratégias foram expostas no referencial teórico, porém algumas podem ser destacadas para os resultados e interpretações obtidos através do Gráfico 2, como a estratégia de introduzir atividades alternativas durante o período de espera do reforçador a fim de proporcionar aumento da tolerância, como, por exemplo, brincadeiras com fantoches, como indica Bernardes (2011), quebra-cabeças ou desenhos, citados por Menezes (2007). Segundo Farias e colaboradores (2010) há pesquisas que comprovam a relação entre o tempo de espera, a idade e variáveis sociais, bem como a influência das respostas de outros diante das alternativas, instruções durante o período de espera e até mesmo as características pessoais.

4.6 INTERAÇÕES E REAÇÕES SOCIAIS

Em relação a avaliação dos comportamentos das crianças em ambientes externos ao ambiente familiar, bem como as interações e aproximações de terceiros com a criança, os resultados são apresentados na sequência (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) de interações e reações sociais.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Participar de atividades em outros ambientes, que não o ambiente familiar.	24	17
Em outros ambientes, que não o ambiente familiar, esperar a sua vez para ter contato com outros adultos.	19	13,5
Interagir com outras crianças.	21	14,9
Interagir com outros adultos.	28	19,9
Reação positiva de outras crianças em relação aos comportamentos da criança.	21	14,9
Reação positiva de adultos em relação aos comportamentos da criança.	28	19,8
Total	141	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Observa-se na Tabela 4 que as categorias “Interagir com outros adultos” (19,8%), “Reação positiva de adultos em relação aos comportamentos da criança” (19,8%), “Participar de atividades em outros ambientes que não o ambiente familiar” (17%), obtiveram os maiores resultados de frequência, revelando que a interação com adultos e o engajamento em atividades em ambientes variados ocorrem bastante.

Os baixos resultados de impulsividade já descritos na Tabela 1 e discutidos até então, bem como os manejos adequados de estratégias destacados no Quadro 1 (manejos realizados por adultos) podem ter relação com interações positivas estabelecidas entre adultos e crianças com SD, o mesmo não se observa nas interações com os pares. Não foi encontrado maiores informações sobre a relação diferenciada entre crianças com SD e adultos (quando comparado às relações com pares) no referencial teórico, porém o resultado apresentado pode levantar a hipótese de que há maior facilidade de interação com adultos do que com outras crianças, devido ao maior repertório e manejo de estratégias destes.

Já as categorias “Em outros ambientes, que não o ambiente familiar, esperar a sua vez para ter contato com outros adultos”, “Interagir com outras crianças” e

“Reação positiva de outras crianças em relação aos comportamentos da criança participante”, os escores foram menores, porém ainda satisfatórios, revelando que a atenção compartilhada e a interação com outras crianças, apresentam alguns déficits.

De forma geral, os dados revelam que a maioria das crianças apresentam comportamentos adequados em nível considerável quando se tratam de interações e comportamentos em ambientes externos ao ambiente familiar, bem como interações e aproximações de terceiros com a criança. De acordo com esses dados, levanta-se a hipótese de que o ambiente social, os ambientes diversos, tornam-se cada vez mais oportunos para essas crianças.

Algumas das condutas que podem ser apropriadas por responsáveis e demais pessoas que compõem o ambiente social da criança com SD, podem ser, de acordo com Jarrett (2007, apud QUEIROZ, 2019) e Pueschel (2003) oferecer recompensa, que pode ser entendido como a apresentação de consequências com provável efeito reforçador. Sorrir, demonstrar aprovação, elogios, são muito bem recebidos pelos indivíduos portadores de SD e contribuem para a permanência destes em respostas adequadas. Aproximar-se dessas crianças de maneira positiva, pode ser suficiente para uma melhor condução de aprendizagem a seguir. Caso contrário, a motivação da criança poderá ser prejudicada, interferindo de forma negativa no processo de aprendizagem (PUESCHEL, 2003).

A fim de se obter maiores informações sobre as interações descritas acima, foi questionado aos participantes, como seriam essas interações com outras pessoas. A seguir é possível analisar os relatos dos participantes (P) no Quadro 2.

Quadro 2 - Relatos sobre as interações sociais das crianças.

Participantes	Relatos
P1	<i>“Não gosta muito de interação com pessoas que não conhece”</i>
P2	<i>“Ele não se interessa muito por crianças, mas interage bem com adultos”</i>
P3	<i>“Muito carinho e atenção”</i>
P4	<i>“Sempre ver forma positiva e cativante”</i>
P5	<i>“Ótimo”</i>
P6	<i>“Ele é sociável...até demais...”</i>
P7	<i>“Como ela é uma criança muito articulada e carismática, todas as pessoas querem se aproximar. Ela tem muita empatia por todas as pessoas”</i>
P8	<i>“Tranquilo”</i>
P9	<i>“Ele ama abraçar, conversa do jeito dele (ele fala pouco), mesmo quando não estou por perto”</i>
P10	<i>“São normais”</i>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Observa-se no Quadro 2 que os relatos indicam o que afirmam Haendel e Alvarenga (2018), os comportamentos adequados de tolerância a espera pelo reforçador atrasado competem com respostas inadequadas e influenciam de forma positiva, diversas pessoas ao redor, como pais, cuidadores, professores e o entorno social.

