

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA LÚCIA ALCÂNTARA DE OLIVEIRA ULIAN

**Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-
comportamental: subsídios para a formação**

**São Paulo
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA LÚCIA ALCÂNTARA DE OLIVEIRA ULIAN

**Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-
comportamental: subsídios para a formação**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Profa. Titular Edwiges F. M.
Silvares

São Paulo

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ulian, Ana Lúcia Alcântara de Oliveira.

Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação / Ana Lúcia Alcântara de Oliveira Ulian; orientadora Edwiges Ferreira de Matos Silves. -- São Paulo, 2007.

240 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Análise funcional 2. Análise de contingências 3. Supervisão clínica 4. Formação do psicólogo 5. Terapia comportamental I. Título.

QA320

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Lúcia Alcântara de Oliveira Ulian

Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Titular Edwiges F. M. Silveiras

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras_____

Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer_____

Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Martha Costa Hübner_____

Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Luiza Marinho_____

Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Roberto Alves Banaco_____

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus alunos do Curso de Psicologia da UFBA,
razão de ser deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Titular Edwiges Silvares, minha prozinha Vivi, modelo de dinamismo e responsabilidade, que um dia me aceitou como aluna especial, mudando totalmente meu estilo de vida. Agradeço por ter confiado em mim, por ter lutado pelo meu doutorado direto e incentivado minha autonomia na elaboração deste trabalho.

À Profa. Sonia Meyer, minha co-orientadora, não oficial, mas de fato, agradeço as muitas horas de discussão na sua sala, no Sweden, no exame de qualificação e até mesmo em suas férias na praia de Itapoan e no mar de Piatan.

À Profa. Zilda Del Prette, minha amiga Ci a quem admiro desde a nossa graduação na UEL, agradeço pelas orientações, sugestões, revisões e acima de tudo pelo incentivo, carinho e amor demonstrados. E ao meu eterno professor Prette, que um dia me disse: “Ana, você está sonhando informações”.

Ao Prof. Ildenor Cerqueira, meu companheiro de trabalho na UFBA, a quem devo minha compreensão sobre muitos aspectos da vida e da Psicologia, agradeço as sugestões e incentivos, especialmente no início deste trabalho, e as muitas horas de discussões edificantes.

Ao Prof. Antonio Marcos Chaves, chefe do departamento de Psicologia da UFBA, que sempre se interessou em oferecer condições para que eu pudesse realizar este trabalho.

Ao meu querido irmão Elmo, quase pai, e a sua maravilhosa família que me receberam em sua casa com todo amor e carinho me oferecendo todo conforto e aconchego durante esses tantos anos de vindas a São Paulo. A vocês, Mari, D. Helena, Anninha e Elisa sempre serei grata.

Ao meu querido irmão-amigo Luiz, excelente interlocutor, sempre pronto a colaborar em quaisquer circunstâncias, agradeço a ajuda inestimável nas traduções de última hora, nas revisões dos meus escritos e o carinho com que me trata. Agradeço também a sua esposa Rosi, minha irmã de coração, que especialmente no início desta pós-graduação me ajudou nas digitações quando eu ainda temia o computador.

Aos meus queridos estagiários participantes deste trabalho, hoje meus colegas de profissão, agradeço terem sido tão dóceis no aprendizado. Eu me orgulho de vocês.

À Roberta da Mata, aluna dedicada, que se prontificou a colaborar na elaboração inicial das figuras deste trabalho. Quanto trabalho!

À Profa., recém-doutora, Cynthia Moura, querida amiga de Londrina, que se dispôs a ler trechos deste trabalho, mesmo que incompletos, agradeço as dicas preciosas.

Aos colegas que freqüentaram e que freqüentam as salas da Vivi e da Sonia na USP, agradeço a divisão do espaço e a atenção dada, especialmente à Márcia e à Rebeca no início desta jornada e ao Rodrigo, à Marina e à Esther agora no final, sempre me socorrendo nos meus apertos com o computador.

Às secretárias do PSC Arlete, Cláudia e Cícera e também à Clarice que sempre me atenderam com toda delicadeza, me informando e facilitando minha estada nas dependências do Departamento de Psicologia Clínica da USP.

Aos meus pais, Elza (em memória) e Moisés por terem me educado sob os princípios cristãos que enfatizam o amor.

À Nara e à Val que cuidaram tão bem da minha casa nos muitos períodos em quem estive fora.

Aos meus queridos filhos Rafa e Leo, que souberam compreender minha ausência assumindo responsabilidades e me tranquilizando quando eu me preocupava. Foram anos de muita aprendizagem para todos nós. Obrigada pela força e pelo carinho.

E por fim, mas com todo meu amor, carinho e admiração agradeço a você, Wilson, que mesmo enfrentando também seu doutorado no mesmo período, sempre me incentivou, oferecendo a força e o carinho que eu precisava para me manter firme. Muito mais longe já estivemos, marido. Chegamos!

E ainda que... eu conhecesse toda a ciência... e não tivesse amor,
nada seria.

(Paulo, I Cor. 13:3)

RESUMO

ULIAN, A. L. A. O. **Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação.** 2007. 240 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

A análise funcional tem sido considerada o instrumento básico do analista de comportamento. Entretanto, a literatura denuncia a escassez de pesquisas sobre o processo de desenvolver e usar a análise funcional em clínica dificultando a tarefa dos supervisores de estágio ao ensinar seus alunos a se tornarem terapeutas, justamente por não terem disponíveis os métodos que eles usam e como determinam em que ordem usá-los. Com o objetivo de preencher essa lacuna foi feito um levantamento dos relatos de casos publicados pelos terapeutas analítico-comportamentais para identificar o que fazem quando atendem seus clientes. Parece que o consenso entre eles é que sua atividade básica é a análise funcional, embora haja muitas controvérsias sobre tal termo, que é discutido neste trabalho concluindo-se por sua substituição pelo termo análise de contingências. Com base no levantamento feito, elaborou-se um programa de ensino dessa prática, do qual participaram oito estagiários que foram treinados a elaborar análises de contingências. O programa foi constituído de três módulos: revisão de princípios básicos do Behaviorismo Radical, elaboração de análises por escrito de casos relatados na literatura, de acordo com critérios elaborados por Sturmey (1996) e análise de pelo menos um caso atendido pelo terapeuta estagiário que foi gravado em vídeo e assistido pela supervisora e pelos colegas. Os procedimentos utilizados foram modelagem (reforçamento diferencial logo após a elaboração das análises por escrito e das sessões de atendimento) e modelação (observação das sessões de atendimentos dos colegas e da supervisora, observação do próprio comportamento de atender o cliente pela fita de vídeo e vivência da própria análise do seu comportamento de analista durante as sessões de supervisão). Os resultados demonstraram a eficácia do programa pela diferença significativa das notas dadas às análises por escrito antes e depois do treino. Para avaliar a efetividade do programa, as sessões de quatro dos oito participantes foram novamente observadas e as ações ao vivo durante o processo da análise de contingências puderam ser categorizadas. Foi possível definir treze categorias de falas dos terapeutas e analisar as porcentagens de frequências delas, descrevendo os comportamentos dos terapeutas quando atendiam seus clientes, culminando numa proposta de sistematização da tarefa do terapeuta analítico-comportamental, que poderá ser usada como um dos critérios orientadores para a formação desse profissional.

Palavras-chave: Análise funcional. Análise de contingências. Supervisão clínica. Formação do psicólogo. Terapia comportamental.

ABSTRACT

ULIAN, A. L. A. O. **An analytical-behavioral therapist practice systematization: subsidies for formation.** 2007. 240 f. Thesis (Doctoral) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Functional analysis has been considered the behavioral analyst's basic instrument. However, the literature denounces the shortage of researches on the process of developing and using functional analysis in clinics, which makes the task of professional training supervisors more difficult as they teach their students to become therapists, exactly because the methods which they use are not available, neither how they determine in what order these methods are used. To fulfilling this gap a search in literature was performed to identify by case reports what the analytical-behavioral therapist does when he is in attendance of his clients. It seems that there is a consensus among them considering functional analysis their basic activity, although there are many controversies about such terminology, which is discussed in this paper, leading to its substitution to contingency analysis term. Based on this research, a program for the teaching of this practice was conceived, in which eight trainees were taught to elaborate contingency analysis. The program had three modules: revision of basic principles of Radical Behaviorism, written analysis of cases found in the literature according to Sturmey's criteria (1966), and analysis of at least one case treated by the trainee therapist, which was recorded in video and observed by the professional supervisor and other trainees. The teaching used procedures were shaping (differential reinforcement right after written analysis as well as therapeutical sessions), and modelling (observation of therapeutical sessions performed by his peers and his supervisor, observation of his own behavior in session by watching the videotape, and his own experience in analyzing his own behavior as an analyst during supervision sessions). The results show the efficacy of the program by the significant difference of the grades given for the written analysis before and after training. To assess the effectiveness of the program, the sessions of four out of the eight participants were again observed and their actual actions during the process of contingency analysis could be categorized. It was possible to define thirteen therapists' talk categories, whose frequency percentages demonstrated trainees behavior when attended their clients, what led to a proposal for the systematization of the analytical-behavioral therapist's task, which could be used as one of the orientation criteria for professional formation.

Keywords: Functional analysis. Contingency analysis. Clinical supervision. Psychologist education. Behavioral therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição das notas individuais e de suas medianas entre a 1ª e a 2ª avaliação.	100
Figura 2	Distribuição das notas individuais e de suas medianas entre a 1ª e a 3ª avaliação.	101
Figura 3	Curvas de aprendizagem dos terapeutas-estagiários 1 e 2 quanto à elaboração de análises funcionais por escrito nas três avaliações do curso.	102
Figura 4.	Média das notas atribuídas às análises elaboradas pelos três grupos de terapeutas-estagiários da mesma clínica-escola.	104
Figura 5	Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário (AS1, YS1, CS2 e RC2) nas oito sessões de atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários.	119
Figura 6	Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário por etapas do atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários nas mesmas etapas.	133
Figura 7	Porcentagens de categorias de falas da subcategoria 13 para cada terapeuta-estagiário e a mediana das porcentagens dessas categorias de falas para os quatro terapeutas-estagiários.	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos estagiários por grupo e nível a que pertencem	92
Tabela 2	Notas atribuídas às análises dos terapeutas-estagiários nas três avaliações realizadas	99
Tabela 3	Notas atribuídas às análises dos casos atendidos por terapeutas-estagiários de grupos diferentes de supervisão. Grupo AC (Análise de Contingências), Grupo CC (Clínica Comportamental) e Grupo CP (Clínica Psicanalítica).	103
Tabela 4	As duas categorias mais frequentes em cada sessão para cada terapeuta-estagiário	130

LISTA DE QUADROS

Quadro I	Quadro I. Objetivos que definem o processo de atendimento clínico analítico-comportamental.	62
Quadro II	Lista das categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental	106
Quadro III	Comparação dos objetivos comportamentais do Quadro I com as categorias definidas para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental.	117
Quadro IV	Trecho da 5ª sessão do terapeuta estagiário RC2 para ilustrar a categoria 7 (induzir o cliente a relacionar eventos). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.	123
Quadro V	Trecho da 7ª sessão do terapeuta-estagiário CS2 para ilustrar a categoria 6 (induzir o cliente a relacionar eventos). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.	124
Quadro VI	Trecho da 5ª sessão do terapeuta estagiário RC2 para ilustrar a categoria 7 (induzir o cliente a relacionar eventos). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.	125
Quadro VII	Trecho da 8ª sessão do terapeuta estagiário CS2 para ilustrar a categoria 9 (propor ou induzir o cliente a alternativas de ação). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.	127
Quadro VIII	Trecho da 8ª sessão do terapeuta estagiário AS1 para ilustrar a categoria 10 (induzir o cliente à ação). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.	128

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Resumo das definições, comentários e pontuação para cada um dos 10 critérios para escrever uma análise funcional propostos por Sturmev (1996)	162
Anexo 2	Relato de caso adaptado (parte 1 e parte 2) para treino no Módulo II	164
Anexo 3	Termo de consentimento livre e esclarecido do terapeuta estagiário	171
Anexo 4	Termo de consentimento livre e esclarecido do cliente	173
Anexo 5	Ficha semestral de acompanhamento clínico	175

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Programa da disciplina	178
Apêndice 2	Critérios de Sturmev (1996) redefinidos e pontuados	185
Apêndice 3	Relato de caso teste para as três avaliações	189
Apêndice 4	Instruções para elaborar relato cursivo e análise após a sessão terapêutica	194
Apêndice 5	Protocolos de registro das categorias de falas de cada terapeuta	196
Apêndice 6	Avaliação do Módulo I e exemplo de resposta	201
Apêndice 7	Exemplos de análises de contingências elaboradas para as três avaliações da disciplina (a maior e a menor nota de cada uma das avaliações)	206
Apêndice 8	Exemplos de análises elaboradas pelos estagiários dos grupos AC, CC e CP (a maior e a menor nota de cada grupo)	213
Apêndice 9	Exemplo de microanálise de contingências elaborada durante o treinamento	221
Apêndice 10	Resumo das treze categorias de falas que definem a prática do terapeuta analítico-comportamental	225
Apêndice 11	3ª Sessão do terapeuta estagiário RC2 transcrita e categorizada	227
Apêndice 12	8ª Sessão do terapeuta estagiário YS1 transcrita e categorizada	232
Apêndice 13	Figura 5, Figura 6 e Figura 7 para serem destacadas	235

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Análise funcional: conceito e evolução do termo.....	21
	<i>Origem: relação com as ciências naturais.....</i>	<i>21</i>
	<i>A análise funcional deve ser experimental?.....</i>	<i>25</i>
	<i>A diversidade de termos em análise funcional.....</i>	<i>35</i>
	<i>Alguns modelos: o que fazem os analistas de comportamento quando dizem que fazem análise funcional?</i>	<i>44</i>
	<i>Análise funcional ou análise de contingências?</i>	<i>63</i>
	<i>Análise de contingências molar ou molecular?</i>	<i>65</i>
1.2.	A formação do terapeuta analítico-comportamental.....	71
	<i>Habilidades necessárias.....</i>	<i>74</i>
	<i>Formação teórico-filosófica.....</i>	<i>76</i>
	<i>Formação prática.....</i>	<i>77</i>
	<i>Supervisão.....</i>	<i>79</i>
1.3.	Problema e objetivos da pesquisa.....	82
2.	MÉTODO.....	84
2.1	A elaboração do programa de ensino de análise de contingências.....	84
	<i>Adaptação dos casos clínicos analisados pelos alunos.....</i>	<i>84</i>
2.2	Intervenção.....	85
	<i>Participantes</i>	<i>85</i>
	<i>Situação.....</i>	<i>86</i>
	<i>Procedimento.....</i>	<i>87</i>
	A coleta de dados para a avaliação da eficácia do programa.....	87
	- Delineamento de pré e pós-teste.....	87
	- Delineamento de comparação de grupos.....	91
	A coleta de dados para avaliação da efetividade do programa.....	93
	- Elaboração das categorias.....	93
	- Categorização das sessões	94
	- Cálculo do índice de concordância.....	94
	- Composição dos dados para análise.....	95

3	RESULTADOS.....	96
3.1	Avaliação de princípios básicos e pressupostos filosóficos.....	96
3.2	Avaliação da eficácia do programa.....	97
3.3	Avaliação da efetividade do programa.....	104
3.4	Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental.....	105
3.5	Meta-análises: análises dos comportamentos dos terapeutas-estagiários enquanto fazem as análises dos comportamentos dos clientes.....	118
3.6	Etapas do atendimento terapêutico analítico-comportamental: a metáfora do quebra-cabeça.....	130
4	DISCUSSÃO.....	138
5	CONCLUSÃO.....	151
	REFERÊNCIAS.....	153
	ANEXOS.....	161
	APÊNDICES.....	177

APRESENTAÇÃO

A proposta de ensino da análise de contingências na formação do terapeuta analítico-comportamental apresentada neste trabalho reflete minha preocupação com o tema há mais de 10 anos quando comecei a supervisionar estagiários na Universidade Federal da Bahia. Nós, supervisores, enfrentamos uma grande dificuldade ao ensinar os estagiários a se tornarem terapeutas. Para o sucesso de tal tarefa seriam de grande contribuição, esforços prévios no sentido de se elaborar e disponibilizar critérios orientadores da prática de ensino, desde sua programação, que incluíssem indicadores do que significa ser um terapeuta; isto é, quais são de fato suas tarefas, o que deve saber teoricamente, para o que deve atentar, como tomar decisões, enfim, uma descrição dos comportamentos essenciais para se considerar um psicólogo clínico como um terapeuta analítico-comportamental.

Embora existam, na literatura, muitas opiniões de como deve ser esse terapeuta, não há consenso sobre tal atividade (Guilhardi, 1987; Rangé, Guilhardi, Kerbauy, Falcone & Ingberman, 1995)¹. Supostamente, uma solução para tal dificuldade poderia ser obtida pela observação direta do que fazem os terapeutas analítico-comportamentais, tidos como bem sucedidos, isto é, aqueles cujos clientes ficam satisfeitos por atingir seus objetivos terapêuticos desenvolvendo mudanças de comportamento que produzem seu bem estar. Dessa forma, possivelmente, seriam identificadas habilidades terapêuticas e sociais, essenciais a essa atividade, o que daria um rumo adequado para se estabelecer objetivos de aprendizagem de tal tarefa.

Admitindo que a solução acima fosse de difícil execução, considerei a alternativa de pressupor a maneira como deve agir um terapeuta, com base na percepção e no relato que o mesmo faz e publica. Relatos de experiências são

¹ As divergências entre os autores sobre esse assunto estão explicitadas no capítulo 1 desta tese.

bastante frequentes na literatura. Embora existam muitas idéias e ideais diversificados a respeito de como deve ser um terapeuta comportamental (Zaro, Barach, Nedelman & Dreibatt, 1977/1980; Rangé et al., 1995; Silvaes & Gongora, 1998; Meyer & Vermes, 2001) parece que há um ponto de convergência: todos concordam que, basicamente, ele deve fazer a análise funcional do comportamento do cliente (Meyer, 1998; Banaco, 1999).

Mas, o que é fazer análise funcional? Há muitas controvérsias a respeito de como deve ser feita e de sua utilidade (Sturmey, 1996). Seria um instrumento de avaliação e também de intervenção? Em que nível deveria ser feita, molar ou molecular? Seria possível defender que tais características não são excludentes, mas ao contrário, são complementares e acontecem de forma dinâmica durante o processo terapêutico, sem dicotomias?

Além dessas questões, preocupa-me a formação científica do terapeuta, a maneira como vê o mundo, como investiga os acontecimentos, como, enfim, explica o comportamento. Recorri então à minha própria formação, na Universidade Estadual de Londrina, onde conheci o chamado Método Teórico Informal (Bachrach, 1965/1972), uma forma de investigar que começa pela observação de um acontecimento, considerando o contexto em que ocorre, levanta micro-hipóteses (“palpites” provisórios) que podem ser testadas de forma experimental ou quase experimental e chega a soluções também provisórias demonstrando um caráter dinâmico no processo de produção de conhecimento.

Assim, guiada por tais pressupostos, procurei na literatura o que fazem os analistas de comportamento quando dizem que fazem análise funcional e identifiquei muitas ações que foram básicas na definição de objetivos comportamentais para a elaboração de um programa de ensino dessa atividade. Mas o desafio deste trabalho

foi, justamente, o de fazer uma descrição dessa atividade, à medida que ela ia sendo cumprida pelo terapeuta-estagiário, no processo de atendimento clínico, segundo minha orientação como supervisora, sempre baseada na literatura pertinente.

Dessa forma, os comportamentos do terapeuta-estagiário inevitavelmente apareceram possibilitando a observação da análise de contingências que ele fazia do comportamento do seu cliente e a realização da análise do seu próprio comportamento pela supervisora, culminando em uma proposta de sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental.

Esta pesquisa abordou, então, a descrição do procedimento e do processo de análise funcional, isto é, o treinamento dessa habilidade baseado em ações descritas por analistas de comportamento na literatura constituiu o procedimento, enquanto a observação do desenvolvimento dessa habilidade identificando ações ao vivo constituiu o processo. Investigar se uma seqüência de passos proposta para realização de uma análise funcional seria eficaz para a aprendizagem desta técnica parecia bastante próprio à área, e é isto que estou denominando como procedimento de análise funcional. Por outro lado, não encontrei na literatura um trabalho semelhante no sentido de se proceder uma análise funcional justamente da tarefa de se analisar funcionalmente o comportamento do cliente, o que estou chamando de processo de análise funcional.

Considero que propor um treino baseado nessa meta-análise, por assim dizer, e avaliar sua efetividade, por meio dos resultados terapêuticos, poderia se constituir em excelentes contribuições ao aperfeiçoamento da prática do terapeuta analítico-comportamental.

Assim, esse trabalho se propôs a contribuir teoricamente com a prática da análise funcional em clínica: (1) conceituando essa atividade do terapeuta não apenas

como de avaliação, mas também como de intervenção, uma vez que o cliente pode ser ensinado a realizar uma análise funcional do seu próprio comportamento como parte de seu tratamento, facilitando sua autonomia na resolução de seus problemas; (2) aprofundando o entendimento da questão controversa a respeito da molaridade ou molecularidade da análise, e suas implicações para a atuação prática do terapeuta.

Os recursos para definição de análise funcional e procedimentos utilizados nesta investigação, foram aqueles disponíveis na literatura. A metodologia de intervenção, no programa de ensino, envolveu procedimentos derivados da Análise do Comportamento como reforçamento diferencial, modelagem, treino discriminativo, modelação e ensaios comportamentais para o treinamento da habilidade proposta à formação dos terapeutas, em situações de observação direta dos comportamentos dos terapeutas-estagiários e dos clientes.

A prática do terapeuta analítico-comportamental está baseada no Behaviorismo Radical (Neno, 2003; Costa, 2002; Cavalcante, 1999) que adota a análise funcional como a forma para explicar a razão pela qual os organismos se comportam (Skinner, 1953/1978). A primeira parte desta introdução pretende conceituar análise funcional, descrever a evolução do termo, substituindo-o por análise de contingências como mais adequado à tarefa do analista de comportamento, especialmente o terapeuta analítico-comportamental. A segunda parte faz um levantamento das sugestões encontradas na literatura para a formação desse terapeuta. Com base nesse referencial teórico e nas propostas já disponíveis na literatura, a seção seguinte situa o problema de pesquisa e os objetivos do presente trabalho, voltados para uma proposta de sistematização do trabalho do supervisor na preparação de terapeutas analítico-comportamentais.

1.1 Análise funcional: conceito e evolução do termo

Origem: relação com as ciências naturais

Skinner (1990), na sua última publicação, apresenta uma espécie de resumo de sua proposta de uma grande linha de pesquisa, cujo objetivo é descobrir leis gerais do comportamento. Ele propõe que a tarefa do conhecimento sobre o comportamento humano seja dividida entre quatro ciências. Uma delas, a Fisiologia, seria responsável por explicar **como** funcionam os organismos. As outras três se responsabilizariam pela explicação de **porquê** os organismos funcionam de uma determinada forma. Uma delas, a Etologia, apoiada pela Genética, explicaria o comportamento com base na seleção natural dos comportamentos das espécies (aspectos filogenéticos). Parte da Antropologia explicaria o comportamento pela evolução dos meios sociais (aspectos culturais) e a Análise do Comportamento explicaria o comportamento com base nos

processos do condicionamento operante, pela seleção das conseqüências do comportamento no meio ambiente (aspectos ontogenéticos).

Skinner (1990) continua sua argumentação dizendo que essas três últimas ciências dariam conta da explicação do comportamento como um todo, pois o mesmo é produto desses três tipos de seleção. Mas, apenas a Análise do Comportamento poderia ser usada com objetivos práticos para a vida diária, pois estuda o comportamento do **indivíduo** cujo período de vida pode ser acompanhado do começo ao fim. A Etologia, por sua vez, precisaria, para tanto, reconstruir a evolução da espécie, a partir de evidências que sobreviveram com o tempo. Já a Antropologia precisaria, nesse mesmo sentido, esperar pela evolução de uma cultura - o que demandaria muitas gerações de vidas humanas.

A Análise do Comportamento teve sua origem por volta de 1940, a partir de uma postura em filosofia da ciência chamada Behaviorismo Radical (Skinner, 1974/1982), adotando os pressupostos das Ciências Naturais e buscando atingir os mesmos objetivos: descrição, explicação, predição e controle do seu objeto de estudo. A tarefa básica dessa disciplina é descobrir leis gerais sobre os processos comportamentais que operam no organismo individual. Isso é possível por meio de pesquisas que envolvem tanto a investigação experimental dos processos básicos quanto a pesquisa empírica aplicada, chamada Análise Aplicada do Comportamento. De acordo com Poling, Methot e Lesage (1995), quatro características norteiam tais pesquisas: (1) evitar o desenvolvimento de uma teoria formal; (2) estudar poucos indivíduos, mas bem estudados; (3) determinar o efeito das variáveis estudadas através da inspeção visual e não por análise estatística; (4) enfatizar que o comportamento é interessante por si só, e não um sinal ou símbolo de qualquer outra coisa.

A primeira característica, citada acima, corresponde ao chamado Método Teórico-Informal, descrito por Bachrach (1965/1972), que defende serem os dados e não as hipóteses que constituem o conteúdo de uma ciência, conceito este baseado em Skinner, 1953/1978: “Os fatos permanecem, mas as expectativas perecem. Os dados, não os cientistas, falam mais alto” (p. 25). Procura-se evitar, assim, o perigo do método teórico formal, isto é, que a teoria se cristalice e comece a determinar a pesquisa em vez de integrar seus dados.

A segunda e a terceira características, citadas por Poling et al. (1995), evidenciam que a proposta desse tipo de pesquisa é o entendimento do organismo individual, e não testar resultados de grandes amostras onde a estatística é útil e necessária. O programa de trabalho da Análise do Comportamento consiste numa série de descrições qualitativas e quantitativas que analisam a interdependência dos conjuntos de variáveis do ambiente e do organismo, reconhecendo-se que estes conjuntos de variáveis se apresentam diferentemente de indivíduo para indivíduo - a Análise do Comportamento estuda, portanto, organismos individuais (Matos, 1995).

Por fim, a quarta característica diz respeito às causas do comportamento, defendendo que o comportamento não é reflexo de nenhum processo subjacente. Nesse sentido escreve Skinner (1953/1978, p.25): “Requer um considerável treino, evitar conclusões prematuras, deixar de fazer afirmações onde as provas sejam insuficientes e de dar explicações que sejam puras invenções”.

A descoberta dessas causas é possível, à Análise do Comportamento, por meio da observação e experimentação. Quando as respostas dos organismos são observadas é possível identificar relações funcionais entre elas e os eventos externos, antecedentes e conseqüentes, que as acompanham. Isto pode demonstrar que, a depender das conseqüências de suas ações, os indivíduos voltam ou não a se comportar de forma

semelhante, quando ocasiões semelhantes àquelas que acompanharam tais conseqüências voltarem a ocorrer. Verificar empiricamente estas relações, entre antecedentes e conseqüentes às respostas de um organismo, é fazer Análise Funcional, em termos de contingências. (Skinner, 1953/1978; Skinner, 1969).

Conclui-se, então, que uma relação funcional é aquela que descreve a dependência entre eventos diferentes ocorrendo ao mesmo tempo e em uma certa ordem. Buscar as relações funcionais entre os eventos da natureza é uma atitude própria do cientista, mas que toda pessoa poderia desenvolver. Considerar as causas dos eventos como variáveis ambientais passíveis de manipulação e identificar a função que uns exercem sobre outros é fazer análise funcional (Skinner, 1953/1978). Através dela, é possível identificar as causas mais prováveis dos comportamentos, explicando porque ocorrem e porque se mantêm.

O grau de conhecimento das bases filosóficas, teóricas, metodológicas e tecnológicas dessa ciência (Meyer, 1995) certamente influencia a ação do profissional. Segundo Skinner (1953/1978, p. 23), “as práticas devem representar uma posição teórica bem definida..., as teorias afetam a prática. Confusão na teoria significa confusão na prática”. A importância de uma formação teórica sólida do analista de comportamento é defendida por muitos autores da área que julgam ser esta também uma forma de preencher o hiato, tão difundido na literatura, entre o pesquisador e o prático. (Kazdin, 1982; Barlow, Hayes e Nelson, 1984; Segura, Sanchez e Barbado, 1991; Shirk e Phillips, 1991; Kazdin, 1993; Beutler, Williams, Wakefield, & Entwistle, 1995; Goodheart, 2006). E é na tentativa de contribuir para preencher esse hiato, principalmente no contexto dos estudos brasileiros, que se situa o presente trabalho.

A análise funcional deve ser experimental?

Em decorrência do que foi considerado acima, a identificação da função de um comportamento exigiria, a rigor, um teste experimental. Em uma análise funcional, uma causa é substituída por uma mudança na variável independente (algum aspecto do ambiente) e um efeito deve ser substituído por uma mudança na variável dependente (resposta de um indivíduo). Nessa análise, a pergunta que se faz é: um organismo está respondendo a quê (variável independente - VI), quando se comporta de determinada maneira (variável dependente - VD)? (Matos, 1999). A melhor resposta para esta questão, do ponto de vista da Análise do Comportamento, não pode ser uma especulação. É necessário que se teste a influência da VI sobre a VD para que um procedimento seja proposto com segurança.

A Psicologia como ciência, usando o método experimental, originou-se no final do século XIX com estudos de sujeito único ou de poucos sujeitos, como relata Kazdin (1982) numa breve história sobre esse tema reportando-se a Wundt, Ebbinghaus, Pavlov e Thorndike, o que permitiu que a psicologia entrasse para o rol das ciências naturais. Entretanto, por volta de 1930, os métodos de pesquisa com grandes amostras, grupos de controle e análise estatística apresentavam regras básicas que tornavam os resultados das pesquisas mais claros, e dessa forma o delineamento de comparação de grupos tornou-se o paradigma para a pesquisa psicológica. Mas essa orientação nomotética acabou por afastar os clínicos da pesquisa, porque tal orientação falava de um indivíduo médio que, em verdade, não existia e que, portanto, não correspondia àquele dos problemas da clínica que lida com dados individuais e não com dados médios (Barlow, Hayes & Nelson, 1984).

Kazdin (1982) continua essa história comentando que Allport, um teórico da personalidade dos anos 60 do século passado, recomendava o estudo intensivo do

indivíduo, o que ele chamava de abordagem idiográfica, como um suplemento para o estudo de grupo, dando origem à preocupação do controle experimental no estudo de caso único.

Nesse sentido, o delineamento experimental de caso único (A-B-A), desenvolvido por Skinner para um programa de pesquisa em laboratório animal, tendo sido estendido ao comportamento humano pela Análise Aplicada do Comportamento, parecia ser um método que poderia ajudar na avaliação dos resultados dos tratamentos utilizados, já que se fazia necessário sistematizar uma prática que não tinha um delineamento de controle definido, sem possibilidade de demonstração de sua eficácia, nem de sua efetividade.

A propósito, Chorpita (2003) comenta que a Associação Americana de Psicologia realizou um importante trabalho em 1995 com o objetivo de desenvolver recomendações para um guia de prática baseada em evidência. Esse guia dava ênfase a duas dimensões: **eficácia** (isto é, como um tratamento produz mudanças numa síndrome-alvo, em pesquisa) e **efetividade** (isto é, como se espera que uma intervenção seja executada numa situação do “mundo real”). Mas como o termo “prática baseada em evidência” ainda não tinha sido bem compreendido, Chorpita (2003) sugeriu que a base da evidência deveria advir de quatro tipos de pesquisa, sendo uma de eficácia e três de efetividade, de acordo com o grau de controle sobre as variáveis envolvidas:

Tipo I – Pesquisa de eficácia – é a que parte de elementos da prática, passa pelo laboratório, com o objetivo de testar hipóteses, com controle de variáveis e alcança resultados positivos. Por exemplo, numa pesquisa sobre o efeito do treinamento de pais sobre o comportamento de jovens opositores, há o máximo de controle sobre as variáveis (tipo de famílias, terapeutas e supervisores), de forma que se observe o efeito da VI (treinamento de pais) sobre a VD (comportamento dos jovens opositores) e ao

final do experimento possa se dizer algo como: “estudos mostram que o treinamento de pais é eficaz para jovens opositores”.

