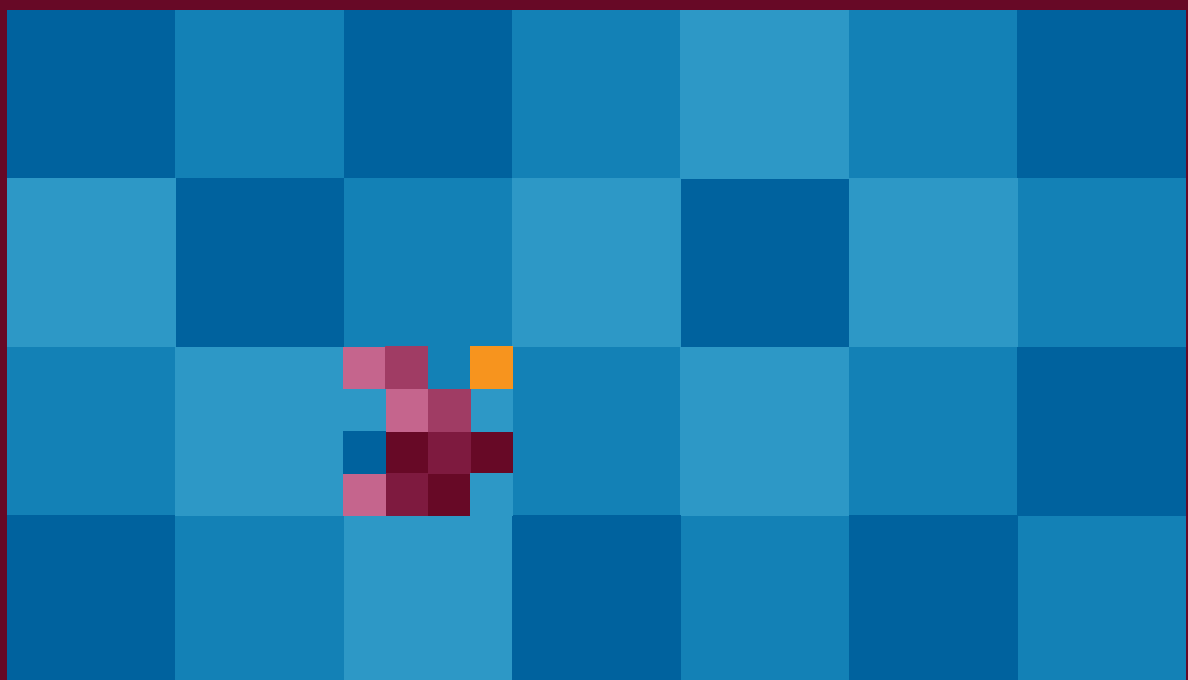


PSICOLOGIA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Saúde e Processos Educativos



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Organizadores

Camila Muchon de Melo

Josiane Cecília Luzia

Nádia Kienen

Silvia Aparecida Fornazari

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP).

P974

Psicologia e análise do comportamento : saúde e processos educativos [livro eletrônico] / organizadores: Camila Muchon de Melo...[et al.]. – Londrina : Universidade Estadual de Londrina, 2015.

1 Livro digital : il.

Vários autores.

Inclui bibliografia.

Disponível em: <http://www.uel.br/pos/pgac/publicacoes/>

ISBN 978-85-7846-345-8

1. Psicologia. 2. Comportamento – Análise. 3. Saúde.

4. Psicologia educacional. I. Melo, Camila Muchon de.

CDU 159.9

Editora Universidade Estadual de Londrina

Revisão e organização Camila Muchon de Melo
Josiane Cecília Luzia
Nádia Kienen
Sílvia Aparecida Fornazari

Projeto gráfico e diagramação Mila Santoro

Apresentação

É com grande alegria e satisfação que apresento ao leitor o livro “Psicologia e Análise do Comportamento: Saúde e Processos Educativos”, segunda coletânea de trabalhos derivados de um conjunto de eventos promovidos simultaneamente pelo Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e pelo Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL), em parceria com a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade. Em 2014, este conjunto de eventos contou com o III Congresso de Psicologia e Análise do Comportamento (III CPAC), o II Encontro Sul-Brasileiro de Análise do Comportamento (II ESBAC), a II Jornada de Análise do Comportamento da UEL (II JAC-UEL) e o III Encontro Brasileiro de Estudos sobre as Psicoterapias Analítico Comportamentais da Terceira Onda (I EBEPAC-3a O).

O livro é composto por dezesseis capítulos, divididos em duas seções: “Saúde e Análise do Comportamento” e “Processos Educativos e Análise do Comportamento”. A diversidade de problemas abordados ao longo da obra torna evidente o amplo escopo de aplicação da análise do comportamento nos dois campos, demonstrando a fertilidade desta abordagem na pesquisa e na intervenção.

É relevante apontar que os eventos dos quais deriva o livro, assim como sua própria publicação, são fruto do trabalho dedicado de analistas do comportamento que têm buscado, com progressivo sucesso, a integração de esforços para o crescimento e consolidação da análise do comportamento em toda a região Sul do Brasil. Parte importante desse sucesso deve ser verificada pela publicação de produção científica de qualidade, e o livro que o leitor ora tem em mãos é uma amostra significativa dessa produção.

Seria impossível alcançar resultados como esse sem o trabalho cooperativo de muitas pessoas, ao longo de muito tempo. “Psicologia e Análise do Comportamento: Saúde e Processos Educativos”, deve, portanto, ser também recebido e celebrado pela comunidade de analistas do comportamento - da Região Sul e do Brasil - como uma reafirmação do sucesso de nossa constante colaboração para produzir resultados que nos ultrapassam enquanto indivíduos.

Gostaria de manifestar minha admiração e reconhecimento a todos os envolvidos nesse belo trabalho - e desejo a você, que agora recebe o produto desse esforço coletivo, uma leitura proveitosa!

Alexandre Dittrich

Reitora: Berenice Quinzani Jordão

Vice Reitor: Ludoviko Carnasciali dos Santos

Comissão Científica

Os capítulos desta obra foram avaliados e receberam pareceres ad hoc dos seguintes membros da comissão científica:

Dr^a. Alessandra Turini Bolsoni-Silva | Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Dr. Alex Eduardo Gallo | Universidade Estadual de Londrina

Dr. André Luiz Freitas Dias | Universidade Federal de Minas Gerais

MSc. Bruna de Moraes Aguiar | Universidade Estadual de Londrina

Dr. Carlos Eduardo Costa | Universidade Estadual de Londrina

MSc. Edmarcia Manfredin Vila | Universidade Estadual de Londrina

Dr. Eduardo Neves Pedrosa de Cillo | Consultor na área esportiva

Dr^a. Lucilla Maria Moreira Camargo | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Márcia Cristina Caserta Gon | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Margarette Matesco Rocha | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Maria Luiza Marinho Casanova | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Maria Rita Zoéga Soares | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Mariéle de Cássia Diniz Cortez | Universidade Federal de São Carlos

Dr^a. Naiene dos Santos Pimentel | Universidade Federal de São Carlos

MSc. Nione Torres | Instituto de Análise do Comportamento em Estudos e Psicoterapia de Londrina (IACEP)

Dr^a. Sílvia Regina de Souza | Universidade Estadual de Londrina

Dr^a. Verônica Bender Haydu | Universidade Estadual de Londrina

Organizadores

Camila Muchon de Melo

Doutora em Filosofia e Pós-Doutora pela Universidade Federal de São Carlos, docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento e do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Josiane Cecília Luzia

Mestre em Neurociências e Comportamento pela Universidade de São Paulo, Doutoranda em Neuropsicologia Clínica pela Universidad de Salamanca, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Nádia Kienen

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento e do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Silvia Aparecida Fornazari

Doutora em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento e do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Psicologia e Análise do Comportamento: Saúde e Processos Educativos

Seção A Saúde e Análise do Comportamento

- 1** Comportamentos de auto lesão da pele e seus anexos na perspectiva da dermatologia e psiquiatria: considerações Analítico Comportamentais
Marisa Richartz e Márcia Cristina Caserta Gon 12
- 2** Tecnologia comportamental para reduzir o esquecimento e auxiliar pessoas com doença de Alzheimer: estudos baseados no modelo da equivalência de estímulos
Júlio Camargo, Verônica Bender Haydu, Fabiana Satiro de Souza e Melania Moroz 21
- 3** Os transtornos de ansiedade e alguns estudos de intervenções comportamentais em grupo
Cristina Tiemi Okamoto e Márcia Cristina Caserta Gon 30
- 4** Câncer: estratégia de intervenção comportamental com crianças em quimioterapia
Beatriz Azem Corrêa, Leandro Herkert Fazzano e Maria Rita Zoéga Soares 39
- 5** Expor-se ao sol para bronzear a pele: uma prática valorizada socialmente com consequências nocivas à saúde em longo prazo
Robson Zazula, Grazielle Noro, Eliza Galo Silva, Márcia Cristina Caserta Gon, Airton Santos Gon e Danyela Souza Ramos 46
- 6** Transtorno do espectro do autismo e identificação precoce de seus sinais no contexto das unidades básicas de saúde
Sílvia Cristiane Murari e Nilza Micheletto 55
- 7** Avaliação comportamental em psicologia pediátrica: estudos sobre adesão ao tratamento, problemas de comportamento e práticas parentais em pacientes com dermatite atópica
Robson Zazula, Márcia Cristina Caserta Gon e Mariana Salvadori Sartor 65
- 8** Ensinando comunicação a médicos, pacientes e acompanhantes: efeitos de dois procedimentos de intervenção psicológica
Gabrielle Tainá Argenta, Silvia Maria Gonçalves Coutinho, Marina Kohlsdorf e Áderson Luiz Costa Junior 74
- 9** Revisão dos artigos sobre problemas de ingestão alimentar infantil publicados no periódico JABA
Jardson Fragoso Carvalho, Henrique Bayer Gonçalves e Márcia Cristina Caserta Gon 88
- 10** Utilização de procedimento de reforço diferencial de comportamentos alternativos em saúde: levantamento e análise bibliográfica
Sílvia Aparecida Fornazari, Simone Martin Oliani, Hellen Cristine Machado de Mello; Geniela Lopes, Ingrid Caroline de Oliveira Ausec e Katia Daniele Biscouto 100
- 11** Transtorno de ansiedade social: considerações gerais
Josiane Cecília Luzia, Célio Roberto Estanislau e Manuel Ángel Franco Martin 109

Seção B Processos educativos e Análise do Comportamento

- | | | |
|-----------|--|-----|
| 12 | Ensino de precisão de leitura e escrita em crianças com desenvolvimento típico Daniel Carvalho de Matos, Eliana Isabel de Moraes Hamasaki, Leidiana Peixoto Ribeiro e Ivânia Alves Costa | 123 |
| 13 | Algumas contribuições da psicologia para a educação Melania Moroz | 139 |
| 14 | Intervenção do psicólogo como capacitador de professores: algumas reflexões sobre o ponto de partida desse tipo de atuação Nádia Kienen | 147 |
| 15 | Análise funcional das habilidades sociais educativas apresentadas por pais de crianças com TDAH Margarette Matesco Rocha, Thiago Leão Silveira Dourado e Natália Rosot | 157 |
| 16 | Treinamento de habilidades psicológicas no esporte: um estudo de caso com atletas de taekwondo Lays Fernanda Belineli, Thalita Canato, Camila Sudo e Silvia Regina de Souza | 170 |

Minicurrículo dos autores

Áderson Luiz Costa Junior . Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília, docente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Airton Santos Gon . Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, docente do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.

Beatriz Azem Corrêa . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Camila Sudo . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, psicóloga.

Célio Roberto Estanislau . Doutor em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo e pós-doutor pela Universitat Autònoma de Barcelona, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Cristina Tiemi Okamoto . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, psicóloga clínica.

Daniel Carvalho de Matos . Doutor em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, docente de psicologia da Universidade Ceuma-MA.

Danyela Souza Ramos . Ensino Médio pela Escola Estadual Doutor João Ponce de Arruda, graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina.

Eliana Isabel de Moraes Hamasaki . Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo, docente da Universidade Nove de Julho.

Eliza Galo Silva . Mestre em Psicologia – Teoria e pesquisa do comportamento pela Universidade Federal do Pará.

Fabiana Satiro de Souza . Mestre em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pedagoga gerontóloga.

Gabrielle Tainá Argenta . Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília, servidora pública.

Geniela Lopes . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente no Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, terapeuta ocupacional.

Grazielle Noro . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Hellen Cristine Machado De Mello . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, psicóloga clínica.

Henrique Bayer Gonçalves . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente do Colégio Londrinense e do Colégio Uninorte Junior.

Ingrid Caroline de Oliveira Ausec . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, psicóloga.

Ivânia Alves Costa . Graduada em Psicologia pela Universidade Nove de Julho, psicoterapeuta.

Jardson Fragoso Carvalho . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente da Faculdade da Cidade do Salvador, perito técnico de polícia civil.

Josiane Cecília Luzia . Doutoranda em Neuropsicológica Clínica na Universidad de Salamanca, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

- Julio Camargo . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, doutorando em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos.
- Katia Daniele Biscouto . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente da Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras, FACEL, psicóloga clínica.
- Lays Fernanda Belineli . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.
- Leandro Herkert Fazzano . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.
- Leidiana Peixoto Ribeiro . Especialista em Aprimoramento em Neuropsicologia pelo Instituto de Psiquiatria HCFMUSP, aprimoranda do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP.
- Manuel Ángel Franco Martín . Doutor em Medicina e Cirurgia pela Universidad de Valladolid, docente da Universidad de Salamanca e presidente da Associação Castellano y Leonesa de Psiquiatria, Diretor do Instituto Ibérico de Investigación em Psicociência.
- Márcia Cristina CasertaGon . Doutora em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.
- Margarette Matesco Rocha . Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.
- Maria Rita Zoega Soares . Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.
- Mariana Salvadori Sartor . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente da Universidade Positivo e pela Faculdade Evangélica do Paraná, psicóloga.
- Marina Kohlsdorf . Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília, docente no curso de Psicologia do Centro Universitário UniCeub nos cursos de graduação e mestrado em Psicologia.
- Marisa Richartz . Mestre em Análise do Comportamento na Universidade Estadual de Londrina, docente da Faculdade Campo Real
- Melania Moroz: doutora em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Nádia Kienen . Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.
- Natália Rosot . Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina.
- Nilza Micheletto . Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Robson Zazula . Mestre em Análise do comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente da Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA).
- Silvia Aparecida Fornazari . Doutora em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Silvia Cristiane Murari . Doutora em Psicologia Experimental pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Silvia Maria Gonçalves Coutinho . Doutora em Psicologia da Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade de Brasília, supervisora técnica de psicologia no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Silvia Regina de Souza . Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo e pós-doutora em Motricidade Humana pela Universidade Técnica de Lisboa e em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Simone Martin Oliani . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, docente da União Metropolitana de Ensino Paranaense Ltda.

Thalita Canato . Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, analista judiciária.

Thiago Leão Silveira Dourado . Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina, psicólogo clínico.

Verônica Bender Haydu . Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo, docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, dos Programas de Pós-Graduação em Análise do Comportamento e em Ensino de Ciências e Educação Matemática.

Seção **A**

**Saúde e
Análise do
Comportamento**

Comportamentos de Autolesão da Pele e seus Anexos na Perspectiva da Dermatologia e Psiquiatria: Considerações Analíticas Comportamentais ¹

1

Marisa Richartz
Universidade Estadual de Londrina
Márcia Cristina Caserta Gon
Universidade Estadual de Londrina

¹ Esta pesquisa foi desenvolvida no Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina e financiada pela CAPES.

Agradecimentos às professoras Dra. Jocelaine Silveira Martins e Dra. Josy de Souza Moriyama pela revisão do texto inicial da presente pesquisa. Endereço eletrônico para correspondência: e-mail marichartz@gmail.com.

A Dermatologia, a Psiquiatria e a Análise do Comportamento são áreas do conhecimento com interface em comum uma vez que a ocorrência de doenças de pele pode envolver fatores emocionais associados (Gupta & Gupta, 1996). Problemas comportamentais podem originar ou agravar doenças dermatológicas, assim como essas podem provocar alterações psíquicas importantes (Torres, Smaira, & Tiosso, 1995). De acordo com Folks e Warnock (2001), as doenças dermatológicas que têm interface com os transtornos mentais podem ser divididas em quatro grupos, que ocasionalmente, de acordo com a condição do paciente, podem se agregar. O primeiro grupo são as condições dermatológicas que produzem consequências psiquiátricas, como o albinismo, a alopecia aerata, e o vitiligo. Já o segundo grupo, pode ser definido como doenças dermatológicas, como a acne, a dermatite atópica, eczema, psoríase e urticária, que são influenciadas a fatores psicológicos. Diferentemente disso, o terceiro grupo abarca doenças psiquiátricas, como o transtorno obsessivo compulsivo, o transtorno depressivo, o transtorno factício e a tricotilomania, que produzem consequências dermatológicas e o quarto grupo consiste de condições dermatológicas ou lesões resultantes do uso de medicação psiquiátrica.

Os comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos (unhas e cabelos) devem ser entendidos dentro dessa interface, uma vez que são comportamentos emitidos pelo próprio indivíduo e que produzem alterações inestéticas na pele, como escoriações e cicatrizes. As condições psiquiátricas e psicológicas envolvendo essas condições não podem ser negligenciadas, independentemente de elas serem primárias ou secundárias aos problemas da pele. Diante disso, a necessidade do psicólogo de compreender as perspectivas da Dermatologia e da Psicologia sobre essas condições se faz necessária para que um trabalho interdisciplinar se torne possível. O presente estudo, portanto, objetivou apresentar as definições ou explicações da Dermatologia e da Psiquiatria dos comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos. Esta apresentação é relevante, pois possibilita uma melhor comunicação de psicólogos com médicos e um melhor embasamento teórico dos profissionais da psicologia interessados na área da saúde para futuras pesquisas possam ser realizadas na perspectiva da Análise Comportamental Aplicada. Ao final do capítulo serão apresentadas, também, breves considerações sobre comportamento autolesivo na perspectiva da Análise do Comportamento e como esta se diferencia daquela da Dermatologia e da Psiquiatria.

Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados *Bireme*, *PschyARTICLE* e *Web of Science*, com as seguintes palavras-chave combinadas: *skin pickin*, *acne escoriée*, *neurotic excoriation* e *behaviour analysis*. Foram selecionados artigos que apresentavam definições e explicações sobre comportamentos autolesivos da pele na perspectiva da Dermatologia e da Psiquiatria. Foram excluídos da seleção: (a) os que descreviam intervenções e tratamentos para essas condições e os que apresentavam explicações para autolesão com estudos correlacionais; e (b) publicações sem livre acesso no portal da CAPES. Além disso, o Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV- TR) (American Psychiatric Association - APA, 2003) foi utilizado como bibliografia com a finalidade de esclarecer e complementar as informações sobre

13 comportamento autolesivo contidas no material pesquisado. Os artigos foram classificados em três categorias de acordo com a perspectiva da área de conhecimento sobre comportamento autolesivo: (a) Dermatologia; (b) Psiquiatria; e (c) Dermatologia e Psiquiatria. Foram utilizados os seguintes critérios categorização dos artigos: (a) artigos que descreviam a autolesão como dermatites foram classificados como explicações da Dermatologia; (b) artigos que descreviam os comportamentos autolesivos a partir dos diagnósticos do DSM –IV (APA, 2003) foram classificados como explicações da Psiquiatria; e (c) artigos que continham definições a partir do DSM –IV (APA, 2003) juntamente com definições de dermatites foram categorizados como definições da Dermatologia e da Psiquiatria. Foram selecionadas 20 referências, sendo 19 artigos e um livro. A Tabela 01 especifica a bibliografia selecionada e o tipo de definição apresentada.

TABELA 1

Categorização das referências dos artigos e livros selecionados por perspectiva de explicação

| Tipo de Explicação | Referência | Número de referências |
|---|---|-----------------------|
| Perspectiva da Dermatologia | Koblenzer (1996) | 1 |
| Perspectiva da Psiquiatria | Gupta e Gupta (1996); O'Sullivan, Mansueto, Lerner e Miguel (2000); Hautmann, Hercogova e Lotti (2002); Woods, Twohig e Marcks (2002); APA (2003); Kress, Kelly e McCormick (2004); Shah e Fried (2006); Grant e Odlaug (2009); Hayes, Storch e Berlanga (2009); Wettweneck, Teng e Stanley (2010); Odlaug e Grant (2010); Duke, Keeley, Geffken e Storch (2010); | 11 |
| Perspectiva da Dermatologia e Psiquiatria | Gupta, Gupta e Haberman (1987); Stein e Hollander (1992); Torres, Smaira e Tiosso (1995); Gupta e Gupta (1996);Folks e Warnock (2001); Harth, Taube e Gieler (2010); | 7 |

Comportamentos Autolesivos da Pele e de seus Anexos na Perspectiva da Dermatologia

Alguns comportamentos autolesivos na pele e seus anexos produzem alterações inestéticas, como escoriações e cicatrizes na pele, que devem ser tratadas pelo médico dermatologista. Estes comportamentos recebem a denominação de dermatites factícias, que são caracterizadas por lesões produzidas pelo próprio paciente, de forma consciente ou não, que não podem ser explicadas por qualquer condição dermatológica biológica ou genética (Shah & Fried, 2006). Harth, Taube e Gieler (2010) afirmam que a prevalência dessa doença é de 0,05% a 0,4% na população geral e que, apesar de ser encontrada em qualquer especialidade da medicina, a prevalência é maior em pacientes dermatológicos. Os autores explicam que os médicos dermatologistas reportaram dermatites factícias em 2% de todos os pacientes em unidades de atendimento de saúde e clínicas dermatológicas.

As dermatites factícias podem ter quatro origens diferentes: (a) lesão provocada por movimentos mecânicos, como comportamentos de apertar, esfregar, tocar, cortar, picar, morder; (b) lesão por dano tóxico, na qual o indivíduo causa lesões por aplicação de ácido ou produz queimaduras em si mesmo; (c) lesões provocadas por infecções produzidas por comportamentos que dificultam a cicatrização e causam inflamação e (d) lesões provocadas por uso de medicações desnecessárias, como injeções de heparina e insulina (Harth et al., 2010). Lesões que são provocadas pelo próprio indivíduo podem ser critérios diagnósticos para dois tipos de dermatites: a artefacta e a paraartefacta (Harth et al., 2010).

A dermatite artefacta é caracterizada por lesões provocadas de forma inconsciente e pode estar relacionada a transtornos psiquiátricos, como o transtorno de personalidade borderline, narcisista ou histriônico e transtornos psicóticos (Harth, Taube, & Gieler, 2010). O indivíduo produz as lesões em um

estado dissociativo de amnésia e em geral, não é capaz de lembrar o seu comportamento e o estado emocional que acompanhou a autolesão (Koblenzer, 1996; Shah & Fried, 2006; Harth et al., 2010). A dermatite paraartefacta difere disso, pois o indivíduo é parcialmente consciente do seu comportamento de autolesão e reconhece o seu comportamento se for questionado (Harth et al., 2010). A principal característica dessa dermatite é a ausência de controle no impulso sobre um comportamento que é emitido repetidamente e produz danos para a pessoa ou àqueles que são próximos dela (Harth et al., 2010).

Harth et al. (2010) classificaram o *skin picking*, a escoriação da acne, a onicofagia e a tricotilomania como dermatites paraartefactas. Entretanto, alguns autores (Gupta, Gupta, & Haberman, 1987; Klozenber, 1996; Shan, & Fried, 2006) citam essas doenças dermatológicas e classificam-nas, juntamente com a dermatite artefacta, como dermatites factícias, sem a classificação como dermatites paraartefactas. Apesar das diferenças de classificação, todos são considerados comportamentos de autolesão. São descritos, na Tabela 02, alguns destes tipos de comportamentos.

TABELA 02

Classificação de tipos de comportamentos de autolesão

| Classificação | Região do Corpo | Descrição |
|--------------------|-------------------|--|
| Skin Picking | Pele | É caracterizada por lesões auto induzidas que produzem escoriações, erosões, crostas, cicatrizes e áreas com excesso de pigmentação na pele. O indivíduo apresenta ausência de controle no impulso sob o comportamento de escoriar a pele e a escoriação produz sentimentos de alívio. As lesões são mais comuns nas pernas e braços, mas podem ocorrer na face. (Koblenzer, 1996; Shah & Fried, 2006; Harth et al., 2010) |
| Escoriação da Acne | Face | É um tipo específico de skin picking que ocorre na face e envolve comportamentos de espremer, arranhar ou cutucar a acne. Em geral, o indivíduo utiliza as unhas para isso e como consequência produz ulcerações, escoriações e erosões na pele quando há excesso desses comportamentos (Harth et al., 2010) |
| Tricotilomania | Cabelo e pelos | É caracterizada por comportamentos repetitivos de arrancar o cabelo ou pelos que resultam em perda significativa de cabelo e produzem redução da tensão (Shah & Fried, 2006; Harth et al., 2010) |
| Onicofagia | Unhas e cutículas | É caracterizada pelos comportamentos de roer e mastigar as unhas ou cutículas e pode ocorrer, com frequência, juntamente com comportamentos de chupar os dedos. Pode resultar em infecções virais ou bacterianas, sangramentos e deformações na unha (Harth et al., 2010) |

Comportamentos Autolesivos da Pele e seus Anexos na Perspectiva da Psiquiatria

A Psiquiatria, atuando no campo das doenças mentais, tem assumido a tarefa de classificar e propor critérios diagnósticos para os distúrbios comportamentais (Gongora, 2003). O Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10) são publicações que descrevem os resultados da classificação psiquiátrica de forma que as síndromes categorizadas são definidas conforme critérios universais aplicáveis a todos os indivíduos (Gongora, 2003). Os comportamentos autolesivos da pele foram relacionados aos seguintes transtornos classificados pela Psiquiatria: (a) Transtorno Obsessivo Compulsivo (Stein & Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Cullen, et al., 2001; Odlaug & Grant, 2010; Wetterneck, Teng, & Stanley, 2010), (b) Tricotilomania (O' Sullivan, Mansueto, Lerner, & Miguel,

15 2000; Hautmann, Hercogova, & Lotti, 2002; Kress, Kelly, & McCormick, 2004; Duke, Keeley, Geffken, & Storch, 2010); (c) Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação (APA, 2003); (d) Transtorno Dismórfico Corporal (Torres et al., 1995; Odlaug & Grant, 2010), (e) Comportamentos repetitivos (Hayes, Storch, & Berlanga, 2009); e (f) Dependência (Odlaug & Grant, 2010).

O transtorno obsessivo compulsivo caracteriza-se pela presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. As obsessões são ideias repetitivas e intrusivas sob as quais o indivíduo não tem controle e as compulsões são comportamentos repetitivos (lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação (Torres et al., 1995; APA, 2003). Esse transtorno se relaciona aos comportamentos autolesivos, pois os indivíduos podem apresentar obsessões de contaminação e limpeza que podem se relacionar a comportamentos obsessivos e excessivos de lavagem e limpeza e desinfecção com diferentes produtos químicos. Quando esses comportamentos são realizados em excesso podem produzir lesões na pele do indivíduo (Torres et al., 1995).

Alguns autores consideram o transtorno obsessivo compulsivo como um espectro (Stein & Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Wetterneck et al., 2010) e por isso, avaliam algumas condições médicas que podem se relacionar a ele. A tricotilomania, os distúrbios de controle de impulso, o *skin picking*, a escoriação neurótica, a dermatite artefacta, a onicofagia e o distúrbio dismórfico corporal foram avaliados por Stein e Hollander (1992) e Torres et al. (1995) como constituintes desse espectro.

A tricotilomania tem como característica essencial a ocorrência recorrente do comportamento de arrancar os próprios cabelos e pêlos, que resulta em perda capilar perceptível (APA 2003) e isso, de acordo com Stein e Hollander (1992) e Torres et al. (1995), pode ser compreendido como uma compulsão e classificada como um distúrbio de controle de impulso. A tricotilomania, assim, seria um único comportamento compulsivo que se mantém ao longo dos anos (Torres et al., 1995). Stein e Hollander (1992) explicam que a tricotilomania se assemelha ao TOC pois, apesar de não haver obsessões presentes e de as compulsões não terem a função de evitar possíveis perigos e problemas, a ausência de controle sobre o comportamento e os sentimentos de alívios associados a ele são condições remanescentes do TOC. Apesar dessa semelhança, a tricotilomania difere do TOC pois, ao contrário do TOC que tem incidência igual entre homens e mulheres, ela incide mais sobre as mulheres (Stein & Hollander, 1992).

Além disso, condições dermatológicas de escoriação neurótica, dermatite factícia e *skin picking* (Stein & Hollander, 1992; Torres et al., 1995; Wetterneck et al., 2010) podem fazer parte de um espectro obsessivo compulsivo. Esses três termos foram utilizados para descrever comportamentos autolesivos na pele emitidos pelo próprio indivíduo na ausência de uma patologia física. Não há uma delimitação de qual é o termo mais adequado para designar essas condições, porém, o artigo utilizará *skin picking* para descrever essa condição. Há divergências quanto à aproximação do comportamento de *skin picking* ao do TOC. Stein e Hollander (1992) afirmam que o comportamento de *skin picking* é repetitivo e ritualístico e que, como uma compulsão, é um comportamento intrusivo que diminui a tensão. Os autores afirmam que, apesar dessa similaridade, os pacientes não relatam que o comportamento é emitido com finalidade de prevenir algum mal. Stein e Hollander (1992), afirmam, ainda, que o *skin picking*, diferentemente do TOC, é mais comum em mulheres e que, apesar das diferenças e similaridades, o *skin picking* deve ser compreendido como um distúrbio relacionado ao TOC. Outra similaridade entre os transtornos é a que alguns pacientes diagnosticados com TOC relatam necessidade de “tirar casquinhas” e intencionalidade no comportamento compulsivo de automutilação com a finalidade de evitar que algo ruim aconteça e que há relatos de coceiras que precedem o comportamento de autolesão assim como no *skin picking* (Torres et al., 1995). Cullen et al. (2001) descrevem que há uma relação entre esses transtornos, porém afirmam que não há evidências de que apenas o *skin picking* possa fazer parte de um espectro do distúrbio obsessivo compulsivo. Os autores, assim como Wetterneck et al. (2010), descreveram que o *skin picking* é comum entre pacientes com TOC. Cullen et al. (2001) explicam que as características demográficas e clínicas são parecidas nos pacientes com TOC com e sem *skin picking*. Porém, esses autores afirmam que há uma maior prevalência de depressão, transtorno dismórfico corporal e transtorno de ansiedade nos pacientes que apresentam TOC e *skin picking*.

Odlaug e Grant (2010) afirmam que, além de se relacionar com o TOC, o *skin picking* se assemelha a algumas condições de dependência. Os autores explicam que, assim como na dependência, os indivíduos com *skin picking* emitem os comportamentos autolesivos independentemente das consequências aversivas que podem produzir, eles têm controle diminuído sobre o comportamento auto lesivo, sentem necessidade de emití-lo antes de fazê-lo e apresentam sentimentos hedônicos durante sua emissão. Essas características se assemelham a uma condição de dependência de álcool e drogas, na qual há sentimentos desencadeadores, como tensão antes do uso e sentimentos de prazer após o uso (Odlaug & Grant, 2010).

O onicofagia é uma condição similar ao *skin picking*, pois são comportamentos de autolesão emitidos pelo próprio indivíduo na área das unhas e cutículas, com a utilização, ou não, de objetos como alicates e tesouras, que podem gerar infecções, problemas dentários e mandibulares e limitação social (Torres et al., 1995). A onicofagia pode ser considerada como um quadro do espectro obsessivo compulsivo pelo fato do indivíduo não conseguir resistir à emissão do comportamento (Torres et al., 1995).

O transtorno dismórfico corporal também pode ser considerado a partir do espectro obsessivo compulsivo. Ele se caracteriza por pensamentos obsessivos de ordem estética que descrevem preocupação excessiva com um defeito na aparência ou com falhas leves ou imaginadas na face ou na cabeça (cabelos, acne, cicatrizes, rugas, marcas vasculares) e excessos de comportamentos de cuidado com a aparência (pentear o cabelo em excesso, remover os pelos, aplicar maquiagem de forma ritualizada e beliscar a pele) (APA, 2003; Wetterneck, et al., 2010). Consultas com cirurgiões plásticos e dermatologistas são comuns nesses casos (Stein & Hollander, 1992; Torres et al., 1995) e os indivíduos podem passar horas por dia em frente ao espelho, tentando ocultar ou mexer nas lesões e isso pode provocar mais danos à pele, como ocorre com a acne escoriada. Stein e Hollander (1992) afirmam que o fato da preocupação com a aparência ser caracterizada como uma ideia fixa, a qual os pacientes não conseguem resistir, aproximam o distúrbio dismórfico corporal do espectro obsessivo compulsivo. Além disso, a compra e o uso excessivo de roupas e acessórios para esconder as falhas imaginadas consomem tempo dos indivíduos o que aproxima ainda mais esse transtorno ao do espectro obsessivo compulsivo (Stein & Hollander, 1992). Apesar disso, os pacientes com transtorno dismórfico corporal apresentam menor reconhecimento em relação às preocupações exageradas se comparados a pacientes com outros conteúdos obsessivos (Wetterneck et al. 2010), mas respondem igualmente a agentes anti obsessivos.

Considerações Analítico Comportamentais sobre as Definições da Dermatologia e da Psiquiatria dos Comportamentos Autolesivos da Pele e seus Anexos

Ao discutir as definições de autolesão apresentadas pela Dermatologia e pela Psiquiatria a partir da perspectiva da Análise do Comportamento, pode-se fazer algumas considerações sobre a forma de definir os comportamentos autolesivos, as causas atribuídas a esse comportamento e a terminologia utilizada pela medicina. Em relação às definições para o comportamento, a Dermatologia e a Psiquiatria descrevem-no de forma predominantemente topográfica. Para a Análise do Comportamento, descrições desse tipo são baseadas na forma da resposta (Catania, 1999). A resposta de *skin picking*, por exemplo, pode ser executada com um movimento de arranhar, espremer ou com uso de agulhas ou pinças, e a descrição da resposta nesses termos de aparência é topográfica. Uma definição desse tipo, para Análise do Comportamento é menos importante do que a definição dos comportamentos por suas consequências (Catania, 1999). Respostas com topografias distintas podem produzir a mesma consequência e por isso, ter a mesma função. O indivíduo, no exemplo anterior, cutuca a pele de diferentes formas que fazem parte de uma mesma classe de respostas pois todas as respostas produzem uma mesma consequência que poderia obter reforço social na forma de atenção, por exemplo.

Apesar da Análise do Comportamento enfatizar as descrições funcionais, as definições topográficas apresentadas pela Dermatologia e Psiquiatria são extremamente relevantes, pois, especificam e caracterizam os comportamentos autolesivos em relação a sua forma de ocorrência como também de frequência e intensidade. Descrever a topografia dos comportamentos dos atletas de esportes de alto desempenho, por exemplo, pode auxiliá-lo em um rendimento maior. Dependendo da forma como o movimento é

executado, pode ter uma consequência mais reforçadora ou não para o resultado final da jogada. Martin (2001) explica que um atleta pode nadar com a mão fechada, com a mão aberta com os dedos separados ou com os dedos juntos e dependendo da topografia do comportamento, a velocidade do atleta se altera. No caso dos comportamentos autolesivos, as descrições topográficas detalhadas podem ser importantes para uma melhor definição do comportamento problema. Se conhecermos, por exemplo, instrumentos ou até o movimento realizado que produz a autolesão, podemos realizar intervenções na primeira instância em que o comportamento é emitido.

Apesar disso, uma definição topográfica do comportamento autolesivo não é suficiente em uma perspectiva analítico-comportamental para explicá-lo. Como mencionado anteriormente, os comportamentos operantes são definidos por sua função e não apenas por sua forma (Catania, 1999). Descrever a função de um comportamento é relacioná-lo a variáveis ambientais, ou seja, a eventos físicos e sociais, dentre os quais estão eventos encobertos e outros comportamentos do próprio indivíduo (Matos, 1999). Analisar a função dos comportamentos é, portanto, descrever as relações de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais (Skinner, 1953/2003). Matos (1999) ressalta que os indivíduos apresentam alta ou baixa frequência de respostas a partir da função dessas e explica que os comportamentos “representam mecanismos de lidar com ambientes complexos” (p. 10).

Estudos da Análise do Comportamento sugerem que os comportamentos autolesivos são comportamentos aprendidos por meio de uma história de interação com o ambiente físico e social (Iwata et al., 1994; Deaver, Miltenberger, & Stricker, 2001; Lane, Thompson, Reske, Gable, & Barton-Arwood, 2006; Goulart-Junior & Britto, 2010). Iwata et al. (1994), em um estudo com indivíduos com desenvolvimento atípico que incluía participantes que se mordiam, se arranhavam ou arrancavam os cabelos, objetivaram determinar empiricamente o tipo de consequência que mantinha comportamentos autolesivos. Os autores programaram consequência para o comportamento alvo e observaram os participantes em quatro condições experimentais. Na primeira condição o comportamento produzia reforços positivos (e.g., atenção, comida, e materiais) em um contexto de privação do reforçador e diferente disso, na segunda, o comportamento produzia reforço negativo pela esquiva de uma situação aversiva (e.g., situação de demanda, tarefa, interação social) (Iwata et al., 1994). Em uma terceira situação experimental, os participantes foram observados em um contexto em que estavam sozinhos e em um ambiente sem consequência social planejada para que fosse possível a observação da consequência natural do comportamento. Os dados obtidos nessas três condições foram comparados a uma condição controle na qual não havia disponibilidade de atividades e ausência de privação de reforço positivo, tarefas ou demandas. Os resultados do estudo foram que 23,3% dos participantes tinha o comportamento autolesivo mantido por reforçamento social positivo, 38,1% por reforçamento social negativo, 25,7% por reforçamento automático e 5,3% por dois tipos de consequência diferentes. Em 4,6% dos participantes o responder observado foi imprevisível e por isso, não foi possível determinar a função do comportamento. Como salientou Ceppi e Benvenuti (2011), esse estudo forneceu evidência empírica de que a ocorrência de comportamentos autolesivos depende de diferentes consequências produzidas no ambiente pelo comportamento.

Assim, a Análise do Comportamento busca na relação do organismo com o ambiente as explicações para o comportamento autolesivo. Em relação a isso, as causas atribuídas aos comportamentos autolesivos pela medicina descrevem sentimentos como agente causador dos comportamentos autolesivos. As definições do transtorno obsessivo compulsivo, *skin picking* e tricotilomania especificam que os comportamentos autolesivos são emitidos para produzir alívio e por isso especificam que diante do sentimento de tensão, que pode ser entendido como a causa do comportamento, a ação autolesiva ocorre. Esta explicação dada pela Psiquiatria e Dermatologia para a ocorrência de comportamentos autolesivos, embora especifique o antecedente (e.g., tensão), o comportamento (e.g., autolesão) e a consequência (e.g., alívio) é mecanicista e mentalista e difere da explicação proposta pela Análise do Comportamento, que busca nas contingências de reforçamento em operação as causas para o comportamento. As explicações mecanicistas surgiram com o desenvolvimento dos estudos da Mecânica Clássica Newtoniana que descreviam que existe uma força

18 inicial que explica os movimentos dos corpos (Cruz & Cillo, 2008). Esse tipo de explicação influenciou todas as ciências modernas e, uma explicação desse tipo, na Psicologia, significa que o evento antecedente ao comportamento é a causa do comportamento e assim, o que ocorre antes do comportamento serve como explicação à ação do indivíduo (Cruz & Cillo, 2008). Diferentemente disso, o mentalismo é a prática de invocar ficções mentais como explicação para o comportamento e assim, pensamentos, emoções, sentimentos e sensações são consideradas causas de comportamento nessa perspectiva (Baum, 2006). Explicações mecanicista e mentalistas diferem das explicações da Análise do Comportamento pois para essa ciência, explicações mentalistas não conseguem explicar aquilo que se propõem, pois a investigação se direcionada a uma entidade interna oculta de impossível compreensão que gera explicações circulares que não possibilitam nenhuma explicação para além da observação original (Baum, 2006).

Além disso, a Análise do Comportamento adota o modelo de seleção pelas consequências (Skinner, 1981/2007) para explicação do comportamento. De acordo com esse modelo, o comportamento é selecionado na interação do organismo com o ambiente pelas consequências que produz, pois essas aumentam ou diminuem a probabilidade de emissão de comportamentos futuros (Skinner, 1953/2003). Skinner (1981/2007) explica que há três tipos de seleção: (a) a filogenética que seleciona o comportamento da espécie e ocorre por meio da seleção natural, (b) a ontogenética que atua sobre o comportamento do indivíduo a partir das consequências de reforço que o comportamento produz, e (c) a cultural, que seleciona práticas culturais a partir do comportamento individual dos membros da cultura. A compreensão dos comportamentos, portanto, deve considerar esses três tipos de seleção. Não é possível explicar qualquer comportamento sem atentar à interação do organismo com o ambiente (Skinner, 1953/2003). As variáveis que explicam determinado comportamento devem ser buscadas no ambiente atual e na história ambiental do organismo (Skinner, 1953/2003). Todos os comportamentos podem ser explicados dessa forma, inclusive, os sentimentos, que são ações sensoriais, que devem ser entendidas a partir da interação do organismo com seu ambiente (Skinner, 1989/2005).

Em relação aos termos utilizados, a Dermatologia utiliza os termos “consciente” e “inconsciente”, entretanto não há uma preocupação de defini-los com mais especificidade. Entende-se que, quando utilizados, na perspectiva da Dermatologia, esses termos referem-se, apenas, ao fato do indivíduo reconhecer ou não o seu próprio comportamento auto lesivo e relacioná-lo às consequências dos prejuízos na pele. Na Análise do Comportamento, há duas condições nas quais o termo inconsciente é empregado (Silveira & Almeida, 2010). A primeira condição se refere a inconsciência como produto da falta de exposição a ambiente verbal gerador de conhecimento sobre o que se faz, o que se está fazendo, o que se tente a fazer ou sobre as variáveis controladoras de determinado comportamento. A segunda condição refere-se ao termo inconsciente no sentido do que algumas teorias psicológicas denominam “repressão” e diz respeito a comportamentos auto descritivos falhos dada a exposição a uma contingência da punição que gera uma classe de respostas de fuga e esquiva de tatear sobre os eventos (Silveira & Almeida, 2010). No caso dos comportamentos autolesivos, a dificuldade em reconhecer a emissão do comportamento auto lesivo no momento da sua ocorrência pode, portanto estar relacionada a um ambiente com uma comunidade verbal punitiva que não favorece, por meio de perguntas o autoconhecimento.

Discussão

As definições da Psiquiatria e da Dermatologia apresentam divergências em relação às definições da Análise do Comportamento. As definições da medicina são, primordialmente, topográficas e, apesar de ser uma definição relevante, não é suficiente como explicação para o comportamento na perspectiva analítico comportamental. Para a Análise do Comportamento, a função do comportamento deve ser alvo de análise. Apesar disso, pouco se tem investigado sobre a função dos comportamentos autolesivos da pele na perspectiva desta ciência. Miltenberger, Faqua e Woods (1998), a partir de uma revisão de literatura, constataram que existem poucos estudos com objetivo de descrever a função dos comportamentos autolesivos.

Há divergência entre a medicina e a Análise do Comportamento, também, em relação às causas para os comportamentos autolesivos. Essa diferença, que especifica que a Dermatologia e Psiquiatria utilizam sentimentos como agente causador para os comportamentos autolesivos e que a Análise do Comportamento busca descrever a função desses a partir da interação organismo e ambiente, foi salientada na seção final deste capítulo. Porém, é necessário que psiquiatras, dermatologistas e analistas do comportamento estejam cientes que essa diferença não deve impedir a realização de um trabalho em conjunto. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do comportamento autolesivo podem fazer contribuições que auxiliem uns aos outros. Dermatologistas, psiquiatras e analistas do comportamento, se estiverem conscientes da interface entre essas áreas nos casos de comportamentos autolesivos da pele e de seus anexos, podem ampliar o tratamento do paciente. O dermatologista ao identificar uma dermatite factícia, pode encaminhar o paciente para avaliação psiquiátrica e psicológica para ampliar a possibilidade de melhora do indivíduo. Da mesma forma, o psiquiatra ao diagnosticar algum transtorno psiquiátrico em que um dos sintomas é um comportamento autolesivo, pode fazer encaminhamentos para o psicólogo e para o dermatologista com a finalidade de complementar o tratamento proposto por ele. O psicólogo, assim como os médicos, ao identificar em seu cliente comportamentos autolesivos, podem também fazer encaminhamentos aos médicos que podem aumentar as probabilidades do cliente melhorar a sua condição. Além disso, os analistas do comportamento podem contribuir com os médicos ao aprimorar a forma de investigação do comportamento, bem como suas possíveis relações com eventos ambientais. Quando as contingências que controlam o comportamento autolesivo são identificadas, intervenções comportamentais para alterá-lo podem ser planejadas e aplicadas e atuar juntamente com o tratamento medicamentoso proposto pelo dermatologista e pelo psiquiatra.

O presente capítulo foi elaborado com objetivo de aproximar as áreas, uma vez que quanto mais se souber das divergências, maiores possibilidades de um trabalho efetivo como equipe multidisciplinar. As divergências não devem ser interpretadas como uma impossibilidade de trabalho, mas sim como uma ampliação do conhecimento para as áreas. O fato de existirem divergências sobre a definição dos comportamentos autolesivos entre elas pode ser compreendido pelo fato de que, enquanto ciências, a Medicina e a Análise do Comportamento têm pressupostos filosóficos diferentes, mas tanto uma quanto a outra apresenta um objetivo prático que lhes é comum: o bem estar do indivíduo.

Referências

- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (2006). *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. Porto Alegre: Artmed.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Ceppi, B., & Benvenuti, M. (2011). Análise Funcional do Comportamento Autolesivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(6), 247-253.
- Cruz, R. N., & Cillo, E. N. (2008). Do mecanicismo ao selecionismo: Uma breve contextualização da transição do behaviorismo radical. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 375-385.
- Cullen, B. A., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M., Hoehn-Saric, R., Hanh, J., et al. (2001). The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 189(3), 193-195.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., & Stricker, J. M. (2001). Functional analysis and treatment of hair twirling in a young child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 535-538.
- Duke, D., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Folks, D., & Warnock, J. K. (2001). Psychocutaneous Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 219-225.
- Gongora, M. (2003). Noção de psicopatologia em Análise do Comportamento. In C. L. Costa (Org.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 93-109). São Paulo: Esetec.

- Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. G. (2010). Intervenção Analítico-Comportamental em Tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1/2), 224-237.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1987). The self-inflicted dermatoses: A critical review. *General Hospital Psychiatric*, 9, 45-52.
- Gupta, M., & Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1030-1046.
- Harth, W., Taube, K. M., & Gieler, U. (2010). Factitious disorders in dermatology. *Journal of the German Society of Dermatology*, 8, 361-373.
- Hautmann, G., Hercogova, J., & Lotti, T. (2002). Trichotillomania. *The American Academy of Dermatology*, 46, 807-821.
- Hayes, S. L., Storch, E., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviours: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 314-319.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarccone, J., Vollmer, T. R., Smith, R. G., et al. (1994). The Functions of self-injury behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27 (2), 215-240
- Koblenzer, C. S. (1996). Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Psychodermatology*, 14 (3), 447 - 455.
- Kress, V. E., Kelly, B. L., & McCormick, L. J. (2004). Trichotillomania: Assessment, diagnosis and treatment. *Journal of Counseling and Development*, 82 (2), 185-190.
- Lane, K. L., Thompson, A., Reske, C. L., Gable, L. M., & Barton-Arwood, S. (2006). Reducing skin picking via competing activities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39 (4), 459-62.
- Martin, G. (2001). *Consultoria em psicologia do esporte: Orientações práticas em análise do comportamento*. Campinas: Instituto de Análise do Comportamento.
- Matos, M. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16 (3), 8-18.
- Miltenberger, R. G., Faqua, R. W., & Woods, D. W. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: Review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31 (3), 447-469.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- O' Sullivan, R. L., Mansueto, C., Lerner, E., & Miguel, E. C. (2000). Characterization of trichotillomania: A phenomenological model with clinical relevance to obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 587-604.
- Odlaug, B., & Grant, J. D. (2010). Pathologic skin picking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 296-303.
- Shah, K. N., & Fried, R. G. (2006). Facial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 403-409.
- Silveira, J. M., & Almeida, L. (2010). O inconsciente na interpretação analítico-comportamental. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16 (1), 64-71.
- Skinner, B. (1981/2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (1), 129-137.
- Skinner, B. F. (1989/2005). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papyrus.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for adults*. Redwood City, CA: Mind Garden, Inc.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992). Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy Dermatology*, 26, 237-242.
- Torres, A., Smaira, S., & Tiosso, A. (1995). Distúrbio obsessivo-compulsivo e quadros correlatos na clínica dermatológica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 70 (3), 239-243.
- Wetterneck, C. T., Teng, E. J., & Stanley, M. A. (2010). Current issues in the treatment of OC-spectrum conditions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74 (2), 141-166.

Tecnologia comportamental para reduzir o esquecimento e auxiliar pessoas com Doença de Alzheimer: estudos baseados no modelo da equivalência de estímulos¹

2

Julio Camargo
Universidade Estadual de Londrina

Verônica Bender Haydu
Universidade Estadual de Londrina

Fabiana Satiro de Souza
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Melania Moroz
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

¹ Correspondência para Julio Camargo, e-mail: j-camargo1986@hotmail.com

Problemas relacionados ao esquecimento são comuns em pessoas idosas, com destaque para o esquecimento de nomes próprios, de informações autobiográficas, de horários e de compromissos. Tal esquecimento, em alguns casos, pode ser efeito da Doença de Alzheimer, doença degenerativa do sistema nervoso central que tem como principal sintoma a dificuldade na recordação de fatos e eventos, além das relativas à orientação espaço-temporal. Tais dificuldades afetam diretamente a autonomia dos indivíduos com tal diagnóstico na realização das atividades cotidianas, além de poder afetar sua interação social com aqueles com quem convivem, sendo, portanto, de suma importância o desenvolvimento de procedimentos que ajudem a minimizar os efeitos da doença sobre a vida das pessoas, bem como procurar desacelerar a evolução da Doença de Alzheimer (Canineu, 2002; Souza, 2011).

Na obra intitulada “Viva bem a velhice”, Skinner e Vaughan (1985) apresentam uma série de estratégias que podem auxiliar as pessoas com problemas de esquecimento a lembrar das informações de que precisam. As estratégias propostas no livro se baseiam principalmente na manipulação de contingências ambientais de forma a tornar mais provável o comportamento de lembrar. Por exemplo, os autores citam o uso de blocos de papel para registro de informações, de alarmes e calendários para o não esquecimento de horários e compromissos ou, ainda, de estratégias intraverbais, como recitar o alfabeto para conseguir lembrar o nome de alguém. As dicas dadas pelos autores partem do pressuposto analítico comportamental que entende o comportamento de lembrar, não como o acesso a informações que estariam, de alguma forma, armazenadas em uma memória, mas sim como uma relação entre organismo e ambiente estabelecida por meio de uma história prévia de reforço. De acordo com Skinner (1974):

Uma pessoa é modificada pelas contingências de reforço em que age; ela não armazena as contingências. Particularmente, não armazena cópias dos estímulos que desempenharam algum papel nas contingências. Não há “representações icônicas” em sua mente; não há “estruturas de dados guardados em sua memória”; ela não possui um “mapa cognitivo” do mundo em que tem vivido. Foi simplesmente modificada de tal forma que os estímulos controlam agora tipos particulares de comportamento perceptivo. (p. 74)

Tem-se, então, que lembrar é se comportar diante de determinados estímulos de forma similar ao modo como nos comportamos no passado (Skinner, 1953). Se verbalizar “João” na presença de João foi seguido de uma consequência reforçadora no passado, é mais provável que tal resposta volte a ocorrer na presença de João em ocasiões futuras. Isso não significa que uma “cópia” de João e seu nome tenham sido armazenadas, mas sim que o contato com as contingências modificou o organismo, de forma que há uma maior probabilidade de, diante do estímulo João (ver a pessoa), seu nome ser lembrado. O comportamento de lembrar, portanto, vai depender de quão efetivo for o controle por determinados estímulos, de modo que “os estímulos futuros serão eficazes se forem semelhantes aos que foram parte de contingências anteriores” (Skinner, 1974, p. 96). Sendo assim, o esquecimento deixa de ser entendido como uma falha no acesso ou recuperação de informações armazenadas na memória, mas como efeito de variáveis que podem ter afetado a relação entre estímulos e respostas.

A passagem do tempo é uma variável a ser considerada na compreensão do esquecimento, uma vez que determinada resposta pode ter ficado por um longo período sem ser emitida e reforçada, mas, principalmente, porque mudanças ocorridas durante esse intervalo podem ter comprometido o controle por estímulos previamente estabelecido. Por exemplo, ao encontrar um antigo colega de faculdade, que não víamos há muito tempo, podemos não nos lembrar de imediato de seu nome, pois ele agora está com uma aparência bastante diferente (por exemplo, perdeu cabelo, deixou crescer a barba, mudou o estilo das roupas etc). Podemos também não lembrar ou confundir seu nome, pois entre a situação atual e a última vez que o vimos, conhecemos diversas outras pessoas, algumas delas semelhantes ao colega em questão.

Diante de tal quadro, além das estratégias citadas por Skinner e Vaughan (1985), o trabalho com pessoas com dificuldades para recordar eventos pode ter como grande aliado procedimentos que visem estabelecer relações de controle por estímulos mais efetivas e duradouras, o que pode ser observado quando elas fazem parte de redes relacionais (Spradlin, Saunders, & Saunders, 1992). O modelo da equivalência de estímulos, proposto por Sidman (1971), pode ser utilizado no atendimento dessa demanda, ao indicar uma forma de estabelecimento de relações entre estímulos ou entre estímulos e respostas, de modo que esses eventos relacionados passam a exercer o mesmo tipo de efeito sobre o comportamento. Por exemplo, a palavra escrita “bolo” nos remete à imagem de um bolo, tanto quanto se alguém pronunciar a palavra “bolo”, embora esses estímulos (palavra escrita, palavra falada e imagem) não tenham qualquer semelhança física entre si, sendo a relação entre eles arbitrariamente estabelecida por nossa comunidade verbal. A formação de classes de estímulos equivalentes apresenta ainda uma economia no processo de aprendizagem, uma vez que só algumas relações são diretamente ensinadas, enquanto as demais emergem após o ensino de pelo menos duas relações com um membro em comum.

O procedimento de escolha de acordo com o modelo (*matching-to-sample* - MTS) é o mais comumente utilizado para o estabelecimento das relações entre estímulos. Tal procedimento consiste, basicamente, na apresentação de um estímulo modelo (estímulo condicional) e de, pelo menos, dois estímulos de comparação, um dos quais o participante deve escolher. Nas fases de ensino, as escolhas são seguidas de consequências que indicam se a relação escolhida é ou não considerada correta. Durante os testes das relações emergentes, não é apresentado nenhum tipo de consequência para as escolhas. A apresentação do estímulo-modelo e dos estímulos de comparação pode ocorrer tanto de modo simultâneo, quando todos os estímulos são apresentados ao mesmo tempo, quanto sucessivo, no qual os estímulos de comparação são apresentados após a retirada do estímulo-modelo ou após um determinado intervalo de tempo (pareamento sucessivo com atraso). Durante os testes das relações emergentes, são verificadas as propriedades definidoras da equivalência de estímulos: reflexividade, simetria e transitividade (Sidman & Tailby, 1982).

Exemplificando, ao se ensinar relações condicionais para o estabelecimento de duas classes de estímulos, envolvendo formas geométricas, tem-se que, diante uma palavra falada, no caso, “triângulo” (A1), apenas a escolha da forma geométrica triângulo (B1) é seguido de um *feedback* positivo; já diante da palavra falada “quadrado” (A2), a relação se inverte e escolher a forma geométrica quadrado (B2) é que recebe *feedback* positivo. Tem-se então, estabelecidas as relações entre palavras faladas e formas geométricas (A1B1 e A2B2). Passa-se a seguir, ao treino da relação entre as formas geométricas e as palavras escritas correspondentes. Diante da forma geométrica triângulo (B1), reforça-se a escolha da palavra escrita TRIÂNGULO (C1) e diante da forma do quadrado (B2) é reforçada a escolha da palavra escrita QUADRADO (C2), estabelecendo-se as relações B1C1 e B2C2.

A reflexividade se refere à resposta de relacionar os estímulos por identidade, sem que se tenha feito um treino direto dessa relação. Seguindo o exemplo anterior, após o treino das relações condicionais (A1B1, A2B2, B1C1 e B2C2), na presença da forma geométrica triângulo (B1), o participante escolhe a forma geométrica triângulo e, na presença da forma quadrado (B2), escolhe a forma geométrica quadrado, demonstrando emergência das relações B1B1 e B2B2.

A simetria se refere à escolha das relações estabelecidas quando é feita a inversão entre o estímulo-modelo e o estímulo de comparação. No exemplo, ao se apresentar a forma geométrica triângulo (B1), o

participante escolhe a palavra falada “triângulo” (A1) e, diante da forma geométrica quadrado (B2), escolhe a palavra falada “quadrado” (A2). Isso demonstra a emergência das relações simétricas B1A1 e B2A2.

A transitividade se refere à emergência da relação entre dois estímulos, anteriormente relacionados a um estímulo em comum, denominado nóculo. Voltando ao exemplo, demonstra-se a transitividade se o participante, diante da palavra falada “triângulo” (A1), escolher a palavra escrita TRIÂNGULO (C1) e, na presença da palavra falada “quadrado” (A2), selecionar a palavra QUADRADO (C2), estabelecendo assim as relações A1C1 e A2C2. Nesse caso, o elemento em comum entre os estímulos são as formas geométricas (estímulos B1 e B2). Além disso, é possível observar a emergência da transitividade simétrica, quando, na presença das palavras escritas (C1 e C2), o participante escolher as palavras faladas correspondentes (A1 e A2).

Desde a proposta original, feita por Sidman (1971), diversos estudos foram realizados para se avaliar as variáveis que afetam a formação e a manutenção de classes de estímulos equivalentes (por exemplo, Arntzem & Holth, 2000; Bagaiolo & Micheletto, 2004; Buffington, Fields, & Adams, 1997; Damim, Assis, & Baptista, 1998; Spradlin et al., 1992; Wirth & Chase, 2002). Além disso, o modelo tem sido utilizado para o desenvolvimento de tecnologias que auxiliam o tratamento de indivíduos com atraso no desenvolvimento (por exemplo, O’Donnel & Saunders, 2003; Rehfeldt & Root, 2004), no ensino de leitura de palavras e sentenças (por exemplo, Alves, Kato, Assis, & Maranhão, 2007; Amorese e Haydu, 2009; Sampaio, Assis, & Baptista, 2010; Ponciano & Moroz, 2012) e até mesmo para o estudo de problemas sociais (por exemplo, Watt, Keenan, Barnes, & Cairns, 1991). No que se refere ao comportamento de lembrar, estudos que investigaram a manutenção das relações de equivalência ao longo do tempo (por exemplo, Aggio, 2010; Camargo, de Paula, & Haydu, 2010; Haydu & De Paula, 2008; Haydu & Morais, 2009) têm mostrado resultados promissores, indicando que uma tecnologia baseada no modelo da equivalência de estímulos pode se tornar uma grande aliada no auxílio e tratamento de pessoas com dificuldade de recordar eventos, em especial, o público idoso.

No presente capítulo serão apresentadas duas linhas de estudos que têm por base os princípios da Análise do Comportamento. A primeira linha é de natureza experimental e visa investigar os efeitos do número de estímulos relacionados em classes de equivalência sobre a manutenção e reemergência das relações condicionais que compõem as classes. A segunda, de natureza aplicada, verifica se o ensino de discriminações condicionais, tal como é feito no procedimento de formação de classes de equivalência de estímulos ou de redes relacionais, poderia auxiliar pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer a lembrar nomes de pessoas e de objetos.

O efeito da variável tamanho das classes na manutenção e reemergência de classes de equivalência: estudos de análise experimental do comportamento

A hipótese de que o número de estímulos por classe pode afetar a probabilidade de manutenção e reemergência de relações de equivalência foi inicialmente proposta por Saunders, Wachter e Spradlin (1988). O estudo visava avaliar a formação e expansão de classes de estímulos equivalentes, envolvendo estímulos visuais e auditivos, com a combinação de diferentes estruturas de treino. Os pesquisadores verificaram que as relações entre os estímulos visuais e auditivos que faziam parte de classes com nove estímulos permaneceram intactas mesmo após vários meses, ou foram recuperadas (os participantes apresentaram reemergência das relações) sem a necessidade de treino direto. Além disso, a expansão das classes foi facilitada, à medida que apenas o treino de uma nova relação condicional era suficiente para que fosse demonstrada a emergência de relações de equivalência entre os estímulos das classes. Os autores, então, levantaram a hipótese de que “quanto mais membros forem relacionados para formar uma classe, mais estáveis se tornam as relações emergentes e novas relações com os membros das classes já formadas podem ser mais facilmente estabelecidas” (Saunders et al., 1988, p. 113).

Em um capítulo teórico sobre o tema, Spradlin et al. (1992) explicam que, em uma relação envolvendo apenas dois estímulos (por exemplo, a imagem de uma pessoa e seu respectivo nome), qualquer variável que venha a afetar essa relação pode, ao longo do tempo, enfraquecê-la, tornando ineficaz o controle por

estímulos previamente estabelecido. Assim como no exemplo dado anteriormente, podemos não nos lembrar do nome de um antigo colega de faculdade ao reencontrá-lo após alguns anos. No entanto, em uma classe de equivalência formada por um número maior de estímulos (por exemplo, a imagem de uma pessoa, seu nome, sua profissão, a cidade em que mora etc.), mesmo que uma variável venha a enfraquecer uma das relações, as demais podem permanecer intactas, tornando mais provável a reemergência da relação enfraquecida, aumentando a probabilidade de manutenção da classe como um todo, ao longo do tempo. Podemos nos lembrar, por exemplo, que o colega em questão era da capital e, com isso, recordarmos seu nome.

Diversos estudos experimentais foram realizados com o objetivo de avaliar o efeito do número de estímulos por classe sobre a manutenção e reemergência de relações de equivalência, sendo que a maior parte contou com a participação de estudantes universitários (por exemplo, Camargo et al., 2010; Haydu & De Paula, 2008), mas alguns estudos também procuraram verificar o efeito dessa variável com a população idosa (por exemplo, Aggio, 2010; Haydu & Morais, 2009).

Dentre os estudos realizados com participantes universitários, Haydu e De Paula (2008) avaliaram o efeito do tamanho da classe sobre a manutenção de classes com três (A1B1C1, A2B2C2 e A3B3C3), quatro (A1B1...D1, A2B2...D2 e A3B3...D3), cinco (A1B1...E1, A2B2...E2 e A3B3...E3) e seis (A1B1...F1, A2B2...F2 e A3B3...F3) estímulos. Participaram 40 estudantes do 1º ano do curso de Psicologia, que foram distribuídos em quatro grupos, sendo cada um, submetido ao treino de relações condicionais para a formação de três classes com diferentes tamanhos. Os estímulos eram figuras abstratas monocromáticas e o procedimento de escolha de acordo com o modelo realizado no computador. A estrutura de treino utilizada foi a de comparação como nóculo (CaN) e o procedimento contou com um arranjo “do simples para o complexo”, no qual novas relações eram treinadas apenas após os testes para verificação do estabelecimento das relações ensinadas anteriormente.

Os resultados da pesquisa desenvolvida por Haydu e de Paula (2008) demonstraram que não houve efeito diferencial para a formação das classes de diferentes tamanhos, sendo que todos os participantes conseguiram alcançar o critério de, no mínimo, 90% de acertos para o estabelecimento das relações condicionais. Nos testes de manutenção, realizados seis semanas após a etapa de formação, verificou-se que a probabilidade de manutenção e reemergência das relações esteve relacionada ao tamanho das classes. Apenas dois participantes do grupo que formou classes com três estímulos apresentaram manutenção das mesmas, três do grupo que formou classes com quatro estímulos, cinco do grupo que formou classes com cinco estímulos e quatro do grupo que formou classes com seis estímulos, sendo que, outros três participantes do último grupo ficaram bastante próximos do critério de 90%. Além disso, pela análise do desempenho dos participantes ao longo do teste de manutenção, as autoras verificaram que o número de pareamentos incorretos diminuía consideravelmente para os participantes expostos às classes maiores (principalmente com seis estímulos), enquanto que, no grupo que formou as classes com três estímulos, os participantes não demonstraram a reemergência das relações enfraquecidas. As autoras concluíram que a manutenção e a reemergência das relações foram facilitadas quando essas faziam parte das classes com um maior número de membros.

Com o objetivo de isolar um possível efeito das características pessoais dos participantes, Camargo et al. (2010) submeteram 12 estudantes universitários a um procedimento intragrupo em que cada participante era seu próprio controle. O procedimento também foi realizado por meio de um programa de computador, com a estrutura de treino CaN e um arranjo “do simples para o complexo”. No entanto, nesse estudo, os experimentadores optaram por relacionar arbitrariamente figuras familiares (por exemplo, animais, objetos, automóveis etc.) em escala de cinza e com nomes dissílabos, para evitar que características diferenciais entre os estímulos pudessem interferir na análise da variável tamanho das classes. O procedimento era formado por cinco etapas. Na Etapa 1, era verificada a nomeação de todos os estímulos por parte dos participantes. Na Etapa 2, era realizado o treino e teste de formação de três classes de equivalência com três estímulos (K1J1L1, K2J2L2, K3J3L3), que era a história experimental comum a todos os participantes. Na Etapa 3, era feito o treino de três classes com três estímulos (W1Y1Z1, W2Y2Z2, W3Y3Z3), seguido pelo treino

de três classes com seis estímulos (A1B1C1D1E1F1, A2B2C2D2E2F2, A3B3C3D3E3F3). Nessa etapa, os participantes foram distribuídos em dois grupos, que formaram as classes seguindo uma ordem diferente cada: classes com três estímulos e depois seis, para o Grupo 1 e, na ordem inversa, para o Grupo 2. Nos blocos de treino das Etapas 2 e 3, foi utilizado um procedimento em que o número de estímulos de comparação era ampliado progressivamente, possibilitando uma discriminação sem erros. Na Etapa 4, foram realizados retestes, envolvendo todas as relações estabelecidas na etapa anterior e, na Etapa 5, seis semanas depois, foram realizados os testes de manutenção com todas as relações emergentes e de linha de base de cada conjunto de classes com três e seis estímulos.

Devido ao procedimento de introdução gradual dos estímulos de comparação ao longo das tentativas de treino, o número de repetições de blocos necessários para a formação das classes foi baixo, sendo que vários participantes realizaram todo o procedimento sem repetir blocos e com pouquíssimos erros. Todos os participantes formaram as classes nas Etapas 2 e 3 e não foi observado um efeito de ordem de formação entre os grupos, na Etapa 3. Na Etapa 5, 9 dos 12 participantes apresentaram porcentagens de acertos maiores no teste de manutenção das classes com seis estímulos do que das com três estímulos. Dois participantes apresentaram 100% de acertos em ambos os testes de manutenção. Onze participantes atingiram o critério de acertos (mínimo de 90%) na primeira apresentação do teste de manutenção para as classes com seis estímulos, enquanto que, em relação às classes com três estímulos, seis participantes precisaram refazer o teste. Além disso, o tempo médio de reação foi menor ao longo dos testes de manutenção das classes com seis estímulos para 11 dos 12 participantes.

Os autores (Camargo et al., 2010) afirmam que o procedimento utilizado no estudo foi efetivo para o estabelecimento de relações de equivalência, reduzindo a complexidade da tarefa e permitindo uma análise mais clara dos efeitos do tamanho das classes nos testes de manutenção. Concluiu-se que classes com seis estímulos são mais provavelmente mantidas do que classes com três estímulos e que as relações enfraquecidas reemergem mais prontamente nas classes maiores. Segundo os autores, esses resultados podem levar ao desenvolvimento de estratégias de ensino mais efetivas, além de ajudar no tratamento de pessoas diagnosticadas com Doença de Alzheimer, que apresentam dificuldades para lembrar eventos.

O estudo de Haydu e Morais (2009) avaliou a formação, manutenção e reemergência de relações de equivalência em participantes idosos. Participaram 18 senhoras sem comprometimento cognitivo, com idade média de 61 anos. O procedimento foi o de escolha de acordo com o modelo, realizado no computador, porém, diferentemente dos estudos citados anteriormente, optou-se por uma estrutura de treino linear para a formação de dois conjuntos de seis classes de diferentes tamanhos. Os estímulos utilizados nesse estudo estavam relacionados ao repertório de lembrar nomes de pessoas. O conjunto de classes com quatro estímulos (X1Y1...W1, X2Y2...W2, [...] e X6Y6...W6) envolvia: o desenho de faces, nomes de pessoas, profissões e atividades de lazer. O conjunto de classes com seis estímulos (A1B1...F1, A2B2...F2, [...] e A6B6...F6) envolvia, além dos estímulos citados, objetos pessoais e animais de estimação. As participantes foram distribuídas em dois grupos que diferiam apenas quanto a ordem com que as classes com diferentes tamanhos eram formadas, de forma a controlar um possível efeito de ordem de formação. Testes de relações emergentes foram aplicados imediatamente após a fase de ensino e após um intervalo de seis semanas. Os resultados não mostraram um efeito diferencial do tamanho das classes para a sua formação e manutenção, porém, a análise do desempenho das participantes ao longo dos testes de manutenção permitiu verificar que o número de pareamentos incorretos diminuiu para as classes com seis estímulos, o que não ocorreu para as classes com quatro estímulos. As autoras concluíram que a reemergência das relações de equivalência foi mais provável quando as classes eram formadas por um maior número de membros.

Tendo como justificativa a carência de estudos com idosos, Aggio (2010) também avaliou a formação e a manutenção de classes de equivalência de diferentes tamanhos em participantes com idades entre 60 e 75 anos. O estudo contou com a participação de oito idosos sem comprometimento cognitivo, que foram distribuídos em dois grupos com diferentes condições. Assim como nos estudos citados anteriormente, o procedimento foi realizado com o uso de um computador, e o procedimento envolveu a estrutura de treino

CaN e um arranjo “do simples para o complexo”. Os estímulos empregados nas fases de treino e teste eram figuras abstratas tridimensionais coloridas. Foram realizados treinos e testes para a formação de três classes com três estímulos (A1B1C1, A2B2C2 e A3B3C3) na Condição 1 e, para os participantes da Condição 2, três classes com seis estímulos (A1B1...F1, A2B2...F2 e A3B3...F3). Após seis semanas, foram realizados testes para verificar a manutenção das classes. Todos os participantes, de ambas as condições, conseguiram alcançar o critério de no mínimo 90% de acertos nos testes de formação, envolvendo todas as relações de linha de base e emergentes. Três dos quatro participantes da Condição 2 (seis estímulos) apresentaram manutenção das classes após seis semanas, enquanto que nenhum participante manteve as classes com três estímulos. De acordo com a autora, esse desempenho pode ser tomado como mais uma evidência de que o número de estímulos por classe é uma variável que influencia a estabilidade das relações ao longo do tempo, nesse caso, também quando a amostra estudada é formada por idosos.

Os estudos de Haydu e Morais (2009) e Aggio (2010) demonstraram que eventos relacionados em classes de equivalência com um maior número de estímulos têm maior probabilidade de serem lembrados. Esse resultado permite sugerir que o modelo da equivalência de estímulos, com o estabelecimento de redes relacionais, pode vir a ser usado como tecnologia comportamental para auxiliar pessoas com dificuldades para recordar eventos, mais especificamente, as idosas. A seguir é relatado um estudo desenvolvido com participantes idosos que tinham diagnóstico da Doença de Alzheimer.

O ensino de relações condicionais e a recordação de nomes: um estudo de análise aplicada do comportamento

Na pesquisa desenvolvida por Souza (2011), o modelo da equivalência de estímulos foi utilizado em um estudo com idosos que apresentam comprometimento cognitivo. Esse foi o primeiro estudo nacional, localizado na bibliografia, a se apoiar no ensino de discriminações condicionais como recurso para restabelecer relações entre estímulos em participantes com diagnóstico da Doença de Alzheimer. De acordo com a autora, os estudos baseados na equivalência de estímulos ao mostrarem a possibilidade de formação de novas redes relacionais por parte do idoso, poderiam auxiliar a reinstalação de repertórios que estariam sendo afetados pelo envelhecimento e pela doença, principalmente no que tange o comportamento de lembrar nomes de pessoas e objetos. O estudo contou com a participação de três mulheres idosas, com o diagnóstico de Doença de Alzheimer, e teve como objetivo avaliar se o ensino de relações condicionais poderia levar as participantes a uma melhora no repertório de lembrar nomes, um dos comportamentos focalizados por Souza (2011). Antes de serem submetidas a qualquer intervenção, as participantes passaram pela avaliação inicial. Foram levantadas informações gerais sobre as participantes, junto aos familiares e, dentre diferentes aspectos, foi realizado Teste de Fluência Verbal (Brucki & Rocha, 2004), para avaliar a memória semântica para lembrar nomes de animais e itens de supermercado.

As participantes foram submetidas ao treino com 24 passos, sendo que em cada passo trabalhou-se um conjunto com três estímulos, apresentados nas seguintes modalidades: Palavra ditada (A), Imagem (B), Palavra Impressa (C). Através de um procedimento de escolha de acordo com o modelo, com estrutura de treino linear, foram treinadas as relações AC e CB e testada a emergência das relações AB, BC, além da nomeação das imagens utilizadas no treino (relação BD). Tanto nas etapas de treino, como nas de teste das relações emergentes, as apresentações do estímulo modelo e dos estímulos de escolha ocorreram por pareamento simultâneo, pareamento sucessivo sem atraso e pareamento sucessivo com atraso de 5 segundos. As imagens e seus respectivos nomes se referiam às seguintes categorias: Objetos Pessoais, Vestuário, Alimentos e Bebidas e Animais. O procedimento era realizado no computador, através de *software* que permite realizar trabalhos com procedimento MTS, e as participantes respondiam apontando o dedo para o estímulo de escolha na tela ou falando em voz alta o nome do estímulo, quando lhes era solicitada a nomeação da imagem que aparecia na tela. Após o procedimento de formação das relações condicionais e testes das relações emergentes, as participantes foram novamente avaliadas, de forma similar à avaliação inicial.

Embora as três participantes tenham sido diagnosticadas com a Doença de Alzheimer, observou-se certa heterogeneidade entre o desempenho apresentado por elas, tanto na avaliação inicial e na final, quanto durante o procedimento de ensino das relações condicionais. No Teste de Fluência Verbal inicial, no qual tinham que lembrar o maior número de animais e itens de mercado em um intervalo de 1 minuto, todas as participantes apresentaram desempenho abaixo do esperado (conforme critérios estabelecidos por Brucki & Rocha, 2004).