4.7 CRITÉRIOS DE ÁPICE COMPORTAMENTAL

A seguir são demonstrados os resultados gerais de cada item abordado até então, agrupados em tabelas, segundo os critérios de ápice comportamental de Bosch e Fuqua (2001, apud HAENDEL; ALVARENGA, 2018), que afirmam que a tolerância ao atraso do reforçador pode ser considerada um ápice comportamental, caso se adeque aos seguintes critérios: a) conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes; b) ser validada pelo ambiente social; c) ser passível de generalização; d) concorrer com respostas inadequadas; e) afetar pessoas comuns ou relevantes. Portanto através dos dados a seguir, pretende-se verificar se os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador, apresentados pelas crianças participantes, podem ser considerados como ápice comportamental.

Tabela 5 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo.	21	24,7
Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira.	21	24,7
Participar de atividades em outros ambientes, que não o ambiente familiar.	24	28,2
Em outros ambientes, que não o ambiente familiar, esperar a sua vez para ter contato com outros adultos.	19	22,4
Total	85	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Verifica-se na Tabela 5 que as categorias “Participar de atividades em outros ambientes, que não o ambiente familiar”, seguido de “Esperar sua vez para participar de um jogo/brincadeira” e “Esperar outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo”, foram as categorias que apresentaram maiores frequências, o que significa que os comportamentos de tolerância das crianças participantes, nessas situações, são adequados em boa parte das vezes em que são requeridos, e promovem acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes.

Apenas a categoria “Em outros ambientes, que não o ambiente familiar, esperar a sua vez para ter contato com outros adultos” obteve um escore menor, porém ainda satisfatório.

De acordo com Haendel e Alvarenga (2018), respostas que promovem o acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes, colaboram para a adaptação da criança em ambientes em que a atenção do adulto deve ser compartilhada, por exemplo na escola, onde o professor atende uma criança por vez. Na relação com outras crianças durante à espera de sua vez em uma brincadeira, ou por um brinquedo, por exemplo. Todos esses aspectos colaboram para um melhor convívio da criança com o outro, permitindo a ela repertórios socioemocionais e cognitivos relevantes para seu desenvolvimento. Os resultados apresentados indicam que o repertório de tolerância ao atraso do reforçador pode

ser considerado um ápice comportamental, pois confirma o critério de acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes.

Tabela 6 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam ser validada do ambiente social.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Outras crianças interagem, brincam ou buscam se aproximar da criança com SD.	21	42,8
Outros adultos interagem, brincam ou buscam se aproximar da criança com SD.	28	57,2
Total	49	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Nota-se na Tabela 6 que os resultados apresentam uma considerável diferença entre a interação com crianças e adultos, sendo que a interação com crianças apresenta escore menor quando comparada a interação com adultos, revelando uma maior facilidade de interação com adultos.

Não há dados no estudo teórico que permitam essa comparação, porém de maneira geral, os dados são muito satisfatórios, indicando uma boa interação das crianças portadoras da SD, com pares. Segundo os estudos de Smith et al. (2006), é evidente que comportamentos de baixa tolerância à espera do reforçador, como impulsividade, geram um efeito negativo e aversivo ao meio social. O que não se verifica nesse caso, pois as crianças apresentam uma boa validação social, confirmando o critério de ápice comportamental.

Tabela 7 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam ser passível de generalização.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Persistir em tarefas escolares mais difíceis.	11	32,4
Respeitar os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir).	23	67,6
Total	34	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Observa-se na Tabela 7, que a categoria “Respeitar os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir)” obteve escore

satisfatório, porém a categoria “Persistir em tarefas escolares mais difíceis” revelou um resultado insatisfatório.

A generalização de um comportamento adequado facilita a aprendizagem subsequente, sendo componente de uma resposta mais complexa (BOSCH; FUQUA, 2001; SMITH et al., 2006). Porém os resultados demonstram que apesar de as crianças apresentarem comportamento de tolerância ao atraso do reforçador na situação de “Respeitar os horários determinados (...)”, bem como os resultados satisfatórios demonstrados na maioria de todos os resultados da pesquisa, elas não generalizaram essa habilidade para a situação mais complexa de “Persistir em tarefas escolares mais difíceis”. Portanto, os resultados atingiram o critério de generalização em partes, pois não foi realizado a generalização para tarefas acadêmicas mais difíceis.