Tipo II – Pesquisa de Transportabilidade – é a que perde um pouco de controle sobre as variáveis, pois considerando o exemplo acima, não se exigiria, por exemplo, que a classe social das famílias fosse a mesma, ou alguma outra variável que pudesse influenciar o procedimento, transportando o trabalho para mais perto do “mundo real”, mas continuaria o controle sobre os terapeutas e supervisores e ao final desse tipo de pesquisa se poderia dizer: “o treinamento de pais é um procedimento promissor para jovens opositores no mundo real”.

Tipo III – Pesquisa de Disseminação – é aquela em que o controle se mantém sobre uma ou poucas variáveis. No exemplo dado, o controle permaneceria apenas sobre os supervisores aproximando a pesquisa mais ainda do “mundo real”. E nesse caso se diria: “o treinamento de pais feito por terapeutas da própria escola é um procedimento promissor para jovens opositores no mundo real”.

Tipo IV – Pesquisa de Avaliação Sistêmica – é aquela em que o investigador observa o que acontece no mundo real sem qualquer controle ou interferência, isto é, no exemplo acima, observa se o procedimento de treinamento de pais tem efeito sem o controle sobre as famílias, terapeutas e supervisores. Se nesse nível, ainda se puder dizer que o procedimento é promissor para o controle de comportamento de jovens opositores, então se teria desenvolvido um procedimento eficaz e efetivo, pois foi um procedimento que partiu de uma pesquisa de eficácia e foi sendo estendido para fora do laboratório mostrando sua efetividade.

Considerando o exposto acima, o delineamento experimental A-B-A, citado anteriormente, caracteriza-se então como um procedimento de pesquisa de eficácia, e a análise funcional que tal delineamento pressupõe deve ser necessariamente

experimental, obedecendo aos critérios de controle e manipulação de variáveis, o que traria para a Psicologia Clínica segurança em relação aos procedimentos utilizados.

Dessa forma, especialmente em Terapia Comportamental, a análise funcional passou a ser amplamente aceita, em substituição a sistemas tradicionais de diagnóstico médico-psiquiátrico, meramente descritivos (Garcelán & Hidalgo, 1996). Mas foram poucos os pesquisadores que de fato apresentavam uma verificação dos fatores causais antes do tratamento, conforme demonstrou Haynes (como citado em Nelson, 1988) numa revisão de 41 estudos de caso publicados em revistas comportamentais no ano de 1981, onde apenas 35% eram de análise funcional experimental. Mesmo assim, vários autores continuaram defendendo que o termo “análise funcional” deveria se restringir à manipulação experimental de variáveis para demonstração de relações causais entre elas (Iwata, Vollmer & Zarrone, 1990; Carr, Langdon & Yarbrough, 2000).

Essa insistência podia continuar demonstrando a eficácia da análise funcional, mas podia também demonstrar sua pouca eficiência², pois, segundo Godoy (1991), seu custo acabava sendo muito alto para o benefício alcançado, já que muitas vezes as causas constatadas por uma análise funcional experimental eram as mesmas hipotetizadas anteriormente à manipulação. Esta razão, somada à falta de regras precisas para as diversas etapas da intervenção, não havendo consenso sobre o que levar em conta para a avaliação, pode ter motivado os terapeutas comportamentais a voltarem a buscar outras formas de avaliação como estratégias diagnósticas, como comentam Cavalcante e Tourinho (1998) ao proporem um sistema funcional de classificação em substituição ao DSM-IV.

² O termo **eficiência** tem sido usado em várias áreas com referência aos custos das ações ou à boa utilização dos recursos financeiros, materiais e humanos. (Silva e Formigli, 1994; Marinho e Façanha, 2001).

Além disso, o delineamento A-B-A também não foi a solução para a pesquisa em Psicologia Clínica, porque considerações éticas importantes vieram à tona. Em tal delineamento, também conhecido como do tipo “sujeito como seu próprio controle” toma-se uma linha de base do comportamento-problema apresentado, aplica-se um procedimento (tratamento) e, depois, retira-se esse tratamento, voltando-se, assim, às condições da linha de base. Se o efeito sobre o comportamento desaparece e este retorna aos níveis da condição de linha de base, então, conclui-se que não há interferência de nenhuma variável estranha no processo. O controle sobre a variável independente (VI) é indicado justamente por esse procedimento de reversão. Mas, como retirar um procedimento (um tratamento que foi aplicado a um cliente, por exemplo) para garantir que a manipulação envolvida foi de veras responsável por uma melhora observada? As limitações éticas de tal conduta investigativa são evidentes, pois, na prática, mais importante que a pesquisa é o próprio bem-estar do cliente.

Apesar das habilidades do cientista serem essenciais para a formação do terapeuta, que deve estar sempre preocupado com a validação de seus procedimentos, é necessário estar alerta, no sentido de que a Ciência deve servir ao homem e não subjugar-lo. Ainda que, eventualmente, a reversão pudesse ser realizada em situação clínica, permaneceria uma dificuldade: as condições que determinaram o comportamento muitas vezes são irreversíveis. Por exemplo, uma vez tendo aprendido a ler por um determinado método, não é possível reverter tal aprendizagem, para se testar ou comparar a eficácia de outro método com o mesmo indivíduo.

Em face de tais dificuldades, tanto em relação à ética quanto à própria natureza das respostas muitas vezes irreversíveis, outros delineamentos foram desenvolvidos, tentando-se preservar algum controle sobre as variáveis de tratamento e atender às necessidades da situação clínica. De modo geral, são chamados de delineamentos de

caso único e considerados quase-experimentais (Campbell & Stanley, 1973), pois tomam uma medida do comportamento em questão, antes do tratamento, outra (ou outras) depois, mas não fazem reversão.

No delineamento de linha de base múltipla, por exemplo, algumas respostas (pessoas ou situações comparáveis) são identificadas e as medidas adequadas são tomadas por um determinado tempo, produzindo-se linhas de base. Introduce-se, então, uma variável independente sobre uma das respostas (pessoas ou situações) e se observa qual e quanto de mudança foi produzida nela e nas demais. Quando esta resposta (pessoa ou situação) apresentar estabilidade, introduz-se a VI à próxima resposta (pessoa ou situação) e observa-se a respectiva mudança, mantendo-se o procedimento em seqüência, até que a VI tenha sido aplicada a todos os eventos selecionados (Hersen & Barlow, 1984).

Outro exemplo é o delineamento de critério móvel, onde uma medida do comportamento em questão é tomada como uma linha de base e, a partir dela, observam-se as mudanças do comportamento, com a introdução de exigências (mudança de critério de desempenho) cada vez mais próximas de um comportamento final desejado (Poling et al., 1995).

Há ainda o delineamento conhecido como estudo de caso tipo A-B, que ficou sendo o mais usado em clínica, conforme pode ser constatado por um estudo percentual feito por Ulian e Silveiras (2003) sobre um levantamento de trabalhos a respeito de tratamentos comportamentais do medo, realizado por Barrios e O'Dell (1998), no período de 1920-1998. Foram encontrados 174 trabalhos sobre o assunto, dentre os quais, 45% utilizaram delineamento A-B; 38%, delineamento experimental de grupos; 14%, delineamento de linha de base múltipla; e 3%, outros delineamentos de caso único.

Nos estudos de caso tipo A-B, A representa a fase de observação e medida do comportamento, sem nenhuma intervenção, e B é a fase de tratamento. Tem-se, assim, um ponto de referência (fase A), a partir do qual o efeito da variável tratamento pode ser avaliado (fase B), o que permite alguma possibilidade de relacionar o procedimento utilizado com as mudanças comportamentais.

Entretanto, como o controle sobre a VI (tratamento utilizado) no estudo de caso tipo A-B é precário, é possível que se levantem suspeitas sobre variáveis estranhas que podem interferir no processo, ameaçando assim a validade interna do estudo. Validade interna, segundo Kazdin (1993), resume-se pela pergunta: até onde a intervenção (e não influências estranhas) pode ser considerada explicativa dos resultados? Kazdin (1982 e 1993) fez um levantamento de tais variáveis que poderiam influenciar os resultados de um procedimento às quais ele chamou de “ameaças à validade interna”, das quais estão reproduzidas abaixo apenas as que dizem respeito a delineamentos de caso único:

1. História: a variável história refere-se a qualquer evento (diferente da intervenção) que ocorra ao mesmo tempo em que ela, e que possa influenciar os resultados ou possa justificar o padrão de dados que, de outro modo, seria atribuído à intervenção. Eventos históricos podem incluir: crise em família, mudança de emprego, de professor ou de companheiro, perda de poder ou qualquer outro evento.
2. Maturação: refere-se a mudanças ao longo do tempo devidas aos processos internos do próprio indivíduo. Tais processos podem incluir o envelhecer, o fortalecer, o tornar-se mais sadio, mais esperto ou mais entediado ou cansado;
3. Teste: diz respeito a qualquer mudança que possa ser atribuída aos efeitos da avaliação repetida. O testar, em si mesmo, constitui uma experiência que, dependendo da medida, pode levar a mudanças sistemáticas no desempenho;

4. Instrumentação: qualquer mudança que ocorra no instrumento de medida ou no procedimento de avaliação ao longo do tempo. Tais mudanças podem resultar do uso de observadores humanos cujos julgamentos acerca do cliente ou critério para computar um comportamento podem mudar ao longo do tempo;
5. Regressão estatística: qualquer mudança de uma ocasião de avaliação para outra que possa ser devida à reversão dos escores em direção à média. Se os clientes obtêm escores muito elevados em uma ocasião, seus escores podem mudar em direção à média numa segunda testagem.

Com o objetivo de avaliar a influência dessas ameaças à validade interna num estudo de caso, Kazdin (1982 e 1993) elaborou um processo decisório pelo qual classifica os estudos de caso em tipos I, II ou III, de acordo com as possibilidades que apresentam de eliminação dessas cinco ameaças.

As características presentes ou ausentes nos casos apresentadas por Kazdin (1982 e 1993) podem ser transformadas em perguntas que o clínico deve fazer ao examinar os dados que foram produzidos com sua prática. As perguntas seriam as seguintes: (1) Os dados são objetivos? (2) Houve avaliação contínua das respostas, isto é, há medidas repetidas? (3) Os efeitos da intervenção são imediatos e acentuados? (4) É possível observar estabilidade do problema apresentado? (5) Há múltiplos casos?

Se apenas a primeira questão for respondida positivamente, o estudo de caso é classificado como Tipo I, pois o único cuidado que se tomou foi ter pelo menos uma medida objetiva antes da introdução do tratamento e outra depois, não tendo assim possibilidade de afastar nenhuma das variáveis estranhas, impedindo concluir que foi de veras o tratamento que produziu a mudança de A para B.

Se além do cuidado mínimo tomado no caso anterior, o clínico ainda puder responder a duas outras perguntas, por exemplo, à segunda e à terceira questões, então o

caso poderá ser classificado como Tipo II e as variáveis estranhas relativas à testagem, aos instrumentos usados e à regressão estatística poderão ser afastadas, pois tendo avaliação contínua, medidas repetidas foram tomadas antes da intervenção, e qualquer mudança devida à forma de avaliação já seria observada antes da introdução do tratamento. E observando-se efeitos imediatos e acentuados quando a intervenção é iniciada, pode-se dizer com bastante segurança que tais efeitos foram devidos ao tratamento.

Entretanto, ainda podem restar dúvidas sobre a validade interna do tratamento, pois efeitos da história do cliente e da sua maturação só serão afastados se as questões sobre a estabilidade do problema e a ocorrência de mais casos semelhantes puderem ser respondidas, mesmo que a questão sobre efeitos imediatos e acentuados não o for. Então o caso será classificado como do tipo III, se o clínico responder, neste exemplo, pelo menos às questões 1, 2, 4 e 5.

Observar efeitos imediatos e acentuados permite afastar as variáveis relativas à história e à maturação, mas não completamente, pois alguns problemas mudam por si só (por exemplo, a instabilidade de humor no adolescente ou um caso de depressão bipolar) e assim, uma mudança drástica pode não ser devida ao tratamento. Outro argumento é que algo inusitado e inesperado pode acontecer na vida do cliente (ganhar na loteria ou conseguir um emprego muito desejado) e ocasionar uma mudança abrupta no seu desempenho que também não será devida ao tratamento. Dessa forma, responder sobre a estabilidade do problema é imprescindível para que um caso seja classificado como Tipo III, pois se o problema for estável, pode-se prever sua continuidade no tempo e será possível afirmar que qualquer mudança ocorrida com a introdução do procedimento foi, de fato, devida a ele. Obviamente tal resposta também só poderá ser obtida se uma avaliação contínua está sendo feita.

Se a pergunta sobre efeitos marcantes e imediatos não puder ser respondida, as variáveis História e Maturação só serão totalmente afastadas se houver múltiplos casos, pois seria muito pouco provável que em vários casos houvesse um mesmo evento histórico relevante ou um processo de maturação comum a todos eles.

Conclui-se então, que os estudos de caso do tipo III são mais confiáveis do que os do tipo II e estes mais confiáveis que os do tipo I. Isto porque o número das ameaças que são possíveis de se afastar está na dependência de quais perguntas o clínico pode responder. Resumindo, se apenas a questão sobre dados objetivos antes e depois do procedimento puder ser respondida o caso é do Tipo I, pois não afasta nenhuma das ameaças à validade externa. Se pelo menos mais duas questões, além da primeira, puderem ser respondidas, o caso é do tipo II, pois algumas ameaças serão afastadas. E se, além da primeira, pelo menos mais três perguntas puderem ser respondidas, o caso é do Tipo III, pois todas as ameaças serão afastadas.

Considerando os argumentos apresentados nesta seção conclui-se então, que o delineamento experimental, mesmo o desenho de sujeito único tipo A-B-A e a análise funcional experimental que ele pressupõe, não se aplicam à clínica, especialmente ao atendimento individualizado. Assim, o delineamento de estudo de caso tipo A-B com os cuidados apresentados por Kazdin (1982) é o que será adotado neste trabalho, pois ele parece ser a solução para auxiliar o clínico, analista de comportamento, a ter algum controle sobre o tratamento utilizado, embora não permita estabelecer, de fato, uma relação funcional, isto é, não permite provar que foi o tratamento que levou ao resultado.

A diversidade de termos em análise funcional

Sturmey (1996) fez uma revisão seletiva de pesquisas desenvolvidas de 1981 a 1996, sobre o uso da análise funcional, em diversas áreas da Psicologia, constatando que os termos usados nesse assunto não são uniformes. Há definições totalmente diferentes para um mesmo termo e diferentes termos para um mesmo conceito. Ele identifica, pelo menos, sete conotações para o termo “análise funcional”, que apareceram ao longo do tempo, tendo como ponto de partida a proposta original de Skinner descrita acima.

Segundo Sturmey (1996), além da Análise Funcional Experimental, já comentada na seção anterior, existe também a Análise Funcional Comportamental, que descreve contingências que estão em operação, sem nenhum teste experimental que indique quais variáveis envolvidas sejam realmente aquelas cuja resposta descrita parece ser função. A validade deste tipo de análise é, em geral, estabelecida indiretamente, através dos resultados do tratamento. Estes dois tipos de análise funcional são também considerados por Nelson (1988) e identificados, respectivamente, como Análise Funcional Verificada e Análise Funcional Hipotetizada.

Outros dois tipos de análise funcional, citados por Sturmey (1996), dizem respeito a diferentes atividades desenvolvidas por analistas de comportamento. Um deles pode ser apenas um método genérico de formulação de caso que busca variáveis de controle do comportamento, transcendendo a orientação teórica do clínico, o que significa que qualquer clínico pode buscar variáveis antecedentes e conseqüentes às respostas do cliente. O outro tipo pode ser a simples busca de uma relação, expressa como uma fórmula matemática, meramente descritiva, sem implicação de causalidade, mas, identificando a natureza das variáveis envolvidas como: causais ou correlacionais, modificáveis ou não, importantes em magnitude ou triviais. A análise funcional,

portanto, seria mais probabilista do que determinista. Também seria não-exclusiva, isto é, a relação entre duas variáveis não exclui a relação entre essas e outras variáveis.

Sobre essa relação entre variáveis, Skinner (1953/1978), já levantava a importância dessa interação descrevendo as várias formas de combinação de variáveis na determinação múltipla de comportamentos o que corrobora a natureza dinâmica desse tipo descritivo de análise funcional que pode variar com o tempo. Por exemplo, as variáveis relacionadas com o aparecimento de um problema podem não ser as mesmas do seu desenvolvimento ou manutenção (Haynes & O'Brien, 1990). Evidências empíricas para um comportamento podem ser observadas num momento e, algum tempo depois, com a mudança das contingências, tudo pode mudar. Neste caso, a análise funcional não procura descrever todas as relações entre as variáveis relevantes. Aquelas sem maior importância e que não podem ser modificadas são excluídas, para simplificar o quadro e para identificar as variáveis que podem ser modificadas durante o tratamento. Portanto, a análise funcional pode ser considerada como uma forma idiográfica de avaliação orientada para desenvolver um tratamento individual sob medida (Gresswell & Hollin, 1992).

Mais dois outros tipos de análise funcional, identificados por Sturmey (1996), estão relacionados a diferentes concepções teóricas. A Análise Funcional Eclética explica o comportamento como função de variáveis cognitivo-comportamentais, hipotetizando razões cognitivas (pensamentos disfuncionais, por exemplo) e razões comportamentais (falta de habilidades sociais, por exemplo) para as ações do cliente. Já numa outra concepção, a análise funcional aparece no contexto da discussão do propósito do comportamento, ou seja, a expressão aparece associada com perspectivas que explicam o comportamento em termos de sua finalidade, de suas expectativas, enfim, de fenômenos que estão no futuro.

Por fim, o último tipo de análise funcional identificado por Sturmey (1996) é aquele que pode ser considerado o próprio tratamento. Durante o processo terapêutico, ensina-se o cliente a identificar e modificar os antecedentes do seu comportamento e praticar estratégias alternativas. Assim, trabalha-se com o cliente, no sentido de desenvolver uma análise funcional de seu próprio comportamento e de ajudá-lo a usar a análise funcional para modificar esse comportamento. Segundo Sturmey (1996), este uso da análise funcional, como parte do tratamento, tem sido negligenciado e não se sabe quão importante pode ser esse tipo de visão na determinação do resultado do tratamento.

Ideologicamente, parece desejável que o cliente participe tanto quanto possível do seu próprio tratamento e se torne independente o mais rápido possível. Já em 1953/1978 Skinner comentava que “A terapia consiste, não em levar o paciente a descobrir a solução para o seu problema, mas em mudar o seu paciente, de tal modo, que seja capaz de descobri-la” (p. 361). Goldiamond (1975) recomendava que os clientes deveriam ser incentivados a descobrir sua própria análise funcional em vez de recebê-la pronta do terapeuta. Corroborando esse tipo de análise funcional, de ser ela o próprio tratamento, há na literatura a descrição da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), na qual se enfatiza que o cliente deve observar o próprio comportamento e identificar os estímulos reforçadores e discriminativos associados a ele, descrevendo conexões funcionais, como um objetivo da terapia, embora os próprios autores afirmem que “dados empíricos que confirmem a eficácia da FAP ainda não foram reunidos” (p.205).

Além disso, vários termos referentes à análise funcional, parecem ser usados com o mesmo significado. Por exemplo, Avaliação Funcional é uma expressão que tem sido usada para descrever uma análise completa, isto é, desde a identificação do

comportamento-problema com suas variáveis antecedentes e conseqüentes (hipotetizadas), apresentação da proposta de intervenção, sua execução com monitoramento dos progressos obtidos, até a avaliação da eficácia da intervenção (Follette, Naugle & Linnerooth, 2000). Tal descrição corresponde aos tipos chamados Análise Funcional Comportamental (Sturmey, 1996) e Análise Funcional Hipotetizada (Nelson, 1988), já citados anteriormente, e, ainda, ao tipo Avaliação Comportamental (Lettner, 1995, pp.27 e 29).

Esta última se caracteriza pela identificação das variáveis controladoras (causas) dos comportamentos problemáticos (análise funcional com testagem), pelo entendimento de sua interação funcional (formulação) e pela previsão de comportamento futuro, sob condições iguais ou diferentes, conforme o plano de tratamento, num processo contínuo de testagem de hipótese, desde o contato inicial com o paciente, durante o tratamento até o seguimento.

Há ainda a Avaliação Diagnóstica Comportamental que, apesar de não diferir das demais desse último grupo, as quais têm como característica a avaliação contínua (desde a identificação do problema, passando pela intervenção até o término do tratamento, medindo sempre a sua efetividade), usa o termo “diagnóstico” para “dar maior especificidade de significado ao processo, por ser um termo com tradição na área de avaliação e porque permite incluir a classificação do DSM-IV” (Silvares, 2000, p.16). Com essa mesma intenção Gresswell e Hollin (1992) fazem distinção entre Análise Funcional Idiográfica (análise de casos individuais) e Análise Funcional Nomotética (análise de uma categoria diagnóstica).

Existem outras expressões como: Análise Experimental Extendida (Dally III, Witt, Martens & Dool, 1997, p. 564) e Avaliação Ecomportamental (Delprato, 2002,

p. 194), que enfatizam a contextualização da análise, indicando a importância do aspecto molar da Análise Funcional.

Portanto, às vezes, o termo “análise funcional” significa avaliação, no sentido de identificar as variáveis das quais o comportamento é função e, diante disto, propor uma intervenção adequada, considerando-se que a análise estaria feita até o ponto em que se propõe o tratamento. Seria uma fase de diagnóstico, claramente diferenciada da fase de tratamento, isto é, fatores causais hipotetizados são independentemente verificados, antes de sua manipulação no tratamento (Turkat e Maisto, como citado por Nelson, 1988). Outras vezes, o termo “análise funcional” implica em avaliação e tratamento, isto é, ao mesmo tempo em que se identificam os comportamentos-alvo (respostas, seus antecedentes e conseqüentes), a intervenção já é feita, ensinando-se o cliente a fazer a análise funcional do seu próprio comportamento e/ou aplicando alguma outra técnica específica para o caso em questão. Dessa forma o diagnóstico é contínuo, isto é, não há delimitação entre diagnóstico e tratamento (Follette et al., 2000).

A vantagem da primeira forma (análise funcional com o significado de avaliação) é que o raciocínio funcional fica garantido pela manipulação cuidadosa das variáveis, testando-se as hipóteses causais levantadas e gerando informações que possibilitam a escolha de comportamentos funcionalmente equivalentes aos problemáticos, mas que são mais eficientes que estes. Entretanto, como já foi enfatizado na seção anterior, esta forma tem a desvantagem de se despender muito tempo e dinheiro antes que uma intervenção específica possa ser conduzida, além de não haver garantia de que as variáveis controladoras sejam mesmo as testadas devido ao caráter dinâmico e contextualista do comportamento (Godoy, 1991/1996).

Na segunda forma, (análise funcional como avaliação e tratamento), a validade das variáveis de controle hipotetizadas é geralmente avaliada pelo resultado do

tratamento (Nelson, 1988). Basicamente, é a aplicação dos princípios skinnerianos no fluxo de interações complexas que constituem o processo psicoterápico. Este é entendido em termos de uma interdependência de eventos, pois a interação das variáveis envolvidas (ambientais e comportamentais, enquanto aspectos de um todo abrangente) impossibilita a experimentação propriamente dita, já que não é possível manipular uma variável independente mantendo as outras estáveis, visto que todas são interligadas, inclusive as variáveis do terapeuta na relação do mesmo com o cliente (Segura et al, 1991).

A identificação desses muitos tipos de análise funcional sugere haver, portanto, um uso indiscriminado do termo. Quanto a isto, Andery, Micheletto e Sérgio (2001), analisaram algumas condições que poderiam controlar o uso desse termo e concluíram que são muitas as variáveis que controlam a emissão de tal expressão sugerindo que a própria resposta verbal do analista de comportamento pode variar amplamente - o que indica que as variáveis que controlam esta resposta devem ser distintas e, assim, as atividades que estão sendo descritas pelo termo 'análise funcional' são de fato diferentes. Dessa forma, a afirmação de que fazer análise funcional é a característica distintiva da prática do analista do comportamento não seria muito esclarecedora, a menos que houvesse um consenso a respeito do que, de fato, o analista de comportamento faz.

Um estudo realizado em 1983 por Wilson e Evans (citado por Sturmev, 1996) com 118 membros da AABT (American Association of Behavioral Therapy) dos quais se esperava que pudessem realizar análises funcionais, mostrou não haver concordância nas análises que fizeram de estudos de caso relacionados a distúrbios na infância. Dentre outros resultados, apenas 20% dos terapeutas se referiram a comportamentos específicos e apenas 39% concordaram sobre quais seriam os comportamentos-alvo.

Guilhardi (1987) afirma não haver consenso sobre o que o analista de comportamento faz, por exemplo, quando atende um cliente em terapia. Esse mesmo, autor em 2004, afirma que também “não há unanimidade, mesmo entre os que se denominam terapeutas comportamentais, quanto à definição de Terapia Comportamental, quanto às práticas clínicas empregadas com o cliente, quanto ao referencial conceitual adotado, quanto aos dados de pesquisa utilizados, quanto a metodologia de pesquisa adotada, quanto ao objeto fundamental de estudo, isso somente para citar as divergências mais relevantes” (p. 07).

É possível observar certa semelhança entre essa lista de divergências citada por Guilhardi (2004) e a variabilidade de usos do termo análise funcional descrita mais acima, levando a conjecturar que a mesma constatação feita por Andery, Micheletto e Sérgio (2001) sobre o uso indiscriminado do termo análise funcional, pode ser feita em relação ao termo Terapia Comportamental.

De fato, desde sua origem a Terapia Comportamental tem passado por muitas modificações que podem ser acompanhadas no breve histórico que faz Costa (2002), sugerindo que os modelos de behaviorismos surgidos a partir de Watson sejam os precursores de algumas terapias denominadas comportamentais. De acordo com esse histórico, o termo Terapia Comportamental estaria mais relacionado com o paradigma do condicionamento reflexo de Watson (behaviorismo metodológico). As intervenções envolvendo o condicionamento operante de Skinner (behaviorismo radical) estariam relacionadas com o termo Modificação de Comportamento e as intervenções baseadas nos behaviorismos mediacionais de Tolman e Hull estariam relacionadas com a Terapia Cognitiva. Depois disso, movimentos integracionistas entre o Behaviorismo e o Cognitivismo dariam origem a vários modelos de Terapias Cognitivo-comportamentais. Já “a identificação da Terapia Comportamental com o paradigma reflexo e a da

Modificação de Comportamento com o paradigma operante pode ser um modo impreciso de tratar as mudanças dos modelos clínicos comportamentais” (p. 10).

De fato, o movimento conhecido como Modificação de Comportamento foi uma proposta de intervenção baseada no behaviorismo Radical, bastante difundida nos anos 1960 e 1970, e que produziu técnicas específicas para problemas específicos, muitas delas usadas até hoje. Entretanto esse movimento tendeu a terminar, justamente por se afastar da proposta do Behaviorismo Radical que sempre foi de análise funcional, isto é, de considerar o comportamento como resultado de contingências. Depois de muitas críticas à modificação de comportamento, sendo uma das mais conhecidas, a de Holland (1978), os analistas de comportamento se voltaram para sua tarefa de compreensão do comportamento do indivíduo como um todo, isto é, a compreensão de suas respostas no contexto que as origina e mantém. A aplicação desse conhecimento à área clínica tem sido denominada Terapia analítico-comportamental, que será o termo adotado neste trabalho.

Entretanto outras denominações têm sido empregadas entre os terapeutas que se denominam behavioristas radicais e que serão apresentadas mais adiante como modelos de uso da análise funcional em terapia comportamental, demonstrando que os termos ‘análise funcional’ e ‘terapia comportamental’ embora sejam usados de forma indiscriminada estão certamente relacionados.

Selecionando alguns relatos de autores brasileiros que se denominam terapeutas analítico-comportamentais, observa-se que o fazer análise funcional é uma atividade inerente a este profissional. “É preciso antes de tudo o estabelecimento de uma boa relação de trabalho e uma análise funcional ampla e completa...; o terapeuta sabendo fazer análise funcional dos casos...; O resultado da análise funcional poderia ser mostrado para o paciente; O foco de ensino deve ser como fazer análise funcional”

(Rangé et al., 1995, p. 336, 342 e 343). “O modelo de análise de contingências é muito favorável...; O profissional precisa fazer a análise funcional do caso...; O sucesso do procedimento... depende de... adequada análise funcional...” (Amaral, 2001, p. 280, 283 e 290). “Ao realizar esse trabalho o terapeuta deve fazer análises funcionais...” (Ribeiro, 2001, p. 100). “Escrever a análise funcional é uma habilidade que facilita a formulação do problema...” (Kerbaudy, 2002, p. 150), “Fazer análise funcional enriquece muito o tratamento... ... a análise funcional dá acesso ao sentido do sofrimento do cliente.” (Vandenberg, 2003, p. 110), “Segundo a análise funcional, verificou-se que...” (Marmentine & Novaki, 2005, p. 147).

Ferster, Curbertson e Boren (1968/1982) já ressaltavam que “o psicólogo comportamentalista tem como enfoque principal o que se denomina a análise funcional do comportamento. É o que constitui a relação entre estímulos, comportamento e as conseqüências do comportamento no ambiente.” (p. 17).

Meyer (1998) e Banaco (1999) concordam que o instrumento básico de trabalho do analista de comportamento em qualquer área de atuação e, portanto, também na clínica, é a análise funcional.

Costa e Marinho (2002) corroboram essa afirmação quando comentam que “o termo análise funcional é empregado inúmeras vezes por analistas de comportamento durante atividades científicas, didáticas e de prática clínica” (p. 44) e que “para os analistas de comportamento, independente de onde desenvolvem sua atividade e de qual seja ela, (ensino extensão, pesquisa, administração, prática clínica etc.) a análise funcional ocupa um ponto central” (p. 46).

Assim, ao contrário do que vinha sendo exposto anteriormente a respeito da falta de consenso sobre o que o analista de comportamento faz, as declarações acima enfatizando a importância de se fazer análise funcional, mostram haver concordância de

que essa é sua tarefa primordial, embora raramente os analistas digam como fazê-la ou descrevam o procedimento da análise funcional realizada.

Mesmo entre os terapeutas analítico-comportamentais que apresentam suas propostas e que certamente concordariam que fazer análise funcional é, basicamente, identificar variáveis ambientais que controlam as respostas dos indivíduos, há muitas formulações diferentes. Parece que o problema está em “não existir ainda modelos satisfatórios de como conduzir uma análise funcional em situações não experimentais como a prática clínica.” (Meyer, 1997, p. 32).

Alguns modelos: o que fazem os analistas de comportamento quando dizem que fazem análise funcional?

Muitos modelos de análise funcional foram propostos a partir do modelo original de Skinner, acrescentando elementos conceituais novos à tradicional tríplice contingência, muitas vezes sem uma adequada análise de sua coerência interna com pressupostos comportamentais tradicionais e sua relação com dados vindos da pesquisa básica. Pelo menos dois trabalhos de revisão, Segura et al. (1991) e Garcelán & Hidalgo, 1996) listam tais modelos identificando as variações feitas e indicando o caráter eclético que o procedimento adquiriu, mesclando elementos teóricos do behaviorismo radical com os do behaviorismo mediacional e algumas versões do cognitivismo³.

Todavia, outros modelos foram propostos, mantendo-se a base da tríplice contingência, como todos, mas com a preocupação de manter uma coerência interna com os pressupostos do behaviorismo radical, especialmente quanto à definição de seu objeto de estudo, ou seja, o comportamento. Entretanto, “o behaviorismo radical não trabalha propriamente com o comportamento, ele estuda e trabalha com contingências

³ O leitor interessado deve ler as revisões mencionadas que não serão aqui apresentadas por fugirem aos propósitos deste trabalho que é de examinar os modelos com base no Behaviorismo Radical..

comportamentais, isto é, com o comportar-se dentro de contextos” (Matos, 1997, p. 46). Comportar-se dentro de contextos é “agir sobre ou em interação com o mundo externo... é o movimento de um organismo, ou de suas partes num quadro de referência fornecido pelo organismo ele próprio, ou por vários objetos ou campos de força externos” (Skinner, 1938, como citado por Matos, 1997, p.46).

Matos (1997) faz uma análise minuciosa desse trecho de Skinner que é aqui, em parte, reproduzida: “mundo externo” ou ambiente é o conjunto de condições ou circunstâncias que afetam o comportar-se, não importando se estas condições estão dentro ou fora da pele. “Movimento de um organismo, ou de suas partes, num quadro de referência”, deixa clara a noção de funcionalidade e não de topografia. “Movimento de um organismo”, se refere a uma série de atividades organizadas em relação a um objetivo; atividades que levam a um efeito comum (classe de resposta). O “quadro de referência”, o mesmo que contexto ou ambiente, “deve ser fornecido pelo organismo, ele próprio”, isto é, pelo repertório comportamental do indivíduo (toda sua história de aprendizagem) ou “por objetos ou campos de força externos” (outros organismos e outros eventos ambientais).