No geral, o procedimento conduzido por Souza (2011) mostrou-se efetivo para o estabelecimento das discriminações condicionais, sendo os melhores desempenhos verificados nas relações AC (palavra ditada-palavra escrita); na relação CB (palavra escrita-imagem) com pareamento simultâneo; e no teste da relação AB (palavra ditada-imagem). As maiores dificuldades, tanto nas etapas de treino, quanto nas de teste de relações emergentes, foram detectadas nas condições de pareamento sucessivo com atraso, principalmente com atraso de 5 segundos. Souza (2011) sugere que esse seja um intervalo demasiadamente longo para participantes com diagnóstico de Alzheimer, podendo essa variável ser mais bem avaliada em estudos futuros.

Com relação ao Teste de Fluência Verbal, as três participantes apresentaram melhoras em relação à avaliação inicial, tanto para animais, quanto para itens de mercado. Duas delas se aproximaram do nível esperado (conforme critérios estabelecidos por Brucki & Rocha, 2004) nesse quesito, tendo ambas citado palavras que estiveram presentes no procedimento de estabelecimento de relações condicionais, o que dá indícios de que esse tipo de intervenção produziu o efeito positivo.

Souza (2011) sugere que o ensino de discriminações condicionais pode favorecer o comportamento de lembrar nomes na ausência de estímulos, ou seja, quando se é solicitado que sejam citados estímulos que façam parte de determinada categoria. A autora conclui que, tendo o modelo de equivalência de estímulos como referência, é fundamental a realização de novos estudos direcionados à população idosa com comprometimento cognitivo, já que procedimentos derivados do modelo poderiam indicar alternativas de atuação no enfrentamento dos esquecimentos decorrentes do envelhecimento e de doenças degenerativas do sistema nervoso central, como a Doença de Alzheimer.

Considerações Finais

O estudo desenvolvido por Souza (2011) pode ser considerado um primeiro passo em direção ao desenvolvimento de uma tecnologia analítico comportamental, baseada no modelo da equivalência de estímulos, para intervenção em casos de pessoas com dificuldades para recordar eventos, o que se aplica especialmente ao idoso e pessoas que apresentam doenças degenerativas do sistema nervoso central, tal como a Doença de Alzheimer. O estabelecimento de relações condicionais entre estímulos envolvendo imagens e palavras faladas e escritas demonstrou ter efeitos positivos sobre a fluência verbal de idosos diagnosticados com comprometimento cognitivo. Novos estudos poderão testar procedimentos cuja intervenção se dê de maneira mais direta sobre os repertórios em que essas pessoas apresentam maiores dificuldades, por exemplo, o comportamento de lembrar nomes de parentes e amigos próximos. Nesse sentido, procedimentos que envolvam a formação de classes de estímulos entre as imagens (fotos) de pessoas conhecidas dos idosos e as informações biográficas das mesmas - assim como proposto por Haydu e Moraes (2009) - podem aumentar a probabilidade de recordação de nomes, ampliando a qualidade das relações sociais às quais esses idosos são expostos. Além disso, os dados referentes ao efeito da variável tamanho das classes podem ser aliados no desenvolvimento de intervenções que tornem mais provável a manutenção e a reemergência dessas informações ao longo do tempo.

Facilitar ao máximo a tarefa de estabelecer relações condicionais entre estímulos deve ser uma meta nesses casos, tendo-se como destaque o procedimento de introdução gradual de estímulos de comparação, utilizado por Camargo et al. (2010), que possibilitou a formação de classes de equivalência sem a necessidade de se repetir blocos de treino e teste, tornando o aprendizado mais reforçador. Além disso, procedimentos de escolha de acordo com o modelo envolvendo a estrutura de treino CaN (por exemplo, Aggio, 2010;

Camargo et al., 2010; Haydu & De Paula, 2008) parecem ser o mais indicado no trabalho com idosos, uma vez que permitem um maior número de discriminações simples ao longo do treino, bem como a ampliação das classes sem a necessidade de se aumentar o número de estímulos nodais. Delineamentos com arranjo “do simples para o complexo” também podem facilitar o estabelecimento e ampliação das classes, uma vez que novos estímulos são treinados somente após se garantir a formação das relações prévias de linha de base, simetria e transitividade.

Uma das principais dificuldades apresentadas pelas participantes do estudo de (Souza, 2011) foi a de relacionar estímulos quando havia o pareamento sucessivo com atraso. Assim sendo, investigar o efeito do tamanho do intervalo entre a apresentação do estímulo-modelo e dos estímulos de escolha passa a ser extremamente importante, uma vez que a dificuldade para reter informações em curto prazo está presente na maioria dos casos de idosos que apresentam comprometimento cognitivo. Procedimentos que visem desenvolver estratégias para ampliar a habilidade dessas pessoas em reter essas informações em curto prazo também se tornam muito relevantes.

Para a construção de uma tecnologia comportamental para intervenção em casos de pessoas idosas com dificuldades para recordar eventos, outras variáveis precisam ser consideradas e avaliadas. Uma vez que nem sempre o uso de computadores e materiais para realização de procedimentos como o de escolha de acordo com o modelo estarão disponíveis aos idosos e cuidadores, torna-se necessário investigar outras formas de se trabalhar com o estabelecimento de relações condicionais que levem o idoso a uma melhora no comportamento de lembrar. Por se tratar de pessoas idosas, investigar o tempo mínimo e máximo para a realização de procedimentos desse tipo, sem que a tarefa se torne ineficaz ou desgastante, também passa a ser um ponto relevante. O preparo e a capacitação de cuidadores e demais pessoas que interagem diariamente com esses idosos é outra questão que não pode ser deixada de lado. Por fim, o trabalho com idosos com comprometimento cognitivo e com diagnóstico de Doença de Alzheimer deixa explícita a necessidade de a Análise do Comportamento procurar cada vez mais uma interlocução com pesquisas e trabalhos profissionais de outras áreas de conhecimento, como a Pedagogia, a Medicina Geriátrica, a Neurologia, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, dentre outras. Dessa forma, será possível trazer avanços no nível científico, bem como uma grande melhoria na qualidade de vida das pessoas que virão a se beneficiar desses novos achados.

Referências

- Aggio, N. M. (2010). *Formação e manutenção de classes de equivalência: um estudo com participantes da terceira idade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Alves, K. R. S., Kato, O. M., Assis, G. J. A., & Maranhão, C. M. A. (2007). Leitura recombinativa em pessoas com necessidades educacionais especiais: análise do controle parcial pelas sílabas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(4), 387-398.
- Amorese, J. S. & Haydu, V. B. (2009). Ensino e aprendizagem de leitura de palavras: contribuições da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12, 197-223.
- Arntzem, E., & Holth, P. (2000). Probability of stimulus equivalence as a function of class size vs. number of classes. *The Psychological Record*, 50, 79-104.
- Bagaiolo, L. F., & Micheletto, N. (2004). Fading e exclusão: aquisição de discriminações condicionais e formação de classes de estímulos equivalentes. *Temas em Psicologia*, 12(2), 168-185.
- Brucki, S. M. D., & Rocha, M. S. G. (2004). Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(12), 1771-1777.
- Buffington, D. M., Fields, L., & Adams, B. J. (1997). Enhancing equivalence class formation by pretraining of other equivalence classes. *The Psychological Record*, 47, 69-96.
- Camargo, J. C., de Paula, J. B. C., & Haydu, V. B. (2010). *Manutenção de classes de equivalência de diferentes tamanhos: um estudo com participantes submetidos a uma história experimental de equivalência de estímulos*. Trabalho apresentado no EAIC, Unicentro.

- Canineu, P. R. (2002). Doença de Alzheimer. In V. P. Caovilla & P. R. Canineu (Org.). *Você não está sozinho*. São Paulo: Associação Brasileira de Alzheimer.
- Damim, E. T. B., Assis, G. J. A., & Baptista, M. Q. G. (1998). Efeitos da distribuição treino/testes sobre a formação de classes de estímulos equivalentes sem consequências diferenciais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(1), 41-49.
- Haydu, V. B., & De Paula, J. B. C. (2008). Efeitos do tamanho da classe na manutenção de relações equivalentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 233-251.
- Haydu, V. B., & Morais, L. P. (2009). Formação, manutenção e recuperação de relações equivalentes em adultos da terceira idade. *Psicologia Argumento*, 27(59), 323-336.
- O'Donnel, J., & Saunders, K. J. (2003). Equivalence relations in individuals with language limitations and mental retardation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 80(1), 131-157.
- Ponciano, V. L. O. de & Moroz, M. (2012). Utilizando frases como unidades de ensino de leitura: um procedimento baseado na equivalência de estímulos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 38-56.
- Rehfeldt, R. A., & Root, S. (2004). The generalization and retention of equivalence relations in adults with mental retardation. *The Psychological Record*, 54, 173-186.
- Sampaio, M. E. C., Assis, G. J. A., & Baptista, M. Q. G. (2010). Variáveis de procedimentos de ensino e de testes na construção de sentenças com compreensão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 145-155.
- Saunders, R. R., Wachter, J., & Spradlin, J. E. (1988). Establishing auditory stimulus control over an eight-member equivalence class via conditional discrimination procedure. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 49, 95-115.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. Matching to sample: an expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- Skinner, B. F. (1953). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, Trans.). São Paulo: Martins Editora.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo* (M. da Penha Villalobos, Trans.). São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. São Paulo: Summus Editorial.
- Souza, F. S. (2011). *O ensino de discriminações condicionais para idosos com comprometimento cognitivo*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Spradlin, J. E., Saunders, K. J., & Saunders, R. R. (1992). The stability of equivalence classes. In L. J. Hayes & S. C. Hayes (Eds.), *Understanding verbal relations: The second and third international institute on verbal relations* (pp. 29-42). Reno: Context Press.
- Watt, A., Keenan, M., Barnes, D., & Cairns, E. (1991). Social categorization and stimulus equivalence. *The Psychological Record*, 41, 33-50.
- Wirth, O., & Chase, P. N. (2002). Stability of functional equivalence and stimulus equivalence: Effects of baseline reversals. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 77, 29-47.

Os transtornos de ansiedade e alguns estudos de intervenções comportamentais em grupo ¹

3

Cristina Tiemi Okamoto
Universidade Estadual de Londrina
Márcia Cristina Caserta Gon
Universidade Estadual de Londrina

¹ E-mail de correspondência:
okamoto.cris@gmail.com

Conforme autores como Wiedmann (2001) e Salles e Lühr (2005), a ansiedade pode ser entendida como respostas complexas, as quais o organismo emite diante de determinadas condições do ambiente que sinalizam a possibilidade de eventos ameaçadores ocorrerem. Sob a ótica da Análise do Comportamento, o conceito de ansiedade tem sido discutido com base em diferentes variáveis. De uma forma geral, ansiedade pode tanto se referir a eventos emocionais e fisiológicos do indivíduo, quanto a processos em cadeias comportamentais que podem estar envolvidos na produção desses estados internos. Contudo, em contextos em que o organismo se relaciona com eventos aversivos em alta frequência e intensidade, a ansiedade pode ser entendida como um comportamento-problema (Coelho & Tourinho, 2006).

Nesse sentido, a ansiedade é reconhecida pela Medicina como um transtorno de saúde mental e é classificada como um transtorno psiquiátrico. A ansiedade será abordada neste trabalho, enquanto um problema clínico devendo-se observar fatores importantes quanto aos prejuízos causados ao indivíduo, como: alta frequência de respostas de evitação e eliminação de estímulos ansiogênicos, as quais são predominantes no cotidiano do indivíduo, trazendo sofrimento relatado como significativo; e ainda, dificuldade em exercer tarefas diárias referentes a trabalho, vida acadêmica e social (Zamignani & Banaco, 2005).

Além desses prejuízos envolvidos, os transtornos de ansiedade são crônicos e ocorrem em alta prevalência. Por essas razões, intervenções clínicas tanto de ordem médica (com o uso de medicamentos psiquiátricos) quanto psicológicas têm sido desenvolvidas. Os tratamentos psicoterapêuticos, foco deste capítulo, têm sido realizados em formato individual e de grupo. Estes últimos, têm em alguns casos apresentado resultados próximos ao molde individual, apresentam também diferentes sistemáticas de funcionamento, benefícios e dificuldades, os quais serão discutidos ao longo do capítulo.

Em relação à publicação de estudos sobre terapia comportamental em grupo para transtornos de ansiedade, observa-se um destaque para as terapias cognitivo-comportamentais (Okamoto, 2012). Outras, também têm sido pesquisadas nesse sentido, entretanto, com número de publicação bem menos expressiva, como aquelas com o uso da Terapia Analítica Funcional (FAP) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Esses estudos de molde grupal relataram resultados eficientes na melhora clínica dos indivíduos, cada qual com seu foco de intervenção.

O objetivo deste trabalho foi apresentar alguns estudos os quais utilizaram intervenções cognitivo-comportamentais e analítico-comportamentais no formato de grupo para o tratamento dos transtornos de ansiedade. Para tanto, serão apresentados a seguir a referência diagnóstica psiquiátrica e seus dados estatísticos para os transtornos de ansiedade; o tratamento em grupo e suas características; e os tratamentos comportamentais para transtornos de ansiedade no contexto de grupo, assim como os ganhos e limitações observados nesse formato de intervenção. Conforme proposto, a seguir, será apresentada a referência diagnóstica psiquiátrica para os transtornos de ansiedade, suas características e prevalência do transtorno em amostras do Brasil e do mundo.

Transtornos de ansiedade: classificação, características e prevalência

De acordo com a definição da CID-10 (OMS, 1994), transtornos de ansiedade (F 40) é o grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é produzida por situações ambientais (no caso das fobias, situações nitidamente marcadas) as quais não apresentam perigo corrente, sendo elas evitadas ou suportadas com pavor. “A preocupação do paciente pode estar focalizada em sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e frequentemente associada a medos secundários de morrer, perder o controle ou enlouquecer” (OMS, 1994, p. 132). Qualquer possibilidade de ocorrência de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), dentre as respostas que compõem um quadro ansioso estão: tremores, sudorese, hiperventilação, sensações de falta de ar ou asfixia, taquicardia, boca seca, náusea, dor ou desconforto abdominal, formigamento, sensações de vertigem ou desmaio. A depender da forma como ocorrem, essas respostas são denominadas ataque de pânico. Não é necessário que se manifestem todas as respostas, ou seja, apenas algumas dessas já configuram um quadro ansioso, tendo em vista a sua frequência e o período de ocorrência. Além disso, essas respostas podem variar de acordo com o momento e com a situação aos quais o indivíduo se expõe. É destacada, também, a ocorrência de sensações relatadas como desagradáveis (p.ex. apreensão, tensão) com ocorrência repetitiva e persistente. Com o passar do tempo, o indivíduo nessas condições pode vir a intensificar problemas (de ordem familiar, acadêmica, ocupacional, etc) que geram sentimentos de menos valia, avaliação insatisfatória em relação à qualidade de vida. Além disso, o transtorno ocorre, muitas vezes, em comorbidade com outros problemas clínicos de ordem médica e psiquiátrica, como por exemplo, depressão, úlceras, alcoolismo, etc.

Os transtornos de ansiedade podem ser subdivididos em diagnósticos específicos de acordo com a forma de manifestação das respostas ansiosas e as ocasiões em que ocorrem. Conforme DSM-IV-TR, os diagnósticos se subdividem em: a) agorafobia, b) transtorno de pânico com ou sem agorafobia, c) transtorno de ansiedade generalizada, d) fobia específica, e) fobia social, f) transtorno obsessivo-compulsivo, g) transtorno de estresse pós-traumático, h) transtorno de estresse agudo, i) transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, j) transtorno de ansiedade induzido por substância, k) transtorno de ansiedade sem outra especificação, l) transtorno de ansiedade de separação. Uma característica em comum dos diagnósticos específicos é o comportamento evitativo diante de um estímulo ameaçador, o qual varia de acordo com o transtorno de ansiedade especificado. Outra questão em comum, é que, em geral, os indivíduos apresentam repertório comportamental restrito tendo em vista suas habilidades sociais, comportamentos de resolução e enfrentamento de problemas (Zamignani & Banaco, 2005).

Observa-se, portanto, que os transtornos de ansiedade envolvem um alto grau de sofrimento do indivíduo, uma vez que são considerados tanto as respostas evitativas e fisiológicas de ocorrência frequente, quanto os prejuízos relacionados à organização de sua rotina como problemas de ordem social, ocupacional, familiares, etc. Além de todos esses problemas envolvidos, os transtornos de ansiedade ocorrem em alta prevalência.

Na população mundial, estima-se que a prevalência dos transtornos de ansiedade tem variado de 10.6% a 16.6% (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). Em geral, inicia-se na idade adulta, podendo ser observada também desde a infância (Kaplan & Sadock, 1996/1998). Em relação à população brasileira, a prevalência tem ocorrido de 10% a 18% (Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002) referindo-se a cerca de 19 à 34 milhões de pessoas. Tanto em amostras do Brasil como de outros países observou-se alta prevalência e, segundo Almeida-Filho et al (1992), com predomínio de ocorrência no gênero feminino. Esses dados são de considerável importância, uma vez que, os transtornos de ansiedade geram sofrimento e prejuízo em relação à qualidade de vida do indivíduo (Olatunji, Cisler, e Tolin, 2007).

Desse modo, parece imprescindível o desenvolvimento de tratamentos eficientes para os transtornos de ansiedade e as terapias comportamentais (incluindo tanto as cognitivo-comportamentais, como as analítico-comportamentais) têm mostrado resultados significativos na melhora clínica dos clientes. Ela pode ocorrer

tanto em formato individual quanto em grupo, sendo este último foco de discussão deste capítulo. Logo mais, será discutido sobre as terapias em formato de grupo e em seguida, sobre as terapias comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade.

Tratamento psicoterapêutico em formato de grupo

Alguns pesquisadores afirmam que a terapia de grupo tem apresentado resultados próximos ao molde individual (Bednar & Kaul, 1994; Dugas et al., 2003) e algumas vantagens que, conforme Vianna (2000), pode-se citar: menor custo tanto financeiro como temporal, uma vez que o valor da terapia é reduzido e várias pessoas são atendidas em um mesmo espaço de tempo; troca de experiências e o compartilhamento de problemas e sentimentos em comum entre os integrantes do grupo; e ainda, segundo Yalon e Molin (2006), sentimento de fazer parte de um grupo.

Para esses últimos autores, a intervenção em grupo favorece a aprendizagem de novos comportamentos por processos de modelação e reforçamento social tanto do terapeuta como de outros membros do grupo, e ainda, favorece a adesão e discussão de variados assuntos terapêuticos com maior riqueza de conteúdo. Além disso, o ambiente de grupo por apresentar características similares ao ambiente natural pode facilitar a aprendizagem de repertórios comportamentais importantes ao convívio social e também a facilitar o processo de generalização dos comportamentos aprendidos (Kerbaux, 2008; Delitti, 2008). As autoras complementam ainda, que o grupo pode promover condições de forma a ampliar o repertório de resolução de problemas, uma vez que os indivíduos estão expostos a diversos modos de pensar e de se comportar, diferentes valores pessoais e modelos para novos repertórios comportamentais. De um modo geral, Vinogradov e Yalon (1992) afirmam que “a terapia de grupo é um modo incomparável de psicoterapia, porque se baseia em um instrumento terapêutico muito poderoso, o ‘*setting*’ de grupo. O poder deste instrumento deriva-se da importância exercida pelas interações pessoais sobre o desenvolvimento psicológico” (p. 12).

Em contraponto às inúmeras vantagens da terapia em grupo, este formato também apresenta algumas desvantagens as quais, conforme revisão de Okamoto (2012), se referem à: dificuldade de formar grupos com diagnósticos específicos, sendo mais provável a formação de grupos com variados transtornos de ansiedade; um maior número de pessoas desistentes ao tratamento pode ocorrer comparado ao molde individual; e ainda, grupos compostos por pessoas mais vulneráveis ou provocativas podem não se beneficiar inicialmente desse tipo de tratamento. Além disso, é exigido do terapeuta habilidades para lidar com conflitos, o cuidado na forma como consequenciar comportamentos dos membros do grupo, assim como, a forma como se relaciona com ele, uma vez que também faz parte dele.

Em relação ao funcionamento de um grupo terapêutico, Kerbaux (2008) relata que o mesmo se inicia desde a escolha e configuração do local, tendo em vista sua organização, atentar-se em relação aos ruídos, interrupções, aspectos físicos acolhedores, etc. Além desses aspectos, a autora destaca outras seis condições: 1) planejamento da seleção dos participantes do grupo, 2) entrevistas iniciais com os membros (levantamento de problemas trazidos pelos clientes), 3) objetivo estabelecido pelo terapeuta, 4) composição heterogênea ou homogênea, 5) tamanho do grupo e 6) duração das sessões e do tratamento. Delitti (2008) ao discutir sobre todos estes aspectos acrescenta mais algumas características importantes ao funcionamento adequado do grupo como: se o grupo será aberto ou fechado, estabelecimento do preço das sessões e o número de terapeutas necessário.

Na próxima seção serão apresentadas brevemente as formas de funcionamento da terapia de grupo com o uso da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e seus modelos recentes, da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o tratamento dos transtornos de ansiedade.

Terapias comportamentais em grupo para transtornos de ansiedade

A publicação de estudos referentes às terapias comportamentais no formato de grupo é em sua maioria recente, com predomínio das terapias cognitivo-comportamentais (TCC). As terapias cujo referencial teórico é o da Análise do Comportamento têm dado maior foco aos estudos de caso único. Poucos estudos em formato de grupo foram encontrados e dentre eles alguns foram sobre a aplicação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Esses estudos têm demonstrado resultados significativos no que se refere à redução dos chamados ‘sintomas’ de ansiedade e autorrelatos de melhora dos que receberam o tratamento.

A TCC tem uma sistemática e filosofia diferente das terapias analítico-comportamentais, as quais serão apresentadas a seguir. Conforme Clark e Beck (2010), no nível mais profundo estão as estruturas da experiência humana, denominadas esquemas, que direcionam a identificação, interpretação, categorização e avaliação do que se vive. Em geral, a pessoa orienta-se em relação às suas vivências com base, na sua chamada, matriz de esquemas. Os esquemas são constructos hipotéticos que são estabelecidos a partir de temas repetitivos e persistentes nos pensamentos, que passam a ocorrer de forma automática. Outro nível da cognição são as atitudes e crenças que desempenham um papel importante no modelo cognitivo. Crenças negativas sobre o conceito de mundo, eu e futuro (e.g., “Ninguém gosta de mim”, “Eu nunca vou ser um sucesso”) caracterizam a depressão, já as crenças sobre o perigo de ameaça e vulnerabilidade são indicativos de estados de ansiedade (e.g., “A qualquer momento algo vai dar errado”, “O mundo é muito perigoso”). Um argumento central do modelo cognitivo é que o tipo de emoção vivenciada depende do conteúdo do pensamento e de crenças geradas por experiências de vida.

O contexto terapêutico da TCC, conforme Clark e Beck (2010), tem como objetivo reduzir os ‘sintomas’ ansiosos e o sofrimento do cliente por meio da modificação dos pensamentos mal adaptativos, atitudes, crenças e tendências de processamento de informações que levam a desenvolver distúrbios ansiosos (DeRubeis, Tong, & Beck, 2001). Para tanto, Clark e Beck (2010) afirmam que é necessário ensinar a modificação dessas crenças irracionais e distorções cognitivas.

A TCC, conforme Oei e Boschen (2009), é bastante eficiente em grupos com indivíduos diagnosticados com os mais variados transtornos de ansiedade. São utilizados diversos tipos de intervenção, como a reestruturação cognitiva, treino de exposição, etc. A TCC em grupo além de reduzir os ‘sintomas’ de ansiedade, tem demonstrado melhora quanto à satisfação com a vida e qualidade de vida (Boschen & Oei, 2008). Essa forma de terapia, segundo Heimberg (2002), é a que mais tem sido estudada para fobia social e tem apresentado resultados significativos quanto a sua eficiência em estudos (e.g., Knjnik & Eizirik, 2002; D’el Rey, Lacava, Cejkinski & Mello, 2007). Pesquisas nacionais sobre o tema, entretanto, são pouco realizadas ainda (D’el Rey, et al., 2007). A seguir, alguns exemplos dessas pesquisas, tanto nacionais como internacionais.

D’el Rey, et al (2007) realizaram um estudo para testar um protocolo de terapia cognitivo-comportamental de grupo para o tratamento de fobia social. A partir da comparação dos instrumentos de medida usados no início e final do tratamento, constatou-se que 80% dos participantes responderam ao tratamento. Houve redução dos ‘sintomas’ nos escores de todas as escalas usadas e uma melhora significativa em relação ao medo de ser julgado negativamente pelas pessoas.

Outra pesquisa sobre fobia social tinha como objetivo a redução dos ‘sintomas’ e melhora do desempenho dos participantes em contextos sociais. Essa tinha como característica um tratamento cognitivo-comportamental de grupo de curta duração, sendo realizado em apenas seis semanas. Os resultados logo após o tratamento foram moderados, entretanto, a redução dos ‘sintomas’ e comportamentos evitativos, após mais seis semanas em *follow-up* tornaram-se significativos. O estudo teve como resultados gerais a aquisição de habilidades sociais e índices de motivação para continuar o treino aprendido no pós-tratamento, sendo que as melhoras adquiridas no tratamento foram mantidas ao longo de três meses (Herbert, Rheingold & Goldstein, 2002).

Em outro estudo realizado por Dugas et al (2003), foi aplicado um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental de grupo para transtorno de ansiedade generalizada. Esse tinha como objetivo a redução

dos sintomas do transtorno e avaliar os ganhos depois de 6, 12 e 24 meses. Houve melhora nos escores de todas as sete escalas usadas e redução dos 'sintomas' de ansiedade, depressão e respostas somáticas (ex. preocupação, tolerância ao incerto, etc). Os resultados se mantiveram nas avaliações pós-tratamento, houve apenas um decréscimo nos escores relacionados à preocupação e intolerância a incerteza.

Esses estudos citados englobam grupos com pessoas diagnosticadas com um único transtorno de ansiedade. Recentemente, alguns estudiosos cognitivo-comportamentais têm testado intervenções em grupos compostos por membros diagnosticados com diversos desses transtornos. Conforme Barlow, Allen e Choate (2004), esse tipo de tratamento tem levado em consideração que os transtornos de ansiedade apresentam similaridades de maior importância no contexto clínico em detrimento de suas especificidades, sendo elas um tanto quanto desnecessárias.

Em virtude disso, tratamentos em grupo realizados com pessoas que tenham diferentes diagnósticos de transtorno de ansiedade passaram a ser conduzidos por psicoterapeutas. Este tipo de intervenção em grupo para esses transtornos foi denominado como modelo transdiagnóstico (Barlow, 2000; Norton, 2006; Norton & Hope, 2008). Esse modelo bastante atual tem sido testado e estudado por alguns pesquisadores (e.g., Erickson, 2003; Norton, Hayes, & Hope, 2004; Norton & Hope, 2005; Norton, 2006) os quais apresentaram resultados de melhora dos participantes no que se refere a redução de 'sintomas' de ansiedade. Segue alguns exemplos de estudos adiante.

A aplicação de intervenção cognitivo-comportamental de grupo para o tratamento de vários transtornos de ansiedade ao mesmo tempo, foi realizada por Norton e Hope (2008). No estudo, foram relatados resultados de escalas usadas no início e final do tratamento, demonstrando que: 60% dos participantes atingiram gravidade subclínica e 40% gravidade clínica com necessidade de se manter em tratamento. Apesar de resultados menos expressivos, ainda é possível notar uma melhora em mais da metade dos participantes.

No estudo de Erikson (2003) foi testado tratamento cognitivo-comportamental em grupo para indivíduos com diversos transtornos de ansiedade e teve como resultado redução significativa dos 'sintomas' medidos da maioria dos participantes que completaram o tratamento, porém houve um alto índice de desistência do tratamento. Em avaliação no período de seis meses de *follow up* constatou-se que os 'sintomas' dos participantes que terminaram o tratamento mantinham-se reduzidos comparados à fase de linha de base.

No que se refere aos estudos analítico-comportamentais, estes trazem uma visão de homem diferente da TCC. As respostas emocionais e constructos cognitivos hipotéticos não são vistos como o cerne do problema clínico. Os pensamentos e sentimentos, na visão analítico-comportamental, são considerados comportamentos, e estão sob controle de variáveis que se relacionam entre si. O comportamento é visto como produto de condições externas e não de eventos "mentais", ou seja, é resultado das condições externas das quais ele é função (Skinner, 1953/2000).

Assim, para a Análise do Comportamento, não são os pensamentos e sentimentos que determinam a ocorrência do comportamento, eles são apenas respostas privadas que ocorrem em cadeia comportamental com outras respostas públicas em relação funcional (Gongora & Abib, 2001). Sendo assim, o que se focaliza nas terapias analítico-comportamentais são as contingências que geram sofrimento ao indivíduo (Jacobson, 1994). Ou seja, as contingências nas quais os comportamentos-problema ocorrem são descritas no sentido de entender que variáveis podem estar operando na manutenção daqueles comportamentos. E a partir disso, desenvolver comportamentos alternativos mais adequados que aumentem a probabilidade de produzir reforços positivos (Rosenfarb, 1992).

No tratamento dos transtornos de ansiedade, os estudos sobre terapias analítico-comportamentais em grupo relataram eficiência quanto ao ensino de repertórios comportamentais alternativos mais eficazes na lida com contingências aversivas (Sztamfater & Savoia, 2008). Como exemplos as autoras citam: repertórios sociais e de enfrentamento, diminuindo a ocorrência de comportamentos ansiosos frente às contingências que se apresentavam como aversivas anteriormente; intervenções com a família, observadas como essenciais na melhora do cliente; entre outros.

Conforme citado anteriormente, uma das intervenções analítico-comportamentais é a FAP, a qual focaliza a análise da relação terapêutica, contexto onde é possível promover a mudança comportamental do cliente. Nesta intervenção os comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem na sessão terapêutica podem ser observados (ou mesmo evocados) e consequenciados pelo terapeuta. Além disso, por meio de modelagem e modelação direta é possível ensinar diferentes repertórios comportamentais (Brandão & Silveira, s/d).

Assim, em grupos terapêuticos que tem a FAP como enfoque de intervenção, a mudança clínica ocorre por meio da relação que o indivíduo tem com o terapeuta e outros membros do grupo (Conte, 2008). Conforme a autora, é nesse contexto em que comportamentos-problema são observados, analisados, até mesmo, evocados e trabalhados. Isso no sentido de ensinar novos repertórios para lidar com as situações aversivas diminuindo a ocorrência de comportamentos ansiosos em alta frequência e intensidade, melhorando suas relações em seu meio físico e social. Para Vandenberghe e Ferro (2005), com o uso da FAP a terapia de grupo não se torna um ambiente de troca de informações, mas aquele em que momentos de vivência genuína são valorizados e por esse motivo os participantes podem passar por experiência de profunda mudança.

Autores como Follete, Naugle e Callaghan (1996) relatam que a FAP é principalmente indicada para clientes que se esquivam de relacionamentos interpessoais e que tendem a reproduzir no contexto terapêutico os mesmos comportamentos presentes em suas relações sociais. Desse modo, o terapeuta enquanto parte dessas relações pode consequenciar contingentemente a emissão desses comportamentos sendo possível instalar respostas mais adequadas, punir os comportamentos-problemas ou ainda não reforçá-los. No caso dos transtornos de ansiedade, a FAP pode ser usada a clientes que apresentam padrão comportamental de fuga e esquiva, principalmente no que se refere aos relacionamentos interpessoais, gerando alta frequência e intensidade de comportamentos ansiosos (Pezzato, Brandão & Oshiro, 2012).

Nos estudos de Vandenberghe (2007) e Pezzato, Brandão e Oshiro (2012) o uso da FAP auxiliou no processo de adesão ao tratamento e os sintomas característicos dos transtornos de ansiedade que geravam impedimentos ao processo terapêutico gradativamente deixaram de ocorrer. Os autores relatam ainda que os clientes que apresentavam padrão comportamental de fuga e esquiva passaram a enfrentar situações não só no ambiente terapêutico, mas em seu ambiente natural também. Assim, parece que a FAP pode auxiliar na eficiência do uso de outras intervenções, como o treino de exposição gradual, por exemplo.

Outra intervenção analítico-comportamental é a ACT. As estratégias de tratamento utilizadas visam ensinar o cliente a lidar com a esquiva emocional e seus correlatos, estabelecer mudanças em seus contextos sócio-verbais, assim como, assumir compromisso em relação às mudanças comportamentais obtidas ao longo do tratamento. Esse tipo de terapia é relatado como eficaz no tratamento de ansiedade conforme alguns autores (e.g., Barbosa, 2004; Torres, 2000).

De acordo com Brandão (2008), a ACT diferentemente da FAP nem sempre tem como foco de interesse a relação terapêutica. Para a autora “a FAP estimula análises interpessoais e a ACT intrapessoais, sem que uma análise exclua a outra” (p.70). Nos processos grupais o objetivo da ACT é intervir no que foi vivenciado pelo cliente, levando-o a refletir e vivenciar seus próprios sentimentos e sensações considerados aversivos, buscando não evitá-los. Na medida em que isso ocorre, Hayes (1987) relata que o cliente passa a ter como consequência resultados mais satisfatórios quanto ao seu bem estar.

Estudos analítico-comportamentais em grupo (incluindo aqueles sobre FAP e ACT) para transtornos de ansiedade são bastante escassos, tendo desse modo pouca literatura a ser discutida. Visto os benefícios citados, parecem importantes mais estudos e publicações na área. Os estudos cognitivo-comportamentais sobre o tema são predominantes, apresentam formato de funcionamento similar entre eles e têm mostrado resultados de melhora significativa dos participantes, principalmente, em estudos cujos grupos foram formados por participantes diagnosticados com um transtorno de ansiedade específico. Ao passo que, comparativamente, os tratamentos que englobaram pessoas diagnosticadas com diversos transtornos de ansiedade em um mesmo grupo apresentaram resultados de melhora menos expressivos e maior índice de desistência.

No que se refere às limitações do tratamento realizado em grupo, apesar de em todos os estudos apresentados ter sido relatada melhora clínica da maioria dos participantes da intervenção, uma pequena parcela não apresentou resultados satisfatórios. Sobre isso Okamoto (2012) pontua ser importante compreender as variáveis envolvidas tanto na melhora como na ausência de resposta ao tratamento. A autora relata, ainda, sobre a importância de estudos que identifiquem o efeito funcional que cada intervenção pode ter sobre o comportamento ansioso.

De um modo geral, o processo de terapia em grupo para transtornos de ansiedade tem sido uma alternativa interessante de tratamento visto seus benefícios já citados anteriormente, como maior abrangência em número de pessoas e menor custo financeiro ao participante, assim como, um ambiente bastante favorável ao desenvolvimento de repertórios comportamentais diversos e generalização. Levando-se em consideração a alta prevalência do transtorno e o sofrimento presente é de extrema importância a realização de mais estudos na área. Como por exemplo, estudos que identifiquem as variáveis que explicam a eficácia das intervenções utilizadas no tratamento, como sugerido em Okamoto (2012). Desse modo, cada vez mais os indivíduos diagnosticados com transtornos de ansiedade poderão se beneficiar ainda mais dos tratamentos.

Referências

- Almeida Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., Andreoli, S., & Busnello, E. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 14 (3), 93-104.
- American Psychiatric Association - A.P.A. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trad.. 4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 37, 316–325.
- Barbosa, C. (2004). Ansiedade: Possíveis intervenções na análise do comportamento. Em M.Z.S. Brandão; F. C. S Conte; F. C. Brandão; Y. K. Ingberman; V. M. Silva; S. O. Oliane (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição*, (Vol 13. pp. 163-167). Santo André, SP: ESEtec.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, (11), 1245-1263.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Common principles for treating emotional disorders. *Clinician's Research Digest*, 22 (11), 1.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: can the canon fire? In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Orgs.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4 ed, pp. 631- 663). New York: John Wiley & Sons.
- Boschen, M. J., & Oei, T. P. S. (2008). A cognitive behavioural case formulation frame-work for treatment planning in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 811–823.
- Brandão, M. Z. S. (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção de aceitação emocional. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (Vol.1, Cap. 2, pp. 61-91). Santo André: ESEtec.
- Brandão, M. Z. S., & Silveira, J. M. (s/d). Integração de psicoterapias. [versão eletrônica]. *Site Psicc*. Recuperado no dia 10 de abril de 2013, de <http://www.psicc.com.br/upload/artigo/15.pdf>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2006). O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 171-178.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In M. Delitti, & P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (Vol. 1, Cap. 4, pp. 129-156). Santo André: ESEtec.

- D'el Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2007). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 79 - 83.
- Delitti, M. (2008). Terapia Analítico Comportamental em grupo. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo*, (Vo.1, Cap. 1, pp. 33 - 58. Santo André: ESETEC.
- DeRubeis, R. J., Tong, T. Z., & Beck, A. T. (2001). Cognitive Therapy. In K. S. Dobson (Org.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (2 ed., pp. 349-392). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 821-825.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (4), 179-186.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Gongora, M. A. N. & Abib, J. A. D. (2001). Questões referentes à causalidade e eventos privados no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (1), 9-24.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 1-8.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-8.
- Jacobson, N. S. (1994). Contextualism is dead. Long live contextualism. *Family Process*, 33, 81-85.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Manual de psiquiatria clínica*. (D. Batista, Trad.). (2. ed., pp. 125-137). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho originalmente publicado em 1996)
- Kerbaux, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (Vol. 1, pp. 17-29). Santo André: ESETEC
- Knijnik, D. Z., & Eizirik, C. L. (2002). *Comparação entre duas formas de Terapia de Grupo para Pacientes com Fobia Social Generalizada*. Tese de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.
- Norton, P. J. (2006). Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 88-105.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 20, 198-202.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2008). The “anxiety treatment protocol”: a group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 7 (6), 538-554.
- Oei, T. P. S., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 950-957.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Okamoto, C. T. (2012). *Revisão e análise de estudos e protocolos de intervenção comportamental para transtornos de ansiedade*. (Dissertação de Mestrado em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR).
- Organização Mundial de Saúde – O.M.S. (1994). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças*. São Paulo: EDUSP.

- 38 Pezzato, Brandão & Oshiro (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agoraphobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14 (1), 74-84.
- Rosenfarb, I. S. (1992). Uma interpretação analítica comportamental da relação terapêutica (L. A. Onesti, Trans.). *The psychological record*, 42, 341-354.
- Salles, A. M., & Löhner, S. S. (2005). Ansiedade, um problema ou um jeito de levar a vida. In; Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. de (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. Vol.7 (pp. 71-75). Santo André: Esetec.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1953).
- Sztamfater, S., & Savoia, G. (2008). Fobia social, família e terapia de grupo: uma experiência esperançosa. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs.). *Terapia Analítico-Comportamental em grupo* (Vol. 1, Cap. 9, pp. 173-192). Santo André: ESETec.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006, Feb). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Psychiatric Association*, 51 (2), 100– 113.
- Torres, N. (2000). Ansiedade: o enfoque do behaviorismo radical respaldando procedimentos clínicos. Em R. C. Wielenska (Org). *Sobre comportamento e cognição*. Vol 6, pp. 228-238. Santo André, SP. ARBytes.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional Analytic Psychotherapy and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20 (1), 105-114.
- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo baseada em FAP como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: teoria e prática*, 7, 137 – 152.
- Vianna, A. M. (2000). Terapia cognitivo-comportamental em grupo. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (vol. 5, pp. 302-305). Santo André: Set.
- Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. (Vol.1, Ed.1) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1989).
- Wiedemann, K. (2001). Anxiety and anxiety disorders. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 271, 560-567.
- Yalon, I. D., & Moly, L. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

Beatriz Azem Corrêa
Universidade Estadual de Londrina

Leandro Herkert Fazzano
Universidade Estadual de Londrina

Maria Rita Zoega Soares
Universidade Estadual de Londrina

Nas últimas décadas, o tratamento oncológico tem apresentado avanços significativos devido, entre outros fatores, às melhorias tecnológicas e à inclusão do trabalho em equipe multidisciplinar como alternativa para atender às diferentes necessidades dos pacientes. Tais avanços não se restringem ao tratamento de adultos, mas também de crianças que, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados, podem ter bom prognóstico e participar de atividades cotidianas previstas para sua idade. Além da recuperação física, pacientes oncológicos infantis apresentam demandas sociais, emocionais, pedagógicas e recreativas. Dessa forma, o trabalho com esses pacientes deve, além do tratamento em si, enfatizar o bem-estar e a qualidade de vida (Ortiz, 1997).

Distintas formas de intervenção são necessárias para atender à complexidade de contingências que estão presentes no câncer infantil, desde o diagnóstico até o pós-tratamento. Uma das alternativas inclui a adoção de medidas para diminuir os efeitos negativos desta situação sobre o paciente, como administração de medicamentos que aliviem a dor, mudanças na dieta e inclusão de repouso na rotina. Tais medidas, usualmente adotadas para promover a melhoria na qualidade de vida, podem ser consideradas paliativas porque buscam o alívio de sintomas ou dos efeitos colaterais.

Vale ressaltar que para uma ação efetiva, o profissional deve avaliar o repertório comportamental do indivíduo, incluindo os comportamentos desadaptativos ou que impedem a participação em atividades que envolvem contingências reforçadoras (Soares, 2003). Além disso, deve planejar contingências e promover condições favoráveis para a adaptação do paciente às experiências aversivas a serem enfrentadas (Costa Jr, 1999). Tais contingências devem considerar a idade desse indivíduo, tempo de hospitalização, tratamento empregado, atitude dos pais e habilidades de enfrentamento para lidar com a situação (Gorayeb, 2001; Ortiz, 1997; Santos, Amaral, & Domingos, 2006).

Uma das intervenções possíveis ao analista do comportamento é auxiliar a criança no processo de adesão, o qual pode ser compreendido como a aceitação e o seguimento adequado de regras relativas ao processo de tratamento. Pacientes infantis podem apresentar dificuldade na adesão devido a aversividade dos procedimentos realizados e por não possuir um repertório de autocontrole bem estabelecido (Arruda e Zanon, 2002). O autocontrole inclui, entre outras coisas, a emissão de comportamentos que não estão sob o controle de contingências imediatas produzidas, mas de conseqüências reforçadoras atrasadas, ou seja, aquelas apresentadas após um intervalo de tempo. Quando o paciente pediátrico em tratamento oncológico se submete a um procedimento médico invasivo e doloroso, a conseqüência imediata é o desconforto corporal, e a conseqüência a longo prazo, pode incluir a remissão da doença. Pacientes infantis tendem a ficar sob o controle das conseqüências imediatas do tratamento, o que pode dificultar a adesão. O analista do comportamento pode intervir nesse processo através do arranjo de contingências que levem os pacientes a também ficar sob controle de conseqüências em longo prazo e a desenvolver comportamentos de autocontrole.

Além disso, nesse contexto, psicólogos podem atuar por meio de intervenções que incentivem a melhoria de repertório social, como a participação em grupos de apoio, além do preparo para a reinserção em ambientes do cotidiano do paciente, como a escola. Tais ações podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e beneficiar não apenas o indivíduo diretamente afetado pela enfermidade, mas aqueles inseridos em seu convívio social, como familiares, equipe médica, professores e colegas. Esse tipo de intervenção objetiva atenuar o efeito, na retomada da rotina, de situações potencialmente aversivas às quais o indivíduo está exposto durante e após o tratamento, como por exemplo, lidar com comentários dos colegas sobre a aparência (falta de cabelo) ou mesmo, reconhecer limites físicos para participação em atividades esportivas.

Grupos de apoio organizados tanto para pacientes, como para familiares, são um exemplo de estratégia que pode auxiliar na compreensão da enfermidade por meio de programas de orientação e possibilitam o manejo de sentimentos comuns entre indivíduos submetidos a um tratamento de saúde prolongado. Utilizados nas mais diversas áreas, com os mais diversos públicos-alvo, programas de orientação devem promover o acesso a informações corretas, desmistificar crenças errôneas sobre a enfermidade e orientar sobre como se comportar em situações específicas para auxiliar na reinserção a outros contextos. Diferenciam-se do fornecimento de instruções gerais, pois se configuram como processos sistematizados e elaborados para fornecer informações e incentivar o desenvolvimento de comportamentos assertivos. Buscam, portanto, instruir sobre uma determinada temática, incentivar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida, contribuir no processo de recuperação e na retomada da rotina pós-hospitalização (Menezes, Schulz & Peres, 2012).

O presente capítulo tem como objetivo discutir uma estratégia de intervenção comportamental com crianças que estão em tratamento de quimioterapia com o intuito de auxiliá-las na readaptação ao contexto escolar. O conceito de comportamento governado por regras será utilizado como referência para a discussão de tópicos relevantes a serem considerados neste tipo de intervenção. De acordo com a perspectiva do Behaviorismo Radical, instruções podem ser compreendidas por meio do conceito de “comportamento governado por regras”. Para analistas comportamentais, regras são estímulos discriminativos verbais que explicitam contingências, relações de reforço (Baum, 2006). Ou seja, são estímulos verbais que descrevem as relações existentes entre um comportamento que opera no ambiente e as consequências que o mesmo produz. Regras formulam previsões sobre possíveis consequências que podem ser obtidas para um determinado comportamento dentro do contexto específico.

De modo geral, programas de orientação propostos em psicologia da saúde apresentam regras que incluem contingências inteiramente descritas, explicitando o contexto, o comportamento mais adequado e as prováveis consequências para o mesmo. Um modelo de programa de orientação na área da saúde, especificamente em oncologia pediátrica, foi proposto por Guimarães (2012), que buscou suprir uma lacuna nessa área de trabalhos pautados em princípios da Análise do Comportamento. Um importante diferencial deste estudo foi o enfoque utilizado sobre o conceito de comportamento governado por regras e suas vantagens para a elaboração de um programa de orientação.

O programa acima citado consistiu em orientação de professores para auxiliá-los na reinserção escolar de alunos em tratamento oncológico. As atividades buscaram fornecer a esses profissionais, informação sobre o câncer (etiologia e tratamento) e instruções sobre como agir na escola, estabelecendo um contexto facilitador para a adaptação da criança. O trabalho incluiu o fornecimento de instruções aos professores com relação aos comportamentos adequados neste contexto, condição que requer atenção especial devido aos riscos e efeitos colaterais advindos do tratamento oncológico. A intenção do programa foi apresentar estímulos discriminativos verbais que buscassem descrever contingências envolvidas em condições específicas. Um exemplo incluiu a situação quando uma criança que não tem apetite no momento do intervalo ou no momento definido pela escola como o de alimentação. Nesse caso, a regra seria que o professor permitisse o acesso a alimentos saudáveis quando este aluno verbalizasse que estivesse com fome. Diante do estímulo discriminativo “presença de um aluno em tratamento oncológico, que solicita comer

fora do horário destinado às refeições”, o comportamento definido pela regra seria o professor consentir o consumo de alimentos saudáveis (conseqüência para o comportamento da criança de pedir para comer). Desta forma, poderia se evitar que o aluno tivesse que comer sem apetite e assegurar o acesso à comida quando estivesse faminto.

O programa incluiu situações-problema presentes no contexto escolar de crianças em tratamento oncológico, como por exemplo, a orientação de como proceder diante de um efeito colateral (como náusea ou febre) (Guimarães, 2012). No caso da náusea, sugere-se que o professor ofereça um cubo de gelo para a criança chupar, o que pode aliviar o sintoma. Nesta situação, a regra buscou explicitar uma relação entre o contexto (náusea), o comportamento que teria maior eficácia (oferecer um cubo de gelo) e a possível conseqüência para tal (alívio do sintoma). Nota-se que a regra “oferecer um cubo de gelo para uma criança em tratamento oncológico que está com náuseas”, deve funcionar como um estímulo discriminativo verbal que busca especificar como o professor deve se comportar nesta situação. Ou seja, ao estabelecer uma regra, busca-se aumentar a probabilidade de que o comportamento especificado por ela seja emitido (Skinner, 1953).

Para que qualquer estímulo seja considerado discriminativo, é necessário que (1) o mesmo esteja fisicamente presente no ambiente (2) aumentando a probabilidade da ocorrência do comportamento. Quando uma regra é fornecida e, imediatamente após a sua apresentação o indivíduo se comporta de acordo, pode-se dizer que a regra teve função de estímulo discriminativo. No entanto, uma vez que a regra foi ensinada, não é obrigatório que ela esteja presente para exercer controle sobre o comportamento. Em situações nas quais não estão presentes, regras não podem ser consideradas estímulos discriminativos. Dessa forma, para alguns autores analistas do comportamento, a partir da propriedade descrita acima, regras podem ser consideradas (além de estímulos discriminativos verbais) estímulos alteradores de função (Schlinger, 1993). O termo “alterador de função” é usado para descrever operações ambientais que alteram as funções de outros estímulos (Albuquerque e Paracampo, 2010). Regras assumem a propriedade de alterador de função quando há emissão do comportamento especificado após um intervalo de tempo entre a apresentação da regra e a apresentação do estímulo por ela descrito (Albuquerque, 2001).

Em programas de orientação é comum que as regras assumam essa função. Guimarães (2012) argumenta que, caso o aluno aparente estar febril, a regra descreve que o professor deve (a) verificar a temperatura, (b) comunicar aos pais ou cuidadores e (c) não dar medicamentos. Antes de ter acesso ao programa de orientação, o estímulo discriminativo “febre” poderia estabelecer contexto para outros comportamentos do professor (como encaminhar o aluno à enfermaria para ser avaliado, por exemplo). Com a descrição dessa regra, o estímulo poderia ter sua função alterada, estabelecendo o contexto para comportamentos diferenciados (verificar temperatura, avisar os pais imediatamente e não medicar).

A eficácia de programas de orientação consiste no resultado da descrição adequada da regra. Por meio de sua descrição, é possível alterar o controle de estímulos e aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos adequados. Ao analisar programas de orientação como um conjunto de instruções pautado no princípio do comportamento governado por regras, torna-se possível compreender suas vantagens e eficácia. Regras que compõem programas podem tornar-se importantes formas de controle quando se descreve as relações entre os comportamentos operantes e suas possíveis conseqüências.

Uma alternativa para se compreender o comportamento governado por regras inclui a compreensão de comportamento modelado pelas contingências, que é selecionado pelas suas conseqüências diretas e imediatas (Skinner, 1969). Como se trata de um processo de modelagem e envolve necessariamente a exposição à contingência, pode levar mais tempo para que o comportamento atinja um nível de habilidade satisfatório para produzir as conseqüências desejadas. Por exemplo, um professor não instruído provavelmente demoraria muito mais tempo para aprender a manejar as especificidades presentes no contexto do aluno com câncer, comparando a um professor diretamente instruído a respeito das mesmas situações, por meio de um programa de orientação. Nesse sentido, o uso de regras pode substituir o demorado processo de modelagem e minimizar possíveis erros do processo de aprendizagem, capazes de oferecer riscos de saúde para este aluno (Matos, 2001, online).

De acordo com Meyer e Donadone (2002), as razões do desenvolvimento do controle por regras relacionam-se ao fato de que por meio de descrições verbais, pode-se induzir indivíduos a se comportarem de modo efetivo sem que haja necessidade de exposição às conseqüências descritas. Para as autoras, esta característica do comportamento governado por regras parece necessária quando as conseqüências produzidas pelo comportamento são adiadas ou escassas, tornando-se ineficazes para a modificação de comportamentos ou quando os comportamentos que seriam modelados pelas contingências em vigor são indesejáveis.

Regras geralmente são utilizadas quando as conseqüências naturais imediatas do comportamento são consideradas fracas para a sua manutenção, ou a atividade é muito complexa, com custo das respostas alto para que o indivíduo aprenda apenas por exposição direta às contingências (Matos, 2001, online). Este é o caso específico dos programas de orientação na área da saúde. Permitir que o paciente e as pessoas do seu convívio aprendam apenas por modelagem (aprender fazendo), pode acarretar prejuízo para o quadro da doença, causar um desconforto maior do que o necessário, dificultar a adesão, prolongar indevidamente o tratamento, além de produzir sofrimento.

Segundo Matos (2001), uma vantagem do controle por regras é justamente sua eficácia, a rapidez com que se instala e sua força. Ao descrever as contingências, uma regra serviria como estímulo discriminativo a um dado comportamento e assim, o comportamento poderia se estabelecer mais rapidamente do que se fosse modelado diretamente pelas contingências. Descrevendo as relações entre o contexto, o comportamento e as conseqüências, a presença de uma regra demarcaria qual comportamento seria o mais adequado à situação, sem que seja necessária a aprendizagem por tentativa e erro (modelagem).

Outra diferença importante entre o comportamento governado por regras e o comportamento modelado por contingências é que este necessita da presença física dos estímulos, uma vez que se dá pela ação direta do indivíduo no ambiente. Neste sentido, o “aprender fazendo” não pode ocorrer se o organismo não estiver exposto diretamente à contingência. Instruções verbais de como se comportar em situações específicas, podem ser fornecidas antes, durante ou após o indivíduo ser exposto ao contexto de tratamento oncológico. Além disso, podem descrever contingências hipotéticas, o que torna vantajosa a elaboração e a aplicabilidade dos programas de orientação pautados em regras na área da saúde, como ferramentas viáveis, versáteis e adaptadas a cada situação.

Outra consideração sobre a aprendizagem e a utilização do conceito de comportamento governado por regras em programas de orientação é reconhecer que regras constituem uma forma de aprendizagem freqüente com a qual a sociedade está familiarizada. Prova disso está em que a maioria das agências de controle, como a educação, o governo e a religião, se valem de regras. O fato de regras serem amplamente utilizadas pela sociedade como forma de ensino pode auxiliar na efetividade e na eficácia de programas de orientação, pois não há a exigência do desenvolvimento de uma metodologia nova. Quaisquer instruções, ordens ou conselhos são regras, pois indicam relações contingenciais. Toda cultura possui suas regras, e não fosse pela capacidade dos indivíduos em aprender dessa forma, dificilmente haveria cultura (Baum, 2006). A partir disso, é possível questionar como essas regras são formadas e como surgem essas formas especiais de controle do comportamento, isto é, como e porque os indivíduos se comportam de acordo com instruções que lhe são dadas.

De acordo com Matos (2001, online), seguir regras é um comportamento evolutivo culturalmente determinado, pois depende da socialização do indivíduo e é adquirido de forma lenta e gradual. O ato de seguir regras (obediência) é importante para a manutenção da ordem do grupo e possui valor reforçador social alto. Skinner (1953), explica que “a comunidade funciona como um ambiente reforçador no qual certos tipos de comportamento são reforçados e outros punidos” (p. 390). É através deste processo de modelagem social que os indivíduos aprendem a se comportar em conformidade com culturas específicas. Cultura é entendida por Skinner (1953), como um ambiente social que seleciona práticas (usos e costumes) através de seus efeitos sobre o comportamento do grupo.

A importância dessas práticas culturais justifica-se porque um organismo pode adquirir comportamentos e como membro de uma cultura se beneficia pelo ambiente social mantido pelo grupo (Skinner, 1974). Ou seja, através da utilização de instruções e da capacidade dos organismos em aprender desta maneira, práticas culturais são mantidas através de gerações, sem que seja necessária uma aprendizagem individual por exposição às contingências, limitada às experiências de um único indivíduo. Dessa forma, desde muito pequenas, crianças são ensinadas a seguir regras, primeiramente, através das instruções de pais, avós e outros membros da família, evoluindo então para regras emitidas por professores, educadores e assim por diante. Consequentemente, o comportamento de seguir regras se torna uma categoria funcional generalizada e reforçada socialmente (Baum, 2006).

Baum (2006) sugere que o indivíduo se comporta conforme as regras porque seguir instruções foi um comportamento aprendido. Considera-se que a aprendizagem de seguir regras, a primeiro momento estaria relacionada ao processo de modelagem, onde o comportamento foi mantido pelas consequências diretas do seguir regras. O indivíduo comporta-se de uma determinada maneira porque a regra especifica a ação que se deve executar, de acordo com as possíveis consequências que o comportamento poderia produzir. Isso seria o equivalente a dizer que não estaria sensível às consequências que um determinado comportamento produz no meio. Apenas a médio e longo prazo é que o comportamento passa a ficar sob controle das contingências naturais, das consequências geradas que irão retroagir sobre o mesmo, com um efeito seletivo, fortalecendo ou enfraquecendo sua probabilidade futura (Baum, 2006).

Este é um aspecto importante a ser considerado em programas de orientação, pois as regras transmitidas precisam ser coerentes com a realidade do público-alvo. Isto é, precisam ser efetivas ou o programa não será bem sucedido, a médio e longo prazo, na manutenção dos comportamentos ensinados. Quando o indivíduo que participou de um programa de orientação retornar ao seu contexto original e aplicar os conhecimentos aprendidos, é necessário que as consequências produzidas nesse meio tenham efeito fortalecedor sobre o comportamento de seguir as regras ensinadas, seja amenizando e evitando situações aversivas, ou promovendo a produção de consequências reforçadoras. Caso contrário, o comportamento tenderá a diminuir de frequência, por exemplo, através do processo de extinção, e o programa de orientação não terá alcançado seu objetivo.

Assim, considera-se que programas de orientação podem ser compreendidos por meio do princípio do comportamento governado por regras. Tal conceito pode auxiliar na identificação de aspectos relevantes para a estruturação do conteúdo a ser abordado, o que pode assegurar a obtenção de resultados mais efetivos. Neste sentido, para garantir a eficácia do programa, é necessários uma avaliação detalhada do público-alvo e considerar suas características e particularidades. Mediante tal avaliação, alterações podem ser realizadas sempre que o programa for reaplicado a um novo grupo.

Além da avaliação do público-alvo, é necessário que as regras contidas no programa de orientação sejam descritas de forma clara e detalhada. Os estímulos antecedentes (contexto) devem ser apresentados inicialmente, seguidos da descrição de um ou mais comportamentos adequados à situação exposta e a análise das possíveis consequências que tal comportamento pode produzir. Deve-se direcionar a atenção do público-alvo para cada um dos termos da tríplice contingência, principalmente para as consequências de seus comportamentos, ou seja, verificar se o resultado das regras ensinadas no programa estaria de acordo com o objetivo proposto. No trabalho de Guimarães (2012), por exemplo, as instruções foram elaboradas com o objetivo de auxiliar o aluno em tratamento oncológico na retomada da rotina escolar. Os professores seriam incentivados a analisar o contexto, o comportamento do aluno e as consequências obtidas por meio de suas ações. O trabalho utilizou a conceituação de comportamento governado por regras e considerou as características do público-alvo como condição fundamental para o estabelecimento de repertório profissional que auxiliasse na adesão a determinadas condições do tratamento oncológico.

Considerações Finais

O conceito de comportamento governado por regras tem auxiliado na compreensão da relação entre regras e contingências. Nesse sentido, tal conceito pode ser utilizado para a estruturação de programas de orientação na área da saúde. A aquisição de comportamentos por meio de regras se constitui em uma forma de aprendizagem difundida culturalmente, envolvendo contingências sociais, sobretudo na produção de consequências reforçadoras ou punitivas. A utilização de instruções verbais em programas de orientação pode ser um excelente veículo para estabelecer comportamentos mais adaptativos aos contextos específicos.

Aprender por regras evita a aprendizagem por tentativa e erro, além de diminuir riscos, desgastes e prejuízos advindos da aquisição de comportamentos complexos, pode otimizar o tempo. Em outras palavras, neste tipo de situação, pode ocorrer a emissão de um comportamento mais adaptativo sem que se tenha uma história longa de seleção pelas consequências (modelagem). Outra vantagem está relacionada ao fato de que a aprendizagem por regras ocorre principalmente mediante a uma audiência. Assim, torna-se possível instruir e preparar profissionais para situações hipotéticas futuras e variadas, sem a necessidade de esperar que as mesmas ocorram para que aprendam a se comportar. Esta seria uma vantagem para a elaboração de programas de orientação na área da saúde onde profissionais podem ser orientados a fomentar comportamentos de adesão ao tratamento, o que facilita o processo de recuperação do paciente, a reinserção em ambientes sociais e a melhoria da qualidade de vida.

Referências

- Albuquerque, L. C. (2001). Definições de regras. *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp.132-140). Santo André: ARBytes.
- Albuquerque, L. C. & Paracampo, C. C. P. (2010). *Análise do controle por regras*. Psicologia: USP, São Paulo, abril/junho.
- Arruda, P. M. & Zanon, C. M. L. C. (2002). *Adesão ao tratamento da doença crônica: Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André: ESETEC.
- Baum, W. M. (2006). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. Porto Alegre: Artmed 2. ed.
- Catania, A.C. (1998). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul 4. ed.
- Costa Jr., Á. L. (1999). Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 107-118.
- Goarayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. Em M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Santo André: ESETEC.
- Guimarães, E.C. (2012). *Programa de orientação de professores para a reinserção de alunos com câncer*. Manuscrito não publicado, Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivo Comportamental*, 3(2) São Paulo. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 abr. 2012.
- Menezes, N.N.T; Schulz, V.L. & Peres, R.S. (2012). Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: Um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia*, 17(2), maio-agosto, 233-240.
- Meyer, S. B. & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais: Use of orientation by behavior therapists [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivo Comportamental*, 4(2). São Paulo. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 abr. 2012.

- 45 Ortiz, M. R. L. (1997). A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família. In Ceccim, R. B. & Carvalho, P. R. A. (Orgs). *Criança Hospitalizada: Atenção Integral como Escuta à Vida* (pp. 72-75). Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS.
- Santos, A. R. R., Amaral, V. L. A. R. & Domingos, N. A. M. (2006). Avaliação da dor em pacientes com câncer: Contribuições para intervenções psicoterápicas. In Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Valério, N. I. *Psicologia da Saúde – Pesquisa e Prática* (pp. 139-161). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Schlinger, H. (1993). Separating discriminative and function-altering effects of verbal stimuli. *The Behavior Analyst*, 16, 9-23
- Skinner, B. F. (1953). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2007 11. ed.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingências de reforço: Uma análise teórica*. São Paulo: Abril.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Soares, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. In Almeida, C. G. (Org). *Intervenções em grupo: Estratégias psicológicas para a melhora da qualidade de vida* (pp.23-36). Capinas: Papyrus.

Expor-se ao sol para bronzear a pele: uma prática valorizada socialmente com consequências nocivas à saúde em longo prazo

5

Robson Zazula

Faculdade de Jandaia do Sul

Grazielle Noro¹

Universidade Estadual de Londrina

Eliza Galo Silva

Universidade Federal do Pará

Márcia Cristina Caserta Gon

Universidade Estadual de Londrina

Airton Santos Gon

Danyela Souza Ramos

¹ Bolsista CAPES.

A cultura é um importante nível de seleção de comportamentos. Ela caracteriza-se por comportamentos aprendidos e compartilhados pelos membros de um grupo. Consiste em comportamentos operantes, tanto verbais como não verbais, que são aprendidos na convivência entre os membros do grupo, e transmitidos entre gerações, tornando-se uma prática cultural (Baum, 2006).

Entretanto, nem sempre as práticas culturais são benéficas para o indivíduo (Baum, 2006). No contexto da saúde, uma das práticas culturais que é reforçada socialmente, mas que possui consequências deletérias ao organismo em longo prazo, é o bronzear-se (Hillhouse, Adler, Drinnon, & Turrese, 1997). Além disso, entre as diversas crenças relacionadas à aparência de uma pele bronzeada estão aquelas de ser uma pessoa mais atraente, saudável e a de que previne os efeitos indesejáveis de futuras exposições ao sol como queimaduras e vermelhidão (Hillhouse et al., 1997).

Assim, as consequências sociais imediatas da prática de se expor ao sol podem ser mais comumente consideradas reforçadoras, como constantes elogios pela cor da pele, referências de viagens a lugares paradisíacos, associação a valores de bem estar, sucesso social, lazer, dentre outros (Richard, 2001). No entanto, esta mesma classe de comportamentos pode apresentar consequências deletérias em longo prazo, uma vez que, além de acelerar o envelhecimento precoce da pele, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de algum tipo de câncer cutâneo, especialmente o melanoma (Gon, 2008). Assim, pode-se afirmar que há um conflito de consequências: por um lado consequências sociais reforçadoras positivas imediatas e por outro, consequências aversivas à saúde em longo prazo.

Apesar de pesquisas indicarem que a exposição ao sol produz consequências deletérias em longo prazo, observa-se elevada frequência de pessoas que se expõem ao sol, considerando o bronzeado como um importante aspecto de beleza e bem-estar. Além disso, observa-se baixa frequência na emissão de comportamentos relacionados a prevenção de exposição ao sol (e.g., Da Hora, Batista, Guimarães, Siqueira, & Martins, 2003; Grob, Guglielmina, Gouvernet, Zarour, Noé, & Bonerandi, 1993; Silva, & França-Botelho, 2011).

Será apresentado, inicialmente, neste capítulo, um breve histórico sobre padrões estéticos relacionados à aparência da pele que são culturalmente dominantes e uma discussão sobre o comportamento de bronzear-se como uma prática social, aprendida e compartilhada pelos membros do grupo e suas consequências para a saúde. Na sequência será apresentado um estudo de levantamento que objetivou conhecer e discutir hábitos de exposição ao sol e de prevenção ao câncer de pele. Para isto foram aplicados questionários na população que procurou a “Campanha de Prevenção ao Câncer de Pele”, promovida anualmente pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD, 2009).

Padrões estéticos dominantes em relação à pele: um breve histórico

Os padrões estéticos em relação à pele têm se transformado ao longo da história da humanidade. Durante a Roma Antiga, o padrão estético entre a população era possuir pele alva: quanto mais clara a pele do indivíduo maior *status* social (DeMello, 2007). Durante o Renascimento, possuir pele alva, além de proporcionar maior *status* social, era um importante indicador de uma condição socioeconômica mais elevada. Na Inglaterra, por exemplo, era comum que as mulheres utilizassem tinta branca, à base de chumbo, e desenhassem veias azuis. Foi neste período que surgiu o conceito de sangue azul, relacionado à nobreza e à burguesia (DeMello, 2007; De Souza, Fischer, & De Souza, 2004). Em ambos os períodos históricos, grande parcela da população trabalhava na agricultura e, desta forma, se expunha frequentemente ao sol. Por esta razão, o apresentar pele bronzeada estava associado à pobreza e à realização de serviço braçal, não valorizado socialmente (DeMello, 2007).

Entretanto, a partir da revolução industrial, durante o século XVIII e XIX, houve grandes mudanças na estrutura da sociedade. A maioria da população, que outrora se dedicava às atividades agrícolas, se mudou para as cidades e passou a trabalhar nas indústrias. Por conta disso, as pessoas mais pobres passaram a apresentar pele pálida, por não se exporem ao sol e a aparência da pele deixou de ser um indicador de nível socioeconômico e *status* social (Arthey & Clarck, 1995; DeMello, 2007; De Souza et al., 2004).

Foi apenas durante as duas primeiras décadas do século XX que a pele bronzeada passou a ser algo valorizado socialmente. Após a revolução industrial, as pessoas mais ricas passaram a realizar um maior número de atividades ao ar livre. Além disso, diversos centros formadores de opinião sobre moda na França passaram a defender o bronzeado como o padrão estético desejável. Os banhos de sol tornaram-se mais frequentes e as vestimentas diminuíram, ficando menos volumosas e expondo áreas mais extensas do corpo (DeMello, 2007; De Souza et al., 2004). Apresentar a pele bronzeada passou a ser sinônimo de bem estar e lazer. Além disso, de acordo com DeMello (2007), o fato de diversas celebridades apresentarem pele bronzeada fez com que se tornasse também sinônimo de *glamour* e *status* social, popularizando a prática de se expor ao sol entre toda a população.

Além disso, há ainda a concepção de pele bronzeada como algo saudável. Tal concepção advém do início do século XX, com o surgimento das clínicas de helioterapia, como medidas preventivas ou terapêuticas para diversas doenças, como a tuberculose ou raquitismo (De Souza et al., 2004; Keesling & Friedman, 1987). Foi neste período também que se popularizou a crença de que o bronzear-se era um importante hábito de saúde para a pessoa e que prevenia a pele de futuras exposições ao sol (Hillhouse et al., 1997).

Nas décadas seguintes surgiram cosméticos criados para simular o visual de bronzeamento e de óleos bronzeadores para aumentar o bronzeado da pele. Além disso, durante as décadas de 1960 e 1970 ocorreu o surgimento e a popularização, nos Estados Unidos da América e na Europa, das clínicas de bronzeamento artificial. As pessoas frequentavam estas clínicas especialmente para manter a pele bronzeada durante os meses de inverno (DeMello, 2007).

Como principais consequências de tal prática, observou-se durante a segunda metade do século XX, aumento da incidência do câncer de pele em toda a população (Richard, 2001). Embora o bronzear a pele se constitua em uma prática social amplamente disseminada em nossa cultura, com inúmeras consequências reforçadoras positivas em curto prazo, observa-se que esta apresenta diversas consequências deletérias à saúde em longo prazo. Neste sentido, na próxima seção será explicado como um determinado comportamento se difunde de uma geração para outra, tornando-se uma prática social e será discutido a exposição ao sol para bronzear-se enquanto uma destas práticas. Além disso, serão apresentadas as principais consequências em curto e longo prazo desta exposição.

Terceiro Nível de Seleção por Consequências: Principais Características do Bronzear-se Enquanto Prática Social

Assim como o primeiro e o segundo nível de seleção pelas consequências são importantes para compreender o comportamento do ser humano, esta compreensão não estaria completa sem que o terceiro nível, o cultural, não estivesse presente. Este último é o campo das contingências especiais de reforçamento, mantidos por um grupo social (Dittrich, Melo, Moreira, & Martone, 2013). De acordo com Baum (2006), a cultura caracteriza-se por comportamentos aprendidos e compartilhados pelos membros de um grupo (e.g., família, amigos, professores, entre outros). Consiste em comportamentos operantes, tanto verbais como não verbais, que são adquiridos e mantidos como resultado de pertencer a um grupo, e que são transmitidos de um membro a outro por imitação ou educação, tornando-se uma prática cultural.

De acordo com Glenn (1991, como citado por Dittrich et al., 2013), uma prática cultural pode ser compreendida como um operante ou um conjunto de comportamentos operantes em contingências entrelaçadas. Por contingências entrelaçadas entende-se aquelas nas quais as classes comportamentais emitidas pelo indivíduo agem como variáveis ambientais no controle do comportamento de outros indivíduos. As práticas culturais são selecionadas por reforçadores sociais liberados como consequência para o conjunto de atividades que as compõem (Baum, 2006), produzindo consequências para o grupo (Dittrich et al., 2013).

Assim, diferentemente do que ocorre na filogenia e ontogenia, a cultura atua apenas em comportamentos do tipo operante (Skinner, 1981). Porém os processos envolvidos para que a evolução por seleção de traços culturais ocorra são semelhantes àqueles observados nos dois primeiros níveis de seleção que são: variação, reprodução e seleção (Baum, 2006). Cada um desses processos relacionados à evolução no terceiro nível de seleção serão descritos brevemente a seguir.

Processo de variação

A variação no terceiro nível de seleção, de acordo com Dittrich et al. (2013), pode ser considerada uma característica endógena das práticas culturais. De acordo com Skinner (1981), o que ocorre é a variação de classes comportamentais operantes, por meio da modelagem de classes de respostas que são reforçadas diferencialmente em nível individual. Tal como ocorre nos níveis filogenéticos e ontogenéticos, pode-se afirmar que ocorrem “acidentes comportamentais”, os quais são ocasionalmente importantes para o desenvolvimento da cultura. Isto geralmente ocorre por conta dos intercâmbios ou choques entre os membros de determinada cultura com outras, a influência de um líder ou uma pessoa em evidência, dentre outros.

No caso do bronzear-se enquanto uma prática cultural, alguns eventos foram extremamente importantes, tais como os hábitos de celebridades ligadas ao mundo da moda. De acordo com DeMello (2007), durante a década de 1920, Coco Chanel, após uma temporada no Mediterrâneo, retornou à Paris com a pele bronzeada. Em pouco tempo, apresentar a pele bronzeada tornou-se um padrão de beleza desejável pelas mulheres.

Processo de transmissão

De acordo com Baum (2006), a transmissão de traços adquiridos consiste em reproduzir e preservar a emissão de comportamentos operantes ao longo das gerações. Diferentemente da transmissão genética que ocorre em nível filogenético e se dá por meio da transferência do material genético (DNA) de pais para seus filhos, no nível cultural a transmissão é de traços adquiridos que ocorre por meio da transferência do comportamento de um membro do grupo para outro. Assim, a diferença entre a transmissão nesses dois níveis de seleção é a de que na cultura, os traços são transmitidos ao longo de gerações e não apenas no momento da concepção. Além disso, a evolução cultural acontece mais rapidamente que a evolução genética uma vez que existem muitas fontes e oportunidades de transmissão cultural. Quando uma prática é prejudicial para o ambiente, novas práticas tendem a evoluir para solucioná-la (Baum, 2006).

Um provável critério para uma prática ser considerada bem sucedida, ou seja, selecionada, é a frequência com que é apresentada. A imitação e as regras (educação) são os modos pelos quais uma prática cultural é selecionada. As pessoas tendem a imitar indivíduos com que se deparam frequentemente e práticas que são mais frequentes (Baum, 2006).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o comportamento de bronzear-se é uma prática cultural que ocorre por imitação. Esse comportamento muito provavelmente passou a ser reforçado com frequência e imitado por outros tornando-se uma prática cultural. Assim, o que mantém a emissão desse comportamento é o reforçamento social, estando intimamente relacionado ao conceito contemporâneo de sucesso. Apresentar a pele bronzeada passou a significar sinal de riqueza, bem-estar, prosperidade, boa saúde e sucesso social, especialmente a partir das primeiras décadas do século XX (Richard, 2001). Neste período foram disseminadas crenças com relação à aparência bronzeada da pele, valorizando socialmente tal prática, tais como possuir pele bronzeada torna a pessoa mais atraente, o bronzeamento traz benefícios à saúde e previne os efeitos indesejáveis de futuras exposições ao sol, dentre outros.

Entretanto, é importante considerar, de acordo com Dittrich et al. (2013), que as práticas sociais nem sempre são transmitidas por serem benéficas à cultura. No caso do comportamento de bronzear-se, as consequências que ocorrem em curto prazo são altamente reforçadoras, o que mantém a emissão deste. Em contrapartida, em longo prazo, as consequências da exposição ao sol são deletérias. Entre as principais, está a aceleração do envelhecimento precoce e o aumento da probabilidade de desenvolvimento de algum tipo de câncer de pele, especialmente o melanoma. De acordo com Gon (2008), o principal fator relacionado ao surgimento do câncer de pele é a radiação ultravioleta proveniente da exposição solar durante a vida do indivíduo. Os conhecimentos atuais apontam que o efeito tanto agudo (i.e., queimaduras solares, particularmente as ocorridas durante a infância e adolescência) quanto cumulativo da exposição ao sol (i.e., expor-se ao sol frequente e intensamente sobretudo sem proteger a pele) constituem os fatores primários para o envelhecimento precoce da pele e o desenvolvimento do câncer.

Por essa razão, reduzir o tempo de exposição à radiação ultravioleta parece ser a melhor estratégia preventiva para o câncer de pele e o envelhecimento da pele. Em relação ao câncer de pele, segundo dados de levantamento obtidos pela SBD (2009), a possibilidade de um indivíduo vir a desenvolvê-lo pode ser reduzida em até 85% se cuidados adequados com a pele forem tomados desde a infância.