A dificuldade de generalização prejudica o aprendizado de respostas mais complexas, como se observa em “Persistir em tarefas escolares mais difíceis”, em que as crianças têm dificuldade. Como já dito, essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que, como indicado por Alves (2011), crianças com SD apresentam baixa permanência de tempo para o alerta constante, pois se fatigam rapidamente e ficam cansadas, o que diminui a energia necessária para permanecerem concentradas e focadas nas atividades propostas. Em decorrência desses aspectos, a autora ainda ressalta que há “grande dificuldade para atividades mais prolongadas” (ALVES, 2011, p.42).

Kozma (2007) faz um alerta para a dificuldade desses indivíduos, em aprender habilidades superiores, como aquelas que exigem coordenação complexa e análise detalhada. A autora enfatiza que o desenvolvimento dessas habilidades é possível, porém será mais difícil e precisará de mais tempo. Medeiros (2014) aborda outras dificuldades importantes presentes nesse público, a distração facilitada, e dificuldade de assimilação dos estímulos recebidos.

Segundo Martinho (2011), abordagens que privilegiam vias concretas e objetivas de informação, apoiadas em suportes visuais e tácteis, visam uma maior eficácia da aprendizagem e podem ser usadas como estratégia em casos como esse de dificuldade. Diamond (2007, apud QUEIROZ, 2019) aponta para a importância dos responsáveis e profissionais serem consistentes em suas condutas, estabelecerem expectativas definidas. Dividir as tarefas em curtas

etapas, fazer uso da repetição, exercer paciência e persistência. Buscar elogiar e recompensar de modo a estimular a criança e oferecer auxílio quando preciso.

Tabela 8 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam concorrer com respostas inadequadas.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Esperar tranquilamente em uma fila.	21	52,5
Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido.	19	47,5
Total	40	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Durante a espera a criança pode, de acordo com Haendel e Alvarenga (2018), emitir comportamentos adequados, como observar características do ambiente em que está, interagir com outra criança, cantarolar em voz baixa, o que se opõe aos comportamentos inadequados de chorar, buscar atenção de forma insistente, interromper outras pessoas, murmurar. Portanto, de acordo com as autoras citadas, a tolerância a espera pelo reforçador atrasado compete com respostas inadequadas e influencia diversas pessoas ao redor, como pais, cuidadores, professores e o entorno social.

É possível observar que os resultados são próximos, porém a categoria “Esperar tranquilamente em uma fila” apresenta escore maior que a categoria “Aguardar a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido”. De forma geral, os resultados indicam que há concorrência com respostas inadequadas, ou seja, os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador nessas situações, concorrem com os comportamentos ditos impulsivos e inadequados.

A tolerância ao atraso do reforçador enfraquece respostas impulsivas durante o período de espera, e promove respostas mais adequadas, como o comportamento de tolerar a espera prolongada em uma fila, a disponibilidade dos pais para solicitar algo, ou seja, comportamentos incompatíveis com os comportamentos de impulsividade (HAENDEL; ALVARENGA, 2018). Porém, no Gráfico 2, que também se enquadra nesse critério, se observa justamente o contrário, pois o item “Fica agitado” em situações de espera é o que apresenta maiores resultados, e a agitação é um comportamento compatível com impulsividade.

Tabela 9 - Resultados (frequência absoluta e frequência relativa) das categorias de tolerância ao atraso do reforçador que indicam afetar pessoas comuns ou relevantes.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Reação positiva de outras crianças em relação aos comportamentos da criança.	21	42,8
Reação positiva de adultos em relação aos comportamentos da criança.	28	57,2
Total	49	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa de campo (2020).

Verifica-se novamente um maior escore em “Reação positiva de adultos em relação aos comportamentos da criança” do que em “Reação positiva de outras crianças em relação aos comportamentos da criança”. Indicando uma maior facilidade e receptividade de interação com adultos.

Porém os resultados sinalizam que, em geral, as crianças apresentam comportamentos positivos frente às pessoas, e as pessoas reagem bem a esses comportamentos. Portanto, segundo Haendel e Alvarenga (2018), a tolerância a espera pelo reforçador atrasado compete com respostas inadequadas e influenciam diversas pessoas ao redor, como pais, cuidadores, professores e o entorno social.

De forma global, os comportamentos de tolerância ao atraso do reforçador apresentados pelas crianças participantes se mostraram aptos para serem considerados ápice comportamental, segundo os critérios levantados por Bosch e Fuqua (2001, apud HAENDEL; ALVARENGA, 2018). Portanto, são comportamentos que favorecem diversas habilidades mais complexas de consequência positiva a curto e longo prazo, permitem ao indivíduo uma melhor adaptação em seu meio social, proporciona maior repertório comportamental, melhor aprendizagem e desenvolvimento de habilidades. Algumas questões e comportamentos que foram avaliados com escores mais baixos, foram discutidos e estratégias foram sugeridas, porém a grande maioria dos resultados indicou o que não se esperava para o caso de indivíduos com SD, indicaram adequada tolerância ao atraso do reforçador, sendo possível observar alguns dos positivos impactos e consequências desse comportamento, dentre as respostas dos responsáveis participantes da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em todo estudo e avaliação do repertório de tolerância ao atraso do reforçador em crianças com SD, que é um prerequisite para o autocontrole, destacam-se os benefícios principalmente em âmbito social, porém há impactos a nível global no desenvolvimento das crianças sejam elas com desenvolvimento típico ou não.