Portanto, o objeto de estudo do behaviorismo radical, é uma contingência, isto é, uma relação. As respostas (ações) dependem do ambiente e esse é entendido como tudo o que é externo à ação, mas não ao organismo (Matos, 1997). Em outras palavras, o ambiente pode ser externo ou interno no sentido de ter como ponto de referência o organismo e como delimitador sua pele. Assim, as respostas podem ocorrer tanto dentro do organismo, no ambiente interno (respostas encobertas como pensamentos, crenças, sentimentos – comportamento privado), como podem ocorrer no ambiente externo (comportamento público). O ambiente é o contexto onde as respostas (ações) acontecem. Mesmo que elas aconteçam dentro do indivíduo, isso não lhes dá, segundo o

behaviorismo radical, uma função causal. Quando a resposta ocorre dentro do organismo, ainda assim ela é devida ao ambiente externo. Em alguma instância da análise respostas encobertas podem ter a função de estímulo discriminativo ou reforçador (Tourinho, 1997), mas devem funcionar como “pistas para obtenção de informações que levam a uma análise funcional” (Banaco, 1999b, p. 137). A análise do comportamento é empírica, isto é, observacional (ainda que o próprio indivíduo seja o observador de si mesmo). Observa-se e analisa-se a função dos elementos entre si de forma dinâmica e probabilista. É uma análise de contingência tríplice porque considera sempre, no mínimo, três elementos.

Um modelo básico para a realização de uma análise funcional do comportamento é apresentado em forma de cinco passos por Matos (1999):

1. Definir precisamente o comportamento de interesse. Identificar e descrever o efeito comportamental.
2. Identificar relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse.
3. Identificar relações entre o comportamento de interesse e outros comportamentos existentes.
4. Formular predições sobre os efeitos de manipulações dessas variáveis e desses outros comportamentos sobre o comportamento de interesse.
5. Testar essas predições.

Esses passos listados por Matos (1999), enfatizam a identificação da relação dos elementos entre si, dos elementos da contingência tríplice. Cabe ao analista do comportamento especificar cada vez melhor os elementos dessa contingência.

Meyer (1997) identifica, pelo menos, três dificuldades para cumprir essa tarefa no contexto terapêutico e apresenta algumas propostas para solucioná-las. A primeira

dificuldade diz respeito à identificação da unidade de análise ou à definição de classes de respostas devido à natureza dinâmica e à variabilidade do comportamento, especialmente na prática clínica onde as queixas dos clientes não indicam os comportamentos que devem ser alterados. Faltam instrumentos que identifiquem as unidades de análises mais abrangentes e relevantes. A solução, no momento, seria a busca de uma classe de respostas com a qual lidar durante a terapia. Tal classe deve ser construída durante o processo terapêutico, quando se identificam as regularidades das respostas tanto das características físicas quanto das funções comuns, através da observação direta e dos relatos do cliente.

A segunda dificuldade estaria na identificação de classes de eventos antecedentes e conseqüentes, devido à possibilidade desses estímulos controlarem o comportamento, tanto por características físicas, como por características funcionais, além dos efeitos que várias conseqüências diferentes podem trazer para as respostas analisadas. A solução seria o terapeuta estar atento aos achados da pesquisa básica, especialmente sobre os efeitos de esquemas de reforçamento (múltiplos e concorrentes).

A terceira dificuldade se refere à representação de onde colocar os outros fatores além dos contidos na tríplice contingência (ainda que considerando classes de estímulos antecedentes, classes de respostas e classes de estímulos conseqüentes) que são necessários para a compreensão, controle e previsão do comportamento. A solução seria buscar informações na história de vida (história de reforçamento) para explicar como os estímulos se tornaram discriminativos ou reforçadores. Buscar também informações sobre as condições sociais, econômicas e de saúde, identificando como esses fatores podem estar agindo na determinação do comportamento.

Ao terminar esta lista de dificuldades e possíveis soluções, Meyer (1997) enfatiza que as mesmas se referem a “organização da multiplicidade de dados que

fazem parte das relações funcionais” e que “não são dificuldades com a base teórica do behaviorismo, fornecida por Skinner” (p. 36). Assim, Meyer (1997) também enfatiza a necessidade de se fazer análise funcional e menciona Skinner (1953/1978, p.50) que comenta: “A objeção mais comum a uma análise funcional completa é, simplesmente, que não pode ser levada a efeito, mas o único indício que se tem disso é que *ainda* não foi levada a efeito”.

Considerando essas dificuldades, os modelos mais recentes de análise funcional, que guardam coerência interna com os pressupostos do behaviorismo radical, têm sido modelos descritivos que especificam cada vez melhor os elementos envolvidos com a contingência tríplice, identificando mais eventos antecedentes do que os estímulos discriminativos imediatamente anteriores às respostas. São os estímulos condicionais e contextuais (Sidman, 1986), que estão envolvidos com os conceitos de operações estabelecedoras (Michael, 1993) e de regras e auto-regras (Zettle, 1990). Esses modelos identificam também outros eventos como resposta além da resposta motora expressa, como, por exemplo, os eventos privados, como sentimentos e pensamentos (Tourinho, 1997). E ainda identificam melhor os eventos conseqüentes, com base nos estudos sobre as diversas combinações de esquemas de reforçamento (Catania, 1999).

Dessa forma, o conhecimento produzido na pesquisa básica tem sido aplicado para o desenvolvimento de novos modelos de análise funcional, que na clínica se integram a modelos de atendimento clínico, demonstrando a íntima relação da análise funcional com a Terapia analítico-comportamental. São maneiras diversas de atuar na prática clínica, mas que mantêm um compromisso com o arcabouço teórico-filosófico do Behaviorismo Radical, traduzindo-se em terapias, tais como a “Functional Analytic Psychotherapy” (FAP) de Kohlenberg e Tsai (1991/2001), a “Acceptance and

Commitment Therapy” (ACT) de Hayes e Wilson (1994), ou a “Terapia por Contingências de Reforçamento” de Guilhardi (2004).

Como esses modelos apresentam vários pontos em comum, Vandenberg (2002) faz uma lista de recomendações sugeridas por terapeutas analítico-comportamentais para fazer análise funcional. Segundo Vandenberg (2002, p.39), “trata-se de aplicar as noções skinnerianas na leitura que o terapeuta faz do fluxo de interações complexas que constituem o processo psicoterápico. A tendência geral dessas novas terapias é a de desistir de medidas de frequência de comportamentos topograficamente definidos e privilegiar uma análise discursiva de seqüências funcionais recorrentes”:

1. A análise funcional precisa incluir relações entre relações para se adequar à complexidade da realidade clínica, isto é, precisa examinar como as interações entre terceiros influenciam o comportamento do cliente e como o seu comportamento influencia os dos outros. Portanto é importante questionar sistematicamente a respeito das interações mais amplas dentro da rede social envolvida.

2. É interessante que se tome uma linha de base, isto é, uma medida do que o cliente faz e com que frequência. Mas, não medidas de frequência de comportamentos topograficamente definidos e sim um relato cursivo de seqüências funcionais recorrentes.

3. O comportamento-problema deve ser descrito em termos do que é observável para os outros no ambiente natural em que ocorre, mas os comportamentos encobertos podem dar pistas importantes sobre a história de aprendizagem do cliente e ajudam a entender os determinantes externos com os quais ele manteve contato.

4. É interessante que se definam padrões de comportamentos adequados, juntamente com o cliente (definição de objetivos), mas isto é menos importante do que descobrir em função de quê se quer provocar uma mudança.

5. Considerar as alterações que um novo padrão de comportamento produzirá no ambiente interpessoal do cliente e como estas alterações afetarão o seu comportamento.

6. A análise funcional deve incluir o levantamento dos contextos sócio-verbais, que mantêm o comportamento-queixa do cliente, e outros padrões culturais que modelaram o comportamento da pessoa, pois queixas são socialmente construídas e precisam ser compreendidas como comportamento no contexto da relação terapêutica.

7. A análise funcional deve incluir o levantamento da história de aprendizagem que levou o cliente a produzir a queixa.

8. A análise funcional deve identificar a função que o pedido de ajuda adquire na interação com o terapeuta.

9. A análise funcional deve ser feita a qualquer elemento do sistema sujeito-ambiente, em qualquer momento possível durante o processo terapêutico, pois é um processo dinâmico e contínuo entre diagnóstico e tratamento, próprio à realidade clínica, instável e em contínuo movimento.

10. É interessante identificar quando a resposta começou a ser emitida, mas é mais importante identificar quando entrou em contato funcional com algum aspecto do ambiente.

11. A análise funcional deve incluir o comportamento do terapeuta que é afetado pelo comportamento do cliente, da mesma forma que os repertórios das pessoas que convivem com ele (o terapeuta) o afetam no ambiente natural.

12. A complexidade da análise funcional implica na aceitação de que sempre será incompleta. Implica em aceitar que o processo diagnóstico só termina quando a terapia está encerrada.

Apesar dessa lista de recomendações certamente ajudar na tarefa de fazer análise funcional, ainda não é um modelo sistematizado. A seguir são apresentadas em ordem

cronológica algumas tentativas de elaboração de um modelo sistematizado de análise funcional em clínica.

Segura et al. (1991) apresentam um modelo de análise funcional que inclui o levantamento de variáveis, que elas chamam de disposicionais (seriam aquelas que não fazem parte da tríplice contingência, mas que a afetam), tanto do contexto ambiental onde se insere a pessoa cujo comportamento está sendo analisado como variáveis disposicionais da própria pessoa; e a identificação das respostas (operantes e respondentes) e dos estímulos (antecedentes e conseqüentes), que seriam a tríplice contingência. Elas sugerem então quatro passos para o processo de uma análise funcional:

1. coletar dados de forma exaustiva, neutra e pertinente (fase morfológica).
2. definir e selecionar unidades de análise, identificando a funcionalidade recíproca da resposta junto com a situação de estímulo (interação).
3. levantar hipóteses, identificando valores funcionais e disposicionais dos dados (fase funcional).
4. estabelecer um plano de intervenção identificando em que aspectos do todo se deve intervir para mudar a probabilidade de ocorrência da interação no futuro (fase de por à prova as hipóteses e predições).

Esse modelo de Segura et al. (1991) mostra como a análise funcional em clínica se confunde com o próprio atendimento, corroborando o que já foi comentado anteriormente a respeito da tarefa do terapeuta analítico-comportamental, como sendo basicamente a de fazer análise funcional.

O mesmo pode ser observado na proposta de Hayes e Follette (citado por Neno, 2003). Embora esses autores afirmem que “a análise funcional clássica é essencialmente a arte de analisar um caso individual em termos de contingências funcionais” e que não

há regras de como fazê-la, sugerem que ela pode obedecer a uma metodologia de “avaliar-formular-intervir-avaliar”, constituída dos seguintes passos:

1. identificar características potencialmente relevantes do cliente individual, seu comportamento e o contexto no qual ocorre, através de uma avaliação ampla.
2. organizar a informação coletada no passo 1 em uma análise preliminar das dificuldades do cliente em termos de princípios comportamentais, de modo a identificar relações causais importantes que podem ser mudadas.
3. juntar informação adicional com base no passo 2 e finalizar a análise conceitual.
4. planejar uma intervenção com base no passo 3.
5. implementar o tratamento e avaliar a mudança.
6. se o resultado não for aceitável, retornar aos passos 2 e 3.

Em 1998, Meyer admitia que um modelo de análise funcional tornaria mais claro os elementos principais da análise e facilitaria o processo de mudança, mas como um modelo satisfatório ainda não teria sido desenvolvido, ela sugeria também, a própria seqüência do atendimento terapêutico como uma forma de apresentação da análise do comportamento do cliente:

1. Caracterização do cliente.
2. Motivo da procura (buscar classes amplas de estímulos e respostas e não só analisar as instâncias mais moleculares de interação).
 - ✓ Identificação de uma classe de comportamento central
 - ✓ Identificação de uma classe de antecedentes
 - ✓ Identificação de uma classe de conseqüentes
3. História de vida.
4. Fatores disposicionais.

5. Algumas intervenções.

6. Alguns resultados.

Uma proposta mais sistematizada foi apresentada por Follette et al., (2000), numa seqüência de passos para se conduzir uma análise funcional, lembrando que uma análise funcional bem feita rende um bom resultado no tratamento:

1. Identificar características do cliente (descrição do repertório inicial, atributos positivos, déficits, definição de objetivos).

2. Organizar essas características numa análise dos problemas do cliente em termos de princípios comportamentais.

3. Planejar uma intervenção baseada na avaliação.

4. Introduzir a intervenção.

5. Avaliar os resultados (o que ocorre continuamente durante todo o processo de tratamento).

6. Considerar a avaliação e intervenção como completas, caso os resultados sejam os esperados, ou reformular a análise funcional do caso, se os resultados não foram os esperados.

Costa e Marinho (2002) propõem um modelo de como apresentar análises funcionais em clínica mantendo a concisão das formas esquemáticas de apresentação de dados, de modo a possibilitar a compreensão da análise elaborada, sob a forma de contingências de três termos (antecedentes, comportamentos e conseqüências). As autoras incluem no elo chamado 'antecedentes', aspectos da história de vida do cliente, regras desenvolvidas e respostas encobertas. No elo 'comportamentos' aparecem respostas públicas formando classes de respostas e no elo 'conseqüências' ficam listadas as classes de estímulos reforçadores (positivos e negativos) e estímulos aversivos, imediatos ou não.

Costa (2002) ao definir Terapia analítico-comportamental como a aplicação dos “princípios da Análise do Comportamento no contexto clínico, objetivando identificar e analisar funcionalmente as variáveis externas que estão controlando os comportamentos do cliente, a fim de modificá-los quando desejado” (p. 11), também lista etapas do processo terapêutico que são semelhantes aos passos indicados por Segura et al. (1991) e Hayes e Follette (citado por Neno, 2003) para condução de uma análise funcional:

1. Avaliação: identificar a queixa, coletar dados da história de vida, identificar comportamento-problema e também comportamentos saudáveis, pessoas e situações potencialmente reforçadoras, enfatizando os determinantes atuais dos comportamentos. Estabelecer relação terapêutica.
2. Devolução: formular hipóteses para comportamentos isolados (microanálise) e hipóteses mais amplas para explicar a situação atual do cliente a partir de inter-relações entre seus diversos comportamentos (macroanálise), a partir de análises funcionais.
3. Intervenção: modificar os comportamentos que estão trazendo conseqüências aversivas para o cliente e aumentar a freqüência de comportamentos que produzam conseqüências reforçadoras. Avaliar a efetividade da intervenção.
4. Acompanhamento: proceder a alta do cliente, estabelecendo espaço de tempo entre as sessões até que os contatos sejam feitos apenas por telefone, verificando se os ganhos obtidos durante a terapia se mantêm. Do contrário, sugerir nova avaliação.

Nessas etapas do processo terapêutico sugeridas por Costa (2002) observa-se o que já foi comentado anteriormente: que o processo da análise funcional é negligenciado, isto é, diz-se que faz, mas não se diz como fazer.

Em trabalho mais recente, Meyer (2003) apresenta um procedimento ainda mais sistematizado para a realização de uma análise funcional em clínica. Alguns passos são listados para elaboração da mesma:

1. Identificação do comportamento de interesse, enunciado tanto em termos de ação ou omissão de ação, como em termos de classe de ações, através da observação do comportamento e/ou da obtenção de relatos de outras pessoas.

2. Descrição do comportamento-alvo quanto à frequência, duração e intensidade com que ocorre.

3. Identificação de relações ordenadas entre o comportamento de interesse identificado e as variáveis ambientais, assim como entre o comportamento de interesse e outros comportamentos existentes:

- ✓ Descrição da situação conseqüente verificando se é: a) uma condição reforçadora ou aversiva, b) por apresentação, remoção ou impedimento de algum estímulo, c) grande, provável, imediato ou demorado, d) natural ou arbitrária, ou mediada por alguém (quem?).
- ✓ Descrição da situação antecedente verificando a existência de: a) estímulos eliciadores; b) estímulos discriminativos; c) operações estabelecidas; d) regras e auto-regras; e) eventos encobertos (tomando o cuidado para se identificar se a ocorrência de pensamentos e sentimentos podem ser mesmo considerados antecedentes, isto é, se realmente participam da determinação da resposta. Nunca serão considerados como explicação (causa) do comportamento, embora sirvam como um meio de se saber mais a respeito das contingências nas quais o indivíduo está inserido); f) história de vida (como meio de se identificar padrões de comportamento e não como evento antecedente na contingência tríplice).

- ✓ Descrição das relações entre respostas verificando se existem outros comportamentos que ocorrem antes do comportamento de interesse, ou se a relação de outros comportamentos com o de interesse é de pré-requisito, facilitação ou alguma ocorrência acidental.

4. Introdução de um tratamento com base na identificação das relações ordenadas do item anterior, propondo-se novas contingências ou ensinando o cliente a conduzir a própria análise funcional.

Essas tentativas demonstram uma evolução no sentido de sistematizar a tarefa de elaboração de análises funcionais em clínica, sendo uma contribuição para descrever o procedimento desenvolvido pelo terapeuta analítico comportamental quando faz análise funcional, pois segundo Sturmey (1996), essa é uma área que tem sido negligenciada nas pesquisas clínicas. Esse autor comenta que “pesquisas futuras deveriam investigar a maneira como os clínicos se comportam quando fazem análise funcional, que métodos eles usam e como determinam em que ordem usar esses métodos”, dentre outras decisões que o clínico precisa tomar (p. 202).

Com o objetivo de contribuir para essa sistematização, Sturmey (1996) recomenda que se escreva a análise funcional no decorrer da terapia. Essa prática pode auxiliar a compreensão do problema do cliente, pois ao escrever, ficam claras as variáveis envolvidas, além de treinar o terapeuta a ser conciso na formulação do caso em atendimento e ser uma forma objetiva de apresentar um laudo quando necessário. Sturmey (1996) apresenta uma lista de dez itens para escrever análises funcionais que parecem contemplar os passos descritos nas propostas anteriormente apresentadas:

1. Um limite máximo de 250 palavras.

2. Uma breve descrição demográfica e psiquiátrica do problema, p.e., ‘uma criança de quatro anos de idade com incontinência fecal. A família era composta da mãe (divorciada) e de duas outras crianças’.
3. Pelo menos um ‘comportamento-alvo’ operacionalizado que pode ser um comportamento aberto (p.e., ‘chorar’), cognitivo (p.e., ‘pensamentos recorrentes de desvalorização’), ou fisiológico (p.e., ‘sentimentos de tensão’).
4. Pelo menos um antecedente operacionalizado com exemplos, p.e., ‘sentimentos de desvalorização’ mais freqüentes quando sozinho (de manhã cedo ou tarde da noite) e depois de inassertividade (ceder ao marido), ou declarar ‘antecedentes desconhecidos’.
5. Pelo menos uma consequência operacionalizada com exemplos, p.e., ‘a dor era mantida tanto por reforçadores positivos de natureza primariamente social (p.e., visitas freqüentes ao psicólogo, atenção da família), como por reforçadores negativos (p.e., uso excessivo de ansiolíticos como tranqüilizantes fracos, álcool e analgésicos; evitar dirigir em determinadas situações; e evitar determinadas situações tidas como estressantes)’, ou declarar ‘consequências desconhecidas’.
6. Uma clara distinção entre o início e a manutenção do comportamento que pode ou não exigir análises funcionais separadas, p.e., ‘O estabelecimento do comportamento não pode ser identificado, embora o problema tenha piorado consideravelmente depois que ele mudou de emprego’.
7. Uma breve história incluindo (a) o estabelecimento do comportamento (traumático ou insidioso), p.e., ‘este problema começou por volta dos 15 anos, mas sem um ponto claro de início’; e (b) fatores associados com o aumento ou diminuição da gravidade do problema durante o seu desenvolvimento, p.e., ‘o

controle de sua raiva nunca foi bom, mas piorou consideravelmente depois que perdeu o emprego e se mudou de casa’.

8. Uma descrição dos ganhos secundários relevantes para o delineamento do tratamento, p.e., ‘Assumir o papel de uma pessoa com uma doença misteriosa e incurável dá a ela um *status* considerável entre os familiares e a vizinhança’.
9. Uma descrição das funções dos comportamentos em termos dos propósitos do paciente, p.e., ‘Os sintomas de agorafobia apareceram para manter seu marido em casa mais tempo do que se ela se comportasse de outra forma’.
10. Indicação de um tratamento criado ou um já desenvolvido que seja explicitamente ligado aos itens (3), (4) ou (5), p.e., ‘A terapia racional emotiva foi selecionada para modificar as cognições funcionais que mantêm a depressão’, ou ‘Um programa de modificação de comportamento baseado em Patterson foi usado para mudar os padrões de instrução dados à criança e também para aumentar o uso de elogios pelos pais’.

Esta lista foi desenvolvida com o objetivo de treinar terapeutas iniciantes a fazer análise funcional. Pode funcionar como um guia para lembrar o terapeuta de pontos importantes na determinação das contingências responsáveis pelos comportamentos ou pelas mudanças nos comportamentos.

O primeiro item da lista diz respeito ao número de palavras que o texto da análise funcional escrita deve ter. O número de palavras, nesta proposta, tem o objetivo de ensinar o terapeuta a ser objetivo. De qualquer forma, mesmo que o analista gaste mais palavras do que o exigido por Sturmey (1996), se ele atender aos demais critérios, terá feito uma análise funcional adequada.

O segundo item é uma exigência em alguns modelos de análise funcional e obviamente, é necessária uma breve caracterização da pessoa que está sendo analisada

(sexo, idade, queixa) e do contexto em que será conduzida a análise (família, escola, orfanato, prisão).

Um aspecto comum a todos os tipos e propostas de análise funcional apresentados neste trabalho pode ser considerado como o mínimo exigido para se conduzir uma análise funcional, que é relacionar a resposta aos eventos antecedentes e conseqüentes imediatos. Tal aspecto fica contemplado nos itens 3, 4 e 5, com o cuidado de que tais eventos sejam definidos operacionalmente e exemplificados. Tais itens podem representar uma microanálise de contingências (ver definição desse termo na seção 1.4 deste trabalho mais adiante).

Observa-se que nos itens 4 e 5, Sturmeý (1996) sugere declarar que antecedentes ou conseqüentes podem ser desconhecidos. Tal “recomendação” pode fortalecer a crítica de que os analistas de comportamento muitas vezes não identificam estímulos imediatamente antecedentes ou conseqüentes às respostas e por isso “inventam” sua existência (em referência à crítica feita por Baum, 2003).

Os aspectos levantados nos itens 6 e 7 chamam à atenção para a natureza dinâmica do comportamento e, portanto, da análise, em que se identificam variáveis relacionadas com o aparecimento do problema pelo relato da história de vida que podem ser (e em geral são) diferentes das relacionadas com o desenvolvimento da resposta em questão. Esses itens demonstram a preocupação com aspectos mais gerais, quando buscam os fatores associados com o aumento ou diminuição da gravidade do problema durante o seu desenvolvimento. Entram aí as operações estabelecedoras, regras e auto-regras e outros fatores que podem contribuir para explicar o problema.

Os itens 8 e 9 referem-se a tipos de conseqüências que podem estar acompanhando as conseqüências mais imediatas e observáveis (as do item 5). Seriam estímulos reforçadores mais estendidos no tempo. A conseqüência à qual se refere o

item 8 (ganhos secundários) pode ser tal, que o indivíduo não tenha consciência dela por não verbalizá-la, mas que um outro observador, o terapeuta, por exemplo, pode identificar. Já no item 9, a preocupação é que o analista fique atento a outras conseqüências que o indivíduo já aprendeu e que ocorrem após um determinado comportamento, e, então, emite tal comportamento “consciente” de qual será provavelmente a conseqüência. Estes últimos quatro itens podem se referir a uma macroanálise de contingências (ver definição desse termo na seção 1.4 deste trabalho mais adiante).

Os termos ‘ganhos secundários’ e ‘propósito’ utilizados por Sturmei (1996), são tratados, do ponto de vista do Behaviorismo Radical, com o conceito de operante. “O operante é uma categoria que sofreu um processo de diferenciação, que lhe confere uma relação especial com o meio” (De Rose, 1982). Reforçadores primários (imprescindíveis à sobrevivência) pareados a outros estímulos do ambiente tornam esses estímulos também reforçadores, sendo denominados reforçadores secundários (Skinner, 1953/1978), embora esse termo não tenha a mesma conotação dos chamados ganhos secundários.

O que Sturmei (1996) chama de ganhos secundários são, do ponto de vista do Behaviorismo Radical, estímulos que mantêm os comportamentos, sejam eles, reforçadores primários ou secundários, positivos ou negativos. O comportamento aprendido por contingências pode ser “inconsciente” no sentido que o indivíduo pode não ter conhecimento do comportamento em si e das variáveis que o controlam (Skinner, 1989/1991). São as contingências de reforço que permitem a diferenciação do comportamento e o analista deve estar atento às conseqüências que foram aprendidas pelo cliente, recorrendo à história de vida (de aprendizagem), identificando o tipo de treino discriminativo pelo qual passou o cliente. O comportamento é considerado

proposital no sentido de que o cliente, tendo emitido uma resposta em uma determinada situação e tendo experimentado uma determinada consequência, emitirá resposta semelhante em situação semelhante, evidenciando que a resposta ficou sob controle de estímulos.

Por fim, o item 10 se refere ao planejamento ou escolha de um tratamento baseado na avaliação que vem sendo feita.

Mesmo sem incluir a avaliação dos resultados, a qual deve ser contínua durante todo o processo de tratamento como recomenda quase todos os autores citados aqui, essa lista pode servir de crivo, de modo geral, para avaliar análises funcionais descritivas, de qualquer terapeuta que se proponha a fazer análise funcional. Ela contempla, num conjunto, todos os passos relevantes para uma análise funcional, descritos pelos outros autores de forma fragmentada. Por isso, esses critérios de Sturmey(1996) foram escolhidos como uma escala para avaliar as análises funcionais feitas pelos terapeutas-estagiários que participaram desta pesquisa.

Com base no levantamento feito até aqui, foi possível listar as ações que os terapeutas comportamentais emitem quando dizem que fazem análise funcional. Tais ações parecem compor o que o terapeuta analítico-comportamental faz quando oferece um atendimento clínico. Assim, elas foram descritas na forma de objetivos comportamentais, dando subsídios para que um programa de ensino de Terapia analítico-comportamental fosse elaborado, enfatizando a análise funcional. Esses objetivos comportamentais foram agrupados em classes de objetivos específicos que por sua vez foram agrupados em objetivos gerais e são listados no Quadro I.

Quadro I. Objetivos que definem o processo de atendimento clínico analítico-comportamental.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
<p>1. Identificar comportamento alvo e suas relações com variáveis ambientais.</p> <p>2. Propor e estabelecer novas relações de contingências.</p> <p>3. Avaliar a análise funcional elaborada em função da alteração do comportamento do cliente.</p>	<p>1.1 Identificar dados do cliente relevantes para a análise</p> <p>1.2 Identificar comportamento alvo.</p> <p>1.3 Identificar variáveis antecedentes.</p> <p>1.4 Identificar variáveis conseqüentes.</p> <p>1.5 Identificar relações entre relações.</p> <p>2.1 Definir objetivos terapêuticos.</p> <p>2.2 Intervir junto ao cliente da forma que mais se adequa ao problema do mesmo.</p> <p>3.1. Considerar avaliação e intervenção completas, caso os resultados sejam os esperados.</p> <p>3.2. Reformular a Análise Funcional, caso os resultados não sejam os esperados.</p>	<p>1.1.1 Identificar a queixa.</p> <p>1.1.2 Levantar aspectos da história de vida.</p> <p>1.1.3 Identificar atributos positivos e negativos.</p> <p>1.1.4 Identificar excessos e déficits comportamentais.</p> <p>1.1.5 Levantar reforçadores em potencial.</p> <p>1.1.6 Observar comportamentos expressos na sessão, com o auxílio do relato cursivo identificando seqüências funcionais recorrentes.</p> <p>1.2.1 Decidir se o comportamento alvo é o mesmo comportamento queixa, usando critérios de escolha retirados da literatura.</p> <p>1.2.2 Definir operacionalmente o comportamento-alvo identificando classes de respostas, frequência, duração e intensidade das mesmas.</p> <p>1.2.3 Identificar respostas encobertas relacionadas ao comportamento alvo expresso.</p> <p>1.2.4 Identificar quando (origem da resposta) a resposta entrou em contato funcional com o ambiente.</p> <p>1.3.1 Identificar eventos antecedentes imediatos ao comportamento-alvo, definindo operacionalmente, dando exemplos de tais eventos.</p> <p>1.3.2 Identificar como foram construídas as regras.</p> <p>1.3.3 Identificar fatores que modifiquem o valor dos estímulos reforçadores.</p> <p>1.3.4 Identificar classes de antecedentes.</p> <p>1.4.1 Identificar eventos conseqüentes imediatos ao comportamento-alvo, definindo operacionalmente, dando exemplos.</p> <p>1.4.2 Identificar reforçadores a longo prazo (conseqüências previstas pelo cliente em função das quais age).</p> <p>1.4.3 Identificar classes de conseqüentes.</p> <p>1.5.1 Identificar como relações entre terceiros influencia o comportamento.</p> <p>1.5.2 Identificar como o comportamento do cliente influencia o de terceiros.</p> <p>1.5.3 Identificar o contexto sócio-verbal que mantém o comportamento alvo.</p> <p>1.5.4 Identificar padrões culturais que modelaram o comportamento do cliente.</p> <p>1.5.5 Identificar funções das respostas na interação com o terapeuta.</p> <p>1.5.6 Identificar comportamentos do terapeuta afetados pelo cliente.</p> <p>2.1.1 Identificar em função de quê se quer modificar um comportamento.</p> <p>2.1.2 Prever alterações ambientais que um novo padrão de comportamento produzirá.</p> <p>2.1.3 Prever alterações comportamentais em função das alterações ambientais.</p> <p>2.2.1 Identificar na literatura os diversos tipos de intervenções e técnicas já desenvolvidas.</p> <p>2.2.2 Criar um novo procedimento.</p> <p>2.2.3 Promover condições para que o cliente identifique variáveis antecedentes e conseqüentes às suas respostas na própria sessão (ensinar o cliente a conduzir sua própria análise funcional).</p> <p>3.1.1 Dar alta.</p> <p>3.2.1. Identificar mudanças ou não no comportamento do cliente (efeito comportamental).</p> <p>3.2.2. Relacionar mudanças ou não no comportamento do cliente com os procedimentos utilizados</p>

Análise Funcional ou Análise de Contingências?

De maneira geral, o programa básico de trabalho da análise do comportamento é descrever a relação funcional entre os elementos que compõem seu objeto de estudo - o comportamento - definido como a relação entre três termos de uma unidade mínima: resposta, antecedente e conseqüente (Matos, 1995). A resposta fica na dependência direta dos dois outros elementos. Ela é, então, considerada como a variável dependente. As variáveis independentes correspondem às condições ambientais (antecedente e conseqüente) relacionadas à resposta. As relações entre esses três termos constituem o conceito de contingências de reforço (Skinner, 1969).

A rigor, o termo contingência denomina uma regra que especifica, empiricamente, relações do tipo: “se..., então...”, analogamente à determinação matemática de função, ou seja, $y = f(x)$. Quando os elementos de tal expressão matemática são substituídos por eventos relacionados à conduta, abandona-se o aspecto formal da expressão, tornando-a empírica: $R = f(A)$, onde R é a resposta e A o ambiente. Souza (1997) lembra que esse tipo de relação envolve também uma relação de contigüidade temporal, pois “a interação comportamento-ambiente mais eficaz é aquela em que a conseqüência é contingente a uma resposta” (Matos, 1995, p.144). O termo “contingente”, nesta afirmação, especifica a importância da imediatez da conseqüência para aquisição e manutenção da resposta, embora contingências também se estabeleçam com atraso da conseqüência.

A regra citada acima, está diretamente relacionada com o termo matemático “funcional” que especifica uma relação causal, típica das explicações mecânicas da Física newtoniana. Com o advento da Física Quântica no início do século XX, um novo paradigma trouxe a noção de probabilidade para a explicação dos fenômenos da natureza que foi adotada por Skinner (Chiesa, 1994/2006). A noção de causalidade do

termo “relação funcional”, no Behaviorismo Radical, não é mecânica e sim probabilística, como pode ser constatado quando Skinner (1953/1978, p. 42) discute as variáveis das quais o comportamento é função.