Entretanto, apesar de apresentar consequências deletérias em longo prazo, o comportamento de exposição ao sol – seja por razões profissionais, mas especialmente, por lazer – é pouco controlado por suas consequências aversivas a longo prazo (como desenvolver um câncer de pele). Um estudo realizado com crianças de 9 e 10 anos de idade mostrou que elas veem o bronzeamento como um fator importante de beleza (Estève, Armingaud, Baranger, Bellier, Darchy, & Delavierre, 2003). Para os autores, este é um aspecto importante a ser discutido e considerado na elaboração de programas de intervenção a partir da infância.

Resultados semelhantes foram obtidos por Hillhouse et al. (1997), Wichstrom (1994). O primeiro grupo de autores apontou que em muitos casos, as pessoas acabam se expondo o sol para se parecerem com as pessoas que estão em evidência, especialmente na mídia, sem considerar as consequências em longo prazo do comportamento. O segundo autor apontou que em muitos casos, adolescentes são altamente influenciados pelo comportamento apresentado pelos pares, ou seja, aumentam a frequência de se expor ao sol caso o grupo no qual estão inseridos apresente elevadas frequências deste comportamento, mesmo conscientes das consequências em longo prazo.

Assim, temos duas consequências conflitantes em relação ao comportamento de exposição ao sol: em curto prazo, geralmente relacionado a reforçadores sociais, e as em longo prazo, associadas aos efeitos na pele. Diante desse conflito de consequências quanto ao se expor ao sol e à concepção vigente sobre a aparência da pele, considera-se importante identificar os principais hábitos da população brasileira. Nesse sentido, serão apresentados na próxima seção os dados sobre os hábitos a respeito de exposição ao sol e prevenção ao câncer de pele das pessoas que procuraram a campanha anual de prevenção ao câncer de pele, promovida pela SBD, realizada na cidade de Londrina (PR).

Hábitos sobre exposição ao sol e prevenção ao câncer de pele: um estudo preliminar na população londrinense

Apesar da exposição frequente ao sol apresentar consequências deletérias aos indivíduos, a exposição controlada e a prevenção do câncer cutâneo se constitui em um dos maiores desafios dos pesquisadores e profissionais de saúde (e.g., Da Silva, & França-Botelho, 2011; Geller, Shambam, O'Riodan, Slygh, Kinney, & Rosenbeg, 2005; Gilaberte, Alonson, Teruel, Ganizo, & Gallego, 2008). Embora pareça simples, a aprendizagem (aquisição e manutenção) de comportamentos de proteção solar é um processo difícil e deve ser mantido por toda a vida do indivíduo.

Entretanto, estudos mostram que a proteção solar diminui com a idade, resultando em incidências altas de queimaduras na pele (e.g., Davis, Cokkinides, & Weinstock, 2002). Este declínio pode ser devido principalmente à mudança que se observa no indivíduo que controla os cuidados com a saúde (Geller et al., 2005). No caso de crianças pequenas em idade pré-escolar, o controle e o cuidado são realizados pelos pais e/ou cuidadores, sendo gradualmente transferidos para o próprio indivíduo, que é o caso de crianças em idade escolar ou adolescentes.

Como forma de tentar compreender as concepções e os hábitos em relação à exposição ao sol, bem como o conhecimento e as concepções da população sobre os efeitos deletérios relacionados a tal prática, realizou-se o levantamento preliminar na população da cidade de Londrina-PR. O estudo foi realizado durante os anos de 2010 e 2011, durante duas edições da campanha nacional de câncer de pele. Dentre os objetivos do estudo, destaca-se como objetivo do presente capítulo uma breve caracterização sociodemográfica da população que procurou as campanhas de prevenção ao câncer de pele, bem como as principais classes de comportamentos que apresentavam em relação à exposição ao sol.

Participaram da pesquisa 262 pessoas, que responderam a questionários de entrevista. Destas, 46,4% eram do sexo masculino e 53,6% do sexo feminino. Quanto às faixas etárias, houve predominância de pessoas entre 64 e 83 anos de idade (63,7%), e de pessoas entre 32 e 53 anos de idade (30,1%).

Em relação ao conhecimento sobre o câncer de pele, observou-se que entre as pessoas que procuraram a campanha, uma grande quantidade conseguia descrever adequadamente a doença. Dentre os participantes, apenas 8% não souberam responder à questão. Dentre as respostas obtidas, 61% relacionavam o câncer de pele a alterações na pele, tais como pintas, feridas, machucados ou verrugas; 29% ao crescimento anormal de células da pele; 28% descrevendo-a como uma doença maligna ou grave; 14% como descamação da pele e 12% como inflamação ou infecção da pele. Os dados relacionados à definição dos participantes sobre o que é câncer de pele podem ser observados na Figura 1, a seguir.

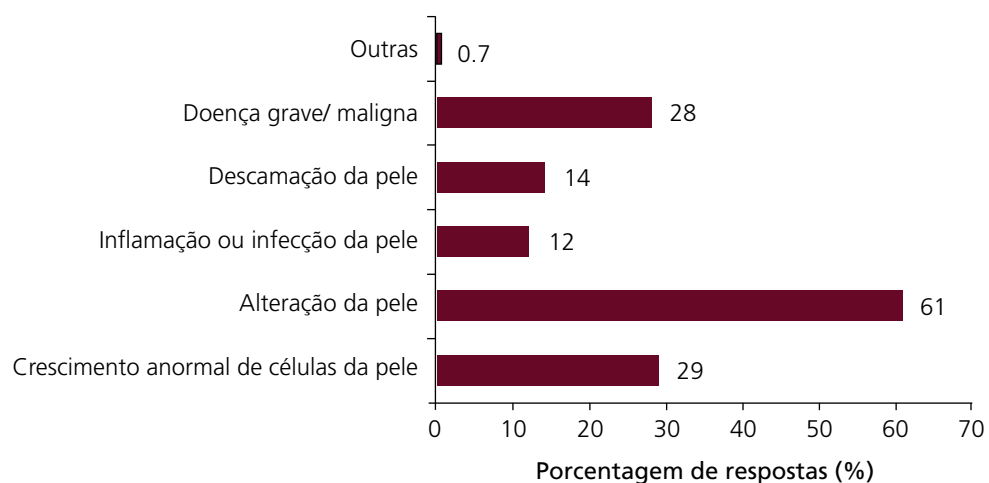


FIGURA 1
Conhecimento dos participantes sobre o câncer de pele

Em relação aos conhecimentos sobre as causas do câncer de pele, a grande maioria dos participantes assinalou a exposição ao sol como uma das causas (94%). Outras respostas comuns foram os fatores genéticos (55%), tabagismo (34%), contato com substâncias alergênicas (29%) e má alimentação (13%). Embora alguns participantes considerem como causas alguns fatores que não estão diretamente relacionados à doença, a grande maioria reconheceu o principal fator responsável pelo câncer cutâneo. Os dados sobre os conhecimentos dos participantes sobre as causas do câncer de pele estão sumarizados na Figura 2.

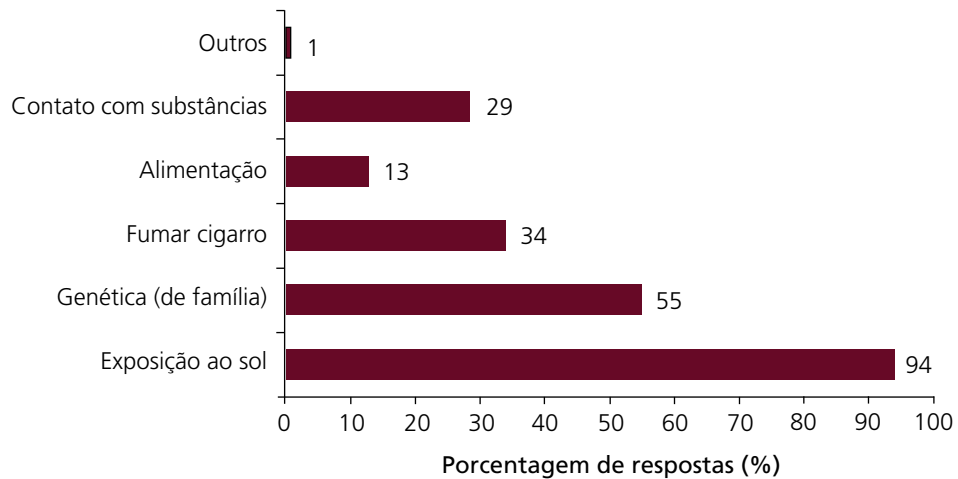


FIGURA 2
Principais causas do câncer de pele segundo os entrevistados

Tais dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos. Da Hora et al. (2003) investigaram o conhecimento sobre o câncer de pele, bem como das consequências da exposição ao sol, entre os frequentadores de uma academia ao ar livre de Recife (PE). De modo geral, a maioria dos frequentadores demonstrou conhecer os efeitos da exposição ao sol. Entretanto, observou-se que a frequência de cuidados em relação à pele era inversamente proporcional à idade: quanto menor a faixa etária, maior a ocorrência de comportamentos de exposição ao sol sem proteção.

Resultados semelhantes foram obtidos por Grob et al. (1993). Em um estudo realizado em Marselha, na França, esses autores concluíram que aproximadamente 35% das crianças e 45% dos adolescentes permaneciam muito tempo sob o sol em horários de risco. Da Silva e França-Botelho (2011) constataram que as crianças e os adolescentes permaneciam em média 4 horas por dia sob o sol, especialmente no período entre 10h e 16h. Em ambos os estudos, conforme os autores, esta exposição ao sol ocorria mesmo com os pais e/ou crianças ou adolescentes conhecendo os riscos de fazê-lo.

Na presente pesquisa constatou-se o mesmo resultado observado nos estudos de Grob et al. (1993), Da Hora et al. (2003) e de Da Silva e França-Botelho (2011) sobre o conhecimento quanto aos riscos da exposição solar e o comportamento de expor-se ao sol que é uma porcentagem elevada de pessoas que se expõem ao sol sem proteção, mesmo conhecendo os riscos de fazê-lo. Quando questionados sobre o uso de protetor solar, apenas 53,2% dos participantes disseram que o utilizam, conforme dados sumarizados na Figura 3.

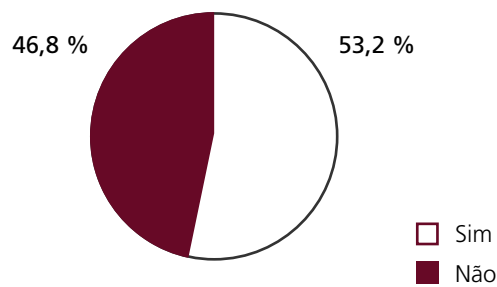


FIGURA 3

Porcentagem de pessoas que utilizam ou não utilizam protetor solar

Dentre os participantes da pesquisa que afirmaram utilizar protetor solar, destacam-se como principais ocasiões em que o fazem: (a) sair de casa (56%), (b) ir à praia (44%); (c) realização de atividades relacionadas ao lazer (e.g., churrasco, piscina, pescaria ou passeio ao ar livre), com 36% das respostas; e (d) realização de exercícios físicos (16%). Os dados relacionados às situações e ocasiões relacionadas ao uso de protetor solar estão sumarizadas na Figura 4.

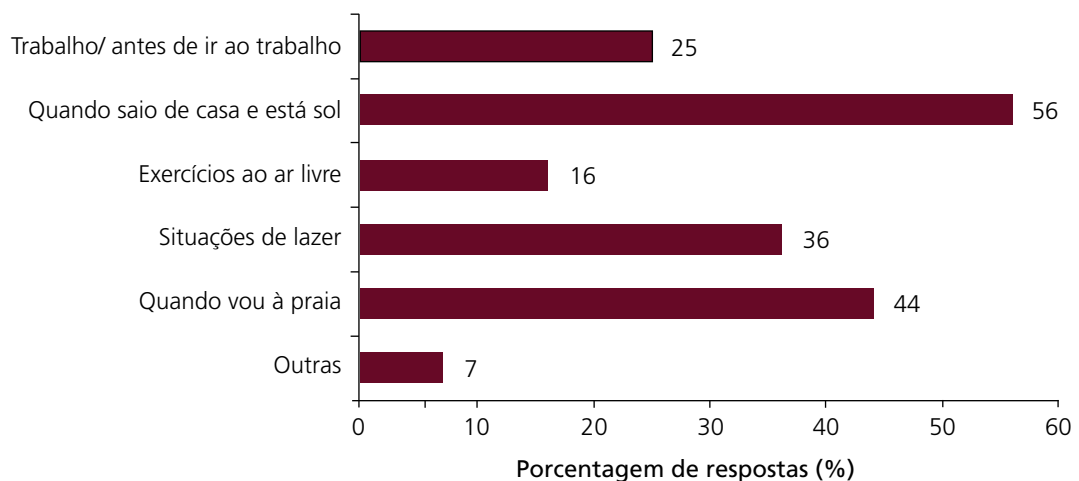


FIGURA 4

Principais ocasiões em que os participantes utilizam protetor solar

Os participantes que afirmaram utilizar protetor solar, quando questionados quanto aos motivos para usá-lo, apresentaram as seguintes respostas: para prevenir contra o câncer (82%), queimaduras solares (57%) e envelhecimento precoce da pele (42%), ou simplesmente por ser uma recomendação médica. Tais dados estão sumarizados na Figura 5.

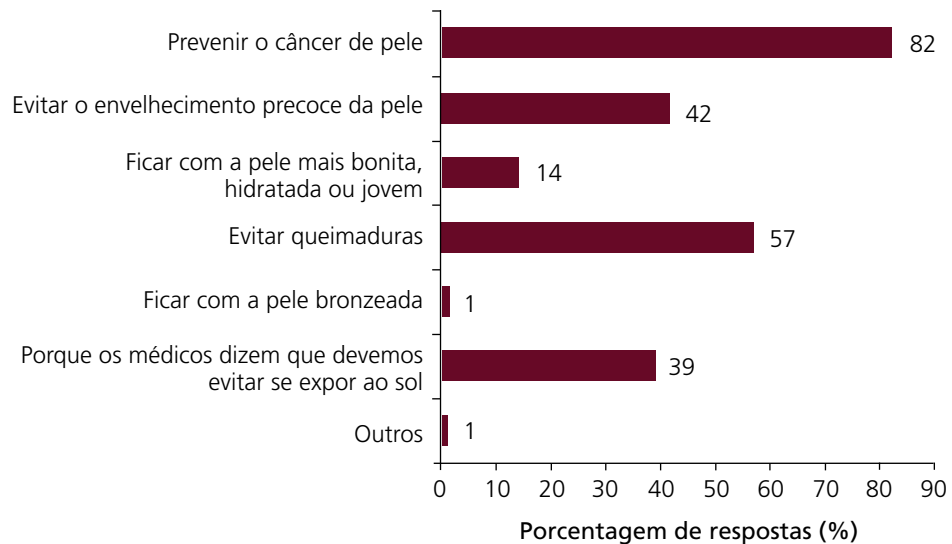


FIGURA 5

Principais motivos apontados pelos participantes para utilizar protetor solar

Considerações Finais

O padrão estético dominante em relação à pele tem se transformado ao longo da história da humanidade, especialmente no último século. Durante o século XX, apresentar pele bronzeada deixou de ser desprezado socialmente e adquiriu status social. Nesse sentido, pode-se afirmar que o comportamento de bronzear-se se constitui em uma prática, transmitida entre os membros de uma determinada cultura.

Entretanto, tal prática apresenta uma série de consequências deletérias ao organismo em longo prazo. Embora uma grande quantidade de pessoas descreva e identifique adequadamente o que é e quais as causas do câncer de pele, poucas pessoas emitem efetivamente comportamentos de prevenção ao câncer de pele. Tais resultados foram constatados entre os participantes da pesquisa conduzida durante a campanha nacional de prevenção ao câncer de pele.

Por se tratar de um comportamento com consequências punitivas apenas em longo prazo, é importante a elaboração de programas que visem à modelagem de repertórios comportamentais de autocontrole, relacionados à prevenção ao envelhecimento precoce e câncer de pele. Diversos autores sugerem que tais programas sejam desenvolvidos desde a infância, de modo a aumentar a probabilidade de emissão de comportamentos de prevenção ao longo da vida. Entretanto, para realizar programas de intervenção com maiores chances de sucesso, é necessário mais informações sobre os hábitos da população, de modo a identificar um maior número de variáveis que controlam esse comportamento e que possibilitem a formulação de programas direcionados às reais necessidades da população.

Referências

- Arthey, S., & Clarke, V. A. (1995). Suntanning and sun protection: a review of the psychological literature. *Social Science & Medicine*, 40, 265-274.
- Baum, W. M. (2006). *Comprender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, Trads., 2ª ed.). Porto Alegre: Artmed (Trabalho Original Publicado em 1994).
- Da Hora, C., Batista, C. V. C., Guimarães, P. B., Siqueira, R., & Martins, S. (2003). Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 78(6), 693-701.

- Davis K. J., Cokkinides, V. E., & Weinstock, M. A. (2002). Summer sunburn and sun exposure among US youths ages 11 to 18: National prevalence and associated factors. *Pediatrics*, *110*, 27–35.
- DeMello, M. (2007). *Encyclopedia of body adornment*. Westport, CT: Greenwood Press.
- De Souza, S. R. P., Fischer, F. M., & De Souza, J. M. P. (2004). Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, *38*(4), 588-598.
- Dittrich, A., Melo, C. M., Moreira, M. B., Martone, R. M. (2013). O Modelo de Seleção Pelas Consequências: O nível cultural. In. M. B. Moreira (Org.), *Comportamento e Práticas Culturais* (pp. 45-55). Brasília: Instituto Walden4.
- Estève, E., Armingaud, P., Baranger, J. M., Bellier, N., Darchy, N., & Delavierre, C. (2003). Le soleil à l'école: réseau d'éducation à l'exposition solaire. *Annual Dermatological Venereology*, *130*, 171-176.
- Geller, A. C., Shamban, J., O'Riordan, D. L., Slygh, C., Kinney, J. P. & Rosenberg, S. (2005). Raising sun protection and early detection awareness among Florida high schoolers. *Pediatric Dermatology*, *22*(2), 112-118.
- Gilaberte, Y., Alonso, J. P., Teruel, M. P., Granizo, C., & Gallego, J. (2008). Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: the SolSano program. *Health Promotion International*, *23*(3), 209-219.
- Gon, A. S. (2008). *Fatores de Risco para o Carcinoma Basocelular: Estudo de Casos e Controles*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Estadual de Londrina, Paraná.
- Grob, J. J., Guglielmina, C., Gouvernet, J., Zarour, H., Noé, C., & Bonerandi, J.J. (1993). Study of sunbathing habits in children and adolescents: Application to the prevention of melanoma. *Dermatology*, *186*, 94-98.
- Hillhouse, J. J., Adler, C. M., Drinnon, J., Turrisi, R. (1997). Application of Azjen's theory of planned behavior to predict unbathing, tanning salon use, and sunscreen use intentions and behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 365-378.
- Keesling, B., & Friedman, H. S. (1987). Psychosocial factors in sunbathing and sunscreen use. *Health Psychology*, *6*, 477-493.
- Richard, M. A. (2001). Les campagnes de prévention solaire chez l'enfant. *Nouveauté in Dermatologie*, *20*, 315-320.
- Silva, L. R. & França-Botelho, A. C. (2011). Proteção solar para crianças: estudo preliminar sobre conhecimentos e atitudes dos pais. *Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre*, *4*(1), p. 2-6.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, *213*(4507), 501-504.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia (2009). *Campanha Nacional do Câncer de Pele*. Recuperado em 23 de junho de 2009, de [http:// www.sbd.org.br](http://www.sbd.org.br).
- Wichstrom, L. (1995). Predictors of Norwegian adolescents'sunbathing and use of sunscreen. *Health Psychology*, *5*, 412-20.

Transtorno do espectro do autismo e identificação precoce de seus sinais no contexto das Unidades Básicas de Saúde

6

Silvia Cristiane Murari ¹
Universidade Estadual de Londrina

Nilza Micheletto
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

¹ E-mail de para correspondência: murari@uel.br e nimicheletto@uol.com.br

² Puericultura é uma ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, sobretudo ao acompanhamento do desenvolvimento infantil. É uma subespecialidade da pediatria, mas pode envolver também ações pré-natais e pré-concepcionais dedicadas à prevenção de enfermidades e anormalidades que podem se desenvolver no feto e afetar a vida do futuro recém-nascido. Olivier, C.E. (1998). *Puericultura: Preparando o Futuro Para o Seu Filho* - Editora SOCEP.

Nas décadas de 1980 e 1990, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1985, 1988, 1992, 1994) conduziu um amplo debate sobre práticas emergentes e novos contextos de atuação do psicólogo, como por exemplo, a emergência da Psicologia da Saúde e do psicólogo da saúde. Tal área de atuação pode ser definida como um campo de contribuições científicas e profissionais, que visa à promoção e manutenção da saúde, prevenção e ao tratamento de doenças (Miyazaki & Amaral, 1995; Seidl & Costa, 1999).

Desde o início de sua prática, analistas do comportamento atuam no campo da saúde, realizando pesquisas, intervenções e outras atividades (Botomé & Rosenburg, 1981; Goodstein & Sandler, 1978; Melchiori, 1987; Michael, 1982; Stédile, Rebelato & Botomé, 1996; Tosi & Botomé, 2003). Entre as contribuições analítico-comportamentais nesse campo, destacam-se a produção de robusto corpo de pesquisa do qual emergiram tecnologias de intervenção reconhecidas dentro e fora da Análise do comportamento, como é o caso da *Applied Behavior Analysis* (ABA). Ao longo dos anos a ABA mostrou-se eficiente em intervenções em diferentes áreas e cenários, tanto com indivíduos com desenvolvimento atípico quanto com desenvolvimento típico (Fazzio, 2002; Foxx, 2008; Klukiewicz, 2007; Lovaas, 1987; Northup, Vollmer & Serret, 1993; Windholz, 1988).

Sobretudo no caso de tratamento para pessoas com desenvolvimento atípico, além do método adotado, é importante a decisão sobre quando iniciar a intervenção. Em relação a indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), existem fortes evidências de que o tratamento ABA produz melhores resultados se iniciado precocemente. O ideal seria iniciá-lo antes de a criança diagnosticada com autismo completar 3 anos (para conhecer uma boa síntese a respeito, ver Foxx, 2008, que trata do estado da arte do tratamento ABA para autismo). No entanto, intervenções precoces dependem de identificação precoce de percussores do problema. Sendo assim, o tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida de pessoas diagnosticadas com TEA, dependem de estratégias eficientes de identificação precoce de sinais que futuramente podem se tornar critérios de diagnóstico.

Com o objetivo de enfatizar a importância da identificação precoce de sinais do TEA, neste capítulo: a) apresenta-se uma breve caracterização do TEA ao longo da história recente, incluindo discussões sobre sua etiologia; b) defendem-se os serviços de puericultura² como bons contextos para a identificação precoce de sinais de TEA; c) descreve-se um conjunto de respostas e de interações típicas de bebês, que podem orientar o profissional de puericultura a identificar precocemente sinais de TEA na criança; d) discutem-se, ainda, contribuições de analistas do comportamento para identificação precoce de sinais de TEA no contexto das UBS.

Transtorno do Espectro do Autismo: Caracterização e Aspectos Etiológicos

O TEA tem sido estudado desde o início do século XX. Inicialmente, era considerado uma patologia de base emocional, descrita como psicose infantil, que afetava crianças previamente descritas como tendo desenvolvimento considerado típico. Essa concepção se baseava no fato de que exames clínicos e laboratoriais eram incapazes de fornecer dados consistentes sobre etiologia de TEA e que pudessem servir como critério diferencial para o diagnóstico de quadros de défices sensoriais, como a afasia congênita, ou de quadros ligados às oligofrenias³ (Asumpção Jr & Pimentel; 2000; Gadia, Tuchman & Rotta; 2004).

Dadas essas considerações formuladas durante as décadas de 1950 e 1960, acreditava-se que a causa do autismo seria a indiferença da mãe com relação ao filho, (Assumpção & Pimentel, 2000; Bettelheim, 1967). A partir da década de 1970, iniciaram-se mudanças na concepção do autismo como uma psicose, passando a prevalecer a concepção de distúrbio do desenvolvimento (Waller, Armstrong, McGrath & Sullivan, 1999). No final da década de 1980, o quadro autístico estabeleceu-se na literatura como um transtorno comportamental, mas sem uma etiologia definitivamente estabelecida. Na década de 1990, grandes investimentos em pesquisas genéticas foram feitos, o que favoreceu o desenvolvimento de estudos em que se tentavam encontrar as bases genéticas e biológicas para o autismo (Assumpção & Pimentel, 2000). Estes estudos apresentaram evidências científicas, mas não conclusivas sobre, por exemplo, ligações genéticas, citogenéticas de genes candidatos e do déficit de determinadas células nervosas (Cattaneo et al., 2007; Gupta & State, 2006; Rizzolatti & Craighero, 2004).

Atualmente, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), o TEA continua a ser definido por um conjunto de défices de interação verbal e não verbal, que ocorrem de forma persistente em diferentes contextos. Abrange défices em reciprocidade social, em interações não verbais, falta de habilidades para desenvolver e manter amizades, assim como falta de habilidade para compreender determinadas relações. Caracteriza-se também pela existência de padrões comportamentais restritivos ou repetitivos. Diagnósticos de TEA exigem, portanto, conforme o DSM, que determinados défices de comunicação social sejam acompanhados por comportamentos repetitivos em excesso, apresentação de interesses restritos e insistência na “mesmice” (American Psychiatric Association, 2013).

Contudo, nesta nova versão do DSM a linguagem não é mais critério de diagnóstico. Essa mudança pode afetar a precocidade do diagnóstico, já que agora o médico não precisará esperar até que a linguagem falada se desenvolva para diagnosticá-la. Conforme descrito no atual DSM, sinais de autismo são reconhecidos, em geral, entre 12 e 24 meses de vida, mas podem ser notados antes da criança completar um ano, especialmente se o atraso de desenvolvimento for grave.

Entre as variáveis ambientais não específicas consideradas fatores de risco para o TEA, o DSM cita maternidade/paternidade tardia; baixo peso no nascimento, exposição do feto ao valproato de sódio. Estima-se que a contribuição de fatores biológicos para o desenvolvimento de TEA varie entre 37% e 90%, sendo que até 15% das causas do transtorno estariam associadas a mutações genéticas ainda desconhecidas (American Psychiatric Association, 2013).

Concomitantemente às investigações do TEA nas diferentes áreas, analistas do comportamento investigavam intensamente o comportamento humano e em especial o comportamento atípico. Esta dedicação levou ao desenvolvimento de programas interventivos de excelência e que, de certa forma, também contribuíram para que se conhecesse melhor o quadro comportamental autístico, por meio do estudo de variáveis das quais o comportamento é função. Segundo Fazzio (2002), é possível encontrar, ao longo da história da produção científica em Análise do comportamento, diferentes estudos e tecnologias de avaliação e intervenção voltadas para o TEA.

Klukiewicz (2007) descreveu estudos em que os autores analisaram produções do *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA), um dos periódicos mais importantes e respeitados da Análise do Comportamento Aplicada. Conforme Klukiewicz, a partir da década de 1980, os estudos com indivíduos com desenvolvimento atípico passaram a ser maioria das publicações, alcançando em 1992 a expressiva margem de 75% dos artigos publicados. A autora destaca a diversidade das investigações, por exemplo, treino de comunicação

³ No *Dicionário Houaiss*, oligofrenia é descrita como segue: “Deficiência do desenvolvimento mental, congênita ou adquirida em idade precoce, que abrange toda a personalidade, comprometendo sobretudo o comportamento intelectual; oligopsiquia”.

funcional, de operantes verbais, independência funcional, comportamentos disruptivos, entre outros. Mais recentemente, é possível encontrar na literatura estudos de analistas do comportamento que caracterizam o TEA como um transtorno do comportamento verbal modelado por interações de contingências envolvidas no ambiente físico e social da criança, principalmente as que ocorrem nos três primeiros anos de vida (Drash & Tudor, 2004; Malott, 2004).

Contudo, apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas e do acúmulo de conhecimento em diferentes áreas sobre o tema, não se tem encontrado evidências seguras sobre as causas do TEA. Até o momento, não há um marcador biológico ou exames médicos que possam identificar os comportamentos autísticos. Sendo assim, o diagnóstico permanece clínico e dependente da capacitação do profissional em avaliar o desenvolvimento infantil.

Mesmo sem etiologia descrita, chama a atenção dos pesquisadores o aumento do número de casos de TEA nos últimos anos. Nos primeiros estudos epidemiológicos, a prevalência era de 2 a 5 casos em cada 10 mil crianças (Kaplan, 1997; Wing & Gould, 1979). Em estudos mais recentes, porém, se estima que a prevalência possa alcançar médias de 40 a 60 casos a cada 10 mil nascimentos (Barbaresi, Katusic & Voigt, 2006; Chakrabarti & Fonbonne, 2001; Fombonne, Zakarian, Bennet, Meng & Mclean-Heyhood, 2006). Conforme o DSM-5, diagnósticos de TEA atingem 1% da população dos Estados Unidos e de outros países, com taxas semelhantes para crianças e adultos. A proporção de incidência entre o sexo masculino e feminino é prevista como quatro vezes maior em meninos do que em meninas, com níveis “normais” de inteligência (Bosa, 2006).

Entretanto, não se sabe ainda se esses dados refletem o crescimento do número de casos propriamente ou se devem a outras variáveis como, por exemplo, diferenças metodológicas adotadas pelos pesquisadores, melhor compreensão do desenvolvimento dos comportamentos autísticos, ampliação do conceito ao longo do tempo ou do conhecimento das condições médicas associadas ao quadro (American Psychiatric Association, 2013; Charman, 2002).

No Brasil, há conhecimento de um único estudo piloto realizado em Atibaia, São Paulo (Paula, Fombonne & Mercadante, 2011). Este estudo indicou a prevalência de 1 caso de autismo para cada 368 crianças de 7 a 12 anos. Conforme informações publicadas pelo site Autismo e Realidade (A&R, 2013), se as taxas de 60/10 mil (Barbaresi, Katusic & Voigt, 2006; Chakrabarti & Fonbonne, 2001; Fombonne et al., 2006) ou a mais recente taxa de 1% (DSM – 5, 2013) forem consideradas, é possível estimar, com base no censo de 2000, que entre 1 a 2 milhões de brasileiros preenchem critério do espectro autista, sendo de 400 a 600 mil com menos de 20 anos, e entre 120 e 200 mil menores de cinco anos.

Sinais Considerados Precusores do TEA e Contexto de Identificação

Apesar de existirem questionamentos sobre as limitações e eficácia de manuais como *Classificação Internacional de Doenças* (CID), da Organização Mundial de Saúde (1997) e DSM para o diagnóstico precoce do TEA (Goulart & Assis, 2002; Lampreia, 2003), estes ainda são os principais instrumentos oficiais usados pelos profissionais da saúde. Considerando-se os critérios apresentados nestes manuais (CID -10 e DSM – 4 que por enquanto estão ainda em uso), o diagnóstico pode ser considerado confiável somente após os 3 anos de idade (o que é considerado tardio, já que os melhores resultados são alcançados quando a criança inicia a intervenção antes dos 3 anos) e necessita que seja realizado por profissionais capacitados e com experiência em desenvolvimento infantil (Charman & Baird, 2002). Com as mudanças do DSM – 5, apontadas anteriormente, talvez esse tempo seja reduzido. Normalmente, o processo de diagnóstico é longo – inicia-se no momento em que os pais chegam ao médico pela primeira vez e vai até o momento em que o especialista, com base em observações e registros sistemáticos, detecta algum problema. No Brasil, este processo pode terminar quando a criança já alcançou sete anos ou mais (Silva & Mulick, 2009).

É consenso na literatura que, quanto mais cedo se começa a intervenção, melhores são os resultados e, conseqüentemente, maiores são os ganhos na qualidade de vida dos indivíduos submetidos ao tratamento (American Psychiatric Association, 2013, Foxx, 2008; Goulart & Assis, 2002; Silva & Mulick, 2009;

58 Taques & Rodrigues, 2006). Dados de pesquisa demonstram que a intervenção precoce melhora a fala, o desenvolvimento geral e o desempenho intelectual da maior parte das crianças (Dawson & Osterling, 1997; Rogers, 1996). Entretanto, as melhoras só são alcançadas quando a criança recebe de dois ou mais anos de serviços de intervenção intensivos durante a idade pré-escolar – entre dois e seis anos (Lovaas, 1987; Ozonoff & Cathcart, 1998).

Além de beneficiar a população envolvida, ações preventivas precoces justificam-se, também, por questões econômicas. Programas destinados a crianças pequenas devem ser entendidos pela sociedade em geral, e particularmente pelos governantes, como bom investimento (e não como despesa) em função de seus amplos benefícios. Por exemplo, estudos longitudinais realizados nos Estados Unidos estimaram que a cada dólar investido em programas de qualidade para a educação de crianças pequenas pertencentes a famílias de baixo poder aquisitivo, produziria uma economia de sete dólares no futuro. Essa economia seria resultado da redução do número de crianças que exigiria programas de educação especial, redução de recursos despendidos em programas de assistência social, entre outros gastos (Barnett, Carolan, Fitzgerald & Squires, 2012). Segundo Peacock, Amendah, Ouyang & Grosse (2012) os gastos médios anuais para as crianças com TEA são cerca de 6 vezes maior do que para as crianças sem TEA (em torno de 10.709 dólares contra 1.812 dólares americanos).

Nos últimos anos, tem crescido o número de pesquisas que investigam quais seriam os comportamentos que poderiam ser considerados precursores de um diagnóstico de TEA. Os estudos, de maneira geral, foram obtidos em investigações com crianças entre 8 e 12 meses e idades e compararam comportamentos de crianças diagnosticadas com TEA, com os de crianças com desenvolvimento típico ou com retardo mental (Gamliel, Yirmiya, & Sigman, 2007; Gray & Tonger, 2001; Klin, Chawarska, Rubin, & Volkmar, 2006; Lampréia 2008; Osterling & Dawson, 1994; Young, Brewer, & Pattison, 2003; Zwaigenbaum et al., 2007; Zwaigenbaum et al., 2009).

Os resultados de pesquisas geraram também instrumentos padronizados para o rastreamento do TEA, que não resultam em diagnóstico, mas sugerem ao profissional o encaminhamento da criança para uma investigação mais detalhada. Exemplos desses instrumentos são o *Modified Checklist for Autism in Toddlers - M-CHAT* (Robins, Fein, Barton & Green, 2001); *The Ages and Stages Questionnaire - ASQ-3* (Squires, Twombly, Bricker & Potter; 2009); *Screening Tool for Autism in Two-years-old - STAT* (Stone, Coonrod & Ousley, 2000), e *First Years Inventory - FYI* – (Reznick, Baranek, Reavis, Watson & Crais, 2007).

Considerando-se dados da literatura que descreve problemas comportamentais ou défices de desenvolvimentos que podem ser considerados sinais percussores de TEA, sistematizou-se para o leitor um conjunto de respostas e de interações típicas de bebês de zero a dois anos, apresentado na Tabela 1. Défices sistemáticos nessas interações podem ser tomados como percussores de TEA e sua identificação precoce pode ajudar o profissional de saúde a encaminhar a criança para tratamento especializado o quanto antes.

O uso de inventários e *checklist* têm sido considerado uma possibilidade razoável para identificação de sinais indicativos do TEA (Hyman & Johnson, 2012). Contudo, antes que um instrumento possa ser aplicado, o profissional deve estar apto a identificar comportamentos que possam produzir dificuldades nas interações da criança com seu ambiente físico e social, gerando, possivelmente, défices de desenvolvimento. Identificação precoce do TEA exige, portanto, investimentos na capacitação dos profissionais da saúde e em políticas públicas correlatas.

TABELA 1**Respostas e interações consideradas importantes para a identificação precoce do transtorno do espectro do autismo em crianças de zero a dois anos**

| RESPOSTAS E INTERAÇÕES DA CRIANÇA | |
|--|---|
| É importante | É sinal de preocupação |
| Fazer contato ocular quando uma pessoa se aproxima e a estimula com objetos, palavras movimentos corporais (em qualquer idade). | Quando na cama ou no carrinho, permanece quieta na maior parte do tempo, em vários dias. |
| Reagir movimentando braços, pernas quando alguém se aproxima ou virando a cabeça em direção à pessoa (a partir de 3 meses); se não ocorrer, passa a ser um sinal de atenção. | Quando chamada pelo nome repetidamente a criança não olhar em direção a quem a chama (excluída a possibilidade de surdez). |
| Balbuciar quando está sozinho e em interação com outra pessoa (deve ocorrer até os 8 meses); caso contrário passa a ser um sinal de atenção. | Diante de brinquedos e outros objetos, tende a não brincar com os mesmos da forma esperada. |
| Apontar para objetos ou pessoas de forma a produzir o comportamento de atenção de uma pessoa próxima (deve ocorrer até os 12 meses), se não passa a ser um sinal de preocupação. | Quando, durante a maior parte de suas atividades diárias, faz movimentos repetitivos do corpo, como sacudir as mãos ou olhar para os dedos em movimento. |
| Imitar movimentos corporais, por exemplo, expressões faciais, dar tchau e também sons (deve ocorrer até os 9 meses); caso contrário passa a ser um sinal de atenção. | Quando na presença de objetos que giram ou emitem luzes, fica olhando para eles por longo tempo. |
| Falar pelo menos uma palavra até 16 meses, se não ocorrer passa a ser um sinal de atenção. | Apresenta tonicidade muscular atípica, por exemplo: quando é pego no colo, pode ficar rígido; ou quando é colocado em pé, ficar mole; o engatinhar, sentar ou andar podem ser atrasados ou muito precoces. |
| Formular frases espontâneas com pelo menos duas palavras até os 24 meses; caso contrário passa a ser um sinal de atenção. | Quando na presença de estimulações sensoriais (auditivas, gustativas, visuais, olfativas e táteis), apresenta reação atípica, por exemplo, ignorar um som bastante alto, ou irrita-se com um som ou toque de intensidade baixa, ou ainda, consumir substâncias não comestíveis, como madeira, ferro, papel. |

Com relação ao contexto que seria adequado à identificação precoce dos sinais precursors do TEA propõem-se neste artigo os programas de puericultura realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ali se encontram os primeiros profissionais que acompanharão e orientarão o desenvolvimento da criança, desde seu nascimento.

De acordo com o cronograma de visitas médicas de rotina, estabelecido pelo Ministério da Saúde (2007), toda criança de 0 a 2 anos de idade, considerada sem risco, deve ser levada ao profissional da saúde no mínimo nove vezes (logo ao nascimento, com um, dois, quatro, seis, nove, 12, 18, 24 meses de idade). As atribuições deste profissional durante as visitas são avaliar a criança e orientar os pais sobre o desenvolvimento geral do bebê, incluindo orientações sobre aspectos referentes a interações sociais, desenvolvimento motor, afetivo e cognitivo.

Consultas de rotina na UBS apresentam-se, pois, como ótimas oportunidades para que os profissionais da saúde colem dados para a identificação de um possível problema, como por exemplo, o TEA. Nessas

consultas, o profissional tem a oportunidade de checar comportamentos importantes como: chamar a criança pelo nome e observar sua resposta; apontar para um objeto de interesse da criança e observar se ela segue com o olhar o objeto apontado; observar se a criança aponta para objetos ou pessoas de seu interesse; observar se a criança consegue engajar-se em conversas, se apresenta alguma dificuldade para se comunicar ou mesmo idiossincrasias, todos considerados comportamentos importantes para o desenvolvimento da socialização e linguagem da criança (Bosa, 2002, Osterling & Dawson, 1994). Constituem, ainda, boas oportunidades para que os pais apresentem suas preocupações com relação ao desenvolvimento dos filhos (Dworkin, 2004).

O ponto frágil a se considerar sobre a vigilância do desenvolvimento nas UBS como contexto para identificação precoce de comportamentos que possam levar a um diagnóstico de TEA parece ser a capacitação profissional. Estudos apontam que profissionais da atenção primária apresentam défices em seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil (Lacerda & Aiello, 1998, Della Barba, 2002, 2007; Figueiras 2002, Figueiras, Puccini, Silva, & Pedromônico, 2003). Em geral, a avaliação da criança tem ficado restrita a medidas antropométricas, com pouca abrangência às questões sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (Silva et al. 1993). Esse problema se repete quanto aos conhecimentos específicos sobre os sinais do TEA (Della Barba & Aiello, 2001).

Considerações Finais

Discutiu-se a importância de identificar precocemente sinais de TEA para que o tratamento de pessoas diagnosticadas com o problema inicie-se cedo e defenderam-se as UBS como bons contextos para tal identificação. Apresentou-se um conjunto de interações infantis típicas, úteis para orientar o profissional de puericultura a identificar possíveis défices de desenvolvimento e de interações infantis.

Conforme discutido anteriormente, ao longo de sua história, a Análise do Comportamento produziu tecnologias de intervenção eficazes, cientificamente validadas, testadas em tratamentos de problemas humanos em várias áreas, seja com indivíduos com desenvolvimento típico ou atípico (Foxx, 2008). Em relação ao TEA, a proposta da Análise do Comportamento, além de ser eficiente em seus resultados na intervenção, pode também contribuir de forma singular com ações preventivas. Ao olhar para o comportamento como produto de relações de contingências físicas e sociais, ampliam-se as possibilidades de intervenções preventivas. Mas para isso é preciso que tecnologias da Análise do Comportamento, há muito tempo disponíveis, sejam aplicadas em programas de capacitação de profissionais e no desenvolvimento de estratégias de atendimento e de orientação à população que usa sistemas públicos de saúde. A começar, talvez, pela orientação de mães em programas de pré-natal. Nesses programas, as mães já poderiam ser ensinadas formas de interações com o bebê, que poderão favorecer o desenvolvimento de comportamentos sociais e de comunicação em seus filhos. Ações como essa poderiam ter como resultado, não apenas a prevenção do TEA, mas poderiam, ainda, melhorar a qualidade de vida das pessoas atendidas nas UBS de uma perspectiva mais ampla.

Dessa forma, parece importante que analistas do comportamento retomem conhecimentos já produzidos sobre desenvolvimento humano – como, por exemplo, aqueles apresentados por Bijou e Baer (1976); Bijou (1995) e Hart e Risley (1995) – ao planejar ações preventivas, como as sugeridas. Parece ser importante também ampliar os investimentos em pesquisas que demonstrem as implicações das interações precoces do ser humano com seu ambiente físico e social no estabelecimento do TEA, como por exemplo, investimentos em trabalhos sobre o desenvolvimento inicial das interações verbais e atenção compartilhada (Drash & Tudor, 2004; Holth, 2005; Isaksen & Holth, 2009; Mallot, 2004; Sundberg & Michael, 2001).

Contudo, o corpo de conhecimento produzido pela Análise do Comportamento até o momento, seja do ponto de vista de sua fundamentação teórico filosófica ou pelas tecnologias desenvolvidas, capacita o analista do comportamento a atuar no contexto das UBS. Até porque quando se trata de questões tão importantes, como as envolvidas em saúde e bem-estar, não se podem esperar condições ideais para agir.

Bons analistas do comportamento têm condições técnicas para contribuir para a formação de

profissionais de saúde e a ajudá-los a absorver a demanda existente de cuidados com a primeira infância. Dispõem de tecnologias eficazes para ações preventivas diversas, de forma que problemas como o TEA sejam identificados precocemente e crianças com esse diagnóstico, entre outros problemas, sejam encaminhadas para tratamento especializado o mais rápido possível.

Referências

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Assumpção, F.B. Jr., & Pimentel, A. C. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 37-9.
- Autismo & Realidade (2013). *Autismo e Epidemiologia*. Recuperado de <http://www.autismoerealidade.com.br/informe-se/sobre-o-autismo/autismo-e-epidemiologia/>
- Barbarese, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinician. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 1167-1175.
- Barnett, W.S., Carolan, M.E., Fitzgerald, J., & Squires, J.H. (2012). *The state of preschool 2012: State preschool yearbook*. New Brunswick, NJ: National Institute for Early Education Research.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
- Bijou, S.W., & Baer, D. M. (1976). *Psicología del desarrollo infantil: Teoría empírica y sistemática de la conducta*. México: Editorial Trillas.
- Bijou, S. W. (1995). *Behavior analysis of child development*. Reno: Context Press.
- Bosa, C. A. (2006). Autismo: Intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 47-53.
- Botomé, S.P., & Rosenburg, C. P. (1981). Participação de psicólogos em administração de recursos de saúde pública: análise de uma experiência. *Psicologia*, 7(3), 1-25.
- Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., & Rizzolatti, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104, 17825–17830.
- Chakrabarti, S., & Fonbonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285, 3093-3099.
- Charman, T. (2002). The Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Recent Evidence and Future Challenges. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11 (6), 249-256.
- Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner review. Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and-3-years-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (3), 289-305.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). CDC's Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network. Recuperado de http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/addm_fact_sheet_2012.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (1985). *A atuação do psicólogo no desenvolvimento da saúde*. Brasília, DF.
- Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon/Educ.
- Conselho Federal de Psicologia. (1992). *Psicólogo brasileiro: Construção de novos espaços*. Campinas: Editora Átomo.
- Conselho Federal de Psicologia. (1994). *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dawson, G., & Osterling J. (1997). Early intervention in autism. In Guralnick M. J., (Ed.) *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 307–326). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Della Barba, P.C.S. (2002). *Identificação precoce de autismo: A aplicabilidade do instrumento CHAT e levantamento das necessidades de pediatras para a capacitação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Della Barba, P.C.S., & Aiello, A.L.R. (2001). Efeitos do treino de pediatras para identificar sinais de autismo em crianças de 12 a 30 meses de idade. Congresso de Pós-Graduação, *IV Jornada Científica da UFSCAR*. Posgrad/resumos/0616-barba.html. São Carlos, SP. CD-Rom.

- 62 Drash, P.W., & Tudor, R.M. (2004). An Analysis of Autism as a Contingency-Shaped Disorder of Verbal Behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 5-23.
- Dworkin, P. H. (2004). Award lecture: Enhancing developmental services in child health supervision: An idea whose time has truly arrived. *Pediatrics*, 114, 827-831.
- Fazzio, D. F. (2002) *Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento: Uma análise dos repertórios propostos em manuais de treinamento*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. PUC-SP.
- Figueiras, A. (2002). *Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Figueiras, A.C.M., Puccini, R.F., Silva, E.M.K., & Pedromônico, M.R.M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1691-99.
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook Jr., E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minschew, N.J., Prizant, B.M., Rapin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F., & Volkmar, F.R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29 (6), 439-484.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennet, A., Meng, L., & Mclean-Heyhood, D. (2006). Pervasive developmental in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and links with immunizations. *Pediatric*, 118 (1), 139-150.
- Foxx, R.M. (2008). Applied behavior analysis (ABA) treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17, 821–834.
- Gadia, C., Tuchman, R., & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 83-94.
- Gamliel, I., Yirmiya, N., & Sigman, M. (2007). The development of young siblings of children with autism from 4 to 54 months. *Journal Autism Development Disorders*. 37 (1), 171–183.
- Goodstein, L. D., & Sandler, I. (1978). Using psychology to promote human welfare: a conceptual analysis of the role of community psychology. *American Psychology*. 33, 883-892.
- Goulart, P. R. K., & Assis, G. J. A. (2002). Estudos sobre autismo em análise do comportamento: Aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2),151-165.
- Gray, K.M., & Tonger B. J. (2001). Are there early features of autism in infants and preschool children? *Journal Pediatric Child Health*, 37 (3), 221–226.
- Gupta, A. R., & State, M. W. (2006) Autismo: Genética. *Revista Brasileira de Pediatria*, 28 (1) 29-38.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Brookes.
- Holth, P. (2005). An operant analysis of joint attention skill. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2 (3), 160-175.
- Hyman, S. L., & Johnson, J. K. (2012). Autism and pediatric practice: Toward a medical home. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42, 1156–1164.
- Isaksen, J., & Holth, P. (2009). An operant approach teaching joint attention skills to children with autism. *Behavioral Interventions*, 24, 215-236.
- Kaplan, H. I. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed). Porto Alegre: Séries Médicas.
- Klin, A., Chawarska, K., Rubin. E., & Volkmar, F. (2006). Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. *Educação*, 1 (58), 255-297.
- Klukiewicz, P. (2007) *Procedimentos para promover habilidades relacionadas ao brincar em crianças diagnosticadas com autismo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. PUC-SP.

- Lacerda, D. & Aiello, A.L.R. (1998). *Caracterizando a prática de diagnóstico de autismo realizada por médicos da cidade de São Carlos*. Trabalho de monografia para a obtenção do título de bacharel em psicologia pela Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativas e qualitativas de um menino autista: Uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 57-65.
- Lampreia, C. (2008). Algumas considerações sobre a identificação precoce do autismo. Em E. G. Mendes, M. A. Almeida, M. C. P. I. Hayashi (Orgs.), *Temas em educação especial: Conhecimentos para fundamentar a prática* (pp. 397-421). Araraquara, SP: Junqueira&Marins editores.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Malott, R. W. (2004) Autistic behavior, behavior analysis, and the gene. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 31-36.
- Melchiori, L. E. (1987). *Derivação de comportamentos institucionais e profissionais em relação à pessoa com "deficiência mental" a partir da caracterização da incidência desse problema na população de um município*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos – SP.
- Michael, J. M. (1982). The second revolution in health: Health promotion and its environmental base. *American Psychology*. 37, 936-42.
- Ministério da Saúde. (2007). *Caderneta de Saúde da Criança* (3ª. ed.). Recuperado de http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderneta_saude_da_crianca.pdf
- Miyazaki, M. C. O. S., & Amaral, V. L. A. R. (1995). Instituições de saúde. In B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 235-244). Campinas, SP: Psy II.
- Northup, J., Vollmer, T. R., & Serret, K. (1993). Publication trends in 25 years of the Journal of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 4, 527-537.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. (3ª Ed.). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Osterling, J.A., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of 1st birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25-32.
- Paula, C.S., Ribeiro, S.H., Fombonne, E., & Mercadante, M.T. (2011). Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12), 1738-1742.
- Peacock, G., Amendah, D., Ouyang, L., & Grosse, S.D. (2012). Autism spectrum disorders and health care expenditures: The effects of co-occurring conditions. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 33 (1), 2-8. Doi:10.1097/DBP.0b013e31823969de.
- Reznick J.S., Baranek G.T., Reavis S., Watson L.R., & Crais E.R. (2007). A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for an eventual diagnosis of autism: The first year inventory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1691-710.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 131-143.
- Rogers, S. J. (1996) Brief report: Early intervention in autism. *Journal Autism Developmental Disorders*, 26, 243-246.
- Seidl, E. M. F., & Costa, A. L. Jr. (1999). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 15(1), 027-035.

- Silva, M., & Mulick, J. A. (2009). Diagnosticando o transtorno autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 116-131.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). *The ASQ-3™ User's Guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Stédile, N.L.R., Rebelato, J. R., & Botomé, S. P. (1996). Prevenção em saúde: A terminologia utilizada e a distorção do conceito no exercício profissional. *Chronos*, 29 (2), 170-204.
- Stone, W. L., Coonrod, E. E., & Ousley, O. Y. (2000). Brief report: Screening tool for autism in two-years-olds (STAT): Development and preliminary data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (6), 607-612.
- Sundberg, M. L., & Michael, J. (2001). The benefits of Skinner's analysis of verbal behavior for children with autism. *Behavior Modification*, 25(5), 698-724.
- Taques, D.C.S.R., & Rodrigues, O.M.P.R. (2006). Avaliação de repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: Uma proposta de análise. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(2), 77-87.
- Tosi, P. C. S., & Botomé, S. P. (2003) A inserção e a ação do psicólogo em diversos contextos sociais. *Psicologia*, 3 (2), 217-222.
- Zwaigenbaum, L., Thurm, A., Stone, W., Baranek, G., Bryson, S., Iverson, J., Kau, A., Klin, A., Lord, C., Landa, R., Rogers, S., & Sigman, M. (2007). Studying the emergence of autism spectrum disorders in high-risk infants: Methodological and practical issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 466-480.
- Zwaigenbaum, L., Bryson S., Lord C., Rogers S., Carter, A., Carver, L., Chawarska, K., Constantino, J. Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D., Iverson, J., Klin, A., Landa, R., Messinger, D., Ozonoff, S.; Sigman, M.; Stone, W., Tager-Flusberg, H., & Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123, 1383-1391.
- Young, R. L., Brewer, N. & Pattison, C. (2003) Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism*, 7(2), 125-143.
- Waller, S. A., Armstrong, K. J., McGrath, A. M., & Sullivan, C. L. (1999) A review of diagnostic methods reported in the Journal of Autism and Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 485-90.
- Windholz, M. H. (1988). *Guia curricular para ensino de habilidades básicas*. São Paulo SP: Edicon.
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

Avaliação comportamental em psicologia pediátrica: estudos sobre adesão ao tratamento, problemas de comportamento e práticas parentais em pacientes com dermatite atópica¹

7

Robson Zazula

Faculdade de Jandaia do Sul – FAFIJAN

Márcia Cristina Caserta Gon

Universidade Estadual de Londrina

Mariana Salvadori Sartor

Universidade Positivo - Curitiba

¹ E-mail para correspondência: robsonzazula@gmail.com, robsonzazula@hotmail.com

A Dermatologia mostra-se como um importante campo de pesquisa e de intervenção para profissionais da psicologia (e.g., Castoldi, Labrea, Oliveira, Paim, & Rodrigues, 2010; Rocha, 2003; Valia, 2008). A demanda por intervenções psicológicas/psicoeducacionais para pacientes pediátricos com dermatoses crônicas e/ou seus cuidadores aumentou nos últimos anos (Castoldi et al., 2010). Apesar disso, a quantidade de estudos que avaliem o perfil comportamental ou descrevam a programas de intervenção psicoeducacionais com foco nesta população no Brasil são escassos, quando comparada a de outros países.

Para tanto, uma das etapas mais importantes para a realização e condução de programas de tratamento de intervenção psicoeducacionais é a avaliação comportamental. Esta tem como principal objetivo identificar comportamentos-alvo para intervenção e coletar dados acerca da interação de um indivíduo com seu ambiente (i.e., a identificação de relações funcionais entre as variáveis ambientais, classes de respostas emitidas, bem como suas consequências; Heibi & Haynes, 2004).

No caso de crianças com dermatite atópica (DA), um tipo de doença crônica de pele, é frequente que as queixas estejam relacionadas, direta ou indiretamente, à adesão ao tratamento (e.g., Agner, 2005; Chisolm, Taylor, Gryzwacz, O'Neill, Balkrishnan, & Feldman, 2009; Krejci-Manwaring et al., 2006; Luersen et al., 2012; Nolan & Feldman, 2009; Ohya et al., 2001; Zazula, Gon, & Noro, 2013), problemas de comportamento (e.g., Chung et al., 2005; Daud, Guaralda, & David, 1993; Dennis, Rostill, Reed, & Gill, 2006; Dias, Gon, & Zazula, 2012; Fontes-Neto et al., 2005; Menezes, Gon, & Zazula, 2013; Sartor, 2010), e às práticas ou estilos parentais (e.g., Chung et al., 2005; Lawson, Lewis-Jones, Finlay, Reid, & Owens, 1998; Pauli-Pott, Darui, & Beckmann, 1999; Warschburger, Buchholz, & Petermann, 2004).

Considerando-se: (a) a Dermatologia como importante campo de atuação para o profissional da Psicologia; (b) crescente demanda por intervenções psicológicas/ psicoeducacionais por cuidadores e/ou pacientes pediátricos com dermatoses crônicas; (c) necessidades de avaliações comportamentais com esta população; e (d) elevada frequência de queixas relacionadas à adesão ao tratamento, práticas parentais e problemas de comportamento; objetiva-se com o presente capítulo: apresentar e definir a avaliação comportamental e as principais estratégias adotadas para conduzi-la, especialmente no contexto da saúde; e apresentar e definir adesão ao tratamento, problemas de comportamento e práticas parentais, bem como descrever estudos cujo principal objetivo foi o de realizar avaliações comportamentais em Psicologia Pediátrica com enfoque nestas três temáticas.

Avaliação Comportamental: Principais Características e Principais Estratégias

Avaliação comportamental pode ser definida como uma estratégia que visa identificar relações funcionais passadas e atuais entre o indivíduo e seu ambiente e prever emissões comportamentais futuras, mediante a manutenção das contingências em vigor (Heibi & Haynes, 2004). Propõe-se também por meio desta prática o estabelecimento de planos e delimitação de estratégias para intervenção para classes

comportamentais alvo de intervenção (Hartmann, Roper, & Bradford, 1979; Heibi & Haynes, 2004; Reitman & Gross, 1996; Zazula, Sartor, Dias, & Gon, 2013).

As principais características do processo de avaliação comportamental, segundo Heibi e Haynes (2004), são: (a) identificação, especificação e mensuração de comportamentos considerados problemas; (b) identificação das variáveis que mantêm a ocorrência dos comportamentos considerados problema; (c) identificação das relações funcionais entre os comportamentos considerados problema e o ambiente imediato; (d) formulação de hipóteses; e (e) proposição de intervenções.

Quittner, Modi, Lemanek, Ievers-Landis e Rapoff (2008), em um estudo de revisão, identificaram e pesquisaram diferentes estratégias para avaliar a adesão ao tratamento em população pediátrica. De acordo com os autores, o uso de questionários e entrevistas semiestruturadas é a estratégia mais comum para se avaliar a adesão ao tratamento. Entretanto, diversos estudos utilizam outros métodos para realizar esta avaliação, tais como autorregistro dos comportamentos relacionados ao uso de medicamentos (que podem ser em diferentes escalas de tempo, dependendo da doença crônica da criança ou adolescente) e monitores eletrônicos. Há autores também que apontam a observação direta do tratamento (e.g., Farmer, 1999; Mathema et al., 2001) ou a quantidade de medicamentos aplicados e/ou ingeridos pelo paciente (e.g., Farmer, 1999) como estratégias para avaliar a adesão.

Em relação aos estudos que envolvem a temática de problemas de comportamento e práticas e estilos parentais, é comum que as avaliações sejam realizadas por meio de entrevistas semiestruturadas, questionários e escalas ou inventários psicológicos. Entretanto, há estudos que propõem o uso de medidas diretas de avaliação, sendo a observação direta em ambiente natural e/ou análogo a mais comum, especialmente no caso de problemas de comportamento do tipo externalizantes (Mori & Armendariz, 2001; Reitman & Gross, 1996; Zazula, Sartor, Dias, & Gon, 2013).

De modo a demonstrar a realização de avaliações comportamental no contexto da Psicologia Pediátrica, em especial com pacientes com DA, nas próximas seções serão definidos os conceitos de adesão ao tratamento, problemas de comportamento e práticas e estilos parentais que serão adotados no presente estudo. Além disso, serão apresentados estudos que realizem avaliações comportamentais de crianças com DA e/ou seus pais e/ou cuidadores, por meio de diferentes estratégias.

Avaliação da adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com dermatite atópica

A adesão ao tratamento se constitui em um dos maiores problemas enfrentados por profissionais da saúde, não estando associada a tipos determinados de doenças, tratamentos ou características demográficas (Malerbi, 2000; Nolan & Feldman, 2009). Na Dermatologia a problemática da adesão não é diferente (Valia, 2008; Krejci-Manwaring et al., 2006). Pesquisas apontam que entre 30% e 40% dos pacientes com doenças crônicas de pele não seguem as recomendações médicas prescritas para o uso de medicamentos (Richards, Fortune, O'Sullivan, Main & Griffiths, 1999), especialmente aqueles com DA (Krejci-Manwaring et al., 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), o termo adesão ao tratamento deve ser compreendido como um conjunto de ações em prol da saúde a serem realizadas, de acordo com as recomendações médicas. Moraes, Rolim e Costa-Jr. (2009) pontuam que para alguns pesquisadores, a adesão pode ser compreendida como um conjunto de respostas, cuja principal característica é o seguimento de instruções médicas. Entretanto, outros autores sugerem que a adesão ao tratamento vai muito além do seguimento de orientações, envolvendo amplas mudanças nos repertórios comportamentais dos indivíduos (e.g., mudar nos hábitos alimentares, praticar exercícios físicos, evitar fatores agravam o estado da doença). Deste modo, a utilização da expressão adesão ao tratamento necessita ser adaptada aos diversos contextos da doença, do paciente e do repertório comportamental de quem deverá aderir às prescrições. Não existe uma definição única e padronizada de adesão que valha para todas as situações, a não ser pelo fato de envolver o seguimento de orientações (Arruda & Zannon, 2002; Moraes et al., 2009).

No caso de pacientes com DA, frequentemente o termo adesão ao tratamento refere-se a ações cujas consequências podem estar diretamente relacionadas à diminuição dos sintomas, tais como a aplicação de medicamentos tópicos, evitar contato com substâncias que irrite a pele (e.g., sabões, cosméticos, roupas de lã ou sintéticas, temperaturas extremas, baixa umidade, sudorese), tomar banhos rápidos e com água morna, etc. No caso destes pacientes, é importante também que ocorram mudanças de comportamento com consequências em longo prazo, que visem a prevenção da ocorrência e exacerbação dos sintomas tais como hábitos alimentares e de lazer (Chisolm et al., 2009; Pires & Cestari, 2005).

O estudo conduzido por Krejci-Manwaring et al. (2006) objetivou avaliar a adesão ao tratamento de pacientes pediátricos com DA. Participaram do estudo 37 crianças, com idade até 12 anos com diagnóstico de/diagnosticadas com DA, de intensidade leve à severa, e seus respectivos pais ou cuidadores. Durante a primeira consulta, foi entregue aos pais das crianças um tubo de pomada com um dispositivo que registrava a quantidade de vezes em que este era aberto. Os pais e/ou cuidadores foram instruídos a aplicar o medicamento duas vezes ao dia durante quatro semanas. Após este período eles deveriam retornar ao ambulatório médico para uma nova consulta, na qual foram orientados a manter o mesmo tratamento por mais quatro semanas. Ao final do trabalho, observou-se adesão de aproximadamente 32%, com maior frequência de uso da pomada nas datas próximas à visita ao médico, índices que diminuíram rapidamente em seguida. Tal fato, segundo os autores do estudo evidenciam os baixos índices de adesão ao tratamento entre estes pacientes.

Outro estudo sobre adesão de pacientes pediátricos com DA foi realizado por Ohya et al. (2001). Este objetivou explorar a correlação entre aspectos psicossociais, que interferiam na adesão ao tratamento destes pacientes e identificar como tais aspectos poderiam ser minimizados ou alterados, visando aumentar os índices de adesão nesta população. Para tanto, um questionário foi respondido por 258 mães, dos quais 205 foram analisados. Este continha questões relacionadas à adesão ao tratamento (e.g., remoção de carpetes ou tapetes, limpeza dos quartos regularmente, uso de medicamentos tópicos, banhos no período da manhã), fatores psicossociais (e.g., relação médico-paciente, suporte social, dificuldade para tomar banho, preocupação com o eczema, percepção da severidade da doença), informações demográficas e postura quanto ao uso de medicamentos sistêmicos. Concluiu-se que o bom relacionamento entre o médico e o paciente foi considerado pelas mães como o mais forte preditor da adesão ao tratamento, enquanto que questões relacionadas a atitudes, como a ansiedade materna quanto ao tratamento, não a influenciou (Ohya et al., 2001).

Diferentemente das pesquisas mencionadas anteriormente Zazula, Gon e Noro (2013) avaliaram a adesão, a partir de uma situação estruturada de tratamento médico, durante um curto período de tempo, por meio da observação da interação mãe e criança. O objetivo do estudo foi o de avaliar o controle exercido por instruções verbalizadas pela mãe sobre o tratamento no comportamento da criança de segui-las. Avaliou-se também o relato da mãe acerca do comportamento da criança mediante o *Child Behavior Check-List* (CBCL) para crianças entre 6 e 18 anos de idade. Participaram da pesquisa quatro crianças entre 9 e 14 anos de idade com DA e suas respectivas mães. Foi utilizado o delineamento experimental breve de multielementos para a realização da avaliação. Esta foi realizada em três condições: linha de base, na qual o cuidador foi instruído a realizar de tarefas do tratamento do modo como fazia em sua casa; instrução direta, no qual instruída a criança emitir comportamentos relacionados ao tratamento, de forma clara e direta; e instrução indireta, no qual instruída a criança, de modo não específico, a emitir comportamentos relacionados ao tratamento.

Dentre os principais resultados encontrados destacam-se a probabilidade maior de seguimento de instruções relacionadas ao tratamento médico quando a mãe instruída a criança a realizar as tarefas relacionadas ao tratamento de modo direto. Entretanto, na maioria das díades avaliadas, observou-se que a mãe, durante a linha de base, apresentou frequência elevada de instruções indiretas, relacionadas ao tratamento médico, para a criança. Conforme os dados observados em outras condições de avaliação, a verbalização destes tipos de instruções, pela mãe, diminuía a probabilidade da criança seguir das instruções relacionadas ao tratamento médico.

Frequentemente o não seguimento de recomendações pode ser compreendido pelos cuidadores como desobediência ou mesmo como um problema de comportamento (Reitman & Gross, 1996). Zazula, Gon e Noro (2013), ao compararem os resultados da avaliação na situação estruturada com os do CBCL 6/18, constataram que todas as crianças foram avaliadas pelos pais como clínicas ou limítrofes para problemas de comportamento e competências. Entretanto, ao se comparar tais resultados com os da avaliação realizada na situação estruturada de tratamento médico, pode-se constatar que, diante de condições adequadas, aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos de seguir as instruções da mãe e diminuição daqueles avaliados por elas como sendo problema.

Tal qual abordado por Zazula, Gon e Noro (2013), uma queixa comum dos pais e que está intimamente relacionada à adesão ao tratamento é a ocorrência de problemas de comportamento (e.g., Chung et al., 2005; Czyzewski & Lopez, 2008; Dennis et al., 2006; Dias et al., 2012; Fontes-Neto et al., 2005; Menezes et al., 2013; Sartor, 2010). Embora ambas temáticas sejam confundidas por muitos autores, há estudos que investigam especificamente esta em pacientes com DA. Deste modo, na próxima seção será definido o que é problema de comportamento, bem como serão apresentados estudos que avaliem a ocorrência destes em pacientes com DA.

Avaliação de problemas de comportamento em crianças com dermatite atópica

Ao se analisar a literatura, constata-se que não há concordâncias entre os autores quanto à definição e classificação do que sejam problemas de comportamento e quanto ao seu diagnóstico. As diferentes definições adotadas pela comunidade científica são controversas e ambíguas, inclusive aquelas presentes nos manuais de diagnósticos de doenças (CID-10 – Código Internacional de Doenças e DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico e Doenças Mentais; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

De modo geral, segundo Bolsoni-Silva e Del Prette (2003), observa-se uma grande ênfase na identificação de comportamentos do tipo externalizantes na definição e classificação de problemas de comportamento. O mesmo ocorre ao se analisar os estudos que abordam a temática a partir do enfoque da Análise do Comportamento. Hanley, Iwata e McCord (2003), em uma revisão de literatura sobre o uso do método da análise funcional no tratamento de problemas de comportamento, constatou que a grande maioria dos estudos foram conduzidos a partir de topografias de comportamentos do tipo externalizante, tais como a autolesão, agressividade, comportamento perturbador, vocalizações inapropriadas, desobediência a instruções, dentre outros.

Entretanto, embora se observe maior ênfase em comportamentos do tipo externalizantes é importante considerar também os comportamentos do tipo internalizantes, tais como timidez, somatizações e isolamento social. Neste sentido, dada à diversidade de definição e classificação dos problemas de comportamento, no presente capítulo será adotada a definição proposta por Achenbach e Edelbrock (1979). Estes autores consideram problemas de comportamento tanto aqueles do tipo externalizante quanto os do tipo internalizante. Os primeiros seriam aqueles comportamentos emitidos em relação a outras pessoas (e.g. impulsividade, desobediência frequente, raiva, transgressão, dentre outros) e o segundo seriam aqueles comportamentos emitidos em relação ao próprio indivíduo (e.g. isolamento social, depressão, ansiedade, tristeza, preocupação excessiva, excesso de apego aos adultos, dentre outros).

Estudo conduzido por Fontes-Neto et al. (2005) com crianças com DA objetivou avaliar o perfil sócio-comportamental e identificar a ocorrência de problemas de comportamento nesta amostra. Foi realizado um estudo observacional, do tipo caso-controle, com 50 crianças e adolescentes entre 4 e 18 anos. Elas foram divididas em dois grupos: o (a) grupo experimental era composto por 25 crianças com DA, atendidas pelo serviço de Dermatologia da UFRGS, e o (b) grupo controle, composto por 25 crianças sem a doença, alunas de uma escola privada da região. Para a coleta de dados foi aplicado o instrumento CBCL 6/18, por meio de entrevista, com os pais ou cuidadores. Como principais resultados, foram observadas diferenças significativas nas dimensões globais do comportamento entre as crianças dos dois grupos e as crianças

com DA apresentavam maior frequência de problemas de comportamento do tipo externalizantes (e.g. agressividade) e do tipo internalizantes (e.g. depressão, ansiedade), quando comparadas as crianças do grupo controle.

Em estudo semelhante, Chung et al. (2005) objetivaram investigar se havia diferenças significativas entre o perfil comportamental de crianças com DA e de crianças sem a doença. Participaram 40 mães de crianças com DA que apresentaram elevados escores em um teste utilizado por médicos para avaliar a severidade da doença (SASSAD – *Six area, six score in atopic dermatitis*), e 39 mães de crianças sem a doença que compuseram o grupo controle. As mães de ambos os grupos responderam ao K-CBCL (versão coreana do CBCL). Dentre os principais resultados obtidos, destacam-se os elevados índices de crianças com problemas de comportamento tanto do tipo internalizante quanto do tipo externalizante, especialmente isolamento social, agressividade, ansiedade, depressão e imaturidade.

Diferentemente dos estudos anteriores, o estudo de Dias et al. (2012) investigou a comparação entre o perfil comportamental apresentado por crianças com diferentes doenças crônicas de pele (vitiligo, psoríase e DA). Participaram da pesquisa 26 mães que responderam ao CBCL para crianças entre 4 e 18 anos de idade. De modo geral, constatou-se que as características comportamentais apresentadas pelas crianças, segundo o relato materno, podem estar relacionadas ao tipo de dermatose crônica apresentada pela criança, uma vez que constataram-se diferenças significativas entre os grupos. Especificamente em relação às crianças com DA, cerca de 55% delas apresentaram perfil clínico para problemas de comportamento dos tipos internalizante e externalizante, índices superiores aos de crianças com outras doenças crônicas de pele, tais como vitiligo ou psoríase.

Apesar dos estudos constatarem diferenças significantes entre crianças com DA e crianças sem a doença (e.g., Chung et al., 2005; Fontes-Neto et al., 2005), há na literatura poucos estudos que descrevam detalhadamente as variáveis ambientais antecedentes e consequentes para a emissão dos comportamentos considerados problemas. Os estudos de Menezes et al. (2013) e Sartor (2010) propuseram, por meio da avaliação em situações estruturadas, avaliar os efeitos de algumas variáveis na emissão destas classes de comportamento, relacionados ou não ao tratamento médico.

O primeiro estudo que será descrito é o de Menezes et al. (2013), que objetivou avaliar o efeito de variáveis antecedentes específicas ao comportamento de obedecer e desobedecer de crianças com DA, durante a interação da criança com a mãe em uma situação estruturada de avaliação. Participaram da pesquisa cinco díades mãe-criança. Foi utilizado o delineamento experimental breve de multielementos, composto por cinco condições de avaliação, nas quais foram manipuladas as seguintes variáveis: complexidade da tarefa e atenção dos pais. Dentre os principais resultados desta pesquisa, destacam-se a identificação de comportamentos de desobedecer, de acordo com as variáveis manipuladas em três das cinco crianças avaliadas. Observou-se também o efeito direto do responder das mães no responder das crianças, ou seja, o comportamento da criança mudava de acordo com as classes comportamentais emitidas pela mãe. Entretanto, não foi possível discutir generalizações para o contexto médico uma vez que a avaliação foi realizada mediante situações nas quais foram manipulados diferentes tipos de tarefas que a criança deveria realizar como recortar, empilhar blocos, montar quebra-cabeças, entre outros e não tarefas de tratamento médico (e.g., passar creme ou pomada).

Por sua vez, Sartor (2010) conduziu uma avaliação na qual observou-se a ocorrência ou não de problemas de comportamento (definidos na pesquisa como desobedecer ou a emissão de comportamentos inapropriados, tais como agredir física ou verbalmente, quebrar brinquedos ou objetos, dentre outros), diante das solicitações da mãe para a realização de procedimentos relacionados ao tratamento médico. Participaram da pesquisa quatro crianças com DA entre três e sete anos de idade e suas respectivas mães. Foi utilizado o delineamento experimental breve de multielementos, composto por três condições de avaliação: linha de base, no qual a mãe foi instruída a realizar de tarefas do tratamento do modo como fazia em sua casa; atenção, na qual houve a manipulação da atenção parental, enquanto variável consequente à solicitação para a realização da tarefa relacionada ao tratamento; e fuga, enquanto variável consequente, na qual se

permitia que a criança fugisse da tarefa após a solicitação. A autora constatou que as crianças apresentaram classes comportamentais distintas quando expostas à mesma condição de avaliação. Algumas apresentaram menores frequências de comportamento de obedecer na condição de fuga, ao passo que outras o fizeram na condição de atenção. Neste sentido, pode-se afirmar que deve ser dada atenção especial para a história de interação entre a mãe e a criança e as variáveis manipuladas na situação presente, com o objetivo de identificar quais aumentam ou diminuem a probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento infantil (Sartor, 2010).

A partir dos resultados obtidos nas pesquisas de Menezes et al. (2013) e de Sartor (2010), pontua-se que devem ser consideradas, além do tratamento médico propriamente dito, a história de interação entre o cuidador e a criança e as variáveis da interação como atenção materna, dificuldade da tarefa e possibilidades de fuga ou de esquivar-se no momento de realizá-lo. Isso porque, muitos pais que queixam que as crianças apresentam problemas de comportamento em tarefas relacionadas ao tratamento médico podem não descrever adequadamente as contingências envolvidas na ocorrência destes comportamentos. Além disso, segundo Czyzewski e Lopez (1998) e Chisolm et al. (2009) é comum a realização do tratamento pelos cuidadores de modo inadequado ou inconsistente (i.e., cessando o uso dos medicamentos e cuidados com a pele da criança quando os sintomas diminuem), bem como o não monitoramento das condições da pele da criança à procura de sinais de reincidência dos sintomas. Tais fatores, segundo Chisolm et al. (2009), diminuí a probabilidade de adesão ao tratamento e eleva a de ocorrência do problemas de comportamento em situações que envolvam a realização do tratamento médico.

Desta forma, considera-se importante avaliar o comportamento dos pais e/ou cuidadores com as crianças com DA, conforme realizado por diversas pesquisas (Chung et al., 2005; Lawson et al., 1998; Pauli-Pott et al., 1999; Warschburger et al., 2004). Deste modo, na próxima seção será definido o que são práticas e estilos parentais, bem como serão apresentados estudos que avaliem o papel do relacionamento pais e/ou cuidadores e crianças com DA em situações de tratamento médico.