No caso da pesquisa, priorizou-se o público portador da SD, pois estes indivíduos apresentam algumas limitações que prejudicam seu desenvolvimento físico, cognitivo e social, o que jamais impede que grandes avanços ocorram a partir da busca adequada de estímulos, oportunidades de aprendizado, profissionais e responsáveis envolvidos a favor disso.

Em relação a tolerância ao atraso do reforçador foi visto que as pessoas com SD têm maior dificuldade em manipular seus comportamentos em vista de uma consequência mais adequada e saudável, quando comparadas aos indivíduos de desenvolvimento típico. Apresentam então, de modo geral, maior propensão em engajar-se em comportamentos de baixa tolerância ao atraso do reforçador (impulsivos), como inquietação, desatenção, hiperatividade, entre outros.

No presente estudo não foram encontrados resultados de impulsividade prevalentes, mas sim de indicadores de tolerância ao atraso do reforçador, como os comportamentos de seguir horários determinados pelos responsáveis, aguardar o acesso à jogos e brincadeiras e esperar sua vez nessas situações, interação com adultos, engajamento em atividades em ambientes variados e outros comportamentos adequados como interagir com crianças próximas durante a espera em uma fila.

Foi visto ainda que cada indivíduo, mesmo dentro da SD ou qualquer outra condição, possui suas particularidades. A intensidade da deficiência mental, os comprometimentos motores, a capacidade de adaptação na sociedade, a precocidade da intervenção, o trabalho multidisciplinar adequado, intervenção positiva da família e de diversas pessoas próximas da criança, todos esses fatores podem contribuir para diversas variações de comportamentos encontradas em crianças com SD, como foi o caso dos resultados e dados demonstrados nessa pesquisa.

Ainda que na teoria exposta, diversos autores demonstrem a notável presença de comportamentos impulsivos entre esse público, os resultados alcançados revelaram que o comportamento das crianças cujos pais responderam a pesquisa, foram em sua grande maioria, considerados de tolerância e autocontrole. Sugere-se para as próximas pesquisas, uma amostra com um maior número de participantes, maior variedade de participantes, bem como um acompanhamento posterior, das crianças analisadas, a fim de se verificar as consequências a longo alcance dos comportamentos observados.

Verificou-se que a família apresenta um papel fundamental, por representar o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo proporcionar um ambiente de crescimento e desenvolvimento saudável e funcional. Em geral, as estratégias utilizadas pelos responsáveis participantes, indicaram bastante coerência quando comparadas aos estudos de diversos autores, como por exemplo as estratégias referentes a informações objetivas, apoiadas de suporte visual, apoio físico, instruções precisas com modelo exemplificado, apresentação de comportamentos substitutos aos comportamentos-problema, uso de repetição, entre outros.

Porém ainda há a necessidade da aplicação e implementação de outras estratégias importantes, como o uso de elogios nos momentos de tentativas bem sucedidas, introdução de atividades alternativas durante períodos de espera, uso de itens preferidos para estimular ainda mais o ensino, instruções com passos mais curtos e simples, uso de dicas, entre outros. A fim de aumentar os níveis de interesse, atenção e habilidades dessas crianças.

Como demonstrado, a tolerância ao atraso do reforçador pode promover mudança de comportamento, levando o indivíduo ao aprendizado de novas contingências de longo alcance, o que traz benefícios ao seu desenvolvimento global, por isso é considerado ápice comportamental. Neste estudo os critérios de conceder acesso a novos reforçadores, contingências ou ambientes, validação do ambiente social, concorrer com respostas inadequadas, e afetar pessoas comuns ou relevantes foram verificados nos relatos.

O objetivo do estudo de avaliar os repertórios de impulsividade e tolerância ao atraso do reforçador em indivíduos com SD, relacioná-los ao conceito de ápice comportamental, bem como a identificação de estratégias dos responsáveis que favorecem o desenvolvimento de tal habilidade, foi alcançado. Espera-se com esses