Além disso, o termo também está associado ao reconhecimento da multideterminação do fenômeno comportamental, como esclarece Matos (1995, p.147): “eventos ambientais que precedem sistematicamente uma relação resposta-conseqüente não só afetam, por antecedência, essa resposta, como passam a afetar, por conseqüenciação, outras respostas anteriores. Estas relações múltiplas que se estabelecem entre a resposta e os eventos ambientais (antecedente e conseqüente) chamam-se contingências de reforço”. O termo contingência, portanto, aplica-se às relações de dependência entre eventos ambientais e respostas de um indivíduo. Estas são as que mais interessam ao analista de comportamento e, portanto, ao terapeuta analítico-comportamental.

Embora os termos “análise de função” e “análise de contingências” pareçam ter um mesmo significado, visto que ambos podem se referir às relações de dependências entre eventos ambientais e respostas, esse último é mais coerente com o sistema conceitual e, por isso, mais apropriado para expressar o que caracteriza a prática do analista do comportamento, uma vez que o primeiro termo, “análise funcional”, se refere mais a como proceder em geral, na produção do conhecimento, sem indicar nenhum compromisso com qualquer sistema conceitual, isto é, um termo passível de ser usado em qualquer ciência. Já o termo “análise de contingências” (ou, melhor ainda, “análise de contingências de reforçamento”) fica comprometido tanto com um proceder metodológico, como com certo tipo de conteúdo - o sistema conceitual característico da Análise do Comportamento (Andery, Micheletto & Sérgio, 2001). Dessa forma, na medida do possível, o uso do termo “análise funcional” será substituído neste trabalho

pelo termo “análise de contingências”. Talvez por tradição literária, muitos autores usam o termo “análise funcional” como sinônimo de “análise de contingências”, mesmo não sendo um termo sistematicamente preferível.

Análise de contingências molar ou molecular?

A possibilidade de uma análise funcional completa, mencionada no item anterior, pode remeter à discussão sobre a molaridade e a molecularidade da análise funcional. Esse é um tema que tem gerado polêmica na literatura e pode estar ligado à questão da definição de comportamento ou de qual seria a unidade de análise para o Behaviorismo Radical.

Recorrendo novamente à análise minuciosa feita por Matos (1997) da definição de comportamento dada por Skinner em 1938, qual seja, “comportamento é apenas parte da atividade total, contínua e coerente de um organismo íntegro, envolvido em agir sobre ou em interação com o mundo externo”, a autora deixa claro que a unidade de análise para o Behaviorismo radical é a contingência tríplice, que é o que define o comportamento como a relação entre eventos antecedentes, eventos respostas e eventos conseqüentes. Essa interação é uma abstração, isto é, uma conceituação. É possível observar assim, a natureza molar do termo no sentido de integridade do organismo como um todo, analisado contextualmente. Parte do comportamento, assim definido, é **ação** do organismo que se refere à resposta, ao movimento que ele faz. Essa parte é um evento particular e concreto, discreto e pontual, que tem começo e fim especificados, o que define sua natureza molecular, que é o objeto de estudo da Fisiologia que se preocupa com o funcionamento biológico do organismo, de acordo com Skinner (1990). À Psicologia, ou à Análise do comportamento cabe a preocupação com essa ação interagindo com as circunstâncias que a afetam.

Embora em uma determinada instância de análise essa unidade possa aparecer no singular, isto é, um estímulo, uma ação e uma consequência, é interessante esclarecer que comportamento como unidade de análise só tem sentido no plural, isto é, repetindo, comportamento é a relação entre eventos antecedentes, eventos respostas e eventos consequentes. O plural demonstra que a medida da frequência do comportamento (relação) é um dado fundamental para o analista de comportamento. É a historicidade do comportamento que dá ao analista o contexto necessário para a análise. A contingência tríplice traz em si aspectos históricos, mesmo que bem recentes, pois um estímulo que é ocasião para uma resposta, só o é se tiver sido pareado com outro estímulo que aumente a frequência da resposta. O plural demonstra, portanto, que comportamento é uma classe de eventos interativos que produzem mudanças nas circunstâncias em que ocorrem. Comportamento definido como classe é um fenômeno que se estende no tempo, sem começo nem fim específicos e pode sofrer interrupções pela ocorrência de um evento de outra categoria, mas que frequentemente é retomável (Matos, 1997). Fica então definido que comportamento é de natureza molar enquanto resposta é de natureza molecular.

Embora, tradicionalmente, a literatura apresente a visão molecular como aquela que enfatiza eventos instantâneos e sua contigüidade (proximidade momentânea no tempo) o que seria próprio da unidade de dois termos, o reflexo (Baum, 1994/1999), parece que alguns autores consideram como molecular, as seqüências de eventos momento a momento em um dado contexto; e como molar, eventos cujas propriedades podem ser medidas apenas ao longo de extensos períodos de tempo (Catania, 1999). Ora, “seqüências de eventos momento a momento em um dado contexto” pode caracterizar também a contingência tríplice num episódio comportamental e sendo

assim, a consideração acima estaria em desacordo com a argumentação anterior de que comportamento (contingência tríplice) é de natureza molar.

Catania (1999) lembra que há uma discussão histórica sobre encadeamento. A questão colocada é a seguinte: “o comportamento seqüencial depende de seqüências estímulo-resposta ou de unidades de comportamento, temporalmente estendidas, não redutíveis a tais seqüências”? Talvez não seja necessário se fazer esse tipo de dicotomia. Os analistas de comportamento sempre deram muito valor à história de vida para compreensão do comportamento atual de um indivíduo e a dicotomia acima pode levá-los a afirmar, como o fez Meyer (1997, p. 35) que “a especificação dos três termos da contingência não inclui espaço explícito para o papel desempenhado pela história de vida”. Ora, o que passou na vida de um indivíduo, em qualquer tempo, já é a sua história. Não importa se foi há alguns anos, há poucos dias, ontem ou há poucos instantes. O importante é que tendo acontecido algo (e sempre acontece) se observe como esse acontecimento influencia o comportamento do indivíduo que está sendo analisado. Certamente os acontecimentos ao longo de toda sua vida até o momento em que está sendo analisado foram desenhando, determinando o comportamento atual. Por isso é importante saber os acontecimentos mais remotos. Eles podem ajudar a explicar por que os acontecimentos mais atuais, que certamente têm aspectos dos passados, afetam o comportamento.

Qual o problema em se fazer análises funcionais de episódios comportamentais? O analista de comportamento pode fazer análises seqüenciais encadeadas de unidades mais atuais, uni-las e em algum tempo observar um padrão de comportamento do indivíduo que está sendo analisado e ao mesmo tempo pode fazer análises de episódios mais remotos. Ele estará sempre analisando unidades temporalmente estendidas.

Baum (2003), numa crítica acirrada à visão seqüencial, que ele chama molecular, argumenta que esta sempre apela para construtos hipotéticos, no sentido de providenciar estímulos e reforçadores imediatos quando esses não são aparentes. Esse autor defende um ponto de vista molar para a análise do comportamento, afirmando que a diferença deste para o ponto de vista molecular é paradigmática, isto é, há uma diferença de conceito dos eventos comportamentais. Enquanto a visão molecular identifica eventos comportamentais discretos, momentâneos e contíguos, a visão molar identifica padrões de atividade estendidos temporalmente e correlações. Essa crítica de Baum (2003) parece não contemplar a noção de comportamento como classe de eventos, apresentada anteriormente, o que poderia resolver essa diferença de conceito dos eventos comportamentais que ele menciona, pois não parece que ele esteja se referindo apenas ao elemento resposta, quando fala em “eventos comportamentais discretos, momentâneos e contíguos”, já que menciona a necessidade de “providenciar estímulos e reforçadores imediatos”, deixando claro que está se referindo à tríplice contingência e, portanto não a considerando molar.

Certamente existem dois níveis de análise. No primeiro, a ênfase seria dada ao comportamento-problema e seus determinantes atuais. No segundo, o comportamento problema seria relacionado com outros comportamentos e suas relações não seriam apenas com o ambiente atual, no qual o problema ocorre, mas com outros ambientes do contexto analisado. Talvez fosse interessante denominá-los de microanálise e macroanálise, respectivamente, como o fazem Gonçalves (1990) e Morganstern (1988), corroborados por Silvaes (2000), reconhecendo a importância de considerar esses aspectos da análise funcional, embora esses autores não mencionem nenhuma incompatibilidade dessa terminologia com a anterior. Ao contrário do que faz Baum (2003), não criticam a análise dos ABC's (antecedentes, comportamento, conseqüentes);

antes comentam a possibilidade complementar dos dois níveis de análises. Em outro trabalho, Silveiras (1991) denomina de compreensão funcional a junção desses dois níveis, para que uma análise funcional seja bem feita e, assim, a intervenção clínica seja efetiva.

Parece, então, que os termos molar e molecular não deveriam ser usados para distinguir os níveis de análise mencionados acima, para evitar confusões com o seu uso na análise do funcionamento do organismo, da sua estrutura biológica, como molecular e na análise das relações dessa estrutura com o ambiente como molar. Se esses termos fossem usados apenas para tal distinção talvez não houvesse tanta discussão na literatura sobre análise funcional molar ou molecular, pois obviamente se a análise é comportamental ela será sempre molar.

A importância desse tema sobre os níveis da análise funcional está no fato de que o comportamento parece ser uma rede de inter-relações. As descobertas sobre a infinidade de relações que podem surgir, após a formação da tríplice contingência, permitiram a alguns pesquisadores da área básica da Análise do Comportamento identificar que muitos dos comportamentos dos organismos emergem, surgem ou são gerados a partir da unidade básica da contingência tríplice. Sidman (1986) foi quem ficou com o galardão de ter sistematizado tais descobertas, demonstrando que a unidade mínima pode e deve ser ampliada, especialmente no caso do ser humano, para incluir, não só antecedentes próximos ou de relação direta com o comportamento, chamados estímulos discriminativos (o que estaria no nível de uma análise molecular), mas também aqueles mais remotos, chamados estímulos condicionais e contextuais (que estariam no nível de uma análise molar).

A consequenciação diferencial está sempre agindo, selecionando comportamentos por reforçamento ou punição (Matos, 1995). A pesquisa básica tem

demonstrado quanto os organismos são sensíveis às conseqüências de seu próprio comportamento. Essa sensibilidade pode depender das propriedades moleculares, entre as respostas e as conseqüências, ou das propriedades molares de taxas de respostas e conseqüências ou até de ambas as propriedades, em combinação (Catania, 1999, p.186).

Isto permitiu aos analistas do comportamento buscarem causas mais distantes para a explicação do comportamento atual, levantando dados na história de vida e em outros fatores chamados disposicionais, que podem afetar a interação. Segura et al. (1991) se referem a esses fatores como condições do organismo e do ambiente que “afetam”, “tornam mais provável” ou “dispõem a favor ou contra” a ocorrência da interação. Como variáveis disposicionais específicas do indivíduo elas incluem: a história de condicionamento e as condições de privação e saciação. Como variáveis gerais ainda relacionadas com o indivíduo elas citam: condições do organismo (integridade dos órgãos para manter contato com o meio, fase do desenvolvimento, doenças, vícios), a história intercomportamental (repertórios básicos de habilidades, possibilidade de reforçadores, efetividade de reforçadores). E como variáveis disposicionais do ambiente, elas incluem o meio social, o contexto imediato, o contexto amplo e os valores sociais.

A importância da investigação de tais fatores é que eles podem estar agindo sobre a contingência tríplice, em análise, envolvendo o comportamento-problema apresentado no momento pelo cliente, sobre o qual é necessário intervir. É importante que o terapeuta compreenda os processos de aprendizagem e esteja atento aos fatores disposicionais que agem sobre a contingência tríplice. Assim, justifica-se que o analista do comportamento faça, de forma concomitante, os dois tipos de análise funcional: o molar e o molecular, ou, como talvez seja preferível e será adotado neste trabalho, micro e macro análises de contingências.

1.2 A formação do terapeuta analítico-comportamental

Saber o que ensinar, definir objetivos e propor um programa de ensino é básico para o supervisor. Sua tarefa principal é dar condições ao estagiário de desenvolver ou adquirir as habilidades necessárias a se tornar um terapeuta. Segundo Skinner (1969) “ensinar é organizar contingências de reforçamento que facilitem o aprendizado... Os professores sempre planejaram contingências efetivas quando ensinaram com êxito, mas eles têm maior probabilidade de assim fazê-lo se eles entendem o que estão fazendo” (p. 185).

É importante que o professor tenha acesso ao conhecimento desenvolvido na sua área (área do ensino). Mas é importante também que identifique qual a sua postura filosófica diante dela. Segundo Antoniazzi (1992), a educação é um instrumento de manutenção e transformação social. Toda proposta pedagógica tem pressupostos e proposições filosóficas. Serpa (1991) propõe a pedagogia da práxis, onde o diálogo, a história e a problematização são aspectos essenciais. É a pedagogia que considera o conhecimento que o educando traz consigo, havendo uma permanente relação entre educador e aprendiz, tendo sempre presente o processo histórico de produção do conhecimento e o levantamento de questões e dúvidas constantes sobre este conhecimento. “Um aluno aprende sem ser ensinado, mas ele aprende mais eficazmente sob condições favoráveis” (Skinner, 1969, p. 185).

Rangé et al. (1995) afirmam que uma das dificuldades no treino de terapeutas é a falta de definição dos comportamentos que caracterizam um profissional como um terapeuta comportamental. Apesar disso eles apresentaram uma proposta de programa de estágio para formação de terapeutas comportamentais que foi chamada por eles de “integração das propostas universitárias” e que consiste basicamente em (1) parte teórica (ênfatisando os princípios básicos de aprendizagem como indispensáveis e

análise funcional como fundamental), (2) treino de entrevista em *role-playing*, (3) parte prática (exposição a atendimentos), (4) supervisão e (5) elaboração de relatório (relato de caso em monografia).

Ulian (2002) utilizando esse modelo de programa relatou sua experiência com a formação de dois terapeutas comportamentais, constatou a necessidade de um perfil do terapeuta comportamental para que um programa com esses itens pudesse ser mais eficiente.

São muito poucos os trabalhos que se dedicam a caracterizar as habilidades terapêuticas. Mesmo a tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento elaborada por Zamignani (2001) ou a identificação de algumas ações do terapeuta analítico-comportamental em sessões de ludoterapia realizada por Del Prette (2006), não apresentam as categorias de comportamento do terapeuta de forma sistematizada para que um programa de ensino possa ser baseado nelas.

As propostas que existem sobre a formação do terapeuta comportamental enfatizam que: informações teóricas, prática em atendimento e supervisão são fundamentais para a formação do terapeuta comportamental. Além de discorrer sobre esses aspectos, Guilhardi (1987) recomenda também que o aprendiz de terapeuta seja preparado para responder simultaneamente a vários outros grupos de contingências, dentre elas as geradas pela relação terapêutica, a que deve responder submetendo-se a uma terapia pessoal, no que concorda Kerbauy (2000), afirmando que a submissão a uma terapia individual auxilia o terapeuta-estagiário a desenvolver ou adquirir alguns dos comportamentos imprescindíveis ao atendimento dos clientes.

Outro grupo de contingências às quais pode estar submetido o terapeuta, segundo Guilhardi (1987), são as geradas pela comunidade científica a que deve

responder compartilhando através de relatos de caso o conhecimento adquirido no exercício clínico.

A respeito deste último ponto, Silvaes, Meyer, Goyos, Gongora, Herzberg & Motta (1996) vêem a formação do terapeuta em duas etapas distintas: a etapa da graduação, que seria profissionalizante, e a etapa da pós-graduação, que seria mais voltada para a pesquisa. O conhecimento atualizado das práticas clínicas investigadas e de pesquisas geradas por elas revertem à atuação prática. E isto é extremamente importante para a formação, pois atualmente parece haver uma desvinculação entre o que se aprende nas disciplinas chamadas teóricas e as habilidades necessárias aos atendimentos clínicos.

Preocupada com este aspecto, Silvaes (1997) descreve sua ação pedagógica partindo da premissa de que para ser um bom clínico é preciso ter habilidades semelhantes às dele e, assim, dá mais ênfase ao aspecto prático na formação do terapeuta de forma que o aprendiz entra em contato logo cedo com o cliente, porque faz parte de uma equipe em que estudantes de vários níveis estão atuando. O contato, mesmo que indireto através de observação de vídeo em que os estudantes mais graduados atuam, e/ou a participação das sessões de supervisão quando o supervisor deve manter íntima proximidade com o trabalho do aprendiz (observando diretamente ou examinando relatórios), faz com que o aluno passe por um processo de modelação e modelagem de forma realmente “artesanal e gradativa” na direção de comportamentos finais desejáveis e desejados.

Essa descrição de Silvaes sobre o procedimento de formação é mais operacional do que descritiva como as propostas de formação encontradas na literatura, embora não apresente resultados de forma sistematizada, isto é, observa as mudanças nos comportamentos dos terapeutas iniciantes, mudanças estas ligadas diretamente aos

procedimentos usados, mas não descreve comportamentos de entrada e os finais, o que daria ao trabalho maior cientificidade.

Poucos trabalhos descrevendo programas de treinamento de habilidades específicas, como o treino para entrevista clínica inicial (Gongora, 1995) e de habilidades elementares, como o treinamento da habilidade empática (Falcone, 1998) e a condução de atividades lúdicas (Silveira, 2002), foram realizados demonstrando a aquisição e o desenvolvimento de comportamentos terapêuticos relevantes e desejáveis ao terapeuta analítico-comportamental, mas não são trabalhos que descrevam o conjunto de habilidades necessárias ao atendimento terapêutico do início ao final.

Existem muitos trabalhos, que versam sobre como deve ser um terapeuta, quais devem ser suas atitudes, como deve reagir às diversas situações, quase todos num tom de aconselhamento e de relatos de experiências próprias sobre como ensinar a ser terapeuta, mas sem resultados concretos a respeito de como se comportaram os estudantes ao final do estágio, e menos ainda, como estavam os profissionais depois de algum tempo de formados.

A seguir são descritas algumas dessas prescrições do que seria necessário para a formação do terapeuta analítico-comportamental.

Habilidades necessárias

A constatação de que fazer análise de contingências é a habilidade básica do terapeuta analítico-comportamental levou, no item 1.1 desta Introdução, à identificação, de quais eram suas ações quando dizia fazer tal tarefa. Certamente a melhor forma para essa identificação teria sido a observação direta do comportamento do terapeuta experiente, que obtém bons resultados terapêuticos com seus clientes, para que se pudesse aprender com ele, à semelhança do que fez Ferster (1968/1979) relatando a sua

experiência de sistematização do procedimento usado por uma atendente num internato para crianças autistas e esquizofrênicas. Diz Ferster (1968/1979): “Miss Simmons não era capaz de instruir verbalmente outros membros da equipe, que também não eram capazes de aprender apenas observando-a” (p. 21). Ferster (1968/1979) comenta que ele foi capaz de fazer uma análise funcional da interação dela com as crianças, mas que “jamais poderia tê-la planejado”. Ferster (1968/1979) pôde descrever como a atendente fazia e assim pôde planejar “um curso para produzir terapeutas mais eficientes e engenhosos”.

Admitindo que a observação direta do que fazem os terapeutas analítico-comportamentais experientes e bem sucedidos seria de difícil execução, e admitindo também, que, ao contrário da atendente do relato de Ferster (1968/1979), os terapeutas analítico-comportamentais sabem relatar o que fazem, foi possível levantar os objetivos listados no Quadro I.

Esses objetivos enfatizam a habilidade básica do terapeuta analítico-comportamental que é a análise de contingências, como já foi dito. Entretanto, a formação desse profissional contempla dois outros conjuntos de habilidades, que Meyer e Vermes (2001), numa revisão sobre relação terapêutica chamaram de comportamentos do terapeuta e características do terapeuta.

No primeiro conjunto estariam as habilidades de observar sistematicamente, reforçar diferencialmente, solicitar e dar informações, além de orientar (para uma ação, para mudanças de contingências, para reflexão, para execução de tarefas), que poderiam ser consideradas mais técnicas. No segundo conjunto estariam incluídas habilidades que poderiam ser consideradas características pessoais ou habilidades sociais, tais como empatia, aceitação incondicional e irrestrita, compreensão, autenticidade (Hackney e Nye, 1977 e Kerbaux, 2001), ser acolhedor (Banaco e Martone, 2001); intimidade,

abertura, vulnerabilidade, honestidade, consciência e presença (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001); empatia, afeto, compreensão, aceitação, diretividade, questionamento (Conte e Regra, 2000); postura corporal, tom e velocidade da voz, contato visual, expressão facial, expressão de sentimentos (Silvares, 1997); ser persistente, paciente, resistente à frustração, não se envolver pessoalmente, ser descentrado, animado, otimista, dinâmico, carismático, líder e ter equilíbrio emocional (Rangé et al., 1995).

De acordo com Meyer e Vermes (2001), ao desenvolver tais habilidades o terapeuta torna-se responsável pela construção da relação terapêutica, que pode ser uma habilidade semelhante àquelas que Banaco (1993) considera mais difíceis de serem discriminadas por envolverem comportamentos encobertos, tais como os pensamentos e os sentimentos do terapeuta no momento do atendimento. Por isso é natural que terapeutas iniciantes apresentem dificuldades no estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

Formação teórico-filosófica

Kerbaui (2001) apresenta uma lista de dez itens a respeito dos comportamentos fundamentais na formação do terapeuta, dentre os quais o primeiro é a aprendizagem de conhecimentos teórico-filosóficos (princípios básicos e técnicas). Tais conhecimentos podem ser os que foram reunidos em uma lista de conteúdos essenciais para o treinamento de analistas do comportamento, elaborada por Shook, G. Hartsfield, F. e Hemigway, M. (1995), que consiste basicamente nos princípios de aprendizagem necessários ao atendimento terapêutico, considerando que o objetivo último da terapia analítico-comportamental é ensinar o cliente a fazer a sua própria análise de contingências. A importância de uma sólida formação teórica já foi enfatizada no início

desta Introdução, quando foram citadas as palavras de Skinner (1953/1978, p. 23): “Confusão na teoria significa confusão na prática”.

Certamente atento a essa recomendação, Guilhardi (1987) defende o ponto-de-vista de que o melhor seria preparar o aluno mais com o método que produz o conhecimento do que com o uso do conhecimento. Ele faz um alerta ao mau uso das técnicas, o que pode ter caracterizado erroneamente o terapeuta comportamental como aquele que faz uso de técnicas. Esclarece que o mais importante não é a aplicação da técnica, mas a sua função. Igualmente, Banaco (1999) afirma que o uso de técnicas só é viável se quem as aplica entende por que está fazendo. A técnica precisa ser exercida por quem tenha conhecimento teórico.

Formação prática

Ainda em referência à lista apresentada por Kerbauy (2001), mencionada no item anterior, aparece: estagiar e ter as sessões de atendimento gravadas em vídeo para observar o cliente e assistir ao próprio desempenho, comportamento também apontado por Guilhardi (1987) que é enfático quanto ao aspecto prático do treinamento, quando diz que a condição essencial para se tornar um terapeuta é ter experiência, ter vivência clínica. Banaco (1999) também enfatiza que o terapeuta precisa saber fazer análise funcional pela vivência terapêutica.

Corroborando essas habilidades, Teixeira (2002) as complementa afirmando que o analista deve observar, ouvir e ler registros precisos e sistemáticos que possam ser examinados repetidamente. Esses registros podem ser as gravações das sessões em vídeo ou auditivas que ele mesmo faz atendendo seu cliente, outras gravações de sessões disponíveis em vídeo ou transcritas, e relatos de casos escritos por completo.

Segundo (Banaco, 1993) as habilidades identificadas em seção acima podem ser adquiridas por seguimento de regras, modelagem e modelação. Esses são procedimentos já descritos pela pesquisa básica (Catania, 1999) e aplicados em situações de ensino. Considerando a definição de comportamento já apresentada nesta Introdução, pode-se dizer que as habilidades que o terapeuta deve demonstrar são respostas que devem estar sob controle de estímulos.

“Quando a musculatura vocal da espécie humana ficou sob controle operante, as pessoas se tornaram capazes de dizer e demonstrar a outrem o que fazer” (Skinner, 1989/1991, p. 46). Isso significa que uma das formas do terapeuta-estagiário aprender o que fazer quando estiver atendendo um cliente é pelo comportamento verbal de um terapeuta experiente dizendo o que faz ou escrevendo sobre o que faz. Dessa forma o conhecimento sobre a prática do terapeuta pode ser um conhecimento do tipo declarativo “saber sobre” (Baum, 1994/1999), geralmente adquirido nas duas primeiras fases da proposta de programa sugerida por Rangé et al. (1995) mencionada anteriormente. Banaco (1993) dá exemplos dessas regras ensinadas pelos supervisores e comenta que podem ser benéficas para a relação terapêutica.

De fato, o comportamento governado por regras, isto é, aquele que fica sob controle de estímulos verbais que especificam contingências, tem importância crucial na formação prática do terapeuta, que, enquanto comunidade verbal do seu cliente, também ensinará regras. Ao ter o comportamento modelado por regras o terapeuta-estagiário estará também tendo modelo para os tipos de perguntas que fará ao seu cliente, induzindo-o ao autoconhecimento quando perguntar sobre suas ações e as variáveis das quais são função (Zettle, 1990).

Entretanto, conforme declara Teixeira (2002) “não se pode aprender a analisar contingências com esmero através de regras ou compêndios... somente interagindo com

eventos comportamentais reais é possível desenvolver o repertório comportamental de um analista do comportamento talentoso” (p. 2). Portanto, na terceira fase do programa proposto por Rangé et al. (1995), quando o terapeuta-estagiário fica exposto às contingências de reforçamento da sessão terapêutica, seu comportamento é modelado por essas contingências e pelo treino discriminativo que a supervisão oferece. Dessa forma o conhecimento sobre a prática do terapeuta é do tipo operacional “saber como”, conforme denomina Baum (1994/1999). Todavia, esse comportamento modelado pelas contingências, muitas vezes é “inconsciente”, no sentido que o indivíduo pode não ter conhecimento do comportamento em si e das variáveis que o controlam (Skinner, 1989/1991). Nesse caso e para o caso de comportamentos encobertos do terapeuta que ocorrem na situação de atendimento, já mencionados anteriormente, o processo de discriminação só é possível com a supervisão (Banaco, 1993).

Supervisão

Campos (1995)⁴, autor de abordagem cognitivo-comportamental, faz uma revisão sobre modelos de supervisão e identifica pelo menos dois: o modelo desenvolvimentista (onde a relação do supervisor com o estagiário é pedagógica) e o modelo chamado tradicional, convencional, em que a relação supervisor-supervisionado é clínica. Esse mesmo autor mostra a supervisão como um de dois recursos usados para a formação de terapeutas. O outro recurso, mais usado por abordagens psicanalíticas, considera que a formação do terapeuta se dá basicamente pela própria terapia pessoal.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001), embora tenham origem psicanalítica e defendam a terapia pessoal como recurso para a formação, têm sido bastante aceitos

⁴Luís Fernando Lara Campos em sua tese de doutorado intitulada “Supervisão em Psicologia Clínica: Critérios, Condutas e Modelos de Supervisão”, faz uma revisão exaustiva sobre supervisão remontando ao séc. XV.

entre os terapeutas de abordagem comportamental que geralmente adotam o modelo desenvolvimentista de supervisão. O procedimento de supervisão sugerido por aqueles autores envolve vivenciar durante a supervisão os aspectos de uma relação interpessoal que descrevem em sua Functional Analytic Therapy (FAP). Mas, além disso, eles afirmam que a observação direta através de espelho unidirecional é a melhor forma de supervisão e que o foco na supervisão é o desenvolvimento de habilidades clínicas no supervisionado e como as questões pessoais têm impacto no seu trabalho.

Becker (2002) afirma que a supervisão clínica é a atividade mais importante na formação do terapeuta analítico-comportamental e analisa as contribuições da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) na relação supervisor-supervisionado, concluindo que tal relação pode servir de modelo para o estagiário quando o supervisor leva o supervisionado a analisar seu próprio comportamento, tornando-se um terapeuta “terapeutizado”, esclarecendo que os aspectos em análise do comportamento do supervisionado são aqueles que podem influenciar o atendimento ao cliente. Outro aspecto dessa relação supervisor-supervisionado é que ela pode ser um obstáculo para a formação se o supervisor for uma audiência punitiva, ficando o comportamento do estagiário mais sob controle do supervisor do que da sessão terapêutica que conduziu.

Ficar sob controle do supervisor mais do que da situação terapêutica pode ocorrer mesmo que o supervisor não seja uma audiência punitiva. Por isso Guilhardi, desde 1987, comenta que esse tipo de supervisão, em que o aluno traz o seu relato de como foi a sessão e descreve aspectos de sua interação com o cliente, pode ser pouco produtora ou até mesmo inadequada. Primeiro porque é uma contingência verbal pouco conhecida e depois porque o estagiário está claramente sob duas contingências: a da sessão e a da supervisão. Muito provavelmente ele não tem experiência suficiente

para identificar certos aspectos da situação que seriam cruciais para o desenvolvimento do cliente e o seu próprio.

Assim, Guilhardi (1987), da mesma forma que Kohlenberg e Tsai (1991/2001), afirma que a supervisão deve ser feita ao vivo, isto é, ou o supervisor assiste às sessões do estagiário através do espelho, ou através do vídeo. E não só ele, mas também os demais estagiários para que o terapeuta-estagiário que foi observado possa ter um retorno adequado de seu desempenho e o cliente seja bem atendido. Quanto a esse aspecto, corrobora Kerbauy, em Rangé et al. (1995) que, ao descrever um procedimento de ensino semelhante, afirma que ele “dá segurança ao terapeuta-estudante e garante um atendimento de alto padrão para o cliente”.

Esse tipo de supervisão pode, de fato, favorecer o treino discriminativo para identificar certos aspectos da situação de atendimento que certamente passariam despercebidos apenas com o relato verbal do supervisionando. Isso pôde ser demonstrado por Zamignani (2000) quando estudou o processo de supervisão clínica pela análise de três sessões terapêuticas em seqüência e duas sessões de supervisão ocorridas entre elas. As sessões foram gravadas e transcritas e a partir delas foram analisadas seqüências de relato verbal. O autor pôde observar que a supervisão imediatamente após a sessão observada pelo supervisor e os outros terapeutas-estagiários oferecia um treino discriminativo que permitia ao supervisionando identificar não só aspectos relativos ao cliente, mas também aspectos da sua própria história que apareciam na interação com o cliente, modificando o comportamento do terapeuta na sessão seguinte.

Moreira (2001) analisou a interação verbal entre um supervisor e um terapeuta em uma supervisão de terapia analítico-comportamental, em que as sessões de atendimento do terapeuta eram observadas através de um espelho unidirecional e

imediatamente após a sessão a supervisão era feita. Nesta o supervisor descrevia o comportamento do terapeuta, o comportamento do cliente e a relação entre os dois. Apresentava análises da relação e dava sugestões de respostas futuras que funcionavam como regras para o terapeuta, que passou a apresentar o mesmo padrão de comportamento do supervisor. A pesquisadora observou também que o supervisor ficou mais sob controle do que observava diretamente do que pelo relato do terapeuta, o que acabou modelando o comportamento do terapeuta de fazer descrições e interpretações do seu próprio comportamento.

Recursos como esses de gravações em áudio ou em áudio-visual e salas de atendimento com espelho unidirecional têm sido usados pelos supervisores em clínica analítico-comportamental com o objetivo de oferecer condições adequadas ao ensino das habilidades essenciais ao terapeuta analítico-comportamental, mas faltam pesquisas para demonstrar com precisão o que torna uma supervisão efetiva (Moreira, 2001).

1.3 Problema e objetivos da pesquisa

As considerações feitas nos itens anteriores a respeito da análise de contingências como sendo a tarefa básica do analista de comportamento e, portanto do terapeuta analítico-comportamental revelam a falta de sistematização dessa prática clínica e, talvez por isso, falem também descrições de programas de ensino da mesma.

Aquelas considerações fortalecem a constatação do problema conceitual que o termo “análise funcional” tem enfrentado, ao longo do tempo, com questões referentes à própria definição (análise funcional ou análise de contingências), à abrangência da análise (se molar, molecular, micro ou macroanálise), à estrutura da mesma (se experimental ou descritiva) e às suas aplicações (se a uma forma de diagnóstico ou a uma forma de intervenção). Fortalecem também a constatação de que existem poucos

trabalhos que mostram resultados concretos a respeito de como se comportaram os estudantes ao final de um estágio em que se pretende ensinar a fazer análise de contingências.