Avaliação dos estilos e práticas parentais de pais e/ou cuidadores de crianças com dermatite atópica

Segundo Gomide (2006), práticas parentais podem ser definidas como um conjunto de práticas ou atitudes utilizadas pelos pais e/ou cuidadores, que é característico da interação entre este e seus filhos. Tais práticas possuem o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento infantil. No caso de crianças com doenças crônicas, o perfil comportamental apresentado pelos pais é fundamental para o desenvolvimento do repertório social. Embora o estilo parental seja um fator importante na determinação da forma como a criança responde à doença, é comum que os pais apresentem dificuldades para lidar com as crianças, fato que pode prejudicar o desenvolvimento de respostas de enfrentamento que devem apresentar (Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira, 2003).

Além disso, segundo Peçanha, Piccinini e Millar (2001 apud Piccinini et al., 2003), o tipo de doença crônica apresentada pode influenciar diretamente o comportamento apresentado pelos pais durante a interação com a criança. Deste modo, serão descritos a seguir alguns estudos que avaliaram os comportamentos dos pais de crianças com DA, bem como os impactos do comportamento destes na interação.

A pesquisa realizada por Pauli-Pott et al. (1999) objetivou avaliar os impactos da doença nas interações entre os cuidadores e seus filhos. Participaram do estudo os pais e/ou cuidadores de 20 crianças com DA e 20 crianças sem a doença, com idades entre 3 e 12 meses. Os participantes do grupo com DA foram divididos em novos grupos, de acordo com o histórico da doença na família, sintomas de coceira e características de localização do eczema. Foi solicitado aos pais e/ou cuidadores o preenchimento de questionários de cuidados parentais, depressão e avaliação geral sobre a criança. Dentre os principais resultados, constatou-se diferença significativa entre a percepção dos e/ou cuidadores de crianças com DA e com o daqueles que não apresentavam a doença, relacionada tanto a eles quanto às crianças. Entre os pais e/ou cuidadores de

crianças com DA, identificou maior frequência de relatos de depressão, ansiedade e superproteção e maior avaliação negativa sobre as crianças, quando comparadas com os pais e/ou cuidadores do grupo de crianças sem a doença.

O estudo conduzido por Chung et al. (2005), mencionado anteriormente, além de avaliar se havia diferenças significativas entre o perfil comportamental das crianças com DA e o das crianças sem a doença, avaliou também se havia diferenças entre o perfil das mães de crianças com DA e de crianças sem a doença. Foram avaliados os índices de estresse e depressão materna e suporte social de mães com crianças com DA e mães de crianças sem a doença. Constatou-se que mães de crianças com DA apresentam maiores índices de estresse e relataram sentir-se mais deprimidas quando comparadas com mães de crianças sem a doença. Entretanto, não foram constatadas diferenças significativas quanto ao suporte social entre os dois grupos de mães.

O estudo realizado por Warschburger et al. (2004) não avaliou diretamente o estilo ou a prática parental, mas o bem estar dos pais de crianças com DA. Este estudo objetivou investigar a relação entre a qualidade de vida dos pais e a DA. Participaram da pesquisa 187 pais de crianças com DA, que responderam diversos questionários (qualidade de vida em relação à doença, estilos de enfrentamento em relação à doença e funcionamento familiar). De modo geral, os pais apresentam boas estratégias de enfrentamento em relação à doença, que refletem diretamente na interação com sua criança. Dentre os principais resultados constatados, destacou-se o fato de que quanto maior a gravidade da doença, maiores os relatos dos pais sobre os impactos desta na dinâmica familiar e no relacionamento com as crianças. Ou seja, pode-se afirmar que a doença apresenta mudanças significativas no bem estar social e emocional dos pais e das crianças, bem como no relacionamento dos pais com os filhos.

Diferentemente dos estudos anteriores, o estudo de Lawson et al. (1998) não foi respondido apenas pelos pais, mas por toda a família. Este objetivou avaliar quais áreas da vida familiar eram afetadas pela doença da criança. Participaram da pesquisa 61 pessoas de 34 famílias (a maioria pais e/cuidadores), que responderam a questionários de entrevista qualitativa. Dentre as áreas afetadas na dinâmica familiar e identificadas pelos pesquisadores, destacam-se: pressão psicológica nos pais, mudanças no estilo de vida, dificuldades na escola, relacionamento, vida social, cuidados com a saúde e suporte social, as quais estão intimamente relacionadas aos estilos e práticas parentais.

Considerações Finais

Uma das etapas mais importantes para a formulação de intervenções psicoeducacionais com pacientes com doenças crônicas é a realização de avaliações comportamentais. Tal prática possibilita que o profissional programe adequadamente quais os temas que serão abordados durante a intervenção.

Para realizar tais avaliações, o profissional tem à disposição uma grande diversidade de instrumentos e estratégias, cabendo a ele a escolha das mais adequadas em cada momento. Neste sentido, é extremamente importante que realize as investigações objetivando identificar o maior número de variáveis que controlam a emissão de comportamentos pelo indivíduo, de modo a identificar e descrever mais precisamente os comportamentos que serão focos de intervenção, bem como prever a ocorrência de classes comportamentais futuras, em situações semelhantes.

Conforme mencionado anteriormente, inúmeros estudos se propõem a realizar a avaliação de pacientes pediátricos com DA, a partir de diferentes perspectivas. Embora no presente trabalho tenham sido expostos estudos abordando as problemáticas mais comuns entre pacientes pediátricos com DA e seus pais e/ou cuidadores, é importante que o profissional investigue outros possíveis focos de intervenção. Ao realizá-la, o profissional deverá também investigar quais aspectos desta merecem maiores destaques durante as intervenções, proporcionando intervenções cada vez mais direcionadas às reais necessidades dos pacientes.

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 223-233.
- Agner, T. (2005). Compliance among patients with atopic eczema. *Acta Dermato-Venereologica, 215*, 33-35.
- Arruda, P. M. A., & Zannon, C. M. L. C. (2002). Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. In C. M. L. C. Zannon (Org.), *Tecnologia Comportamental em Saúde* (pp. 1-13). Santo André: ESETec.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 91-103.
- Castoldi, L., Labrea, M. G. A., Oliveira, G. A. T., Paim, B. S., & Rodrigues, C. R. B. (2010). Dermatite atópica: Experiência com grupo de crianças e familiares do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. *Psico (PUCRS), 41*, 201-207.
- Chisolm, S. S., Taylor, S. L., Gryzwacz, J. G., O'Neill, J. L., Balkrishnan, R. R., & Feldman, S. R. (2009). Health behavior models: A framework for studying adherence in children with atopic dermatitis. *Clinical and Experimental Dermatology, 35*, 228-232.
- Chung S. W., Chang E. Y., Lee H. C., Shin M. Y., Kim B. E., Ahn K. M., & Lee S. I. (2005). The relationships among severity score, behavioral problem, parental stress, maternal depression, and social support in children with atopic dermatitis. *Korean Journal of Asthma, Allergy and Clinical Immunology, 25*(1), 39-44
- Czyzewski, D. & Lopez, M.A. (1998). Clinical psychology in the management of pediatric skin disease. *Dermatological Clinics, 16*, 619-629
- Daud, L. R., Guaralda, M. E., & David, T. J. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of disease in childhood, 69*, 670-676.
- Dennis, H., Rostill, H., Reed, J., & Gill, S. (2006). Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. *Journal of Child Health Care, 10*(2), 126-139.
- Dias, N. G., Gon, M. C. C., & Zazula, R. (2012). Avaliação comportamental de crianças com dermatoses crônicas segundo o relato materno. *Manuscrito submetido para publicação*.
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics, 21*(6), 1074-1090.
- Fontes-Neto, P. L. T., Weber, M. B., Fortes, S. D., Cestari, T. F., Escobar, G. F., Mazotti, N., Barzenski, B., Silva, T. L., Soirefmann, M., & Pratti, C. (2005). Avaliação dos sintomas emocionais e de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do RS, 27*(3), 279-291.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais. Modelo Teórico: Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*(2), 147-185.
- Hartmann, D. P., Roper, B. L., & Bradford, D. C. (1979). Some relationships between behavioral and traditional assessment. *Journal of Behavioral Assessment, 1*(1), 3-21.
- Heibi, E. M., & Haynes, W. H. (2004). Introduction to behavioral assessment. In S. H. Haynes & E. M. Heibi (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (Vol. 4, pp. 3-18), Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons
- Krejci-Manwaring, J., McCarty, M. A., Camacho, F., Carroll, C. L., Johnson, K., Manuel, J., Balkrishnan, R., Hartle, J., Fleischer, A., & Feldman, S. R. (2006). Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: Implications for effective clinical use of topical agents. *Journal of American Academy of Dermatology, 54*(5 Sup), 235-236.
- Lawson, V., Lewis-Jones, M.S., Finlay, A.Y., Reid, P. & Owens, R.G. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: The dermatitis family impact questionnaire. *British Journal of Dermatology, 138*, 107-113.

- Luersen, K., Davis, S. A., Kaplan, S. G., Abel, T. D., Winchester, W. W., & Feldman, S. R. (2012). Sticker charts: A method for improving adherence to treatment of chronic diseases in children. *Pediatric Dermatology*, 29(4), 403-408.
- Malerbi, F.E.K (2000). Adesão ao tratamento. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, Pesquisa e Aplicação, a Ênfase no Ensinar, na Emoção e no Questionamento Clínico* (Vol. 5, pp.148-149). Santo André: ESETec.
- Mathema, B., Pande, S. B., Jochem, K., Houston, R. A., Smith, I., Bam, D. S., & McGowan-Jr., J. E. (2001). Tuberculosis treatment in Nepal: A rapid assessment of government centers using different types of patient supervision. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5(10), 912-919.
- Menezes, C. C., Gon, M. C. C., & Zazula, R. (2013). Análise funcional do comportamento de desobediência de crianças com dermatite atópica. *Manuscrito submetido para publicação*.
- Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa-Jr., A. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 329-345.
- Mori, L. T., & Armendariz, G. M. (2001). Analogue assessment of child behavior problems. *Psychological Assessment*, 13(1), 36-45.
- Nolan, B. V., & Feldman, S. R. (2009). Dermatologic medication adherence. *Dermatologic Clinics*, 27(2), 113-120.
- Ohya, Y., Williams, H., Steptoe, A. H., Saito, I. Y, Anderson, R., & Akasawa, A. (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *The Journal of Investigative Dermatology*, 117(4), 852-857.
- Pauli-Pott, U., Darui, A. & Beckmann, D. (1999). Infants with atopic dermatitis: Maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 39-45.
- Piccinini, C. A., Castro, E. K., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V. Z. (2003). A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos em Psicologia (Natal)*, 8(1) 75-83.
- Pires, M. C., & Cestari, S. C. P. (2005). *Dermatite Atópica*. Rio de Janeiro: Digráfica.
- Quittner, A. L. Modi, C. A., Lemanek, K. L., Ievers-Landis, C. E., & Rapoff, M. R. (2008). Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric. *Psychology Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 916-936
- Reitman, D., & Gross, A. M. (1996). Delayed outcomes and rule-governed behavior among “noncompliant” and “compliant” boys: A replication and extension. *The Analysis of Verbal Behavior*, 13, 65-77.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., O’Sullivan, T.M., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (1999). Patients with psoriasis and their compliance with medication. *Journal of American Academy of Dermatology*, 41, 581-583.
- Rocha, T. N. (2003). O atendimento dermatológico integrativo: Uma contextualização do atendimento médico sob a ótica integrativa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 78(5), 619-624.
- Sartor, M. S. (2010). *Análise Funcional do Comportamento de Desobediência ao Tratamento Médico de Crianças com Dermatite Atópica*. Dissertação não publicada, Universidade Estadual de Londrina, Paraná.
- Valia, R. G. (2008). Non-compliance in dermatologic diseases. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 74(6), 553-557.
- Warschburger, P., Buchholz, H. T. H., & Petermann, F. (2004). Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: Which factors predict parental quality of life? *British Journal of Dermatology*, 150(2), 304-311.
- World Health Organization (2010). *Chronic Diseases and Health Promotion*. Recuperado em 27 de abril de 2010, de <http://www.who.int/chp/en/>
- Zazula, R., Sartor, M. S., Dias, N. G., & Gon, M. C. C. (2013). Uso de medidas diretas e indiretas para avaliação de problemas de comportamento em crianças com dermatite atópica. *Manuscrito aceito para publicação*.
- Zazula, R., Gon, M. C. C., & Noro, G. (2013). Compliance to mothers’ instructions with medical treatment. *Manuscrito submetido para publicação*.

Ensinando comunicação a médicos, pacientes e acompanhantes: efeitos de dois procedimentos de intervenção psicológica ¹

8

Gabrielle Tainá Argenta
Universidade de Brasília

Silvia Maria Gonçalves Coutinho
Universidade de Brasília

Marina Kohlsdorf
Universidade de Brasília

Áderson Luiz Costa Junior
Universidade de Brasília

¹ Autor responsável por correspondência: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior.

Este capítulo analisa os efeitos de dois procedimentos de intervenção psicológica, denominados consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental, sobre os comportamentos de comunicação verbal de médicos onco-hematologistas pediatras e seus pacientes e familiares/acompanhantes em contexto de consultas ambulatoriais de rotina. A descrição comparativa de dados, entre os dois procedimentos, aponta que os médicos participantes apresentaram mudanças em comportamentos comunicativos, indicadas pelo decréscimo de episódios de perda de oportunidade para a comunicação (consulta psicopediátrica) e aumento de episódios de aproveitamento espontâneo para a comunicação (pré-consulta comportamental), sugerindo que ficaram mais atentos a aspectos psicossociais dos pacientes e seus familiares/acompanhantes, geralmente não abordados nas consultas médicas.

A comunicação pode ser caracterizada como um contato bem-sucedido que ocorre em determinado contexto ou quadro social ou psicossocial (Lefevre, Lefevre, & Figueiredo, 2010) com transmissão, recepção e compreensão de informações de emissores a receptores. Armelin, Wallau, Sarti e Pereira (2005) destacam que uma comunicação efetiva implica em um reconhecimento mútuo, envolvendo uma relação entre, pelo menos, dois indivíduos e diz respeito à concepção de cada um sobre si e sobre o outro, considerando a importância dessa interação para a manutenção das relações humanas e resolução de necessidades básicas. A habilidade de se comunicar, portanto, parece constituir um aspecto fundamental em todo o processo interativo, pois permite ao indivíduo enriquecer seus conhecimentos, obter satisfação de necessidades, assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e reconhecer o que os outros pensam e sentem (Pereira, 2005). No contexto da prestação de cuidados com a saúde, De Haes e Bensing (2009) destacam que sem um bom processo de comunicação, nem o diagnóstico e nem o plano de tratamento podem ser estabelecidos, além de haver prejuízos naturais ao processo de adesão dos pacientes e familiares.

Uma comunicação eficiente entre médico e paciente é uma estratégia terapêutica potencialmente eficaz, facilita o estabelecimento da confiança mútua entre os envolvidos e aumenta a capacidade de autonomia do paciente para o manejo do quadro clínico e decisões sobre o tratamento a ser realizado (Pereira, 2005). Esse processo comunicativo tem como funções transmitir mensagens, obter informações, inferir novas conclusões, reconstruir o passado, antecipar fatos futuros, iniciar e modificar processos fisiológicos dentro do corpo e influenciar outras pessoas (Oliveira & Gomes, 2004).

A comunicação qualificada entre médico e paciente ainda pode modificar o contexto da doença, permitindo que uma pessoa debilitada e amedrontada compartilhe e transmita informação, bem como conheça a opinião de outras pessoas, possibilitando, assim, a aquisição de uma percepção diferenciada da situação (El Malla et al., 2013) e atuando como preditor de adesão ao tratamento (Oliveira & Gomes, 2004).

Considerando, ainda, que o contexto de cuidados com a saúde pode acarretar transtornos e desequilíbrios ao processo de desenvolvimento psicológico de pacientes e acompanhantes, uma comunicação eficaz pode facilitar a aquisição de estratégias de enfrentamento, fundamentais à adaptação dos indivíduos a

contextos potencialmente estressores, tais como internação hospitalar e exposição a procedimentos médicos invasivos. Uma definição muito referenciada pela literatura descreve o enfrentamento (do original, em inglês, *coping*) como um processo contínuo de mudanças comportamentais e cognitivas, como forma de lidar com demandas internas e externas que ultrapassam o limite de recursos pessoais do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Evidências empíricas recentes reforçam a importância do processo de comunicação sobre o estabelecimento de estratégias de enfrentamento. Segundo Aniki et al. (2011), por exemplo, o modo como os profissionais de saúde apresentam informações clínicas influencia diretamente as decisões do paciente durante todo o processo de tratamento.

Quando o processo comunicativo envolve pacientes pediátricos, a questão parece tornar-se mais complexa. De acordo com Perosa e Ranzani (2008), a comunicação direta com a criança não é usual. Os médicos dirigem-se, prioritariamente, aos pais dos pacientes, tendendo a excluir a criança das informações referentes ao diagnóstico e tratamento. Perosa, Gabarra, Bossolan, Ranzani e Pereira (2006) destacam que o fato de o médico se dirigir principalmente aos pais não deve ser interpretado como uma falta de interesse pelo o que a criança pensa. Tal situação reflete, provavelmente, uma dificuldade dos médicos em abordá-las verbalmente, ou ainda, uma crença de que não podem compreender as explicações e podem ficar assustadas ou sofrer perturbações emocionais se tiverem acesso a tais dados (Forsey, Salmon, Eden, & Young, 2013).

Por outro lado, estudos observacionais já documentaram que as crianças possuem interesse pelas informações clínicas e podem reter mais informações que os adultos. Eymann et al. (2011), por exemplo, apontam a comunicação verbal e não verbal como ferramenta mediadora da relação entre o pediatra e o paciente, sendo que a saudação no primeiro contato e a interação no início da consulta subsidiam o estabelecimento do vínculo com a criança e permitem que ela memorize e recupere informações clínicas mais facilmente.

Ademais, o crescente interesse em conhecer a opinião das crianças e envolvê-las no tratamento suscita outras questões relativas ao conteúdo da comunicação. De acordo com Perosa et al. (2006), os profissionais de saúde têm manifestado crescente interesse por recursos que facilitem a expressão de pontos de vista da criança, além da necessidade de saber como poderiam se dirigir às crianças, em que momento e de que forma, considerando as diferenças de cada idade e as necessidades individuais.

Os resultados do estudo de Zwaanswijk et al. (2007) indicam que a maioria dos pacientes jovens, em oncologia pediátrica, tem interesse de ser plenamente informada e de participar ativamente do processo de tomada de decisão terapêutica. No entanto, algumas variações de preferência, relativas à informação, foram encontradas. Pacientes e cuidadores apresentaram ampla variabilidade quanto ao grau de detalhamento de informações a serem transmitidas, o que requer uma avaliação contínua do perfil comportamental e das necessidades de pacientes e familiares durante as diferentes fases do tratamento.

O estado emocional da criança também pode influenciar as preferências comunicativas. Crianças temerosas podem preferir um papel mais passivo nas trocas de informação. Da mesma forma, há uma maior tendência dos pais em proteger seus filhos de informações potencialmente perturbadoras quando consideram que a criança em tratamento se assusta facilmente. Quando a situação da criança é ameaçadora e as decisões acerca do tratamento têm fortes consequências para o paciente, os pais tendem a um papel passivo, confiando aos profissionais da saúde a tomada de decisões (Zwaanswijk, Tates, Dulmen, Hoogerbrugge, & Kamps, 2011).

A busca pelo estabelecimento de um processo eficiente de comunicação entre médicos e pacientes pediátricos constitui, ainda, um dos pilares filosóficos dos movimentos de humanização em saúde. No contexto da onco-hematologia pediátrica, isso é particularmente importante se considerarmos que o tratamento de uma patologia onco-hematológica pode levar até três anos, com uma sucessão de procedimentos médicos invasivos, episódios de internação e riscos biológicos (de óbito) e psicossociais (de atrasos e transtornos de desenvolvimento). Segundo More, Crepaldi, Gonçalves e Menezes (2009), a intervenção psicológica realizada sobre o processo de comunicação médico-paciente, em oncologia

pediátrica, pode reduzir a percepção de sofrimento do paciente e de seus familiares, tornando-os mais ativos e responsivos aos eventos do tratamento.

Outro aspecto relevante sobre a comunicação em contextos de cuidados com a saúde é que embora se reconheça a comunicação como um instrumento essencial ao trabalho do médico, pouca atenção tem sido dada à capacitação desses profissionais para o uso de habilidades eficientes de comunicação. Nystrup, Larsen e Risor (2010) destacam que revisões de currículo de escolas de medicina, em todo mundo, nos últimos 20 anos, aumentaram o número de horas dedicadas ao ensino de técnicas relacionadas à comunicação. Programas de treinamento utilizando palestras, simulação e manejo de grupos têm sido adotados para o treinamento de habilidades de comunicação de futuros médicos. No entanto, tais estratégias não têm sido suficientes para garantir a superação da complexidade de algumas variáveis, incluindo: (a) a tendência dos profissionais de saúde de privilegiar a busca de informações biofisiológicas dos pacientes; e (b) a abordagem ineficiente de fatores psicossociais e culturais, que permeiam o processo de comunicação em contextos de cuidados com a saúde.

Reconhecendo a importância de investigar o processo de comunicação em onco-hematologia pediátrica, vem sendo desenvolvido, por meio de parceria entre o Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e o Núcleo de Oncologia e Hematologia Pediátrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (NOHP/SES/DF), um grande projeto de pesquisa e intervenção com objetivo de analisar os efeitos de procedimentos de intervenção psicológica, denominados de Consulta Psicopediátrica (CP) e Pré-consulta Comportamental (PC), sobre os comportamentos de comunicação de médicos onco-hematologistas pediátricos, com seus pacientes e acompanhantes, durante consultas ambulatoriais de rotina.

A Consulta psicopediátrica se refere a um conjunto de intervenções do psicólogo sobre os comportamentos de comunicação do médico com o paciente e o cuidador durante o andamento de consultas médicas de rotina. Por meio dessas intervenções, o psicólogo sinaliza, ao médico, as ocasiões para responder, em sua comunicação verbal, a aspectos afetivos, cognitivos e psicossociais, expressos por pacientes e acompanhantes, que interfiram sobre as estratégias de enfrentamento da doença ou adesão ao tratamento, assim como sinaliza ocasiões para a clarificação de informações transmitidas pelo médico e não suficientemente compreendidas por pacientes e/ou cuidadores.

Já a Pré-consulta Comportamental é um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado, antes das consultas médicas, para identificação da percepção e compreensão de pacientes e acompanhantes acerca da situação de adoecimento e tratamento. As dificuldades relativas ao tratamento, os custos para adesão às recomendações médicas, além de dúvidas e expectativas relacionadas à doença e ao tratamento são investigados. Essas informações são organizadas em um protocolo, anexado à capa do prontuário do(a) paciente, imediatamente antes de o médico chamar o paciente para a consulta. Esperar-se-ia que o médico consultasse o protocolo na busca de indicadores sobre a compreensão do cuidador e paciente acerca do tratamento, dúvidas e dificuldades vivenciadas, subsidiando a organização de esclarecimentos a serem fornecidos durante a consulta.

O objetivo geral deste capítulo é descrever e analisar os efeitos de duas modalidades de intervenção psicológica, consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental, sobre o processo de comunicação entre médicos, pacientes e acompanhantes, no contexto da onco-hematologia pediátrica. Os objetivos específicos incluíram a análise das diferenças entre as duas modalidades de intervenção psicológica, considerando-se os seguintes indicadores:

- a. Registro do total de vezes em que o médico aproveitou oportunidade(s) de comunicação com o paciente e/ou familiar em cada uma das modalidades de intervenção (pré-consulta psicológica e consulta psicopediátrica).
- b. Registro do total de vezes em que o médico perdeu oportunidade de comunicação com o paciente e/ou familiar em cada uma das modalidades de intervenção (pré-consulta psicológica e consulta psicopediátrica).

Método

Foram realizadas observações sistemáticas dos comportamentos de comunicação entre médicos, pacientes e acompanhantes, em 90 consultas ambulatoriais de rotina para acompanhamento do tratamento onco-hematológico. As consultas foram gravadas em áudio e, em todas, havia um observador treinado que executava o registro de categorias episódicas e do contexto de ocorrência dos comportamentos de comunicação. Na condição de consulta psicopediátrica, além do observador, o psicólogo também estava presente. O delineamento experimental de sujeito como próprio controle foi adotado como metodologia de análise.

Participaram desse estudo dois médicos selecionadas aleatoriamente, do staff de oito médicos do NOHP/SES/DF. Também participaram 50 pacientes, em tratamento regular no NOHP, de patologias onco-hematológicas, e seus cuidadores. As crianças e adolescentes participantes tinham entre zero e 18 anos de idade e foram selecionadas aleatoriamente entre aqueles que tratavam linfomas e leucemias. Os dois médicos, participantes do Estudo, foram designados como Médico 1 (M1) e Médico 2 (M2). A ordem de procedimentos adotada foi a aplicação de Consulta Psicopediátrica seguida de Pré-consulta Comportamental para M1 e em ordem inversa para M2.

Para a M1, a aplicação foi dividida em cinco fases: (a) Linha de Base 1 - definição do padrão comportamental de comunicação e interação do médico, sem qualquer forma de intervenção, durante consultas regulares; (b) Intervenção 1 - execução de consultas psicopediátricas, com intervenção do(a) psicólogo sobre os comportamentos de comunicação do médico com o paciente e acompanhante; (c) Pós-intervenção 1 - verificação de mudanças no padrão comportamental de comunicação do médico após a fase de Intervenção 1; (d) Intervenção 2 - execução de pré-consultas comportamentais como sinalização prévia de aspectos a serem abordados durante a consulta médica; e (e) Pós-intervenção 2 - verificação do padrão comportamental de comunicação do médico após a aplicação dos dois procedimentos de intervenção. Com a M2, as Fases (b) e (d) foram invertidas, ou seja, para M2 o procedimento de pré-consulta comportamental foi realizado anteriormente ao procedimento de consulta psicopediátrica. A seguir, cada fase é descrita, de acordo com a ordem de aplicação do procedimento para M1.

a. Linha de Base

Foi realizada gravação em áudio de todas as consultas e registro sistemático dos eventos que indicavam a necessidade de intervenção psicológica, por observador treinado, sem qualquer tipo de intervenção proposital sobre os participantes. Os eventos indicadores da necessidade de intervenção psicológica foram categorizados como perdas de oportunidades de comunicação por parte do médico e se caracterizavam pela ausência de resposta do médico à reação psicossocial do paciente e/ou cuidador, expressa por meio de gestos, expressões faciais, comportamentos verbais e/ou vocais de discordância, dúvida ou insatisfação com a informação ou orientação transmitida pelo médico.

Eventos de comunicação que não requeriam a intervenção do psicólogo também foram registrados e classificados em duas categorias, apresentadas na Figura 1.

| Categoria | Descrição |
|-------------------------------------|---|
| Aproveitamento espontâneo | Médico responde à expressão psicossocial de preocupação ou ansiedade manifesta de forma verbal, e/ou não verbal, pelo paciente e/ou cuidador, que represente dúvida, discordância ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico, sem necessidade de intervenção prévia do psicólogo. |
| Tentativa Bem Sucedida de Interação | Médico toma a iniciativa de abordar e discutir, com o paciente e/ou acompanhante, aspectos psicossociais ligados a outros temas não relacionados diretamente a sintomas físicos ou ao estado clínico e evolução do paciente |

FIGURA 1

Categorias indicadoras da necessidade de intervenção psicológica

b. Intervenção 1

Após a Linha de Base, foram realizadas as consultas psicopediátricas, com intervenção direta e imediata do psicólogo sobre as verbalizações do médico, com o paciente e/ou acompanhante, que caracterizam perdas de oportunidade de comunicação. A cada ocorrência de perda de comunicação, o psicólogo solicitava ao médico que alterasse a forma de conduzir a comunicação com o paciente e/ou acompanhante. Duas formas de ação foram adotadas: (a) chamar a atenção do médico para expressão de dúvida e/ou insatisfação manifestada pelo paciente e/ou cuidador, à qual não tenha respondido; ou (b) solicitar ao médico que adotasse uma conduta diferente na forma de se comunicar, seja disponibilizando informação nova, seja alterando a forma de apresentar uma informação já dada, ou recapitulando um conjunto de informações dadas.

Caso o médico não respondesse às solicitações do psicólogo registrava-se um evento de ausência de resposta pós-intervenção. Por outro lado, caso o médico respondesse às solicitações do psicólogo, registrava-se um evento de aproveitamento pós-intervenção, ou seja, o médico responde à expressão emocional de preocupação, ansiedade ou necessidade manifesta de forma verbal e/ou não verbal do paciente e/ou cuidador que demonstre discordância e/ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico, ou à dúvida sobre informação e/ou orientação, desde que após intervenção prévia do psicólogo nesse sentido.

Assim, durante a consulta psicopediátrica, o psicólogo agia como facilitador ou agente de treinamento do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante. Dessa forma, não era sua função realizar uma consulta psicológica ou atendimento psicoterapêutico breve.

c. Pós-intervenção 1

Após a realização das consultas psicopediátricas, foram realizadas novas observações e registros de consultas, por um observador treinado, e com gravação em áudio, sem qualquer intervenção, mesmo procedimento adotado na Linha de Base. Objetivou-se, com a Pós-intervenção 1, analisar os efeitos da consulta psicopediátrica sobre os comportamentos de comunicação do médico.

d. Intervenção 2

A segunda intervenção sobre os comportamentos de comunicação do médico com paciente e cuidadores utilizou o procedimento de pré-consulta comportamental e foi realizada depois da Pós-intervenção 1.

Nesse procedimento, o psicólogo faz um levantamento com o paciente e seu acompanhante sobre as principais dúvidas e dificuldades acerca da doença e tratamento. Esse breve encontro é realizado imediatamente antes de cada consulta médica de rotina. Ao final, é anexado à capa do prontuário do paciente, um formulário específico com as informações e dúvidas referidas pelo paciente e/ou cuidador, permitindo que o médico faça um planejamento prévio de como será conduzida a consulta médica e o que será abordado, a partir das necessidades expressas por pacientes e cuidadores.

e. Pós-intervenção 2

Após o término da segunda fase de intervenção foram realizadas novas observações e registros de consultas, por um observador treinado, e com gravação em áudio, sem qualquer intervenção, mesmo procedimento adotado na Linha de Base.

Resultados

Para cada um dos médicos participantes deste estudo (M1 e M2), foram observadas sete consultas em linha de base, 12 consultas em Intervenção 1, sete consultas em Pós-intervenção 1, 12 consultas em Intervenção 2 e sete consultas em Pós-intervenção 2, totalizando 45 consultas para cada médico e 90 consultas no total. Todas as consultas tiveram duração temporal semelhante, entre 20 e 25 minutos cada.

De acordo com a análise da linha de base para M1, ocorreram cinco registros de aproveitamento espontâneo, quatro registros de perda de oportunidade de comunicação e dois registros de tentativa bem sucedida de comunicação entre médico, paciente e/ou acompanhante. Para a Pós-intervenção 1 aumentaram os registros de aproveitamento espontâneo e de tentativas bem sucedidas de comunicação e diminuíram os registros de perda de oportunidade de comunicação. Para a Pós-intervenção 2, observou-se redução da ocorrência de aproveitamento espontâneo e tentativas bem sucedidas de comunicação. A Tabela 01 ilustra os dados de Linha de Base e de pós-intervenções para M1.

TABELA 1

Dados de Linha de Base e Pós-Intervenção 1 e 2 (M1)

| M1 | Aproveitamento Espontâneo | Perda de Oportunidade | Tentativa bem Sucedida de Interação |
|-------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Linha de Base | 5 | 4 | 2 |
| Pós-intervenção 1 | 7 | 1 | 4 |
| Pós-intervenção 2 | 2 | 2 | 2 |

Observa-se, na Tabela 1, que houve um aumento dos episódios de aproveitamento espontâneo após a consulta psicopediátrica (Pós-intervenção 1) e uma redução após a pré-consulta comportamental (Pós-intervenção 2). Nos eventos relacionados a perdas de oportunidade, ocorreu uma diminuição destes episódios após as consultas psicopediátricas (Pós-intervenção 1), e um aumento dos episódios após as pré-consultas (Pós-intervenção 2). No que se refere às tentativas bem sucedidas de interação, houve um aumento de episódios registrados após as consultas psicopediátricas (Pós-intervenção 1) e uma diminuição dos episódios bem sucedidos após as pré-consultas comportamentais (Pós-intervenção 2).

Para o M2, na fase de Linha de Base 1, foram registrados dois episódios de aproveitamento espontâneo, sete episódios de perda de oportunidade de comunicação entre médico, paciente e/ou acompanhante e nenhum episódio de tentativa bem sucedida de interação. Na Pós-intervenção 1 aumentaram os episódios de aproveitamento espontâneo (10), diminuíram os episódios de perda de oportunidade de comunicação (5) e ocorreu um episódio de tentativa bem sucedida de interação. Já na Pós-intervenção 2 foram observados seis episódios de aproveitamento espontâneo (menor que o registrado na Pós-intervenção 1), diminuíram os episódios de perda de oportunidade (com apenas um registro) e nenhum episódio de tentativa bem sucedida de interação foi registrado. A Tabela 2 ilustra os dados das linhas de base para M2.

TABELA 2**Dados de Linhas de Base (M2)**

| M2 Linha de Base | Aproveitamento Espontâneo | Perda de Oportunidade | Tentativa bem Sucedida de Interação |
|---------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| Linha de Base | 2 | 7 | 0 |
| Pós-intervenção 1 | 10 | 5 | 1 |
| Pós-intervenção 2 | 6 | 1 | 0 |

Observa-se, na Tabela 2, que ocorreu um aumento de episódios de aproveitamento espontâneo de comunicação após as pré-consultas comportamentais (Pós-intervenção 1), bem como redução de perdas de oportunidades e aumento de tentativa bem sucedida de interação. Por outro lado, depois da consulta psicopediátrica (Pós-intervenção 2), ocorreu redução dos episódios de aproveitamento espontâneo, redução das perdas de oportunidades de comunicação e não foram identificados episódios de tentativas bem sucedidas de interação.

De acordo com os dados obtidos nas fases de intervenção, realizadas com M1, observou-se que para a Intervenção 1, consulta psicopediátrica, foram identificados cinco episódios de aproveitamento espontâneo, dez episódios de perda de oportunidade para comunicação, oito episódios de intervenção realizadas pelo psicólogo sobre os comportamentos do médico, três episódios de aproveitamento pós-intervenção, um episódio de ausência de resposta pós-intervenção e nove episódios de tentativas bem sucedida de interação.

Para a Intervenção 2, procedimento de pré-consulta comportamental, foram identificados, para M1, cinco episódios de aproveitamento espontâneo, dois episódios de perda de oportunidade para comunicação e dois episódios de tentativas bem sucedidas de interação. A Tabela 3 ilustra os dados referentes às Intervenções 1 e 2 realizadas com M1.

TABELA 3**Dados das Fases de Intervenção (M1)**

| M1 | A | B | C | D | E | F |
|---------------|---|----|---|---|---|---|
| Intervenção 1 | 5 | 10 | 8 | 3 | 1 | 9 |
| Intervenção 2 | 5 | 2 | - | - | - | 2 |

Legenda: (A) Aproveitamento espontâneo, (B) Perda de oportunidade, (C) Intervenção, (D) Aproveitamento pós-intervenção, (E) Ausência de resposta pós-intervenção e (F) Tentativa bem sucedida de interação. As categorias C, D e E não se aplicam à Pré-consulta Comportamental.

Os dados obtidos na fase de Intervenção 1, pré-consulta comportamental para M2, mostram que não houve episódio de aproveitamento espontâneo, ocorreram três episódios de perda de oportunidade e três episódios de tentativas bem sucedidas de interação.

Já para a Intervenção 2, consulta psicopediátrica, identificou-se cinco episódios de cada categoria a seguir, aproveitamento espontâneo, perda de oportunidade e intervenção, quatro episódios para aproveitamento pós-intervenção, um episódio de ausência de resposta pós-intervenção e nenhum episódio de tentativa bem sucedida de interação foi registrado. A Tabela 4 ilustra os dados referentes às Intervenções 1 e 2 realizadas com o M2.

TABELA 4
Dados das Fases de Intervenção (M2)

| M2 | A | B | C | D | E | F |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| Intervenção 1 | 0 | 3 | - | - | - | 3 |
| Intervenção 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 0 |

Legenda: (A) Aproveitamento espontâneo, (B) Perda de oportunidade, (C) Intervenção, (D) Aproveitamento pós-intervenção, (E) Ausência de resposta pós-intervenção e (F) Tentativa bem sucedida de interação. As categorias C, D e E não se aplicam à Pré-consulta Comportamental.

A partir da gravação em áudio das consultas observadas, realizou-se uma análise qualitativa do conteúdo abordado ao longo do processo comunicativo entre médicos, psicólogo, pacientes e acompanhantes, para os procedimentos de consulta psicopediátrica e de pré-consulta comportamental. A seguir, alguns exemplos de episódios são destacados para ilustrar efeitos das intervenções psicológicas nas fases de Consulta Psicopediátrica e Pré-consulta Comportamental.

O primeiro efeito verificado, por meio da análise qualitativa, diz respeito ao direcionamento do foco de atenção do médico ao longo dos episódios de comunicação. Na maioria dos episódios de *perda de oportunidade*, registrados durante a linha de base, o médico tendeu a abordar a temática da doença e tratamento, focalizando sua atenção, principalmente, em questões relativas à compreensão das informações técnicas sobre o tratamento (como por exemplo, medicação a ser tomada e procedimentos necessários em cada fase). Diante desse tipo de comunicação, era comum que o paciente e/ou acompanhante apresentassem dificuldade de aceitação das informações, expressas, muitas vezes, por comportamentos não verbais que denotavam preocupação, ansiedade, discordância ou desconforto, os quais o médico tinha dificuldade de perceber ou aos quais não sabia como responder. Nas fases de Pós-intervenção 1 e 2, observa-se inversão desse padrão, com maior habilidade do médico em perceber os aspectos emocionais expressos. -

Na Figura 2 são apresentadas sequências de episódios com a mesma temática em Linha de Base, Intervenção e Pós-intervenção 1 que ilustram de que forma o comportamento do médico mudou sob efeito da intervenção do psicólogo. Pode-se observar uma sequência de episódios entre M1 e um paciente adolescente recém-diagnosticado com Linfoma de Hodgking, resistente à interação e cuja família tinha muita dificuldade de compreensão das informações. A consulta de Linha de Base com M1 aconteceu no dia da primeira sessão de quimioterapia do paciente e tinha como um dos objetivos informar ao paciente e à família sobre as características desse tratamento. Foram registrados, nessa consulta, sete episódios de *perda de oportunidade* e apenas dois de *aproveitamento espontâneo*. Todos os episódios de perda de oportunidade referiram-se à forma pela qual M1 conversou com o paciente, sua mãe e uma terceira acompanhante (prima) sobre a doença e o tratamento: (a) deteve-se muito tempo em apresentar grande quantidade de informações de uma vez; (b) checkou-se, de maneira breve, a compreensão apenas do paciente sobre as informações passadas; não se deu atenção às manifestações comportamentais de desaprovção e desconforto do mesmo (geralmente relacionadas à lista de cuidados e proibições apresentada por M1, consequentes ao uso da quimioterapia); e (d) direcionou-se pouca ou nenhuma atenção à mãe ou à terceira acompanhante.

| Procedimento | Categorias Observadas | Exemplos |
|---|--------------------------------|---|
| Consulta Psicopediátrica (M1-Linha de Base) | Perda de Oportunidade 1 | M1 critica posição do paciente (com a mão na cabeça e cabeça baixa) e pergunta se a cabeça vai cair. Paciente diz que é porque está enjoado. No começo da consulta ele já havia falado que estava se sentindo mal e que estava enjoado, mas M1 não havia percebido. |
| | Perda de Oportunidade 2 | M1 faz uma longa explicação sobre o que é QT os cuidados necessários quando se está em uso de QT. Utiliza linguagem difícil e paciente demonstra desânimo com as informações. M1 responde ao desânimo do paciente com críticas e reforçando o caráter obrigatório das orientações. |
| Consulta Psicopediátrica (M1-Intervenção) | Perda de Oportunidade + | Paciente havia perguntado sobre possibilidade de parar de tomar um remédio, no início da consulta. M1, avisa que vão discutir em equipe naquela semana se continua ou para com o remédio. Pede que paciente continue tomando o remédio até que a equipe decida (dali há 15 dias). Paciente demonstra não gostar da notícia. |
| | Intervenção + | Psicólogo pergunta como paciente toma o remédio e porque é ruim. Ele diz que é líquido e que o gosto é ruim. Mãe complementa dizendo que paciente sente vontade de vomitar quando toma o remédio nos mesmos dias de QT. |
| | Aproveitamento pós-intervenção | M1 investiga se o mal-estar com o remédio é só nos dias de QT e fala do possível efeito psicológico e do vômito antecipatório. Dá sugestões ao paciente de como melhorar os sintomas, mesmo tomando o remédio. |
| Consulta Psicopediátrica (M1-Pós-intervenção 1) | Aproveitamento Espontâneo 1 | Paciente pergunta se já pode suspender o remédio que o deixa enjoado. Após analisar a receita, M1 começa a explicar os próximos passos do tratamento, antes de responder. Paciente baixa o olhar, com sua fisionomia característica de impaciência. M1 pede que ele olhe para ela e conclui a explicação com a suspensão da medicação sobre a qual paciente perguntou. Paciente, então, pergunta sobre outro procedimento e M1 explica. |
| | Aproveitamento Espontâneo 2 | Mãe fala que paciente não está querendo “enfrentar” a possibilidade de queda do cabelo e que, se isso acontecer, disse que vai se esconder. M1 dá conselhos a ele sobre o que fazer, sugerindo que pense em um problema de cada vez e espere para ver o que vai acontecer. Compara a quantidade de cabelo do paciente com a de outros homens carecas por natureza. O paciente sorri, parecendo concordar com ela. |

FIGURA 2

Episódios de Perda de Oportunidade de Comunicação em Linha de Base, Intervenção e em Pós-intervenção 1

Os dados registrados na consulta de Pós-intervenção 1 para esse paciente, com M1, foram bastante diferentes, e praticamente opostos aos observados na Linha de Base. Foram registrados oito episódios de *aproveitamento espontâneo*, quatro de *tentativa bem sucedida de interação* e nenhum episódio de *perda de*

oportunidade. Dessa vez, embora o paciente mantivesse seu padrão de pouca comunicação, com cabeça baixa e sem estabelecer contato visual espontaneamente, M1 não desiste de estimular sua participação, pedindo, por mais de uma vez, que ele olhe para ela, perguntando qual a razão das expressões faciais do paciente (“O que significa esse olhar assim e assim (int.)”) e solicitando que o paciente repetisse as orientações que recebeu (“Então vamos voltar: quais os remédios que você está tomando (int.)”). Ao mesmo tempo, M1 passa a incluir a mãe no processo de comunicação, direcionando perguntas a ela e atenta às suas dúvidas.

A mudança no direcionamento do foco de atenção do médico ao longo dos episódios de comunicação, observada a partir da fase de Intervenção, favoreceu outra aquisição ao repertório de comunicação dos médicos com seus pacientes: iniciativa de estímulo do médico ao uso de estratégias de enfrentamento por parte dos pacientes. Na Figura 3, é apresentada sequência de episódios de tentativas bem sucedidas de interação, que ilustram de que forma o médico passou a abordar aspectos psicossociais relacionados ao cotidiano do paciente, incentivando a retomada de atividades diárias e o enfrentamento de procedimentos médicos invasivos.

| Procedimento | Categorias Observadas | Exemplos |
|---|-------------------------------------|---|
| Consulta Psicopediátrica (M1-Pós-intervenção 1) | Tentativa bem sucedida de interação | Médico pergunta para paciente qual atividade ele gosta de fazer e que não está fazendo em decorrência do tratamento. Paciente responde que é jogar futebol. Médico fala que ele fará uma transfusão de plaquetas para, assim, ter condições de jogar futebol no dia seguinte. |
| Consulta Psicopediátrica (M1-Pós-intervenção 1) | Tentativa bem sucedida de interação | Médico explica para paciente sobre o procedimento invasivo que será realizado ao final da consulta e fala que se ele ajudar, tudo terminará bem rápido. Antes do procedimento, médico passa pomada no local e, ao mesmo tempo, vai explicando, passo a passo, o que está fazendo. Ao final, médico dá parabéns ao paciente pelo comportamento de colaboração. |

FIGURA 3

Episódios de Tentativa bem Sucedida de Interação sob Consulta Psicopediátrica

De forma semelhante ao observado nas Consultas psicopediátricas, as análises qualitativas de episódios de comunicação com uso do procedimento de Pré-consulta Comportamental ilustram de que forma o repertório de comunicação dos médicos foi modificado a partir da intervenção. Os principais efeitos observados foram: (1) maior atenção às queixas e dúvidas dos pacientes e/ou familiares e aos comportamentos não verbais que expressavam aspectos emocionais; e, (2) investigação e orientação sobre aspectos psicossociais relacionados ao processo de enfrentamento da doença e tratamento.

A Figura 4 apresenta episódios que exemplificam o primeiro efeito. Nesses episódios, o médico responde às dúvidas ou queixas presentes no protocolo, fornecendo atenção e novas orientações ao paciente e/ou acompanhante acerca da doença e dos procedimentos médicos invasivos realizados durante o tratamento.

| Procedimento | Categorias Observadas | Exemplos |
|--|---------------------------|--|
| Pré-consulta comportamental (M1-Pós-intervenção 2) | Aproveitamento Espontâneo | Médico fala para mãe que no protocolo da pré-consulta comportamental aparece que ela não sabe direito o que o filho (paciente) tem. Médico questiona a mãe sobre o que ela acha que ele tem e esclarece as dúvidas. |
| Pré-consulta comportamental (M1-Pós-intervenção 2) | Aproveitamento Espontâneo | Médico consulta protocolo de pré-consulta e pergunta para paciente se ela queria saber se teria punção naquele dia e dá atenção as suas queixas. Médico: você queria saber se teria punção hoje? Paciente: sim. Médico: não, querida, só será em setembro. Porque você tem medo? Não gosta de ser segurada? Paciente: é que chamam as enfermeiras. Médico: tenho uma ideia, se você ficar quietinha, ninguém vai chamar as enfermeiras. |

FIGURA 4

Episódios de Aproveitamento Espontâneo após Pré-consulta Comportamental

A Figura 5 ilustra o segundo efeito. Nos episódios de tentativa bem sucedida de interação apresentados nessa figura, o médico toma a iniciativa de abordar aspectos psicossociais relacionados ao cotidiano do paciente, como a não ida à escola, ou relacionado ao acompanhante, tal como o fato da mãe ter deixado o emprego e ainda não ter retornado ao trabalho ou, ainda, aspectos relacionados ao tratamento, como a queda de cabelo (alopecia).

| Procedimento | Categorias Observadas | Exemplos |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Pré-consulta comportamental (M1) | Tentativa bem sucedida de interação | Médico questiona a mãe sobre o motivo da paciente não estar indo para a escola. Mãe fala que elas foram morar em outra casa e que a escola fica muito longe. Médico oferece apoio à mãe e dá sugestão dela buscar as tarefas escolares para a paciente ir fazendo em casa. |
| Pré-consulta comportamental (M2) | Tentativa bem sucedida de interação | Médico fala com a mãe sobre o trabalho dela, reforçando que pode voltar a trabalhar. Médico: você trabalhava? Familiar/cuidador: dia sim, dia não, agora eu parei. Trabalhava como diarista. Médico: mas agora não tá dando pra pegar nenhuma faxina? Familiar/cuidador: tá não, porque é muita consulta. Médico: mas agora vai ser só uma vez por semana (consultas), e dá pra você trabalhar. |
| Pré-consulta comportamental (M2) | Tentativa bem sucedida de interação | Médico pergunta sobre a queda de cabelo e fornece suporte ao assunto, explicando que todo o cabelo vai voltar quando o tratamento terminar. |

FIGURA 5

Episódios de Tentativa bem Sucedida de Interação após Pré-consulta Comportamental

Os resultados do estudo apontam efeitos da intervenção psicológica sobre o processo de comunicação entre médicos, pacientes e acompanhantes, para os dois procedimentos de intervenção psicológica, consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental. Os dados indicam que os dois médicos expostos aos procedimentos apresentaram mudanças nos comportamentos de comunicação, chamando atenção para a diminuição dos episódios de perda de oportunidade após os dois tipos de intervenção propostos.

Os dados referentes às Linhas de Base, para M1 e M2, mostram que houve uma redução dos episódios de perda de oportunidade de comunicação, indicando que ao longo do estudo foram identificados, pelos médicos, mais elementos sinalizadores da percepção de expressões e comportamentos de pacientes e acompanhantes que indicavam discordância, dúvida ou insatisfação com informações transmitidas. Pode-se apontar, também, que os médicos tornaram-se mais atentos a comportamentos verbais e não-verbais de pacientes e cuidadores, bem como ofereceram, com maior frequência, suporte e acolhimento às queixas referidas. Assim, considerando a importância de uma comunicação eficiente para indivíduos em tratamento de saúde, Pereira (2005) defende que é imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde, visto que a partir dessas habilidades é que se desencadeiam relações interpessoais de qualidade.

Considerando os episódios de aproveitamento espontâneo de comunicação, percebe-se que, para M2, houve um aumento significativo no número de episódios após as intervenções com pré-consulta comportamental e consulta psicopediátrica, indicando a possibilidade desse médico ter aprimorado sua habilidade de perceber comportamentos não verbais que sinalizassem a necessidade de alterar a forma de se comunicar com pacientes e acompanhantes.

Para M1, observa-se uma situação diferente. Após a intervenção com o procedimento de consulta psicopediátrica, onde havia intervenção do psicólogo diretamente sobre os comportamentos verbais do médico, ocorreu um aumento dos episódios de comunicação. Todavia, após a intervenção com a pré-consulta comportamental, o número de episódios de aproveitamento espontâneo de comunicação decresceu (em relação ao observado após as consultas psicopediátricas). Esse dado pode sugerir uma maior eficiência do procedimento de consulta psicopediátrica, mas é preciso considerar variáveis individuais e situacionais, tais como diferenças no modo como os dois médicos poderiam reagir, naturalmente, às mesmas problemáticas abordadas durante as consultas e a complexidade de temas inerentes às condições clínicas e de evolução de cada paciente.

Para os episódios de tentativas bem sucedidas de interação, os dados apresentaram um aumento, seguido de um decréscimo no número de episódios após, respectivamente, consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental para M1 e pré-consulta comportamental e consulta psicopediátrica para M2. Essa variação permite apontar que houve diferenças no padrão de comportamentos de comunicação entre os médicos e entre os procedimentos utilizados. Os exemplos destacados para estes episódios (Figuras 3 e 5) mostram que os médicos, ao tomar a iniciativa de abordar e discutir aspectos psicossociais ligados ao tratamento, ou a outros temas não relacionados diretamente a sintomas físicos ou ao estado clínico do paciente, favorecem o processo de enfrentamento da doença, como se pode perceber quando M1 pergunta para o paciente qual atividade ele gosta de fazer e que não está fazendo em decorrência do tratamento, ou quando M2 pergunta sobre a queda de cabelo e fornece suporte ao assunto, explicando que o cabelo volta a crescer ao final do tratamento ou, ainda, questiona a mãe sobre o motivo da paciente não estar frequentando a escola.

Considerando que o processo comunicativo entre médico, paciente e acompanhante tem papel funcional e é preditivo para uma boa adesão ao tratamento, Zannon (1999) destaca que o conceito de adesão a tratamento deve estar funcionalmente relacionado a um controle instrucional e comunicacional do médico em direção ao paciente. Dessa forma, a autora sugere que a ação esperada do paciente e acompanhante seja descrita e comunicada claramente pelo médico, como conteúdo essencial para o processo de adesão, o que requer um processo de comunicação claro, direto e objetivo. Assim, observa-se que em um dos exemplos de

tentativa bem sucedida de interação (Figura 3), que M1 explica para paciente sobre o procedimento médico invasivo que será realizado ao final da consulta, oferecendo resolução de dúvidas e suporte às expressões emocionais do paciente.

Perosa et al. (2006) discorrem que há, por parte dos profissionais de saúde, certo ceticismo quanto à competência da criança para participar ativamente de consultas médicas, especialmente, para assumir a responsabilidade por escolhas e decisões referentes ao tratamento. Essa questão pode ser identificada em um dos exemplos de episódio de perda de oportunidade de comunicação (Figura 2), quando a acompanhante relata que o paciente não participa da consulta para não saber acerca dos procedimentos médicos invasivos que serão realizados e M2 não dá atenção ao conteúdo verbalizado e nem ao comportamento da criança, ignorando a sua ausência durante a consulta ambulatorial.

Mesmo após a realização das intervenções com os procedimentos consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental, pode-se observar verbalizações inadequadas por parte dos médicos, ou falta de suporte verbal, para expressão emocional de preocupação, ansiedade e/ou necessidades psicossociais manifestadas de forma verbal e/ou não verbal pelo paciente e/ou acompanhante. Por exemplo, durante uma consulta após a pré-consulta comportamental, a acompanhante relata expressão emocional de susto em decorrência da alta temperatura corporal da filha. No entanto, M1 não responde verbalmente e não oferece qualquer tipo de suporte emocional ou esclarecimento à queixa manifesta pela acompanhante. Em outro exemplo, com consulta psicopediátrica, a acompanhante relata expressão emocional de medo frente ao resultado de um exame de avaliação óssea da filha. Mesmo após a intervenção do psicólogo, com o objetivo de alertar o médico sobre a necessidade de reorientar sua forma de conduzir a comunicação com a acompanhante, M2 não responde verbalmente ou não oferece qualquer tipo de suporte emocional à mãe/acompanhante.

Considerando que Deslandes e Mitre (2009) destacam que a humanização do processo de comunicação em saúde é um dos objetivos a serem atingidos para aumentar os indicadores de adesão ao tratamento, espera-se que o treinamento contínuo dos profissionais de saúde, desde a formação acadêmica, proporcione um novo padrão de produção de cuidados, com atenção às necessidades psicossociais dos usuários. É essencial, ainda, que os profissionais de saúde assumam, individual e coletivamente, esse compromisso. Pode-se destacar que este trabalho constitui uma tentativa de treinamento dos profissionais de saúde para desenvolvimento de novas habilidades de comunicação, com prioridade para a percepção das necessidades psicossociais de pacientes e acompanhantes.

Espera-se, ainda, que este trabalho possa subsidiar o desenvolvimento de consultas psicopediátricas e de pré-consultas comportamentais como serviços de rotina ao atendimento de pacientes em tratamento de patologias onco-hematológicas e outras patologias crônicas e debilitantes, aprimorando, continuamente, o processo de comunicação entre médicos, pacientes e acompanhantes.

Para o desenvolvimento de novos estudos, algumas dificuldades relacionadas ao emprego da metodologia adotada neste estudo devem ser consideradas. Entre elas, a baixa adesão de um dos médicos à utilização dos protocolos de pré-consulta, que identificavam a percepção e compreensão de pacientes e acompanhantes acerca da situação de adoecimento e tratamento. Muitas vezes, esses protocolos eram ignorados pelo médico, mesmo após a orientação do psicólogo sobre sua importância para aprimorar a comunicação com pacientes e acompanhantes. A principal alegação para a não consideração do protocolo de pré-consulta era a falta de tempo.

Outra dificuldade a ser considerada são as limitações do sistema público de saúde, que incluem uma grande quantidade de pacientes a serem atendidos por um número limitado de profissionais, o que leva os médicos a perceberem certa falta de tempo para aprofundarem determinadas temáticas que excedem os dados de evolução clínica, formalmente abordados em consultas médicas de rotina.

Considerando a importância de uma comunicação eficaz no contexto de cuidados com a saúde, os resultados deste trabalho indicam que ocorreu melhora da habilidade de comunicação dos médicos participantes com os pacientes e acompanhantes, após os procedimentos de consulta psicopediátrica e pré-consulta comportamental. A presença e intervenção do psicólogo nas consultas médicas e a utilização do

protocolo de pré-consulta, anexado à capa do prontuário, aumentam a probabilidade de o médico ficar atento aos comportamentos dos pacientes e acompanhantes que expressam sentimentos, preocupações e mudanças de rotina de vida funcionalmente relacionadas ao tratamento.

Referências

- Aniki, G., França, L., Roland, G., Pierre, P., Rousseau, F., Haynes, R.B., Cauchon, M., & Labrecque, M. (2011). Developing and user-testing decision boxes to facilitate shared decision making in primary care: A study protocol. *Medical Informatics & Decision Making*, 11(17), 1-11.
- Armelin, C.B., Wallau, R.A., Sarti, C.A., & Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* [online], 15(2), 45-54.
- De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287-294.
- Deslandes, S. F. & Mitre, R. M. A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 13(1), 641-649.
- El Malla, H., Kreichbergs, U., Steineck, G., Wilderäng, U., El Sayed Elborai, Y., & Ylitalo, N. (2013). Parental trust in health care-a prospective study from the Children's Cancer Hospital in Egypt. *Psychooncology*, 22(3), 548-554.
- Eymann, A., Ortolani, M., Moro, G., Otero, P., Catsicaris, C., & Wahren, C. (2011). Modalidades de Saludo preferidas por los pacientes em la consulta pediátrica ambulatoria. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 14-17.
- Forsey, M., Salmon, P. Eden, T., & Young, B. (2013). Comparing doctors' and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Psychooncology*, 22(2), 260-267.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Em W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
- Lefevre, F., Lefevre, A.M.C., & Figueiredo, R. (2010). Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. *Comunicação e Saúde*, 12(1), 3-10.
- More, C.L.O.O., Crepaldi, M.A., Gonçalves, J.R., & Menezes, M. (2009). Contribuições do pensamento à prática do Psicólogo no contexto hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 465-473.
- Nystrup, J., Larsen, J.H., & Risor, O. (2010). Developing Communication Skills for the General Practice Consultation Process. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10(3), 318-325.
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, UFRN, 9(3), 459-469.
- Pereira, M.A.G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto - Enfermagem* [online], 14(1), 33-37.
- Perosa, G.B., & Ranzani, P.M. (2008). Capacitação do médico para comunicar más notícias às crianças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 468-473.
- Perosa G. B., Gabarra L. M., Bossolan R. P., Ranzani P. M., & Pereira V. M. (2006). Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no setting pediátrico. Em M.A. Crepaldi, M.B.M. Linhares & G.B. Perosa, (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp. 57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zannon, C.M.L.C. (1999). Psicologia aplicada à Pediatria: questões metodológicas atuais. Em R.R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas* (pp. 46-58). Santo André, SP: Arbytes Editora.
- Zwaanswijk, M., Tates, K., Dulmen, S. V., Hoogerbrugge, P.M., & Kamps, W.A. (2011). Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: A vignette study on child patients, parents, and survivors communication preferences. *Psycho-Oncology*, 20, 269-277.
- Zwaanswijk, M., Tates, K., Dulmen, S. V., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., & Bensing, J. M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *Biomedical Central Pediatrics*, 7(35), 45-52.

Jardson Fragoso Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Henrique Bayer Gonçalves
Universidade Estadual de Londrina

Márcia Cristina Caserta Gon
Universidade Estadual de Londrina

O ato de se alimentar tem sido uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea. Comer bem ou comer mal são expressões utilizadas com frequência pelo senso comum para estabelecer relações de causa ou prevenção de doenças. A alimentação inadequada está ligada a algumas das doenças mais frequentes nos países ocidentais, como arteriosclerose, a tensão arterial elevada, a diabetes, e considerada como uma importante causa de mortalidade (Viana, 2006). Além disso, reflexões filosóficas e sócio-culturais têm demonstrado grande preocupação sobre como a sociedade lida e planeja o estilo de alimentação dos seres humanos, bem como a influência do estilo de vida sobre os novos distúrbios relacionados ao culto do corpo e transtornos alimentares, tais como a anorexia, bulimia e as comorbidades relacionadas à obesidade (Andrade, 2003).

O alimentar-se pode ser considerado um tipo de comportamento complexo que envolve muitas variáveis de controle. A sua principal função é a de manter a homeostase do corpo frente às mudanças ambientais de curto prazo (Cabraia, 2004). No caso específico de crianças, a alimentação é constituída pela formação de hábitos ensinada pelas famílias quanto à forma e tipo de alimento consumido.

A tendência das preferências alimentares das crianças mostra um consumo de alimentos com quantidade elevada de carboidrato, açúcar, gordura e sal, e baixo consumo de alimentos como vegetais e frutas, se comparados às quantidades recomendadas (Krebs-Smith, Cook, Subar, Cleveland, Friday & Kahle, 1996). Esta tendência é originada na socialização alimentar da criança e depende, em grande parte, dos padrões da cultura alimentar do grupo social ao qual ela pertence (Ramos & Stein, 2000).

Embora a alimentação seja voltada para a sobrevivência, ela se dá em um ato de relacionamento do indivíduo com o ambiente que o cerca. A relação que o indivíduo vai estabelecer com a alimentação ao longo de toda a vida é fruto da dinâmica das relações que o indivíduo estabeleceu com a mãe, a família e com as contingências em que está inserido (Madeira & Aquino, 2003).

O processo de aprendizagem do comportamento alimentar infantil dá-se com três condições: a sugestão do sabor dos alimentos (descrição feita por regras), a consequência pós-ingestão dos alimentos (o próprio sabor agradável do alimento, a cessação da condição aversiva da fome) e o contexto social (aprovação, punição e práticas culturais alimentares) (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Dependendo da forma como estas condições são apresentadas, contingentes ao comportamento da criança de aceitar determinados tipos e quantidades de alimentos, poderá ocorrer uma aprendizagem inadequada do comportamento de alimentar-se. A ingestão de determinados tipos de alimentos que contêm em suas composições nutrientes que prejudicam o desenvolvimento infantil ou a não ingestão de alimentos que o favorece são problemas de comportamento alimentar comumente observados na infância. Em virtude desta má alimentação que decorre de comportamentos alimentares inadequados, a criança poderá ainda ter um organismo mais susceptível a manifestar problemas médicos em curto e longos prazos (Ramos & Stein, 2000). Crianças que possuem uma alimentação insuficiente apresentam um alto risco de desenvolver sérios problemas de saúde

como perda excessiva de peso, letargia, desnutrição e atraso no desenvolvimento (Riordan, Iwata, Finney, Wohl, & Stanley, 1984).

Assim, os problemas de ingestão de alimentos, independentemente de sua etiologia, são aqueles identificados quando um indivíduo é incapaz ou se recusa comer ou beber quantidades de alimentos suficientes para manter um estado nutricional considerado saudável por especialistas (Hoch, Babbitt, Coe, Krell & Hackbert, 1994). Muitos dos distúrbios alimentares estão ligados a um número de anormalidades fisiológicas tais como disfunções neurológicas, defeitos anatômicos congênitos ou acidentais e desequilíbrio metabólico por exemplo. Mas além destas anormalidades de natureza fisiológica, o ambiente social pode ter um papel importante no desenvolvimento, manutenção e exacerbação destes transtornos, em especial na infância (Werle, Murphy, & Budd, 1993). Crianças com distúrbios no trato gástrico ou impedimentos fisiológicos (que dificultam a alimentação causando recusa alimentar crônica) têm necessidade de atenção e cuidados específicos para o consumo de alimentos e nutrientes (Riordan, et al., 1984; Werle et al., 1993).

Tendo por base o sucesso no tratamento de problemas de ingestão de alimentos pela manipulação de consequências operantes, Ahearn, Kerwin, Eicher, Shantz & Swearingin (1996) afirmam que problemas de comportamento alimentar são, pelo menos em parte, aprendidos. Essa aprendizagem se dá como resultado de interações das crianças com o seu ambiente que podem ser por meio de reforço negativo, como por exemplo, ao recusar alimentação ou executar um comportamento inapropriado, e este ser consequenciado com o fim da apresentação da comida (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta & Layer, 2003).

Viana (2002) sugere que na Psicologia, as pesquisas com enfoque no comportamento alimentar expandiram-se na década de 80 e 90 iniciando-se com a preocupação da má nutrição (e.g., déficit em cálcio, ferro, etc.) e suas consequências específicas do desenvolvimento intelectual da criança e implicações em idades posteriores. O autor ainda afirma que a literatura recente foca seus estudos nas relações psicossociais e de perturbação do comportamento alimentar, como, por exemplo, a anorexia e obesidade. Viana (2006) ao realizar uma revisão de literatura sobre tipos de intervenções analítico-comportamentais sobre comportamento alimentar constatou que estas abrangiam uma série de transtornos, tais como obesidade e recusa alimentar crônica (associados com transtornos no desenvolvimento e disfunções fisiológicas).

Portanto, em razão da apresentação dos problemas de ingestão de alimentos serem multideterminados por eventos biológicos, psicológicos e sociais, os analistas comportamentais têm desenvolvido propostas promissoras para promoção de saúde por meio de avaliações e intervenções adequadas que resultem em um controle das variáveis que mantêm o comportamento.

Uma das maneiras de divulgar e discutir criticamente o conhecimento produzido na Análise do Comportamento Aplicada à saúde é por meio da divulgação dos resultados obtidos nos estudos realizados em revistas científicas. Um dos periódicos mais bem conceituados é o *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA). O JABA foi a primeira revista científica internacional com o objetivo de divulgar pesquisas aplicadas da Análise do Comportamento. Fundado em 1968 pela *Society for the Experimental Analysis of Behavior* (SEAB), seu surgimento possibilitou a proliferação de artigos de tal modo a promover autonomia da aplicação enquanto área de pesquisa.

Devido 1) à importância clínica e relevância social das pesquisas aplicadas que investigam transtornos do comportamento alimentar em crianças (como, por exemplo, a menor ingestão ou recusa de alimentos que prejudica o desenvolvimento infantil saudável), 2) à atuação de analistas comportamentais na descrição e intervenção de seus possíveis determinantes e 3) ao JABA ser um dos periódicos mais bem conceituados pela comunidade científica na divulgação de pesquisas aplicadas que são conduzidas por analistas do comportamento, o presente estudo visou realizar um revisão sistemática de artigos do JABA sobre problemas de ingestão alimentar. Nesta revisão foram levantados e quantificados os artigos publicados sobre estudos de intervenção sobre o sobre problemas de ingestão alimentar e apresentados e discutidos seus objetivos, método e principais resultados.

Método

Realizou-se uma busca eletrônica diretamente na base de dados do *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA). Foram utilizadas as seguintes expressões: “*Food behavior*”, “*Food refusal*”, “*Food consuming*”, “*Food disturb*”, “*Feeding disturb*”, “*Feeding refusal*”, “*Feeding disorder*”, “*Food selectivity*” e “*Disruptive mealtime*”. Não foi utilizada a palavra infantil (*Children*) ou criança (*child*), contudo após seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão o público alvo em sua totalidade foi representada por crianças e adolescentes. Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisas que tratassem de avaliações e intervenções sobre problemas de ingestão de alimentar (e.g. recusa de alimento, seletividade, expulsão) publicados no período de 2001 e 2010. Os artigos que apresentassem estudos sobre comportamentos que não fizessem parte da classe de transtornos relacionada aos problemas de ingestão alimentar ou que tratassem de revisão ou teorias sobre o tema foram excluídos.

As categorias de análise foram as seguintes: (a) objetivo dos estudos, (b) caracterização dos participantes (amostra) e, (c) estratégia/procedimento de intervenção.

Resultados e Discussão

Os resultados da busca, apresentados na Tabela 1, estão dispostos na ordem em quem foram pesquisados na base de dados do JABA e a quantidade de artigos selecionados. Após serem excluídos os artigos duplicados (que aparecem em mais de uma palavra-chave) foram encontrados 30 estudos no JABA que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados levantados a partir das categorias expostas na seção anterior serão descritos na sequência.

TABELA 1

Busca por palavras-chaves e quantidade de artigos selecionados

| Palavra-Chaves | Número de artigos apresentados na busca | Artigos selecionados |
|---------------------|---|----------------------|
| Feeding Disturb | 03 | 01 |
| Food disturb | 04 | 01 |
| Food Refusal | 46 | 01 |
| Food Selectivity | 26 | 05 |
| Feeding Refusal | 36 | 12 |
| Disruptive Mealtime | 10 | 04 |
| Food Consuming | 92 | 03 |
| Feeding disorder | 70 | 01 |
| Food Behavior | 221 | 02 |
| TOTAL | 508 | 30 |

Objetivos dos Estudos

Os objetivos dos trabalhos publicados foram agrupados em três categorias que estão apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2

Citação e número de estudos classificados quanto ao objetivo do estudo

| Categoria | Número de estudos | Citação dos estudos |
|---|-------------------|--|
| Análise de Pacotes ou protocolos de intervenção | 07 | (Kahng, Tarbox, & Wilke, 2001) (Sevin, Gulotta, Sierp, Rosica, & Miller, 2002) (Mueller, et al., 2003) (Dawson, Piazza, Sevin, Gulotta, Lerman, & Kelley, 2003) (Najdowski, Wallace, Doney, & Ghezzi, 2003) (Buckley & Newchok, 2005) (Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) |
| Teste de procedimentos e estratégias | 20 | (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Anderson & McMillan, 2001) (Patel, Piazza, Santana, & Volkert, 2002) (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002) (Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002) (Kelley, Piazza, Fisher, & Oberdorff, 2003) (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003) (Ahearn, 2003) (Reed, et al., 2004) (Kahng, Boscoe, & Byrne, 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Patel, Piazza, Layer, Coleman, & Swartzwelder, 2005) (Gulotta, Piazza, Patel, & Layer, 2005) (Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Tiger & Hanley, 2006) (Girolami, Boscoe, & Roscoe, 2007) (Bachmeyer, Piazza, Fredrick, Reed, Rivas, & Kadey, 2009) (Sharp, Harker, & Jaquess, 2010) (Rivas, Piazza, Patel & Bachmeyer 2010) |
| Análise Funcional | 03 | (Piazza, et al., 2003) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Borrero, Woods, Borrero, Masler, & Lesser, 2010) |

Sobre as avaliação de protocolo, sete estudos utilizaram sequências de procedimentos para intervir em distúrbios do comportamento alimentar. Esses estudos caracterizavam-se pela apresentação de mais de dois procedimentos em conjunto para modificação do comportamento alvo. Dentre os sete artigos relacionados, quatro envolveram ensino e/ou execução de um protocolo na relação com a criança (Kahng, Tarbox, & Wilke, 2001; Mueller, Piazza, Patel, Kelley & Pruett, 2003; Najdowski, Wallace, Doney, & Ghezzi, 2003; Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010). Já os artigos apresentados por Sevin, Gulotta, Sierp, Rosica & Miller (2002) e Buckley e Newchok (2005) propuseram intervenções por meio de “pacotes” compostos por três tipos de procedimentos para combater multiplas topografias da recusa alimentar e *packing* (reter o alimento na boca sem deglutí-lo). Dawson, Piazza, Sevin, Gulotta, Lerman & Kelley (2003), por sua vez, trabalharam com combinação de procedimentos envolvendo uma sequência de intruções de alta probabilidade (*high-p*) para aumentar a adesão ao tratamento conjuntamente com a implementação de extinção a fuga com o objetivo de aumentar a frequência de aceitação de comida e obediência da criança.

A maioria dos estudos (20 artigos) teve como objetivo avaliar a eficácia de um procedimento ou estratégia sobre algumas variáveis mantenedoras do comportamento alimentar. Um dos objetivos foi avaliar o procedimento de *fading* (esvanecimento de um estímulo, ao mesmo tempo em que outro era apresentado de maneira gradual) sobre o consumo de líquido (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001; Tiger & Hanley, 2006) e sobre aproximação da colher (Rivas, Piazza, Patel, & Bachmeyer, 2010). Outro objetivo foi o de avaliar a maneira de apresentação do alimento (se de forma simultânea ou sequencial) (Ahearn, 2003; Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002; Sharp, Harker, & Jaquess, 2010), mistura de comida preferida com não preferida (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) e tipos de textura do alimento (Najdowski et al., 2003; Patel, Piazza, Santana, & Volkert, 2002). Outros sete artigos tiveram como objetivo avaliar a utilização combinada de alguns procedimentos aversivos (p. ex, extinção a fuga), positivos (p. ex, Reforço diferencial de comportamento alternativo – DRA - e Reforço não contingente - NCR) e a eficácia de cada um separadamente (Anderson & McMillan, 2001; Bachmeyer et al., 2009; Kahng, Boscoe,

& Byrne, 2003; Kelley, Piazza, Fisher, & Oberdorff, 2003; Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002; Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003; Reed, et al., 2004; Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005). Dos três artigos restantes, o estudo de Gulotta, Piazza, Patel, e Layer (2005) objetivou utilizar a redistribuição da comida na boca da criança visando reduzir o comportamento de packing e o de Wilder, Normand e Atwell (2005) utilizou reforço não contingente para combater a recusa alimentar que foi associada com comportamento auto-lesivo. Por sua vez Girolami, Boscoe, e Roscoe (2007) tentaram diminuir a expulsão alimentar de uma criança com a apresentação e reapresentação do alimento por meio de uma escova específica.

Três estudos investigaram as variáveis mantenedoras do comportamento de realizar refeições em horário inadequado por meio de análise funcional. O estudo de Borrero, Woods, Borrero, Masler e Lesser (2010) teve como objetivo principal descrever os tipos de consequências dadas aos comportamentos de recusa alimentar durante os horários de refeições inapropriados. Najdowski, et al., (2008) propuseram ensinar a realizar análises funcionais sobre o comportamento de realizar refeições em horários inadequados no ambiente natural das crianças. Piazza, Fisher, Brown et al. (2003) objetivaram realizar uma avaliação naturalística e elaborar hipóteses sobre variáveis que interferiam no horário de execução do comportamento alimentar, além de avaliar os efeitos de cada consequência usada pelos pais sobre os comportamentos inapropriados.

Esta maior quantidade de estudos que objetivaram testar procedimentos pode ser justificada pela totalidade de comportamentos envolvidos na cadeia do comportamento alimentar (aceitação, mastigação, deglutição e retenção no estômago) serem igualmente importantes para o entendimento dos problemas de ingestão de alimentos nas crianças (Riordan, et al., 1984). Portanto, como o comportamento alimentar pode ser entendido como uma classe de respostas encadeadas, os problemas de ingestão de alimentos diversificam dentro da própria cadeia (expulsão, retenção na boca, vômitos e comportamentos inapropriados associados) e podem estar sob controle de variáveis antecedentes e/ou consequentes que necessitam de intervenções diversas para cada função que possuam nos problemas do comportamento alimentar (Munk & Repp, 1994). Desse modo os artigos apresentaram uma diversidade de objetivos que envolveram testes de procedimentos, pacotes de intervenção e avaliações funcionais para análise e intervenção nas variáveis mantenedoras de comportamentos inadequados relacionados ao comportamento alimentar.

Características dos Participantes

Os 30 estudos pesquisados tiveram como participantes crianças com problemas de ingestão de alimentos entre 10 meses a 14 anos de idade. O total de crianças que participaram das pesquisas somam 97 sendo 64 do gênero masculino e 28 do gênero feminino. Apenas um estudo (Mueller et al, 2003) não especificou o gênero das crianças (n=5).