achados, que este trabalho contribua para a ampliação dos estudos desse conceito tão importante, bem como para a aplicação das estratégias comportamentais por todos os interessados em seus benefícios, podendo contribuir inclusive com demais distúrbios do desenvolvimento e deficiências além da SD.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, J.; BECKERT, M. E. Controllable: Pesquisa e aplicação. In C. N. de Abreu; H. J.; Guilhardi (Orgs.), **Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas**. (pp. 259-274). São Paulo, SP: Roca. 2004.
- ALVES, Fátima. **Para entender SD**. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2011.
- ANUNCIACÃO, M.R.; COSTA, M.P.R.; DENARI, F.E. Educação Infantil e Práticas Pedagógicas para o Aluno com SD: o Enfoque no Desenvolvimento Motor. **Revista Brasileira de Educação Especial**. 21(2), 229-244. 2015.
- BARATA, L.F.; BRANCO, A. Os distúrbios fonoarticulatórios na SD e a intervenção precoce. **Revista CEFAC**. 12(1), 134-139. 2010.
- BARKLEY, R. A. The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. **Neuropsychology Review**, 11 (1), 1-29. 2001.
- BERNARDES, L. A. **O que acontece durante o período de espera? Contribuições para o estudo do autocontrole (Master's thesis)**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo. 2011.
- BINDER, L. M., DIXON, M., GHEZZI, P. M. A procedure to teach self-control to children with attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 33(2), 233-237. 2000.
- BISSOTO, Maria Luísa. Desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de SD: revendo concepções e perspectivas educacionais. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 80-88, mar. 2005.
- BOSCH, S.; FUQUA, W. Behavioral Cusps: A model for selecting target behaviors. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 34(1), 123-125. 2001.
- CANAVARROS, D. A. P. Autocontrole: **Um estudo sobre o efeito da manipulação do atraso do reforço a partir do procedimento de fading (Master's thesis)**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo. 2009.
- CASTANHEIRA, S. S. Autocontrole: a linguagem do cotidiano e a da análise do comportamento. Em R. C. Wielenska (Org.), **Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos**. Vol. 6. (pp. 53-61). Santo André: ESETec, 2001.
- CIDADE, Ruth Eugênia Amarante. **O uso de dicas específicas como estratégia de atenção seletiva em portadores da SD**. 99f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP. 1998.
- COLE, M; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CORREIA, T. C. **Autocontrole e Impulsividade: Um estudo sobre efeito da variação simultânea do atraso e da magnitude do reforço e de um marcador temporal em crianças** (Master's thesis). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2009.

DAMASCENO, L. G. **Natação, psicomotricidade e desenvolvimento. Campinas: Autores Associados**, p.141 (Educação Física e Esporte), 1997.

DÉA, Vanessa Helena Santana Dalla; DUARTE, Edison (organizadores). **SD: Informações, Caminhos e Histórias de amor**. São Paulo: Editora Phorte, 2009.

DEL PRETTE, Z. A. P. ; FREITAS, L. C. ; BANDEIRA, M. ; DEL PRETTE, A. . **Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS): Manual técnico**. [Del Prette, Z. A. P., Freitas, L. C., Bandeira, M. & Del Prette, A. - Autores da adaptação e padronização brasileira]. 1. ed. São Paulo: Pearson, v. 1. 156p, 2016.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 15-41, 2006.

DIXON, M. R., TIBBETTS, P. A. The effects of choice on self-control. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 42 (2), 243-252. 2009.

EIGSTI, I. M., ZAYAS, V., MISCHER, W., SHODA, Y., AYDUK, O., DADLANI, M. B., CASEY, B. J. Predicting cognitive control from preschool to late adolescence and young adulthood. **Psychological Science**, 17(6), 478-484. 2006.

FARIAS, Ana Karina C. R. (organizadores). **Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERNANDES, A. J. et al. **Nascer diferente**. Educação Especial/Apoios Educativos, Agrupamento Vertical de Escolas do Marco de Canaveses. Marco de Canaveses: Grafinoorte. 2009.

FREDERICKS, H. D. Bud. A educação da criança e do adolescente. In: PUECHEL, Siegfried; REILY, Lucia Helena (Orgs.). **SD: guia para pais e educadores**. Campinas, SP: Papirus, 2003. p.183-218

GASPAR, L. **Trissomia 21 – O ponto de vista do médico**. Faro: Apatris 21. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOKEY, K. M.; WILDER, D. A.; WELCH, T.; COLLIER, A.; MATHISEN, D. Fading a concurrent activity during self-control training for children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 46(4), 827-831. 2013.

GOOGLE FORMS. Sobre Google FORMS. 2017. Disponível em: https://www.google.com/intl/pt_br/forms/about/. Acesso em: 06 Abril. 2020.

HAENDEL, T. C. C. **Efeitos de uma intervenção baseada na atenção plena sobre a tolerância ao atraso do reforçador em crianças de educação infantil.** Salvador, 2018.

HAENDEL, T. C.; ALVARENGA, P.; A tolerância ao atraso do reforçador como cunha comportamental precursora do autocontrole. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 20, n. 2, p. 76-90, 4 set. 2018.

HANLEY, G. P.; HEAL, N. A., TIGER, J. H.; INGVARSSON, E. T. Evaluation of a classwide teaching program for developing preschools life skills. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 40(2), 277-300. 2007.