Visando contribuir para o preenchimento dessas lacunas no conhecimento sobre o uso da análise de contingências na formação do terapeuta analítico comportamental, este trabalho pretende:

1. Apresentar uma proposta de sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental, enfatizando a análise de contingências como sua habilidade básica.
2. Analisar o procedimento da análise de contingências, avaliando a eficácia de um programa de ensino dessa habilidade pelos critérios propostos por Sturmey (1996) para escrever análises funcionais.
3. Analisar o processo da análise de contingências, avaliando a efetividade do programa de ensino proposto por meio da atuação do terapeuta-estagiário no atendimento de um cliente.

MÉTODO

Um programa de estágio em clínica analítico-comportamental, enfatizando a análise de contingências como a habilidade básica, foi desenvolvido a partir do levantamento feito na literatura sobre o que os terapeutas comportamentais fazem quando dizem fazer análise de contingências. A metodologia de intervenção, no programa de ensino, envolveu procedimentos derivados da Análise do Comportamento com técnicas de reforçamento diferencial, modelagem, treino discriminativo, modelação e ensaios comportamentais. Foi desenvolvido um procedimento para analisar tanto a eficácia como a efetividade do programa.

2.1 A elaboração do programa de ensino de análise de contingências

No levantamento feito na literatura sobre o que os terapeutas comportamentais fazem quando dizem fazer análise de contingências, foram especialmente consideradas as descrições de exemplos de como realizavam suas análises, inclusive os passos explicitados para condução de tal tarefa possibilitando o levantamento dos objetivos que definem o processo de atendimento clínico analítico-comportamental. Foram definidos, os objetivos gerais, específicos e comportamentais do programa, de acordo com os passos explicitados na literatura. De acordo com esses objetivos foi escolhido o material bibliográfico a ser usado no estágio e definidos os pré-requisitos, os critérios de avaliação e carga horária para cada objetivo proposto (Apêndice 1).

Adaptação dos casos clínicos analisados pelos alunos

Foram selecionados, na literatura, casos clínicos, cujos autores tenham dito explicitamente que fizeram a análise funcional ou análise de contingências dos mesmos.

Esse foi o critério principal de tal seleção. Mas outros critérios foram também importantes, como a quantidade de informações dadas pelo autor-analista, para que os alunos tivessem dados suficientes para a análise, e o tipo de caso, isto é, casos de diferentes populações clínicas – adultos, crianças e adolescentes, com diferentes problemas, para que os alunos tivessem conhecimento da diversificação e possibilidades da aplicação do procedimento.

Esses casos foram reescritos, com a devida autorização dos autores. Foram feitas algumas adaptações necessárias ao curso, pois a apresentação dos mesmos se deu em duas partes. A primeira constou apenas das informações obtidas pelo analista a respeito do caso ao longo das sessões realizadas, sem as análises feitas por ele. Esta parte foi entregue aos alunos para que eles fizessem uma análise de contingências de acordo com os critérios oferecidos no curso. Depois desta atividade, os alunos receberam a segunda parte do relato do caso, que era a análise elaborada pelo autor, para que eles pudessem avaliá-la, de acordo com os critérios de Sturmey (1996)⁵, e também compará-la com a análise, daquele caso, que eles mesmos tinham elaborado anteriormente. A título de exemplo, um dos casos clínicos adaptado está no Anexo 2.

2.2 Intervenção

A consecução dos objetivos deste trabalho envolveu a coleta de dados (análises por escrito e dados de observação direta dos comportamentos dos estagiários a cada sessão de atendimento) em contexto de aplicação do programa de ensino elaborado.

Participantes

Participaram desta pesquisa oito estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Quatro deles não tinham tido ainda experiência

⁵ Um resumo dos critérios de Sturmey (1996) apresentados na Introdução aparece no Anexo 1 em folha A3 para que seja desdobrada colocando à mostra a lista dos critérios para que fique paralela à página que está sendo lida, facilitando o acesso do leitor aos critérios mencionados.

em atendimento clínico. Os outros já haviam cumprido a disciplina Estágio I, sendo que um deles havia feito o estágio em clínica psicanalítica e os outros três em clínica comportamental. Todos os participantes demonstravam interesse notório pela abordagem comportamental, inclusive o que tinha feito Estágio I em outra abordagem, mas que participava das discussões do grupo de estágio em clínica comportamental. Isso foi importante porque mostrava a motivação dos estagiários em relação aos pressupostos filosóficos da Análise do Comportamento, minimizando discussões epistemológicas, que não foram centrais no programa proposto para o treino em análise de contingências. Como metade do grupo era composta de estagiários inexperientes e a outra de estagiários com pelo menos um semestre letivo de experiência em atendimento clínico, eles foram divididos em dois grupos de acordo com a experiência, denominados Estágio 1 e Estágio 2 respectivamente. Foi pedido aos estagiários que assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido para que participassem da pesquisa (Anexo 3).

Situação

As atividades práticas do programa de estágio foram realizadas nas dependências da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, numa sala do Serviço de Psicologia, com proteção acústica, mobiliada com mesa, cadeiras, almofadas e um armário. A sala foi equipada com espelho unidirecional e sistema de gravação, com câmera localizada em lugar estratégico e sistema de sonorização com microfone e fones de ouvido, que foram instalados na sala de observação contígua. Foi instalada também uma bancada com cadeiras para quatro observadores simultâneos tomarem notas, além de um televisor de 14 polegadas e um videocassete para gravação e transmissão ao vivo das ocorrências na sala de atendimento.

Procedimento

O procedimento de coleta de dados obedeceu dois níveis de avaliação: o da eficácia e o da efetividade do programa. No nível da eficácia o que se verificou foi se o programa ensinou o que pretendia ensinar, isto é, se os terapeuta-estagiários aprenderam a elaborar análises de contingências por escrito. No nível da efetividade o que se verificou foi se o programa ensinou os terapeutas-estagiários a atenderem seus clientes da forma como os terapeutas experientes dizem atender, isto é, se eles se comportaram de acordo com os objetivos propostos no programa para um atendimento terapêutico.

A coleta de dados para a avaliação da eficácia do programa.

Para avaliar a eficácia do programa de ensino foi analisado o desempenho dos terapeutas-estagiários em elaborar análises de contingências por escrito de um caso clínico dado. Os critérios desenvolvidos por Sturmey (1996) foram redefinidos e comentados, e para cada um foram atribuídos pontos. Assim, os critérios funcionaram como um crivo, aplicado às análises elaboradas pelos terapeutas-estagiários (Apêndice 2). As análises foram digitadas e codificadas de acordo com o grupo a que pertenciam os estagiários e corrigidas pelo supervisor, atribuindo-lhes “notas” de 1 a 10.

Dois tipos de delineamento foram combinados para avaliar a eficácia do programa: o delineamento de pré e pós-teste e o delineamento de comparação de grupos.

Delineamento de pré e pós-teste

a) Pré-teste (1ª avaliação)

Em um primeiro encontro com os alunos, antes mesmo que o programa do curso lhes fosse apresentado, foi solicitado que eles elaborassem, por escrito, uma análise de contingências de um caso que lhes foi apresentado de forma descritiva (Apêndice 3). O

objetivo de tal tarefa foi identificar o nível de desempenho dos alunos em relação à elaboração de análise de contingências, sem que nenhuma instrução tivesse sido dada, para posterior comparação com o seu desempenho em tal habilidade, após ter sido submetido ao programa.

b) Introdução do programa.

O programa foi desenvolvido em três módulos, num total de 120 horas distribuídas em 15 semanas, com oito horas por semana (quatro horas teóricas e quatro práticas) para atender a estudantes do curso de Psicologia que já tivessem formação básica nos princípios da Análise do Comportamento, pois pretendeu ser eminentemente prático e não enfatizar questões epistemológicas. Seu objetivo foi treinar os estagiários em Terapia analítico-comportamental, cuja habilidade básica, se defende, é a análise de contingências.

Embora não tenham sido enfatizadas questões epistemológicas durante o curso, no Módulo I foi feita uma breve revisão de princípios básicos da Análise do Comportamento e dos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical, baseada na lista de conteúdos essenciais ao analista do comportamento elaborada por Shook et al. (1995) e em textos sobre o Behaviorismo Radical e o objeto de estudo da Análise do comportamento, além de discutir o termo análise funcional e sua substituição pelo termo análise de contingências.

No Módulo II, foi feito o treinamento em análise de contingências com base em casos selecionados na literatura e adaptados para atender os objetivos do curso, conforme já descrito no item 1.2 desta seção de Método. Foi feita também uma revisão das técnicas de registro e observação de comportamentos e vários textos foram discutidos para definir os termos: comportamento, estímulos antecedentes e conseqüentes com o objetivo de dar condições aos estagiários de identificar esses

elementos nos relatos de casos dados (ver Programa da disciplina no Apêndice 1). Ainda no Módulo II os estagiários foram treinados em *role-playing*, de acordo com o procedimento de Gongora (1995), a proceder a entrevista inicial. No final do Módulo II foi solicitado aos estagiários que fizessem novamente a análise de contingências por escrito do mesmo caso apresentado antes do Módulo I o que constituiu 2ª avaliação de análise de contingências de um caso dado.

No Módulo III, o terapeuta-estagiário foi exposto às contingências diretas de atendimento a pelo menos um cliente que foi o objeto de sua análise de contingências final. Durante o Módulo III o programa foi aplicado em situação que permitiu a observação direta (através de espelho unidirecional) dos comportamentos do estagiário em atendimento ao cliente, tendo sido gravadas, em vídeo, as oito sessões⁶ que sucederam a primeira sessão. A primeira sessão não foi gravada, porque nessa oportunidade foram esclarecidas as condições do atendimento, pedindo-se permissão ao cliente para que as sessões fossem gravadas. O cliente que concordasse e assinasse o Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), podia fazer parte do estudo.

O estágio foi programado para 30 aulas de quatro horas cada uma, duas vezes por semana. A cada semana, um encontro reuniu os oito estagiários, numa aula denominada teórica, durante a qual foram discutidos textos, concernentes aos princípios da Análise do Comportamento e mais especificamente à análise de contingências, correlacionando o conteúdo dos mesmos com as ocorrências advindas das aulas práticas, quando também era feita a supervisão em grupo dos casos atendidos. Tomou-se o cuidado de marcar os atendimentos dos clientes todos para o mesmo dia da semana para que pela manhã fossem atendidos quatro clientes e pela tarde os outros quatro, de

⁶ Estabeleceu-se o mínimo de oito sessões de atendimento gravadas para que o Estágio I fosse considerado completo. Considerando que o semestre letivo era de 17 semanas e que as seis primeiras foram dedicadas à preparação dos estagiários (módulos I e II) sobravam 11 semanas para os atendimentos que, em geral, eram feitos uma vez por semana. Como a primeira sessão não era gravada sobravam 10 semanas, ficando duas para eventuais intercorrências.

acordo com a possibilidade de horários dos estagiários de forma que havia estagiários de Estágio I e II nos dois horários. Enquanto um terapeuta-estagiário atendia o seu cliente, outros três estagiários e a supervisora observavam através do espelho.

A observação cursiva do atendimento do colega era uma tarefa obrigatória, para que tal prática fosse treinada e a atenção ao atendimento do colega fosse mantida. Terminada a sessão, um *feedback* imediato era dado ao terapeuta pela supervisora e pelos colegas, descrevendo rapidamente seus comportamentos em relação ao cliente e reforçando diferencialmente as aproximações dos objetivos pretendidos. Os demais estagiários entregavam as observações ao colega que tinha acabado de atender e este, munido das mesmas e da fita gravada, elaborava um relato cursivo da sessão e preparava uma análise para ser apresentada e discutida nas sessões de supervisão em grupo com os oito estagiários. As instruções para elaboração dessa tarefa foi dada por escrito, conforme o Apêndice 4. Toda semana, todos deviam entregar os relatos cursivos com as análises à supervisora, que neste trabalho foi também a pesquisadora. Nessa ocasião diante do relato verbal do terapeuta-estagiário novamente o procedimento de modelagem de análise de contingências tanto do comportamento do cliente como do comportamento do próprio estagiário era efetuado. Por exemplo, durante a sessão de supervisão em grupo o terapeuta-estagiário era induzido a identificar momentos da sessão de seu atendimento que tinham lhe passado despercebidos ou momentos que poderia ter agido de determinada forma e não soube como agir. Em geral a supervisora induzia o terapeuta-estagiário a propor alternativas para a próxima sessão de atendimento ao mesmo tempo em que pedia também aos outros estagiários que sugerissem alternativas que eram analisadas conjecturando as possíveis conseqüências de cada uma. Assim, o terapeuta-estagiário voltava para a próxima sessão de

atendimento com um modelo de questionamento experimentado consigo mesmo na sessão de supervisão.

c) Pós-teste (3ª avaliação)

No final do Módulo III, quando os estagiários já tinham completado pelo menos oito sessões de atendimento, pediu-se a eles que fizessem novamente a análise de contingências do mesmo caso apresentado no pré-teste, o que constituiu a 3ª avaliação de análise de contingências de um caso dado. O objetivo de apresentar o mesmo caso em três momentos diferentes do estágio foi observar o grau de evolução da análise feita. Obviamente tal caso não era discutido como o foram os demais casos apresentados como exercícios. Além dessa análise eles também fizeram a análise do caso que estavam atendendo, como uma exigência do Serviço de Psicologia que foi usada pra compor os dados do delineamento exposto no próximo item.

Delineamento de comparação de grupos

Todos os estagiários, que atendem clientes no Serviço de Psicologia da UFBA, independente da abordagem teórica, devem apresentar, ao final de cada semestre letivo, uma análise resumida do caso atendido ou em atendimento. Existe um formulário elaborado pelo Serviço para esse fim, que é a Ficha Semestral de Acompanhamento Clínico (Anexo 5). Assim, qualquer relato de atendimento terapêutico, de qualquer referencial teórico, deve ser redigido nos moldes deste formulário, o que permitiu a comparação dos mesmos.

Pediu-se permissão à coordenadora do Serviço de Psicologia para que 16 desses relatos fossem separados, com o objetivo de compor os grupos de comparação. Oito relatos foram do grupo de alunos que cursavam o estágio em clínica comportamental, sendo quatro de Estágio I e quatro de Estágio II, todos com o mesmo supervisor. Da

mesma forma, foram separados oito relatos de alunos que cursavam o estágio em clínica psicanalítica, também com o mesmo supervisor. Foram mantidas assim, as condições de experiência e inexperiência dos estagiários e as condições de instruções dadas por um mesmo supervisor.

Três grupos foram comparados ao final do semestre letivo, cada um com oito estagiários sendo quatro de Estágio I e quatro de Estágio II, distribuídos conforme mostra a Tabela 1, onde CC é o grupo de Estágio em Clínica Comportamental, CP é o grupo de Estágio em Clínica Psicanalítica e AC é o grupo composto por alunos do programa proposto neste trabalho.

Tabela 1

Distribuição dos estagiários por grupo e nível a que pertencem

Nível	Grupo			Total
	CC	CP	AC	
Estágio I	4	4	4	12
Estágio II	4	4	4	12
Total	8	8	8	24

A coleta desses produtos permanentes, isto é, o conjunto das três avaliações feitas no procedimento de pré e pós testes dos oito estagiários participantes desta pesquisa, num total de 24 análises e o conteúdo das fichas de acompanhamento semestral tanto dos oito estagiários participantes desta pesquisa como dos estagiários das outras duas abordagens (24 análises) forneceram o conjunto de dados necessários para a análise da eficácia do programa de ensino proposto.

Esses dados foram tratados estatisticamente por meio de análise de variância (ANOVA), análise descritiva apropriada aos dados e testes não paramétricos. Essa pode ser considerada uma medida da validade interna do programa de ensino, baseada na

diferença das notas atribuídas às análises feitas pelos estagiários, corrigidas de acordo com os critérios de Sturmev (1996).

A coleta de dados para avaliação da efetividade do programa

As oito primeiras sessões de atendimento feitas pelos terapeutas-estagiários participantes dessa pesquisa foram gravadas em vídeo para posterior registro de evento dos comportamentos dos estagiários em comparação com os comportamentos esperados previamente definidos de acordo com o levantamento do que diz o terapeuta comportamental que faz quando faz análise funcional (32 objetivos do Quadro I). Para este trabalho foram transcritas apenas as sessões dos quatro estagiários que atenderam adultos.

Elaboração das categorias

Durante o processo de transcrição a pesquisadora foi observando a correspondência dos comportamentos dos terapeutas-estagiários com os objetivos propostos para o programa de ensino, mas observou também que aquelas ações, ao vivo, poderiam compor categorias de falas dos terapeutas que de fato eram os comportamentos que eles emitiam enquanto atendiam. Ao longo das transcrições a pesquisadora ia anotando exemplos de falas semelhantes e agrupando-as. À medida que as sessões iam sendo observadas as categorias iam tomando forma e suas definições iam sendo melhoradas com exemplos retirados das sessões. Dessa forma, ao longo das transcrições das 32 sessões de atendimentos (oito de cada terapeuta-estagiário), treze categorias de falas dos terapeutas foram definidas.

Ao terminar as transcrições a pesquisadora revisou as mesmas omitindo os dados que pudessem identificar os participantes. Nas transcrições o cliente foi identificado

com a letra C e o terapeuta com a letra T. Apenas as falas dos terapeutas-estagiários foram categorizadas. Considerou-se uma fala, tudo que o terapeuta-estagiário dizia entre as falas do cliente. Numa mesma fala podia ocorrer mais de uma categoria independente do número de palavras pronunciadas.

Categorização das sessões

Com as 32 sessões transcritas a pesquisadora passou a fazer a categorização das falas dos terapeutas-estagiários de acordo com as treze categorias definidas. Era necessário atentar para o contexto da fala do terapeuta-estagiário, pois a mesma fala poderia ser categorizada de forma diferente, dependendo dele. A cada fala do terapeuta colocava-se ao lado o número da categoria correspondente (registro de evento), podendo na mesma fala haver mais de uma categoria. Procedeu-se dessa forma para as 32 sessões transcritas. Esse mesmo procedimento foi feito mais duas vezes com intervalo de cerca de um mês entre as categorizações. Escrevia-se no início da página da transcrição do lado esquerdo da primeira vez que a letra T (fala do terapeuta) aparecia, a ordem daquela categorização, por exemplo, 1ª categorização e a data correspondente, criando uma coluna para que os números das categorias fossem registrados. Quando da 2ª categorização, criava-se uma nova coluna ao lado, colocando-se um anteparo para que uma categorização não influenciasse a outra. Da mesma forma procedeu-se para a terceira categorização.

Este procedimento foi feito em substituição ao procedimento tradicional em que juízes são treinados para o cálculo de fidedignidade das categorias.

Cálculo do índice de concordância

Ao término da segunda categorização, mediu-se o índice de concordância em relação a primeira em todas as sessões e com isso ajustes foram feitos nas definições das categorias. O cálculo do índice de concordância entre a segunda e a terceira

categorizações foi feito escolhendo-se aleatoriamente três sessões de cada terapeuta-estagiário e como o menor índice foi de 78% de concordância entre essas duas categorizações, considerou-se que os resultados da 3ª categorização comporiam os dados que seriam analisados. O cálculo foi feito pela fórmula:

$$IC = n^{\circ} \text{ de concordâncias de falas} \div n^{\circ} \text{ total de falas} \times 100$$

Composição dos dados para análise

As categorias registradas na 3ª categorização foram os dados que compuseram os protocolos (um para cada terapeuta-estagiário) elaborados para o registro das mesmas, conforme Apêndice 5. No protocolo de registro foi então anotado o número de vezes que cada categoria tinha aparecido na coluna “Fa” (frequência absoluta). Depois se somava o número total de falas do terapeuta-estagiário naquela sessão e se fazia o cálculo da porcentagem de falas de cada categoria por sessão “Fr” (frequência relativa). O mesmo procedimento foi feito para o cálculo das porcentagens de falas dos terapeutas-estagiários nas oito sessões de cada um. O cálculo das porcentagens de falas dos terapeutas-estagiários foi feito pra que, relativizando os dados, eles pudessem ser comparados.

Esses dados obtidos durante o Módulo III permitiram avaliar a efetividade do programa de ensino aplicado, sendo uma medida da validade externa do mesmo.

RESULTADOS

O principal resultado deste trabalho foi elaborar uma sistematização da prática do terapeuta analítico comportamental, como um subsídio para sua formação. Mas como a elaboração de tal proposta só foi possível após terem sido atingidos os outros objetivos desta tese, optou-se por apresentar os resultados na ordem em que foram alcançados para que o leitor pudesse acompanhar o desenvolvimento do comportamento dos terapeutas-estagiários, cuja análise culminou na proposta acima referida.

3.1 Avaliação de princípios básicos e pressupostos filosóficos

Os dados obtidos com o programa de ensino de análise de contingências demonstraram que seus objetivos foram atingidos. Como resultado do Módulo I do curso, todos os oito estagiários responderam dentro do critério de pelo menos 80% de acerto a todas as questões teóricas formuladas para essa fase sobre os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical e sobre os princípios básicos da Análise do Comportamento (ver Avaliação do Módulo I e um exemplar de resposta no Apêndice 6). Tal índice foi considerado suficiente para aquele momento do curso, pois se sabia que ao longo do semestre letivo, durante as sessões de supervisão, haveria oportunidade para maior solidificação de tais conceitos, como de fato aconteceu, tanto em função da leitura dos demais textos teóricos que foram discutidos (ver Programa da disciplina, Apêndice 1), quanto da prática vivenciada pelos terapeutas-estagiários. O correto uso dos termos técnicos, indício da compreensão dos conceitos, pode ser constatado nas análises por escrito elaboradas pelos terapeutas estagiários deste programa (denominados Grupo AC – Análise de Contingências) nos Apêndices 7 (3ª avaliação) e 8 (grupo AC).

Ainda no Módulo I foi definido o termo Análise Funcional, de acordo com o texto de Meyer (2003), mas sugerida a substituição do mesmo por Análise de Contingências segundo argumentação de Andery, Micheletto e Sério (2001). Foram também realizados exercícios propostos por Sturmey (1996, cap. 8) para escrever análises funcionais, usando os critérios sugeridos por esse último autor para tal tarefa, os quais foram redefinidos pela autora desta tese, conforme aparecem no Apêndice 2, preparando assim, os terapeutas-estagiários para o Módulo II.

3.2 Avaliação da eficácia do programa

Durante o Módulo II, o comportamento de fazer análises funcionais (ou análises de contingências) por escrito foi modelado de acordo com o procedimento já descrito na seção de Método deste trabalho que será aqui retomado de forma sucinta. Com base nos estudos de caso apresentados, os terapeutas-estagiários foram treinados a desenvolver habilidades básicas de identificar eventos comportamentais, identificar eventos ambientais, relacionar esses eventos, além de caracterizar o cliente e descrever a queixa, conforme os critérios de Sturmey (1996).

Nessa fase do curso eles elaboraram cadeias comportamentais construindo o que foi denominado micro análise de contingências (ver exemplo no Apêndice 9), para que pudessem separar os eventos ambientais das respostas, num formato de três colunas onde os estímulos antecedentes eram colocados na primeira coluna, as respostas na coluna do meio e os estímulos conseqüentes na última. De modo geral, os estagiários demonstravam dificuldade em discriminar respostas, de estímulos. Para chegar ao ponto em que aparece o exemplo do Apêndice 9, várias tentativas foram feitas, com correções por parte da supervisora, as quais foram vistas como aproximações sucessivas de uma cadeia comportamental semelhante as que aparecem na literatura.

Fazendo isso para cada episódio comportamental que aparecia nos relatos, os terapeutas-estagiários puderam identificar possíveis classes de eventos ambientais e classes de respostas que, acompanhados de informações sobre outros eventos do contexto (dados da história de vida), lhes deram condições de elaborar análises funcionais, aqui denominadas macroanálises. Essas análises foram corrigidas pela supervisora, que atribuiu uma nota de zero a dez a elas, de acordo com os critérios de Sturmey (1996). As análises corrigidas foram devolvidas aos estagiários junto com a análise funcional feita pelo autor do relato, que funcionava como modelo. Eles então, aplicaram os critérios de Sturmey (1996) para avaliar a análise feita pelo autor, atribuindo-lhe também uma nota de zero a dez e comparando-a com a análise que tinham feito. As concordâncias e divergências entre as análises dos alunos e a análise modelo foram discutidas em grupo e a supervisora solicitava com frequência que os estagiários prestassem atenção aos aspectos práticos e teóricos do relato de caso focalizado. Dessa forma, foram analisados e discutidos três relatos de caso retirados da literatura (ver exemplo de um deles no Anexo 2) e discutidos textos teóricos que enfatizavam os princípios da Análise do Comportamento (ver Programa da disciplina, Módulo II no Apêndice 1).

No final do Módulo II os terapeutas-estagiários foram solicitados a elaborar outra análise de contingências por escrito (2ª avaliação) do mesmo caso que já haviam analisado antes do início do programa (1ª avaliação), com o objetivo de avaliar a eficácia do treinamento oferecido. Da mesma forma, ao término do Módulo III cujos resultados serão apresentados mais adiante, os terapeutas-estagiários elaboraram novamente outra análise funcional por escrito do mesmo caso (3ª avaliação).

Os resultados mostram diferenças entre as avaliações, o que pode ser observado na Tabela 2. Nessa tabela os terapeutas-estagiários de Estágio I estão identificados pelo

número 1 depois das letras iniciais dos seus nomes, e doravante serão denominados estagiários 1. Os de Estágio II estão identificados com o número 2 depois das iniciais de seus nomes, e doravante serão denominados estagiários 2.

Tabela 2

Notas atribuídas às análises dos terapeutas-estagiários nas três avaliações realizadas

Terapeutas	Momentos do curso		
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
AS1	5,2	7,3	4,8
YS1	5,0	5,8	6,8
RM1	2,8	6,1	7,6
ST1	1,7	5,3	7,6
Mediana 1	3,90	5,95	7,20
CS2	4,5	9,8	7,8
RC2	1,2	8,0	8,0
SI2	2,0	6,3	6,1
RD2	3,0	4,0	6,1
Mediana 2	2,50	7,15	6,95
Mediana geral	2,90	6,20	7,20

Na Tabela 2 observa-se que a diferença da 1ª para a 2ª avaliação foi maior que da 2ª para a 3ª tanto para Estágio I como para Estágio II. Aplicando-se o teste estatístico de Wilcoxon para as medianas gerais das notas, pode-se afirmar que, as diferenças entre a 1ª e a 2ª e entre a 1ª e a 3ª avaliações são significativas ($p = 0,012$ e $p = 0,017$, respectivamente), mas a diferença da 2ª para a 3ª, não ($p = 0,735$), mostrando um efeito mais acentuado do procedimento ao ser introduzido e uma estabilização posterior. Quanto à diferença entre os Estágios (nível dos estagiários), o teste estatístico de Mann-Whitney mostrou não haver diferenças significativas em nenhuma das avaliações ($p = 0,486$, para a 1ª avaliação; $p = 0,486$, para a 2ª avaliação e $p = 0,686$, para a 3ª avaliação) indicando que a experiência prévia de metade dos estagiários não interferiu no resultado do treinamento oferecido.

Era de se esperar que os estagiários 2 tivessem um desempenho melhor que os estagiários 1, pois já tinham tido pelo menos um semestre de experiência em Clínica

Comportamental. Entretanto, o que se observou foi que a análise de maior nota nessa primeira avaliação foi de um estagiário 1 (AS1), enquanto a de menor nota foi de um estagiário 2 (RC2).

Entretanto, mesmo a diferença entre os estagiários não sendo significativa, a Figura 1 mostra que da 1ª para a 2ª avaliação as medianas dos estagiários 2 ficaram acima dos de Estágio 1.

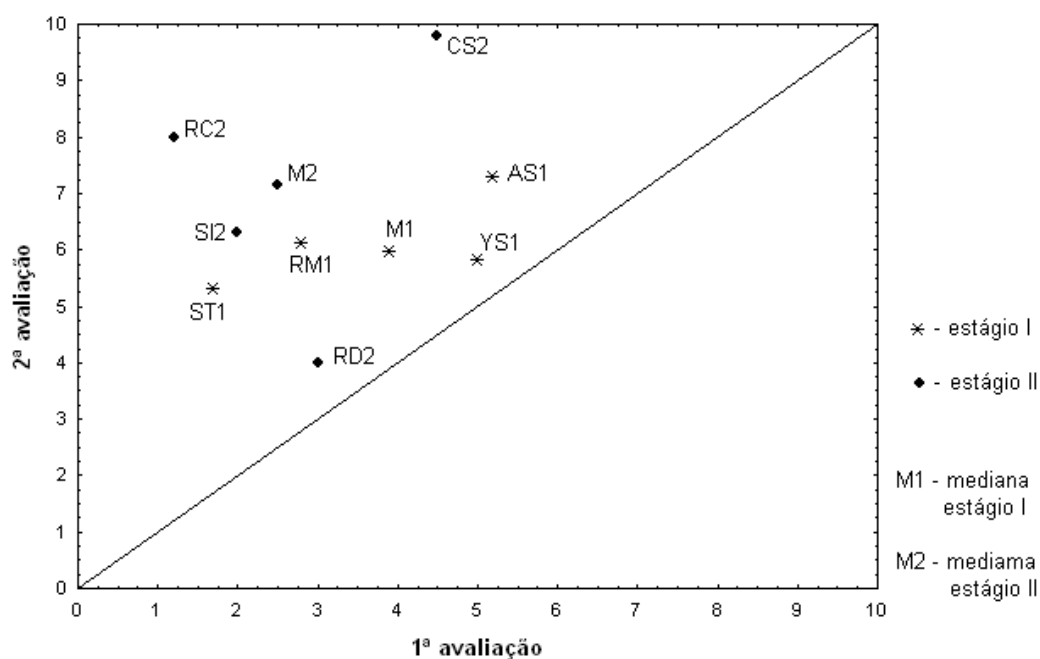


Figura 1. Distribuição das notas individuais e de suas medianas entre a 1ª e a 2ª avaliação.

A exceção foi o estagiário RD2 que teve a nota mais baixa nessa segunda avaliação. Já o estagiário RC2 que teve a nota mais baixa na 1ª avaliação foi o segundo colocado nessa avaliação, superando AS1 que tinha tido a nota mais alta na 1ª avaliação e que continuou melhorando nessa 2ª avaliação ficando ainda acima da mediana dos estagiários 1. Embora CS2 tenha se destacado como o que conseguiu a nota mais alta (9,8), a diferença mais marcante foi a de RC2 (de 1,2 para 8,0).

A Figura 2 mostra como os estagiários tenderam a atingir desempenhos similares na terceira avaliação, com exceção de AS1 que teve uma piora ficando abaixo da mediana dos dois grupos.

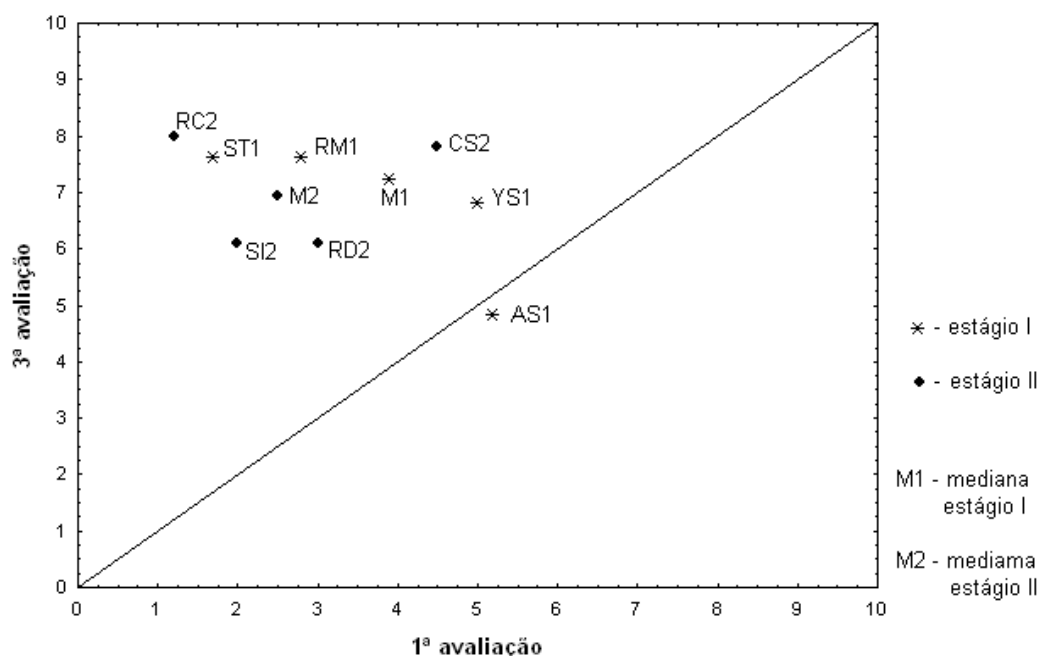


Figura 2. Distribuição das notas individuais e de suas medianas entre a 1ª e a 3ª avaliação.