A partir do diagnóstico dos participantes, três categorias foram levantadas: transtornos/patologias físicas (participantes que possuíam doenças que afetavam o trato gástrico), transtornos/patologias cognitivas (participantes que possuíam doenças que afetavam o desenvolvimento cognitivo) e desenvolvimento típico conforme descrito na Tabela 3.

Observou-se que em seis estudos (Anderson & McMillan, 2001; Borrero et al., 2010; Piazza et al., 2002; Piazza, et al., 2003; Patel, Piazza, Layer, Coleman, & Swartzwelder, 2005; Wilder et al., 2005) houve participantes de ambas as categorias (transtornos/patologias físicas e transtornos/patologias cognitivas), no caso das patologias físicas, 22 estudos apresentaram participantes com algum problema relacionado ao consumo alimentar, as principais apresentadas pelos participantes foram:

Refluxo Gastroesofágico (Anderson & McMillan, 2001; Bachmeyer et al., 2009; Borrero et al., 2010; Dawson et al., 2003; Gulotta, Piazza, Patel, & Layer, 2005; Sevin, Gulotta, Sierp, Rosica, & Miller, 2002; Piazza, et al., 2003; Piazza et al., 2003; Reed, et al., 2004; Patel et al., 2005; Reed et al., 2005; Wilder et al., 2005; Girolami et al., 2007; Valdimarsdóttir et al., 2010; Sharp et al., 2010; Rivas, Piazza, Patel, & Bachmeyer, 2010), Alergia a comida (Borrero et al., 2010; Piazza, et al., 2003; Reed, et al., 2004; Wilder et al., 2005)

93 síndrome do cólon irritável (Piazza et al., 2003), síndrome de Pierre Robin (Borrero et al., 2010; Reed, et al., 2004), displasia broncopulmonar (Bachmeyer et al., 2009; Girolami et al., 2007; Patel et al., 2005) e patologias não relacionadas com o trato gástrico, mas que influenciavam direta ou indiretamente no problema alimentar, tais como epilepsia (Gulotta, Piazza, Patel & Layer, 2005; Piazza et al., 2002; Piazza, et al., 2003), paralisia cerebral (Piazza et al., 2003; Sharp et al., 2010), doenças relacionadas ao coração (Patel, Piazza, Martinez et al., 2002; Sharp et al., 2010).

TABELA 3
Citação e número de estudos classificados quanto a características dos participantes

| Característica dos participantes | Número de estudos | Estudos |
|-------------------------------------|-------------------|---|
| Transtornos / Patologias físicas | 22 | (Kahng, Tarbox, & Wilke, Use of a multicomponent treatment for food refusal, 2001) (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Anderson & McMillan, 2001) (Sevin, Gulotta, Sierp, Rosica, & Miller, 2002) (Patel, Piazza, Santana, & Volkert, 2002) (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002) (Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002) (Piazza, et al., 2003) (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003) (Reed, et al., 2004) (Dawson, Piazza, Sevin, Gulotta, Lerman, & Kelley, 2003) (Kahng, Boscoe, & Byrne, 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Patel, Piazza, Layer, Coleman, & Swartzwelder, 2005) (Gulotta, Piazza, Patel, & Layer, 2005) (Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Girolami, Boscoe, & Roscoe, 2007) (Bachmeyer, Piazza, Fredrick, Reed, Rivas, & Kadey, 2009) (Borrero, Woods, Borrero, Masler, & Lesser, 2010) (Sharp, Harker, & Jaquess, 2010) (Rivas, Piazza, Patel, & Bachmeyer, 2010) |
| Transtornos / Patologias cognitivas | 11 | (Anderson & McMillan, 2001)(Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002) (Piazza, et al., 2003) (Ahearn, 2003) (Najdowski, Wallace, Doney, & Ghezzi, 2003) (Patel, Piazza, Layer, Coleman, & Swartzwelder, 2005) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Buckley & Newchok, 2005) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) (Borrero, Woods, Borrero, Masler, & Lesser, 2010) |
| Desenvolvimento Típico | 04 | (Kelley, Piazza, Fisher, & Oberdorff, 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Tiger & Hanley, 2006) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) |

Os participantes que apresentavam patologias cognitivas foram encontrados em 11 estudos. Da variedade de problemas cognitivos relacionados, participantes autistas estiveram presentes em 10 pesquisas (Piazza et al., 2002; Piazza, Fisher, Brown et al., 2003; Ahearn, 2003; Najdowski et al., 2003; Patel et al., 2005; Wilder, Normand, & Atwell, 2005; Buckley & Newchok, 2005; Najdowski et al., 2008; Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010; Borrero, Woods, Borrero, Masler, & Lesser, 2010). O único estudo que não apresentou autismo entre seus participantes foi o de Anderson e McMillan (2001) que teve como participante uma criança com déficit cognitivo.

Participantes com desenvolvimento típico, sem apresentar patologias físicas ou cognitivas, foram encontrados em quatro estudos. Desses estudos, metade tiveram apenas participantes com desenvolvimento considerado normal, embora apresentassem problemas de recusa alimentar (Kelley et al., 2003; Tiger & Hanley, 2006). Os dois estudos restantes abrangeram participantes das categorias anteriores e dentre o total de participantes apenas um tinha o desenvolvimento típico (Mueller et al., 2004; Najdowski et al., 2008).

A variedade de características apresentadas pelos participantes das pesquisas revisadas demonstra a pluralidade do alcance da intervenção comportamental. Os estudos demonstraram que procedimentos e estratégias de intervenção acerca do comportamento alimentar puderam ser utilizados de forma semelhante em participantes com características diversas.

Procedimentos e Estratégias Utilizadas

Com relação aos procedimentos utilizados nas pesquisas, constatou-se uma diversidade de procedimentos e estratégias de intervenção sobre o comportamento alimentar (Tabela 4).

TABELA 4

Citação e número de estudos que empregaram os procedimentos/estratégias identificados nas intervenções sobre comportamento alimentar

| Procedimentos/ estratégias utilizadas | Número de estudos | Citação dos estudos |
|---|----------------------|--|
| Avaliação de itens/ comida de preferência | 20 | (Kahng, Tarbox, & Wilke, 2001) (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Anderson & McMillan, 2001) (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002) (Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002) (Kelley, Piazza, & Fisher, 2003) (Piazza, et al., 2003) (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003) (Ahearn, 2003) (Reed, et al., 2004) (Mueller, et al., 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Gulotta, Piazza, Patel, & Layer, 2005) (Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005) (Buckley & Newchok, 2005) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Tiger & Hanley, 2006) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Bachmeyer, Piazza, Fredrick, Reed, Rivas, & Kadey, 2009) (Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) (Woods, Borrero, Woods, Borrero, Masler, & Lesser, 2010) |
| Differential Reinforcement of Alternative behavior (DRA) | 10 | (Kahng, Tarbox, & Wilke, 2001) (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Anderson & McMillan, 2001) (Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002) (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003) (Mueller, et al., 2003) (Kahng, Boscoe, & Byrne, 2003) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005) (Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) |
| Extinção a fuga (EE) | 17 | (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Anderson & McMillan, 2001) (Patel, Piazza, Martinez, Volkert, & Santana, 2002) (Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer, 2003) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Reed, Dolezal, Cooper-Brown, & Wacker, 2005) (Sevin, Gulotta, Sierp, Rosica, & Miller, 2002) (Reed, et al., 2004) (Dawson, Piazza, Sevin, Gulotta, Lerman, & Kelley, 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Patel, Piazza, Layer, Coleman, & Swartzwelder, 2005) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Tiger & Hanley, 2006) (Girolami, Boscoe, & Roscoe, 2007) (Bachmeyer, Piazza, Fredrick, Reed, Rivas, & Kadey, 2009) (Rivas, Piazza, Patel, & Bachmeyer, 2010) (Kelley, Piazza, Fisher, & Oberdorff, 2003) |
| Fading | 7 | (Patel, Piazza, Kelly, Ochsner, & Santana, 2001) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Valdimarsdóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Tiger & Hanley, 2006) (Rivas, Piazza, Patel, & Bachmeyer, 2010) (Kelley, Piazza, & Fisher, 2003) |

a Tabela 4 continua na próxima página

| Procedimentos/ estratégias utilizadas | Número de estudos | Citação dos estudos |
|--|----------------------|--|
| Tipo de apresentação da comida | 5 | (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia, & Lancaster, 2002) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Ahearn, 2003) (Buckley & Newchok, 2005) (Sharp, Harker, & Jaquess, 2010) |
| Reforço não contingente | 9 | (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) (Reed, et al., 2004) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Wilder, Normand, & Atwell, 2005) (Patel, Piazza, Santana, & Volkert, 2002) (Kelley, Piazza, & Fisher, 2003) (Piazza, et al., 2003) (Mueller, et al., 2003) (Mueller, Piazza, Patel, Kelley, & Pruett, 2004) (Najdowski, Wallace, Penrod, Tarbox, Reagon, & Higbee, 2008) |

Em 20 estudos houve avaliação de itens/comida de preferência. O item ou a comida de preferência geralmente foi utilizado como uma operação estabelecadora, por alterar a efetividade de outros eventos ou estímulos. Dessa forma a estratégia de muitos estudos foi utilizar o estímulo de preferência ou a comida de interesse juntamente com a comida que se pretendia aumentar o consumo (e. g. Buckley & Newchok, 2005; Piazza et al., 2002). A retirada de um estímulo de preferência e sua disponibilidade enquanto estímulo reforçador foi utilizado em várias pesquisas para aumentar a taxa de aceitação e deglutição (e. g. Kahng et al., 2001; Patel et al., 2001).

O tipo de apresentação da comida foi um procedimento utilizado em cinco estudos e consistia na apresentação da comida preferida com a não preferida de forma simultânea ou sequencial. O objetivo era o de aumentar o consumo de alimentos não preferidos, oferecendo a comida de preferência conjuntamente com a de não preferência (simultânea) ou a preferida como consequência da ingestão da comida não preferida (Piazza et al., 2002). Os resultados destas pesquisas mostraram que a apresentação simultânea aumenta consideravelmente a aceitação da comida não preferida e mostrou-se um procedimento viável para crianças com seletividade alimentar (Ahearn, 2003). Piazza et al. (2002), na sessão da discussão dos resultados, afirmaram que a apresentação simultânea pode ter efeito de uma operação estabelecadora ao reduzir a aversividade da comida não preferida.

O esvanecimento (*fading*) foi utilizado em sete pesquisas. A técnica consiste na substituição de estímulos de forma gradual, transferindo o controle do responder por meio de adição (inserindo estímulo novo) ou por remoção (retirando o estímulo antigo) (Catania, 1999). Todas as pesquisas utilizaram o esvanecimento para substituir de forma gradual a comida preferida pela comida não preferida, como por exemplo, a pesquisa de Patel et al., (2001) e a de Tiger e Hanley (2006). Outro procedimento adotado em dez das 30 pesquisas foi o Reforço Diferencial de Comportamentos Alternativos (*Differential Reinforcement of Alternatives Behavior* - DRA). De maneira geral o procedimento consiste em colocar um comportamento em extinção ao mesmo tempo em que outro comportamento está sendo reforçado para substituí-lo (Vollmer, Roane, Ringdahl, & Marcus, 1999). Os procedimentos de DRA envolveram os itens ou comida de preferência, como estímulos reforçadores, para aumentar a frequência do comportamento alvo (aceitação, mastigação e deglutição dos alimentos) (e.g. Kahng et al., 2001; Piazza et al., 2003).

Reforço não contingente também foi utilizado como estratégia para aumento da ingestão de alimentos em nove estudos. O procedimento consistia em liberar o reforçador independentemente da resposta emitida pela criança. Dentre as pesquisas que utilizaram tal estratégia está a de Reed et al. (2004), que em uma das fases do procedimento disponibilizaram os itens de preferência alimentar por toda a sessão independentemente do comportamento apresentado pela criança. O procedimento de reforçamento não contingente pode ser entendido muitas vezes como um esquema de reforçamento por tempo fixo, já que a liberação do reforçador ocorre se a criança responder ou não (Vollmer, 1999). Um dos problemas decorrentes

do uso deste tipo de procedimento é a possibilidade de não aumentar a frequência do comportamento de consumo de alimento, uma vez que não se especifica uma contingência entre o comportamento-alvo e a disponibilidade do reforçador (Reed et al., 2004). Em virtude disso, a utilização deste procedimento se dá quando há a necessidade de extinção de comportamentos disruptivos associados com o comportamento alimentar (e. g. Wilder et al., 2005).

Dentre os procedimentos mais utilizados nos estudos, e um dos mais controversos, são aqueles que manipularam extinção à fuga. Esse tipo de procedimento, encontrado em 18 trabalhos, pressupõe que a evitação ou recusa alimentar é mantida por reforçamento negativo em forma de fuga (Piazza et al., 2003). Nas pesquisas, o procedimento consistia em manter a colher com o alimento próxima à boca da criança até ela aceitá-lo (e. g. Piazza et al., 2002) ou, se caso houvesse expulsão da comida reapresentá-la no meio da língua (e. g. Girolami et al., 2007). O comportamento de consumo de comida (aceitação e boca limpa) aumentaria em frequência pela remoção do estímulo aversivo (colher na boca ou colher apresentada mais vezes). Pode ser considerado também um procedimento punitivo se a comida expelida for reapresentada à criança como o fez Sevin et al. (2002). A extinção à fuga, enquanto procedimento aversivo, foi utilizado conjuntamente com os procedimentos de reforçamento positivo em 10 estudos, em combinação com o DRA (Anderson & McMillan, 2001; Patel et al., 2001; Patel et al., 2002; Piazza et al., 2003; Reed et al., 2005), em combinação com Reforço não contingente (Reed, et al., 2004; Wilder et al., 2005) e com reforços positivos baseados em atenção e elogio (Bachmeyer et al., 2009; Kelley et al., 2003; Tiger & Hanley, 2006). Por outro lado, sete estudos utilizaram a extinção a fuga sem a necessidade da estimulação positiva (Dawson et al., 2003; Mueller et al., 2004; Girolami et al., 2007; Najdowski et al., 2008; Sevin et al., 2002; Patel et al., 2005; Rivas, Piazza, Patel & Bachmeyer 2010). Os dados das pesquisas acima confirmaram a efetividade deste procedimento para aumentar a ingestão de alimentos do mesmo modo que os dados apresentados nos achados de Piazza, Patel, Sevin, Gulotta, & Layer (2003).

Todorov (2001) debateu a utilização da punição e pontuou que este procedimento, principalmente a restrição física (extinção à fuga com reapresentação da colher por exemplo) tem efeito imediato e completa supressão da resposta alvo. Segundo Lerman e Vorndran (2002) ao realizarem uma revisão sobre o uso da punição em pesquisas básicas e aplicadas levantaram que o procedimento punitivo possui efeitos necessários quando se precisa modificar comportamentos que possuem variáveis mantenedoras que não podem ser identificadas e/ou quando o problema de comportamento deve ser suprimido rapidamente, como nos casos de problemas de ingestão de alimentos apresentados nessa revisão. Embora a extinção a fuga tenha sido o procedimento mais frequente, muitas vezes sua utilização foi questionada, sugerindo-se a busca de novas formas de intervenções (e.g. Girolami et al., 2007; Wilder et al., 2005). Em resumo, a variedade de procedimentos e sua utilização, muitas vezes em conjunto, demonstram a complexidade das variáveis que estão envolvidas nos problemas de ingestão de alimentos sob o enfoque das pesquisas apresentadas nesta revisão.

Considerações Finais

O comportamento alimentar, sendo a total ingestão de comida é derivado de uma cadeia de respostas tais como aceitação, mastigação e deglutição. A variedade de comportamentos associados a tal cadeia pode ser ampla e se relacionar com respostas pertencentes a outras classes, tal como o comportamento autolesivo e problemas de sono.

Os estudos relatados foram conduzidos por meio da manipulação de diversas variáveis que influenciam diretamente na aquisição e manutenção dos problemas de ingestão de alimentos, e desse modo foram necessários diferentes procedimentos de intervenção e estratégias para investigação do fenômeno. A associação de técnicas se fez necessária para aumentar a ingestão de alimentos para crianças com e sem qualquer tipo de deficiência. O reforçamento positivo (como, por exemplo, o DRA), embora tenha sido frequentemente usado para o aumento do consumo de alimentos, às vezes foi insuficiente neste controle, mesmo que para produzir ingestão de líquidos. Em virtude disso, observou-se que o reforço por si só pode

não ser eficaz em casos em que o consumo oral é totalmente ausente (Hagopian, Farrell, & Amari, 1996; Patel et al., 2002). Procedimentos que manipularam extinção à fuga produziram aumento no consumo dos alimentos, no entanto, eles implicam em controle aversivo o que, por sua vez, possibilitou a realização de investigações nas quais poderiam não ser utilizados.

Apesar das divergências quanto ao uso de técnicas e de estratégias de intervenção, a combinação dos procedimentos permitiu solucionar problemas do comportamento alimentar a uma ampla gama de sujeitos com características diversas.

Ao dispor de várias metodologias para avaliar e intervir sobre transtornos de comportamentos alimentares, em especial, análise funcional e controle de variáveis, o analista do comportamento possibilita intervenções mais efetivas para estes indivíduos com resultados eficazes ao mesmo tempo em que seus procedimentos podem ser generalizados para tratamento de outros transtornos.

Referências

- Ahearn, W. H., Kerwin, M. E., Eicher, P. S., Shantz, J. & Swearingin, W. An Alternating Treatments Comparison Of Two Intensive Interventions For Food Refusal *Journal of Applied Behavior Analysis*, 321-332.
- Ahearn, W. H. (2003). Using Simultaneous presentation to increase vegetable consumption in a mildly selective child with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 361-365.
- Anderson, C. M., & McMillan, k. (2001). Parental use of escape extinction an diferencial reinforcement to treat food selectivity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 511-515.
- Andrade, A. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 117-125.
- Bachmeyer, M. H., Piazza, C. C., Fredrick, L. D., Reed, G. K., Rivas, K. D., & Kadey, H. J. (2009). Functional analysis and treatment of multiply controlled inappropriate mealtime behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 641-658.
- Borrero, C. S., Woods, J. N., Borrero, J. C., Masler, E. A., & Lesser, A. D. (2010). Descriptive Analyses of pediatric food refusal and acceptance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 71-88.
- Buckley, S. D., & Newchok, D. K. (2005). An evaluation of simultaneous presentation and differential reinforcement with response cost reduce packing. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 405-409.
- Cambraia, R. P. (2004). Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de nutrição*, 217-225.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. São Paulo: Artmed.
- Dawson, J. E., Piazza, C. C., Sevin, B. M., Gulotta, C. S., Lerman, D., & Kelley, M. L. (2003). Use of the high-probability instrunctional sequence and escape extinction in a child with food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 105-108.
- Girolami, P. A., Boscoe, J. H., & Roscoe, N. (2007). Decreasing expulsions by a child with a feeding disorder: using a brush to present and re-present food. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 749-753.
- Gulotta, C. S., Piazza, C. C., Patel, M. R., & Layer, S. A. (2005). Using food redistribution to reduce packing in children with severe food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39-50.
- Hagopian, L. P., Farrell, D. A., & Amari, A. (1996). Treating total liquid refusal with backward chaining and fading. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 573-575.
- Hoch, T. A., Babbitt, R. L., Coe, D. A., Krell, D. M., & Hackbert, L. (1994). Contingency contacting: Combining positive reinforcement and escape extinction procedures to treat persistent food refusal. *Behavior Modification*, 18, 106-128
- Kahng, S. W., Boscoe, J. H., & Byrne, S. (2003). The use of an escape contingency and a token economy to increase food acceptance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 349-353.
- Kahng, S. W., Tarbox, J., & Wilke, A. E. (2001). Use of a multicomponent treatment for food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 93-96.

- 98 Kelley, M. E., Piazza, C. C., Fisher, W. W., & Oberdorff, A. J. (2003). Acquisition of cup drinking using previously refused foods as positive and negative reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 89-93.
- Krebs-Smith, S.M., Cook, D.A., Subar, A.F., Cleveland, L., Friday, J., & Kahle, L.L. (1996). Fruit and vegetable intakes of children and adolescents in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150(1), 81-86.
- Lerman, D. C. & Vorndran, C. M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 431-464.
- Madeira, I. R., Aquino, L. A. (2003). Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 79, S43-S54.
- Mueller, M. M., Piazza, C. C., Moore, J. W., Kelley, M. E., Bethke, S. A., Pruett, A. E., et al. (2003). Training parentes to implement pediatric feeding protocols. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 545-562.
- Mueller, M. M., Piazza, C. C., Patel, M. R., Kelley, M. E., & Pruett, A. (2004). Increasing Variety of foods consumed by blending nonpreferred foods into preferred foods. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 159-170.
- Munk, D. D., & Repp, A. C. (1994). Behavioral assesment of feeding problems of individual with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 241-250.
- Najdowski, A. C., Wallace, M. D., Doney, J. K., & Ghezzi, P. M. (2003). Parental Assesment and treatment of food selectivity in natural settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 383-386.
- Najdowski, A. C., Wallace, M. D., Penrod, B., Tarbox, J., Reagon, K., & Higbee, T. S. (2008). Caregiver-conducted experimental functional analyses of inappropriate mealtime behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 459-465.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Kelly, M. L., Ochsner, C. A., & Santana, C. M. (2001). Using a fading procedure to increase fluid consumption in a child with feeding problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 357-360.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Layer, S. A., Coleman, R., & Swartzwelder, D. (2005). A sistematic evaluation of food textures to decrease packing and increase oral intake in children with pediatric feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 89-100.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Martinez, C. J., Volkert, V. M., & Santana, C. M. (2002). An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 363-374.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Santana, C. M., & Volkert, V. M. (2002). An evaluation of food type and texture in the treatment of a food feeding pblem. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 183-186.
- Piazza, C. C., Fisher, W. W., Brown, K. A., Shore, B. A., Patel, M. R., Katz, R. M., et al. (2003). Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 187-204.
- Piazza, C. C., Patel, M. R., Santana, C. M., Goh, H.-L., Delia, M. D., & Lancaster, B. M. (2002). An evaluation of simultaneous and sequential presentation of preferred and nonpreferred food to treat food selectivity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 259-270.
- Piazza, C. C., Patel, M. R., Sevin, B. M., Gulotta, C. S., & Layer, S. A. (2003). On the relative contributions of positive reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 309-324.
- Ramos, M., & Stein, I. M. (2000). desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 229-237.
- Reed, G. K., Dolezal, D. N., Cooper-Brown, L. J., & Wacker, D. P. (2005). The effects of sleep disruption on the treatment of a feeding disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 243-245.
- Reed, G. K., Piazza, C. C., Patel, M. R., Layer, S. A., Bachmeyer, M. H., Bethke, S. D., et al. (2004). On the relative contributions of noncontingent reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27-42.

- Riordan, M. M., Iwata, B. A., Finney, J. W., Wohl, M. k., & Stanley, A. E. (1984). Behavioral assesmentand treatment of chronic food refusal in handicapped children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 327-341.
- Rivas, K. D., Piazza, C. C., Patel, M. R. & Bachmeyer, M. H. (2010). Spoon distance fading with and without escape extinction as treatment for food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 673-683.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M. & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6) 739-748.
- Sevin, B. M., Gulotta, C. S., Sierp, B. J., Rosica, L. A., & Miller, L. J. (2002). Analysis of response covariation among multiple topographies of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 65-68.
- Sharp, W. G., Harker, S., & Jaquess, D. L. (2010). Comparison of bite-presentation methods in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis* , 739-743.
- Tiger, J. H., & Hanley, G. P. (2006). Using reinforcer pairing and fading to increase the milk consumption of a preschool child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 399-403.
- Todorov, J. C (2001). Quem tem medo da Punição? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 1(3) 37-40.
- Valdimarsdóttir, H., Halldórsdóttir, L. Y., & Sigurdardóttir, Z. G. (2010). Increasing the variety of foods consumed by a picky eater: Generalization od effects across caregivers and settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 101-105.
- Viana, R. C. (2006) *Relações emergentes e comportamento alimentar: uma investigação pelo método de escolha de acordo com o modelo*. Dissertação não publicada, Pontificia Universidade Católica. São Paulo.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX): 611-624.
- Vollmer, T. R. (1999). Noncontingent reinforcement: Some additional comments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 239-240.
- Vollmer, T. R., Roane, H. S., Ringdahl, J. E., & Marcus, B. A. (1999). Evaluating treatment challenges with differential reinforcement of alternative behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9-23.
- Werle, M. A., Murphy, T. B., & Budd, K. S. (1993). Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 421-433.
- Wilder, D. A., Normand, M., & Atwell, J. (2005). Noncontingent reinforcement as treatment for food refusal and associated self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 549-553.

Utilização de procedimento de reforço diferencial de comportamentos alternativos em saúde: levantamento e análise bibliográfica ¹

10

Silvia Aparecida Fornazari
Universidade Estadual de Londrina
Simone Martin Oliani
Universidade Estadual de Londrina
Hellen Cristine Machado de Mello
Universidade Estadual de Londrina
Geniela Lopes
Universidade Estadual de Londrina
Ingrid Caroline de Oliveira Ausec
Universidade Estadual de Londrina
Katia Daniele Biscouto
Universidade Estadual de Londrina

¹ Correspondência:
Profa. Dra. Silvia
Aparecida Fornazari.
E-mail: silfornazari@
gmail.com

A análise do comportamento é a ciência que tem como objeto de estudo a interação entre organismo e ambiente e suas relações funcionais. Essa abordagem traz contribuições quando esclarece sobre variáveis que controlam as interações entre organismo e ambiente (Guimarães, 1999) e pode contribuir com a geração de tecnologias que possam auxiliar no manejo de comportamentos, por meio da aplicação de seus princípios científicos para mudança comportamental.

A análise do comportamento aplicada à saúde representa um modelo metodológico promissor para a compreensão do processo de mediação entre variáveis biopsicossociais. Comportamentos adequados e inadequados são alvos de análise e intervenção e podem dar contribuições consideráveis ao tratamento e prevenção de doenças, com objetivos de melhorar as condições de saúde sem perder de vista a qualidade de vida do indivíduo (Fryling, 2008; Guimarães, 1999). Cabe salientar que se considera inadequado o comportamento disfuncional do ponto de vista de promoção da saúde do indivíduo.

O analista do comportamento, enquanto profissional de saúde, deve estar atento às inúmeras variáveis associadas ao tratamento de um paciente e organizar contingências para instalação e manutenção do comportamento de adesão (Luciano & Herruzo, 1992).

Procedimentos de reforço diferencial têm sido usados na redução dos comportamentos inadequados, podendo incluir treino de repertório adequado (Fornazari, 2005). Segundo Saunders e Saunders (1995) citado por Fornazari (2009), pode-se citar quatro tipos de procedimentos de reforço diferencial: (1) o reforço diferencial de outros comportamentos (DRO), que consiste na liberação do reforço após um determinado intervalo de tempo no qual o comportamento inadequado não é emitido, reforçando-se assim a ocorrência de qualquer outro comportamento que não aquele que se pretende reduzir a frequência ou extinguir; (2) o reforço diferencial de baixas taxas de resposta (DRL), no qual o organismo deve esperar um tempo desde o último reforço para responder. Assim apresenta um padrão de baixas taxas de respostas e com longas pausas após o reforço, sendo que essas pausas devem ser maiores que a duração do DRL (Moreira & Medeiros, 2007); (3) o reforço diferencial de comportamentos incompatíveis (DRI), que consiste na liberação do reforço depois de uma ou mais ocorrências de um comportamento que seja topograficamente incompatível com o comportamento inadequado; e (4) o reforço diferencial de comportamentos alternativos (DRA), no qual o reforço é liberado depois de uma ou mais ocorrências de um comportamento particular, que seja ensinado ou treinado, e que não necessariamente seja incompatível com o comportamento indesejado.

De acordo com Fornazari (2009), o procedimento de DRA mostra resultados relevantes na redução de comportamentos inadequados para pessoas com necessidades educacionais especiais, já que permite a instalação de comportamentos considerados adequados.

A análise funcional é o instrumento de avaliação necessário e imprescindível para a realização de um procedimento de reforço diferencial de comportamentos alternativos, como qualquer outro procedimento em Análise do Comportamento. É de extrema relevância uma avaliação prévia que identifique as características funcionais do comportamento, sem a qual o procedimento se torna inviável. A análise funcional se apresenta como uma poderosa ferramenta para identificar fontes de reforço que mantêm o problema de comportamento, e identificar potenciais reforçadores a serem utilizados no desenvolvimento de qualquer programa de tratamento, que requer a identificação das variáveis presentes nas interações (Iwata et al., 2000; Vollmer, Roane, Ringdahl, & Marcus, 1999). A grande vantagem em se conduzir uma análise funcional de pré-tratamento é que os reforçadores que mantêm o comportamento problema podem ser retirados durante o tratamento (extinção) e podem ser ensinado um comportamento alternativo, mais adaptativo. O comportamento desejado poderá ser efetivamente reforçado, por reforço diferencial potente, identificado por essa análise anterior (Vollmer & Iwata, 1992).

O presente artigo teve por objetivo fazer uma revisão da literatura sobre o uso do procedimento de reforço diferencial de comportamentos alternativos no contexto de saúde.

Método

Procedimento

O levantamento bibliográfico foi realizado nos periódicos *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* (JEAB), *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) e nas seguintes bases de dados: *Cambridge Journals Online* (textos completos); *Oxford Journals* (Oxford University Press - textos completos), *PsyArticles* (APA - textos completos), *PsycINFO* (APA - resumos), *Scielo.ORG* (textos completos); *Science* (AAAS - textos completos), *SCOPUS* (Elsevier - resumos), *Web of Science* (resumos), *Enciclopedia Britanica* (resumos, teses e dissertações), disponíveis no Portal Capes de Periódicos.

Para a busca foram usadas as palavras-chave: *diferencial reinforcement of alternative behavior*, sua variação em português e a sigla DRA. Conforme os seguintes critérios de inclusão: artigo empírico e publicado em inglês, português ou espanhol; no período de janeiro de 2005 a abril de 2011.

Nos periódicos JEAB e JABA foram encontradas 850 ocorrências com a palavra-chave completa e com a sigla DRA foram encontradas 189. Após uma primeira leitura foram selecionados 24 artigos, sendo 21 no periódico JABA e três do JEAB. No Portal Capes de periódicos foram encontrados 185 registros com a palavra-chave completa em inglês. Destes foram selecionados para uma leitura mais detalhada 50 artigos. Também foi consultada a Base BSV (Biblioteca Virtual em Saúde) com a palavra-chave em português (reforço diferencial de comportamento alternativo), onde foi encontrado apenas um artigo, que foi selecionado.

Resultados

Após a leitura dos resumos, foram pré-selecionados 50 artigos e posteriormente apenas 20 atendiam a todos os critérios estabelecidos, ou seja, tinham seus procedimentos relacionados com DRA (Figura 1).

Destes, cinco eram de DRA sem extinção (Athens & Volmer, 2010; Najdowski, Wallace, Reagon, Penrod, Higbee, & Tarbox, 2010; Penrod, Wallace, Reagon, Betz, & Higbee, 2010; Radstaak et al., 2011; Valdimardóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010) e quatro com extinção (Grow, Kelley, Roane, & Shillingsburg, 2008; Hammond & Hall, 2011; Mace et al. 2010; Petscher & Bailey, 2008); quatro além do procedimento de DRA incluíam outros elementos como SOAP - intervenção auditiva auto-operada (Cihak, Alberto, & Fredrick, 2007), RNC - reforço não contingente (Ingvarsson, Kahng, & Hausman, 2008) ou DRO - reforço diferencial de outros comportamentos (LeGray, Dufrene, Sterling-Turner, & Bellone, 2010). Como pode se ver na Figura 2, apenas um avaliou falhas na integridade do procedimento (Pipkin, Vollmer, & Sloman, 2010), outros dois pesquisaram esquemas de reforço para comportamentos inadequados, sendo que o DRA foi utilizado após a pesquisa para solucionar os problemas de comportamentos destes participantes (Borrero & Vollmer, 2006; Saunders, McEntee, & Saunders, 2005). Como em um que focou análise funcional do comportamento alvo, mas também utilizou o DRA para diminuir esses comportamentos (Borrero & Vollmer, 2006).

| | ARTIGO | Autores (Ano) | Procedimento(s) |
|----|--|---|-----------------------|
| 1 | An investigation of differential reinforcement of alternative behavior without extinction. | Athens & Vollmer (2010) | DRA |
| 2 | Behavioral intervention for domestic pet mistreatment in a young child with autism. | Bergstrom, Tarbox, & Gutshall (2011) | DRO/DRA |
| 3 | Experimental analysis and treatment of multiply controlled problem behavior: a systematic replication and extension. | Borrero & Vollmer (2006) | AF |
| 4 | Concurrent reinforcement schedules for problem behavior and appropriate behavior: experimental applications of the matching Law. | Borrero et al. (2010) | Tresp/Tref |
| 5 | Use of differential reinforcement to reduce behavior problems in adults with intellectual disabilities: A methodological review. | Chowdhury & Benson (2011) | Revisão de literatura |
| 6 | Use of brief functional analysis and intervention evaluation in public settings. | Cihak, Alberto, & Fredrick (2007) | SOAP /DRA |
| 7 | Utility of extinction-induced response variability for the selection of mands. | Grow, Kelley, Roane, Shillingsburg, (2008) | DRA/EXT |
| 8 | Functional analysis and treatment of aggressive behavior following resection of a craniopharyngioma. | Hammond & Hall (2011) | DRA/EXT |
| 9 | Some effects of noncontingent positive reinforcement on multiply controlled problem behavior and compliance in a demand context. | Ingvarsson, Kahng, & Hausman (2008) | RNC/DRA |
| 10 | A comparison of function-based differential reinforcement interventions for children engaging in disruptive classroom behavior. | LeGray, Dufrene, Sterling-Turner, & Bellone (2010) | DRO/DRA |
| 11 | Differential reinforcement of alternative behavior increases resistance to extinction: clinical demonstration, animal modeling, and clinical test of one solution. | Mace et al. (2010) | DRA/EXT |
| 12 | Utilizing a home-based parent training approach in the treatment of food selectivity. | Najdowski, Wallace, ReagonPenrod, Higbee, & Tarbox (2010) | DRA |
| 13 | A component analysis of a parent-conducted multi-component treatment for food selectivity. | Penrod, Wallace, Reagon, Betz, & Higbee (2010) | DRA |
| 14 | Reinforcement of alternative behavior comparing main and collateral effects of extinction and differential. | Petscher & Bailey (2008) | DRA/EXT |
| 15 | Uma revisão de suporte empírico para reforço diferencial de comportamento alternativo Research in Developmental Disabilities 30 pp 409–425 | Petscher, Rey, & Bailey (2009) | Revisão de literatura |
| 16 | Applied Implications Of Reinforcement History Effects. | Pipkin & Vollmer (2009) | Revisão de literatura |
| 17 | Effects of treatment integrity failures during differential reinforcement of alternative behavior: a translational model. | Pipkin, Vollmer, & Sloman (2010) | Falhas Integridade |
| 18 | Functional Assessment and Behavioral Treatment of Skin Picking in a Teenage Girl with Prader-Willi Syndrome. | Radstaake, Didden, Bolio, Lang, Lancioni, & Curfs (2011) | DRA |
| 19 | Interaction of reinforcement schedules, a behavioral prosthesis, and work-related behavior in adults with mental retardation. | Saunders, McEntee, & Saunders (2005) | IV/FR |
| 20 | Increasing the variety of foods consumed by a picky eater: generalization of effects across caregivers and settings. | Valdimardóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir (2010) | DRA |

FIGURA 1
Artigos selecionados para análise

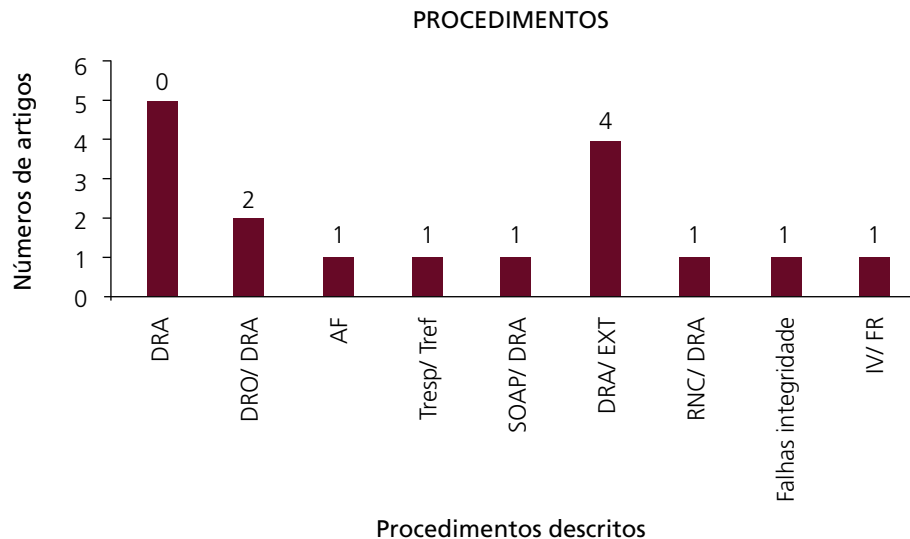


FIGURA 2
Elementos que compunham os procedimentos selecionados para este estudo

Na maior parte dos estudos, os participantes eram crianças e adolescentes com desenvolvimento atípico (Bergstrom, Tarbox, & Gutshall, 2011; Ingvarsson, Kahng, & Hausman, 2008; Mace et al., 2010; Radstaake et al., 2011; Valdimardóttir, Halldórsdóttir, & Sigurdardóttir, 2010). Conforme mostra a Figura 3, poucos foram com adultos com problemas de comportamento, por exemplo, esquizofrenia (Grow, Kelley, Roane, & Shillingsburg, 2008) e apenas um teve como participantes, estudantes universitários, num total de 22 participantes (Pipkin, Vollmer, & Sloman, 2010).

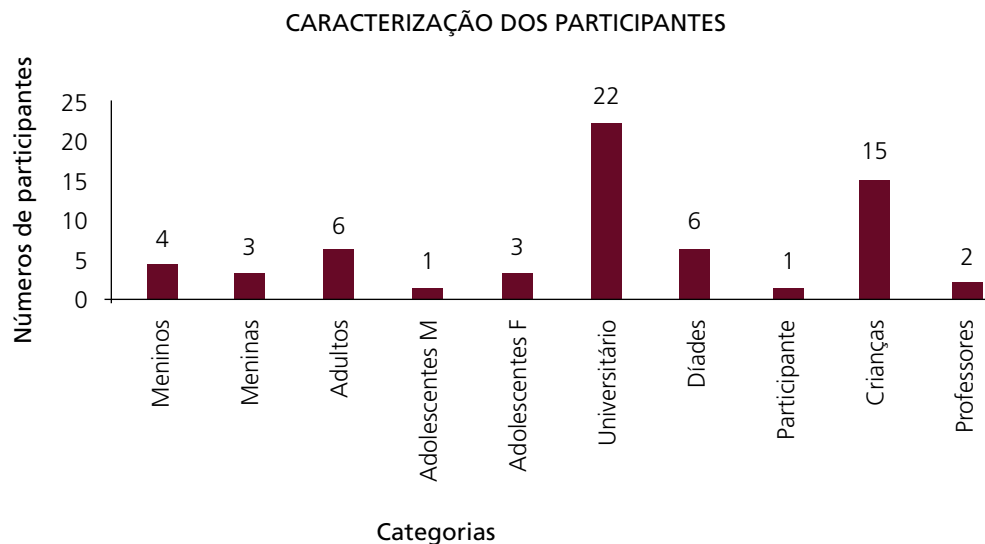


FIGURA 3
Participantes dos estudos selecionados

Dentre os participantes, 27 (45%) tinham desenvolvimento atípico, envolvendo diagnóstico de deficiência mental com ou sem outra patologia associada, por exemplo, deficiência mental e TOC (Ingvarsson, Kahng, & Hausman, 2008). Os outros 33 participantes (55%) apresentavam desenvolvimento típico, sendo 22 destes universitários participantes do mesmo estudo (Pipkin, Vollmer, & Sloman, 2010), conforme ilustra a Figura 4.

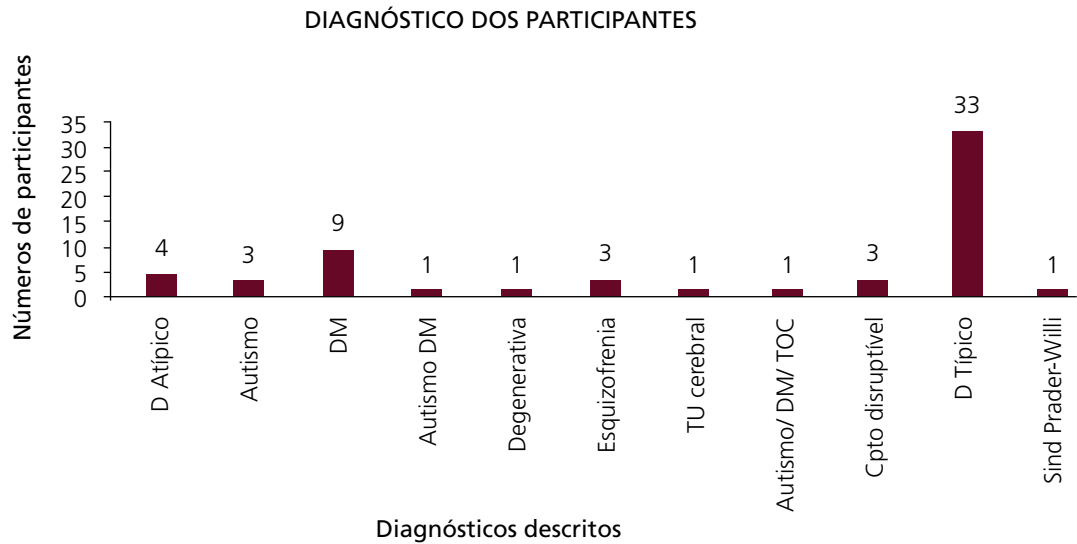


FIGURA 4
Diagnósticos dos participantes dos estudos selecionados

Dos 20 artigos selecionados, a metade (50%) faz referência ao uso do delineamento AB para avaliar a eficiência de suas intervenções (Athens & Vollmer, 2010; Borrero et al., 2010; Cihak, Alberto, & Fredrick, 2007; Grow, Kelley, Roane, & Shillingsburg, 2008; Mace et al., 2010; Najdowski et al., 2010; Penrod, Wallace, Reagon, Betz & Higbee, 2010; Petscher & Bailey, 2008; Pipkin, Vollmer, & Sloman, 2010; Saunders, McEntee, & Saunders, 2005) e apenas quatro utilizaram delineamento de reversão (ABAB) com a mesma finalidade (Bergstrom, Tarbox, & Gutshall, 2011; Hammond & Hall, 2011; Ingvarsson, Kahng, & Hausman, 2008; LeGray, Dufrene, Sterling-Turner, & Bellone, 2010). O restante dividiu-se em um estudo de caso (Radstaake et al., 2011) e três revisões de literatura (Chowdhury & Benson, 2011; Petscher, Rey, & Bailey, 2009; Pipkin & Vollmer, 2009), conforme mostra a Figura 5.

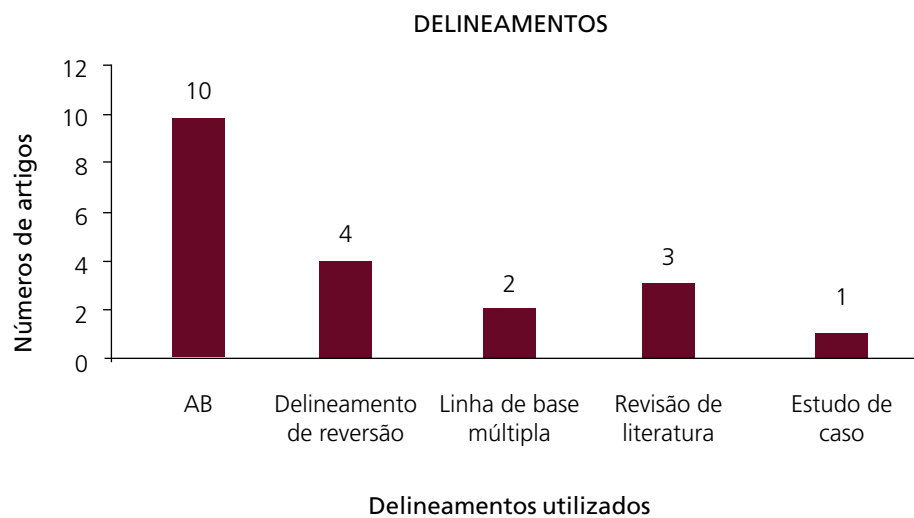


FIGURA 5
Tipos de pesquisa e delineamentos utilizados para avaliar as intervenções

Em relação à eficácia do procedimento de DRA, 13 (65% dos estudos) reportaram sua eficácia ao diminuir os comportamentos-problema e aumentarem os comportamentos alternativos. São exemplos os artigos de Grow, Kelley, Roane e Shillingsburg (2008); Mace et al. (2010); Petscher e Bailey (2008); Pipkin e Vollmer (2009); Radstaake et al. (2011) e Valdimardóttir, Halldórsdóttir e Sigurdardóttir, (2010); apenas um considerou o DRO mais eficiente que o DRA (Bergstrom, Tarbox, & Gutshall, 2011), mas apenas neste caso específico, pois o DRA não possibilitou a extinção do comportamento inadequado; e em um caso os procedimentos comparados DRA e SOAP foram considerados equivalentes, mas os aplicadores da intervenção (professores) preferiram utilizar o SOAP (Cihak, Alberto, & Fredrick, 2007), conforme o item *Outro* da Figura 6.

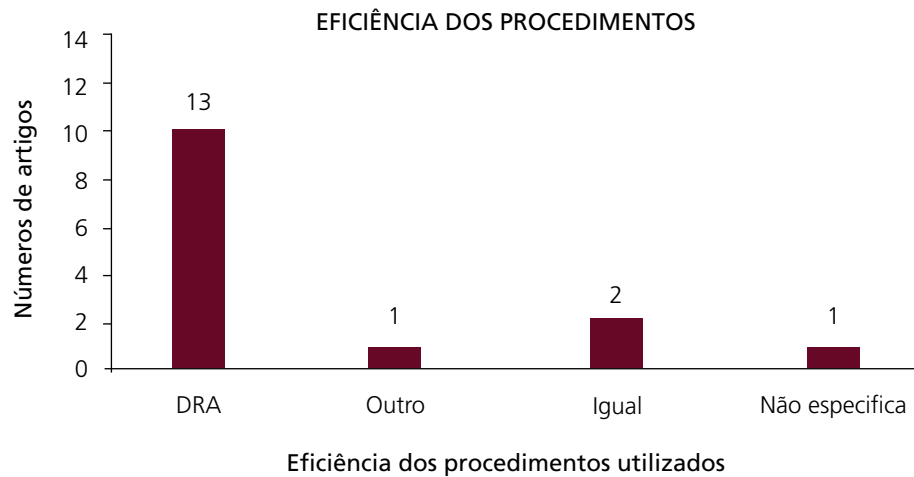


FIGURA 6

Dados referentes à eficiência dos procedimentos utilizados nas intervenções

De forma geral, o DRA foi eficaz na redução dos comportamentos problemas, com ou sem o processo de extinção combinado. Os resultados referentes ao estudo de falha na integridade do procedimento de DRA sugerem que as condições que envolvem reforço para o comportamento problema podem ser mais prejudiciais do que as condições em que não se reforça apenas o comportamento adequado, e que a ordem com que as condições são arranjadas podem afetar os resultados.

Discussão

A análise dos artigos que apresentam o tema DRA mostrou a eficácia desse procedimento em todas as pesquisas realizadas com sua utilização como intervenção, especialmente nas intervenções em deficiências de desenvolvimento como o espectro autista e comportamentos de recusa alimentar, com a observação de poucos e minimizados efeitos colaterais indesejáveis. A análise de tais resultados também revelou algumas questões relevantes sobre o tema: (1) Insuficiente número de publicações sobre o tema no Brasil; (2) Comparação da eficácia do DRA em relação ao DRO; (3) Comparação da eficácia da utilização de DRA em relação a extinção e (4) Procedimentos sem a utilização de Análise Funcional do Comportamento.

Apenas uma publicação foi encontrada como resultado de uma pesquisa que incluiu a intervenção com o uso de DRA no Brasil. A publicação foi na área de transtornos psiquiátricos, sob o título de “Reforçamento Diferencial de Comportamentos Verbais Alternativos de um Esquizofrênico”, publicado em 2006, na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Trata-se do relato de um caso clínico de um único indivíduo, e não de um estudo de amostra, o que confere pouca possibilidade de generalização dos resultados.

Em alguns estudos, o objetivo foi comparar a eficácia da utilização de DRA e DRO (Bergstrom, Tarbox, & Gutshall, 2011; LeGray, Dufrene, Sterling-Turner, & Bellone, 2010). Entretanto, alguns erros conceituais ou metodológicos foram observados. Um desses aspectos trata da descrição de procedimentos de DRO como se fossem DRA e vice-versa.

Quanto à comparação da eficácia da utilização de DRA em relação à extinção, o procedimento de DRA tem sido altamente recomendado pelos seus efeitos consistentes em relação à extinção. Ambos são procedimentos bem-sucedidos na redução de comportamentos-problema e aumento da frequência de comportamentos desejáveis. Contudo, durante a primeira fase da extinção, há a emissão de comportamentos indesejáveis como a agressão. O DRA, por sua vez, apresenta vantagens em relação à extinção por não ocorrer a apresentação de tais comportamentos indesejáveis (agressão). Alguns autores salientam ainda que mesmo com comportamentos alternativos difíceis de serem implementados, o DRA é recomendado simplesmente por resultar em taxas aceitáveis de comportamentos indesejáveis, sem os efeitos de resistência à extinção (Athens & Vollmer, 2010; Mace et al., 2010).

Muitos estudos selecionaram seus participantes a partir de diagnósticos pré-estabelecidos e definidos por várias instituições de saúde ou educação especializadas. Entretanto, a análise funcional é recomendada mesmo quando a função do comportamento parece clara, como no caso de diagnósticos já estabelecidos (Petscher, 2009 apud Volmer at al., 1992). É recomendada como apoio no desenvolvimento de tratamentos de alta qualidade, evitando-se assim trabalhar com hipóteses erradas e o desperdício de recursos. Várias pesquisas nas quais os pesquisadores projetaram delineamentos com boa variabilidade e confiabilidade – necessárias para produzir bons resultados – foram aqueles que incluíram análise funcional antes da intervenção.

Vollmer e Iwata (1992) sugeriram que tratamentos baseados na função dos comportamentos podem ser mais benéficos do que aqueles baseados em reforços arbitrários. A análise funcional, além de definir os comportamentos pela sua função, garantindo duplamente o diagnóstico já existente ou fornecendo uma avaliação correta do repertório de comportamentos indesejáveis, também fornece dados sobre os reforçadores específicos para sujeitos avaliados, possibilitando uma intervenção melhor sucedida.

Considerações Finais

A análise dos artigos selecionados para este capítulo mostrou que as intervenções utilizando o procedimento de DRA têm sido aplicadas com sucesso para reduzir comportamentos inadequados, incluindo agressões, destruição de propriedade, a recusa de tarefas, ou outros comportamentos inapropriados. Por fim, faz-se necessária a realização de mais estudos sobre a utilização de DRA (em especial no Brasil), em diferentes contextos, por exemplo, nos espaços educacionais e com população adulta.

Referências

- Athens, E.S., & Vollmer, T.R. (2010). An investigation of differential reinforcement of alternative behavior without extinction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(4), 569–589.
- Bergstrom, R., Tarbox, J., & Gutshall, K.A. (2011). Behavioral intervention for domestic pet mistreatment in a young child with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 218–221.
- Borrero, C.S.W. & Vollmer, T.R. (2006). Experimental analysis and treatment of multiply controlled problem behavior: a systematic replication and extension. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(3), 375–379.
- Borrero, C.S., Vollmer, T.R., Borrero, J.C., Bourret, J.C., Sloman, K.N., Samaha, A.L., & Dallery, J. (2010). Concurrent reinforcement schedules for problem behavior and appropriate behavior: experimental applications of the matching Law. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93(3), 455–469.
- Chowdhury, M. & Benson, B.A. (2011). Use of differential reinforcement to reduce behavior problems in adults with intellectual disabilities: A methodological review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 383–394.

- Cihak, D.F., Alberto, P.A., & Fredrick, L.D. (2007). The use of brief functional analysis and intervention evaluation in public settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9, 80-93.
- Fornazari, S.A. (2005). *Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental severa ou múltipla em um ambiente educacional*. Tese Doutorado UNESP – Araraquara – SP.
- Fornazari, S. (2009). Programa de orientação familiar para redução de comportamentos aberrantes em pessoas com deficiência mental severa ou profunda: análise funcional e DRA. In: D.S. Fujisawa, M.C. Marquezine, E.D.O. Tanaka, R.M. Busto, E.J. Manzini (orgs). *Família e educação especial*. (Vol. 7, pp. 85-100). Londrina: ABPEE.
- Fryling, M. (2008) A behavior analytic approach to adherence in chronic disease management. *Journal Of Behavior Analysis In Health, Sports, Fitness and Medicine*, 1(1), p. 1-11.
- Grow, L.I., Kelley, M.E., Roane, H. S., & Shillingsburg, M.A. (2008). Utility of extinction-induced response variability for the selection of mands. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(1), 15–24.
- Guimarães, S.S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: R.R. Kerbauy (Org). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. (pp. 22-45). Santo André: ArtBytes.
- Hammond, J.L., & Hall, S.S. (2011). Functional analysis and treatment of aggressive behavior following resection of a craniopharyngioma. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 369–374.
- Ingvarsson, E.T., Kahng, S.W., & Hausman, N.I. (2008). Some effects of noncontingent positive reinforcement on multiply controlled problem behavior and compliance in a demand context. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(3), 435–440.
- Iwata, B. A., Wallace, M.D., Kahng, S.W., Lindberg, J.S., Roscoe, E.M., Conners, J., ..., & Worsdell, A.S. (2000). Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 181–194.
- LeGray, M.W., Dufrene, B.A., Sterling-Turner, H., & Bellone, K. (2010). A comparison of function-based differential reinforcement interventions for children engaging in disruptive classroom behavior. *Journal of Behavioral Education*, 19, 185–204.
- Luciano, M. C. & Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *J.Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 23, 2, 117-124.
- Mace, F.C., MacComas, J., Mauro, B. C. Progar, P.R., Taylor, B., Ervin, R., & Zangrillo, A. N. (2010). Differential reinforcement of alternative behavior increases resistance to extinction: clinical demonstration, animal modeling, and clinical test of one solution. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93(3), 349–367.
- Moreira, M.B., & Medeiros, C. A. de. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Najdowski, A. C., Wallace, M. D., Reagon, K., Penrod, B., Higbee, T. S., & Tarbox, J. (2010). Utilizing a home-based parent training approach in the treatment of food selectivity. *Behavioral Interventions*, 25, 89-107.
- Penrod, B., Wallace, M.D., Reagon, K., Betz, A., & Higbee. (2010). A component analysis of a parent-conducted multi-component treatment for food selectivity. *Behavioral Interventions*, 25, 207–228
- Petscher, E.S., & Bailey, J.S. (2008). Reinforcement of alternative behavior comparing main and collateral effects of extinction and differential. *Behavior Modification*, 32(4), 468-488.
- Petscher, E.S., Rey, C., & Bailey, J.S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 409-425.
- Pipkin, C.P. & Vollmer, T.R. (2009). Applied implications of reinforcement history effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(1), 83–103.
- Pipkin, C.P., Vollmer, T.R., & Sloman, K.N. (2010). Effects of treatment integrity failures during differential reinforcement of alternative behavior: a translational model. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(1), 47–70
- Radstaake, M., Didden, R., Bolio, M., Lang, R., Lancioni, G., & Curfs, L.M.G. (2011). Functional Assessment and Behavioral Treatment of Skin Picking in a Teenage Girl with Prader-Willi Syndrome. *Clinical Case Studies*, 10(1), 67-78.

- 108 Saunders, R.R., McEntee, J.E., & Saunders, M.D. (2005). Interaction of reinforcement schedules, a behavioral prosthesis, and work-related behavior in adults with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38(2), 163-176.
- Valdimardóttir, H., Halldórsdóttir, L.R., & Sigurdardóttir, Z.G. (2010). Increasing the variety of foods consumed by a picky eater: generalization of effects across caregivers and settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43 (1), 101–105.
- Vollmer, T. R., & Iwata, B. A. (1992). Differential reinforcement as treatment for behavior disorders: Procedural and functional variations. *Research in Developmental Disabilities*, 13, 393–417.
- Vollmer, T. R., Roane, H. S., Ringdahl, J. E., & Marcus, B. A. (1999). Evaluating treatment challenges with differential reinforcement of alternative behavior *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 9–23

Josiane Cecília Luzia
Universidade Estadual de Londrina

Célio Roberto Estanislau
Universidade Estadual de Londrina

Manuel Ángel Franco Martín
Universidad de Salamanca/Espanha

Estudos epidemiológicos em todo o mundo têm mostrado que o transtorno de ansiedade social (TAS) (ou fobia social) é um dos transtornos comportamentais mais comuns na atualidade (Kessler, et al, 2005, Velasco, 2007; Beidel & Turner, 2007; Gauer, Boaz, Calvetti & Silva, 2010), sendo os mais prevalentes a depressão e a dependência alcoólica, respectivamente (Kessler, et al, 2005; Luzia, 2006). Segundo Kessler et al (2005), a prevalência ao longo da vida do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é de 12,1% da população. Entre os pacientes com transtornos de ansiedade tratados ambulatoriamente, 10 a 20% apresentam transtorno de ansiedade social, mas estes dados variam muito de um estudo para outro (American Psychiatric Association, 2013). Na cidade de São Paulo, um estudo (Andrade, Walters, Gentil e Laurenti, 2002) mostrou que transtornos de ansiedade e fobias são bem comuns, a prevalência pode variar de 10 a 18%, afetando mais as mulheres. Essas porcentagens podem variar, uma vez que dependem do instrumento utilizado para a avaliação do transtorno e dos critérios definidos para avaliar o mal-estar clínico ou os prejuízos globais relacionados às atividades cotidianas (Luzia, 2006, Fernandes & Terra, 2008).

São observadas discrepâncias entre estudos quanto à prevalência de transtornos de ansiedade em relação ao gênero. Em amostras clínicas o diagnóstico de fobia social é realizado com mais frequência em indivíduos do sexo masculino. No entanto, em estudos epidemiológicos, a frequência é mais alta em mulheres do que em homens (Gauer, Zogbi, Beidel & Rodríguez, 2006).

Em um estudo epidemiológico realizado por Andrade et al., (2002) essa discrepância também foi averiguada. Esses autores mostraram que na cidade de São Paulo os transtornos de ansiedade ocorrem com maior frequência em mulheres, no entanto, a procura para o tratamento é maior por homens. Essa discrepância pode ser observada em amostras clínicas e de pesquisa, provavelmente porque há maior exigência no desempenho social do homem e conseqüentemente maior busca deste por ajuda (Nardi,1999). Horst et al., (2009) e Andrade et al., (2002) assinalaram que diferenças em relação ao gênero também são encontradas no curso e evolução desse transtorno.

Apesar de que o estudo das diferenças de gênero em transtornos comportamentais é uma área nova de pesquisa (Horst et al., 2009), os estudos de Phillips e First (2009) mostraram que o gênero pode influenciar tanto na prevalência dos transtornos comportamentais como na manifestação dos sintomas e busca por assistência médica e/ou psicológica especializadas, bem como na resposta ao tratamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) se propôs a investigar dados referentes à prevalência e causas dos transtornos comportamentais em mulheres, bem como os fatores de risco e de proteção desde a infância até a idade adulta. O objetivo era de propor medidas que atendessem às necessidades dessa população. Com esse estudo, identificou-se uma multiplicidade de variáveis que podem contribuir para explicar o predomínio de mulheres entre as pessoas com transtornos de ansiedade, bem como as diferenças entre os gêneros no que tange a outros transtornos comportamentais. Parte dessas variáveis se refere aos fatores socioculturais e psicossociais que incluem o tipo de estratégias ou tentativas para lidar com as

exigências do ambiente ou do próprio indivíduo, nível sócio-educacional, estado civil, se possui ou não rede de apoio social, normas culturais a que está exposto e maus-tratos na infância. Além disso, outros fatores também foram mapeados como, por exemplo, a vulnerabilidade genética a transtornos comportamentais, influência de hormônios sexuais e da reatividade endócrina frente ao estresse (Grant & Weissman, 2009 apud Arena & Puigcerver, 2009).

Arenas e Puigcerver (2009) relatam que não há pesquisas suficientes para se determinar o exato impacto dos hormônios reprodutivos femininos no desenvolvimento e severidade do TAS. De qualquer forma, as informações disponíveis não permitem descartar tal tipo de influências. A sugerir uma ligação entre hormônios reprodutivos e TAS, por exemplo, há um estudo realizado por Peer, Soares, e Steiner. (2008), que notaram que mulheres diagnosticadas com TAS freqüentemente apresentam piora nos sintomas na fase pré-menstrual de seu ciclo e no primeiro trimestre da gravidez.

A adolescência, segundo Siqueira, Bezerra, Barbosa, e Mendes (2005), é uma fase do desenvolvimento humano em que transformações fisiológicas, neuroendócrinas e de cunho emocional ocorrem. Nessa etapa, geralmente, é o período em que o TAS aparece. Com efeito, várias investigações mostram que o transtorno pode se manifestar entre os 15 e 16 anos de idade (Nardi, 2000; Porto, 2005). Entretanto, há indivíduos em que esse transtorno começa a manifesta-se na infância (Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner & Beidel, 2005).

O TAS é reconhecido como uma condição psiquiátrica de curso crônico e que incapacita o indivíduo, em qualquer idade (Velasco, 2007). Além disso, está relacionado com outros transtornos como a depressão e o abuso de substâncias (Swinson, 2005; Gauer, Boaz, Calvetti & Silva, 2010; De La Barra, 2010). Por isso, é necessário incrementar os estudos sobre o tema e compreender a multiplicidade de fatores que possam estar envolvidos no desenvolvimento e manutenção desse transtorno, uma vez que o diagnóstico e tratamento adequados são muito importantes para a qualidade de vida do indivíduo.

O diagnóstico é realizado quando os comportamentos de medo ou evitação interferem de uma forma muito exagerada na rotina das pessoas, seja na sua vida profissional, acadêmica, nas relações pessoais ou quando geram um mal-estar clinicamente significativo. Da mesma forma, para o diagnóstico de TAS é necessário que o medo e os comportamentos de evitação não sejam o resultado de efeitos secundários do uso de alguma substância ou de outras condições como o transtorno de pânico, anorexia nervosa etc. (Manfro, Isolan, Blaya, Maltz, Heldt & Pollack, 2003).

Assim, uma pessoa que tem medo de falar em público não será diagnosticada com TAS se suas atividades cotidianas não exigem o comportamento habitual de discursos e se ela não se sente incomodada com esse tema. Os medos de que certas situações sociais sejam embaraçosas são freqüentes, mas, o grau de mal-estar e as restrições que isso provoca na rotina da pessoa são um critério diferencial para o diagnóstico do TAS (Manfro et al., 2003).

Para se realizar a avaliação e intervenção adequadas do transtorno é importante conhecer o que a literatura atual dispõe em várias áreas, já que se trata de uma condição considerada incapacitante e que dificilmente regride sem tratamento eficaz (Velasco, 2007). Então, o que é transtorno de ansiedade social (TAS)? Para se compreender a definição do TAS é conveniente abordar antes as definições de medo, ansiedade, timidez e fobia social. Pois, são termos que procedem de distintas tradições de investigações sobre fenômenos similares e muitas vezes seus significados se sobrepõem (Luzia, 2006).

Medo e ansiedade: respostas normais

O medo e a ansiedade, de uma perspectiva evolucionista, são estudados como respostas normais a contextos de perigos. Estes perigos podem ser ameaças ao bem-estar emocional, à integridade física ou a sobrevivência. Podem também ser reais (atuais) ou potenciais. Uma ameaça é tida como 'real' se o indivíduo se encontra na presença da mesma e 'potencial' se há componentes de incerteza sobre o seu aparecimento (Graeff & Brandão, 1993). As respostas a ameaças reais são tidas como medo e as a ameaças potenciais como ansiedade. Nessas situações o organismo apresenta um conjunto de alterações comportamentais e psicofisiológicas (Nutt, 1990). Essas reações incluem comportamentos públicos ou privados, como por

exemplo: fuga/esquiva, inquietude, passividade, apreensão, evitação de contato visual, gagueira, tristeza, rubor, tremor, boca seca, sudorese, dores lombares e, ou de cabeça, distúrbios gastrointestinais, espasmos musculares, taquicardia, tontura e falta de ar (Oliveira & Duarte, 2004).

Na qualidade de comportamentos defensivos com valor de sobrevivência ao longo da evolução, o medo e a ansiedade envolvem um substrato neural predominantemente subcortical. A seguir são apresentadas as principais estruturas que participam desse substrato.

Principais circuitos cerebrais envolvidos nas respostas de medo e de ansiedade

As evidências acumuladas de resultados de pesquisas com modelos animais, lesões e neuroimagem mostram que a amígdala, em interação com a substância cinzenta periaquedutal, o córtex pré-frontal e o hipocampo, desempenha um papel importante na regulação do medo e da ansiedade (ver Tabela 1) (Brandão & Graeff, 2014; Davidson, Jackson & Kalin, 2000; Gorman, Kent, Sullivan & Coplan, 2000). Junto a elas, outras estruturas como a região insular, a região anterior do cíngulo, o córtex parietal e o núcleo estriado também regulam essas emoções.

TABELA 1

Medo e ansiedade e sua relação com comportamentos defensivos e substratos neurais*

| Emoção | Tipo de ameaça | Comportamento defensivo** | Substrato neural |
|------------------|----------------|---------------------------|---|
| Medo | Real | Congelamento | Amígdala, substância cinzenta periaquedutal |
| Ansiedade | Potencial | Avaliação de risco | Amígdala, sistema septo-hipocampal |

*, modificado a partir de Brandão e Graeff (2014).

** , observado em estudos com animais.

Diferentes saídas ou vias eferentes da amígdala estão envolvidas com as respostas autonômicas, neuroendócrinas e motoras esqueléticas que dão suporte às respostas que constituem diferentes expressões de ansiedade e de medo. Por exemplo, as projeções da matéria cinzenta periaquedutal controlam comportamentos de medo, enquanto que projeções do estriado parecem controlar os comportamentos de aproximação e evitação (Charney, Grillon & Bremner, 1998). Emoções como o medo e a ansiedade envolvem não apenas atividade de diferentes circuitos do sistema nervoso como a retroalimentação da periferia, a qual contribuiria na intensidade emocional (LeDoux, 1996; Davidson, Jackson & Kalin, 2000).

A amígdala monitora os estímulos externos e internos e “dispara” comportamentos defensivos (LeDoux, 1996; Charney, Grillon & Bremner, 1998). Com efeito, a amígdala recebe entradas ou aferências de uma ampla gama de regiões do cérebro. As informações recebidas do ambiente externo estão relacionadas com o tálamo sensorial e com os córtices sensoriais. A via tálamo-amígdala é uma via direta e supõe-se que ela proporcione à amígdala imagens iniciais pouco elaboradas, porém rápidas do mundo externo, a via tálamo-córtex-amígdala proporciona informações mais detalhadas e exatas, tais como de contextos, eventos e características de objetos. A via mais rápida parece ser responsável por fazer a pessoa responder a estímulos ameaçadores de maneira não-planejada, como nos comportamentos de fuga, luta ou congelamento. Essa ação da via mais rápida poderia explicar em parte o porquê de algumas atitudes frente a determinadas situações como, por exemplo, a reação de lutar diante de um assaltante armado. A informação aferente visceral ascendente do tronco cerebral e do hipotálamo e a interação recíproca com o hipocampo e deste com regiões corticais, incluindo as áreas entorrinal e perirrinal, permitem à amígdala incorporar informações sobre importantes processos como a análise contextual e a experiência prévia do indivíduo. Dessa maneira, pode-se considerar que contextos semelhantes a experiências do passado podem muitas vezes evocar

emoções semelhantes, de forma que o comportamento pode também se repetir como na experiência anterior, como por exemplo, quando o indivíduo esquiva-se de ir a um lugar que lhe parece semelhante a outro, o qual lhe causou medo ou constrangimento. Finalmente, há evidências de que a informação processada no córtex pré-frontal ventromedial parece modular a reatividade emocional via influências inibitórias sobre a amígdala. Por exemplo, lesões nessa área cortical retardam o processo de extinção ao medo (LeDoux, 1996).

Em síntese, o substrato neural do medo e da ansiedade é complexo, abrangendo estruturas do tronco cerebral ao córtex associativo. No entanto, merece destaque o papel exercido pela amígdala com seu controle de resposta endócrina, do sistema nervoso autônomo e de respostas motoras e com sua modulação a partir de áreas subcorticais e corticais. Voltemo-nos agora ao TAS, ele é sinônimo de fobia social? Todo tímido tem TAS?

Timidez, fobia social e Transtorno de Ansiedade Social

A timidez, definida como uma inibição em situações interpessoais que interfere nas relações sociais e profissionais pode variar desde um leve incomodo até a inibição total, que pode ser observada em quadros relacionados com a fobia social (Henderson & Zimbardo, 1996). Vários estudiosos sobre o tema, como por exemplo, Stein (1999); Turner, Beidel e Townsley (1992) consideram que exista um *continuum* entre a timidez e a fobia social. Valores sociais tais como noções de sucesso e fracasso (Oliveira & Duarte, 2004) podem interferir no conceito sobre si mesmo, o que por sua vez pode interferir mais na interação social que a própria ansiedade (Henderson & Zimbardo, 1996). Nesse sentido, o excesso de competitividade é sugerido exercer contribuição na gênese do TAS (Zimbardo, 2002).

Zimbardo (2002) coloca que a timidez na infância pode ser normal e, que geralmente não é percebida como dificuldade, pois adultos tendem a preferir crianças com padrões de comportamentos mais introvertidos, uma vez que tendem a causar menos dificuldades de interação. Assim, a timidez seria vista como uma forma de comportamento saudável, não uma doença. Isso só iria chamar a atenção quando se tornasse exagerado, mostrando não ser apenas uma reação transitória perante uma situação nova, mas sim uma expressão comportamental cuja frequência é alta e causa prejuízos ao indivíduo na sua rotina diária, impossibilitando-o de realizar atividades corriqueiras como estudar. Assim, a timidez não necessariamente compromete de forma significativa a realização pessoal, mas pode conduzir a um repertório comportamental limitado.

Ainda de acordo com aquele autor, as pessoas tímidas têm desvantagens nas situações sociais, pois são menos expressivas verbal e não-verbalmente e mostram menos interesse em outras pessoas que os não-tímidos. Em geral, os tímidos são conscientes da situação em que se encontram e relatam mais pensamentos negativos sobre eles mesmos, além disso, eles percebem-se como incompetentes (Zimbardo, 2002).

De forma coerente com a noção sobre timidez apresentada acima, no DSM-5 (APA, 2013) a timidez é considerada um traço normal de personalidade. Esse traço só será visto como patológico quando provoca prejuízos na vida pessoal, acadêmica e profissional dos indivíduos.

Já o conceito de TAS está baseado na noção de medo persistente, irracional e acentuado. A classificação de TAS é aplicável quando esse medo é relacionado com situações sociais ou desempenhos em público e é marcado por um temor de que seja humilhante e /ou embaraçoso (Tillfors, Furmark, Marteinsdottir, & Fredrikson, 2002; Beidel e Turner, 2007; Gauer et. al.2010).

O início do TAS pode ocorrer logo após uma experiência estressante ou humilhante, mas pode também aparecer de forma lenta. Ele é caracterizado como um transtorno crônico. Às vezes pode persistir durante toda a vida, em outra parte dos casos pode regredir total ou parcialmente durante a vida adulta (Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner & Beidel, 2005). A exposição a situações sociais produz geralmente uma resposta imediata de ansiedade e esta resposta pode induzir a uma crise de angústia relacionada com a situação (Organización Mundial de la Salud, 1992; Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner & Beidel, 2005; Stein, Ispert & van Balkom, 2006).

Por vezes se utiliza o termo “fobia social”, mas ele não difere do conceito de TAS apresentado aqui. Bobes García, Gonzáles G-Portilla, Saíz Martínez, Bascarán Fernández e Bousoño-García, (2001) relataram que os investigadores e profissionais da área recomendam a mudança de nome de fobia social para TAS porque este último compreende melhor a natureza do fenômeno e rompe com a idéia de banalidade que pode ter o nome de fobia social, além de facilitar o diagnóstico diferencial com a fobia simples. Entretanto, no DSM-IV-R e no DSM-5 (APA, 2013) se usa a denominação fobia social ou transtorno de ansiedade social indistintamente (Swinson, 2005).

Vimos que uma pessoa pode ser tímida, ou seja, apresentar certo grau de inibição em situações sociais. Quando o grau dessa inibição atinge níveis que interferem na vida acadêmica, profissional e pessoal, a timidez passa a assumir o status de transtorno. Dessa forma, uma distinção com certo valor prático é aquela segundo a qual a diferença entre fobia social/TAS e timidez diz respeito ao enfrentamento: parece que o tímido vai aos encontros sociais mesmo sentindo-se incomodado, enquanto o fóbico social geralmente os evita. A seguir apresentar-se-ão brevemente algumas variáveis que podem estar envolvidas na etiologia do TAS.

Fatores genéticos

A possibilidade de contribuição de fatores genéticos no desenvolvimento de transtornos tem sido alvo de debates e controvérsias há muitas décadas. Nas décadas recentes, o tema teve grande avanço graças a pesquisas que visaram abordar o tema com metodologia objetiva e delineamentos sofisticados. Se por um lado essas pesquisas mostram que em geral a herança de traços comportamentais não segue um padrão simples e previsível como o que determina, por exemplo, a cor dos olhos, por outro lado, ainda assim elas sugerem contribuição genética importante para a ‘vulnerabilidade’ a diversos transtornos.

Especificamente para o TAS, há estudos que apontam para associação de seu diagnóstico com histórico do mesmo ou de outro transtorno nos pais. Por exemplo, num estudo o diagnóstico de TAS ou de transtorno de personalidade esquiava mostrou-se associado ao histórico de ansiedade social dos pais: aquelas pessoas com histórico familiar tinham risco relativo de duas a três vezes maior de ter um daqueles transtornos (Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2001). Em outro estudo, adolescentes e seus pais foram avaliados a fim de se investigar concordância entre TAS nos primeiros e TAS ou outro transtorno, ou ainda estilo parental, nos pais (Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein, & Merikangas, 2000). O estudo mostrou associação entre TAS no filho com TAS ou depressão nos pais, bem como com estilo parental de rejeição ou de superproteção.