HANLEY, G. P.; IWATA, B. A.; THOMPSON, R. H. Reinforcement schedule thinning following treatment with functional communication training. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 34(1), 17-38. 2001.

HANNA, E. S., TODOROV, R. R. Autocontrole: Um caso especial de comportamento de escolha. In J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), **Análise do comportamento: Pesquisa teoria e aplicação** (pp. 175-184). Porto Alegre: Artmed. 2002.

HANNA, E. S.; RIBEIRO, M. R. Autocontrole: um caso especial de comportamento de escolha. Em: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. (Orgs), **Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação** (pp. 175-186). Porto Alegre: Artmed, 2005.

HELLER, D. C. L., KERBAUY, R. R. Redução de peso: Identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2(1), 31-52. 2000.

HORSTMEIER, De Anna. Comunicação. In: PUECHEL, Siegfried; REILY, Lucia Helena (Orgs.). **SD: guia para pais e educadores**. Campinas, SP: Papyrus, 2003. p.239-265.

KERBAUY, R. R. **Autocontrole – manipulação de condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar** (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de São Paulo, São Paulo.1972.

KERBAUY, R. R. Controle, contracontrole e autocontrole: Problemas e implicações. Em R. R. Starling; K. A. Carvalho (Orgs.), **Ciência do Comportamento: Conhecer e Avançar** (Vol. 5, pp. 16-24). Santo André: ESETec. 2006.

KOZMA, C. O que é a SD?. In: STRAY-GUNDERSEN, K. **Crianças com SD: guia para pais e educadores**. (pp.16-17;28-32). 2a ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.

LAMÔNICA, D.A.C.; FERREIRA-VASQUES, A.T. Habilidades Comunicativas e Lexicais de Crianças com SD: reflexões para inclusão escolar. **Revista CEFAC**. 17(5), 1475-1482. 2015.

LIMA, Ana Cristina Dias Rocha. **SD e as práticas pedagógicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

LOGUE, A. W.; CHAVARRO, A. Self-control and impulsiveness in preschool children. **The Psychological Record**, 42(2), 189-204. 1992.

LUCZYNSKI, K. C.; HANLEY G. P. Prevention of problem behavior by teaching functional communication and self-control skills to preschoolers. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 46(2), 355-368. 2013.

LUCZYNSKI, K. C.; HANLEY G. P., RODRIGUEZ, N. M. An evaluation of the generalization and maintenance of functional communication and self-control skills with preschoolers. **Journal Applied Behavior Analysis**, 47(2), 246-263. 2014.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991.

MARCHEZINI-CUNHA, V., TOURINHO, E. Z. Assertividade e autocontrole: Interpretação analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), 295-304. 2010.

MARTINHO, L.S.T. **Comunicação e Linguagem na SD**. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa. 2011.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, Dec. 2006.

MAZUR, J. E., LOGUE, A. W. Choice in a "self-control" paradigm: Effects of a fading procedure. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, 30(1), 11-17. 1978.

MCCONNAUGHEY, French; QUINN, Patricia O. O desenvolvimento da criança com SD. In: STRAY-GUNDERSEN, Karen (Org.). **Crianças com SD: guia para pais e educadores**. Porto Alegre: Artmed. p. 134-158. 2007.

MEDEIROS, Karla Maria da Silva. **SD**. Cabo Frio, RJ: Prefeitura Municipal de Cabo Frio, 2014.

MENEZES, M. S. T. B. **Autocontrole: Um estudo sobre o efeito da variação simultânea da magnitude e do atraso do reforço e da possibilidade de realização de atividades distrativas (Master's thesis)**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo. 2007.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2005.

MISCHEL, H. N.; MISCHEL, W. The development of children's knowledge of self-control strategies. **Child Development**, 54(3), 603-619. 1983.

MISCHEL, W.; EBESSEN, E. B. Attention in delay of gratification. **Journal of Personality and Social Psychology**, 16, 329-337. 1970.

MISCHEL, W.; SHODA, Y.; PEAKE, P. K. The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. **Journal of Personality and Social Psychology**, 54(4), 687-696. 1988.

MISCHEL, W.; SHODA, Y.; RODRIGUEZ, M. L. **Delay of gratification in children**. Science, 244, 933-938. 1989.

MISCHEL, Walter. **O teste do Marshmallow: Por que a força de vontade é a chave do sucesso** – 1 ed – Rio de Janeiro: Objetiva. 2016.

MOURA, C. B. de; GABASSI, S. E. Dependência x autonomia infantil: O papel da psicoterapia no desenvolvimento sócio-emocional de crianças imaturas. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 15 (3), 71-77. 1998.

MUSTACCHI, Zan; SALMONA, Patrícia. SD. In: MUSTACCHI, ZAN (Supervisão geral). **Guia do bebê com SD**. São Paulo: Companhia Editora Nacional - Associação mais 1. p. 15-27. 2009.