É possível que os estagiários 2, devido a sua experiência anterior, tenham percebido mais rapidamente, quais eram, então, os critérios exigidos para se elaborar análises de contingências e melhorado da 1ª para a 2ª avaliação, enquanto os estagiários 1 só o tenham percebido de forma gradativa, mas com mais consistência (com exceção de AS1). Dentre os estagiários 2 apenas RC2 manteve sua melhora até o final, enquanto RD2 se comportou de forma semelhante aos estagiários 1.

Ainda que haja poucos pontos nas curvas de aprendizagem que aparecem na Figura 3 pode-se considerar que mostram aceleração positiva para três estagiários de cada grupo. Apenas AS1 e CS2 mostram uma leve tendência negativamente acelerada. Mesmo assim, observa-se um efeito acentuado com a introdução do treinamento entre a 1ª e a 2ª avaliação, embora apenas uma medida antes da introdução do procedimento

seja insuficiente para avaliar o nível de estabilidade que tal desempenho poderia ter para se afirmar que foi o procedimento o responsável pela mudança.

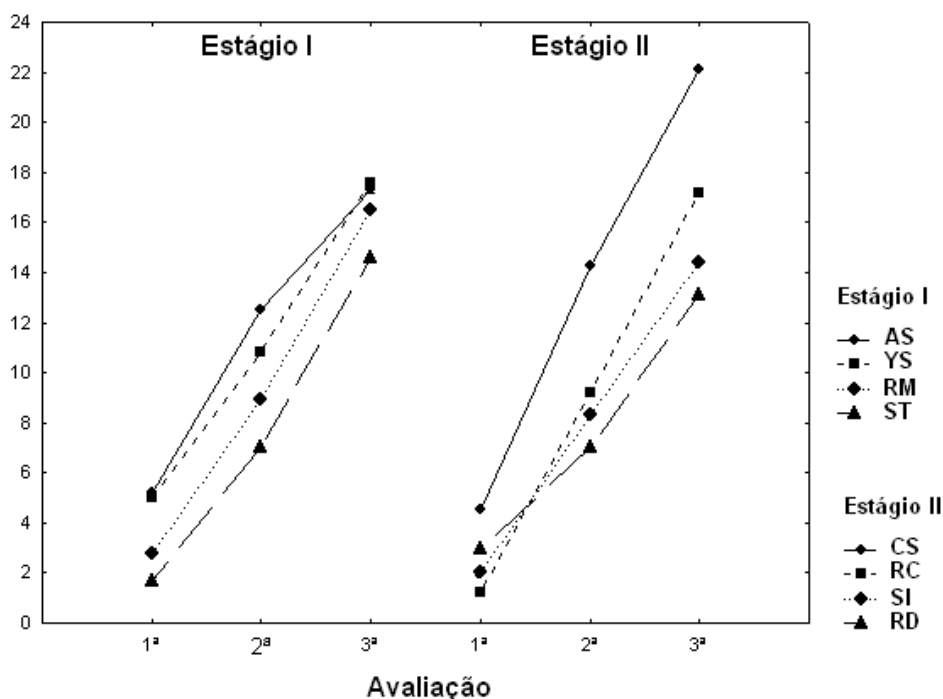


Figura 3. Curvas de aprendizagem dos terapeutas-estagiários 1 e 2 quanto à elaboração de análises funcionais por escrito nas três avaliações do curso.

É interessante observar que justamente os dois estagiários que tiveram as notas mais altas nos seus grupos nas duas primeiras avaliações tivessem piorado na terceira. Esse fato será interpretado na sessão de Discussão.

Ainda com o objetivo de avaliar a eficácia do programa de ensino de análise de contingências proposto neste trabalho foi feita uma comparação das análises elaboradas pelos participantes do programa (Grupo AC), ao final do Módulo III, com as análises elaboradas por outros estagiários da mesma clínica-escola conforme procedimento já descrito na seção de Método (Grupo CC e Grupo CP). As notas atribuídas às análises dos 24 terapeutas-estagiários que participaram dessa fase aparecem na Tabela 3.

Como esses grupos já existiam, isto é, não foram formados com o objetivo de serem comparados, era de se esperar que os dados colhidos (as notas das análises)

fossem mais parecidos intragrupos do que intergrupos. Isso se observa pelo coeficiente de variação que é a razão entre o desvio padrão e a média. Na Tabela 3, tal índice mostra que o grupo AC é o que apresenta menor variabilidade entre seus membros (13,23).

Tabela 3

Notas atribuídas às análises dos casos atendidos por terapeutas-estagiários de grupos diferentes de supervisão. Grupo AC (Análise de Contingências), Grupo CC (Clínica Comportamental) e Grupo CP (Clínica Psicanalítica).

Grupo	Notas dos terapeutas-estagiários								Média (dp)	Coef. de variação
AC	AS1	YS1	RM1	ST1	CS2	RC2	SI2	RD2	6,85	13,23 (0,906)
	6,2	6,2	8,0	6,2	7,0	7,8	7,8	6,0		
CC	RB1	CM1	EC1	JS1	BD2	CC2	AC2	KO2	3,90	42,44 (1,655)
	5,4	3,6	4,2	0,4	5,2	4,4	4,9	2,9		
CP	LA1	LS1	JC1	LC1	LM2	VQ2	AB2	PS2	2,16	33,29 (0,719)
	2,6	2,6	1,5	1,4	2,9	1,5	3,1	1,9		

A análise de variância mostrou que a diferença entre as médias dos grupos foi significativa ($p < 0,001$). Entretanto, a Figura 4 mostra uma diferença entre os Estágios I e II, que não foi significativa ($p = 0,204$). Esse dado indica que o nível ao qual pertence o estagiário não influencia a nota, mas que o treinamento afeta a nota independentemente do nível do estagiário.

Além disso, quando foi aplicado o teste de Tukey para avaliar as diferenças entre os grupos, constatou-se que quando AC foi comparado com CC e com CP separadamente, a diferença foi significativa ($p < 0,001$ nas duas comparações) e que a diferença entre CC e CP também foi significativa, mas com $p = 0,024$. Isso significa que todos os grupos foram, de fato, diferentes na elaboração de análises.

Assim, um dos objetivos desta tese foi atingido, isto é, o procedimento da análise de contingências foi analisado, verificando-se que o treinamento de tal habilidade, baseado nos critérios propostos por Sturme (1996), foi eficaz para que os

terapeutas-estagiários aprendessem a escrever análises de contingências, demonstrando “saber sobre” a elaboração de tais análises.

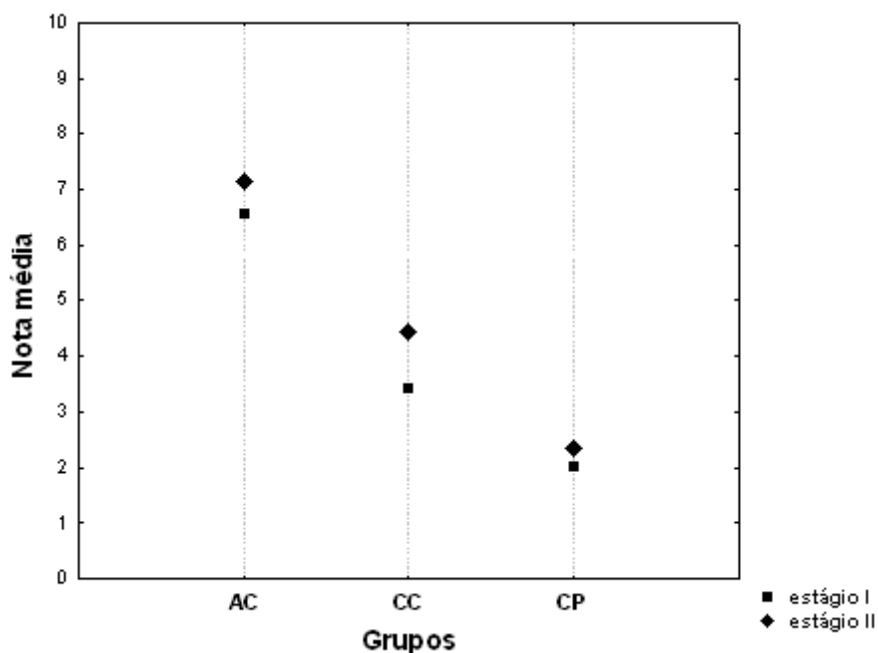


Figura 4. Média das notas atribuídas às análises elaboradas pelos três grupos de terapeutas-estagiários da mesma clínica-escola.

Ao final do Módulo II os terapeutas-estagiários foram treinados, por meio de ensaios comportamentais sugeridos em Hackney e Nye (1977), a conduzir entrevistas, especialmente a entrevista inicial, preparando-os para o Módulo III do curso, quando atenderam pelo menos um caso real, e o processo da análise de contingências pôde ser analisado demonstrando a efetividade do programa e dando condições para que o objetivo principal desta tese fosse atingido.

3.3 Avaliação da efetividade do programa

Quatro dos oito estagiários que participaram deste trabalho atenderam adultos, dois atenderam crianças e outros dois atenderam adolescentes. Embora as instruções tenham sido basicamente as mesmas, independente da idade do cliente, o atendimento de crianças e de adolescentes tem especificidades que talvez mereçam ser analisadas à parte. Por isso, os resultados do Módulo III, descritos a seguir, correspondem aos

comportamentos dos quatro terapeutas-estagiários que atenderam adultos. Provavelmente as definições das categorias apresentadas a seguir teriam sido outras para o caso de crianças e adolescentes.

A identificação de ações ao vivo durante o processo da análise de contingências que os terapeutas-estagiários faziam dos comportamentos dos seus clientes, culminou numa proposta de sistematização da tarefa do terapeuta analítico-comportamental. Foi possível definir treze categorias de falas do terapeuta, que contemplavam o que de fato estavam fazendo quando atendiam seus clientes.

Para uma visão geral dessas categorias elas aparecem listadas no Quadro II.

Na seqüência são apresentadas as definições e exemplos de cada uma dessas categorias que refletem as falas dos terapeutas-estagiários durante os atendimentos.

3.4 Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental

1. Identificar respostas (busca de comportamento (s)-alvo):

Perguntas sobre a história passada ou presente que esclareçam ou ajudem a definir operacionalmente o(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa, verificando frequência, duração e intensidade, que levem o cliente a descrever o próprio comportamento (“Em relação a suicídio você pensa com que frequência? Quanto tempo você ficou assim deprimida? Como se sente (ou sentia)? Como reage (ou reagia)? Desde quando sente...; O que está pensando agora? O que você faz quando...? Por que você procurou um psicólogo? Como você age com familiares e amigos? Como é o seu medo? Você o elogia por isso?”). Repetir o que o cliente disse com a intenção de entender como é a sua resposta (“Você falou em tristeza, depressão, como é isso? Você disse que tem vontade de ter sua ida de volta, como é isso?”). Observar comportamentos presentes na sessão e descrevê-los para o cliente confirmando se são esses os comportamentos-

problema (“São essas as suas dificuldades? Você prefere ser assim mesmo? Você fala o que está sentindo? Você melhorou? Você piorou?”).

Quadro II. Lista das categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental

1. Identificar respostas (busca de comportamento (s)-alvo)
2. Identificar antecedentes e dados relevantes da história de vida
3. Identificar conseqüentes e dados relevantes da história de vida
4. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos do cliente
5. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral, o seu próprio (do terapeuta) ou de terceiros
6. Induzir o cliente a relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral ou de terceiros
7. Induzir o cliente a relacionar eventos, identificando as próprias Rs, seus As e Cs
8. Pedir ao cliente explicações para o próprio comportamento ou induzir o cliente a explicar o próprio comportamento
9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ações
10. Induzir o cliente à ação
11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado fora da sessão, na sessão espontaneamente ou em ensaio comportamental
12. Elogiar análises de contingências
13. Outras
 - 13.1 Início e encerramento da sessão
 - 13.2 Bate-papo
 - 13.3 Informações e instruções
 - 13.4 Expressão de entendimento (ou não) por parte do terapeuta
 - 13.5 Empatia
 - 13.6 Parafrasear

2. Identificar antecedentes e dados relevantes da história de vida:

Perguntas sobre a história passada ou presente que esclareçam ou ajudem a definir operacionalmente os estímulos antecedentes ao(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa e que permitam identificar estímulos discriminativos, condicionais, contextuais e de outras ordens, como regras, auto-regras e operações

estabelecedoras (“Em que circunstâncias você se sente...? Em que situação você já teve esse comportamento? A proximidade entre nós também a deixa ansiosa? O que a deixa mais ansiosa? Toma algum medicamento? O que fazem seus familiares? Como seus familiares agem com você? O que incomoda você? Como é o ambiente onde você mora ou onde você trabalha? Neste momento você está sentindo isso? Do que você se lembrou agora? Você tem medo de quê? Que lugar você prefere? Quando você melhorou? Quando piorou?”). Repetir o que o cliente disse para confirmar o entendimento de como é a situação antecedente (“Ela fica falando, comparando você com seu irmão, é isso? Ah, agora eu entendi, são quatro filhos, não é? Quando você lembra disso fica triste?”).

Obs. A pergunta “Quando você lembra disso fica triste?” parece estar identificando R, mas a ênfase está no antecedente.

3. Identificar conseqüentes e dados relevantes da história de vida:

Perguntas sobre a história passada ou presente que esclareçam ou ajudem a definir operacionalmente os estímulos conseqüentes ao(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa identificando possíveis reforçadores (“O que acontecia quando você se comportava assim? Qual a reação das pessoas quando você faz tal coisa ou age de tal forma? O passado influi bastante, mas algo no momento deve estar mantendo seu comportamento. O que fazem seus familiares? Como é o ambiente onde você mora ou onde você trabalha? Você pode ou podia contar com alguém? Carinho é muito importante para você, não é? O que acontece quando você dá conselhos?”). Repetir o que o cliente disse para confirmar o entendimento de como é a situação conseqüente (“Não deram ouvidos para você, como? O que eles fizeram? Quando você fala ele pára? Isso que seus vizinhos falam são críticas a você? Sua mãe fica chateada com você

quando você faz isso? Você se sentiria mais tranqüila se isso acontecesse? É por isso que você não gosta de ir para casa?”).

Obs.1 - A pergunta “Você se sentiria mais tranqüila se isso acontecesse?” parece estar identificando R, mas a ênfase está no conseqüente.

Obs.2 - Dependendo do contexto e da fase da terapia algumas perguntas das categorias 1,2 e 3 podem pertencer também à categoria 6.

Obs. 3 - A mesma pergunta pode levar a identificar As e Cs.

4. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos do cliente:

A ênfase desta categoria está em o terapeuta explicar o comportamento do cliente. Descrever para o cliente um episódio comportamental ou apenas uma relação entre A e R ou entre R e C, do próprio repertório do cliente, enfatizando a relação e/ou identificando claramente para o cliente as Rs, As e Cs. Mostrar para o cliente uma análise de contingências por escrito do próprio comportamento dele identificando as Rs, As e Cs (“Então quando acontece tal coisa, você age de tal forma e acontece tal coisa. Então, veja o que aconteceu... Parece que você se sente bem falando com seus amigos. Parece que sua dificuldade em escolher uma profissão está relacionada com seus comportamentos depressivos.”). Fazer um resumo ou uma retrospectiva do que o cliente disse fazendo relações entre os eventos e levantando hipóteses sobre o comportamento dele (“Esses pensamentos deixam você mais triste ainda. Até agora você aprendeu a lidar com as situações se esquivando e fugindo... As coisas que aconteceram na sua vida o deixaram assim. Essas opiniões levam você a pensar que...”). Nesta categoria devem estar incluídas também perguntas a respeito do que o cliente acha do próprio comportamento. (“Você não acha que quando você reclama, ele piora?”). Tal fala não deve se confundir com as da categoria 8, pois embora seja uma pergunta que pode

produzir uma resposta explicativa por parte do cliente, é o terapeuta que está dando uma possível explicação para o comportamento do cliente.

5. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral, o seu próprio (do terapeuta) ou de terceiros:

A ênfase nesta categoria está em o terapeuta explicar o comportamento de terceiros e o seu próprio dando modelo ao cliente de como analisar (“Eu não estou trabalhando no sentido de se você age certo ou errado. Eu não estou aqui para julgar você. Meu papel é fazer você refletir sobre a situação. Talvez ele não esteja sabendo lidar com a situação e por isso usa esse artifício. Eu achei que você estava pensando que eu estava julgando você naquela situação.”). Nesta categoria devem ser incluídas as possíveis opiniões do terapeuta sobre eventos diversos (“Elogio tem que ser uma coisa natural. As pessoas trabalham melhor incentivadas do que pressionadas. Uma relação de desconfiança não é uma coisa agradável”). Deve incluir também as razões conjecturadas pelo terapeuta para uma determinada situação (“Talvez seja por isso que... Acontecem coisas na vida da gente que nos deixam assim... Temperamento tem a ver com tudo que aconteceu com você... Então essas dificuldades podem se generalizar para outras situações...”). Dar explicações gerais sobre a terapia, procedimentos e técnicas. (“É assim mesmo, nessa situação a musculatura... Quando você ganhar a prática vai acontecer automaticamente. O cérebro tem substâncias que são liberadas enquanto você caminha e isso pode reduzir sua tristeza.”).

6. Induzir o cliente a relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral ou de terceiros:

A ênfase nesta categoria está em o cliente analisar o comportamento dos outros. O terapeuta deve induzir o cliente a dizer o que acha do comportamento dos outros a emitir suas opiniões sobre o comportamento de terceiros (“Como você acha que isso aconteceu? O que você acha que fulano sentiu? O que você acha do que os outros

falam? Por que eles não fazem as tarefas deles? O que você acha desse tipo de relacionamento que os jovens chamam de “ficar”? Você acha que tem a ver com a história de vida dela? Eles dizem que você é assim porque você não conversa? Por que você acha que ele não fez... Você acha isso possível? Você acha que ele poderia estar fazendo outra coisa e por isso esqueceu? E ele fica chateado com a multa?”).

7. Induzir o cliente a relacionar eventos, identificando as próprias Rs, seus As e Cs:

A ênfase nesta categoria está em o cliente observar o próprio comportamento. Pedir ao cliente que leia (ou o próprio terapeuta lê) suas anotações ou pedir que relate oralmente episódios comportamentais perguntando a ele se percebe o que fez ou o que está fazendo, o que aconteceu antes e o que aconteceu depois (“Se você falar acontece o quê? Você não se dá conta? Você se acha antipática? Você percebe como cada um de nós é diferente? O que pode acontecer se você não for? Observe as habilidades que você tem. Se você fizer isso, em que a situação muda? Se você continuar agindo assim, o que pode acontecer? A que você atribui essa melhora? O que você acha que aconteceria se soubessem que você está namorando? Você percebe que quando eles agem assim, você pode elogiar? O que fez você pensar isso? O que fez você se afastar dele? Isso contribui para o estágio atual das coisas? Como você reagiria se...? É preciso observar como a conversa ocorre. O que levou você a agir assim agora? O que faz você pensar assim?”).

Obs. Nesta categoria o terapeuta deve se preocupar em levar o cliente a observar o próprio comportamento, pois o terapeuta já deve ter algumas hipóteses do que pode estar controlando as respostas do cliente. É diferente das categorias 1, 2 e 3 quando o terapeuta está em busca do comportamento-alvo e ainda não formulou hipóteses.

8. Pedir ao cliente explicações para o próprio comportamento ou induzir o cliente a explicar o próprio comportamento:

A ênfase nesta categoria está em o cliente explicar o próprio comportamento. Esperar que o cliente dê explicações completas para o seu próprio comportamento incluindo as Rs e as situações As e Cs. Citar um episódio perguntando ao cliente: “Então, como é que se explica o que aconteceu? Por que isso o incomoda? Por que você acha que isso aconteceu com você? Por que você agiu assim? Por que você não quis abortar? Por que você precisa fazer as coisas por ele? Você entende o que acontece com você? O que você acha de falar sobre o assunto?”. São incluídas nesta categoria perguntas do terapeuta que confirmam explicações do cliente (“Então você acha que a depressão foi por causa disso, da forma como seu marido a tratava? Você não fez o almoço porque tinha saído com fulano, foi isso?”).

9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ações:

A ênfase nesta categoria é levar o cliente a descobrir soluções para o seu problema, evitando aconselhamentos, mas estes serão incluídos aqui. (“Que opções você tem? O que você poderia fazer nessa situação? O que você gosta de fazer? O que mais você sabe sobre isso? Como você queria ser? Você tem vontade de falar com alguém? Você pensou em fazer o quê? Você vê alguma possibilidade de mudança? Tem outra forma? Você gostaria de ser assim? Como você poderia agir da próxima vez? E se você agisse assim? Que tal se você fizesse...? O que você já fez em relação a esse problema? Olha, o que nós podemos fazer é... Você está aqui em busca de solução, não é?”).

10. Induzir o cliente à ação:

Nesta categoria o terapeuta deve estabelecer condições para que o cliente aja de alguma forma, tanto no momento, na própria sessão, como em ocasiões futuras. Dar modelos de ação e perguntar: “Você acha que tem condição de tentar? Vamos

experimental, então? Você está mesmo disposta a mudar? Você já tentou fazer isso? Você é capaz, sim. Acho que você vai conseguir porque você já conseguiu antes. Você está me mostrando várias possibilidades... O importante é fazer outra coisa. Que decisão resolveu tomar? Você gostaria de falar agora? Quer comentar alguma coisa sobre o que eu disse? Você precisa ficar mais atenta”. Estão incluídos nesta categoria pedidos do terapeuta para que o cliente registre seus próprios comportamentos, dando exemplos ou que faça qualquer tarefa, como ler um texto ou uma poesia. (“Gostaria que você escrevesse algo sobre isso. Trouxe um texto pra você.”). Convidar o cliente para algum tipo de treino na própria sessão, como relaxamento ou ensaio comportamental (“Eu queria que a gente fizesse um relaxamento primeiro, o que você acha?”). Fazer perguntas que levem o cliente a expressar sentimentos, como: “Eu causo desconfiança em você?”.

11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado fora da sessão, na sessão espontaneamente ou em ensaio comportamental:

Perguntas sobre ações que foram combinadas em sessões anteriores, como: “E aí, aquele texto que eu lhe dei, você leu? E então, procurou a escola de direção? E então, tem novidades? Tem feito os exercícios? Conseguiu fazer...? Elogiar as tentativas de ação experimentadas ou qualquer expressão de sentimentos do cliente quando ele as emite na própria sessão ou conta que fez algo ou quando algo aconteceu, mesmo que não tenha sido uma alternativa induzida durante as sessões, como: “Que bom você ter percebido as dificuldades e ter tido disposição para enfrentá-las. Você agora está olhando nos meus olhos. É muito importante você dizer o que sente e o que pensa. Admiro muito sua honestidade. Gostei de sua postura. Diante de tantas dificuldades, você tomou iniciativa e procurou ajuda. Tá vendo? Apesar de tudo, você enfrenta!”.

Obs. 1. O objetivo desta categoria é elogiar uma ação efetiva do cliente, emitida na própria sessão ou que ele conte que fez, e que faça parte da classe que está sendo

estabelecida. Mas se o cliente relatar comportamentos tidos como inadequados na cultura, cabe ao terapeuta induzir o cliente a identificar as conseqüências de tais comportamentos, fazendo perguntas da categoria 7.

Obs. 2. Nesse contexto de comportamentos novos que estão sendo experimentados, questões como: “Você acha que você agiu bem? Você ficou satisfeito com o que fez? Você se sentiu bem agindo assim?” são questões que devem ser feitas e computadas nesta categoria, embora sejam questões características de outras categorias.

Obs. 3. Caso as respostas às perguntas desta categoria forem negativas, as perguntas que se sucedem devem ser classificadas como de outra categoria. P. ex., se o cliente não leu um texto sugerido a pergunta “O que aconteceu para não ter lido?” será classificada como categoria 3.

12. Elogiar análises de contingências:

Reforçar diferencialmente respostas de análise de contingências. Elogios e incentivos devem ocorrer sempre que o cliente demonstrar entendimento das relações feitas pelo terapeuta ou quando ele mesmo as fizer. Quando o cliente relacionar eventos identificando Rs e seus As e Cs e explicando o próprio comportamento ou o de terceiros. Quando apresentar alternativas de ação e demonstrar interesse em tomar atitudes diferentes. P. ex.: “Viu, como você conseguiu ver outras possibilidades? Que bom você conseguir reconhecer isso! Isso. Agora você está olhando pra você mesmo!”.

Obs. Elogios específicos para ações completas e efetivas que estejam sendo estabelecidas com a terapia devem ser categorizados em 11.

13. Outras:

Falas do terapeuta que não são imprescindíveis à análise de contingências, mas que são necessárias à relação terapêutica:

13.1 Início e encerramento da sessão:

Cumprimentos à chegada do cliente e ao término da sessão. Falas que dão início à conversa ou que sinalizam o término da sessão (“E aí, me conte como foi essa semana. E então, como é que está se sentindo hoje? Nosso tempo já está acabando. Então, na próxima semana... Muito bem então, conseguimos comentar muitas coisas hoje. Deixa eu te levar aqui na porta. Até quinta, então”).

13.2 Bate-papo:

Comentários sobre eventos diversos não relacionados aos comportamentos-problema do cliente. Conversa informal sobre assuntos diversos como lazer, política, clima, notícias, familiares, trabalho, estudos, relacionamentos, sem intenção explícita do terapeuta de fazer análise. (“E aí, não vai fazer as trancinhas de novo? Friozinho aqui hoje, né? Como é que foi a palestra no último domingo?”). Agradecimento de presente dado pelo cliente (“Pra mim? Muito obrigado. Vou guardar com muito cuidado”).

13.3 Informações e instruções:

Informações sobre o funcionamento da instituição (“Deixa eu deixar bem claro pra você ver como é que funciona: todo tipo de estudo que a gente fizer aqui não vai ter o seu nome. Quando você não estiver se sentindo bem pode falar, por favor. Tem mais alguma dúvida? Não se preocupe quanto a isso. Estou querendo ajudar você. Fique à vontade. Aqui você pode falar.”). Combinações de horários e dias de atendimentos (“fica marcado então para quinta-feira.”). Entregar endereços prometidos (“Aqui está o endereço da auto-escola.”).

13.4 Expressão de entendimento (ou não) por parte do terapeuta:

“Hum, hum; sei; certo; entendi; ok.; o que foi que você disse? Ah é! Você já tinha falado. É, pra variar, né?” Terapeuta acha graça do que o cliente fala e comenta: “Que bom! Legal!”, mas sem conotação de elogio.

13.5 Empatia:

O terapeuta compartilha um sentimento com o cliente (“É. Você está aparentando mesmo. É complicado mesmo, sei que é. Imagino que deve ser muito ruim pra você. Deve ser muito difícil pra você”).

13.6 Parafrasear:

O terapeuta repete o que o cliente disse, geralmente as últimas palavras do cliente, no sentido de dar continuidade ao que o cliente está falando. O cliente diz: “Essa semana toda eu só fui pro médico”. E o terapeuta diz: “Pro médico”. O cliente diz: “Tem uma semana que estou sem ir pro cursinho”. E o terapeuta diz: “Tem uma semana sem ir”.

Embora essas categorias não sejam excludentes nem tão pouco exaustivas, elas representam o mínimo que se conseguiu para atingir o objetivo de sistematizar a prática do terapeuta analítico-comportamental.

A categorização das sessões transcritas poderia ter sido feita considerando os 32 objetivos descritos no Quadro I (apresentado na Introdução) que serviram para elaborar o programa de ensino, mas identificou-se, ao longo da tarefa das transcrições das sessões, que, embora os comportamentos dos terapeutas-estagiários correspondessem àqueles objetivos, não era aquilo que eles estavam de fato fazendo. Os objetivos funcionavam como prescrições, mas o que eles realmente fizeram pôde ser resumido nessas treze categorias.

O quadro III compara os 32 objetivos comportamentais listados no Quadro I com as categorias acima definidas⁷. Observa-se que duas delas não estão contempladas naquela lista: categoria 5 - relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral ou de terceiros e categoria 6 - induzir o cliente a

⁷ O leitor pode ter acesso às categorias e um resumo de suas definições desdobrando a página do Apêndice 10 de forma que fique paralela à página que está sendo lida.

relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral ou de terceiros. Isso demonstra que a observação ao vivo dos comportamentos dos terapeutas-estagiários identificou mais ações do que as que tinham sido previstas pelo levantamento dos comportamentos do terapeuta analítico-comportamental a partir da literatura, embora tais categorias pudessem ter sido contempladas no item 1.5 do Quadro I (identificar relações entre relações). Entretanto, na literatura consultada os comportamentos correspondentes às categorias 5 e 6, de fato, não apareceram⁸.

O conteúdo do Quadro III leva a concluir que, se a maioria das categorias definidas pela observação dos comportamentos dos terapeutas-estagiários enquanto atendiam seus clientes correspondem aos objetivos comportamentais propostos no programa, então tais objetivos foram alcançados e o programa proposto foi eficaz, isto é, ensinou o que se propôs a ensinar.

Observa-se no Quadro III um objetivo que não apresentou correspondência com nenhuma das categorias definidas: o objetivo 23 – identificar comportamentos do terapeuta afetados pelo cliente. Embora nas sessões de supervisão muitos aspectos do comportamento do terapeuta fossem discutidos, como seus sentimentos em relação ao cliente, sua fisionomia, postura e outros comportamentos encobertos, isso não foi alvo desta pesquisa.

Apresenta-se a seguir a ocorrência dessas treze categorias descrevendo o processo de análise que os terapeutas-estagiários faziam enquanto atendiam seus clientes.

⁸ As categorias 12 e 13 também não aparecem no Quadro I, mas não foram referidas porque aquele quadro foi construído a partir do que, na literatura, os terapeutas diziam fazer quando faziam análise funcional e tais categorias se referem mais ao estabelecimento da relação terapêutica, imprescindível ao atendimento, mas não necessariamente à análise em si.

Quadro III. Comparação dos objetivos comportamentais do Quadro I com as categorias definidas para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental.

Objetivos comportamentais do Quadro I	Categorias correspondentes
1 Identificar a queixa.	1
2 Levantar aspectos da história de vida.	2
3 Identificar atributos positivos e negativos.	1
4 Identificar excessos e déficits comportamentais.	1
5 Levantar reforçadores em potencial.	3
6 Observar comportamentos expressos na sessão, com o auxílio do relato cursivo identificando seqüências funcionais recorrentes.	1
7. Decidir se o comportamento alvo é o mesmo comportamento queixa, usando critérios de escolha retirados da literatura.	1
8. Definir operacionalmente o comportamento-alvo identificando classes de respostas, frequência, duração e intensidade das mesmas.	1
9. Identificar respostas encobertas relacionadas ao comportamento alvo expresso.	1
10. Identificar quando (origem da resposta) a resposta entrou em contato funcional com o ambiente.	2
11. Identificar eventos antecedentes imediatos ao comportamento-alvo, definindo operacionalmente, dando exemplos de tais eventos.	2
12. Identificar como foram construídas as regras.	2
13. Identificar fatores que modifiquem o valor dos estímulos reforçadores.	2
14. Identificar classes de antecedentes.	2
15. Identificar eventos conseqüentes imediatos ao comportamento-alvo, definindo operacionalmente, dando exemplos.	3
16. Identificar reforçadores a longo prazo (conseqüências previstas pelo cliente em função das quais age).	3
17. Identificar classes de conseqüentes.	3
18. Identificar como relações entre terceiros influencia o comportamento.	4
19. Identificar como o comportamento do cliente influencia o de terceiros.	4
20. Identificar o contexto sócio-verbal que mantém o comportamento alvo.	3
21. Identificar padrões culturais que modelaram o comportamento do cliente.	2
22. Identificar funções das respostas na interação com o terapeuta.	4
23. Identificar comportamentos do terapeuta afetados pelo c	?
24. Identificar em função de quê se quer modificar um comportamento.	8 ou 9
25. Prever alterações ambientais que um novo padrão de comportamento produzirá.	7, 8 ou 9
26. Prever alterações comportamentais em função das alterações ambientais.	7, 8 ou 9
27. Identificar na literatura os diversos tipos de intervenções e técnicas já desenvolvidas.	10
28. Criar um novo procedimento.	10
29. Promover condições para que o cliente identifique variáveis antecedentes e conseqüentes às suas respostas na própria sessão (ensinar o cliente a conduzir sua própria análise funcional).	7
30. Dar alta.	11
31. Identificar mudanças ou não no comportamento do cliente (efeito comportamental).	11
32. Relacionar mudanças ou não no comportamento do cliente com os procedimentos utilizados	11

3.5 Meta-análises: análises dos comportamentos dos terapeutas-estagiários enquanto fazem as análises dos comportamentos dos clientes

A primeira sessão de atendimento de todos os estagiários não foi gravada nem assistida através do espelho unidirecional, pois nessa oportunidade é que se pediu autorização aos clientes para que as sessões fossem gravadas e os dados dos atendimentos fossem usados em pesquisa. Assim, a seqüência das sessões que aparecem nas figuras adiante ocorreram a partir da segunda sessão de atendimento, embora nas figuras a segunda sessão apareça como primeira.