Há estudos que sugerem que ocorre uma transmissão familiar específica para o TAS, de forma que a herança do transtorno chega a ter elementos que lembram as “castas”. Por exemplo, os estudos de Fyer, Mannuzza, Champman, Martin e Klein (1995) e de Stein et al. (1998) mostram um aumento relativo quanto ao risco de desenvolvimento do transtorno de ansiedade social (de duas a três vezes maior que na população em geral) em familiares de pacientes com TAS. Entretanto, esse risco não parece existir para fobias específicas e para agorafobia. Esses estudos sugerem também que o subtipo generalizado do TAS possua um forte componente familiar quando comparado ao subtipo não-generalizado.

Estudos como os mencionados acima, onde se identifica associação em diagnósticos de TAS (ou outro transtorno) entre dois membros de uma mesma família, são importantes. Entretanto, eles não permitem uma distinção entre a contribuição genética e a da experiência ou de outros fatores ontogenéticos. Para tanto, são úteis estudos em que se realizam comparações entre irmãos gêmeos. Esses podem ser de dois tipos: os homozigóticos, que compartilham 100 % da carga genética; e, os heterozigóticos, cuja carga genética compartilhada é equivalente àquela compartilhada entre quaisquer dois irmãos (aproximadamente 50 %). Vale notar que os efeitos ambientais (experiências na família, vizinhança, cultura, vida intra-uterina etc.) exercidos sobre os indivíduos devem razoavelmente ser considerados equivalentes para ambos os tipos de pares de gêmeos. Assim, os estudos de comparação de gêmeos podem permitir uma determinação mais clara do papel dos genes, o qual pode ser inferido a partir de maior concordância entre homozigóticos quanto a alguma característica específica.

Assim, a contribuição genética para ‘dimensões do temperamento’ foi estimada a partir de avaliações realizadas com gêmeos homo e heterozigóticos. A porcentagem da variância que poderia ser atribuída à genética foi acima de 70 % para ‘emocionalidade’, ‘atividade’ e ‘impulsividade’ e de 22 % (mulheres) a 42 % (homens) para ‘sociabilidade’ (Buss, Plomin & Willerman, 1973). Em gêmeos homozigóticos que foram avaliados quanto a fobias a partir de uma escala, houve correlação de 0,53 quanto a medos sociais (Skre, Onstad, Torgersen, Lygren & Kringlen, 2000).

Quais características da constituição genética poderiam ser relacionadas com a ansiedade social? O conhecimento sobre o tema deve ser tratado com cuidado, pois ainda é incipiente e geralmente baseado em estudos com amostras pequenas. Feita essa ressalva, há certo grau de convergência na indicação de que a presença de um alelo curto na região polimórfica ligada ao gene do transportador de serotonina (geralmente referida por 5-HTTLPR) constitui um fator de vulnerabilidade. Esse gene pode assumir a forma curta ou a longa e as pessoas podem ser homozigotas (longa/longa e curta/curta) ou heterozigotas (curta/longa) quanto a forma desse alelo. Tanto as pessoas homozigotas da forma curta como as heterozigotas seriam afetadas, indicando um efeito do tipo dominante/recessivo com dominância da forma curta. Num dos primeiros estudos sobre o tema, foi demonstrada associação entre polimorfismo do referido gene e o escore no fator ‘neurotiscismo’ numa escala que avalia, além desse, outros quatro fatores que constituiriam a personalidade (Lesch et al., 1996).

Os estudos de comparações entre gêmeos geralmente não trataram especificamente do diagnóstico de TAS. De qualquer forma, uma grande parte deles aponta para maior concordância entre gêmeos homozigóticos quanto à vulnerabilidade compartilhada entre transtornos de ansiedade e de depressão (para uma revisão sistemática, ver Cerdá et al., 2010). Esses estudos sugerem que dada a vulnerabilidade genética, fatores ambientais teriam um papel importante na definição do transtorno específico que o indivíduo desenvolveria.

Se o genótipo pode levar o indivíduo a constitucionalmente funcionar de uma forma que o torna mais vulnerável ao TAS, vejamos a seguir alguns aspectos desse funcionamento. Especificamente, serão abordados a inibição comportamental e sistemas de neurotransmissão,

Inibição comportamental

O temperamento pode ser definido como uma predisposição inata de reação que se refere a diferenças constitucionais na reatividade emocional (Alcobia, 2013; Buss, Plomin & Willerman, 1973; Leonardo 2013; Sanson, Hemphill & Smart, 2002; Davidson & Ekman, 1994). Os pesquisadores da área, em geral, concordam com a idéia de que o temperamento tem bases biológicas e pode ser observado desde os primeiros anos de vida. Entretanto, o temperamento também sofre ação do ambiente, sendo assim possível ser modelado pelas consequências (Crockenberg & Smith, 2002; Wachs, 2002).

Muitas das investigações sobre o temperamento têm se referido a aspectos relacionados à estrutura temperamental da inibição comportamental, que se caracteriza por comportamentos de cautela, evitação e timidez, bem como por uma ativação fisiológica elevada diante de situações novas (Alcobia, 2013, Leonardo, 2013, Reznick, Kagan, Snidman, Gersten, Baak & Rosenberg, 1986; Kagan, Reznick & Snidman, 1988).

O correlato fisiológico da inibição comportamental é evidenciado pela hiper-reatividade do sistema nervoso simpático (Kagan, Reznick & Snidman, 1988), fenômeno que parece estar associado com um limiar mais baixo de excitabilidade na amígdala (Kagan, Snidman & Arcus, 1993). Esses traços de inibição comportamental também foram encontrados em outras espécies como nos primatas e em cães. Os dados sugerem que há um genótipo temperamental evolutivamente conservado (Smoller & Tsuang, 1998). Além disso, esse padrão de inibição comportamental também tem sido observado através de práticas culturais (Turner, Beidel & Wolff, 1996).

Com efeito, um “pano de fundo” genético é evidenciado em estudos com gêmeos, os quais indicam uma contribuição genética à inibição comportamental, especialmente em crianças em cujos pais foram observadas altas taxas de manifestação do TAS (Biederman, Hirshfeld-Becker, Rosenbaum, Herot, Fredman, Snidman,

Nagan & Faraone, 2001) Outros dados se referem às altas taxas de síndromes fóbicas e comportamentos de evitação em crianças em que se identificou inibição comportamental quando comparadas com crianças controle e sem comportamentos inibidos (Biederman, et. al., 2001). Entretanto, Turner, Beidel e Wolff (1996) demonstraram que a inibição comportamental poderia ser um fator, mas não o único relacionado ao desenvolvimento de transtorno de ansiedade.

Heim, Newport, Heit, Graham, Wilcox, Bonsall, Miller e Nemeroff (2000) relataram que eventos estressantes no início da vida associados com a suscetibilidade genética também podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de fobias. Os fatores estressantes também podem influenciar em mudanças endócrinas, particularmente no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), predispondo ao desenvolvimento de ansiedade e transtornos depressivos no adulto. Há evidências de que mulheres com história de maus-tratos infantil têm um aumento na resposta do eixo HPA ao estresse quando comparadas com mulheres sem história de abuso (Lopes, 2011; Pereira, 2014).

Nota-se que uma pessoa pode, portanto, desenvolver um transtorno se houver uma combinação de suscetibilidade genética e experiência, por exemplo, ter sido submetido a eventos estressantes, como maus-tratos na infância. Além disso, se sugere que crianças submetidas a experiências traumáticas podem ter mudanças neurobiológicas e desenvolver ansiedade e transtornos depressivos em algum momento da vida adulta (Mello, Faria, Mello, Carpenter, Tyrka & Price, 2009).

Neurotransmissores no Transtorno de Ansiedade Social

As características biológicas do TAS ainda são pouco compreendidas. As evidências com estudos tanto em animais quanto em humanos sugerem que em relação aos sistemas de neurotransmissão envolvidos, os principais são o serotonérgico e o dopaminérgico (Tancer, 1993; Potts, Book & Davidson, 1996; Bell, Malizia & Nutt, 1999).

A serotonina, ou 5-hidroxotriptamina (5-HT), está envolvida em muitas funções, incluindo a regulação dos estados emocionais como o de humor e de ansiedade (Lesch, et. al. 1996; Graeff, Guimarães, De Andrade & Deakin, 1996, Bortoluzzi, 2012).

Os estudos clínicos com os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (conhecidos por SSRIs), um grupo de medicamentos que atuam aumentando a disponibilidade de 5-HT, mostraram certo grau de eficácia desses no tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS (Stein & Stahl, 2000).

A partir da efetividade clínica dos SSRIs no tratamento do TAS (Van Ameringen, Mancini, Oakman & Farvolden, 1999) e dos estudos utilizando-se fenfluramina (um agente liberador de 5-HT) e metaclofenilpiperazina (um agonista dos receptores 5-HT_{2B} e 5-HT_{2C}), se indica o papel da serotonina na ansiedade social (Mathew, Coplan & Gorman, 2001). Os estudos sobre comportamentos de enfrentamentos diante das situações da vida indicam que os receptores de 5-HT₂ são extremamente sensíveis em indivíduos com TAS e essa hipersensibilidade se associa com as reações de ansiedade.

Quanto à ação da dopamina, os inibidores de monoaminoxidase mostraram efeito ansiolítico no TAS. Além disso, estudos (Lauterbach & Duvoisin, 1987; Stein, Heuser, Juncos & Uhde, 1990) encontraram uma proporção elevada de TAS em pacientes com Parkinson, doença caracterizada por concentrações baixas de dopamina no cérebro. Isso vem ao encontro da teoria de que o sistema dopaminérgico está envolvido na regulação da ansiedade social (Potts, Book e Davidson, 1996; Stein, 1998). Entretanto, os inibidores de monoaminoxidase também atuam sobre a serotonina e a noradrenalina, fato que torna difícil “desenrolar” esses sistemas.

As pesquisas com animais de laboratórios evidenciam atividade baixa de dopamina no sistema nervoso central de ratos tímidos (Bell, Malizia & Nutt, 1999). Tancer, Mailman, Stein, Mason, Carson e Golden (1995) usaram levodopa em humanos para tentar examinar essa relação. Entretanto, não encontraram evidências parecidas quando mediram o nível dopaminérgico em indivíduos com TAS comparados com controles saudáveis.

Em síntese, os dados refletem o papel da serotonina e da dopamina no TAS, no entanto, outras investigações são necessárias para elucidar as hipóteses relacionadas a neurotransmissão dessas aminas biogênicas.

Linhas gerais do papel da aprendizagem no desenvolvimento do TAS: a contribuição dos condicionamentos clássico e operante

O papel da aprendizagem no desenvolvimento de transtornos de ansiedade é reconhecido desde a primeira metade do século XX. Com efeito, o condicionamento clássico tem evidentes implicações para medos adquiridos. No condicionamento clássico, um estímulo inicialmente neutro e sem efeitos passa a provocar no indivíduo uma resposta reflexa. Isso se dá por meio de pareamentos do estímulo neutro com um estímulo que tem a propriedade de provocar a resposta sem qualquer aprendizagem prévia (conhecido por estímulo incondicional). Assim, por exemplo, uma pessoa que ao passar por um beco (estímulo neutro) é mordida (estímulo incondicional) por um cão e como resultado tem várias manifestações relacionadas ao medo (tremores, exoftalmia, piloereção, taquicardia, aumento da pressão arterial etc.), poderá ter respostas parecidas quando passar novamente pelo beco, o qual terá assumido o caráter de estímulo condicionado.

Se o condicionamento clássico é útil para a compreensão da aquisição de medos que podem ser clinicamente relevantes, por outro lado ele é insuficiente para explicar outros aspectos presentes em transtornos de ansiedade. De especial importância nesses transtornos são comportamentos evitativos. Assim, no exemplo acima, a pessoa pode deixar de passar pelo beco onde no passado foi mordida por um cão e com isso não terá as respostas relacionadas ao medo. No entanto, essa esquiva pode causar sofrimento à medida que o caminho dela seria bem mais curto pelo beco e ainda quando a pessoa evita o beco mesmo sabendo que o cão não estará mais naquele local.

A compreensão da esquiva requer um ‘modelo de dois processos’ (Rescorla e Solomon, 1967) segundo o qual respostas operantes que reduzam as respostas fisiológicas de medo são selecionadas e mantidas. Ou seja, a redução/prevenção de respostas de medo agiria como reforço negativo para depurar comportamentos de esquiva.

Obviamente, as perspectivas de envolvimento de condicionamento clássico e operante (e de interação entre eles) em comportamentos ansiosos têm importantes implicações para o tratamento. Pois, podem-se adotar estratégias que envolvam tanto a extinção de medos como o desenvolvimento de comportamentos alternativos que sejam mais eficazes e que propiciem a exposição às situações temidas de forma que seja possível a experiência de não-ocorrência de consequências negativas e de ocorrência de consequências positivas.

Tratamento

Segundo Swinson (2005), pouquíssimos transtornos psiquiátricos envolvem um debate sobre se as condições descritas constituem um transtorno e sobre se a pessoa que está sofrendo com essa dificuldade deverá ou não receber tratamento psicofarmacológico, especialmente crianças e adolescentes. No entanto, os SSRIs são bastante utilizados, principalmente no tratamento em longo prazo do TAS (Stein et al, 2006). Piccin e Costa (2015) relataram que existem muitos estudos disponíveis na literatura que mostram a eficácia e a tolerabilidade dessa classe de medicamentos quando comparados a outras medicações, por exemplo, aos benzodiazepínicos.

No dia a dia da prática clínica, é cada vez mais comum que os clientes recebam ambos os tratamentos, farmacológico e psicoterapêutico (Heimberg, 2001).

Os tratamentos psicológicos baseados nas psicoterapias comportamental e cognitivo-comportamental, em sua maioria, empregam técnicas como o treinamento em habilidades sociais e técnicas de exposição (Moreno Gil, Méndez Carrillo, & Sánchez Meca; 2000). Além disso, na psicoterapia comportamental, outros recursos também são utilizados, tais como dinâmicas de grupo de integração e descontração, vivências relacionadas à ansiedade e às atividades cotidianas dos clientes, dinâmicas contendo técnicas de relaxamento,

procedimentos de resolução de problemas e material psicoeducacional contendo aspectos biológicos e comportamentais da ansiedade (Luzia, Vila & Velásquez, 2012). É importante enfatizar que a utilização das técnicas na terapia comportamental sempre é adequada aos fundamentos do behaviorismo radical, o qual pressupõe a análise funcional dos comportamentos. Sendo assim, predominarão entre os procedimentos adotados para o desenvolvimento dos novos comportamentos aqueles que permitam viabilizar sua dimensão funcional e não os que enfatizem somente as dimensões topográficas dos comportamentos.

A execução de tarefas fora do contexto clínico também é destaque na psicoterapia comportamental, no sentido de aumentar as chances de ocorrência de contingências que possibilitem a aprendizagem de algum comportamento socialmente habilidoso. Quando o cliente relata a execução de uma tarefa, o terapeuta valoriza seu engajamento independentemente deste ter sido reforçado nos ambientes naturais. Assim, com o decorrer das intervenções, uma vez que as melhoras vão ocorrendo, os participantes passam a ter *feedbacks* positivos pela ocorrência do comportamento.

É interessante salientar que as técnicas de exposição estão baseadas em modelos de condicionamento instrumental e operante. No tratamento de exposição do TAS, os clientes ordenam de forma hierárquica, quanto ao nível de ansiedade, o enfrentamento das situações temidas (Rowa & Anthony, 2005). Durante o tratamento com base nessa técnica, se inclui *roleplay* com o terapeuta ou com o co-terapeuta (Rowa & Anthony, 2005). Esse pode ser útil como precursor da exposição propriamente dita, em que novos repertórios são desenvolvidos ou aperfeiçoados.

O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) se baseia na premissa de que nos casos de TAS há um empobrecimento ou subutilização das habilidades sociais em geral (Juster & Heimberg, 1995). Os clientes recebem treinamento e/ou aperfeiçoamento das habilidades sociais de comportamentos verbais ou não-verbais (por exemplo, contacto ocular, tom de voz, assertividade, como iniciar e manter uma conversação etc.). Essas habilidades podem ser desenvolvidas/aperfeiçoadas através de modelação e são modelados via relação terapêutica. Além disso, na psicoterapia comportamental, o THS tem destaque para a simulação de situações naturais e uso de *feedbacks* imediatos.

Rocha (2012) relatou que O THS é útil para clientes com TAS e que há a necessidade de ampliar as sessões das habilidades que o participante apresentar maior dificuldade para desempenhar. Assim, a exposição dos participantes a mais e diversas situações problemas poderá favorecer generalização. Juster e Heimberg (1995) sugeriram que o THS é muito útil em ajudar clientes com TAS, no entanto, outros estudos necessitam ser realizados para se averiguar se esses benefícios se mantêm por um período bem longo.

Além disso, em uma meta-análise, Taylor (1996), mostrou que todos os tratamentos então analisados (medicação, uso de placebo, exposições, técnicas de reestruturação cognitiva utilizando ou não as técnicas de exposição e THS) tiveram taxas elevadas de sucesso quando comparados à condição dos clientes que estavam na lista de espera. Outro dado encontrado se refere à combinação das técnicas de reestruturação e técnicas de exposição, a qual mostrou resultados superiores em relação ao grupo que estava na fila de espera.

Outro estudo, de meta-análise sobre o tratamento de TAS, foi realizado por Sánchez Meca, Rosa Alcázar e Olivares Rodríguez, (2004). O objetivo foi determinar a eficácia do tratamento da terapia comportamental do TAS para os subtipos específico e generalizado. Os resultados mostraram que a eficácia é nítida para ambos os tipos. Entretanto, para o subtipo generalizado a taxa de êxito é ainda maior. Além disso, detectou-se a eficiência em ambos os tipos num estudo que considerou a passagem do tempo após a alta. Os autores explicaram que esses achados se devem à aplicação de estratégias em que os clientes aprendem habilidades de enfrentamento e generalizam para seu meio social.

- Alcobia, C. I. V. (2013). Competências sociais na adolescência: estilos de vinculação e temperamento. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: Author
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 37, 316-325.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Fredman, D., Snidman, N., Kagan, J., & Faraone, S.V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Beidel, D.C., & Turner, S. M (2007). *Shy Children, Phobic Adults: nature and treatment of Social Anxiety Disorder*. Second Edition. American Psychological Association.
- Bell, C. J., Malizia, A. L., & Nutt D. J. (1999). The neurobiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(S), 11-18.
- Bobes García, J.; Gonzáles G-Portilla, M. P., Saíz Martínez, P.A., Bascarán Fernández, M. T., & Bousoño García, M. (2001). Revisión conceptual a propósito de la fobia social (TAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(3), 195-8.
- Bortoluzzi, A. (2012). Estudo de associação entre transtornos de ansiedade e seus endofenótipos e o polimorfismo da região promotora do gene do transportador de serotonina (5-HTTLPR) em adolescentes. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Brandão, M. L., & Graeff, F. G. (2014). Neurobiologia dos transtornos mentais. São Paulo: Editora Atheneu.
- Buss, A. H., Plomin, R., & Willerman, L. (1973). The inheritance of personality traits. *Journal of Personality*, 41, 513-524.
- Cerdá, M., Sagdeo, A., Johnson, J., & Galea, S. (2010). Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 14-38.
- Charney, D. S., Grillon, C., & Bremner, J. D. (1998). The neurobiological basis of anxiety and fear: Circuits, mechanisms and neurochemical interactions (part I). *Neuroscientist*, 4, 35-44.
- Crockenberg, S. B., & Smith, P. (2002). Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the first 3 months of life. *Infant Behavior and Development*, 25, 2-15.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*; 126, 890-909.
- Davidson, R. J., & Ekman, P. (1994). Afterword: How are emotions distinguished from moods, temperament, and other related affective constructs? In Ekman P, Davidson RJ, (Eds). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press, p. 95.
- De La Barra, F. M. (2010). Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (2), 152-159.
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social—estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr*, 57(2), 122-126.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y., & Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 564-573.
- Gauer, G. J. C., Boaz, C.C., Calvetti P. U., & Silva, L. M. (2010). Instruments for assessing social phobias in infants and adolescents in the Portuguese language. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 93-97.

- Gauer, G. J. C., Zogbi, H., Beidel, D. C., & Olivares Rodríguez, J. (2006). Fobia social na infância e adolescência: aspectos clínicos e de avaliação psicométrica; Childhood and Adolescence social phobia: clinical aspects and psychometric assessment. *Psico (Porto Alegre)*, 37(3), 263-269.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Vasconcellos, S. J. L., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2005). Validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 795-800.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157, 493-505.
- Graeff, F. G., & Brandão, M. L. *Neurobiologia das doenças mentais*. (1996). São Paulo: Lemos Editorial, 3 Ed.
- Graeff, F. G., Guimaraes, F. S., De Andrade, T. G. C. S., & Deakin, J. F. W. (1996). Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 54, 129-141.
- Heim C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *The Journal of the American Medical Association*, 284 (5), 592-597
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 1), 36-42
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (1996). Shyness. In *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press, San Diego, CA.
- Horst, G.J., Wichmann, R., Gerrits, M., Westenbroek, C., & Lin, Y. (2009). Sex differences in stress responses: Focus on ovarian hormones. *Physiology and Behavior*, 97, 239-249.
- Juster, H. R., & Heimberg, R. G. (1995). Social phobia: longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 321-42.
- Kagan J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1993). On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children. In K. H., Rubin, y J., Asendorf (Eds). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 19-28.
- Kessler, R. C., Berglund, R., Demler O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lauterbach, E. C., & Duvoisin, R. C. (1987). Anxiety disorders in familial Parkinsonism (letter). *American Journal of Psychiatry*, 148, 1274.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon y Schuster.
- Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S, Benjamin, D.G., Muller, C. R., Hamer, D. H., & Murphy, D. L (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274(5292), 1527-1531.
- Leonardo, C. S. R. (2013). Regulação emocional e da satisfação das necessidades psicológicas na ansiedade social. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lieb, R., Wittchen, H., Höfler M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. *Arch Gen Psychiatry*. 57(9), 859-866.
- Lopes, R. P. (2011). Efeitos neuroimunoendócrinos do estresse por abuso físico ou negligência na infância em mulheres com depressão maior, Tese de Doutorado, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Luzia, J. C. (2006). *Medición objetiva del trastorno de ansiedad social*. Trabajo de Grado não publicado. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.
- Luzia, J. C., Vila, E. M., & Velásquez, Z. J. C. (2012, agosto). Tratamentos para o transtorno de ansiedade social baseados em intervenções farmacológicas e terapia analítico comportamental. Livros de Resumo do III Congresso de Psicologia da UEL, A Inserção da Psicologia na Saúde: Alcances, Limites e Impasses, Londrina, PR, Brasil, 93.

- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S., Heldt, E., & Pollack, M. H. (2003). Relationship between adult social phobia and childhood anxiety. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 96-99.
- Mathew, S. J., Coplan, J. D., & Gorman, J. M. (2001). Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1558-1567.
- Mello, M. F., Faria, A. A., Mello, A. F., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., & Price, L. H. (2009). Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S41-S48.
- Moreno Gil, P. J., Méndez Carrillo, F. X., & Sánchez Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Nardi, A. E. (1999). O tratamento farmacológico da fobia social. *Rev. bras. psiquiatr*, 21(4), 249-257.
- Nardi, A. (2000). *Transtorno de Ansiedade Social: Fobia Social – A Timidez Patológica*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Nutt, D. J. (1990). *The pharmacology of human anxiety*. *Pharmacol Ther*, 47:233-66.
- Oliveira, M. A. de, & Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 183-200. Recuperado em 14 de junho de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200005&lng=pt&tlng=pt.
- OMS. (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo.
- Organización Mundial de la salud (1992). CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor: Madrid. Organización Panamericana de la Salud. EPIDAT. Washington, D.C. web: <http://ais.paho.org/>
- Peer, M., Soares, C., & Steiner, M. (2008). The complex interrelationships of menstrual cyclicity and anxiety disorders. *Psychiatric Times*, 25, 1-14.
- Pereira, F. G. (2014). O impacto da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica e depressão na vida adulta.
- Piccin, J., & Costa, M. L. B. (2015). Transtorno de ansiedade social resistente ao tratamento. *Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento: Diagnóstico e Manejo*, 103.
- Phillips, K.A., & First, M.B. (2009). Introducción. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 3-6) Barcelona: Elsevier Masson.
- Porto, P. (2005). Orientação de pais de crianças com fobia social. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872005000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 set. 2013.
- Potts, N. L. S., Book, S., & Davidson, J. R. T. (1996). The neurobiology of social phobia. *Internacional Clinical Psychopharmacology*, 11, 43-48.
- Rescorla, R. A., & Solomon, R. L. (1967) Two-process learning theory: Relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychological Review*, 74, 151-182.
- Reznick, J. S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, G., Baak, K., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680.
- Rocha, J. F. D. (2012). Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil.
- Rowa, K., & Anthony, M. M. (2005). Psychological Treatments for Social Phobia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308-316.
- Sánchez Meca, J., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares Rodríguez, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1) 55-68. Recovered from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720106>
- Sanson, A., Hemphill, S. A., & Smart, D. (2002). Temperament and social development. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Handbook of childhood social development* (pp. 97-116). Malden, MA: Blackwell Publishing.

- Siqueira, K. M., Bezerra, A. L. Q., Barbosa, M. A., & Mendes, D. A. (2005) Adolescer Saudável: estratégia de cuidado à saúde de adolescentes escolares. *Revista Nursing*, 87 (08) p. 371-374.
- Smoller, J. W., & Tsuang, M. T. (1998). Panic and phobic anxiety: Defining phenotypes for genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1152-1162.
- Stein, D. J., Ipser, J. C., & van Balkom, A. J. (2006). Tratamiento farmacológico para la fobia social (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Stein, D. J., & Stahl, S. (2000). Serotonin and anxiety: Current models. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, S1-6.
- Stein, M. B. (1999). Coming face-to-face with social phobia [editorial; comment]. *Am Fam Physician*. 60: 2244; 2247.
- Stein, M. B. (1998). Neurobiological perspectives on social phobia: From affiliation to zoology. *Biological Psychiatry*, 44, 1277-1285.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. L., Tancer, M. E., Lander, S., Furer, P., Chubaty, D & Walker, J. R. (1998). A direct interview family study of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 92-97.
- Stein, M. B., & Leslie, W. D. (1996). A brain single photon-emission computed tomography (SPECT) study of generalized social phobia. *Biological Psychiatry*, 39, 825-828.
- Swinson, R. P. (2005). Social Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 305-307.
- Tancer, M. E. (1993). Neurobiology of social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*; 54, 26-30.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., & Fredrikson, M. (2002). Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: A PET study. *Biological Psychiatry*, 52, 1113-1119.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behaviour Research Therapy*. 39(3), 289-98.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416-425.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 168-172.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J. M., & Farvolden, P. (1999). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of social phobia. The emerging gold standard. *CNS Drugs*, 11, 307-315.
- Velasco, B. C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(2), 127 - 138.
- Wachs, T. D. (2002). "Back to the future": A commentary on Crockenberg and Smith (1982). *Infant Behavior and Development*, 25, 21-24.
- Zimbaro, P. G. (2002). *A Timidez*. Lisboa: Edições. 70.

Seção **B**

**Processos educativos
e Análise do
Comportamento**

Daniel Carvalho de Matos

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Universidade Nove de Julho

Eliana Isabel de Moraes Hamasaki

Universidade de São Paulo e Universidade Nove de Julho

Leidiana Peixoto Ribeiro

Universidade Nove de Julho

Ivânia Alves Costa

Universidade Nove de Julho

¹ E-mail para contato com os autores: dcmatos23@hotmail.com.

A partir da atuação voltada para a atividade de supervisão de estágio em centros de formação de psicólogos, tem-se verificado uma considerável incidência de estudantes com desenvolvimento típico e matriculados no Ensino Fundamental e, especialmente em escolas públicas, que apresentam algum tipo de dificuldade na aprendizagem. Em geral, as dificuldades estão relacionadas a repertórios bastante importantes, como por exemplo, leitura, escrita e aritmética.

O presente trabalho descreve sobre atendimentos de psicoterapia com crianças (com dificuldade de aprendizagem) em uma universidade particular da cidade de São Paulo. Normalmente, as crianças são encaminhadas pelas próprias escolas nas quais estão matriculadas – ou espontaneamente por seus cuidadores principais – que formulam a queixa, segundo descrições de que as mesmas não aprendem em sala de aula e de que não sabem, portanto, ler e escrever.

Assim, foram destacados alguns casos, cujos detalhes serão descritos mais adiante. O procedimento usual para a condução dos atendimentos de formação consistem de algumas etapas, tais como segue:

1. **Avaliações iniciais:** realizadas por estagiários terapeutas do curso de Psicologia do sétimo semestre (que se encarregam do que se convencionou nomear de triagem dos casos). Após as avaliações, os casos podem ser encaminhados para a etapa seguinte;
2. **Psicoterapia:** estagiários do oitavo ao décimo semestres encarregam-se de conduzir os atendimentos, com o objetivo de atender a demanda identificada na etapa anterior e, após avaliação específica, são determinadas medidas de intervenção delineadas a partir da(s) dificuldade(s) apresentada(s). No caso específico dessas crianças, o objetivo principal da intervenção delineada é o de colocar o comportamento das crianças sob controle dos aspectos críticos para o desempenho satisfatório nas tarefas nas quais apresentam dificuldade.

É importante destacar que pode haver encaminhamentos a outros tipos de serviços (por exemplo, psicopedagogia, fonoaudiologia etc.). Antes da apresentação do trabalho desenvolvido com essas crianças atendidas, serão abordadas questões consideradas pertinentes para a fundamentação tanto da investigação como, especialmente, da intervenção proposta.

Skinner (1968/1972) sempre atentou para as questões relacionadas à aprendizagem e ao ensino, enfatizando vários aspectos relevantes. Dentre esses aspectos, Skinner destacava que um dos problemas das escolas americanas era, claramente, o “tamanho” das mesmas. Tal característica deve-se admitir, se aplica à maioria das escolas em qualquer lugar do mundo. Normalmente, observa-se a presença de muitos alunos para um único professor e o comportamento do professor em sala de aula, raramente, se mantém sob controle da aprendizagem ou das dificuldades de cada estudante. O autor ainda destaca que, não raro, observa-se que muitos alunos estudam basicamente sob controle de esquiva de consequências aversivas do não estudar (como nota baixa e reprovação). Ao abordar esse aspecto, o autor ainda argumenta que, se o estudante não aprende, não quer dizer que ele seja “culpado” por isso, mas que o problema estaria, na realidade, nas contingências programadas para o ensino. Acredita-se que, se o aluno não aprende, significa que as condições programadas para o ensino lhes são inadequadas e que isso não é sinônimo de que o aluno é incapaz de aprender.

Uma questão importante que fomenta esse argumento de Skinner está relacionada aos currículos das escolas que, por sua vez, contemplam um modelo de aluno médio que, não necessariamente, corresponde ao perfil de todos os alunos que frequentam as escolas. Os currículos, de maneira geral, tendem a não respeitar o ritmo de aprendizagem de cada aluno.

Na tentativa de minimizar as dificuldades de um “currículo padrão”, tal como o descrito anteriormente, Skinner (1968/1972) propôs um sistema de ensino (nomeado de instrução programada), cuja característica fundamental é exatamente ser sensível ao ritmo de aprendizagem de cada aluno. As tarefas, segundo a instrução programada idealizada por Skinner, deveriam ser organizadas a partir do procedimento de modelagem; isto é, as atividades/tarefas deveriam ser divididas em passos que, uma vez atingidos pelos alunos, a consequência de cada passo concluído seria um *feedback* / consequência imediata.

O autor, em princípio, construiu um aparato mecânico, por meio do qual as tarefas eram realizadas pelos alunos e, em função disso, foi considerado um dos precursores do uso do computador na Educação. Por meio desse aparato, os alunos construíam as respostas a uma série de perguntas, sendo que, a cada resposta, era liberado um *feedback* imediato sob o qual, cada aluno, então, podia conferir se sua resposta estava correta ou não.

A importância da consequência imediata no ensino, conforme destaca Skinner em sua proposta, deve-se à tendência de o comportamento (humano, neste caso) ser naturalmente sensível aos seus efeitos mais imediatos. As consequências, quando apresentadas com atraso, não tendem a afetar o comportamento de forma apreciável. Lamentavelmente, as escolas são marcadas por essa realidade: normalmente, os alunos realizam atividades/avaliações para as quais o *feedback* é apresentado com atraso, quando o comportamento já não é mais função das atividades.

A realidade das escolas públicas brasileiras representa exemplos de ambientes em que a aprendizagem, nos casos de muitos estudantes, não se revela como uma variável de controle significativa para o comportamento de estudar, como destacam Pereira, Marinotti e Luna (2004). Segundo os autores, embora possa ser observado relativo desinteresse pelas aulas, os alunos continuam nas escolas porque seus comportamentos (de ir para a escola) seriam função dos efeitos de outras variáveis, que não necessariamente estariam associadas à aprendizagem como, por exemplo, a merenda escolar que pode ser, para muitos deles, a principal ou única refeição do dia. Levando em consideração essa observação, um grande problema nas escolas públicas, atualmente, não seria, portanto, o de evasão, mas sim o da condição socioeconômica e, conseqüentemente, o problema da repetência, uma vez que, mesmo que controlados por variáveis estranhas ao aprendizado, os comportamentos de ir para e permanecer na escola estão sendo reforçados e mantidos. Além da condição socioeconômica dessa população, há que se considerar, também, as consequências do estudar que, em geral, são produzidas a longo prazo e, assim, não tendem a ser eficazes no controle do comportamento; isto é, são, neste caso, pouco significativas e pouco prováveis (como posterior sucesso profissional e reconhecimento, por exemplo). No Brasil, as escolas públicas são marcadas por uma baixa motivação pelo aprender e muitos alunos apresentam históricos de fracasso escolar. Para Skinner (1968/1972), o comportamento de muitos

estudantes é função de esquivar-se de consequências aversivas do não estudar, como notas baixas e reprovação. Em diversos casos, o comportamento de muitos estudantes está sob controle meramente de consequências arbitrárias como pontos e notas. Em função disso, a aprendizagem pode não ocorrer. O comportamento de estudar deveria, pelo menos em alguns momentos, ser mantido por consequências naturais (quando o comportamento produz consequências naturalmente reforçadoras por si mesmo, ao invés de produzir exclusivamente consequências arbitrárias). Embora admita-se que as consequências arbitrárias sejam importantes em um primeiro momento, destaca-se a importância de que sejam arranjadas contingências favorecedoras que possibilitem que o comportamento do estudante, posteriormente, passe a ser mantido sob controle das consequências naturais da aprendizagem. Essa realidade configura a necessidade de propostas de intervenção para reverter ou minimizar o problema.

Uma vez que, tal como descrito anteriormente, o presente estudo envolveu a análise dos repertórios de leitura, escrita e multiplicação a partir dos atendimentos desenvolvidos com crianças, em um programa de intervenção no qual, inicialmente, fez-se necessária a identificação da demanda. Foram posteriormente conduzidas avaliações mais específicas dos repertórios exigidos, assim como para o estabelecimento mais preciso das intervenções que, por sua vez, foram derivadas dos princípios da Análise do Comportamento aplicados ao ensino. O procedimento que foi utilizado durante as coletas envolveu um critério de fluência do responder (que combina precisão e velocidade da resposta) e recebeu o nome de ensino de precisão (*precision teaching*).

Tal modelo se baseia em importantes contribuições de Skinner para estudos de análise do comportamento (como as medidas de taxas de respostas e os registros cumulativos, por exemplo), com importantes implicações para a Educação. O ensino de precisão é descrito por Lindsley (1991, 1992) como um sistema instrucional derivado das contribuições de Skinner como as medidas de taxas ou frequências de respostas e os registros cumulativos, por meio de suas pesquisas em condicionamento operante. O ensino de precisão propriamente dito, começou em 1965 em salas de aula especiais para crianças com desenvolvimento atípico em um centro de reabilitação da Universidade de Kansas. No início dos anos 1970, o ensino de precisão foi também empregado em crianças com desenvolvimento típico, em uma sala de aula no nível elementar. Nas salas de aula, os estudantes eram responsáveis pelo registro e monitoramento das frequências de seus próprios comportamentos, em um formato gráfico padronizado. O monitoramento contínuo foi o aspecto mais crucial. A prática tinha de ser (a) individual; (b) rápida; (c) dotada de metas estabelecidas; (d) adicionada ao currículo; (e) registrada pelo próprio aprendiz; (f) ter duração de 1 minuto; (g) informativa; (h) mapeada; e (i) realizada diariamente.

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar a eficácia do procedimento de ensino de precisão para a aprendizagem de leitura, escrita e multiplicação em crianças de escolas públicas com desenvolvimento típico, mas com histórico de fracasso escolar. As coletas foram realizadas por estagiários de um curso de graduação em Psicologia de uma universidade particular da cidade de São Paulo, sob orientação do primeiro autor. O trabalho foi dividido em dois momentos: triagem (1) e psicoterapia (2). Os detalhes sobre os procedimentos estão apresentados mais adiante, na seção Método.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo, três crianças (duas do sexo masculino e uma do sexo feminino), frequentadoras do Ensino Fundamental de escolas públicas, apresentando – segundo queixas dessas escolas – problemas relacionados à aprendizagem. A Tabela 1 sumariza as informações relevantes de identificação das crianças, bem como relatos das queixas, segundo descrição dos próprios pais das crianças, quando os mesmos preencheram a ficha inscrição obrigatória para o procedimento usual no centro de formação de psicólogos da universidade.

TABELA 1
Dados de identificação e da demanda dos participantes

| Participante | Idade | Sexo | Série | Queixa |
|--------------|-------|------|----------------|---|
| D | 8 | M | 2 ^a | Dificuldade de aprendizagem; não sabia ler |
| E | 10 | M | 5 ^a | Encaminhamento de médico pediatra do posto de saúde que sugeria transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), baseado no comportamento de distração e da dificuldade na aprendizagem, segundo informações da escola |
| L | 11 | F | 6 ^a | Problemas de aprendizagem; andamento escolar não era qualificado como “bom” (sic) |

Materiais

Para a aplicação do TDE foi utilizado o caderno de aplicação com cada teste (de leitura, escrita e aritmética), seguindo os critérios do Manual do TDE (Stein, 1994). No segundo momento com ensino de precisão, as tarefas de escrita e aritmética envolveram o uso de lápis e borracha. Os estímulos para avaliação e ensino de leitura, escrita e aritmética, eram apresentados em cartões plastificados medindo 6 X 3 cm. A fonte utilizada foi *Times New Roman* com tamanho 40 e com todas as letras maiúsculas.

Situação de coleta

A coleta foi realizada por dois terapeutas estagiários em salas organizadas (nas quais os atendimentos de psicoterapia eram conduzidos), para evitar distrações aos participantes. A sala continha uma mesa e três cadeiras. O participante sentava-se em uma das cadeiras em frente aos dois terapeutas estagiários que permaneciam sentados nas duas cadeiras à frente da criança. Um dos terapeutas era encarregado da apresentação dos estímulos, enquanto o outro se encarregava do registro das respostas de cada participante.

Procedimento

O procedimento foi realizado nas seguintes etapas:

Primeira etapa

Aplicação do teste de desempenho escolar (TDE) com o participante paralelamente ao processo de triagem do caso, realizada a partir de cinco encontros. O leitor pode buscar informações sobre os critérios de aplicação de cada teste (de leitura, escrita e aritmética) no manual do próprio teste (ver Stein, 1994), que avalia três repertórios acadêmicos importantes para crianças matriculadas no ensino fundamental: leitura, escrita e aritmética. Para a aplicação do TDE foi utilizado o caderno de aplicação com cada teste (de leitura, escrita e aritmética), seguindo os critérios do manual.

Segunda etapa

Intervenções com o ensino de precisão. A coleta de dados, nesta etapa, envolveu o seguinte procedimento. Cada tarefa (de leitura, escrita e multiplicação) era organizada em blocos com 20 tentativas que correspondiam ao número de palavras selecionadas para cada um de três grupos de palavras ou operações de multiplicação que foram selecionados para essa etapa da coleta (ver Tabela 2). Cada participante deveria ler, escrever e multiplicar em até três minutos. Como o critério adotado foi o de fluência no responder (combinando precisão e velocidade da resposta), cada participante deveria acertar todas as 20 tentativas de cada tarefa, dentro do limite de tempo de três minutos. O primeiro bloco de tentativas, para cada tarefa, consistiu em uma condição de teste sem consequência diferencial que representou o critério de seleção dos participantes. Caso um participante errasse em pelo menos uma tentativa ou, caso os três minutos tivessem acabado sem que ele conseguisse concluir as tentativas ou as duas coisas, então o participante em

questão podia passar para a próxima etapa de treino com consequência diferencial (elogio) das respostas corretas. Nessa condição de treino, as respostas incorretas eram corrigidas. No caso da tarefa de leitura, um dos terapeutas verbalizava a palavra lida incorretamente, sem silabar e o participante deveria repetir. No caso de erro na escrita mediante ditado, um dos terapeutas mostrava para o participante, o cartão com a palavra cuja escrita tinha sido incorreta. E, por fim, no caso da multiplicação, um dos terapeutas deveria mostrar a resposta correta para a operação que estava localizada no verso de cada cartão. As tentativas eram apresentadas por terapeutas estagiários sob orientação e supervisão do primeiro autor, mas, diferentemente do que foi proposto no procedimento original de ensino de precisão, os registros eram feitos também pelos terapeutas estagiários, ao invés de o próprio cliente ser o responsável por isso.

Durante o ensino de precisão, eram apresentados tantos blocos de treinos quantos fossem necessários até que o critério especificado fosse atingido. Ao longo dos blocos, os tempos que as crianças levavam, em cada bloco, eram registrados: quando conseguiam realizar as tentativas em menos de três minutos, mas cometiam erros ou quando cumpriam o critério de acertar todas as tentativas em menos de três minutos. Essa medida era considerada importante para a verificação do tempo despendido na tarefa; isto é, se esse tempo diminuía ao longo de vários blocos. Uma vez que o critério fosse atingido em um determinado bloco, retornava-se, no próximo bloco de 20 tentativas, à condição de teste, sendo que as tentativas não produziam qualquer consequência. O objetivo era o de avaliar se, após um treino bem sucedido, o desempenho fluente era mantido em uma nova condição de teste sem consequência diferencial. Caso isso fosse observado, a tarefa era encerrada. Do contrário, continuava-se o treino até que se atingisse o critério de fluência e, novamente, verificava-se se o desempenho fluente seria mantido em uma condição de teste. Esse procedimento, portanto, era repetido até o momento em que o participante conseguisse manter um desempenho fluente (100% correto e dentro do limite de três minutos para responder), em uma situação de teste sem consequência diferencial. Vale destacar que, para as tarefas de multiplicação, não houve a programação de blocos de tentativas de teste.

TABELA 2**Estímulos dos testes e treinos de ensino de precisão**

As três primeiras colunas (Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3) referem-se aos grupos de palavras que foram utilizadas nos testes e treinos de leitura e escrita. A coluna com o título de Operações refere-se aos estímulos que foram utilizados nos testes e treinos da tarefa de multiplicação.

| Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Operações |
|---------|-----------|------------------|-----------|
| BABA | ESTAÇÃO | FAVOR | 10 x 8 |
| BACA | MARCELO | FORTIFICAÇÃO | 11 x 8 |
| BALA | INVERNO | CRISTALIZAR | 4 x 7 |
| BABO | OUTONO | LEGITIMIDADE | 6 x 7 |
| BACO | ANITA | DESTAMPAR | 1 x 12 |
| BALO | PAPELÃO | INDUSTRIALIZAÇÃO | 1 x 9 |
| CABA | PROBLEMA | ELMO | 2 x 8 |
| CACA | ORELHA | PRESTIGIOSO | 2 x 12 |
| CALA | ACASO | COMERCIALIZAR | 8 x 8 |
| CABO | PROMETER | AJUIZAR | 6 x 8 |
| CACO | ESCREVER | PREGUIÇA | 7 x 7 |
| CALO | MOLEQUE | DISCRIMINATIVO | 10 x 12 |
| LABA | EMPURRAR | MARTELADA | 10 x 9 |
| LACA | PARADA | QUEBRAMENTO | 2 x 7 |
| LALA | ANIMAL | SOTURNO | 4 x 8 |
| LABO | CACHORRO | IMPETUOSIDADE | 7 x 8 |
| LACO | NARINA | SIMILARIDADE | 11 x 7 |
| LALO | MUDANÇA | COLETIVIDADE | 3 x 9 |
| BOBA | CONVERSAR | DESCONHECIDO | 10 x 7 |
| BOCA | TRABALHAR | APENAS | 11 x 9 |

Com relação às informações da Tabela 2, é importante destacar que os estímulos do Grupo 1 são palavras dissílabas que foram selecionadas de pesquisas sobre ensino de leitura que utilizaram os mesmos estímulos (ver, por exemplo, Marangoni, 2007) e foram os estímulos de mais fácil leitura ou escrita pelos participantes. Os estímulos do Grupo 2 foram compostos por palavras trissílabas que foram selecionadas de textos empregados na alfabetização do ensino fundamental. Os estímulos do Grupo 3 consistiram em palavras com as quais os participantes tiveram maior dificuldade, durante a realização do TDE. Com relação às operações de multiplicação da última coluna, no entanto, não foram definidos critérios específicos para a escolha dos estímulos. A maior preocupação foi de, minimamente, avaliar a eficácia do procedimento de ensino de precisão para o desenvolvimento de um desempenho mais satisfatório (e, sobretudo, fluente), dadas as dificuldades nas tarefas de TDE, o que incluiu o repertório de aritmética. No entanto, buscou-se selecionar operações relativamente mais simples para os participantes, porque um deles em particular, participante D, tinha apenas 8 anos de idade.

Resultados

Esta seção será apresentada, segundo os resultados obtidos, em dois momentos: o primeiro, referente ao desempenho dos participantes no TDE. O segundo refere-se ao desempenho dos participantes no ensino de precisão propriamente dito.

1. Primeiro momento: TDE

A Tabela 3 ilustra os resultados do TDE dos três participantes (D; E e L), nas tarefas/subtestes de leitura, escrita e aritmética. Além do escore bruto obtido em cada um dos subtestes de cada participante, há (1) a especificação do escore bruto total e (2) os escores esperados para a série na qual o participante está matriculado e está frequentando, segundo a avaliação sugerida pelo TDE.

TABELA 3

Escores obtidos pelos participantes em cada subteste do TDE

Os escores em destaque (formato negrito da fonte) referem-se aos escores que se encontram “abaixo da média”, segundo classificação sugerida pelo TDE.

| Participantes | Subtestes | | | Total | Escore |
|-------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------------|
| | Escrita | Aritmética | Leitura | | |
| D (8anos; 2ª série) | 1 | 6 | 8 | 15 | Bruto - obtidos |
| | 20 a 26 | 10 a 13 | 58 a 66 | 87 a 105 | Esperados* |
| E (10anos; 5ª série) | 24 | 20 | 66 | 110 | Bruto - obtidos |
| | 27 a 31 | 19 a 23 | 66 a 68 | 112 a 121 | Esperados* |
| L (11anos; 6ª série) | 25 | 21 | 67 | 113 | Bruto - obtidos |
| | 31 a 33 | 24 a 27 | 66 a 68 | 123 a 130 | Esperados* |

** Tais escores “esperados” referem-se à classificação sugerida pelo TDE quanto à série respectiva do ensino fundamental.

De maneira geral, destaca-se o baixo desempenho do participante D em todos os subtestes realizados, bem como no escore total, que se apresentou bem inferior ao escore esperado. A participante L apresentou um desempenho relativamente melhor, se comparado ao desempenho de D, uma vez que ficou com escore abaixo da média em dois dos três subtestes (escrita e aritmética). Há que se destacar, contudo, que esses escores obtidos por L, mesmo que abaixo da média, apresentaram-se próximos dos escores esperados. Por fim, o desempenho do participante E apresentou-se como a exceção dentre esse grupo, pois seu desempenho apresentou-se abaixo da média em apenas um dos subtestes (no caso, o de escrita) e, também, próximo do escore esperado.

Entretanto, todos os participantes apresentaram um escore total abaixo do esperado, mesmo que com uma diferença mínima, como no caso do participante E (escore obtido foi 110 e o esperado era 112). Diante desses resultados por meio do TDE, todos os casos foram, então, encaminhados para o processo de psicoterapia, com a intervenção planejada para o ensino de precisão. Os relatórios elaborados segundo os critérios do manual do TDE (Stein, 1994), contendo as descrições sobre o desempenho de cada participante, foram encaminhados às escolas de cada um dos participantes.

2. Segundo momento: ensino de precisão

O ensino de precisão foi empregado com o objetivo de atender a demanda (das escolas e dos pais) de que os desempenhos das crianças nas tarefas importantes (como leitura, escrita e aritmética), especialmente para aqueles que estão no ensino fundamental melhorassem. Não era objetivo do primeiro autor-supervisor

formar psicólogos (os terapeutas estagiários) que cumprissem um papel de um professor particular, mas sim planejar contingências de reforço que colocassem as respostas das crianças sob controle dos aspectos críticos da aprendizagem. Os resultados de cada criança para cada tipo de tarefa (leitura, escrita e multiplicação) são apresentados a seguir. Para tanto, a ilustração gráfica apresentar-se-á individualmente; isto é, os dados de cada participante em cada uma das tarefas.

Leitura

A Figura 1 representa os dados referentes às tarefas de leitura com o participante D.

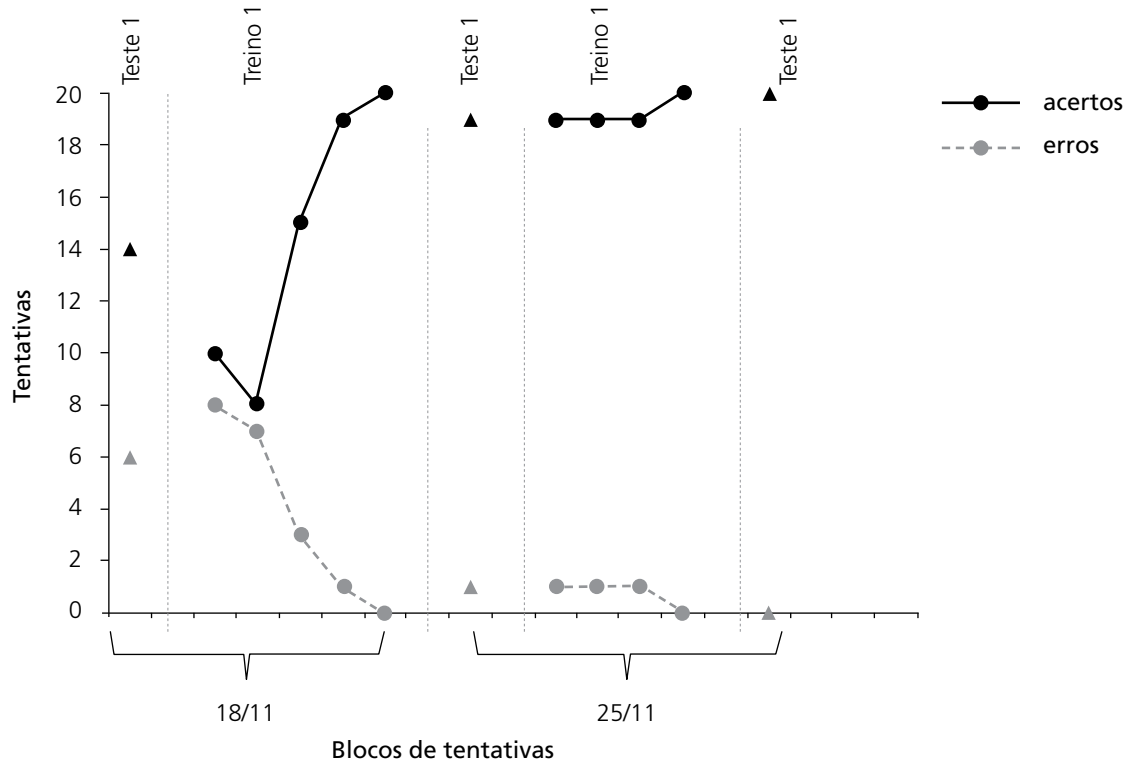
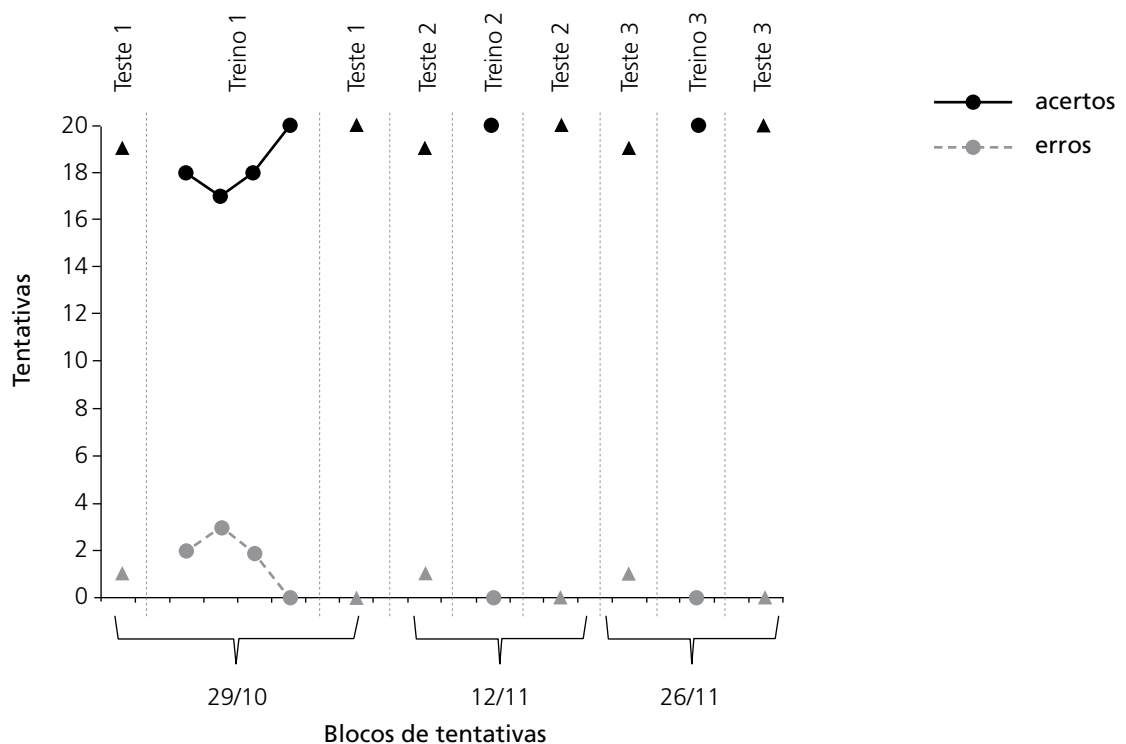


FIGURA 1

Número de acertos e erros nos testes e treinos de leitura com fluência (participante D)

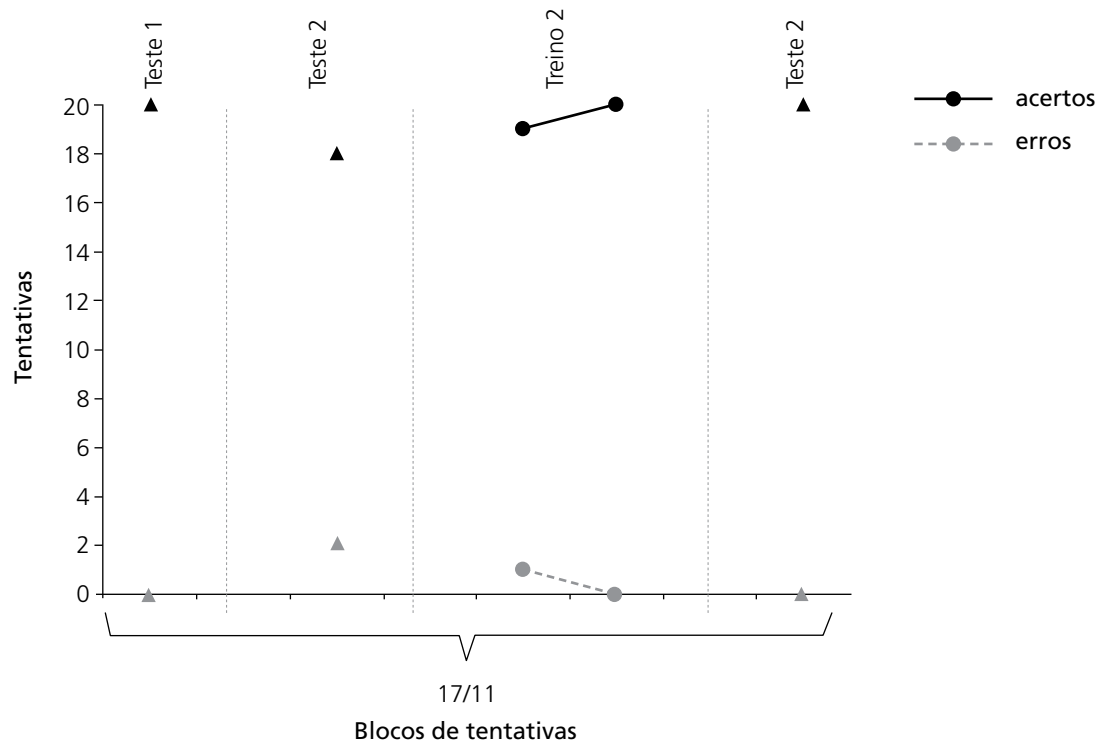
Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

Conforme pode ser observado na Figura 1, no primeiro bloco de tentativas de Teste 1 (palavras do Grupo 1), o participante D conseguiu ler as 20 palavras dentro de um período de 2 minutos e 40 segundos, tendo acertado 14 e errado seis. No Treino 1 (das palavras do Grupo 1) leu 18, acertando dez e errando oito. No quinto bloco, leu as 20 palavras do Grupo 1 corretamente em 2 minutos e 41 segundos. Como o critério foi atingido, o bloco seguinte consistiu em novo teste para avaliar os efeitos do treino sobre a fluência no responder sem consequência diferencial. O desempenho não foi mantido, sendo que o participante leu as 20 palavras, mas errou a leitura de uma delas. Em função disso, a leitura das palavras do Grupo 1 foi novamente treinada, sendo que, no quarto bloco, conseguiu ler todas as 20 palavras corretamente em 2 minutos e 20 segundos. Tendo o critério sido novamente alcançado, novo bloco de teste foi aplicado e o desempenho fluente foi mantido, tendo o participante lido todas as palavras corretamente sem consequência diferencial em 2 minutos e 16 segundos.

**FIGURA 2****Número de acertos e erros nos testes e treinos de leitura com fluência (participante E)**

Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

De acordo com a Figura 2, no primeiro bloco de tentativas (Teste 1), o participante E conseguiu ler todas as 20 palavras em 1 minuto e 23 segundos, mas errou a leitura de uma delas (BOBA). Na parte de treino referente a esse Grupo 1 de palavras dissílabas, precisou de quatro blocos para atingir o critério. No Bloco 5, conseguiu ler todas as 20 palavras de forma correta em 43 segundos, atingindo o critério. No Bloco 6 (de retorno à condição de teste para avaliar os efeitos do treino), leu todas as palavras corretamente sem consequência diferencial (o dado referente ao tempo para terminar a tarefa não foi registrado). Com isso, foi realizado um teste com o Grupo 2 de palavras trissílabas (Bloco 7) e o participante leu 20 palavras em 1 minuto e 31 segundos, errando uma delas. No Bloco 8 de treino, leu as 20 palavras corretamente em 58 segundos e, no Bloco 9 de retorno à condição de teste, manteve o mesmo resultado. No Bloco 10, referente ao teste de palavras do Grupo 3, leu as 20 palavras em 1 minuto e 46 segundos, errando uma delas (DISCRIMINATIVO). No Bloco 11 de treino, leu todas as 20 palavras corretamente em 1 minuto e 28 segundos e o desempenho foi mantido no Bloco 12 de teste sem consequência diferencial. De um modo geral, pode-se observar que o participante E conseguiu atingir os critérios com todos os três grupos de palavras de leitura.

**FIGURA 3****Número de acertos e erros nos testes e treinos de leitura com fluência (participante L)**

Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com a participante.

A coleta com a participante L aconteceu em um único dia, em função de a triagem do caso ter tomado boa parte do semestre e as atividades tiveram que ser interrompidas, antes que se pudesse dar continuidade ao procedimento de ensino de precisão. No primeiro bloco de teste (Teste 1), a participante conseguiu ler todas as palavras corretamente sem consequência diferencial em 1 minuto e 45 segundos. Não havendo a necessidade de treino com as palavras do grupo 1, o próximo bloco envolveu o teste das palavras do Grupo 2 (Teste 2), em que a participante L conseguiu ler as 20 palavras em 2 minutos e 11 segundos, errando a leitura de duas delas (PROBLEMA e NARINA). No segundo bloco de treino, atingiu o critério de encerramento, lendo todas as palavras corretamente em 2 minutos e 17 segundos. No próximo bloco (de teste para avaliar os efeitos do treino), o desempenho fluente foi mantido sem consequência diferencial.

A Figura 4 representa os dados de coleta nas tarefas de escrita com o participante D.

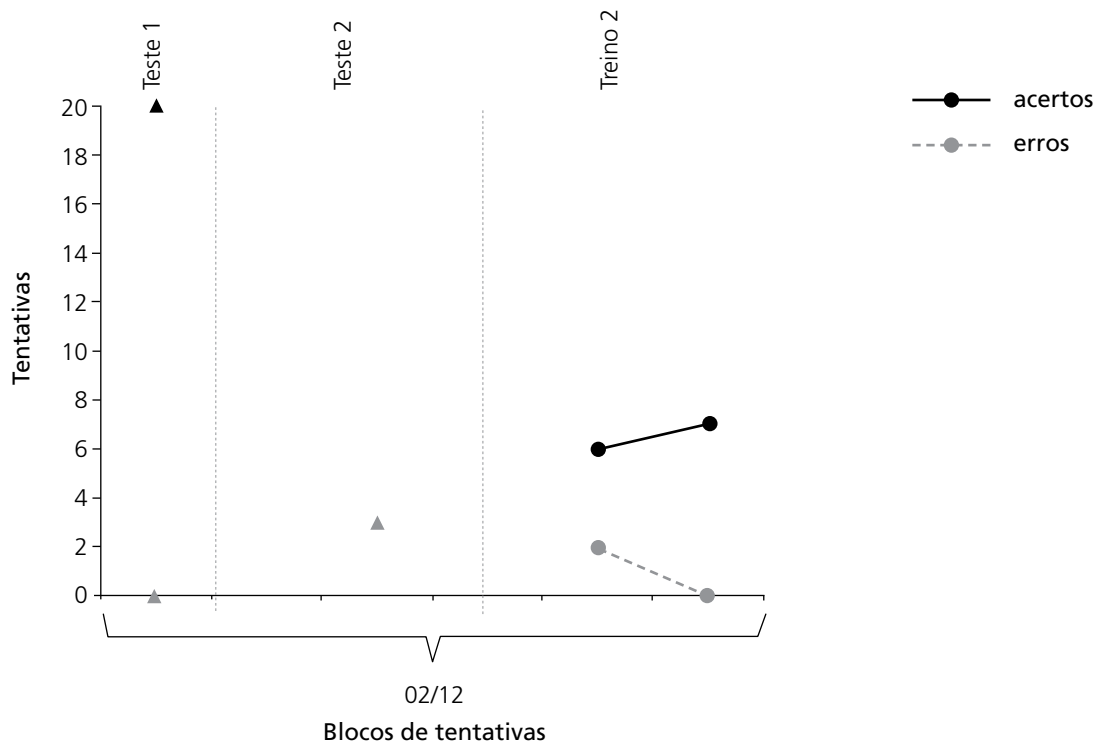
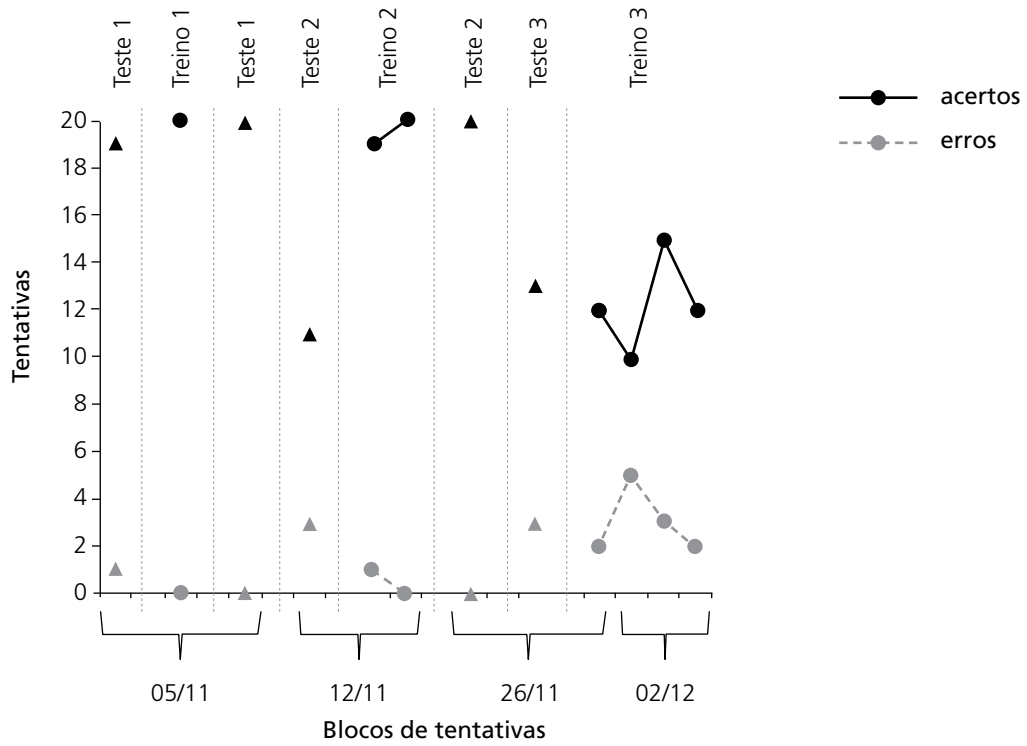


FIGURA 4

Número de acertos e erros nos testes e treinos de escrita com fluência (participante D)

Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

Observa-se, na Figura 4, que o participante D conseguiu escrever as 20 palavras corretamente dentro do período de 3 minutos (Teste 1). Uma vez que não houve necessidade de treino com as palavras do Grupo 1, no próximo bloco (Teste 2) de teste com as palavras do Grupo 2, conseguiu escrever seis palavras, errando a escrita de três delas. No primeiro bloco de treino com o Grupo 2, escreveu oito palavras, errando duas.

**FIGURA 5****Número de acertos e erros nos testes e treinos de escrita com fluência (participante E)**

Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

No Bloco 1 referente ao teste de escrita das palavras dissílabas do Grupo 1, o participante escreveu as 20 palavras em 2 minutos e 32 segundos, errando uma delas (BACO). No Bloco 2 de treino, conseguiu escrever todas as palavras corretamente em 2 minutos e 47 segundos, atingindo o critério de fluência. O desempenho foi mantido no Bloco 3 de teste, escrevendo todas as palavras corretamente em 2 minutos e 7 segundos. No Bloco 4 de teste, que envolveu as palavras trissílabas do Grupo 2, o participante escreveu 14 palavras no período de 3 minutos, errando três delas (PROBLEMA, ORELHA E ACASO). No Bloco 6, conseguiu ler todas as palavras corretamente em 2 minutos e 38 segundos, alcançando o critério. No Bloco 7 de teste, o desempenho fluente foi mantido. O Bloco 8 de teste envolveu as palavras de TDE do grupo 3. O participante conseguiu escrever 16, errando quatro palavras (DESTAMPAR, PRESTIGIOSO, INDUSTRIALIZAÇÃO E AJUIZAR) no período de três minutos. No último bloco de treino, o Bloco 12, o participante conseguiu escrever 14 palavras, errando duas (SIMILARIDADE E CRISTALIZAR) em 3 minutos. O critério não foi cumprido e, neste momento, os atendimentos precisaram ser interrompidos.

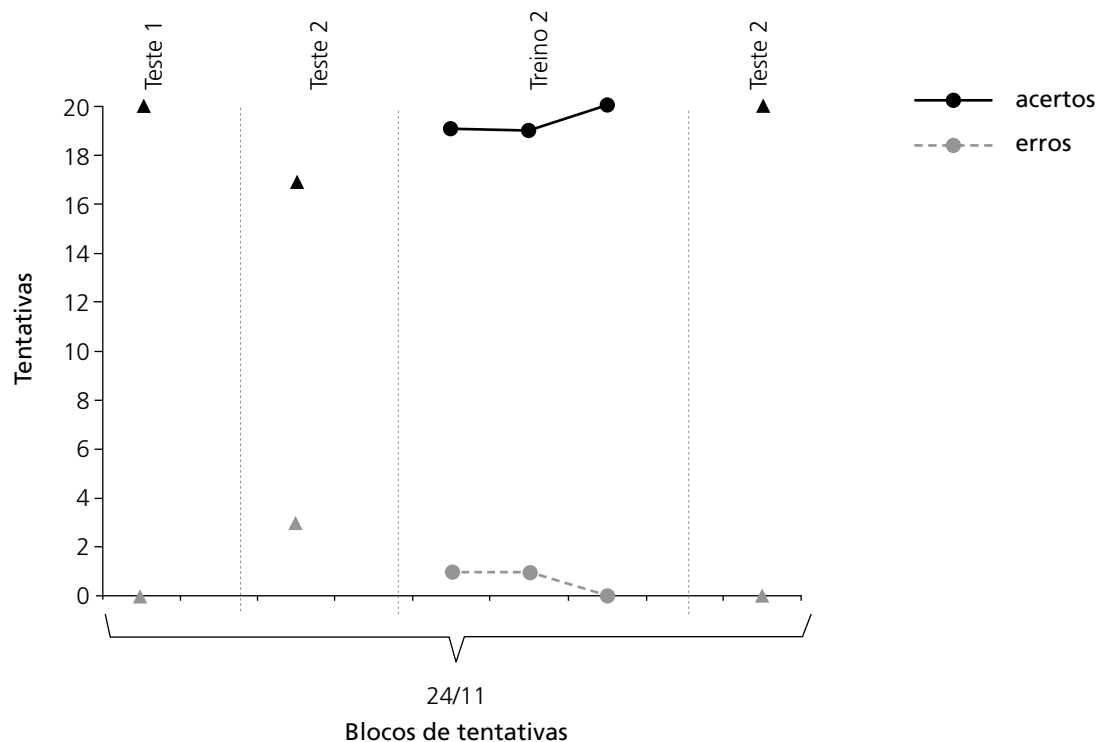


FIGURA 6

Número de acertos e erros nos testes e treinos de escrita com fluência (participante L)

Os triângulos representam os dados de teste. Os círculos representam os dados de treino. Triângulos e círculos pretos representam acertos e triângulos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

Como pode ser observado na Figura 6, a participante L conseguiu escrever as 20 palavras do Grupo 1 corretamente em 2 minutos e 37 segundos, não precisando de treino de escrita para esse grupo de palavras. O próximo bloco consistiu no teste de escrita das palavras do Grupo 2 e a participante L conseguiu escrever as 20 palavras dentro do período de 3 minutos, acertando 17 e errando três. No terceiro bloco de treino, a participante atingiu o critério, escrevendo todas as palavras corretamente em 2 minutos e 33 segundos. No próximo bloco de retorno à condição de teste, o desempenho fluente foi mantido e L conseguiu escrever todas as 20 palavras corretamente.

Multiplicação

Conforme foi salientado na seção Método, não foram programados blocos de tentativas de teste para as tarefas de multiplicação. Todas as tentativas envolveram a consequência diferencial (elogio) das respostas corretas de resolução dos problemas e o critério de encerramento era o de resolver corretamente todos os problemas de multiplicação dentro do período de 3 minutos. Vale ressaltar, ainda, que respostas incorretas eram corrigidas mostrando-se o verso de um cartão que continha a resposta correta para o problema expresso na parte da frente do cartão. As Figuras 7, 8 e 9 representam os dados dos participantes D, E e L, respectivamente. Em função de problemas na coleta do tempo que cada participante levou em cada bloco, tal dado não é apresentado para a maioria dos blocos de tentativas.

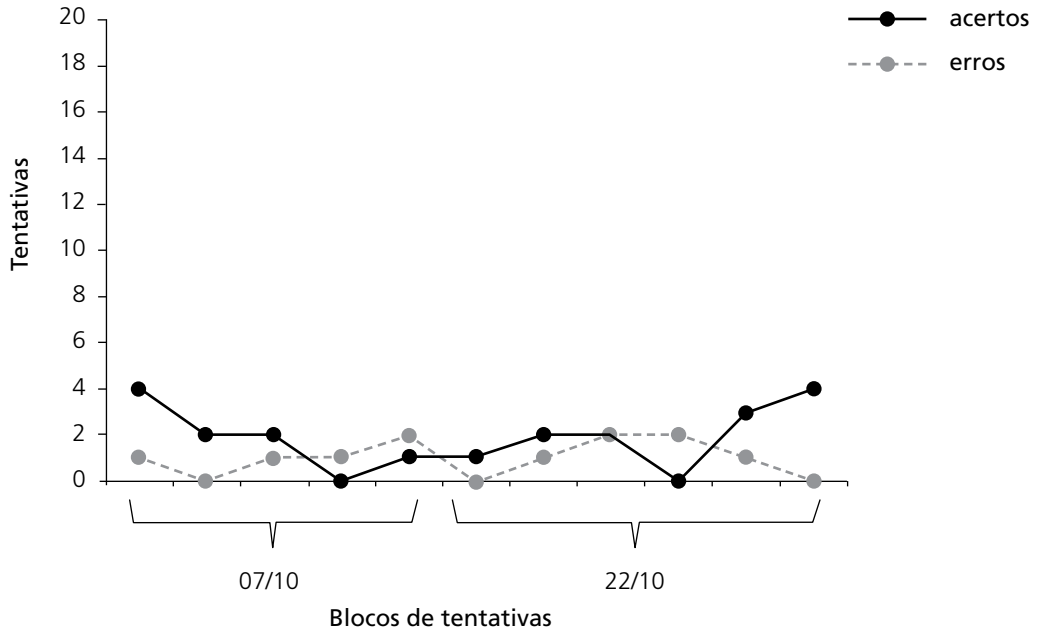


FIGURA 7

Número de acertos e erros nos treinos de multiplicação com fluência (participante D)

Os círculos representam os dados de treino. Círculos pretos representam acertos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

Pode-se observar na Figura 7 que o participante D não conseguiu atingir o critério em nenhum dos 11 blocos de treino de multiplicação pelos quais passou. O fato de D ter sido o participante mais novo (8 anos) e de tal variável não ter sido considerada no momento de seleção dos estímulos para multiplicação, as operações podiam não estar de acordo com sua idade ou série escolar em que se encontrava na ocasião da coleta.