NICO, Y. C. O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B. F. Skinner. Em H. J. Guilhardi (Org.), **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade**. Vol. 7. pp. 62-70. Santo André: ESETec. 2001.

NUNES, M. D. R.; DUPAS, G. Independência da criança com SD: a experiência da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 985-993, Aug. 2011.

PIMENTEL, Susana Couto. **Conviver com a SD em Escola Inclusiva: mediação pedagógica e formação de conceitos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

QUEIROZ, Virginia Magliano. **Qualidade espacial para pessoas com deficiência intelectual**: investigando modos de obter a opinião de crianças pequenas com Síndrome de Down. 2019. Tese (Doutorado em Tecnologia da Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

ROSALES-RUIZ, J.; BAER, D. M. Behavioral cusps: A developmental and pragmatic concept for behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 30(3), 533-544. 1997.

ROSALES-RUIZ, J.; BAER, D. M. Behavioral cusps: A developmental and pragmatic concept for behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 30(3), 533-544. 1997.

SANTANA, A. L. R. **Placa palatina de Castillo Morales: uso precoce e qualidade de vida da criança com SD**. Repositório Comum. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz – Medicina Dentária. 2015.

SANTOS, A. C. G.; BORGES, F. S. **Da reflexão a ação: uma análise do autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas**. 2005.

SCHWARTZMAN, J. S. et al. **SD**. 2 ed. São Paulo: Memnon: Mackenzie, p.324, 2003.

SCHWEITZER, J. B.; SULZER-AZAROFF, B. Self-control: Teaching tolerance for delay in impulsive children. **Journal of Experimental Analysis of Behavior**, 50(2), 173-186. 1988.

SHODA, Y., MISCHEL, W., PEAKE, P. K. **Predicting adolescent cognitive and self-regulatory competencies from preschool delay of gratification: Identifying diagnostic conditions**. 1990.

SILVA, M.F.M.C.; KLEINHANS, A.C.S. Processos Cognitivos e Plasticidade Cerebral na SD. **Revista Brasileira de Educação Especial**. 12(1), 123-138. 2006.

SKINNER, B. F. Autocontrole. In B. F. Skinner, **Ciência e comportamento humano** (pp. 249-263). São Paulo: Martins Fontes. (Original work published 1953). 2007.

SKINNER, B. F. O eu e os outros. In B. F. Skinner, **Sobre o Behaviorismo** (pp. 145-162). São Paulo: Cultrix. (Original work published 1974). 2006.

SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. New York: The Free Press. (Trabalho originalmente publicado em língua inglesa em 1953). 1965.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência e Comportamento Humano** (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes, 1953/1998.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Questões Recentes na Análise Comportamental** (A. L. Neri, trad.). São Paulo: Papyrus, 1989/1991.

SMITH, G. J.; MCDUGALL, D.; EDELEN-SMITH, P. Behavioral cusps: A person-centered concept for establishing pivotal individual, family, and community behaviors and repertoires. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, 21(4), 223-229. 2006.

SOBRINHO, J. G.; GOLÇALVEZ, M. J. R.; SOUTINHO, M. E. P. Atenção à criança e ao adolescente com SD. In: Santoro JR, organizador. **Ecologia e desenvolvimento humano**. São Paulo (SP): FUNPEC; 2008.

TAFNER, M. A. **Redes neurais artificiais: aprendizado e plasticidade. Cérebro e Mente**, [S.l.], v.2, n.5,1998.

TODOROV, J. C. **O conceito de contingência na psicologia experimental. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 7, 59-70. 1991.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VOIVODIC, Maria Antonieta M. A. **Inclusão Escolar de Crianças com SD**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VOLLMER, T. R.; BORRERO, J. C.; LALLI, J. S.; DANIEL, D. Evaluating self-control and impulsivity in children with severe behavior disorders. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 32(4), 451-466. 1999.

ZAUSMER, Elisabeth. Estimulação precoce do desenvolvimento. In: PUECHEL, Siegfried; REILY, Lucia Helena (Orgs.). **SD: guia para pais e educadores**. Campinas, SP: Papirus, 2003. p.115-126.

ZIN, G. de O., LOPES, G. E., LIMA, A. F., ESCOBAL, G., GOYOS, C. Algumas relações entre autocontrole com comportamento verbal, regras, operações motivacionais e controle aversivo. **Comportamento em Foco (ABPMC)**, 2, 33-42. 2013.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

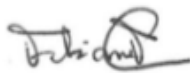
O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**Estratégias comportamentais que favorecem a tolerância ao atraso do reforçador de crianças portadoras da SD**”, sob a responsabilidade da Professora Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça e aplicado por Susana Rodrigues Martins, graduanda em Psicologia da Universidade de Taubaté.

Nesta pesquisa pretendemos avaliar a habilidade de esperar por gratificação (tolerância ao atraso do reforçador como um componente do autocontrole emocional) em crianças em idade escolar, portadoras da SD, bem como as estratégias que facilitem tal habilidade.