A Figura 5 apresenta as porcentagens das categorias de falas de cada terapeuta-estagiário (AS1, YS1, CS2 e RC2) nas oito sessões de atendimento, além de mostrar, na última linha, a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários nas mesmas oito sessões de atendimento.

Considerando essa última linha da Figura 5⁹, observa-se que as três primeiras categorias (identificar respostas, antecedentes e conseqüentes) começam com porcentagens altas que diminuem ao longo das sessões. Já as demais categorias, com exceção da última, começam com porcentagens baixas que aumentam ao longo das sessões. A última categoria (outras falas que não são imprescindíveis à análise, mas necessárias ao atendimento terapêutico) se mantém muito semelhante para todos os terapeutas. Esta categoria será analisada à parte mais adiante.

Analisando categoria por categoria, chama à atenção o comportamento do terapeuta-estagiário YS1 (2ª linha da Figura 5) com as maiores porcentagens da categoria 1 na primeira sessão, indicando que estava seguindo as instruções da supervisora de colher o máximo de dados sobre o caso em atendimento. Tal comportamento cai drasticamente até a 4ª sessão e se mantém muito baixo até não apresentar nenhum tipo de pergunta dessa categoria na 8ª sessão.

⁹ As Figuras 5, 6 e 7 também foi inserida no trabalho em forma de apêndice (Apêndice 13) para serem destacadas e facilitar o acompanhamento de sua descrição.

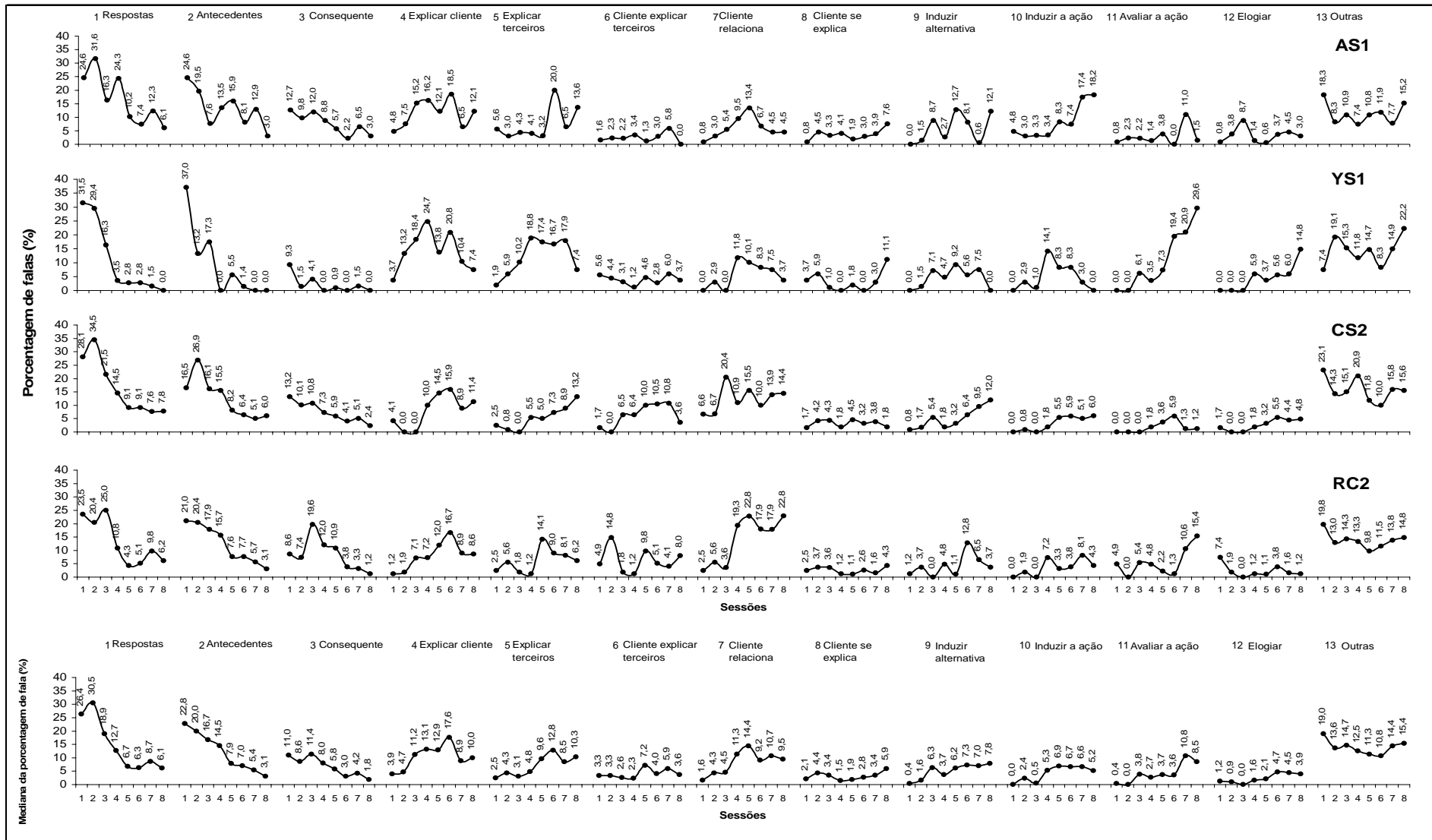


Figura 5. Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário (AS1, YS1, CS2 e RC2) nas oito sessões de atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários.

O comportamento dos outros estagiários também demonstra terem seguido as instruções de colher informações sobre as respostas do cliente, como se observa na 3ª linha da Figura 5 em relação ao terapeuta-estagiário CS2 com 34,5% das falas da categoria 1 na 2ª sessão.

Todos foram deixando de fazer perguntas desse tipo, mas de forma mais gradual que YS1. O terapeuta-estagiário AS1 (1ª linha da Figura 5) é o que mais oscila em relação a essa categoria mantendo esse tipo de questão ao longo de todo o atendimento, embora sempre numa aceleração negativa. Nota-se um aumento dessa categoria na 7ª sessão do terapeuta-estagiário RC2 (4ª linha da Figura 5), devido ao fato dele ter dado atenção ao cliente no momento em que comentou sobre respostas que eram suas queixas iniciais. Isso deu oportunidade ao terapeuta de investigar a ocorrência atual daquelas respostas, mesmo que o terapeuta estivesse mais empenhado, nessa 7ª sessão, nas categorias 7 e 11 (induzir o cliente a relacionar eventos do seu próprio comportamento e avaliar ou induzir o cliente a avaliar comportamentos experimentados), conforme aparece na Tabela 4, comentada mais adiante.

Em relação às categorias 2 e 3 (identificar antecedentes e conseqüentes) os terapeutas-estagiários mantêm o mesmo padrão que cada um apresentou em relação à categoria 1, isto é, AS1 continua fazendo questões dessas categorias ao longo de todas as sessões, embora diminua gradualmente a porcentagem dessas falas até a 8ª sessão. YS1 apresenta porcentagens altas dessas categorias, mas só até a 3ª sessão, a partir da qual quase não as emite mais; CS2 e RC2 diminuem também gradualmente a porcentagem dessas falas a partir da 3ª sessão, embora justamente nessa 3ª sessão, o estagiário RC2 apresente um aumento das falas da categoria 3 (nessa sessão o

cliente trouxe um relato por escrito e o terapeuta aproveitou para ler junto com o cliente, o que possibilitou investigar alguns potenciais reforçadores).

Chama a atenção o fato de todos os estagiários apresentarem maiores porcentagens da categoria 2 do que da categoria 3. Falas como “Olha aí o apego que você tinha a seu pai” ou “Você olha pra trás pra ver se alguém vem vindo?” foram categorizadas como 3, pois são falas que levam o terapeuta a identificar no ambiente do cliente estímulos potencialmente reforçadores, mas as falas mais comuns eram do tipo: “Se já tiver alguém na água você não entra?”, “As crises eram mais nessa hora, sempre que você ouvia o barulho das cigarras?”, “Quando está tudo bagunçado, do jeito dele, você não consegue trabalhar?”, “Agora, por exemplo, se você parar pra pensar, você sente?”, que foram categorizadas como 2.

O Apêndice 11 reproduz a 3ª sessão do terapeuta-estagiário RC2, transcrita e categorizada, a título de ilustração das três primeiras categorias, embora, obviamente, outras categorias apareçam nessa sessão.

A partir da 3ª sessão todos os terapeutas intensificam os comportamentos de dar explicações, tanto dos comportamentos do próprio cliente, como de comportamentos de terceiros (categorias 4 e 5). O terapeuta YS1 é o que mais investe nesse tipo de fala o que parece ter sido fruto da sessão de supervisão, pois nela a supervisora descreveu o comportamento dele, comentando seu bom tom de voz, seu vocabulário e o fato de ter feito intervenções pertinentes buscando identificar respostas (categoria 1) e o contexto em que ocorriam (categorias 2 e 3), embora sua postura denunciasse bastante ansiedade (quase todo o tempo permaneceu na mesma posição e muito mais sério do que o seu costume), o que era de se esperar, pois era a sua primeira experiência em atendimento. A supervisora, usando o mesmo procedimento de indução que instruíra os estagiários a usarem com seus clientes,

perguntou ao estagiário se ele percebia momentos da relação com o cliente em que poderia avançar no processo terapêutico. O estagiário apresentou várias possíveis intervenções adequadas e disse que elas “passavam pela sua cabeça” durante o atendimento, mas que se sentia inseguro em usá-las devido ao aprendizado anterior de que deveria intervir o mínimo possível (informações vindas de outras disciplinas do curso de Psicologia). A supervisora, então, observando que o estagiário já havia colhido muitas informações sobre o cliente, incentivou-o a descrever para o seu cliente qual era o comportamento dele e iniciar o estabelecimento de relações de contingências, sendo o mais natural possível como tinha sido treinado nas sessões de ensaios comportamentais no final do Módulo II. As instruções dadas pela supervisora foram seguidas pelo estagiário YS1 que aumentou a porcentagem de falas das categorias 4 e 5 até por volta da 6ª sessão (como também os demais estagiários). O Quadro IV mostra um trecho da 6ª sessão do estagiário YS1, ilustrando as categorias 4 e 5.

Os estagiários 2 (CS2 e RC2) investiram mais em falas que induzem o cliente a analisar comportamentos de terceiros (categoria 6) do que os terapeutas AS1 e YS1 que em relação a essa categoria (6) apresentaram baixas porcentagens ao longo de todas as sessões. O Quadro V ilustra a categoria 6, usada com bastante frequência pelo estagiário-terapeuta CS2 nas sessões 5, 6 e 7.

Quadro IV Trecho da 6ª sessão do terapeuta-estagiário YS1 para ilustrar as categorias 4 e 5 (relacionar eventos explicando o comportamento do cliente e relacionar eventos explicando comportamento de terceiros). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.

A cliente é uma mulher de 40 anos, casada, mãe de um casal de filhos adolescentes com intensa ansiedade ao tentar dirigir automóveis, andar de bicicleta e nadar e por ter esses medos sente-se inferiorizada. Apresenta também dificuldades em relacionamentos interpessoais, principalmente com o marido.

YS1 iniciou a 6ª sessão relembrando os fatos do encontro anterior e perguntando sobre as tarefas que tinham sido combinadas. A cliente relatou as tarefas cumpridas (ir ao médico, verificar cursos de natação e de estética) e comentou que talvez tivesse problemas financeiros por causa de um funcionário do bar do marido cuja regularização da situação trabalhista ela estava providenciando. Como uma de suas queixas era sobre as discussões que tinha com o marido em função da desorganização dele, a terapeuta aproveitou a situação para descrever o comportamento da cliente e explicar como se registra comportamentos para posterior análise:

T: Queria chamar a atenção para o que você acabou de me contar. Você percebeu que poderia dar briga com seu marido e então, sem precisar ficar dizendo que ele era desorganizado, você foi atrás das informações sobre como resolver a questão do funcionário. Repare que como você já sabia qual poderia ser a consequência, você agiu de forma a evitar aborrecimentos. **(4)**

C: (continua contando como tomou as providências).

T: Isso mesmo! Você já agilizou tudo! **(11)** Agora vamos com calma. Vamos esperar pra ver como ele age. **(9)**

C: (fala sobre os perigos que a firma corre e que ela fica imaginando falar porque qualquer coisa é motivo pra discussão).

T: É como eu disse a você. Você fica cheia de dedos pra falar, pra não machucar, porque você já sabe o que pode acontecer e talvez ele nem perceba que faz isso com você, porque ao se calar quando ele começa a falar mais alto, ou procurar um jeitinho pra falar, você está fazendo com que ele continue a tratar você assim. **(4)** Você precisa observar como a conversa realmente ocorre. **(7)** Seria bom que você registrasse. **(10)**

T (explica e dá exemplo de como seria o registro): Então, a gente nem se dá conta disso, né? É por isso que é importante anotar. **(5)**

C: (comenta que acha difícil registrar)

T: (insiste, explicando a importância do registro, de como as coisas realmente ocorrem, porque é muito fácil a gente distorcer os acontecimentos) **(5)**

Quadro V Trecho da 7ª sessão do terapeuta-estagiário CS2 para ilustrar a categoria 6 (induzir o cliente a relacionar eventos). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.

A cliente é uma mulher de 43 anos, separada, trabalha como diarista para uma família, tem quatro filhos (20, 19, 17 e 13) que vivem com ela. Seu problema central é a relação com os filhos. Ela se sente sobrecarregada de tarefas e os filhos nada fazem para ajudá-la.

CS2 falava com a cliente sobre um dos filhos dela (de 17 anos) com quem ela se preocupa muito.

T: E me diz uma coisa: eu quero saber o quê você acha que ele faz assim de bom? O que você acha que ele tem de qualidades? Que coisas positivas você vê no comportamento dele? (6)

C: Eu acho ele bom, ele não... ele é um menino que... às vezes eu peço para fazer as coisas ele fica enrolando, enrolando, mas faz.

T: Então ele faz as coisas que você pede? (6)

C: Às vezes. Enrola mas faz. Às vezes ele faz. Quando eu chego, ele: “Aí mamãe, arrumei meu quarto”.

T: E o que mais ele sempre faz de bom? O quê você acha que, no comportamento dele, é positivo? (6)

C: Ai meu Deus! Eu não sei...

T: E quanto a estudar, ele realmente parou de estudar? (6)

C: É. Ele se acomodou mesmo. Já se acostumou.

T: O que você acha dessa postura dele? (6)

Observa-se que também em relação à categoria 7 (induzir o cliente a fazer relações, identificando o próprio comportamento e o contexto) são os estagiários 2, CS2 e RC2, que tem porcentagens de falas maiores. AS1 e YS1 também investem nessas falas, mas em porcentagem menor do que o fazem para as falas de explicações de comportamento (categorias 4 e 5). Explicar como se dá o comportamento parece ser mais fácil para esses estagiários mais novos, do que de fato, levar o cliente a fazer a própria análise, embora se observe que AS1 apresenta a cada sessão um aumento nas porcentagens de falas da categoria 7 até a 5ª sessão, quando passa a se comportar avaliando ações efetivas do cliente (categoria 11) até a 8ª sessão.

O trecho da 5ª sessão do terapeuta-estagiário RC2 reproduzido no Quadro VI ilustra os comportamentos categorizados como 7.

Quadro VI Trecho da 5ª sessão do terapeuta estagiário RC2 para ilustrar a categoria 7 (induzir o cliente a relacionar eventos). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.

A cliente é uma jovem de 23 anos, desempregada que vive com os pais e dois irmãos. Apresenta queixa de depressão, dificuldade em lidar com as pessoas, comportamentos ansiosos: isolamento; evita contatos verbais, visuais e físicos. Estava contando para RC2 sobre o bom relacionamento da mãe dela com a namorada do irmão, dizendo que a mãe fazia “um tempero a mais” quando a moça ia para a casa deles e que ela (a cliente) achava que a relação delas estava “um pouquinho além dos limites”.

T: Você percebe que tipo de sentimento é esse que está aí em você? (7)

C: Dá ciúme, assim, de ela não fazer pra gente, não querer fazer pra gente.

T: E você chegou a falar pra ela que gostaria de comer um pouco melhor? (7)

C: Não.

T: E o que você acha que aconteceria se você pedisse? (7)

C: Ela vive dizendo que não tem tempo pra nada. Acho que ela diria: “não tenho tempo para fazer comida melhor”.

T: E você explica essas coisas pra ela? (7)

C: Não.

(Silêncio)

C: Outra coisa que também não gosto nela é quando a gente começa a falar do que não gosta, que a gente acha que deve fazer de outra forma, ela (mãe) começa a se fazer de vítima: “ah... eu aqui sou isso, eu carrego a cruz”.

T: Como é que você fala com ela? (7)

C: Ah! Normal. A gente não está maltratando, não é por ignorância... mas falando coisa que acho que pode estar certo.

T: O que acontece depois que você fala assim com ela? (7)

C: Ela acaba obrigando a gente a fazer da forma como ela quer.

T: Como você reage? (7)

C: Fico magoada porque ela não dá ouvido a nós, aos nossos sentimentos.

T: Você fala isso na hora? (7)

C: Às vezes sim.

T: Então. Eu estou querendo que você perceba que as coisas estão relacionadas. Que o jeito que você fala com ela e o jeito que ela fala com você faz com que vocês fiquem magoadas. (5)

(RC2 continua explicando as relações possíveis. Categorias 4 e 5).

As falas que levariam o cliente a explicar o próprio comportamento (categoria 8) têm porcentagens bem baixas para todos os estagiários. Tal resultado pode estar relacionado com o fato da supervisora ter enfatizado que perguntas do tipo “por que?” deveriam ser evitadas nas sessões iniciais, para não dar uma conotação de

inquirição à terapia. A maior frequência dessa categoria aparece na 8ª sessão do terapeuta-estagiário YS1 no Apêndice 12.

O terapeuta-estagiário CS2 é o que usa a categoria 9 (sugerir ou induzir a alternativas de mudanças) de forma mais consistente aumentando a porcentagem desse tipo de fala a partir da 5ª sessão. Mas a figura mostra que não obteve respostas do cliente, pois as porcentagens das categorias 10 e 11 são baixas, indicando que teve pouca oportunidade de induzir o cliente à ação e também de observar mudanças no comportamento do cliente até a 8ª sessão, continuando a induzir o cliente a relacionar eventos do próprio comportamento (categoria 7).

Quanto à categoria 9, o trecho da 8ª sessão do terapeuta-estagiário CS2 é reproduzido no Quadro VII para exemplificá-la.

Já os outros terapeutas emitem o comportamento da categoria 9 de forma mais irregular que CS2, mas conseguem respostas dos clientes, como o terapeuta-estagiário AS1 que apresenta as maiores porcentagens da categoria 10, induzindo o cliente a ações. A porcentagem de 17,4 desse tipo de fala na 7ª sessão de AS1 se deve ao fato dele ter induzido a cliente a uma sessão de relaxamento que durou cerca de 20 minutos. Na sessão seguinte, mesmo não tendo repetido a sessão de relaxamento, a porcentagem dessa fala é um pouco mais alta, mas devido a vários momentos em que ele induz a cliente à ação, como está ilustrado no Quadro VIII.

O terapeuta YS1 apresentou uma alta porcentagem da categoria 10 na 4ª sessão, o que surtiu resultado, pois a partir da 5ª sessão o cliente apresentou comportamentos que mereceram avaliação positiva do terapeuta como pode ser constatado pela alta porcentagem da categoria 11 nas sessões 6, 7 e 8 desse terapeuta, cuja última sessão transcrita e categorizada aparece no Apêndice 12.

Quadro VII Trecho da 8ª sessão do terapeuta estagiário CS2 para ilustrar a categoria 9 (propor ou induzir o cliente a alternativas de ação). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.

A cliente é uma mulher de 43 anos, separada, trabalha como diarista para uma família, tem quatro filhos (20, 19, 17 e 13) que vivem com ela. Seu problema central é a relação com os filhos. Outro problema é a relação com seu novo parceiro. Ele é um homem casado e ela se sente culpada por ser a amante dele, tendo pensamentos recorrentes de conflito sobre seu relacionamento.

T: E aí? Qual é o mapa da mina para quebrar um pouco essa depressão, essa tristeza que você recuperou? **(9)**

C: Não sei...

T: O que você pode fazer? **(9)**

C: O que eu posso fazer? Eu acho que eu tenho que me desprender de R. (a pessoa com quem ela estava saindo) e também querer estar com outras pessoas. É que eu quero as coisas do meu modo. Se não é do jeito que eu quero, então eu me decepiono.

T: E a conseqüência...? **(7)**

C: É. Eu acabo ficando sozinha.

T: Mas você me disse que R. não vem lhe ver há dois meses. O que você acha disso? **(6)**

C: Normal eu não acho. (a cliente discorre sobre suas conversas com o namorado).

T: É. Realmente tem que ter um limite. E o que você sugere pra sair dessa? **(9)**

C: Eu tenho que sair mais, sair mais. Eu tenho um projeto pra ir pra aula de dança, mas deixa passar esse drama do fim de ano.

T: Sim, e enquanto isso? Não dá pra sair com alguma amiga? **(9)**

C: O problema é esse. Sempre as mesmas pessoas.

T: Como foi que você conheceu R.? Com quem você tinha saído? **(7)**

C: É. Eu saía muito com M. Com ela e com J. (e conta como eram os passeios).

T: Com quem mais você poderia sair? **(9)**

C: Não tem mais uma pessoa assim para...

T: E o grupo da igreja? **(9)**

C: Não. Eles moram longe, eu não tenho carro...

Embora as porcentagens de falas do terapeuta RC2 em relação à categoria 10 (induzir à ação), não terem sido tão altas quanto às de AS1 e YS1, seu cliente apresentou respostas que fizeram com que ele emitisse comportamentos da categoria 11 (avaliar ou induzir o cliente a avaliar respostas experimentadas) nas duas últimas sessões.

Quadro VIII Trecho da 8ª sessão do terapeuta estagiário AS1 para ilustrar a categoria 10 (induzir o cliente à ação). Os números entre parêntesis, em negrito, correspondem à categoria indicada para aquela fala.

Uma das queixas principais da cliente de AS1, uma jovem de 22anos, era o seu relacionamento com um ex-namorado por quem estava ainda apaixonada. Embora ela já tivesse passado por alguns ensaios comportamentais, já conseguisse verbalizar as conseqüências de suas ações e tivesse entendido as explicações dadas pelo terapeuta-estagiário a respeito dos esquemas de reforçamento intermitentes (numa linguagem acessível a ela, obviamente), ela ainda não tinha desenvolvido autocontrole suficiente para investir em ações alternativas àquele relacionamento.

T: Talvez você tenha se envolvido só com pessoas mais velhas. **(4)**

C: É. Meu primeiro namorado era dez anos mais velho que eu. Tive um outro de 29 anos, mas era casado e logo me afastei dele.

T: Pode se tornar mais difícil se você estiver menos aberta. **(5)** O que você acha de tentar freqüentar lugares que tenham pessoas mais jovens? **(9)** Você não acha que uma coisa está ligada na outra? **(8)**

C: Pode ser. Sábado mesmo tinha um cara lá que o pessoal começou a botar fogo: “beija, beija”, mas eu não consegui. As meninas ficam me empurrando... seja quem for, só pra me desligar de J. Parece mesmo que eu gosto de gente sacana, que me maltrata.

T: Mas hoje você disse que estava a fim de algo novo! **(10)** Não adianta a gente pensar em algo muito grande. **(5)** Vamos fazer assim, então: Só essa semana. Se ele ligar, você já sabe o que fazer, né? Como treinamos. **(9)**

C: Ok.

T: Você acha que essa semana dá pra segurar? Só essa semana. Aí a gente avalia. Vamos fazer também o relaxamento que eu ensinei? Quando estiver nervosa, pare e faça o relaxamento. Topa? **(10)**

C: Acho que vai ser bom pra mim.

T: Tenho certeza que você vai conseguir! **(10)**

A categoria 12 (elogiar análises de contingências) foi definida separadamente porque reforçar diferencialmente o comportamento de analisar do cliente é imprescindível no processo de aprendizagem a que o cliente está exposto na terapia. Elogiar deveria aparecer então, na definição das categorias 4 a 10, mas preferiu-se defini-la à parte para que se pudesse observar a porcentagem desse tipo de fala do terapeuta, especialmente em relação à categoria 7 que seria o âmago da análise de contingências, momento em que o terapeuta induz o cliente a observar as próprias respostas e o contexto em que ocorrem.

Entretanto, observa-se na Figura 5, 5ª linha, que a porcentagem mediana da categoria 12 (elogios) foi muito baixa. Além disso, não se observa um padrão dessa categoria entre os terapeutas, como foi possível observar nas outras. O terapeuta que mais mostra consistência no uso de elogios é o YS1, pois na 4ª sessão, quando justamente os comportamentos da categoria 7 (induzir o cliente a relacionar eventos do próprio comportamento) estavam sendo emitidos, os elogios apareceram e a partir daí a porcentagem desse comportamento aumentou até a última sessão. Já os terapeutas CS2 e RC2 que mais emitiram comportamentos da categoria 7 (induzir o cliente a relacionar eventos do próprio comportamento), apresentaram porcentagens baixas de elogios (categoria 12). O terapeuta AS1, embora apresente porcentagens de elogios maiores que os dois últimos terapeutas mencionados, elogia bem pouco na 5ª sessão justamente quando as porcentagens de induzir a relacionar eventos do próprio comportamento (categoria 7) e induzir a alternativas de mudanças (categoria 9) são as mais altas.

Retomando a observação feita anteriormente quando se iniciou a análise da Figura 5 e se comentou a respeito da aceleração negativa das três primeiras categorias e a aceleração positiva das demais, observa-se que parece haver, de fato, um padrão de respostas dessa atividade.

A Tabela 4 reúne as duas categorias mais frequentes em cada sessão de cada terapeuta-estagiário, sem considerar a categoria 13, por ser ela composta de falas que não são imprescindíveis à análise. Mesmo sendo esse o resultado de apenas oito sessões é possível observar a evolução do comportamento do terapeuta-estagiário: nas duas primeiras sessões as categorias mais frequentes são a 1 e a 2. Na 3ª sessão começam aparecer falas das categorias 4 e 7. Na 4ª e na 5ª sessões a frequência das categorias 1 e 2 diminui dando lugar às categorias 4, 5 e 7. Na 6ª sessão não

aparecem mais as categorias 1 e 2 e surgem as categorias 6 e 11, mantendo-se as categorias 4, 5 e 7. Na 7ª sessão já não aparece mais a categoria 4, mas a 2 volta só para o estagiário AS1, permanecendo as categorias 5, 6, 7 e 11, surgindo a categoria 10. Na 8ª sessão estão presentes as categorias 5, 7 10, 11 e 12.

Tabela 4

As duas categorias mais freqüentes em cada sessão para cada terapeuta-estagiário

Terapeutas	Sessões							
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
AS1	1 e 2	1 e 2	1 e 4	1 e 4	2 e 7	5 e 4	2 e 10	10 e 5
YS1	2 e 1	1 e 2	4 e 2	5 e 5	5 e 4	4 e 11	11 e 5	11 e 12
CS2	1 e 2	1 e 2	1 e 7	2 e 1	7 e 4	4 e 6	7 e 6	7 e 5
RC2	1 e 2	1 e 2	1 e 3	7 e 2	7 e 5	7 e 4	7 e 11	7 e 11

Essa mudança na freqüência das categorias a cada sessão, parece definir um processo de análise que poderia ser dividido em quatro etapas, agrupando-se as categorias de acordo com os dados que elas podem oferecer para a análise, como se descreve a seguir, comparando-se essa atividade com a construção de um quebra-cabeça. Essa nova forma de olhar para os resultados revela a preocupação da pesquisadora em busca de novas sínteses.

3.6 Etapas do atendimento terapêutico analítico-comportamental: a metáfora do quebra-cabeça

1ª etapa “Descobertas”: é aquela em que o terapeuta entra em contato com o cliente para conhecê-lo identificando seus comportamentos, isto é, suas respostas e o contexto em que ocorrem. As categorias 1, 2 e 3 compõem esta etapa dando ao terapeuta uma idéia a cerca da dinâmica do comportamento do cliente, tanto em relação aos comportamentos presentes quanto aos passados. Usando um quebra-cabeça como metáfora, de tal forma que não se saiba qual a figura que contem, seria possível dizer que nesta fase, as peças do quebra-cabeça (o comportamento geral do

cliente) que estavam todas com as faces para baixo (no primeiro contato com o cliente) começam a ser desviradas, colocando à mostra parte da dinâmica de vida do cliente, embora as peças ainda permaneçam misturadas.

2ª etapa “Explicações”: é aquela em que o terapeuta começa a construir algumas hipóteses sobre o comportamento do cliente. É como se ele estivesse diante das peças desviradas do quebra-cabeça e começasse a juntá-las sob algum critério, por exemplo, as cores das peças. Assim faz o terapeuta ao relacionar aspectos da vida do cliente, arriscando algumas hipóteses e apresentando-as ao cliente, para confirmá-las ou não. Nesta fase, como o terapeuta já está construindo hipóteses, ele também compara o comportamento do cliente com o de outras pessoas e dá explicações gerais sobre processos de aprendizagem usando situações do cotidiano para exemplificar situações semelhantes às que o cliente apresenta. Esta etapa está representada pelas categorias 4 e 5 quando o terapeuta dá explicações ao cliente, com o intuito de levá-lo a entender como se dá o comportamento de modo geral e que o comportamento dele obedece a leis que ele precisa conhecer.

3ª etapa “Autoconhecimento”: nesta etapa o terapeuta já tem uma visão mais concreta da dinâmica do comportamento do cliente. Algumas peças do quebra-cabeça já estão montadas e se vislumbra a figura que o compõe. É a fase em que o terapeuta induz o cliente à análise. O terapeuta já identificou contingências prováveis para o comportamento do cliente e começa a induzi-lo a identificar relações entre eventos tanto do comportamento dos outros como principalmente do seu, levando-o a explicar o próprio comportamento. Esta etapa corresponde às categorias 6, 7 e 8.

4ª etapa “Resolução de problemas”: nesta última etapa o quebra-cabeça está praticamente montado. O terapeuta já compreende o comportamento do cliente e este já deve estar identificando as próprias respostas e seu contexto, tendo desenvolvido

auto-conhecimento, sendo capaz de fazer sua própria análise de contingências. Nessa etapa o terapeuta induz o cliente a propor alternativas de ação e principalmente o induz à ação na tentativa de resolução dos problemas. E tendo o cliente agido, avalia junto com ele as decisões e as atitudes tomadas. As categorias 9, 10 e 11 atendem a esta etapa.

A Figura 6 mostra as medianas de categorias de falas de cada um dos terapeutas-estagiários agrupadas nas quatro etapas acima descritas e ainda as medianas das falas dos quatro terapeutas-estagiários em cada etapa ao longo das oito primeiras sessões. As categorias 12 e 13 embora não formem etapas aparecem nessa figura por mera questão estatística, pois sem elas não se completam 100% das falas dos terapeutas. O objetivo dessa estatística foi observar a tendência dessas etapas ao longo do processo de análise.