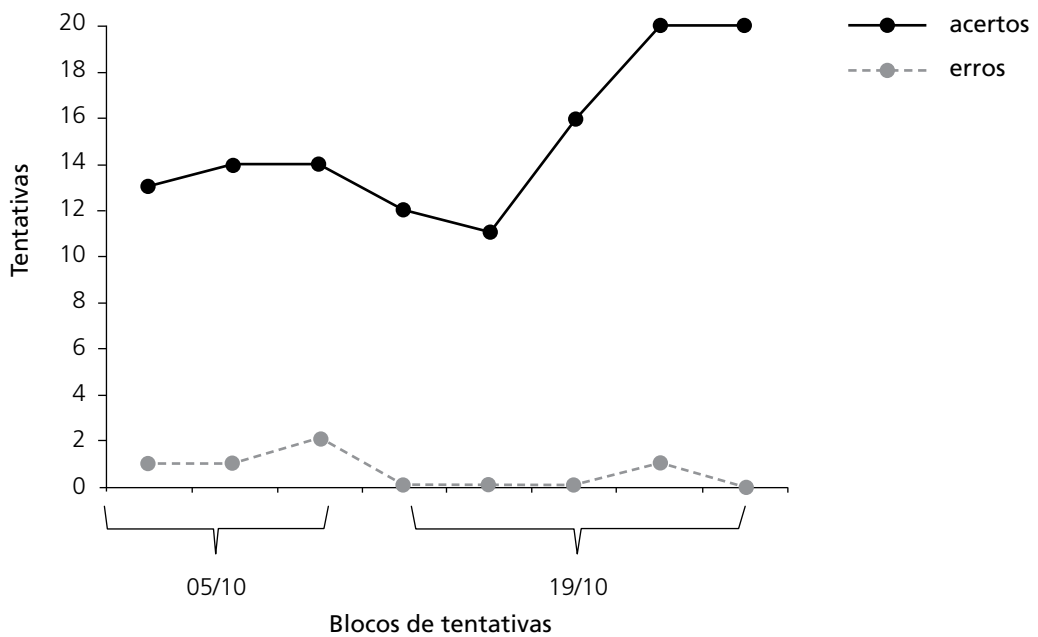


FIGURA 8

Número de acertos e erros nos treinos de multiplicação com fluência (participante E)

Os círculos representam os dados de treino. Círculos pretos representam acertos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

A Figura 8 revela que o participante E foi o único que conseguiu atingir o critério, acertando as 20 tentativas de multiplicação no oitavo bloco. Neste bloco, E finalizou tarefa em 2 minutos e 47 segundos. E foi o único participante que de fato conseguiu atingir o critério de fluência na tarefa de multiplicação, mas isso tende a ser atribuído ao fato de terem faltado oportunidades de maior exposição à tarefa aos outros participantes.

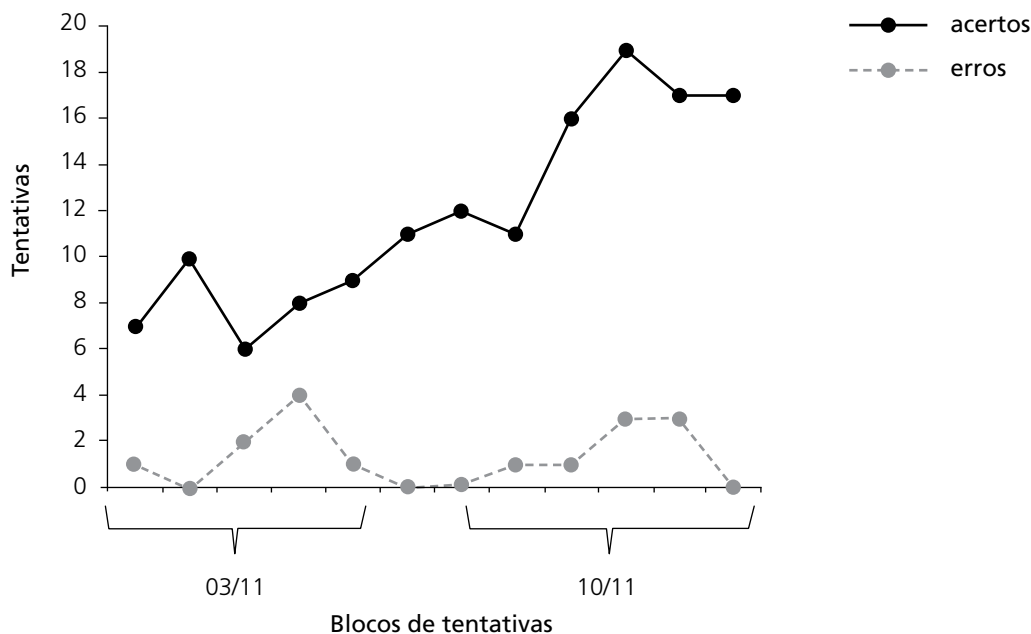


FIGURA 9

Número de acertos e erros nos treinos de multiplicação com fluência (participante L)

Os círculos representam os dados de treino. Círculos pretos representam acertos e círculos cinzas representam erros. O eixo x apresenta também os dias das coletas com o participante.

Como pode ser verificado nos dados ilustrados pela Figura 9, a participante L não atingiu o critério de encerramento da tarefa de multiplicação em nenhum dos 12 blocos de tentativas pelos quais passou. Acredita-se que o critério teria sido atingido se houvesse mais oportunidades de treino para a participante.

Discussão

A proposta do presente capítulo foi a de avaliar a eficácia de um procedimento (ensino de precisão) para o desenvolvimento de fluência (precisão e velocidade na resposta) do responder de crianças com desenvolvimento típico (mas com históricos de fracasso escolar ou dificuldade de aprendizagem), em repertórios acadêmicos importantes para aqueles que se encontram matriculados no Ensino Fundamental (especificamente, os de leitura, escrita e aritmética). Os resultados revelam melhoras nos repertórios de leitura, escrita e multiplicação de todos os participantes, embora os critérios não tenham sido atingidos em todas as tarefas, como se observa nos casos de multiplicação para os participantes D e L e o treino de escrita das palavras do Grupo 2 para o participante D. Como já havia sido salientado, acredita-se que a falta de mais oportunidades de treino pode justificar os resultados em que não houve cumprimento do critério de encerramento. Ainda assim, é importante destacar que, para o participante D (criança mais nova, com 8 anos), os estímulos para a tarefa de escrita (palavras do Grupo 2) e de multiplicação podem ter sido mais complexos, considerando-se a sua idade e a série escolar (2ª série) na qual estava matriculado e, em função disso, o dado não necessariamente sugere que o procedimento de ensino de precisão tenha sido menos eficaz no ensino dos repertórios de escrita e de multiplicação para essa criança.

Foi possível ainda constatar que, especialmente para as tarefas de leitura e escrita, houve melhoras importantes nesses repertórios de todos os participantes. O participante E foi quem apresentou o melhor desempenho, tendo atingido o critério com os três grupos de palavras na tarefa de leitura e possivelmente apenas não atingiu o critério de fluência na escrita do terceiro grupo de palavras, em função de terem faltado oportunidades de maior exposição às contingências programadas. É válido também argumentar que, embora o tempo que cada participante levava para terminar cada bloco (nos casos em que conseguia emitir 20 respostas por bloco em menos de 3 minutos) não tenha sido sistematicamente registrado, os resultados sugerem que esse tempo foi gradualmente reduzido, na medida em que cada participante era exposto às contingências programadas. Além de a velocidade da resposta (menor tempo em cada bloco de teste ou treino) ter melhorado sensivelmente, o desempenho foi-se tornando também mais preciso (com poucos erros), o que estabelece o ensino de precisão como um procedimento que gera discriminações com pouco ou nenhum erro.

Com relação ao atendimento da demanda que foi apresentada tanto pela escola como pelos pais das crianças que buscaram os serviços de psicoterapia no centro de formação onde foram realizadas as coletas, os pais relataram, ao longo dos encontros, que seus filhos estavam mais atentos às tarefas das escolas e que os próprios professores das crianças enviaram relatórios comunicando esse fato. Nenhum efeito de generalização para o desempenho com estímulos novos não treinados foi avaliado. Futuras investigações poderão ser conduzidas com o objetivo de avaliar tal efeito, inclusive no sentido de investigar se o treino, por exemplo, de leitura de palavras via ensino de precisão também favorece a emergência de leitura recombinativa (um tipo de generalização) de palavras não treinadas, mas que tenham sido compostas pelas mesmas sílabas das palavras de treino.

Referências

- Lindsey, O. R. (1991). Precision teaching's unique legacy from B. F. Skinner. *Journal of Behavioral Education, 1*, 253-266.
- Lindsley, O. R. (1992). Precision teaching: Discoveries and effects. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*, 51-57.
- Marangoni, A. (2007). *Efeito do treino de leitura na leitura e escrita recombinativas*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pereira, M. E. M., Marinotti, M., & Luna, S. V. (2004). O compromisso do professor com a aprendizagem do aluno: Contribuições da análise do comportamento. In M.M.C. Hübner, & M. Marinotti (Orgs.). *Análise do comportamento para a educação: Contribuições recentes* (vol. 1, pp. 11-32). Santo André (SP): ESETec.
- Skinner, B. F. (1972/1968). *Tecnologia do ensino* (R.Azzi, Trad.). São Paulo: E.P.U. (Trabalho original publicado em 1968)
- Stein, L. M. (1994). *Teste de desempenho escolar: Manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Melania Moroz¹

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

¹ Endereço eletrônico para correspondência: morozm@pucsp.br

Início minha exposição com um esclarecimento, inspirada em uma conferência de Marc Richelle realizada em 2007, na Universidade de Lisboa. Richelle, como muitos de vocês devem saber, é professor aposentado pela Universidade de Liège, na Bélgica, e durante sua formação como psicólogo a rara oportunidade de conviver com Piaget e Skinner, dois autores fundamentais para a Psicologia, "... combinando a tradição construtivista de Genève com o behaviorismo radical..." (p.17). Ao fazer, naquela conferência, um panorama da Psicologia, Richelle destacou que não faria uma análise do campo nos últimos cinquenta anos, mas sim a faria a partir de sua história profissional.

Na presente reflexão, ao me propor a apresentar algumas contribuições da Psicologia para a Educação, não irei oferecer um panorama do produzido pela Psicologia, fornecendo assim dados objetivos sobre essa área de conhecimento e campo profissional, mas apresentarei minha visão sobre facetas do campo educacional que poderiam ser favorecidas pela Psicologia; é, portanto, a visão de uma profissional cuja formação ocorreu, e cuja atuação continua a ocorrer, na área da Educação, que passo a expor, a seguir. Por se fazer referência à possível intersecção entre dois campos de atuação, é importante situar como se entende cada um deles. Em relação à Psicologia, esta é entendida como um campo de produção de conhecimento científico e de atuação profissional, no qual não há unificação teórica e metodológica, pois convivem diferentes visões sobre o próprio objeto de estudo da Psicologia, formas diversas de abordar as problemáticas, e diferentes explicações para os fenômenos estudados.

Fazendo menção à diversidade teórico-metodológica existente na Psicologia, Silva et. al. (2012) afirmam:

Para Wundt, a Psicologia seria uma mediadora entre as ciências naturais e humanas, tal e como eram entendidas na época (Mariguela, 1995). Dessa forma, Wundt optou por organizar a nova ciência entre diferentes tradições: a experimental (natural) e a social (humana). Como a produção de conhecimento da época baseava-se no paradigma positivista, era enquadrado como científico o estudo que pudesse quantificar e mensurar o fenômeno observado. Wundt deparou, então, com o duplo papel da disciplina: por um lado, o privilégio de poder elaborar experiências laboratoriais e construir leis quantitativas, e, por outro, a realidade psíquica em sua totalidade, considerando que seu objeto é, ao mesmo tempo, pensante e pensado.

Figueiredo (1991) argumenta que essa dualidade estrutural da disciplina faria com que a Psicologia, apesar de ter nascido do bojo de fundamentações de outras ciências, estivesse fadada a nunca encontrar uma única epistemologia que a definisse dentro dos cânones da ciência. Assim, abre-se um campo de divergências e oposições, que refletem as contradições do próprio projeto da Psicologia como uma disciplina única do saber específico. Segundo esse autor, torna-se, assim, inviável uma unificação da Psicologia por meio de

uma “paradigmatização” em torno de apenas uma única alternativa. Mariguela (1995) também argumenta nesse sentido, considerando que as diferentes teorias em Psicologia derivam das suas diferentes áreas de aplicação (p. 332). A despeito da diversidade presente, a Psicologia coloca-se como uma área científica, e como tal produtora de conhecimentos que respondem a critérios aceitos pela comunidade científica, dentre os quais a formulação de explicações que apresentam abrangência e graus de confiabilidade e fidedignidade (caráter racional) e a utilização de procedimentos metodológicos passíveis de serem reproduzidos (caráter sistemático). É como campo científico de conhecimento, no qual reina diversidade epistemológica, teórica e metodológica, que se considera que a Psicologia tem a contribuir para o campo educacional.

Em relação às possíveis contribuições da Psicologia, não se faz restrição apenas às contribuições da Psicologia Escolar, seja considerada como uma subárea do conhecimento cuja “... vocação é a produção de saberes relativos ao fenômeno psicológico constituinte do processo educativo”, ou como um campo de atuação profissional, que “... define-se pelo âmbito profissional e se refere a um campo de ação determinado, isto é, o processo de escolarização, tendo por objeto a escola (e seus similares) e as relações que aí se estabelecem...” (Antunes, 2008, p. 470). Considera-se que as contribuições da Psicologia podem ser provenientes tanto dessa subárea específica – a Psicologia Escolar – quanto de outras subáreas e campos profissionais (por exemplo, da Psicologia Clínica, do Esporte, do Trabalho e Organizacional, entre outros).

Feitos esses esclarecimentos em relação à Psicologia, cabe focalizar a que se faz referência quando se fala de Educação. Educar, em seu sentido mais amplo, é transmitir às gerações mais jovens os conhecimentos, habilidades, práticas correspondentes a um dado grupo social (sociedade), o que é de responsabilidade das gerações adultas. A educação, pois, é que torna possível a sobrevivência da sociedade, pois sem ela as novas gerações não estariam preparadas para atuar.

Em seu trabalho sobre história da pedagogia, Abbagnano e Visalberghi (1957/1990) afirmam:

Como sem sua cultura, um grupo humano não pode sobreviver (a menos que assuma uma cultura diversa, mais ou igualmente eficaz, caso em que mudará concomitantemente sua natureza toda) é interesse do grupo que a dita cultura não se disperse nem se esqueça, senão que se *transmita* das gerações adultas às mais jovens, a fim de que estas se tornem igualmente hábeis para manejar os instrumentos culturais e tornem, assim, possível que continue a vida do grupo. Esta transmissão é a *Educação*. (p. 11)

A função da educação não se restringe, porém, a possibilitar a sobrevivência do grupo, já que ela permite, aos seus membros, a aquisição das características humanas – e este é o caráter mais radical da educação, o de permitir a formação do ser humano, já que se alijados das relações educativas, os membros da espécie humana permaneceriam com características apenas filogenéticas. É essa formação do ser humano, com possibilidade de participação social e de transformação das condições econômicas, políticas, jurídicas, enfim das condições de convivência que vigoram na sociedade, que é destacada por Libâneo (1991), ao se referir ao papel Educação. Nas palavras do autor:

A educação – ou seja, a prática educativa – é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e funcionamento de todas as sociedades. Cada sociedade pode cuidar da formação dos indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de capacidades físicas e espirituais, prepará-los para a participação ativa transformadora nas várias instâncias da vida social. Não há sociedade sem prática educativa nem prática educativa sem sociedade. A prática educativa não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo em função de necessidades econômicas, sociais e políticas da coletividade. (p.16-17)

Assim, ao se falar no papel da educação como transmissora da cultura da sociedade (ou de um grupo social), não se está restringindo seu papel apenas à replicação do passado; se assim fosse, não haveria alterações nos conhecimentos, habilidades, instrumentos, valores, entre outros, ao longo da história humana. Nas sociedades civilizadas (em contraposição às sociedades primitivas), a renovação está presente, e cada vez mais as inovações estão apoiadas no saber científico. Essa dupla direção da função da educação – a manutenção e a modificação da cultura, ou em outras palavras a transmissão do passado e a criação do futuro – apresenta-se como um desafio para as sociedades. Nas palavras de Abbagnano e Visalberghi (1957/1990):

... as chamadas sociedades civilizadas, ou seja, aquelas nas quais os elementos culturais estão, em alguma medida, abertos às inovações e retificações, ... enfrentam um duplo problema. O primeiro é o de conservar e transmitir, da forma mais eficaz possível, os elementos culturais reconhecidos como válidos e indispensáveis para a vida da própria sociedade. O segundo é o de renová-los e corrigi-los, continuamente, de modo a torná-los adequados para fazer frente a novas situações naturais ou humanas. (p.13-14)

E, mais, ao se falar no papel da educação como transmissora da cultura da sociedade (ou de um grupo social), estão sendo consideradas as práticas educativas realizadas por diferentes instituições sociais, pois conforme destacado por Libâneo (1991):

Em sentido amplo, a educação compreende os processos formativos que ocorrem no meio social, nos quais os indivíduos estão envolvidos de modo necessário e inevitável pelo simples fato de existirem socialmente; neste sentido, a prática educativa existe numa grande variedade de instituições e atividades sociais decorrentes da organização econômica, política e legal de uma sociedade, da religião, dos costumes, das formas de convivência humana. Em sentido estrito, a educação ocorre em instituições específicas, escolares ou não, com finalidades explícitas de instrução e ensino mediante uma ação consciente, deliberada e planejada, embora sem separar-se daqueles processos formativos gerais. (p.17)

O exposto evidencia que a Educação tem função primordial nas sociedades, muito embora as ações educativas tenham variado ao longo da história humana, o mesmo ocorrendo com a reflexão sobre o papel da Educação. Recorrendo ao Dicionário de Filosofia de Abbagnano (1901/1982), verifica-se que a pedagogia, que em sua origem era termo que designava *a prática ou a profissão do educador*, passou a se referir tanto à reflexão sobre os fins éticos e políticos do homem, revestindo-se de caráter filosófico, quanto à reflexão sobre os meios e expedientes utilizados para ensinar as aquisições que seriam básicas para a vida do indivíduo, aqui se evidenciando sua natureza prática. Afirma o autor:

A reflexão pedagógica aparece, assim, até certo ponto, dividida em dois ramos, procedendo cada um por sua própria conta: o primeiro de natureza filosófica e elaborado em vista do fim que a ética propõe ao homem; o segundo, de natureza empírica ou prática, elaborado em vista do primeiro e mais elementar adestramento da criança para a vida. (p. 717)

Essas duas vertentes – a reflexão sobre os fins da Educação e os meios/ procedimentos de atingi-los - continuam presentes até hoje na reflexão sobre o campo educacional, particularmente quando se coloca em foco a escola. Foi apenas em período relativamente recente, na história da humanidade, que a sociedade passou a atribuir a função educativa das novas gerações a um tipo de instituição especial – a escola. A escola permite que grande parte, ou a totalidade, como nas sociedades mais desenvolvidas, dos membros das gerações mais novas aprendam, de forma planejada e organizada, o que foi produzido. O sistema

escolar instituído tem a vantagem de permitir que um aprendiz conheça muito mais da sabedoria de sua cultura do que ele conseguiria descobrir, caso o fizesse por si próprio; tem a vantagem de desenvolver, de forma planejada e sistemática, os repertórios que são fundamentais para a sobrevivência do indivíduo e da sociedade. Enfim, a escolarização, na atualidade, configura-se como condição essencial para que o indivíduo possa exercer sua cidadania.

Com efeito, é a escolarização básica que possibilita aos indivíduos aproveitar e interpretar, consciente e criticamente, outras influências educativas. É impossível, na sociedade atual, com o progresso dos conhecimentos científicos e técnicos, e com o peso cada vez maior de outras influências educativas (mormente os meios de comunicação de massa), a participação efetiva dos indivíduos e grupos nas decisões que permeiam a sociedade sem a educação intencional e sistematizada provida pela educação escolar (Libâneo, 1991, p. 18). Nesse ponto, passa-se a restringir o campo educacional; não mais estão englobadas as ações educativas realizadas pela família, por amigos, ou por instituições de caráter religioso ou assistencialista, entre outras instituições que podem educar. Faz-se referência, a partir de agora, àquilo que é realizado nas instituições escolares, inseridas no sistema escolar brasileiro.

No Brasil, as relações entre a Psicologia e a Educação, particularmente nas instituições escolares, podem ser rastreadas, em diferentes momentos históricos do país, mesmo antes de a Psicologia se estabelecer como área de conhecimento e profissional autônoma; de acordo com Antunes (2011), já no período colonial estavam presentes temáticas como aprendizagem, desenvolvimento infantil (sensorial, motor, intelectual), motivação, personalidade.

Embora longínquas, as relações estabelecidas entre Psicologia e Educação, porém, nem sempre foram harmônicas; claramente há um embate entre ambas, em meados do século XX, momento em que se apresenta crítica contundente contra a forte influência da Psicologia na Educação, sob o argumento de que, no tratamento de fenômenos educacionais, desconsiderava-se sua complexidade, reduzindo-se o foco de análise e de interpretação à variante psicológica. Segundo Antunes (2011), “O trabalho de Maria Helena Patto foi um marco na crítica à psicologia escolar hegemônica...” (p. 26).

Tal crítica – que no interior da própria Psicologia foi apresentada por Patto que se opôs às explicações, para os denominados “problemas de aprendizagem”, na perspectiva clínica e com atribuição causal ao aluno, desconsiderando os fatores escolares – foi encampada pela Educação, transformando-se em posicionamento praticamente hegemônico de contraposição aos saberes da Psicologia e à atuação do psicólogo, considerados como ratificadores – senão estimuladores – das desigualdades sociais. Tal contraposição é revelada nas críticas ao “psicologismo” e, em casos mais extremos, na eliminação/desconsideração da Psicologia (saberes e atuação).

Aqui, considera-se importante fazer duas observações. Primeiro, não se pode negar que a escola, sendo parte da sociedade, apresenta-se como um local/mundo complexo; assim sendo, não se pode reduzir a compreensão dos fenômenos ou dos problemas escolares à vertente psicológica apenas. Daí, não se conclui, porém, que se deva negar ou excluir os conhecimentos produzidos pela Psicologia, como foi feito em momentos mais agudos do embate.

O segundo ponto a destacar refere-se à desigualdade social, um dos problemas historicamente presentes, e ainda não resolvidos, da sociedade brasileira. Tal desigualdade revela-se, também, no sistema escolar – algo claramente evidenciado quando se compara o desempenho de alunos de escolas públicas e privadas, em diferentes regiões do Brasil. Embora o acesso ao Ensino Fundamental tenha sido garantido à população brasileira – o que poderia ser tomado como forma de equalização das oportunidades para as diferentes classes sociais –, a qualidade sofrível do ensino ministrado àqueles que dependem das escolas públicas mostra que tal acesso não é fator de inclusão social.

Ter apenas acesso à escola, mas não aos conhecimentos, habilidades, valores veiculados pela escola e exigidos pela sociedade, via de regra leva à exclusão das melhores oportunidades de atuação no mercado formal de trabalho, por exemplo, ficando comprometidas não apenas a inserção produtiva, mas também a vida futura do aluno. Assim, numa sociedade desigual, tem-se um contexto educacional de desigualdade. É nesse contexto que psicólogos e educadores vão atuar.

Embora a atuação da instituição escolar, por si só, não possa eliminar a desigualdade social, considera-se que ela pode ser fator relevante para a criação de um contexto educacional e de uma sociedade mais equânimes. Para tanto, deve desempenhar de forma eficiente seu papel de formadora das novas gerações.

Diferentes aspectos podem compor o leque formativo do aluno, no entanto um deles necessariamente precisa ser focalizado pela escola – o ensino de conhecimentos e habilidades, relativos à cada uma das diferentes áreas do saber, que foram gerados ao longo da história da humanidade e que são considerados necessários, num dado momento histórico. Ensinar tais saberes é função específica da escola, função que lhe foi atribuída pela sociedade, como já salientado. É no desempenho dessa função, que apresenta especificidades, que a Psicologia, considerada como ciência e como profissão, tem muito a contribuir.

No contexto escolar, defende-se que o processo ensino-aprendizagem é - ou deveria ser - o mediador das ações de diferentes grupos, tenham atuação direta (professores) ou indireta (gestores, no caso supervisor, diretor e coordenadores; especialistas, dentre eles, o psicólogo; família e comunidade) junto aos alunos. O professor é o profissional que atua diretamente com o aprendiz, pois a ele a sociedade atribuiu a função de ensinar, isto é, de propor os procedimentos, as metodologias de ensino que levarão ao aprendizado (a pedagogia). Tem-se uma relação assimétrica, que possui uma direção clara: o professor é responsável por promover o aprendizado do aluno. Isto significa dizer que só se admite ter havido ensino se ocorreu o aprendizado do que foi ensinado; se não houve aprendizado, conclui-se que não houve ensino, muito embora o professor possa ter executado inúmeros procedimentos que, supostamente, levariam o aluno a aprender.

No Brasil, os dados de avaliações sistemáticas mostram que o sistema escolar brasileiro não é eficiente; em diferentes áreas do conhecimento (português, matemática, ciências) os alunos estão muito aquém do esperado para a série cursada. (Como já exposto, as consequências para o aluno são desastrosas, especialmente para os das escolas públicas). Conclui-se, portanto, que não está havendo ensino, já que até mesmo as aquisições mais elementares (ler, escrever, por exemplo) não estão apresentadas pelos alunos. É uma situação que deve ser mudada, urgentemente.

Tendo clareza de que a alteração desse quadro dependerá de um conjunto de fatores, dentre os quais decisões governamentais que alterem condições infraestruturais, salariais, curriculares, entre outras, considera-se que, ainda assim, há espaço para mudanças/melhorias na educação escolar.

Dentre os fatores que poderiam contribuir para alterar esse resultado, há que se pensar nos procedimentos de ensino, isto é, nos expedientes, nos meios pedagógicos utilizados pelo educador. Considera-se ser esse um dos focos mais importantes para a contribuição da Psicologia: elaborar conhecimentos sistemáticos e solidamente embasados, teórica e empiricamente, que permitam não só aperfeiçoar, mas também gerar novas metodologias específicas aos conteúdos das diferentes disciplinas da grade curricular (língua portuguesa, matemática, ciências, história, ...).

Tais conhecimentos procedimentais, no entanto, deveriam ser adequados, pelo educador, às condições específicas de seu grupo de alunos. No momento em que a sociedade instituiu a escola e a sala de aula – na qual um grupo de aprendizes está sob orientação de um educador – há a necessidade de o educador conseguir atuar com a diversidade dos alunos. Um grupo-classe não apresenta repertório homogêneo; alguns de seus membros apresentam o repertório inicial esperado, porém outros o apresentam aquém ou além. Como o educador deve atuar diante de tal diversidade? Como fazê-lo em uma situação de grupo, que se diferencia totalmente de uma relação individual professor-aluno? Aqui se coloca uma nova possibilidade para a contribuição da Psicologia: produzir conhecimentos que subsidiem o educador a elaborar/ planejar e executar ações adequadas aos repertórios de conhecimento específicos de seu grupo-classe.

Duas implicações decorrem dessa forma de entender o processo ensino-aprendizagem. 1) A avaliação deve ser considerada não apenas como uma forma de aferir o aprendizado do aluno, mas também, e principalmente, como uma forma de avaliar o ensino; ou seja, o desempenho do aluno, bom ou ruim, tem relação com o ensino efetivado. A Psicologia, com estudos e pesquisas realizadas na área de avaliação, pode contribuir para auxiliar o professor a elaborar formas mais adequadas de avaliar o desempenho do aluno,

analisar os resultados obtidos, e redirecionar sua atuação para produzir um ensino mais eficiente. 2) Em relação às dificuldades no desempenho escolar, frequentemente chamadas “dificuldades de aprendizagem”, elas não podem ser atribuídas a “problemas” (afetivos, intelectuais, sensoriais, familiares) dos alunos – algo que esteve presente na história da relação entre Psicologia e Educação –, mas o devem ser ao processo de escolarização, isto é às condições oferecidas, dentre as quais os procedimentos de ensino. É claro que desenvolvimentos sensoriais atípicos interferem no ritmo da aprendizagem, porém, esses são casos menos frequentes e que, ainda assim, devem ser alvo de ensino em condições especiais. E aqui vale um destaque: embora a Psicologia tenha grande contribuição a oferecer em relação à compreensão do desenvolvimento cognitivo, sensorial e afetivo dos seres humanos em geral, ela é particularmente essencial no que se refere à proposição de formas de atuação específicas para os indivíduos que apresentam desenvolvimento atípico.

Ainda colocando como foco a prática educativa, há outra faceta a ser considerada: o gerenciamento das atividades didáticas em sala de aula. Aqui, faz-se referência à execução do planejado. Dentre outros aspectos, o professor deve distribuir as atividades pelo tempo disponível, instruir como devem ser realizadas, acompanhar o executado, indicando tanto as adequações quanto as inadequações apresentadas pelos alunos e reorientando, quando necessário. Ainda, o educador precisa obter a atenção e o engajamento do aluno nas atividades propostas, comportamentos necessários para o aprendizado de qualquer repertório.

Em relação à sala de aula, uma das queixas mais frequentes dos professores refere-se à chamada “indisciplina”, isto é, à presença de comportamentos não acadêmicos – como conversas com colegas ou no celular, movimentação na sala de aula, cantorias ou realização de brincadeiras e jogos, entre outros –, que impedem a execução das atividades escolares. Os comportamentos não acadêmicos indicam que a atenção e engajamento dos alunos ocorrem em outras atividades, que não as propostas pelo professor. É comum o professor tentar conseguir atenção e engajamento utilizando mecanismos coercitivos (brincas, pontos negativos, bilhete a pais etc.), que têm efeitos temporários, além de subprodutos nocivos, dentre os quais emocionais. Como deve então o professor atuar para reverter tal situação? A Psicologia tem produzido, sistematicamente, estudos sobre variáveis motivacionais, formas de promover o engajamento nas atividades acadêmicas, efeitos da coerção, efeitos do reforçamento, além de pesquisas sobre os comportamentos de atenção, de estudo, de autonomia, entre outros. Esses conhecimentos podem auxiliar o professor no gerenciamento mais eficaz de sua sala de aula, dessa forma gerando não apenas comportamentos produtivos mas, também, bem-estar afetivo; tais conhecimentos podem, ainda, auxiliar o professor a ensinar repertórios de autonomia intelectual.

Em tempos mais recentes, ao lado das “queixas de indisciplina”, tem sido comum o relato de episódios de violência na escola. Tais episódios não se restringem aos alunos, mas envolvem membros dos demais grupos de participantes da educação escolar – professores, gestores, familiares e até mesmo pessoas da comunidade –, indicando que as relações entre membros de um mesmo segmento ou de segmentos diferentes podem atingir níveis elevados de conflito. Os estudos da Psicologia sobre bullying, agressividade, violência, vandalismo contribuem para o entendimento de variáveis relacionadas à emergência dos episódios de conflito na escola, à sua intensidade e às suas formas de expressão; ainda, os conhecimentos derivados de pesquisas sobre habilidades sociais, atuação em grupo, relacionamentos interpessoais, comportamento moral e ético, por exemplo, podem auxiliar tanto na proposição de formas de atuação para diminuir, ou eliminar, a frequência de tais episódios, quanto na promoção de relacionamentos cooperativos e eticamente comprometidos.

Como já dito, a Educação deve possibilitar ao aprendiz adquirir os repertórios considerados necessários pela sociedade, repertórios que não podem se limitar à reprodução do conhecido, mas devem levar à inovação, tornando o grupo social hábil no enfrentamento dos problemas com os quais irá se deparar em tempo futuro. E, aqui se identifica outra importante contribuição da Psicologia, com seus estudos sobre originalidade, criatividade, resolução de problemas, raciocínio lógico, entre outros.

Outros exemplos de contribuição da Psicologia para a Educação, como a orientação profissional, a orientação sexual e o relacionamento entre gêneros, entre tantas outras possibilidades, poderiam ser citados.

Muito provavelmente, os profissionais e estudantes aqui presentes identificaram alternativas que não foram mencionadas e que poderiam ser implementadas, aproximando os dois campos. Quaisquer que sejam as alternativas, para que haja aproximação profícua desses campos considera-se necessário não só que o conhecimento produzido pela Psicologia seja transposto para as condições de concretização do trabalho educacional, como também que o psicólogo atue em parceria com os profissionais da educação, tomando as decisões de forma conjunta, eventualmente com a participação de outros especialistas. Em tais condições, a Psicologia poderá oferecer seus conhecimentos específicos em prol da maior eficiência do processo de escolarização das novas gerações.

As informações fornecidas até o momento exemplificam temáticas que, afetas ao campo educacional, poderiam ter a contribuição da Psicologia; como complementação, recorre-se aos trabalhos de Oliveira, Cantalice, Joly e Santos (2006), Souza-Silva, Pires, Blascovi-Assis e Paula (2010) e Silva et al. (2012), que analisaram a produção científica de Psicologia a partir de artigos de periódicos científicos nacionais.

Oliveira, Cantalice, Joly e Santos (2006), focalizando particularmente a revista *Psicologia Escolar e Educacional*, analisaram 136 artigos que foram publicados em uma década (entre 1996-2005). Verificaram, entre outros aspectos, que foram abordadas 23 temáticas, quais sejam: teste/construção de instrumentos (10,4%), métodos de ensino/aprendizagem (9,5%), leitura (8,1%), criatividade (8,1%), aspectos afetivos/emocionais (7,3%), inteligência/raciocínio/cognição (6,6%), psicologia escolar (6,6%), relação família/escola (5,9%), dificuldades/distúrbios de aprendizagem (4,4%), sociabilidade (4,4 %), desempenho acadêmico (4,4%), leitura e escrita (3,7%), programas educativos (2,9%), produção científica (2,9%), motivação (2,9%), relação professor/aluno (2,2 %), escrita (2,2%), saúde na escola (1,5%), estratégias de aprendizagem (1,5%), personalidade (1,5%), outros (1,5%), condições de estudo (0,7%), orientação profissional (0,7%).

Pode-se constatar não apenas a amplitude de temáticas, mas também o fato de que algumas são mais frequentemente estudadas, enquanto outras ainda são pouco abordadas; em relação às últimas, as autoras afirmam:

Chama atenção o fato de que a orientação profissional, assunto tão relevante em vários contextos educacionais tenha apresentado apenas uma publicação. Uma explicação possível seria a que os estudiosos desse tema têm no Brasil um lócus próprio de publicação, que é um periódico específico da Associação Brasileira de Orientação Profissional (ABOP), mas mesmo com assim seria esperado que o tema ocupasse um espaço maior na área educacional. (p.290)

Verifica-se, pois, que há contribuições da Psicologia para a Educação em uma ampla variedade de temáticas, porém também se verifica que há temáticas fundamentais para a área educacional, cujos estudos precisam ser incrementados.

Souza-Silva, Pires, Blascovi-Assis e Paula (2010) analisaram 213 artigos publicados entre 1999-2009 em uma revista generalista da área de Psicologia, e verificaram a ocorrência das seguintes temáticas: tratamento e prevenção (38%), psicologia social (23%), fundamentos e medidas (11%), desenvolvimento humano (7%), ensino e aprendizagem (6%), psicologia fisiológica (5%), trabalho e organizacional (3%), outros (7%). Dentre os temas abordados, houve predomínio de temas ligados ao tratamento e prevenção em psicologia e à psicologia social (61% de toda a produção), sendo que ensino e aprendizagem e desenvolvimento humano tiveram baixa porcentagem de produção.

Silva et al. (2012) analisaram 379 artigos das revistas *Qualis A* nacionais, na área da Psicologia, no ano de 2010. Verificaram que a produção científica se concentrou nas subáreas psicologia social (33,5%), psicologia clínica (23%), psicologia do desenvolvimento humano (11,1%), além de metodologia e avaliação (10,0%), abarcando quase 80% da produção científica; apenas 5% dos artigos foram categorizados como psicologia educacional e escolar. Esse estudo e o de Souza-Silva et al. (2010) apresentam dados compatíveis: os recortes clínico e social são os privilegiados na produção científica; diferentemente, no caso da psicologia educacional e da temática ensino-aprendizagem, diretamente relacionadas à área educacional, a produção científica é pouco frequente.

Os resultados desses trabalhos evidenciam, de um lado, que há uma diversidade de temáticas estudadas pela Psicologia, e particularmente pela Psicologia Educacional e Escolar, produzindo-se conhecimentos que podem subsidiar o campo educacional; por outro lado, quando se focaliza a produção científica das diferentes subáreas da Psicologia, evidencia-se que a educacional/escolar é uma das menos privilegiadas. Assim, encerra-se a presente exposição com uma questão: se a Educação é essencial à sobrevivência da sociedade e se a Psicologia pode contribuir de forma relevante para que a Educação cumpra seu papel de forma eficiente, por que o campo educacional é tão pouco escolhido? Que esta questão seja um desafio para os interessados na relação entre Psicologia e Educação.

Referências

- Abbagnano, N. (1982). *Dicionário de Filosofia*. (A. Bosi, trad). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1901).
- Abbagnano, N. & Visalberghi, A. (1990). *Historia de la Pedagogía*. (J. H. Campos, trad.). México: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em 1957).
- Antunes, M. A. M. (2011). Psicologia e Educação no Brasil: Uma análise histórica. In R. G. Azzi & M. T. A. Gianfaldoni (2011). *Psicologia e Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antunes, M. A. M. (2008) Psicologia escolar e educacional: História, compromissos e perspectivas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12, 469- 475.
- Libanêo, J. C. (1991). *Didática*. São Paulo: Cortez. Coleção Magistério do 2º Grau. Série Formação de Professores.
- Oliveira, K. L., Cantalice, L. M., Joly, M. C. R. A., & Santos, A. A. A. (2006). Produção científica de 10 anos da revista psicologia escolar e educacional (1996/2005). *Psicologia Escolar e Educacional*, 10, 283-292.
- Richelle, M. (2007). My fifty years in Psychology. In J. Marques & A. Estrela (Eds.), *Psicologia e Educação: ciclo de conferências*. Lisboa: Educa.
- Silva, T. L. G. da, Capra-Ramos, C., Victorazzi, A. R., Silva, F. C. da, Lima, C. W. M., Brunnet, A. E., Pizzinato, A. (2012). Análise temática e metodológica da publicação científica em Psicologia no Brasil. *Psicologia em Revista*, 18, 330-346.
- Souza-Silva, J. R. de, Pires, I. H., Blascovi-Assis, S. M. & Paula, C. S. de (2010). Análise da produção científica de dez anos da revista Psicologia: Teoria e Prática. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12, 164-171.

Intervenção do psicólogo como capacitador de professores: algumas reflexões sobre o ponto de partida desse tipo de atuação ¹

14

Nádia Kienen
Universidade Estadual de Londrina

“Nós sabemos como construir escolas melhores. O que é necessário é convencer os que hoje são responsáveis por nossas escolas de que a estrutura das escolas atuais torna o bom ensino quase que impossível” (Skinner, 1972, p. 131).

¹ Endereço eletrônico de correspondência: nadiakienen@gmail.com

Que tipo de capacitação o psicólogo pode fornecer à formação de professores? Que tipo de capacitação os professores necessitam? Que formação o psicólogo necessita ter para capacitar os professores conforme suas necessidades? Essas são algumas questões que parecem anteceder o próprio exame das possíveis contribuições do psicólogo à capacitação de professores. Falar de capacitação de professores implica em examinar mais detalhadamente o próprio repertório do psicólogo como “professor” ou “capacitador”. Capacitar professores exige que o psicólogo tenha um repertório de comportamentos relativos ao processo de ensinar bem estabelecido. Há uma série de contribuições da Psicologia em geral, e da Análise do Comportamento, mais especificamente, que podem contribuir com o processo de formação do psicólogo como capacitador.

Conhecimentos advindos da Psicologia têm papel fundamental na formação do professor, uma vez que tratam de variáveis relevantes envolvidas com os processos de ensinar e aprender, tais como aquelas relacionadas a desenvolvimento e motivação, aprendizagem, disciplina, medidas e avaliação do desenvolvimento e da aprendizagem (Foresti, 1999; Guerra, 2000; Leite, 2000; Larocca, 2000). Esses conhecimentos específicos da Psicologia que contribuem para os processos educacionais estão comumente ligados à subárea da Psicologia denominada Psicologia Educacional.

Diversos autores, dentre os quais Guerra (2000), Leite (2000), Foresti (1999), ao examinarem o desenvolvimento dessa subárea da Psicologia, destacam que houve avanços no que diz respeito às contribuições da Psicologia à educação, uma vez que a ênfase no processo de aprendizagem foi, gradativamente, cedendo lugar às tentativas de aproximação dos aspectos envolvidos não apenas com a aprendizagem, mas também com as condições de ensino. No entanto, apesar dessas contribuições, o ensino de psicologia para professores ou futuros professores comumente é percebido por esses como pouco útil para a formação docente. Isso porque em geral a capacitação tem sido feita descontextualizada da realidade com a qual o professor se depara enquanto ensina.

Da mesma forma, é comum a insatisfação de professores formados com os resultados obtidos no processo de ensino desses futuros professores (Leite, 2000; Foresti, 1999; Larocca, 2000; Baibich, 2003; Carvalho, 2005). Também é possível identificar que os próprios professores de graduação, ao capacitarem alunos nos cursos de licenciatura, parecem ter pouca clareza acerca do que ensinar. Exemplo disso é a pesquisa realizada por Mrech (2007) com alunos das disciplinas de Metodologia do Ensino de Psicologia, em que descobriu que há diversas dificuldades encontradas pelos alunos na formação para a licenciatura em Psicologia, dentre as quais essa falta de clareza acerca do que ensinar para futuros professores de Psicologia, o que, por sua vez, produz defasagem no processo de formação dos futuros psicólogos como professores.

Conforme o que está previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do psicólogo, na formação básica devem ser consideradas competências² referentes não apenas à intervenção direta sobre fenômenos e processos psicológicos³, mas também competências relativas à pesquisa e ao ensino (Brasil, 2011). Isso implica em, primeiramente, identificar e sistematizar os tipos de atuações (ou classes de comportamentos profissionais) que caracterizariam cada uma dessas modalidades de intervenção a fim de que o psicólogo possa ser capacitado a intervir diretamente ou ainda por meio de pesquisa ou ensino sobre fenômenos psicológicos. Há algumas pesquisas que contribuem para essas descobertas sobre as classes de comportamentos que constituem as atuações do psicólogo (Santos, 2006; Kienen, 2008; Viecili, 2008; Silva, 2010), mas há ainda um longo trabalho a ser feito para sistematizar e testar essas descobertas de modo que seja possível caracterizar amplamente o que compõe o perfil do psicólogo para intervir na sociedade.

A fim de que o psicólogo possa intervir de maneira cientificamente fundamentada, técnica e eticamente adequada na sociedade, ele necessita desenvolver um repertório de classes de comportamentos bastante complexo durante sua formação profissional. Botomé, Kubo, Mattana, Kienen e Shimbo (2003) ao examinarem as classes de comportamentos básicas constituintes da profissão de psicólogo, com base em projetos e currículos de cursos de graduação de Psicologia, identificaram que há três modalidades de intervenção constituintes dessa profissão. São elas: intervir diretamente sobre processos comportamentais, intervir indiretamente, por meio de ensino, sobre processos comportamentais e intervir indiretamente, por meio de pesquisa, sobre esse tipo de processos.

Essas três modalidades de intervenção não ocorrem independentes umas das outras. Elas estão relacionadas de maneira que uma modalidade de intervenção cria circunstâncias para a ocorrência da outra e assim sucessivamente. A produção de conhecimento científico, por exemplo, gera condições para a intervenção por meio de ensino e para a intervenção direta. Da mesma forma, da intervenção direta podem surgir possibilidades de intervenção por meio de pesquisa ou de ensino e assim sucessivamente.

A intervenção indireta, por meio de ensino, sobre processos comportamentais é a modalidade de intervenção que preparará o psicólogo a capacitar outros agentes sociais, dentre os quais, o professor (Kienen, 2008). Essa modalidade de intervenção requer o desenvolvimento de um repertório que envolve um conjunto complexo de classes de comportamentos, que variam desde “Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais”, “Construir e desenvolver programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais” até “Avaliar e aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais” (Botomé et al., 2003). A capacitação adequada do psicólogo para intervir por meio de ensino (ou seja, para atuar como “professor” ou “capacitador”) parece se configurar como necessária a fim de que a capacitação de professores possa ser mais efetiva no sentido de prepará-los para lidarem de modo mais eficaz com os processos comportamentais com os quais se deparam em seu cotidiano de trabalho.

A atuação do psicólogo como “professor” ou “capacitador” é uma modalidade de intervenção que, apesar de muitas vezes ser pouco considerada quando se examina os estudos sobre a formação do psicólogo (Baibich, 2003; Duran, 1994; Kienen, 2008), é de fundamental importância. Isso porque é um tipo de intervenção que ocorre não apenas em situações de ensino formal (ou seja, quando o psicólogo é aquele que ensina “Psicologia” em escolas de ensino médio, por exemplo), mas em uma diversidade de situações em que outras pessoas necessitam aprender a lidar com comportamentos. Botomé et al. (2003) caracterizam situações desse tipo: a) aquelas nas quais existem outros agentes, além do psicólogo, que devem ou podem intervir melhor do que o psicólogo, sobre os eventos de interesse; b) ou quando as variáveis de interesse para intervir na situação estão sob controle de outros agentes; c) ou quando é relevante que outros agentes, que não o psicólogo, atuem sobre os eventos de interesse ou d) quando o próprio psicólogo não tem acesso às variáveis de interesse, enquanto outros agentes o tem. Capacitar professores a lidarem com comportamentos de seus alunos parece ser um exemplo desse tipo de situação.

Vale destacar ainda que a atividade do psicólogo como capacitador de professores é uma forma de atuação que permite a melhoria da qualidade das relações estabelecidas entre professores e alunos e,

2 Apesar de todas as controvérsias relativas a esse conceito, neste texto competência será definida como um grau ou valor relacionado com a “perfeição” de qualquer classe de comportamentos. Ou seja, competência é concebida como adjetivo, definindo a qualidade de um comportamento (*comportamento competente*) (Kubo & Botomé, 2003; Santos, Kienen, Viecili, Botomé, & Kubo, 2009).

3 Compreendidos aqui como sinônimo de “processos comportamentais”.

consequentemente, a qualidade do trabalho educacional, além de contribuir com a prevenção de problemas que poderiam levar à necessidade de intervenções diretas caso os professores não estivessem preparados para manejar comportamentos de seus alunos. Isso parece ir ao encontro do que Botomé (2010) enfatiza ao destacar que é de responsabilidade social do psicólogo mostrar que “além de ‘curar’ e ‘prevenir’, somos capazes de propor medidas que melhorem as condições de vida das pessoas e suas interações com os aspectos do mundo com os quais se defrontam, indo mais longe do que apenas ‘ajudar quando os problemas já surgiram ou ocorreram” (p. 182). No entanto, a formação do psicólogo para atuar como capacitador depende, primeiramente, da descoberta e da sistematização das classes de comportamentos que constituem essa modalidade de intervenção para que, posteriormente, esse tipo de formação possa fazer parte da capacitação dos próprios psicólogos.

A definição dos comportamentos-objetivo como ponto de partida do processo de capacitação

Psicólogos parecem ter algo a dizer – e a fazer – em relação à formação de professores. Isso porque são profissionais que intervêm sobre processos comportamentais de diferentes tipos, em diferentes contextos, incluindo intervenções relativas a capacitações de outros profissionais. Capacitar envolve preparar as pessoas a lidarem com diferentes situações em seu cotidiano, modificando-as a partir de seus comportamentos. Isso ocorre não apenas em contextos formais de ensino, uma vez que processos de aprendizagem ocorrem em quaisquer contextos ou situações em que haja pessoas aperfeiçoando ou inovando suas relações com o meio.

A fim de que psicólogos capacitem professores, é necessário que tenham um repertório específico de comportamentos desenvolvido. Esse repertório pode ser desenvolvido a partir de uma série de contribuições da Psicologia, várias delas advindas da Análise Experimental do Comportamento. Os conceitos de comportamento operante, de classes de comportamentos, de contingências de reforçamento, modelagem, cadeias comportamentais, operações estabelecedoras, além do próprio conceito de validade social amplamente examinado e destacado por pesquisadores da Análise Comportamental Aplicada (Wolf, 1978), são alguns exemplos desse tipo de contribuição.

Skinner (1972) afirma que uma poderosa tecnologia de ensino surge a partir dos conhecimentos produzidos em Análise Experimental do Comportamento. O autor examina isso relacionando a instrução programada e as máquinas de ensinar às leis e princípios básicos do comportamento operante. Bijou (2006), ao examinar as contribuições da Análise do Comportamento à Educação, exemplifica contribuições desse tipo destacando a aplicabilidade de conceitos e princípios comportamentais a situações de sala de aula: “ao comportamento observável do aluno em relação às técnicas de ensino do professor, aos materiais de ensino, às contingências de reforçamento e às condições contextuais” (p. 291). Além desses conceitos e princípios, há de se considerar também a produção de conhecimentos específicos sobre os processos de ensinar e de aprender e das contingências envolvidas com esses processos, possibilitando o desenvolvimento de tecnologias que permitem otimizar as intervenções do psicólogo em contextos de ensino.

Parte dessas contribuições da Análise do Comportamento à Educação passou a ser organizada em uma subárea da Análise do Comportamento denominada, no Brasil, de Programação de Ensino. Segundo Matos (1998), a análise de contingências em Programação de Ensino é considerada uma ênfase particular dada por Carolina Bori ao Método Keller (conhecido como Sistema Personalizado de Ensino – PSI), modificando-o de um método para organizar um curso e ministrar aulas para uma poderosa tecnologia de planejamento de condições de ensino centrada na identificação e análise das contingências envolvidas em todo o processo de programar condições de ensino. É uma tecnologia que envolve desde o processo de descobrir *o que* precisa ser ensinado (quais comportamentos serão foco do processo de ensino e por que o serão), até *o como* ensinar o que precisa ser ensinado, como avaliar e aperfeiçoar os processos de aprendizagem e os próprios procedimentos de ensino.

A fim de descobrir *o que* precisa ser ensinado aos futuros psicólogos para que eles estejam capacitados a intervir indiretamente, por meio de ensino, sobre processos comportamentais, Kienen (2008) identificou

412 classes de comportamentos derivadas a partir de diferentes documentos (projetos de cursos de graduação existentes no país, legislação sobre a formação do psicólogo e literatura sobre programação de ensino) que compõem essa modalidade de intervenção do psicólogo. Essas classes de comportamentos constituem *o que*⁴ ensinar ao psicólogo para que ele possa ser um capacitador de outros agentes sociais a fim de que esses agentes possam aprender a intervir sobre processos comportamentais. A identificação dessas classes de comportamentos foi possível a partir de princípios e conceitos derivados da Análise Experimental do Comportamento.

4 Vale destacar que a definição “do que” precisa ser ensinado envolve as necessidades sociais com as quais o aprendiz se deparará depois de passado o período de ensino, incluindo sempre a definição de um “por que” conceber determinadas classes de comportamentos como foco do processo de ensino.

Os tais princípios e conceitos principais que serviram de instrumento para que essas classes de comportamentos pudessem ser identificadas foram: comportamento (como um complexo sistema de relações entre classes de estímulos antecedentes, classes de respostas e classes de estímulos consequentes), comportamento-objetivo (quais os comportamentos que seriam foco do processo de ensino), modelagem (que permitiu sistematizar os comportamentos encontrados a partir de seus graus de complexidade, permitindo estabelecer relações de pré-requisito entre eles), cadeia comportamental (quais as classes de comportamentos cujas consequências seriam condição antecedente para a ocorrência de outras classes de comportamentos e, por isso, deveriam ocorrer em uma sequência), alguns princípios básicos para a programação de ensino (resposta ativa do aprendiz, verificação imediata, teste de avaliação), ensinar e aprender como processos comportamentais, entre outros.

Na Tabela 1 é possível observar um conjunto de sete classes gerais de comportamentos constituintes do perfil do psicólogo como “capacitador”, já organizadas a partir de uma possível sequência em que deveriam ocorrer (compondo cadeias comportamentais). Ou seja, “caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais” deveria ocorrer antes – porque é pré-requisito - da segunda classe de comportamentos, denominada “Construir programas de produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais”. Por sua vez, a classe de comportamentos “Construir programas de produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais” precisa ocorrer antes da classe “- Desenvolver programas de produção de aprendizagem relacionada a processos comportamentais” e assim sucessivamente.

TABELA 1

Possível sequência de classes de comportamentos do psicólogo envolvidas na classe geral “intervir indiretamente por meio de ensino, sobre processos comportamentais”

| | |
|---|---|
| 1 | Caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais. |
| 2 | Construir programas de produção de aprendizagem relacionados a processos comportamentais. |
| 3 | Desenvolver programas de produção de aprendizagem relacionados a processos comportamentais. |
| 4 | Avaliar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais. |
| 5 | Aperfeiçoar processos e programas de aprendizagem relacionados a processos comportamentais. |
| 6 | Realizar pesquisas científicas sobre processos educacionais que ocorrem nos programas de aprendizagem. |
| 7 | Comunicar descobertas feitas em programas e processos de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais. |

Nota: Reproduzido de Kienen (2008).

Essas classes apresentadas na Tabela 1 são consideradas gerais porque se caracterizam por serem altamente complexas e, por isso, constituídas por uma série de outras classes de comportamentos menos complexas do que elas (comumente conhecidas como pré-requisitos).

A partir dessas classes gerais de comportamentos constituintes do perfil do psicólogo como “capacitador”, foram organizadas todas as outras 405 classes de comportamentos identificadas. Além da sistematização dessas classes de comportamentos pela possível sequência em que deveriam ocorrer, as mesmas foram organizadas também a partir de seus graus de complexidade, em um diagrama de decomposição⁵. Isso possibilitou a construção de uma espécie de “mapa de ensino” das classes de comportamentos constituintes do perfil profissional do psicólogo como “capacitador de outros agentes sociais para lidarem com comportamentos”.

5 Para saber mais sobre diagramas de decomposição, ver Kienen (2008), Viccili (2008).

No entanto, conforme a própria autora destaca, é preciso ainda testar os resultados obtidos a partir da pesquisa realizada, a fim de avaliar se são essas as classes de comportamentos relevantes e, até mesmo, necessárias, à formação do psicólogo como “professor” ou “capacitador”, ou se haveria necessidade de descobrir mais classes de comportamentos, além dessas já identificadas ou ainda, se seria possível planejar a capacitação do psicólogo com menos classes de comportamentos do que aquelas identificadas, por exemplo. Isso poderia ser feito por meio da avaliação da efetividade de capacitações construídas com base nessas classes de comportamentos identificadas ou ainda – e até mesmo concomitantemente – por meio da submissão desses dados a especialistas na área de formação de professores para testar a validade social dos mesmos.

Ainda que sejam requeridos testes empíricos para avaliar os dados obtidos na pesquisa de Kienen (2008) para a formação do psicólogo como capacitador, é possível derivar dessa pesquisa algumas descobertas importantes para refletir acerca da atuação do psicólogo em relação à capacitação de professores. Uma delas é a de que intervir por meio de ensino sobre processos comportamentais é uma classe de comportamentos altamente complexa, a qual requer o desenvolvimento de uma série de outras classes de comportamentos a fim de que possa constituir parte do repertório de psicólogos.

Outra é a de que, assim como planejar a formação de psicólogos, planejar capacitação de professores requer que se defina não apenas o “como” ensinar, mas também “o que” ensinar a fim de que as capacitações de professores possam prepará-los efetivamente para transformar a realidade com a qual se deparam nas escolas. Isso é fundamental para evitar um tipo de problema frequentemente destacado na literatura que trata das contribuições da Psicologia à formação dos professores: a de que os conhecimentos dessa área não atendem as necessidades concretamente vivenciadas no cotidiano (Foresti, 1999; Guerra, 2000; Leite, 2000; Baibich, 2003).

Psicólogos capacitados em programação de ensino possivelmente estarão em melhores condições de planejar e executar processos de capacitação de professores de acordo com as necessidades inerentes a esse tipo de capacitação. Para tanto, um dos primeiros passos é definir o ponto de partida do processo de ensino que, segundo Kubo e Botomé (2001), é justamente definir quais comportamentos serão objetivo do processo de ensino (e, por isso, podem ser denominados comportamentos-objetivo). Esses comportamentos-objetivo necessitam ser definidos a partir das necessidades sociais com as quais os aprendizes se depararão depois de formados, assim como das possibilidades de atuação dos mesmos em relação a essas necessidades.

Esses autores apresentam, de forma bastante didática, com base no referencial da Programação de Ensino, as etapas básicas a serem seguidas a fim de que esses comportamentos-objetivo possam ser definidos. Na Tabela 2 são apresentadas essas etapas.

TABELA 2

Etapas básicas de comportamento de docentes para caracterizar uma seqüência de ações ao planejar e realizar ensino

| Etapas | O que é considerado ou decidido |
|------------------|--|
| Ponto de partida | O que a comunidade necessita? |
| ↓ | ↓ |
| Decisão | O que o profissional deve estar apto a fazer para... |
| ↓ | ↓ |
| Decisão | O que é necessário ensinar para o aluno ser capaz de fazer... |
| ↓ | ↓ |
| Decisão | Quais: - Informações existem? - Informações produzir? - Outras condições? |
| ↓ | ↓ |
| Resultado | Profissional "formado" |

Nota: reproduzido de Kubo & Botomé, 2001, p. 163.

Conforme o que pode ser observado na Tabela 2, o ponto de partida para planejar ensino - e, conseqüentemente, para propor comportamentos-objetivo - são as necessidades da comunidade (situações-problema com que se deparam), seguido das possibilidades de atuação do aprendiz em relação a essas necessidades. No caso da capacitação de professores, é fundamental que o psicólogo defina quais as situações-problema com que os professores se deparam a partir da realidade em que esses atuam.

Identificadas essas situações, é fundamental que o psicólogo seja capaz de avaliar quais delas são passíveis de serem transformadas por meio da atuação dos professores (a partir dos conhecimentos, instrumentos, recursos disponíveis em Psicologia) para que essas possam ser consideradas ponto de partida para proposição de comportamentos-objetivo. Após a identificação dessas situações, é possível definir quais as atuações que o professor necessita desenvolver a fim de que possa lidar com essas situações-problema.

Depois de definidas as situações-problema e as atuações que o aprendiz terá que desenvolver para lidar com essas situações, uma nova etapa é definir o que é necessário ensinar para que o aprendiz desenvolva os comportamentos-objetivo. E, por fim, é necessário definir também as informações, conhecimentos, condições disponíveis para ensinar o que precisa ser ensinado, assim como os procedimentos para fazê-lo.

Além dessas etapas básicas, vale considerar também alguns outros aspectos que poderão interferir na programação de contingências de ensino: a definição de prioridades para as diversas situações-problema identificadas (quais comportamentos-objetivo serão priorizados?); a identificação de situações de conflito existentes no contexto educacional e que poderão produzir impacto na definição dessas prioridades; a definição de estratégias para manejo dessas situações de conflito, dentre outras. Esses são alguns exemplos dos vários aspectos com os quais o psicólogo necessitará lidar para poder planejar a capacitação de professores. Na Tabela 3 é apresentado um exemplo de uso de algumas dessas etapas para definir o que pode compor a capacitação de professores.

TABELA 3

Exemplo de etapas básicas para psicólogos planejarem a capacitação de professores

| PERGUNTAS ORIENTADORAS PARA DEFINIR CADA ETAPA | POSSÍVEIS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS FEITAS EM CADA ETAPA |
|--|--|
| Qual a situação-problema com que o professor se depara? | Indisciplina dos alunos |
| ↓ | ↓ |
| O que o professor deve estar apto a fazer para lidar com essa situação-problema? | Identificar diferentes tipos de comportamentos de indisciplina apresentados pelos alunos. Avaliar as variáveis que mantêm os comportamentos de indisciplina dos alunos. Identificar procedimentos de intervenção que possam diminuir os comportamentos de indisciplina (...) |
| ↓ | ↓ |
| O que é necessário ensinar para que o professor desenvolva os comportamentos definidos como objetivos do processo de ensino? | É necessário ensinar vários conceitos básicos da Análise do Comportamento, tais como: Comportamento; Contingências de reforçamento; Tipos de esquemas de reforçamento (tais como Reforçamento diferencial de comportamentos incompatíveis, reforçamento diferencial de comportamentos alternativos). É necessário ensinar, ainda que de maneira mais simplificada, a fazer análises funcionais de comportamento, a observar comportamentos etc. (...) |
| ↓ | ↓ |
| Que informações existem? Que condições são necessárias? Que atividades propor? Etc.. | Existem diversas informações sobre os conceitos básicos que precisam ser ensinados. Outras condições: XX carga horária para a realização da capacitação; uma sala em que a capacitação possa ser realizada, contendo recursos audiovisuais etc.. Atividades a propor: 1. observação, em ambiente natural, de comportamentos que considera que se caracterizam como indisciplina. 2. (...) |
| ↓ | ↓ |
| RESULTADO | PROFESSOR CAPACITADO EM ... |

Com base no exemplo apresentado na Tabela 3, é possível identificar uma amostra do que o psicólogo necessita fazer para planejar a capacitação de professores. Após identificar as situações-problema com as quais os professores se deparam e definir quais atuações (comportamentos) os professores necessitam desenvolver para lidar com essas situações, é preciso definir também o que precisa ser ensinado, assim como os recursos e informações que há disponíveis (ou que necessitam ser produzidos), bem como os procedimentos de ensino a serem realizados para que os professores desenvolvam esses comportamentos. O exemplo apresentado ilustra apenas pequena amostra desse processo, uma vez que não tem como objetivo esgotar esse exame.

Apesar de simples, entretanto, pretende mostrar que para realizar uma capacitação não basta identificar temas ou assuntos que deverão ser tratados. Temas ou assuntos são meios que podem auxiliar a planejar a capacitação (no exemplo da Tabela 3, se referem aos conceitos básicos da Análise do Comportamento). Mas se não houver clareza das situações com as quais o professor irá se deparar e do que ele deverá ser capaz de

fazer em relação a essas situações, os temas ou assuntos pouco auxiliariam nessa definição. Além disso, estar atento às contingências que podem interferir na definição dos comportamentos-objetivo que efetivamente serão os relevantes a serem ensinados, assim como às contingências que podem facilitar ou dificultar o processo de capacitação dos professores no contexto educacional é de fundamental importância.

A efetividade da tecnologia comportamental para a formação de professores

Parece que o psicólogo tem muito a contribuir com a capacitação de professores. No entanto, esse tipo de intervenção do psicólogo requer um repertório de comportamentos bastante complexo que envolve desde “caracterizar necessidades de aprendizagem relacionadas a processos comportamentais” até “avaliar e aperfeiçoar tanto os processos de aprendizagem, quanto os procedimentos de ensino”. O ponto de partida do trabalho de capacitação, apesar de muitas vezes desconsiderado ou pouco valorizado, é justamente a descoberta do que precisa ser ensinado.

Vale destacar que o processo de descobrir o que precisa ser ensinado num programa de capacitação caracteriza-se sempre como um processo de pesquisa, uma vez que implica na descoberta das necessidades da comunidade na qual o aprendiz atuará, assim como das possibilidades de atuação (classes de comportamentos) derivadas dessas necessidades (Kubo & Botomé, 2003). Ou seja, a definição dos objetivos de um programa de capacitação raramente é algo já dado, pronto, uma vez que envolve a descoberta do que ensinar de acordo com as necessidades sociais, das características dos aprendizes e do contexto no qual irão atuar, o que permitirá dizer que os comportamentos-objetivo são relevantes na vida do aprendiz (Bori, 1974).

Planejar o processo de capacitação de professores adotando como ponto de partida a definição das necessidades dos mesmos e derivando dessas as possibilidades de transformação da realidade com a qual se deparam parece ser um bom ponto de partida para fornecer relevância e pertinência às capacitações. Talvez isso determine, ao menos em parte, a relevância e a efetividade das capacitações desenvolvidas. Pode contribuir, inclusive, com o envolvimento dos capacitandos com as capacitações.

Parte desse trabalho de descoberta de comportamentos-objetivo já foi realizado para sistematizar as classes de comportamentos constituintes da intervenção do psicólogo como “professor” ou capacitador (Kienen, 2008). Essa é uma primeira etapa de trabalho na direção da capacitação dos psicólogos para que esses possam ensinar outros agentes sociais – dentre os quais o professor – a intervir sobre comportamentos.

Há ainda um extenso trabalho por fazer, que envolve o teste empírico da capacitação do psicólogo a partir dessas classes de comportamentos. Esse teste é que permitirá avaliar o quanto o trabalho do psicólogo de capacitar professores pode (ou não) ser considerado promissor.

Esse teste empírico talvez possa ser feito aos poucos. Uma das possíveis etapas do mesmo seria avaliar o quanto os conceitos e princípios da Análise Experimental do Comportamento se configuram como tecnologia efetiva para ensino de professores – e de outros agentes em outros contextos sociais. Kienen (2008) ao identificar e sistematizar classes de comportamentos constituintes do perfil do psicólogo como “professor” fez uso de conceitos e princípios da Programação de Ensino para realizar esse trabalho. Parece que os potenciais dessa tecnologia de ensino ainda estão por ser plenamente reconhecidos e desenvolvidos.

Segundo Skinner (1978), os professores que compreendem seu papel e estão familiarizados com os processos comportamentais necessários para executá-lo podem ter estudantes livres e felizes, não apenas enquanto são ensinados, mas também depois de finalizado o período de ensino. Isso porque serão bem sucedidos em seu trabalho por terem adquirido repertórios produtivos e úteis. E serão também bem sucedidos na vida, uma vez que apreciarão o que fazem e terão aprendido a compreender melhor a si mesmos e a seus colegas. Isso, por outro lado, pode também produzir professores mais felizes e mais livres. Se já há tecnologia para construir escolas melhores, talvez seja hora de planejarmos contingências para que essa tecnologia se transforme em comportamentos concretos de quem lida com processos de ensino-aprendizagem. Isso implica tanto na capacitação dos professores, quanto na dos psicólogos responsáveis por capacitá-los.

- Baibich, T.M. (2003). Por uma didática clínica: A formação do professor de psicologia. *Interação em Psicologia*, 7(1), 73-82. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3209/2571>.
- Bijou, S. (2006). O que a psicologia tem a oferecer à educação – agora! *Revista brasileira de Análise do Comportamento*, 2(2), 287-296.
- Bori, C. M. (1974). Developments in Brazil. In: F.S. Keller & F.S., J.G. Sherman (Eds.), *The Keller Plan handbook*. (pp. 65-72). Menlo Park, CA: W.A. Benjamin.
- Botomé, S.P. (2010). A quem, nós psicólogos, servimos de fato? In O.H. Yamamoto, & A.L.F. Costa (Orgs), *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*, (pp. 169-203). Natal: EDUFRN.
- Botomé, S.P., Kubo, O.M., Mattana, P.E., Kienen, N., & Shimbo, I. (2003, setembro). *Processos comportamentais básicos como objetivos gerais, ou classes gerais de comportamentos, ou competências para a formação do psicólogo*. Painel apresentado no XII Encontro Anual da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Londrina, Paraná.
- Brasil.(2011). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Ministério da Educação. Recuperado de <http://www.mec.gov.br>.
- Carvalho, L. C. de. (2005). *Crenças de estudantes de pedagogia sobre a psicologia nos Parâmetros Curriculares Nacionais*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000387610&fd=y>
- Duran, A. P. (1994). Alguns dilemas na formação do psicólogo: buscando sugestões para superá-los. In: Conselho Federal de psicologia – Câmara de Educação e Formação Profissional. *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. (2ª ed., pp. 331-371). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foresti, S.M.P. da S. (1999). A psicologia educacional na formação de professores. In: C. Witter. (Org.). *Ensino de Psicologia*. (pp. 75-94). Campinas (SP): Alínea.
- Guerra, C.T. (2000). Conhecimento psicológico e formação de professores. In: R.G. Azzi, S.H.S. da S. Batista, & A.M.F. de A. Sadalla. *Formação de professores – Discutindo o ensino de psicologia* (pp. 69-96). Campinas (SP): Alínea.
- Kienen, N. (2008). *Classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir, por meio de ensino, sobre fenômenos e processos psicológicos, derivadas a partir das diretrizes curriculares, da formação desse profissional e de um procedimento de decomposição de comportamentos complexos*. (Tese de Doutorado não publicada). Ccurso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Kubo, O. M., & Botomé, S.P. (2001) Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação*, 5(1), 123-132. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3321/2665>
- Kubo, O.M., & Botomé, S.P. (2003). A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: As possibilidades nas diretrizes curriculares. In: M.Z. da S. Brandão, F.C. de S.Conte, F. S.Brandão, Y.K. Ingberman, C.B. de Moura, V. M. da , S.M. Oliane (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição – A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação*. (v. 11, pp. 483-496). Santo André (SP): ESETec Editores Associados.
- Larocca, P. (2000). O saber psicológico e a docência: Reflexões sobre o ensino de psicologia na educação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20(2), 60-65. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v20n2/v20n2a09.pdf>.
- Leite, S.A. da S. (2000). Desenvolvimento profissional do professor: desafios institucionais. In R.G. Azzi, S.H.S. da S. Batista, & A.M.F. de A. Sadalla. *Formação de professores – Discutindo o ensino de psicologia* (pp. 39-66). Campinas (SP): Alínea.
- Matos, M.A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9(1), 89-100. doi. 10.1590/S0103-65641998000100014.

- Mrech, L. M. (2007). Um breve histórico a respeito do ensino da psicologia no ensino médio dossiê. *Educação Temática Digital*, 8(2), 225-235. Recuperado de <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/1774>.
- Santos, G. C. V. dos. (2006). *Características das competências e dos comportamentos profissionais propostos nas diretrizes curriculares como delimitação do campo de atuação profissional do psicólogo*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Santos, G.C.V. dos, Kienen, N., Viecili, J., Botomé, S.P., & Kubo, O.M. (2009). “Habilidades” e “Competências” a Desenvolver na Capacitação de Psicólogos: Uma Contribuição da Análise do Comportamento para o Exame das Diretrizes Curriculares. *Interação em Psicologia*, 13(1), 131-145. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/psicologia/article/view/12279>.
- Silva, A.L. G. da (2010). *Classes de comportamentos de psicólogos ao intervir diretamente sobre fenômenos*. (Tese de doutorado não publicada). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Skinner, B.F. (1972). *Tecnologia do ensino*. São Paulo: E.P.U., Editora Pedagógica e Universitária.
- Skinner, B.F. (1978). The free and happy student. In: B.F. Skinner. *Reflections on behaviorism and society*. (pp. 140-148). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Viecili, J. (2008). *Classes de comportamentos profissionais que compõem a formação do psicólogo para intervir por meio de pesquisa sobre fenômenos psicológicos, derivadas a partir das diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em psicologia e da formação desse profissional*. (Tese de doutorado não publicada). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Wolf, M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of applied behavior analysis*, 1(2), 203-214.

Margarette Matesco Rocha
Universidade Estadual de Londrina

Thiago Leão Silveira Dourado
Universidade Estadual de Londrina

Natália Rosot
Universidade Estadual de Londrina

¹ Capítulo vinculado às atividades de projeto de pesquisa financiado pela Fundação Araucária – Apoio Científico e Tecnológico do Paraná e com dados adicionais obtidos no projeto de extensão 01676.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno com alta prevalência entre crianças em idade escolar (3 a 6%) e acarreta prejuízos variados no desempenho acadêmico e de interações sociais (Barkley, 2002, DuPaul & Stoner, 2007; Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010).

De forma geral, as crianças com TDAH frente a um conjunto de estímulos não conseguem selecionar aquele que é relevante para uma determinada tarefa e aquele que deve ser ignorado (Hübner & Marinotti, 2000); o seu comportamento é afetado, principalmente por consequências imediatas sendo que as atrasadas apresentam função reduzida no controle do comportamento, isto é, valor de uma consequência reforçadora diminui em função do atraso da consequência (Neef et al., 2005) e respondem a situações rapidamente, cometendo assim muitos erros; não esperam por todas as instruções e não são capazes de considerar as consequências aversivas de uma situação (Vasconcelos, 2002). Essas formas de interações, com os estímulos antecedentes e consequentes, caracterizam o conjunto de respostas que descreve os comportamentos de desatenção/ impulsividade/hiperatividade observados em indivíduos com diagnóstico de TDAH.

Apesar das amplas evidências sobre as causas neurobiológicas para o transtorno, os aspectos ambientais não podem ser descartados (Barkley, 2002; Phelan, 2005). Os modelos atuais que avaliam as causas do TDAH buscam entender como as características do transtorno se desenvolvem ao longo do tempo, propondo uma infinidade de maneiras de como os genes e o ambiente interagem conduzindo a variações na idade em que se inicia o transtorno, na expressão dos sintomas, na gravidade e no curso do desenvolvimento da tríade sintomática que compõe o TDAH (Keown, 2012).

Adicionalmente, Deault (2010) afirma que, enquanto a descoberta da suscetibilidade genética para o TDAH ajuda a compreender o aparecimento dos sintomas, pesquisadores têm especulado que fatores ambientais podem desempenhar um papel importante na determinação dos comportamentos das crianças, mesmo não sendo elas as causas principais do núcleo de sintomas.

Na perspectiva da Análise do Comportamento, a análise funcional constitui um instrumento que permite identificar variáveis controladoras do comportamento, uma vez que ela busca as relações de contingências entre organismo e variáveis externas na explicação dos comportamentos de crianças com TDAH (Vasconcelos, 2002). No caso da análise funcional descritiva, utilizada neste trabalho, entende-se que esta se baseia em medidas indiretas (relatos verbais, por exemplo), a partir das quais é possível identificar relações entre comportamentos e eventos ambientais, sem haver manipulação direta dessas variáveis de forma controlada e sistemática (Vasconcelos, Naves & Ávila, 2010).

Embora os procedimentos da análise funcional possam fornecer informações também sobre a topografia de comportamento, o princípio fundamental é que a função de um dado comportamento é mais importante do que a sua forma. Assim, as crianças com diagnóstico de TDAH podem apresentar problemas de comportamento que são mantidos reforço negativo, por exemplo, escapar de tarefas diárias ou escolares (Northup & Gulley, 2001). Outra criança pode exibir o mesmo comportamento, porém mantido por reforço

positivo, como a atenção dos pais, professores, pares etc. Essa atenção de outras pessoas é um reforço condicionado generalizado porque reforça inúmeras classes de respostas, independentemente de privações específicas, sendo também um estímulo discriminativo para a emissão de inúmeras classes de respostas diferentes e com possível acesso a outros reforçadores (Moreira & Medeiros, 2007).

Para a condução de uma análise funcional Erbas, Tekin-Iftar e Yucesoy (2006) sugerem como requisitos: (a) a definição do comportamento problema, (b) a identificação dos estímulos que aumentam ou diminuem a probabilidade de uma dada resposta, e (c) a identificação das funções do comportamento problema.

Alguns autores (Ervin et al., 1998; Neno, 2003), consideram que a análise funcional tem sido apontada como um fundamento para a avaliação clínica e identificada como o caminho mais efetivo para o planejamento da intervenção, ou seja, pode ser um método útil tanto para a avaliação como para a seleção da intervenção.