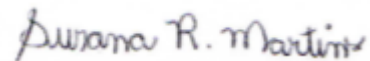
A sua participação é voluntária e será realizada por meio de coleta de dados a partir da resposta a um questionário eletrônico. Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Se você aceitar participar da pesquisa contribuirá com descobertas sobre a habilidade de autocontrole de crianças portadoras da SD, possibilitando a seleção de estratégias a serem utilizadas no dia a dia com as crianças. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são relativos ao incômodo com algumas das questões abordadas, porém, fica de imediato acordado que existe a possibilidade de não responder a alguma questão e se necessário abandonar a pesquisa sem prejuízo algum ao participante. Asseguramos que a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ao participante.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira e/ou indenização. Ressalta-se que a identidade do participante será tratada com padrões profissionais de sigilo e que a pesquisadora será responsável por quaisquer problemas decorrentes da pesquisa, mesmo os não previstos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, na Biblioteca da Universidade de Taubaté, assim como no acervo *online* da Universidade de Taubaté. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e depois destruídos permanentemente. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor (a) via e-mail. Para qualquer outra informação o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone (12) 33224602, inclusive ligações à cobrar ou e-mail fabianefs@hotmail.com

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa– CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br. O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 466/12.



Dra.Fabiane Ferraz Silveira Fogaça.
CRP: 06/78833
(Pesquisador Responsável)
e-mail: fabianefs@outlook.com



Susana Rodrigues Martins
(Aplicadora da Pesquisa)
e-mail:sususana.martins@gmail.com

Consentimento pós-informação

Li e compreendi as informações apresentadas, quero continuar para responder às perguntas.

Não quero continuar.

ANEXO B - Questionário Swanson, Nolan e Pelham (SNAP IV)

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

*Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):*

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

APÊNDICE A

Questionário sobre o autocontrole de crianças portadoras da SD

Seção 1: Apresentação

Seção 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seção 3: DADOS GERAIS

É importante que o (a) Sr. (a) caso seja o (a) responsável legal de mais de uma criança com SD, responda um questionário para cada criança.

Seu e-mail (para recebimento da cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido): _____

Seu nome (opcional): _____

O Sr. (a) é o responsável legal da criança? () Sim () Não

Qual o seu parentesco com a criança? () Mãe () Pai Outro: _____

Idade da criança: _____

Seção 4: QUESTIONÁRIO SWASON, NOLAN E PELHAM (SNAP IV)

Trata-se de um questionário que abrange questões relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e para pesquisa em questão, é requerido pois transita entre os aspectos da impulsividade e autocontrole. Foram utilizadas as questões de 10 a 18, já que essas se referem à subescala dos sintomas de impulsividade e hiperatividade listados no DSM IV. Caso o questionário seja respondido pelo celular, o ideal é mantê-lo na posição horizontal.

Seção 5: COMPORTAMENTOS E SUAS INFLUÊNCIAS

1. A criança espera tranquilamente em uma fila?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
2. A criança aguarda a disponibilidade dos pais para fazer algum pedido?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
3. A criança espera outra criança terminar de utilizar um brinquedo para acessá-lo?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
4. A criança espera sua vez para participar de um jogo/brincadeira?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
5. A criança persiste em tarefas escolares mais difíceis?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
6. A criança respeita os horários determinados (exemplos: horário de acordar, almoçar, dormir)?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
Como a família ensinou (ou tentou ensinar) esse comportamento para a criança?
7. Quando a criança precisa esperar algum tempo por algo, quais os comportamentos que ela apresenta durante essa espera?
 - () procura interagir com crianças próximas
 - () canta uma música com tom de voz baixa
 - () permanece em silêncio
 - () fica agitada () Outro: _____
8. A criança participa de atividades (brincadeiras, interações, tarefas, projetos etc.) em outros ambientes, que não o ambiente familiar?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
9. Em outros ambientes, que não o ambiente familiar, a criança espera a sua vez para ter contato com outros adultos? (Por exemplo, familiares, professores, instrutores, profissionais da saúde etc.)
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca
10. Outras crianças interagem, brincam, buscam se aproximar da criança?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca

11. Outros adultos interagem, brincam, buscam se aproximar da criança?
frequentemente – algumas vezes- raramente-nunca

Como é (são) esse (s) relacionamento (s), aproximação com outros?

12. Outras crianças reagem de maneira positiva em relação aos comportamentos da criança?

frequentemente – algumas vezes- raramente- nunca

13. Outros adultos reagem de maneira positiva em relação aos comportamentos da criança?

frequentemente – algumas vezes- raramente- nunca

Comente:

Seção 7: AGRADECIMENTOS

Obrigada por contribuir com os estudos da SD, e com minha formação!

Seção 8: AGRADECIMENTOS (no caso da opção por não continuar o questionário).

Agradecemos a atenção!