A vantagem de uma avaliação fundamentada na análise funcional é que ela considera tanto os fatores individuais como os contextuais, ou seja, os dados são coletados considerando tanto os comportamentos da criança como do ambiente específico em que os sintomas estão ocorrendo (DuPaul & Ervin, 1996). Assim, a avaliação funcional promove a avaliação dos comportamentos de uma criança com TDAH dentro contexto onde as influências ambientais ocorrem.

Dentre as variáveis presentes no contexto da criança, o entendimento das práticas parentais ou do arranjo familiar que mantém os clássicos padrões de comportamentos característicos do TDAH pode enriquecer sobremaneira a compreensão das influências de determinadas contingências comportamentais presentes na história e manutenção do TDAH (Santos & Vasconcelos, 2010).

Nesse sentido, é comum na literatura a descrição das interações da criança com seus pais (Johnston & Mash, 2001) por fazerem parte do contexto mais próximo da criança e atuarem como estímulos antecedentes ou consequentes para a emissão dos comportamentos dela. Ao mesmo tempo, entende-se que a criança também age modelando e mantendo os comportamentos dos pais, demonstrando uma interação recíproca (Johnston & Mash, 2001; Sonuga-Barke et al., 2001). Esse entendimento justifica as avaliações e intervenções voltadas para a compreensão e modificação dessas interações.

Considerando as formas de se comportar dos pais na interação com os filhos, quando comparados aos de crianças sem o transtorno, diversos estudos constataram que esses pais emitem mais ordens, são mais controladores e aversivos, utilizam menos estratégias positivas, são menos atentos e responsivos a seus filhos (Barkley, 2002; Cunningham & Boyle, 2002). Além de serem mais críticos com relação aos comportamentos de interação social dos filhos e se denominarem menos competentes socialmente quando comparados a pais de crianças sem o diagnóstico (Mikami, Jack, Emeh & Stephens, 2010).

O conhecimento das interações aversivas ou não no ambiente familiar da criança com TDAH é extenso na literatura (Johnston & Mash, 2001; Deault, 2010) e considerado extremamente valioso para conhecimento dessas famílias. No entanto, poucos estudos descrevem as funções dos comportamentos desses pais, seja na interação com a criança ou com outros participantes da rede social de seu filho. Isso ocorre, muito provavelmente, em decorrência dos pais de crianças com TDAH terem que enfrentar desafios que vão além dos sintomas primários (déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade) característicos do TDAH. Além disso, cada contexto familiar é único e tem um impacto diferenciado sobre a trajetória de desenvolvimento apresentada por crianças com TDAH (Deault, 2010).

Assim, mesmo reconhecendo que as contingências de reforço presentes na história individual de cada pessoa sejam essenciais para a Análise do Comportamento, é importante reconhecer também que contingências culturais participam na determinação e/ou na perspectiva de interações que estão presentes no contexto familiar (Naves & Vasconcelos, 2008). Para Skinner (2007/1981) se a melhor maneira de ensinar uma criança é reforçada por consequências que favorecem o grupo, essa forma torna-se uma prática cultural, que depois é transmitida de geração a geração. Dentro desse mesmo processo também podem ser selecionadas práticas parentais negativas por pais ou grupos de pais dentro de uma dada sociedade, que passam de geração a geração, e podem desencadear resultados adventícios, tais como pessoas (filhos) com

sérios problemas de comportamento que supostamente ocasionariam prejuízos para a cultura (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

Sob esse enfoque, Vasconcelos, Naves e Ávila (2010) apontam baseados na literatura, que práticas culturais referentes aos cuidados de adultos com crianças são transmitidas entre diferentes gerações, do mesmo modo que as práticas coercitivas. Para as autoras, a análise de variáveis contextuais e o planejamento para a adoção de práticas educativas baseadas no reforço positivo, diminuem a utilização de contingências aversivas, marcadas por ameaças e punições.

Dentre os comportamentos que pais devem apresentar na interação com os filhos para favorecer o seu desenvolvimento, Del Prette e Del Prette (2008) descreveram um conjunto de comportamentos que foi denominado habilidades sociais educativas e entendidas como o conjunto de comportamentos que tem a intenção explícita de promover o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, em situação formal ou informal. No caso específico dessas habilidades, Del Prette e Del Prette (2009) argumentam que essas habilidades somente serão consideradas educativas, dependendo dos efeitos que produzirem ou da probabilidade de gerarem mudanças no repertório comportamental do educando, o que implica na necessidade de avaliar os efeitos ou a função dos comportamentos dos pais sobre o comportamento dos filhos. Assim, a preocupação com a funcionalidade das habilidades sociais educativas demonstra que a topografia da resposta em si não determinará se um comportamento é mais ou menos habilidoso, mas sim a função desse comportamento (Rocha & Freitas, 2009).

O atual sistema de categorias das habilidades sociais educativas, proposto por Del Prette e Del Prette (2008), apresenta 32 subclasses subdivididas em quatro classes, a saber: (1) *Estabelecer contextos interativos potencialmente educativos* que compreende os comportamentos verbais ou não-verbais do educador que organiza material, contexto físico ou social para favorecer interação educativa; (2) *Transmitir ou expor conteúdos sobre habilidades sociais* que engloba os comportamentos verbais ou não-verbais do educador, mediados (ou não) por recursos visuais e auditivos, que apresentam conteúdos de habilidades sociais (informações, conceitos, histórias, dados etc.); (3) *Estabelecer limites e disciplina* engloba os comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador que estabelece (justifica, explicita, solicita, indica, sugere) regras ou normas ou valores; e (4) *Monitorar positivamente* refere-se aos comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador envolvidos em administrar contingências sobre o comportamento diretamente observável ou sobre comportamento relatado pelo educando.

Considerando a importância de avaliar funcionalmente as habilidades sociais educativas, o presente trabalho descreve as contingências presentes nas interações entre pais e filhos com diagnóstico de TDAH e que podem ou não favorecer a emissão de algumas dessas habilidades. Além disso, este trabalho buscou demonstrar a aplicabilidade da análise funcional para a elaboração de um programa de treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com TDAH.

Habilidades Sociais Educativas Analisadas

Foram escolhidas para apresentação, a partir dos relatos dos pais, aquelas habilidades sociais educativas em que foram identificados padrões similares de respostas, que atuavam como antecedentes ou consequentes para os comportamentos dos filhos, caracterizando uma prática comum nesse grupo de pais.

Com base no sistema de categorias de habilidades sociais educativas proposto por Del Prette e Del Prette (2008), foram selecionadas para análise seis habilidades sociais educativas:

1. Aproveitar situações do dia-a-dia para ensinar sobre habilidades sociais
Comportamentos verbais ou não-verbais do educador que ilustram ou chamam a atenção do educando para comportamentos sociais desejáveis ou indesejados, emitidos por outros em situações ou acontecimentos presentes do dia-a-dia.

2. **Negociar regras**
Verbalização do educador que especifica uma regra e estabelece ocasião para uma discussão sobre a regra para as interações (necessidade, concordância/discordância, mudança etc.).
3. **Mediar interações**
Comportamento verbal ou não-verbal do educador que estabelece antecedentes e condições ambientais para interação verbal ou não-verbal do educando com pares ou outros significativos do ambiente.
4. **Solicitar informações sobre o desempenho adequado do filho na escola**
Comportamentos verbais do educador que estabelecer condições de maior acesso a comportamentos do educando (passados ou futuros) reunindo informações em contextos no qual a criança participa.
5. **Falar/justificar comportamentos desejáveis**
Verbalização do educador que descreve os comportamentos esperados do educando explicitando ou não as contingências associadas.
6. **Falar/justificar comportamentos indesejáveis**
Verbalização do educador que descreve os comportamentos reprováveis do educando, explicitando ou não as contingências associadas.

Caracterização geral dos participantes

O estudo contou com 10 participantes, sendo eles 2 pais e 8 mães de crianças com TDAH, com idade entre 31 e 59 anos e com a maioria (80%) apresentando ensino fundamental completo e nível socioeconômico: B2 (43%) e C1 (43%), de acordo com o Critério Brasil. As crianças tinham entre 7 e 13 anos de idade, diagnóstico psiquiátrico de TDAH fornecido por médico neuropediatra, cursavam ensino fundamental (3ª a 6ª série) e faziam uso contínuo de Ritalina®.

A coleta de dados

Os dados são provenientes de atendimentos em grupo realizados os com pais/mães de crianças com diagnóstico de TDAH em uma clínica escola de uma universidade pública e de uma escola pública, ambas localizadas em um município do estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu a partir de: (a) entrevista semi-estruturada composta por 9 questões, elaborada para avaliar, por meio do relato dos pais/mães, a frequência e a funcionalidade de nove subclasses de habilidades sociais educativas, distribuídas nas diferentes classes; e (b) relatos obtidos nas sessões de intervenção por meio de registro cursivo.

Análise funcional das habilidades sociais educativas dos pais/mães de crianças com TDAH e efeitos sobre os comportamentos dos filhos

Com relação a habilidades sociais educativas denominadas “Aproveitar acontecimentos cotidianos (uma notícia, um comentário, uma cena) para ensinar comportamentos mais adaptativos aos filhos”, constatou-se que nove pais/mães frente a uma notícia, cena ou comentário, geralmente, apontavam as consequências negativas geradas pelos comportamentos da pessoa ou da personagem ao qual estavam se referindo e, logo, em seguida, relacionavam a consequência a algum comportamento que fora emitido pelo filho ou com possibilidade de emissão futura por ele: “Viu que mataram um rapaz que usava drogas no bairro? É isso o que acontece com quem faz isso.” (sic); “continua fazendo tal coisa... vai acontecer a mesma coisa com você” (sic); “Viu o que acontece quando...eu não vivo te falando isso?!” (sic).

Frente à apresentação de comportamentos adequados da pessoa ou da personagem ao qual estavam se referindo, faziam comparações/comentários que depreciavam a criança (o filho): Ex: “Isso é que é um bom

filho, sempre obediente” (sic); “Por que você não faz como fulano? Sempre tão gentil.” (sic). Percebeu-se que as situações que os pais/mães diziam aproveitar a situação para ensinar sobre habilidades sociais, na verdade, tinham a função de tentar diminuir a frequência de comportamentos considerados inadequados (presentes ou futuros), sempre por meio da descrição de consequências aversivas contingentes aos comportamentos presenciados nesses acontecimentos cotidianos.

A persistência do comportamento dos pais/mães de chamar atenção para o comportamento inadequado e suas consequências e, imediatamente, relacionar a algum comportamento similar emitido pelo filho ou mesmo com probabilidade de emissão futura, provavelmente, estava mais sob controle de regras (educar é apontar as falhas) do que pelas contingências (efeito que a correção tem no comportamento do filho). Assim, o “educar”, era compreendido como apenas apontar os erros, ao invés de valorizar os acertos. Tal forma de agir dos pais/mães persistia mesmo na ausência de mudanças verificáveis nos comportamentos dos filhos. Além disso, alguns comportamentos alvo para tais discursos eram, por exemplo, roubar ou matar, e, portanto, comportamentos improváveis de ocorrer naquele momento de vida da criança, o que reforçava positivamente o comportamento dos pais/mães de continuar emitindo tais comportamentos (uma vez que a criança seguia o que lhe era orientado).

Com relação aos efeitos sobre as crianças, dois eram prováveis: (a) funcionava como um estímulo aversivo que poderia provocar efeitos colaterais como a diminuição da autoestima e reações agressivas da criança e, (b) não alterava a probabilidade de resposta no sentido desejado pelos pais, uma vez que é um tipo de comportamento emitido por eles que não ensina ao filho o comportamento esperado.

Com relação a “Negociar Regras”, observou-se que as regras mais frequentes (cerca de 90%) eram relacionadas às tarefas domésticas e escolares e, portanto, mais valorizadas que as regras para interações sociais. As regras eram estabelecidas pelos pais/mães sem a participação da criança e as consequências eram, geralmente, a retirada de reforçadores positivos. Quanto à manutenção da consequência, os pais/mães afirmavam que havia situações em que as consequências eram amenizadas, por exemplo, ao invés de ficar uma semana sem brincar no computador (como estabelecido), eles permitiam que a criança voltasse a brincar após dois dias.

Considerando as situações nas quais as regras eram flexibilizadas ou amenizadas, mais da metade dos pais (sete) disseram que havia menos rigidez para o cumprimento de regras relacionadas às interações sociais, quando comparadas as duas outras situações (tarefas domésticas e escolares) em que também haviam regras estabelecidas.

Na maioria das vezes, os pais/mães consideravam como regra apenas a especificação do comportamento, sem estabelecer com a criança ou planejar as consequências para seu cumprimento. Além disso, havia pouca descrição do comportamento esperado, sendo as descrições de comportamentos bastante genéricas e que não sinalizavam de modo operacionalizado o que as crianças deveriam fazer.

Em termos funcionais, os próprios pais/mães reconheciam, em diversas ocasiões, que o não seguimento das regras por parte das crianças era decorrente do comportamento dos adultos, os quais eram mantidos por reforçamento negativo, ou seja, não consequenciavam os comportamentos das crianças, principalmente quando as consequências estabelecidas na regra envolviam contingências aversivas (retirada de privilégios, por exemplo), para evitar situações nas quais teriam que tolerar a frustração e raiva da criança. Além disso, relatavam “*ter se cansado*” de mandar fazer as tarefas (domésticas e escolares), preferindo elas mesmas realizarem as tarefas domésticas que eram “obrigação” da criança e deixando a critério da criança a realização ou não da tarefa escolar.

Essa falta de monitoramento e/ou de consequências contribui para a diminuição da frequência de comportamentos de seguir regras por parte das crianças, ainda mais considerando que a manutenção dos comportamentos das crianças com TDAH dependem do monitoramento constante e consequências imediatas, como forma de minimizar o comprometido que essas crianças apresentam em decorrência da falta de atenção (Barkley, 2002).

A habilidade dos pais/mães de ‘Mediar interações’ (Incentivar o filho a conversar com outras pessoas e Organizar reuniões em casa) que poderia favorecer a ampliação dos contatos sociais de seus filhos apresentou frequência bastante baixa, com apenas uma mãe afirmando organizar reuniões com a presença de colegas do filho e duas outras relatando incentivar as interações com outras pessoas. Nesse conjunto de questões, observou-se o quanto as interações dessas crianças eram restritas e controladas, favorecendo diferentes tipos de déficits em habilidades sociais. Entende-se que os comportamentos dos pais/mães tinham função de fuga-esquiva, uma vez que procuravam evitar problemas que poderiam surgir a partir dos comportamentos das crianças. Em decorrência disto, aumentava a probabilidade de manutenção dos comportamentos inadequados dos filhos devido à falta de oportunidades e de modelos para a aprendizagem de comportamentos sociais.

Em decorrência das dificuldades nas interações sociais, as crianças com TDAH são frequentemente rejeitadas por seus pares, exibem comportamentos agressivos e apresentam déficits de comunicação, dificultando o fazer e manter amizades (Nixon, 2001), o que ocasiona o isolamento social e a baixa autoestima (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010).

Para avaliar a habilidades sociais educativas de estabelecer condições de maior acesso a comportamentos do educando (passados ou futuros) reunindo informações e/ou consequenciando relatos, foi elaborada uma questão que avaliava a frequência e os comportamentos dos pais/mães em “Solicitar informações sobre o desempenho adequado do filho na escola”. Nessa questão oito pais afirmaram “não ter coragem” de perguntar sobre algum comportamento adequado da criança na escola, visto que eram prontamente interpelados por uma lista de comportamentos inadequados ou porque tinham receio de ouvir que a criança não apresentava “nada” de positivo, caracterizando o ambiente punitivo com o qual esses pais/mães se deparavam.

Aqueles pais/mães que diziam emitir tal comportamento na escola confirmavam a dificuldade da escola (professores, orientadores) em verbalizar algo positivo sobre a criança (*sic*: “tem que tirar com saca-rolhas”), fazendo com que a emissão dessa resposta, por parte dos pais, inicialmente diminuísse e logo depois fosse suprimida. Esse tipo de questão evidenciou a cultura escolar, em que sempre a ênfase recai sobre os comportamentos considerados inadequados. No caso de crianças com TDAH, a ênfase excessiva nos comportamentos-problema, pela escola e pela família, conduz a rótulos inapropriados como preguiçosos, desobedientes, incapazes de aprender e, consecutivamente, dificultam a percepção e exploração das capacidades reais das crianças nesses ambientes. Desta forma, ensinar pais a questionar sobre comportamentos adequados dos filhos na escola pode induzir a uma mudança na cultura escolar, em que as interações entre pais e escola também possam ocorrer em função dos comportamentos considerados adequados e, principalmente, contribuir para estabelecer um contexto que valoriza as potencialidades dessas crianças.

A análise do comportamento de “Falar ao filho sobre seus comportamentos desejáveis”, apontou que embora todos os pais/mães tenham afirmado que o emitia com frequência, observou-se maior ênfase nos comportamentos acadêmicos do que nos sociais, justificando que as crianças não apresentavam muitos comportamentos adequados nessas situações. As verbalizações dos pais/mães mostram que os elogios eram acompanhados de verbalizações que sugeriam críticas, por exemplo, “hoje você ficou comportado na casa da...(vizinha), não sei porque no final de semana lá na casa da avó não fez isso também” (*sic*) ou ainda “Foi legal o que você fez, nem pareceu você” (*sic*).

Esses comportamentos dos pais/mães, que eram emitidos visando aumentar a frequência dos comportamentos desejáveis e melhorar a interação entre eles, provocava reações agressivas por parte da criança, por exemplo, responder a mãe com hostilidade. Frente a esse contexto, diminuía as verbalizações dos pais/mães com relação aos comportamentos desejados dos filhos por entenderem que falar ao filho sobre esses comportamentos não produziam as alterações esperadas.

Além disso, os pais/mães tinham dificuldade em discriminar comportamentos sociais passíveis de verbalizações de elogios e de feedback, deixando de reforçar pequenos progressos ou a emissão parcial de algum comportamento, dentro de uma cadeia comportamental mais ampla, por exemplo, se a criança

arrumou a cama e guardou as roupas, mas não guardou o tênis, merecia apenas uma crítica em relação ao tênis. Especificamente para a criança com diagnóstico de TDAH, essas habilidades dos pais (reforçar pequenos progressos e sinalizar as atividades que ainda precisam ser executadas) tornam-se extremamente relevantes, uma vez que essas crianças precisam constantemente de reforço contingente as suas respostas e de dicas (verbais ou não) como forma de diminuir a distração e de dar continuidade a uma atividade. Desta forma, a ausência dessas habilidades, por parte dos pais, reduz o número de situações e contextos que poderiam ser utilizadas para a promoção e/ou manutenção de comportamentos desejáveis dos filhos.

Com relação ao comportamento de “Falar ao filho sobre seus comportamentos indesejáveis”, esses eram emitidos, geralmente, em situações nas quais os filhos provocavam ou brigavam com os colegas, intronavam-se nas conversas, desprezavam o trabalho dos colegas, chantageavam (manipulavam) os amigos, não admitiam erros e agrediam fisicamente (atiravam objetos) nos familiares (irmãos). Nessas situações, os comportamentos mais comumente observados no relato de todos os pais/mães eram punitivos e utilizados como estratégia para suprimir os comportamentos dos filhos: xingamentos, represálias verbais, exigiam a reparação do erro pela criança, por exemplo, pedir desculpas (quando era o caso), ameaça de denúncia (ao conselho tutelar), descrição dos sentimentos negativos (vergonha) provocados pelo comportamento da criança.

Esses comportamentos dos pais/mães, caracterizado pela apresentação de estimulação aversiva (punição positiva), contribuía apenas para a redução instantânea dos comportamentos indesejados das crianças (efeito que fortalece o comportamento punitivo dos pais), porém sem efeitos a longo prazo, pois como é próprio da punição, os seus efeitos apenas suprimem o comportamento temporariamente, sem eliminá-los permanentemente. Para além deste limite em termos de supressão de comportamentos, a punição pode ocasionar efeitos colaterais tais como: a) eliciação de respostas emocionais, que afetam os sentimentos em relação ao punidor e as respostas operantes, b) comportamentos agressivos por parte da criança (contra controle) e, c) emissão de respostas incompatíveis ao comportamento punido, como por exemplo, mentir para os pais (Moreira & Medeiros, 2007).

Intervenção

A análise funcional dos comportamentos dos pais/mães e seus efeitos sobre os comportamentos dos filhos foi utilizada como um recurso que permitiu compreender as relações estabelecidas no contexto familiar e, posteriormente, a selecionar aqueles comportamentos que deveriam compor o programa de intervenção direcionado a esses pais. A Tabela 1 apresenta as habilidades sociais educativas analisadas anteriormente e os respectivos comportamentos que foram alvos da intervenção.

TABELA 1
Comportamentos treinados/ instruídos nas diferentes habilidades sociais educativas

| Habilidades sociais Educativas | Comportamentos treinados/instruídos |
|--|---|
| Aproveitar situações do dia-a-dia | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a frequência de chamar atenção para comportamentos desejáveis; • Solicitar a opinião da criança sobre o assunto/tema; • Diminuir comparações - verbalizações inadequadas que relacionavam os comportamentos de terceiros aos da criança; • Evitar discursos longos e pressão para a criança ouvir ou falar (gritos e perguntas ofensivas como: "está surdo?"); • Se o comportamento é inadequado: descrever as consequências negativas para a pessoa; • Se o comportamento é adequado: descrever as consequências positivas para a pessoa ou perguntar a opinião da criança sobre o comportamento e as consequências. |
| Negociar regras | <ul style="list-style-type: none"> • Negociar regras com as crianças; • Chamar atenção para regras pré-estabelecidas; • Reforçar tentativas ou o seguimento da regra; • Apresentar consequências (punição negativa ou retirada de reforçadores positivos) quando ocorre o não cumprimento às regras (esporadicamente); • Discutir os motivos do não cumprimento à regra; • Especificar o comportamento a ser seguido. |
| Mediar interações (Incentivar contatos sociais e Organizar reuniões em casa) | <ul style="list-style-type: none"> • Quando possível, antes de sair de casa especificar o comportamento a ser emitido; • Apresentar modelo em casa sobre comportamento a ser emitido; • Apresentar consequências positivas após a emissão do comportamento esperado; • Estabelecer o número de amigos e quais amigos podem trazer para casa; • Estabelecer o local e o tempo da visita; • Ajudar a criança a definir as brincadeiras e a ordem na brincadeira; • Combinar antecipadamente as regras (não se trancar no quarto, não fazer guerras de almofada na sala, não destruir o vídeo-game); • Solicitar que o filho chame-a para intermediar conflitos (quando necessário). |
| Solicitar informações na escola | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a conversa com os professores relatando algum episódio que havia sido contado pela criança em casa e que demonstrava um comportamento adequado apresentado na escola, por exemplo, permanecer quieta na palestra sobre a dengue. |
| Falar sobre os comportamentos desejáveis | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar mais atenção aos comportamentos de interação social; • Elogiar o mínimo esforço para melhorar a interação com as pessoas; • Fazer contingente ao comportamento, mas não na presença dos outros; • Descrever o comportamento (feedback); • Solicitar à criança fazer análise do desempenho; • Apresentar reforçadores contingentes ao comportamento. |
| Falar sobre os comportamentos indesejáveis | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar alternativas comportamentais, privilegiando comportamentos substitutos e socialmente apropriados, mas com certa equivalência funcional; • Descrever as consequências aversivas prováveis ou contingentes ao comportamento; • Expressar sentimentos (tristeza, aborrecimento, braveza) como uma forma da criança perceber a reação que provoca no outro; • Quando necessário, retirar-se da situação ou deixar passar um período de tempo para conversar com a criança sobre o comportamento indesejável; • Ignorar aqueles comportamentos que podem ser ignorados (que não representam riscos para a criança, para outros ou para a interação). |

Nos atendimentos aos grupos, cada sessão seguia uma estrutura, composta por quatro etapas, baseada no procedimento proposto por Freitas (2005), com o objetivo de distribuir o tempo de atendimento e sinalizar aos participantes a sequência de objetivos e atividades a serem cumpridos na sessão.

A primeira etapa, denominada “Aquecimento”, tinha como objetivos propiciar um ambiente acolhedor e motivador para manter o interesse do grupo, com oportunidade de relatos de problemas e conquistas vivenciadas durante a semana, lembrar a habilidade treinada na última sessão, verificar a tarefa de casa e apresentar os objetivos da sessão. As atividades escolhidas para essa etapa eram de curta duração e utilizadas para aumentar a comunicação entre os membros do grupo, como “quebra-gelo” e, principalmente, para introduzir os objetivos da sessão.

A segunda etapa, intitulada “O que sei e o que faço”, teve por objetivo observar e analisar os desempenhos dos pais/mães nas interações com os filhos. Nessa fase, adotou-se, principalmente nas primeiras sessões, um modelo de postura analítica (análise funcional e *feedback*) e não-avaliativa do terapeuta, no momento em que o pai/mãe está relatando ou demonstrando o que sabe e o que faz em casa na interação com o filho. Essa postura teve por objetivo manter o ambiente acolhedor e motivador iniciado na etapa anterior.

A exposição dos aspectos conceituais, geralmente, era realizada após essa etapa em que relatavam ou demonstravam como se comportam com o filho. Adotou-se essa sequência para que a compreensão dos conceitos por parte dos pais/mães fosse o mais próximo possível daquele apresentado nas interações diárias com o filho e que não ficasse sob controle apenas da exposição teórica. Assim, as situações que seriam trazidas na etapa seguinte eram adaptadas para a realidade dos participantes.

Na terceira etapa, denominada “Para fazer diferente”, ocorria a aplicação do procedimento específico para o treinamento da habilidade proposta para a sessão. Nesse momento eram retomadas situações reais relatadas pelo grupo na fase anterior e eram apresentadas alternativas para um desempenho mais competente. Eram trazidas, também, situações fictícias em que os pais deveriam descrever como agiriam naquele contexto. O cuidado essencial nessa fase era promover oportunidade para a participação de todos e, com base na avaliação inicial, priorizar a participação dos pais/mães com maior necessidade de treinamento na habilidade específica.

A última etapa, denominada “Para continuar fazendo”, tinha por objetivo a manutenção e generalização dos comportamentos aprendidos na sessão para outros contextos e com diferentes interlocutores. É constituída basicamente pela explicação da tarefa de casa e dos passos para sua execução.

Principais resultados da intervenção

Os resultados que serão apresentados a seguir baseiam-se na comparação entre as avaliações pré e pós, e considerando somente a diferença no número de pais/mães que relataram emitir ou não as habilidades sociais educativas escolhidas como alvos de intervenção.

Dentre as habilidades em que mais se observou mudança destaca-se aquela relacionada a “Solicitar informações sobre o desempenho adequado do filho na escola”, provavelmente como forma de evitar os efeitos aversivos, para a criança e para a família, decorrentes da reprovação escolar e convites para mudar de escola, que são recorrentes para essa população.

Ainda considerando os efeitos positivos, observou-se impacto positivo nos seguintes comportamentos: a) descrição detalhada do comportamento esperado (em todas as habilidades treinadas); b) variabilidade de situações utilizadas para ensinar comportamentos sociais às crianças (Aproveitar acontecimentos cotidianos; Elogio e *feedback*); c) aumento de frequência de comportamentos dos pais contingentes aos comportamentos adequados ou inadequados dos filhos (Negociar regras); d) Estabelecimento e descrição de consequências de forma mais adequada (negociar regras, elogio e *feedback*, descrever comportamentos adequados e inadequados); e) Identificação de situações que tornam os comportamentos mais prováveis (Mediar interações; Descrever comportamentos adequados e inadequados).

Em contrapartida, os resultados mostraram menor impacto ou ocorrência esporádica, sobre as habilidades: a) a comparação entre o filho e outras crianças/pessoas; b) emissão de consequências punitivas (punição negativa) contingente aos comportamentos inadequados e, c) incentivar interações com outras pessoas.

A partir desses resultados, pode-se afirmar que o programa atingiu os objetivos propostos pelo treinamento de habilidades sociais educativas, que pode ser assim resumido: identificar e manipular antecedentes e consequentes dos comportamentos dos filhos, consequenciando positivamente os comportamentos adequados e, assim, aumentando a probabilidade desses comportamentos persistirem ao longo do tempo e serem generalizadas para novos contextos (Del Prette & Del Prette, 2005; Bolsoni-Silva, Del Prette & Oishi, 2003). Por outro lado, a ausência ou os efeitos menos robustos verificados para algumas habilidades mostra a necessidade de incluir, no programa, módulos mais específicos e/ou estratégias diferenciadas com o objetivo de promover essas habilidades.

Discussão e conclusão

Com relação às habilidades sociais educativas avaliadas, houve evidências que os pais/mães em sua maioria evitavam situações sociais, com os filhos ou relacionadas a eles, que pudessem oferecer risco de discriminação ou de qualquer outro evento aversivo. Essa forma de comportar-se dos pais/mães, provavelmente, favorece as dificuldades de interações sociais observados em crianças com TDAH, demonstrando que elas são produtos das contingências presentes na vida das crianças e não decorrentes do fato ter o diagnóstico de TDAH (Santos & Vasconcelos, 2010).

Os comportamentos dos pais/mães de enfatizar os comportamentos indesejáveis ao invés dos desejáveis demonstram, como descrito por Sidman (1995), que valorizar o que é adequado não é a maneira típica das pessoas interagirem com as outras. Segundo o autor, pais e outros educadores aprendem a procurar ações indesejáveis e, então, eliminá-las por coerção (Sidman, 1995). Raramente essas pessoas são ensinadas a procurar ações desejáveis para, então, fortalecê-las com reforçamento positivo. Para o autor, quando se considera que a única forma de influenciar os outros é por meio de punição, então é improvável que essa pessoa preste muita atenção a condutas desejáveis. (Sidman, 1995)

A constatação de similaridades nas situações vivenciadas por esses pais, bem como nos processos comportamentais presentes na interação com os filhos, apontam que contingências comuns podem estar presentes no contexto familiar dessas crianças (Naves & Vasconcelos, 2008), determinando, consecutivamente, padrões de comportamentos similares ou comuns que são apresentados por crianças com TDAH. Além disso, essa similaridade também pode determinar os comportamentos que devem ser privilegiados na intervenção, de modo a ampliar o repertório desses pais/mães para lidarem com as diversas fontes de estimulação aversiva às quais estão expostos em decorrência dos comportamentos dos filhos. Ainda, em caráter preventivo, pode subsidiar programas futuros de treinamento para pais no sentido de minimizar a ocorrência desses comportamentos e com maior probabilidade de ter interações que favoreceram o aprendizado e desenvolvimento satisfatório dos filhos.

Obviamente que resultados de programas oferecidos diretamente às crianças, que focalizam a diminuição de taxas de comportamentos-problema apresentados por elas, por si só representaria uma diminuição dessa fonte de estimulação aversiva aos pais. No entanto, preparar os pais para lidar com situações sociais, aversivas ou não, relacionadas aos seus filhos, significa propiciar ganhos pessoais para lidar de forma eficiente e efetiva com essas demandas.

Para tanto, a avaliação e intervenção devem ser sistematizadas de modo a considerar tanto comportamentos parentais com função de estímulo discriminativo para a emissão dos comportamentos adequados e/ou esperados pelos filhos, como comportamentos que funcionam como consequências positivas para o comportamento social apresentado pelo filho e capacitá-los quando isso não ocorre.

Somente a partir da análise funcional dos comportamentos dos pais/mães, que permitiu a identificação das contingências responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção dos comportamentos sociais dos filhos, foi possível selecionar as estratégias de intervenção que privilegiaram as habilidades sociais educativas de modo a favorecer a aquisição de novos comportamentos sociais e/ou a melhorar o desempenho social dessas crianças. Dentre outros aspectos, deve-se considerar o proeminente papel dos pais na socialização dos seus filhos e o seu acesso aos diversos contextos onde a criança participa, enquanto oportunidade de explorá-los para ensinar-lhes comportamentos sociais mais adaptativos.

De forma geral, os resultados dos diversos estudos conduzidos dentro deste modelo e com diferentes populações (Barros, 2008; Freitas, 2005; Pinheiro, 2006; Rocha, 2009; Silva, Del Prette & Del Prette, 2000) tem evidenciado que a promoção das habilidades sociais educativas tem efeitos positivos no desenvolvimento de padrões de comportamento social adequado dos filhos e nas interações pais e filhos. Assim, a presença ou a combinação dos comportamentos definidos como habilidades sociais educativas podem aumentar a probabilidade dos pais lidarem mais efetivamente com as dificuldades de interações sociais apresentadas pelos seus filhos no sentido de superá-los ou minimizá-los.

Ainda há necessidade de mais estudos que avaliem e descrevam sistematicamente a relação entre comportamentos dos pais e seus efeitos sobre comportamentos dos filhos que apresentam elevados índices de déficits em habilidades sociais e problemas de comportamento. Esses estudos poderão oferecer um panorama mais claro a respeito dos determinantes familiares responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção dos comportamentos, problemáticos ou não, da criança com TDAH. Essa constatação representa um desafio a ser enfrentado no momento da avaliação para elucidar a relação entre práticas educativas e arranjos familiares presente no contexto das crianças com TDAH (Santos & Vasconcelos, 2010).

Com relação ao instrumento para coleta de dados (entrevista semiestruturada) percebeu-se inicialmente certa dificuldade dos pais/mães em responder às questões do instrumento tomando como referência os comportamentos sociais dos filhos. Isto é, as primeiras respostas, na maioria das vezes, referiam-se aos desempenhos escolares, afazeres domésticos ou comportamentos delinquentes (roubar, matar, furtar). Essa constatação pode sugerir a necessidade de adequação de algumas questões do instrumento utilizado, com uma descrição mais detalhada das questões e que remetam, mais prontamente, às habilidades sociais. Por outro lado, também pode estar denunciando, como verificado por Goldstein e Goldstein (1994), que as dificuldades no relacionamento social são frequentemente menosprezadas, quando se consideram as outras dificuldades vividas por crianças hiperativas. Isso significa desconhecimento das relações e impactos do repertório de habilidades sociais sobre os problemas de comportamento e vice-versa e a necessidade de atuar para aumentar a valorização das habilidades sociais como um repertório essencial aos filhos nos diversos contextos onde participa.

Essa valorização das habilidades sociais pelos pais/mães, não poderá ser esperada somente a partir dos argumentos verbais por terapeutas e mesmo por alguns participantes do programa, mas sim, certamente, as consequências naturais advindas das modificações do contexto, propiciadas pelos pais/mães que, conseqüentemente, favoreceram a modificação do comportamento das crianças, principalmente, nas interações familiares, facilitando o reconhecimento do valor funcional das habilidades sociais para as interações no contexto familiar e fora dele.

O instrumento ainda demanda evidências quanto à objetividade dos enunciados das questões, portanto, necessita de estudos sobre sua qualidade semântica. Por outro lado, considera-se que a abordagem qualitativa utilizada nesse instrumento pode ter ajudado no entendimento das experiências desses pais e, consecutivamente, favoreceu a seleção de abordagens de intervenção mais efetivas para ajudá-los (McCleary & Ridley, 1999).

Embora o número de participantes seja pequeno e impossibilite afirmações conclusivas ou generalizações a respeito das variáveis de controle dos comportamentos dos pais, é importante destacar que esse tipo de análise evidencia as contingências ontogenéticas responsáveis pelas práticas parentais apresentadas por esse grupo de pais, sem descartar, contudo que esse comportamento possa ainda ser decorrente de uma prática cultural mais ampla, que estabelece parâmetros aos pais de como proceder na educação de seus filhos (Naves & Vasconcelos, 2008).

Além do número reduzido de participantes já citado, outra limitação importante do presente estudo foi o uso exclusivo de instrumentos de relato, o que implica em considerar os resultados de maneira cuidadosa. Com base no que foi descrito, estudos futuros que descrevam as interações presentes no contexto familiar da criança com TDAH poderão ampliar o entendimento das habilidades sociais educativas parentais associadas à melhoria da interação entre pais e filhos, já que este é um aspecto ainda pouco explorado na literatura da área.

- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barros, S. K. S. N. (2008). *Treinamento de habilidades sociais para pais de crianças com queixas escolares*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, 16(2), 330-350.
- Cunningham, C. E. & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(6), 555-569.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 168-192.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. *Paidéia*, 18(41), 517-530.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). Adolescência e fatores de risco: A importância das habilidades sociais educativas. In V. G. Haase & F. J. Penna. (Org.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (pp. 503-522). Belo Horizonte: Coopmed.
- DuPaul, G. J. & Ervin, R. A. (1996). Functional assessment of behaviors related to attention-deficit/hyperactivity disorder: linking assessment to intervention design. *Behavior Therapy*, 27, 601-622.
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2007). *TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books.
- Erbas D, Tekin-Iftar E, Yucesoy S. (2006). *Teaching special education teachers how to conduct functional analysis in natural settings*. Education and Training in Developmental Disabilities, 41(1), 28-36.
- Ervin, R. A. DuPaul, G. J. Kern, L. & Friman, P. C. (1998). *Classroom-based functional and adjunctive assessments: proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 65-78.
- Freitas, M. G. (2005). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de habilidades sociais com mães de crianças deficientes visuais*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1994). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus.
- Hübner, M. M. & Marinotti, M. (2000). Crianças com dificuldades escolares. In: Silveiras, E. F. M. (Org). *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil* (v. 2, pp. 259-304). Campinas: Papirus.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Keown, L. J. (2012). Predictors of Boys' ADHD Symptoms from Early to Middle Childhood: The Role of Father-Child and Mother-Child Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 569-581.
- McCleary, L. & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38, 3-10.
- Mikami, A. Y., Jack, A., Emeh, C. C. & Stephens, H. F. (2010). Parental influence on children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 721-736.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

- Naves, A. R. C. X. & Vasconcelos, L. A. (2008). O estudo da família: contingências e metacontingências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 4 (1), 13-25.
- Neef, N. A., Marckel, J., Ferreri, S. J., Bicard, D. F., Endo, S., Aman, M. G., Miller, K. M., Jung, S., Nist, L. & Armstrong, N. (2005). Behavioral assessment of impulsivity: a comparison of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38(1), 23-37.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: review of the literature. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6(4), 172-180.
- Northup, J. & Gulley, V. (2001). Some contributions of functional analysis to the assessment of behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication. *School Psychology Review*, 30(2), 227-238.
- Phelan, T. W. (2005). *Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamentos - crianças e adultos*. São Paulo: M. Books.
- Pinheiro, M. I. S. (2006). *Treinamento em habilidades sociais educativas para pais de crianças em trajetória de risco*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Rocha, M. M. (2009). *Programa de habilidades sociais educativas com pais: efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Rocha, M. M. & Freitas, M. G. (2009). Habilidades sociais no contexto de uma educação inclusiva: a criança com necessidades educacionais especiais e seus pais. In R. C. Wielenska. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: desafios, soluções e questionamentos* (v. 23, pp. 148-158). Santo André: ESETEC.
- Santos, L. F. & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy II.
- Silva, A. T. B., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2000). Relacionamento pais-filhos: um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3(3), 203-215.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências (C. R. X. Cançado, P.G. Soares e S. Cirino, Trad.). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137 (trabalho original publicado 1981).
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C. & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Vasconcelos, L. A. (2002). Análise comportamental do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: implicações para avaliação e tratamento. In H. J. Guilhardi (Org.). *Sobre comportamento e cognição: para construção teoria do comportamento* (pp.144-154). Santo André: ESETEC.
- Vasconcelos, L. A., Naves, A. R. C. X. & Ávila, R. R. (2010). Abordagem analítico-comportamental do desenvolvimento. In E. Z. Tourinho & Luna, S. V. (Orgs.). *Análise Comportamental: investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 125-151). São Paulo: Roca.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.

Lays Fernanda Belineli
Universidade Estadual de Londrina
Thalita Canato
Universidade Estadual de Londrina
Camila Sudo
Universidade Estadual de Londrina
Silvia Regina de Souza
Universidade Estadual de Londrina

¹ Endereço eletrônico
para contato:
ambrosiobelineli@
gmail.com

A correlação entre habilidades psicológicas e desempenho esportivo tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores da área de psicologia e esporte (Bonell, Burton, Copeland, & Reider, 2009; Wilson, Vine, & Wood, 2009; Harwood, Cumming, & Fletcher, 2004). Segundo Vealey (2007), esses estudos revelam que há diferentes tipos de habilidades psicológicas que contribuem para o sucesso e bem estar de atletas e treinadores entre elas citam-se: as habilidades intrapessoais (autoconfiança, autoconhecimento, motivação), interpessoais (relacionamento pessoal), as de rendimento (tomada de decisão, concentração, ativação) e as de grupo (comunicação, liderança, coesão).

À luz do referencial teórico da Análise do Comportamento, as habilidades supracitadas podem ser entendidas como sendo comportamentos aprendidos pelo indivíduo, ao longo de sua história de vida, e que se mantêm em função de contingências de reforço atuais (Martin, 2001). Como exemplo, comportamentos bem sucedidos em determinado contexto sugerem uma maior probabilidade de ocorrerem, futuramente, em contexto similar. Tal perspectiva é útil para a compreensão de como indivíduos aprendem a ter comportamentos de motivação, de concentração, de cooperação entre outros, e, conseqüentemente, de como esses podem ser ensinados.

Estudos têm sido feitos, com o objetivo de avaliar o ensino de habilidades psicológicas, no esporte. A maioria deles aborda avaliações de intervenções que utilizam diferentes tipos de estratégias educacionais como, por exemplo, as de autofala as de estabelecimento de metas as de relaxamento e imaginação, as de automonitoramento, as de biofeedback entre outras. Os resultados obtidos nestes estudos demonstram a efetividade dessas estratégias (Vealey, 2007), mas, também, chamam a atenção para a necessidade de se compreender as variáveis que explicam o comportamento esportivo a partir da análise do contexto ambiental do qual o(s) indivíduo(s) faz (em) parte (Pereira, 2003). Para a aplicação dessas técnicas pressupõe-se a realização de etapas anteriores, como a operacionalização, inicialmente, do comportamento queixa, além de sua observação sistemática e análise das relações funcionais entre ele e o ambiente (Martin, 2001; Moreira & Medeiros, 2007; Scala, 1997). Quando um problema é traduzido em termos comportamentais, ele pode ser mais bem observado e mensurado, bem como aumentam-se as chances de planejamentos de estratégias de intervenção mais adequadas.

Apesar das evidências quanto à treinabilidade de habilidades psicológicas, quanto à efetividade de alguns procedimentos educacionais (Samulski, 2002), e de atletas de elite e seus treinadores considerarem as habilidades psicológicas importantes (Vealey, 2007), o que se observa é que pouco ou nenhum tempo é reservado para esse tipo de treinamento. Para alguns autores (Barreiros, Silva, Freitas, Duarte, & Fonseca, 2011; Weinberg & Gould, 2001), isso se deve a falta de conhecimento teórico e metodológico para o treinamento das habilidades psicológicas, aos equívocos quanto a sua natureza (alguns as consideram inata), a incompreensão quanto ao papel do psicólogo esportivo e sua participação nesse tipo de treinamento, e até mesmo a descrença quanto a sua efetividade. Além destes fatores, cita-se e a priorização do treinamento

físico e técnico do atleta em função do tempo que ele tem disponível para treinar (Weinberg & Gould, 2001). Não obstante o treinamento físico e tático seja importante e necessário, o déficit no desempenho de um atleta pode estar relacionado, de acordo com Weinberg e Gould (2001), com habilidades psicológicas, as quais devem ser treinadas tanto quanto as habilidades físicas para que, por meio de repetições, ocorra seu refinamento. Os autores, ainda, afirmam que quando a capacidade física entre os adversários é igual, ganha o atleta que possui melhores habilidades psicológicas. Nesse sentido os psicólogos esportivos podem ajudar empregando para isso os programas de treinamento de habilidades psicológicas. A finalidade desses programas é, de acordo com Weinberg e Gould (2001), identificar as necessidades dos atletas e definir estratégias para alcançar os objetivos propostos. Os autores dividem o treinamento em três partes: (a) Fase de Educação (familiarização com as habilidades psicológicas, reconhecimento de como as habilidades psicológicas afetam o desempenho) que geralmente é dada por meio de discussão, (b) Fase de Aquisição (cujo foco está nas estratégias e técnicas para aprendizagem de diferentes habilidades psicológicas) e (c) Fase de Prática (praticar e simular as habilidades psicológicas sem competição).

Quando se trata de habilidades psicológicas, ainda, é de suma importância que o atleta aprenda a identificar e descrever o próprio comportamento para assim entender quais contingências controlam o comportamento (Scala, 1997). Para isso, assim como feito frequentemente no contexto clínico, é interessante ensinar o atleta a fazer uma análise funcional do comportamento. A análise funcional é, é a busca de relações funcionais entre o comportamento e o ambiente para conseguir entender, prever e controlar o comportamento (Moreira & Medeiros, 2007).

Em vista da importância do treino de habilidades psicológicas no contexto esportivo, o objetivo do presente estudo é relatar e descrever uma intervenção comportamental com atletas e um treinador de uma equipe de *taekwondo* de uma cidade do interior do Paraná.

Método

Participantes

Dez atletas de uma academia de *taekwondo* com idade entre 12 e 17 anos com experiência de competição de no mínimo oito meses e o máximo de três anos, sendo três atletas da seleção brasileira de *taekwondo*, e o respectivo treinador. O treinador tinha 36 anos, graduação em Educação Física, foi atleta de *taekwondo* durante 10 anos e atuava como treinador há cinco anos.

Materiais e instrumentos

Como materiais foram usados folha sulfite, canetas, CD de músicas para relaxamento e aparelho de som. As dinâmicas de grupo Exercício da Grade (Weinberg & Gould, 2001) e Pensando metas (Valle, 2010) também foram usadas ao longo das sessões. Como instrumentos, usaram-se os questionários Teste de estresse psíquico (Samulski & Chagas, 1992) e Teste de habilidades mentais de atletas (Moraes, Durand-Bush, Salmela, & Green-Demers, 2001) além de um questionário inicial adaptado de Martin (2001).

Questionário inicial

O questionário adaptado de Martin (2001) compreende diversas questões sobre informações pessoais (nome, telefone, data de nascimento, email, escolaridade, estado de saúde), objetivos para a atual temporada, descrição de problemas relacionados ao esporte que um psicólogo poderia ajudar, conhecimento sobre psicologia do esporte, hábitos alimentares e de sono, programa atlético e sobre as reuniões com o psicólogo.

Teste de habilidades mentais de atletas (OMSAT-3)

Esse instrumento foi desenvolvido por Moraes, Durand-Bush, Salmela e Green-Demers (2001) e é composto por 48 afirmações sobre a prática de habilidades psicológicas durante treinos e competições. Cada afirmação deve ser assinalada com um X no campo de 1 a 7 que indica o nível de concordância com a afirmação, sendo 1-discordo plenamente e 7-concordo plenamente. Exemplo de afirmações: Eu estabeleço diariamente metas para o treinamento; Eu planejo uma rotina de pensamentos para antes da competição.

Teste de estresse psíquico (TEP)

Esse instrumento foi desenvolvido por Samulski e Chagas (1992). É composto por 29 afirmações sobre fatores e condições que exercem influência sobre o rendimento na competição. As afirmações devem ser assinaladas com um X em uma escala de +3: influência muito positiva a -3: influência negativa. Exemplo de afirmações: Conflitos com treinador; Machucar-se durante o jogo.

Local

Os encontros foram realizados em uma sala ampla fornecida pela academia, na qual, eram realizados os treinos esportivos. A sala continha um tatame, dois bancos de madeira, um espelho grande e os uniformes e materiais esportivos dos atletas.

Procedimento

Após solicitação de uma assessoria em psicologia esportiva, pela coordenação técnica da equipe de *taekwondo* participante, marcou-se uma reunião com o coordenador e treinador da equipe, com o intuito de explicar os objetivos do trabalho e avaliar demandas iniciais. Os atendimentos foram realizados respeitando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde) e o treinador e os responsáveis pelos participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizados nove encontros grupais, uma vez por semana, com duração média de 40 minutos, cada. Todos os encontros foram previamente planejados e adaptados às necessidades do grupo e ocorriam após o treino esportivo. Os últimos quatro encontros foram quinzenais com intuito de facilitar o desligamento. Realizou-se observação dos 30 minutos finais do treino que antecediam cada encontro, com o objetivo de avaliar se as queixas identificadas inicialmente estavam presentes durante os treinos, de observar outros problemas que ocorressem nesse período e de identificar comportamentos que demonstrassem melhoras em relação às queixas iniciais. As observações feitas eram registradas pelas pesquisadoras em um diário de campo. Os três primeiros encontros da intervenção foram conduzidos por duas psicólogas e, após esse período, por apenas uma das profissionais. A Figura 1 apresenta os objetivos e atividades realizadas em cada encontro.

TABELA 1**Descrição dos objetivos e atividades desenvolvidos durante a intervenção comportamental junto a uma equipe juvenil de taekwondo**

| Encontros | Objetivos | Atividades |
|-------------|---|---|
| 1º encontro | Contato inicial Coleta de informações e dados pessoais. | Conversa com os atletas e Aplicação do questionário Inicial e do Teste de habilidades mentais de atletas. |
| 2º encontro | Levantamento de queixas Discussão sobre auto-observação e automonitoramento. | Aplicação do questionário Teste de estresse psíquico, entrega da folha de automonitoramento e discussão sobre a finalidade e modo de realizar tal estratégia. |
| 3º encontro | Automonitoramento. | Discussão sobre como os atletas estavam fazendo o automonitoramento e o que estavam achando da estratégia. |
| 4º encontro | Identificação de comportamentos que interferem com o desempenho na competição e suas consequências. | Análise de erros e acertos na competição por meio de análise funcional |
| 5º encontro | Confiança. | Discussão sobre confiança por meio de folheto de dicas e relaxamento |
| 6º encontro | Concentração. | Discussão sobre concentração por meio de folheto de dicas e dinâmica Exercício da grade. |
| 7º encontro | Revisão dos conteúdos discutidos e estabelecimento de metas gerais para o semestre seguinte. | Discussão sobre o que foi feito nos encontros e dinâmica Pensando metas. |
| 8º encontro | Avaliação do trabalho realizado e estabelecimento de metas de desempenho para o semestre seguinte. | Avaliação escrita sobre o trabalho. Estabelecimento de metas de desempenho a partir de discussão entre o treinador e os atletas. |
| 9º encontro | Encerramento. | Análise do andamento das metas estabelecidas, estabelecimento de uma rotina pré-competição e encerramento do grupo. |

Primeiro encontro

O objetivo desse encontro foi apresentar o trabalho, conhecer os atletas e desmistificar concepções errôneas sobre o trabalho do profissional de psicologia esportiva. Assim, após apresentação da psicóloga foi explicado aos atletas e treinador como seriam os atendimentos e o respectivo cronograma. Posteriormente, com a finalidade de conhecer melhor os atletas e o que sabiam sobre o treinamento em habilidades psicológicas, aplicou-se o Questionário inicial e o “Teste de habilidades mentais de atletas” (Moraes, et al., 2001). Os questionários foram respondidos individualmente. Primeiramente foi entregue o Questionário individual e a seguinte instrução foi dada aos atletas “Este questionário é usado para obter informações que me ajudarão a compreender melhor sua situação esportiva. Completem as lacunas e respondam as questões. Qualquer dúvida me chame”. Após, o teste de habilidades mentais de atletas foi entregue aos atletas, seguido da seguinte instrução: “Nesse questionário vocês devem marcar um X no campo de 1 a 7 que indica o nível de sua concordância em cada uma das alternativas. Sendo o 1 discordo plenamente e o 7 concordo plenamente. Qualquer dúvida me chamem”. As psicólogas leram as questões com os atletas e tiraram as dúvidas que surgiram.

Segundo encontro

Com base em algumas das informações coletadas no primeiro encontro, realizou-se o levantamento de comportamentos-queixa dos atletas, assim como, iniciou-se a discussão sobre a auto-observação. Durante o segundo encontro, os atletas responderam individualmente ao questionário “Teste de estresse psíquico” (Samulski & Chagas, 1992), para isso a seguinte instrução foi dada “Para saber quais fatores e condições exercem influência sobre o seu rendimento na competição, marque um X na coluna de +3 a -3 referente a cada afirmação, sendo +3 influência muito positiva e -3 influência muito negativa. Qualquer dúvida me chamem”. As psicólogas leram as questões com os atletas e tiraram as dúvidas que surgiram. Ainda nesse encontro, uma folha de automonitoramento foi entregue para os atletas para que eles conversassem com o treinador acerca de três ou mais comportamentos que deveriam ser melhorados durante os treinos. Os comportamentos selecionados deveriam ser anotados na ficha de automonitoramento e, após todos os treinos, os atletas os avaliaram, atribuindo-lhes notas de 0 (pior) a 5 (melhor). Também foi entregue ao treinador fichas de automonitoramento, para que ele acompanhasse a evolução dos comportamentos selecionados de cada atleta. Essa atividade foi proposta com intuito de incentivar a comunicação entre atletas e treinador sobre comportamentos que deveriam ser mais bem desempenhados e propiciar aos atletas a auto-observação desses comportamentos e de suas possíveis mudanças. Pediu-se como tarefa para o encontro seguinte que os atletas trouxessem a ficha de automonitoramento preenchida.

Terceiro encontro

Esse encontro teve como objetivo discutir a estratégia de automonitoramento. Nele os atletas relataram os comportamentos assinalados junto com o treinador e as notas que deram para estes comportamentos durante os treinos da semana. Foi solicitado aos atletas que continuassem a preencher a ficha de automonitoramento.

Quarto encontro

O objetivo desse encontro foi ensinar aos atletas a observarem eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos (erros e acertos) emitidos durante as competições. Entregou-se aos atletas uma folha com quadros para que eles escrevessem os comportamentos considerados por eles como certos ou errados emitidos em um campeonato do qual haviam participado há algumas semanas. Deveriam registrar, ainda, comportamentos ou acontecimentos ocorridos dias ou momentos antes da competição que pudessem ter influenciado na performance, as consequências de tais comportamentos e a influência (positiva ou negativa) dessas consequências em comportamentos futuros. Os atletas leram e discutiram com a psicóloga o que escreveram.

Quinto encontro

Esse encontro teve o objetivo de discutir o tema confiança. Discutiu-se com os atletas suas pré-concepções acerca de confiança, a saber: o que entendiam por confiança, como avaliavam sua autoconfiança e motivos atribuídos a tal avaliação. Após, foi entregue aos atletas um folheto que continha as seguintes dicas sobre confiança: “Tenha um bom desempenho em simulações”, “Saiba como se manter relaxado”, “Reviva os melhores momentos”, “Concentre-se no que quer fazer e não no que não quer fazer”, “Antes e durante a competição, concentre-se em objetivos realísticos a serem executados em vez de preocupar-se com o resultado”, “concentre-se em seus pontos fortes e não em suas limitações ou em seus erros”, “Prepare e cumpra um plano de competição”, “Procure neutralizar os pensamentos negativos” (Martin, 2001). O folheto foi lido pelos atletas e discutido pelo grupo. Os atletas foram encorajados a praticar as dicas discutidas e enfatizou-se que as estratégias deveriam ser treinadas e utilizadas durante os treinos para que fossem eficientes na competição. Após a discussão realizou-se uma atividade de relaxamento, na qual a psicóloga colocou uma música instrumental de fundo e leu instruções de relaxamento. Os atletas foram orientados a realizarem o relaxamento antes de dormir, nas noites anteriores à competição.

Sexto encontro

O objetivo desse encontro foi discutir a importância da concentração em treinos e competições. Os atletas foram questionados sobre dificuldades para se concentrarem. Em seguida as psicólogas apresentaram, verbalmente, exemplos de situações ocorridas durante os treinos (ex., conversas paralelas) que indicavam o quanto eles se distraíam facilmente em momentos nos quais deveriam estar mais concentrados. Foi entregue um folheto com dicas para melhorar a concentração. As dicas foram: “Use simulações nos treinos”, “Use palavras-sinal”, “Não empregue pensamento crítico”, “Estabeleça rotinas”, “Desenvolva planos de competição”, “Pratique o controle da visão”, “Permaneça focalizado no presente” e “Aprenda bem a habilidade” (Weinberg & Gould, 2001). As dicas contidas no folheto foram discutidas com os atletas. A psicóloga encorajou os atletas a praticarem as dicas discutidas e enfatizou que as estratégias devem ser treinadas e utilizadas durante os treinos para serem eficientes na competição. Ainda com a finalidade de trabalhar o tema concentração empregou-se a dinâmica “Exercício da grade” (Weinberg & Gould, 2001). Nela os atletas individualmente deveriam encontrar pares de números em sequência em uma tabela com 100 números no tempo de cinco minutos. Ao final da dinâmica discutiu-se como distrações atrapalham a concentração e a realização de tarefas e como é mais fácil cumprir uma tarefa quando se mantém o foco.

Sétimo encontro

A finalidade desse encontro foi revisar o conteúdo discutido nos encontros anteriores e estabelecer metas para o próximo semestre. Para isso empregou-se a dinâmica “Pensando metas” (Valle, 2010). Nessa dinâmica os atletas responderam, em uma folha, quais atividades ensinadas pela psicóloga ele fez, quais não conseguiu fazer e quais se propunham a tentar ou continuar a fazer mesmo com o fim dos encontros. Os atletas leram e discutiram as respostas. Em seguida os atletas preencheram um quadro com metas gerais para o próximo semestre e leram para o grupo. O grupo discutiu o que deveria ser feito para que tais metas fossem alcançadas. Os atletas foram informados que no próximo encontro haveria a participação do treinador para o estabelecimento de metas de desempenho.

Oitavo encontro

O objetivo desse encontro foi avaliar o trabalho realizado e orientar os atletas e o treinador quanto ao estabelecimento de metas para o semestre seguinte. Antes do início do encontro foi entregue aos atletas uma ficha de avaliação na qual deveriam apontar os pontos fortes e fracos do trabalho de assessoria psicológica realizado até então bem como identificassem mudanças comportamentais positivas possibilitadas pelo trabalho. Após o preenchimento dessa ficha, discutiu-se com os atletas e o treinador metas de resultado, as quais visam um objetivo final (ex., ganhar uma medalha de ouro), e metas de desempenho, que visam atingir padrões específicos para poder alcançar a meta de resultado (ex., comer menos e perder meio quilo por semana). Assim, quando se tem uma meta de resultado, é necessário estabelecer metas menores, metas de desempenho. Também foram apresentadas regras que contribuem para que metas mais efetivas sejam estabelecidas. Foram elas: estabeleça metas específicas, mensuráveis e comportamentais; estabeleça metas moderadamente difíceis, mas realistas; estabeleça metas de longo e curto prazo; estabeleça metas de desempenho e resultado; estabeleça metas de treino e competição; registre as metas e deixe em um lugar visível; desenvolva estratégias para atingir as metas; considere suas características e motivação; tenha compromisso com a meta e faça avaliações sobre as metas (Weinberg & Gould, 2001).

Após as orientações os atletas e o treinador receberam uma folha, na qual deveriam estabelecer e escrever metas de desempenho para o próximo semestre.

Nono encontro

Esse encontro visou o encerramento do trabalho. Os atletas leram as metas estabelecidas no encontro anterior e falaram o que estavam fazendo para alcançá-las. O treinador também participou da sessão e reforçou a importância de seguir as metas estabelecidas. Em seguida, deu-se início a discussão do último tema

dos encontros: rotinas pré-competição. Inicialmente, perguntou-se a equipe se eles seguiam alguma rotina antes das competições. Em seguida explicou-se a importância dessa estratégia, rotina pré-competição, que identifica o momento mais adequado para aquecer, alongar, vestir o uniforme, usar estratégias psicológicas. Também, pontuou-se os objetivos dessa estratégia: manter a confiança, minimizar distrações, manter a concentração, manter o nível adequado de prontidão e melhorar o desempenho (Weinberg & Gould, 2001). Os atletas e o treinador, então, receberam uma folha e pediu-se para que escrevessem a melhor sequência de ações para fazerem antes das competições. Os atletas e o treinador discutiram o tema e elaboraram uma rotina a ser seguida antes do início de cada luta. Ao final do encontro e, por ser o último com a equipe, foi dado o telefone da clínica escola do curso de Psicologia para que, se necessitassem de atendimento, entrassem em contato.

Resultados e discussão

Por meio das respostas dos atletas ao Questionário Inicial foi possível identificar as seguintes queixas específicas: nervosismo antes da luta; pressão por resultados, medo de arriscar golpes diferentes nos treinos, falta de autoconfiança, ansiedade, cansaço, fraqueza e fome antes da luta, falta de velocidade na movimentação e excesso de peso. Essas foram as principais queixas dos atletas. Os dados obtidos por meio do Teste de habilidades mentais de atletas (Moraes et al., 2001) mostraram que os atletas em geral tinham dificuldades em estabelecer objetivos, relaxar, iniciar a luta ativamente, manter a atenção, criar imagens mentais, estabelecer rotinas de ações, diminuir o nervosismo, manter a confiança e transferir o desempenho dos treinos para a competição.

Quanto às respostas no teste sobre estresse, verificou-se que, em geral, algumas condições ambientais prejudicam o rendimento dos atletas na competição: errar jogadas no fim da luta, errar jogadas no início da luta, demora em iniciar a luta, dormir mal na noite anterior, ser o favorito, cobrança do próprio atleta em relação a sua performance, derrotas anteriores, condicionamento físico inadequado, preparação técnico-tática inadequada, falta de preparação psicológica, conflitos com o treinador, conflitos com os companheiros, conflitos com os adversários, ser prejudicado pela arbitragem, condições de jogo inadequadas, derrotas anteriores para o mesmo adversário, entrar na luta machucado e nervosismo excessivo. Essas queixas apresentam situações que podem ser controladas (dormir mal na noite anterior, condicionamento físico inadequado) e situações que não podem ser controladas (ser prejudicado pelo juiz, demora em iniciar a luta), mas que podem ser amenizadas com preparação adequada.

Diante de todas essas queixas foi traçado um plano de intervenção com o objetivo instrumentalizar o treinador e os atletas a resolverem tais problemas, o que de acordo com Weinberg e Gould (2001), é o principal objetivo do treinamento de habilidades psicológicas. A primeira atividade proposta foi o automonitoramento, que consiste no registro de comportamentos dos atletas que devem ser melhorados e nas consecutivas melhoras de tais comportamentos. Essa estratégia possibilita ao atleta observar o próprio comportamento, já que deve praticá-lo durante os treinos atentando para a execução correta e ao final de cada treino avaliar o próprio desempenho. Também possibilita, por meio do registro, o acompanhamento da melhora do desempenho, estratégia que pode funcionar como um reforçador de acordo com Weinberg e Gould (2001). Além disso, possibilita o diálogo com o treinador já que o atleta deve discutir com ele sobre os comportamentos que devem ser melhorados.

Quando os atletas foram questionados pela psicóloga sobre o andamento dessa atividade, 90% deles relataram que é uma estratégia eficaz que possibilita observar o que estão errando durante os treinos e acompanhar a melhora na performance. Apenas um atleta declarou que não fez o automonitoramento em todos os treinos, pois se esquecia de levar sua ficha, assim, destaca-se a relevância da parceria com o treinador, pois, se ele incluir a atividade como parte do treino é mais provável que os atletas o façam.

Ainda para propiciar a auto-observação, ensinou-se ao atleta o comportamento de atentar para eventos antecedentes e consequentes ao comportamento que o influenciam. No encontro que ocorreu após uma competição, foi entregue uma folha aos atletas e pediu-se a eles que listassem acertos e erros cometidos

durante a competição. Depois pediu-se que apontassem fatos ocorridos momentos antes ou nos dias anteriores, que poderiam ter influenciado o desempenho levando ao acerto ou erro. Essa atividade teve o objetivo mostrar aos atletas que o desempenho esportivo é afetado por vários eventos, inclusive pelas consequências dos próprios comportamentos anteriores a competição. De acordo com o relato dos atletas durante a execução da atividade, eles cometiam erros por: (a) seguir dietas inadequadas e não garantir o peso e a energia adequados para a competição, (b) dormir poucas horas durante a noite anterior devido ao fato de ficarem jogando na internet até de madrugada. Sobre os acertos, pontuaram a frequência nos treinos, noite bem dormida, alimentação saudável. Na avaliação dessa estratégia os atletas declararam que ela os ajudou a identificar comportamentos que influenciam o desempenho durante a competição e que, portanto, devem ser modificados. Relataram também que a estratégia os levou a atentar ao que fazem fora dos treinos e a não repetir os mesmos erros. Como já apontado anteriormente por Scala (1997), para entender quais contingências controlam o próprio comportamento o atleta deve aprender a identificá-lo e descrevê-lo.

Quanto às dicas/regras para o treino de confiança e concentração, os atletas relataram que elas os ajudaram a utilizar estratégias para melhorar desempenho, como pensar nos pontos fortes e não nos fracos, fato que os ajudou, segundo eles, a manter a confiança. A estratégia de pensar no que deve ser feito e não no que não deveria ser feito, segundo os atletas, também, propiciou uma melhora na concentração. Eles relataram se preocupar menos em cometer erros e em atentar mais para o que deveria ser feito. No respeitante a técnica de relaxamento ensinada, os atletas relataram que após os encontros nos quais esta estratégia foi ensinada, eles passaram a praticá-la antes de dormir, com a finalidade de dormir cedo, já que muitos relataram ter o hábito de ir dormir de madrugada.

O estabelecimento de metas foi feito com auxílio do treinador para que tivesse seu apoio na continuação dessa estratégia após o fim das sessões de psicologia com o grupo. As metas foram estabelecidas pensando-se na competição seguinte, e com isso as metas de resultado dos atletas foram parecidas (ganhar, medalhar e para os atletas da seleção brasileira foi manter-se na seleção). Os passos para atingir tais resultados foram: parar de faltar nos treinos; simular competição durante o treino, evitar brincadeiras com os colegas; comer menos doce e frituras e ir à nutricionista para perder peso; marcar um horário para jogar no computador para evitar dormir tarde e ficar cansado; assistir vídeos das próprias lutas pelo menos duas vezes na semana para identificar falhas; assistir vídeos das lutas dos próximos adversários para conhecer os pontos fortes e fracos deles entre outros. Os atletas disseram que gostaram muito dessa atividade por ela especificar o que deve ser feito. O treinador também a aprovou, pois, segundo ele, ela proporcionou um espaço para conversar com os atletas a respeito do que eles devem fazer para melhorar seu desempenho. Como essa atividade foi realizada no penúltimo encontro, não houve um acompanhamento por parte da psicóloga no seguimento das metas, porém, no último encontro o assunto foi retomado e os atletas relataram que já haviam começado a segui-las: não faltaram sem motivos aos treinos; treinaram com comprometimento, simulando competição e retomaram a dieta.

O estabelecimento de rotina pré-competição é indicado por Weinberg e Gould (2001) como uma estratégia que auxilia na confiança e na concentração. A equipe informalmente já seguia uma rotina antes da competição, mas ela nunca foi declarada e nem sempre era feita por todos os atletas. Essa estratégia é importante, principalmente no *taekwondo*, pois no dia de competição o horário da luta não é determinado, o atleta pode se apresentar às 8 horas da manhã e lutar às 17 horas. Assim, um plano para ser seguido nesse horário que pode variar de 20 minutos a várias horas, pode auxiliar na concentração e no controle do nervosismo. Os atletas juntamente com o treinador estabeleceram uma rotina, comum a todos. Foi combinado com os atletas quando chegassem ao local da competição: ir ao banheiro, aquecer, assistir outras lutas que fossem de interesse deles (próximos adversários) e quando forem avisados que a luta estava próxima, vestir o uniforme, praticar o treino mental e aquecer novamente para entrarem ativos. A psicóloga não pode acompanhar o seguimento dessa atividade devido ao fim do grupo.

Na atividade de avaliação da assessoria prestada, a maioria dos atletas disse que o trabalho ajudou na autoconfiança e na concentração e também que aprenderam a observar e avaliar seu próprio comportamento.

Também se propuseram a continuar fazendo, mesmo com o fim do trabalho, o automonitoramento, a análise funcional de erros e acertos nas competições, o relaxamento, as simulações de competição no treino e o ensaio mental. O treinador sempre se mostrou aberto para o trabalho da psicologia e colaborou em algumas atividades como o automonitoramento, estabelecimento de metas e estabelecimento de rotina pré-competição. Segundo ele, diversas vezes tentou, mesmo sem orientação, praticar as atividades de estabelecimento de metas, relaxamento e entendia que a o trabalho desenvolvido com os atletas era uma chance que poderia contribuir para melhorar o desempenho.

Ao longo do trabalho, considerou-se, desde o levantamento das queixas iniciais quanto durante a intervenção, os relatos verbais trazidos pelos atletas. Para a Análise do Comportamento, embora o comportamento verbal deva ser analisado em conformidade com suas próprias contingências de reforçamento e, portanto, não necessariamente corresponda aos comportamentos abertos relatados, existe uma alta probabilidade de eles descreverem contingências autênticas de controle. No caso desse estudo, verificou-se que, inicialmente, os atletas relataram inferências a seus estados internos, como causa de seus comportamentos-problema como, por exemplo, medo, falta de autoconfiança, ansiedade, déficit de atenção entre outros.

Ao planejarem-se intervenções que possibilitassem aos atletas observar as reais causas de seus comportamentos, o relato das queixas e das estratégias comportamentais de resolução das queixas modificou-se. As estratégias de automonitoramento e de análise de antecedentes e consequentes de comportamento se mostram bastantes úteis para auxiliar indivíduos a observarem seu comportamento de modo mais criterioso. Por exemplo, o automonitoramento, é uma estratégia que além de possibilitar ao atleta observar e registrar seu próprio comportamento, bem como seus antecedentes e consequentes (Martin, 2001), também funciona como um mecanismo de feedback imediato, a medida que obriga atletas e treinadores e avaliam comportamentos de forma contingente e regular (Weinberg & Gould, 2001). Do mesmo modo, o exercício de análise de antecedentes e consequentes de comportamentos-queixa auxilia o atleta a identificar que situações podem interferir com seu desempenho e que poderiam ser controladas ou modificadas futuramente (Scala, 1997).

Considerações finais

Verificou-se que o trabalho desenvolvido junto aos atletas os levou a relatar comportamentos de resolução de problemas bastante específicos e passíveis de observação e mensuração como, por exemplo: controlar a rotina de sono e retomar a dieta. Também, com as dicas sobre como treinar concentração e confiança, os atletas foram encorajados a seguir regras que descreviam quais comportamentos específicos deveriam ser treinados. Para Martin (2001), regras são especialmente úteis para controlar comportamentos que, se dependessem de tentativas e erros, seriam muito difíceis de serem aprendidos. Além disso, a orientação quanto o uso do estabelecimento de metas por atletas e treinadores, favoreceu que esses especificassem novos comportamentos a serem treinados, em médio e longo prazo como, por exemplo, assistir vídeos das próprias lutas pelo menos duas vezes na semana para identificar falhas. Para a Análise do Comportamento, é especialmente útil operacionalizar as queixas em termos comportamentais que possam ser observados e mensurados (Martin, 2001). Isso facilita a mudança desses comportamentos, por meio do planejamento de novas contingências de treino, incluindo o treino desses comportamentos ou habilidades psicológicas.

Diante dos resultados do presente estudo, sugere-se que um treinamento de habilidades psicológicas que possibilite ao atleta observar as contingências reais em que seus comportamentos-queixa ocorrem, diminui a probabilidade de eles recorrerem a explicações mentalistas como medo, falta de confiança ou ansiedade. Os procedimentos adotados durante a intervenção com os atletas desse trabalho parecem ter favorecido que os atletas observassem as reais contingências de treino a serem alteradas.

Apesar dos resultados relatados, é importante destacar que os procedimentos de ensino adotados pelas psicólogas na intervenção com os atletas consistiram basicamente de instruções verbais (regras) e reforçamento não sistemático de relatos verbais dos atletas. Assim, estudos que se proponham a avaliar se, de fato, os atletas engajam-se nesses comportamentos fazem-se necessários.

Outro aspecto a ser considerado é que, a participação do treinador parece ser uma variável importante para a efetividade de um treinamento de habilidades psicológicas. Nesse estudo, buscou-se envolver o treinador nas atividades de automonitoramento e estabelecimento de metas e rotina pré-competição. Futuros estudos poderiam dedicar-se, também, a capacitação dos treinadores quanto às habilidades e estratégias trabalhadas com os atletas e, também, envolvê-lo na avaliação dos efeitos desse tipo de treinamento sobre o desempenho atlético e/ou da equipe. As habilidades psicológicas, assim como as físicas, devem ser treinadas e fazerem parte da rotina de treino dos atletas. Mas, muitas equipes por falta de recursos ou por não entenderem como importante o trabalho do psicólogo, ainda não contam com esse profissional como parte da comissão técnica. O trabalho de assessoria buscou instrumentalizar a equipe o mais eficientemente possível, para que, mesmo sem um psicólogo, possam ter acesso aos benefícios das estratégias psicológicas. A integração do psicólogo às equipes esportivas poderia facilitar a intervenção psicológica no contexto esportivo, inclusive, planejando-se o treinamento das habilidades psicológicas, como comumente ocorre na periodização do treinamento esportivo.

Referências

- Barreiros, A. N., Silva, J. M. G. da, Freitas, S. P. F. de, Duarte, D. F. T. da S., & Fonseca, A. M. L. F. M. da (2011). O que pensam os treinadores portugueses da 1ª liga sobre a importância da intervenção psicológica no Futebol profissional? *Motriz*, 17(1), 128-137.
- Bonnell R. J., Burton D., Copeland B., & Reider, L. (2009). Spawning sliding success: Evaluating a stress management and cohesion development program for young lugers. *Journal of Sport Behavior*, 32(4), 438.
- Harwood, C., Cumming, J., & Fletcher, D. (2004). Motivational profiles and psychological skills use within elite youth sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16, 318-332.
- Martin, G. L. (2001). *Consultoria em psicologia do esporte: orientações práticas em análise do comportamento*. Campinas: Instituto de análise de Comportamento.
- Moraes, L. C., Durand-Bush, N., Salmela, J. H., & Green-Demers, I. (2001). *Teste de habilidades mentais de atletas (OMSAT-3)*.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. de. (2007). *Princípios básicos da análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, A. B. (2003) Tecnologia, informática e Psicologia do Esporte: ferramentas úteis para avaliação e intervenção. In.: K. Rubio (org.) *Psicologia do Esporte: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 15-31.
- Samulski, D., & Chagas, M.H. (1992). *Teste de estresse psíquico [Teste]*.
- Samulski, D. M. (2002). *Psicologia do esporte: manual para educação física, psicologia e fisioterapia*. São Paulo: Manole.
- Scala, C. T. (1997). O que é análise do comportamento no esporte? (vol. 2). In Delitti, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 321-324). São Paulo: Arbytes.
- Valle, M. P. de. (2010). *Dinâmica de grupo aplicada à psicologia do esporte*. Casa do psicólogo.
- Vealey R. S. (2007). Mental skills training in sport. In G. Tenenbaum, R. C. Eklund (Orgs.). *Handbook of Sport Psychology* (pp. 287-331). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício físico*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Wilson, M. R., Vine, S. J., & Wood, G. (2009). The influence of anxiety on visual attentional control in basketball free throw shooting. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31, 152-168.