No caso dos terapeutas-estagiários que participaram dessa pesquisa, pode-se observar pela mediana geral das porcentagens de suas falas (última linha da Figura 6), e pelos dados da Tabela 4, que a primeira etapa do processo terapêutico desses estagiários durou cerca de quatro sessões e que eles começaram os atendimentos usando 60% das suas falas em questões das categorias 1, 2 e 3 (categorias para identificar Rs, As, e Cs), diminuindo tal porcentagem a cada sessão, enquanto a porcentagem das outras falas foram aumentando gradativamente de forma que por volta da 5ª ou 6ª sessão eles estavam explicando razões dos comportamentos aos seus clientes e induzindo-os a explicarem seus comportamentos e os de outros (2ª e 3ª etapas), mantendo esse tipo de fala nas duas últimas sessões quando também passaram a induzir os clientes a proporem alternativas de mudanças, a experimentarem novas respostas, avaliando junto com os clientes as respostas emitidas.

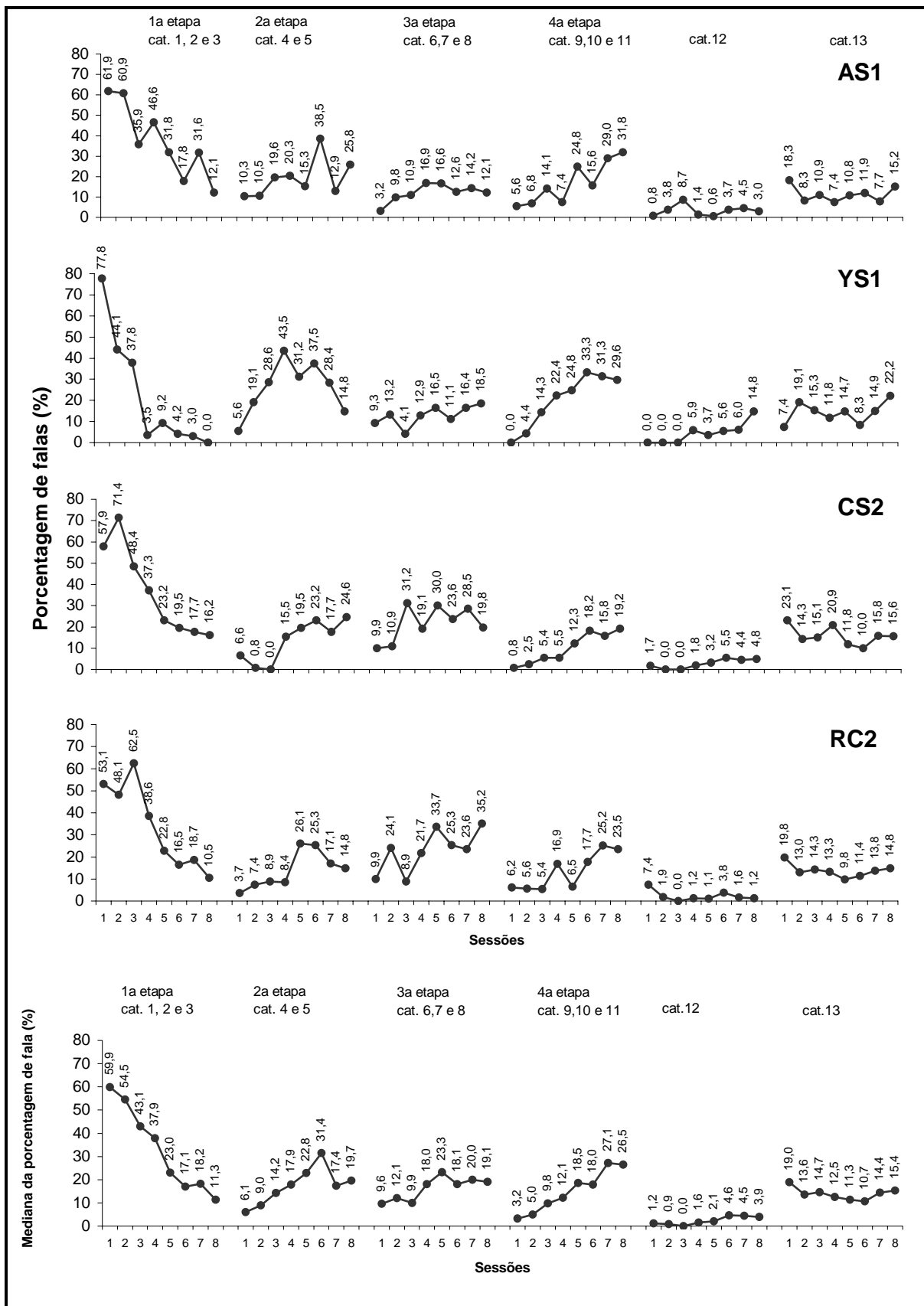


Figura 6. Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário por etapas do atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários nas mesmas etapas.

A categoria 12 (elogios) já foi descrita anteriormente quando da análise da Figura 5.

A categoria 13 (outras falas do terapeuta que não são imprescindíveis à análise de contingências, mas necessárias à relação terapêutica) mostra um padrão bem estabelecido entre os terapeutas-estagiários. Com exceção de YS1 que emitiu baixa porcentagem dessa categoria justamente na 1ª sessão quando todos os outros apresentaram as maiores porcentagens dela, a partir da 2ª sessão os comportamentos são muito parecidos. Observa-se pela mediana das porcentagens desse tipo de fala que os terapeutas despenderam no máximo 19% de suas falas com as subcategorias da categoria 13.

A Figura 7 (porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário relativas às subcategorias da categoria 13 (Outras) e à mediana dessas falas para os quatro terapeutas-estagiários) mostra outras falas que não estão diretamente ligadas à análise de contingências, mas que são importantes para a relação terapêutica.

A mediana das porcentagens de falas das subcategorias da categoria 13 (5ª linha da Figura 7) mostra que os terapeutas-estagiários participantes desta pesquisa despenderam baixas porcentagens dessas falas durante os atendimentos. As subcategorias mais frequentes foram aquelas de falas de início e término de sessão (categoria 13.1) e expressões de entendimento do terapeuta (categoria 13.4). Esta última aparece com porcentagens mais altas para o terapeuta-estagiário CS2, pois ele, de fato, verbalizava tais expressões, enquanto os outros apenas balançavam a cabeça ou usavam outras formas não orais.

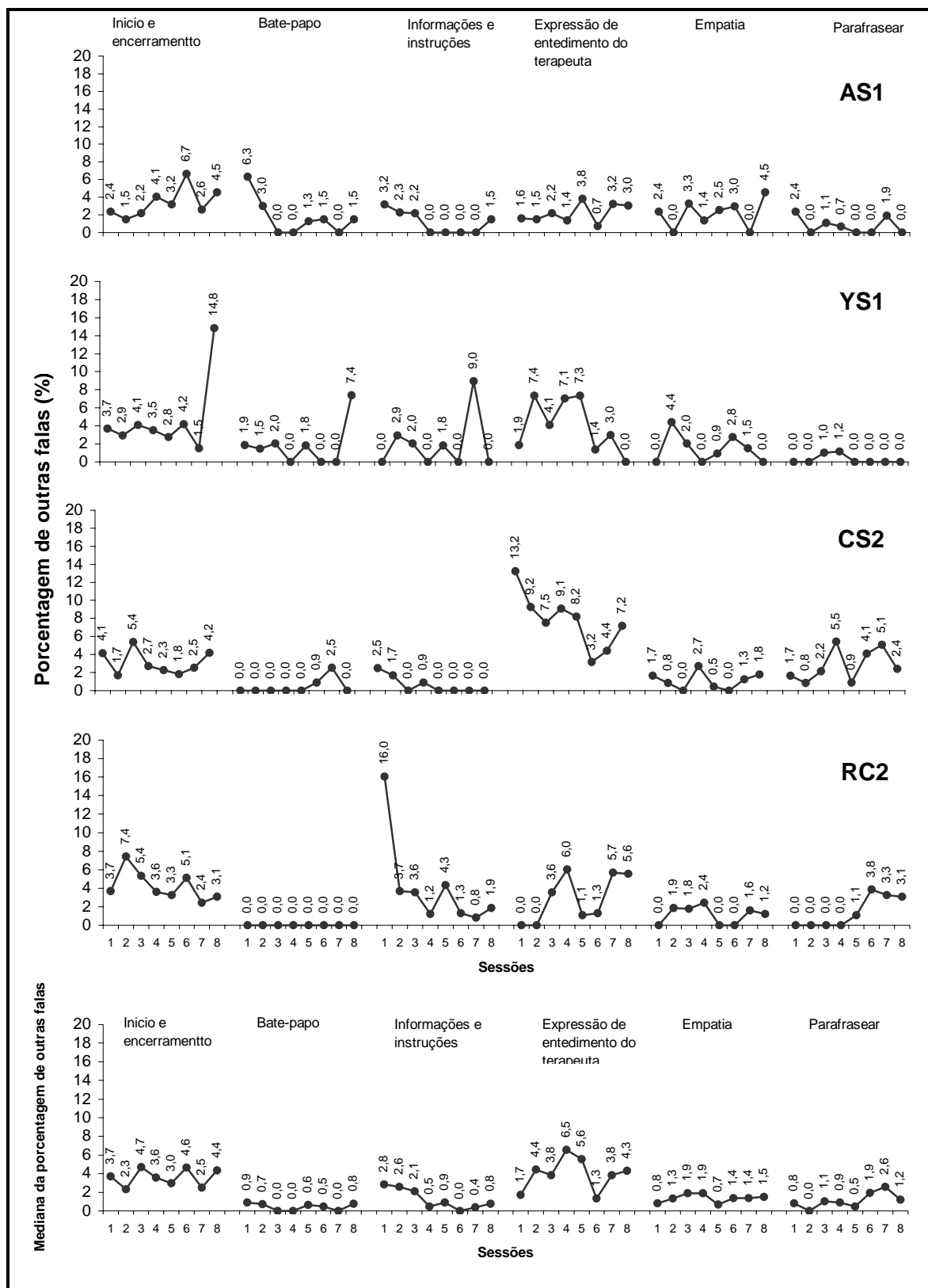


Figura 7. Porcentagens de categorias de falas da subcategoria 13 para cada terapeuta-estagiário e a mediana das porcentagens dessas categorias de falas para os quatro terapeutas-estagiários.

Como nesta pesquisa se optou por registrar as falas dos terapeutas, outros comportamentos importantes numa relação interpessoal, e especialmente na relação terapêutica, não foram registrados, embora tenham sido observados. Comportamentos como postura, expressões faciais, olhares, tipo de respiração, pensamentos e sentimentos do terapeuta eram comentados durante as sessões de supervisão, quando se pedia aos estagiários que atentassem para tais comportamentos quando fossem assistir às suas sessões nas fitas gravadas em vídeo.

A propósito, todos os estagiários relataram ganhos pessoais ao observar o próprio comportamento nas fitas gravadas, embora à princípio alguns deles tenham se mostrado inseguros em serem observados.

É interessante observar na Figura 7 que os terapeutas-estagiários não gastavam tempo da sessão “batendo papo” (categoria 13.2) com o cliente (a mediana das porcentagens dessa categoria é a mais baixa entre as seis subcategorias da categoria 13). Observa-se uma porcentagem maior desse tipo de fala na última sessão do estagiário YS1 e na primeira sessão de AS1. Entretanto, visto da forma como aparece na Figura 7, esse dado parece ser maior do que de fato é, pois, no caso de YS1 foram apenas duas ocorrências dessa fala no final da última sessão e seis ocorrências no início da primeira sessão de AS1. É que o cálculo dessas porcentagens é o mesmo feito para as outras categorias, isto é, a quantidade de ocorrências da categoria, dividido pelo total de ocorrências de falas na sessão, multiplicado por 100. Assim, duas ocorrências de bate-papo no total de 27 falas do terapeuta YS1 na 8ª sessão, multiplicado por 100, tem-se 7,4% das falas do terapeuta nessa sessão, como bate-papo. O mesmo raciocínio justifica o aparente pico da subcategoria 13.1 na última sessão do terapeuta YS1. A baixa ocorrência de falas do terapeuta YS1 nessa última sessão fez com que as porcentagens das suas falas

ficassem mais altas (ver no Apêndice 12 a predominância das falas do cliente, já em processo de alta nessa sessão).

Observa-se ainda na Figura 7 a porcentagem baixa das falas relativas à empatia (subcategoria 13.5), comportamento que se mostrou mais regular entre os terapeutas, dentre esses da categoria 13. Já a subcategoria 13.6 (parafrasear) parece ter alcançado essa porcentagem mediana, muito em função do comportamento do terapeuta-estagiário CS2 que foi o que mais emitiu esse tipo de comportamento.

Assim, os comportamentos que compõem a categoria 13 não apresentam um padrão, isto é, variam muito de terapeuta-estagiário para terapeuta-estagiário, indicando que o que ele faz enquanto não faz análise de contingências, depende mais das características pessoais dele e das do cliente. Como outro exemplo, observa-se a porcentagem de informações e instruções (categoria 13.3) na primeira sessão do terapeuta RC2 cujo cliente fez algumas perguntas a respeito do funcionamento do Serviço de Psicologia e sobre psicoterapia.

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste trabalho foi sistematizar a prática do terapeuta analítico comportamental, pois não se encontrou na literatura um trabalho que descrevesse essa prática de forma que um supervisor de estágio pudesse elaborar um programa de ensino com base no que de fato fazem os analistas do comportamento em clínica. Assim, esta tese pode ser uma contribuição para preencher uma lacuna já denunciada por Sturmey em 1996 quando comentava que “pesquisas futuras deveriam investigar a maneira como os clínicos se comportam quando fazem análise funcional, que métodos eles usam e como determinam em que ordem usar esses métodos”, dentre outras decisões que o clínico precisa tomar (p. 202).

Ensinar a ser terapeuta, como qualquer outro ensino, “depende do arranjo das contingências de reforço que acelerem a aprendizagem” (Skinner, 1969, p. 185). Em alguma instância da história pessoas aprenderam (mesmo sem serem ensinadas) a ser terapeutas eficientes. Pretendeu-se neste trabalho aprender com elas essa tarefa, partindo do que relatam a respeito do que fazem até a observação direta da atuação de terapeutas, mesmo que estagiários iniciantes, identificando suas ações, pretendendo tornar as condições de ensino de ser terapeuta mais favoráveis ao aprendizado.

Embora não haja consenso na literatura sobre como deve ser o terapeuta comportamental, foram reunidos neste estudo os pontos em que terapeutas experientes parecem concordar. O primeiro deles é que uma sólida formação teórica seja garantida (Guilhardi, 1987; Segura, Sanchez e Barbado, 1991; Rangé et al. 1995) para que não haja “confusão na prática” (Skinner, 1953/ 1978, p. 23). Por isso foram programadas contingências que estabelecessem o mínimo de segurança na compreensão dos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical e dos princípios

básicos da Análise do Comportamento oferecidas no Módulo I do programa de ensino proposto.

O segundo ponto em que os analistas de comportamento parecem concordar é que para se tornar um deles é imprescindível passar por um treinamento em que se possam examinar repetidamente registros precisos e sistemáticos de casos já atendidos, tendo assim o comportamento modelado por regras. E mais importante ainda, é que esse treinamento possa oferecer oportunidade de interagir com eventos comportamentais ao vivo, tendo assim o comportamento modelado por contingências ao atender pelo menos uma pessoa (Guilhardi, 1987; Rangé et al., 1995; Teixeira, 2002).

Assim, o Módulo II foi programado para que os estagiários fossem treinados a elaborar análises de contingências por escrito de acordo com os critérios propostos por Sturmey (1996). Os resultados mostraram que rapidamente eles aprenderam analisar casos retirados da literatura, por meio de modelação e modelagem, demonstrando que o comportamento de “saber sobre” (Baum, 1994/1999), mencionado na Introdução, foi adquirido.

O desempenho em analisar o mesmo caso em três momentos diferentes do curso não mostrou diferença significativa entre a aprendizagem de estagiários sem nenhuma experiência (estagiários 1) e estagiários que já tinham feito pelo menos um semestre de prática clínica (estagiários 2), como foi demonstrado na Tabela 1 da seção de Resultados. Mas o desempenho melhor dos estagiários 2 na 2ª avaliação pode indicar que os critérios estabelecidos para correção das análises (segundo Sturmey, 1996), enfatizavam aspectos diferentes dos exigidos no Estágio que esses últimos já tinham feito corroborando a falta de consenso sobre o que faz o analista de comportamento, comentada na literatura (Guilhardi, 1987 e 2004). Embora os

critérios de Sturmeý (1996) tenham sido escolhidos justamente por contemplarem a maioria dos itens relatados pelos terapeutas comportamentais e assim poder se esperar que os estagiários 2 fizessem análises contemplando aqueles itens, pode-se também conjecturar que tivesse ocorrido o mesmo que na pesquisa de Wilson e Evans (citado por Sturmeý, 1996) que mostrou a discrepância entre 118 membros da AABT (American Association of Behavioral Therapy) quando foram solicitados a analisar os mesmos casos.

Com referência ainda aos desempenhos dos estagiários nos três momentos diferentes do curso, alguns comportamentos merecem ser comentados. O que chamou mais atenção foi o desempenho de AS1 que embora não tivesse nenhuma experiência anterior foi o que elaborou a melhor análise na fase em que nenhuma instrução ainda tinha sido dada. Na segunda avaliação seu desempenho melhorou, mas na mesma proporção que os demais estagiários do seu grupo melhoraram. Já na terceira avaliação, seu desempenho piorou, ficando abaixo da mediana dos dois grupos. Esse dado objetivo não contempla o relato verbal do estagiário (comentado mais adiante) que pode explicar seu desempenho declinante em elaborar a análise de teste, completamente diferente do seu desempenho em analisar os outros casos apresentados durante o Módulo II e a elaboração do caso por ele atendido (ver análise de ASI no Apêndice 7).

Relembrando o procedimento, o caso teste apresentado para análise foi dado aos estagiários logo no primeiro dia do curso, antes mesmo que o próprio programa fosse apresentado para que não houvesse nenhuma interferência do curso sobre aquela primeira avaliação, e a instrução foi que fizessem da melhor maneira que pudessem. Já nessa ocasião, AS1 comentou sentir falta de mais dados no relato do caso para que a análise fosse feita a contento. Queria discutir o caso, mas foi dito a

ele que outros casos seriam discutidos e que aquele estava reservado para outras avaliações. Quando foi solicitado a fazer a segunda avaliação, como os demais estagiários no final do módulo II, comentou novamente a falta de dados, mas escreveu a análise. Quando da terceira avaliação, no final do curso, comentou que era muito maçante fazer novamente a análise do mesmo caso e que “faria por fazer”. Na mesma ocasião o estagiário CS2, concordou com AS1, o que também pode justificar seu desempenho pior na 3ª avaliação. Os demais estagiários não demonstraram insatisfação com essa tarefa.

Essa aparente “rebeldia” desses estagiários mostrou a fragilidade do controle escolhido para essa fase da pesquisa. A pesquisadora planejou usar um único relato de caso nas diversas avaliações pretendendo controlar a variável dificuldade que diferentes casos poderiam trazer, mas não previu que esse controle traria uma variável estranha (falta de novidade) que interferiria no desempenho, ainda mais numa ocasião em que os estagiários já estavam no final do curso, elaborando análises dos casos por eles atendidos, tarefa muito mais complexa do que a análise do caso teste. Talvez se a nota atribuída a essa avaliação fizesse parte das exigências para aprovação no curso, os estagiários tivessem feito sem reclamar, por esquivar, e não se estaria aqui discutindo essa ocorrência que pode ser útil para novas pesquisas, obedecendo às recomendações de Kazdin (1982 e 1993) para os cuidados que podem ser tomados no sentido de se controlar variáveis desse tipo (Teste).

A propósito, considerando ser este um estudo de caso tipo A-B, ele seria classificado, de acordo com a proposta de Kazdin (1982 e 1993), como um estudo de caso Tipo II, pois os dados obtidos antes, durante e depois do procedimento foram dados objetivos (notas das análises) e pelo menos duas (Maturação e História) das cinco ameaças à validade interna puderam ser afastadas (as outras três que não

puderam ser afastadas foram: Teste, Instrumentação e Regressão estatística). As curvas de aprendizagem da Figura 3, da seção de Resultados, mostraram um efeito imediato e acentuado com a introdução do treinamento, podendo afastar a variável Maturação, pois em cerca de três meses (duração dos módulos II e III do curso) seria pouco provável que os estagiários tivessem “crescido” em relação à elaboração de análises por outro meio que não o treinamento oferecido. Além disso, o fato de ter múltiplos casos (oito estagiários) afastou também a variável História, pois sendo sujeitos diferentes, qualquer mudança diferente em um deles seria logo detectada, como foi o caso AS1.

A variável estranha Teste, citada mais acima, assim como Instrumentação e Regressão estatística, não puderam ser afastadas porque não houve avaliação contínua, (medidas repetidas). Talvez fosse interessante, numa replicação deste estudo, a medida de pelo menos três avaliações de casos diferentes antes da introdução do treinamento (VI) garantindo o padrão de elaboração de análise de cada estagiário (estabilidade do comportamento antes da introdução da VI). Além disso, em vez de se usar o mesmo caso teste para as medidas posteriores, outros relatos de caso poderiam ser usados mantendo o interesse dos estagiários e enriquecendo o curso com mais casos discutidos. Tais casos poderiam ser avaliados previamente por juízes que atribuiriam uma nota ao grau de dificuldade de cada um e o pesquisador poderia escolher relatos com julgamentos semelhantes para serem os casos testes. Assim, este trabalho poderia vir a ser classificado como Tipo III, afastando todas as ameaças à validade interna, segundo Kazdin (1982 e 1993).

Quando as análises funcionais por escrito elaboradas pelos terapeutas-estagiários deste programa (Grupo AC), em referência aos casos por eles atendidos durante o Módulo III, foram comparadas com as análises de outros estagiários da

mesma clínica-escola, constatou-se menos variabilidade entre as análises do Grupo AC do que nos outros grupos. É provável que tal resultado esteja relacionado com o tipo de instrução que foi oferecido ao Grupo AC, embora, certamente, os demais grupos também tenham tido instruções para análise de casos.

Entretanto, a maior variabilidade entre os membros dos outros grupos pode indicar que talvez as instruções não tenham sido tão específicas quanto às do Grupo AC. Não se sabe quais foram essas instruções nem tão pouco quais as avaliações que os supervisores fizeram daquelas análises. O que se quer aqui enfatizar é que os itens apresentados por Sturmey (1996) para elaborar análises funcionais parecem, de modo geral, ser desejáveis a qualquer análise em qualquer abordagem, pois certamente se espera que qualquer analista, independente da abordagem, possa caracterizar o cliente que está sendo analisado, identificar sua queixa, levantar hipóteses diagnósticas e sugerir intervenções.

Os resultados demonstraram a clara necessidade dos treinamentos explicitarem os critérios para elaboração de análises. Seria de se esperar que estagiários de nível mais avançado (Estágio II) fizessem melhores análises que os de Estágio I devido à experiência. Mas isso não ocorreu em nenhum dos grupos. Entretanto, o fato de estagiários receberem informações explícitas de como análises devem ser feitas pode ter determinado a diferença entre os grupos.

O Módulo II, portanto, ofereceu condições que se mostraram propícias à aprendizagem de análises funcionais por escrito, treinando os estagiários a detectarem e seguirem contingências (o procedimento da análise, mencionado na Apresentação), atendendo às recomendações de vários analistas de comportamento quanto à formação do terapeuta analítico-comportamental (Guilhardi, 1987; Rangé et al., 1995; Teixeira, 2002).

Pode-se constatar também que o programa de ensino proposto foi eficaz, de acordo com a definição de eficácia dada por Chorpita (2003), pois nessa fase da pesquisa (Módulo II) houve controle sobre algumas variáveis, (terapeutas-estagiários, relatos de casos adaptados, supervisor) de forma que se observou o efeito do programa de ensino sobre o comportamento de elaborar análises de contingências por escrito dos terapeutas-estagiários. Os dados mostraram que o programa cumpriu o que se propôs a fazer.

Entretanto a efetividade do programa oferecido só pôde ser testada e o objetivo principal deste trabalho só pôde ser atingido durante o Módulo III quando os estagiários tiveram a oportunidade de interagir com eventos comportamentais ao vivo ao atenderem pelo menos uma pessoa, sendo então, seus comportamentos modelados também por contingências (Teixeira, 2002). Seria o tipo de pesquisa de efetividade que Chorpita (2003) denomina “pesquisa de transportabilidade”, transportando o que foi aprendido no Módulo II mais para perto do “mundo real” (análise de um caso ao vivo), mas ainda com certo controle, pois os terapeutas-estagiários e o supervisor continuaram os mesmos.

Assim, as instruções sobre como deve ser conduzida uma análise somada à oportunidade de ter o comportamento modelado por contingências levou os terapeutas-estagiários participantes deste trabalho a aprenderem não só “sobre”, mas também “como” (Baum, 1994/1999) fazer análise de contingências. Esse aprendizado foi demonstrado pelos comportamentos dos terapeutas-estagiários enquanto atendiam os seus clientes (o processo da análise, mencionado na Apresentação), o que possibilitou a definição das treze categorias propostas como uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental, principal objetivo desta tese.

Procurou-se identificar o mínimo possível de categorias que pudesse caracterizar um padrão geral e essencial da atividade do terapeuta analítico comportamental e com isso oferecer uma resposta concisa à pergunta que um supervisor faz quando se vê diante da tarefa de ensinar estagiários a se tornarem terapeutas: “o que faz o terapeuta analítico-comportamental?”. O desafio deste trabalho foi, justamente, o de fazer uma descrição dessa atividade, à medida que ela ia sendo cumprida pelo terapeuta-estagiário, no processo de atendimento clínico, segundo uma orientação baseada na literatura pertinente sobre relatos de casos e de outros trabalhos que apresentavam algumas categorias dessa mesma prática clínica (Zamignani, 2001; Moreira, 2001). Assim, a novidade deste trabalho está justamente na proposta de sistematização da atividade como um todo, pois a tarefa em si, certamente será reconhecida pelos terapeutas analítico-comportamentais.

Ademais, se notará também daqui para frente, nesta seção, um caráter prescritivo na discussão dos resultados, pois se espera que seja de auxílio ao supervisor na sua tarefa de ensinar a ser terapeuta.

É importante comentar que a ordem em que as 11 primeiras categorias estão dispostas é mais ou menos a ordem que os terapeutas descrevem suas ações quando relatam na literatura os casos atendidos por eles. Como o programa de ensino de análise de contingências foi baseado nessa literatura é natural que a mesma ordem tenha surgido ao longo dos atendimentos. Embora essa ordem não seja rígida, parece ser uma sugestão interessante como passos de uma modelagem que tanto o supervisor pode seguir para instruir seu estagiário, como o terapeuta no atendimento do seu cliente, identificando em que ponto estão do processo, podendo exigir mais ou menos do seu estagiário ou cliente, respectivamente.

A descrição dos comportamentos dos terapeutas-estagiários feita na seção de Resultados (Figura 5) mostrou que os terapeutas fazem mais perguntas do tipo que identificam eventos antecedentes do que as que identificam eventos conseqüentes. Isso não era de se esperar numa abordagem em que se enfatizam os estímulos conseqüentes, embora se possa argumentar que as contingências envolvam ambos os aspectos dos estímulos (Matos, 1997). A chamada de atenção para esse ponto é que tal resultado pode estar relacionado com a tradição de se fazer perguntas mais sobre a história pregressa dos clientes do que dos aspectos presentes dessa história, o que levaria certamente a questões sobre o que pode estar mantendo as respostas no momento. O importante desse resultado é que tendo sido constatado pode ser informado ao terapeuta que, talvez, deva reverter esse quadro cuidando de fazer mais questões cujas respostas possam ser usadas como dicas mais plausíveis sobre a manutenção das respostas atuais cliente, concorrendo para uma intervenção mais efetiva.

O aumento da porcentagem das falas do terapeuta RC2 em relação à categoria 1, já na 7ª sessão e da categoria 3 na 3ª sessão afastando-se um pouco do padrão dos demais terapeutas-estagiários, pode indicar que a qualquer tempo o terapeuta deve ficar sob controle do comportamento do cliente ficando atento a novas respostas, especialmente àquelas emitidas na sessão (Kolenberg e Tsai, 1991/2001). O supervisor deve estar atento para essa instrução, pois é muito comum que o estagiário fique mais sob controle dele do que do cliente (Guilhardi, 1987; Banaco, 1993; Moreira, 2001).

Outro aspecto que mostrou essa influência do comportamento do supervisor sobre o comportamento do estagiário foi o fato de todos os estagiários apresentarem baixa porcentagem da categoria 8 que era a oportunidade que os terapeutas-

estagiários teriam de identificar se os clientes sabiam, de fato, explicar os próprios comportamentos. É possível conjecturar que os estagiários tenham generalizado a instrução dada pela supervisora de evitarem perguntas do tipo “por quê?”, nas sessões iniciais, para não dar uma conotação aversiva de inquisição à terapia, e assim, evitaram usar esse tipo de questão até em momentos que seriam adequados. Seria conveniente atentar para esse fato e numa replicação desse trabalho alertar os terapeutas a respeito da importância de se testar o quanto o cliente está de fato, verbalizando sobre as razões de seu comportamento.

A baixa frequência da 6ª categoria mostra que os terapeutas não investiram num comportamento que talvez seja bem interessante de se incentivar durante o processo de ensino de análise de contingências, pois analisar comportamentos de terceiros pode ser mais fácil que analisar o próprio comportamento. O uso de parábolas ou metáforas tem sido usados em alguns modelos de terapia comportamental, como por exemplo, a ACT (Acceptance and Commitment Therapy) de Hayes e Wilson (1994).

O fato dos terapeutas-estagiários CS2 e RC2 não terem avançado além da categoria 7, continuando a induzir o cliente a identificar os eventos do seu próprio comportamento até o momento em que os dados desta pesquisa foram levantados, mostra que ficaram sob controle do cliente demonstrando que o processo de atendimento terapêutico, como um processo de aprendizagem, precisa respeitar o ritmo do cliente. Por isso a análise de contingências pode ser considerada como uma forma idiográfica de avaliação orientada para desenvolver um tratamento individual sob medida (Gresswell & Hollin, 1992).

É aceitável que os terapeutas eventualmente aconselhem seus clientes, mas o terapeuta analítico-comportamental deve preferir induzir o cliente a fazer análises de

contingências e o supervisor deve ficar atento a induzir o terapeuta-estagiário a identificar como poderia induzir seu cliente em vez de aconselhá-lo justamente dando modelo desse tipo de comportamento na sessão de supervisão. Por outro lado não basta fazer análise de contingências e até descobrir as razões prováveis do comportamento. No processo terapêutico é imprescindível que se encontrem soluções (Skinner, 1953/1978). E mesmo para isso o procedimento de análise de contingências identificando as conseqüências das alternativas de resolução de problemas mostra-se útil.

As categorias criadas neste trabalho representam respostas funcionais do terapeuta, isto é, respostas que têm função terapêutica, função de analisar as contingências do comportamento do cliente. O terapeuta deve estar sempre atento para a função do seu comportamento na sessão. Precisa ser rápido para decidir a razão pela qual está fazendo determinada pergunta ou comentário. O levantamento dessas categorias de falas do terapeuta pode auxiliar o supervisor no processo de modelagem do comportamento do terapeuta-estagiário. O supervisor pode usar estas categorias para dar instruções gerais a respeito do processo terapêutico, do ponto de vista da Terapia analítico-comportamental, descrevendo as etapas desse processo antes que o terapeuta-estagiário entre em contato com o cliente.

Quando o terapeuta inicia um atendimento a sua preocupação em entender a dinâmica do comportamento do cliente faz com que ele faça perguntas contidas nas categorias 1, 2 e 3 (etapa das descobertas). Enquanto o terapeuta está fazendo perguntas desse tipo ocorre também com frequência a categoria 13.4, que são as expressões de entendimento do terapeuta em relação à fala do cliente. Nesse período o supervisor pode instruir o terapeuta-estagiário a “dar corda” ao cliente, isto é, jamais puni-lo ou confrontá-lo. É nessa etapa que se estabelece o vínculo terapêutico. Por

isso perguntas do tipo “por que” devem ser evitadas nesta fase, para que o cliente não se sinta acuado. As questões devem ser abertas e o terapeuta deve ser uma audiência ao máximo reforçadora para o cliente se sentir à vontade.

Em seguida o terapeuta vai criando hipóteses para começar a relacionar eventos e explicar o comportamento do cliente, mostrando-lhe microanálises elaboradas com os diversos episódios relatados por ele, confirmando ou não suas hipóteses (etapa das explicações). Ao mesmo tempo, tais discussões com o cliente a respeito dos episódios relatados é também ocasião para que explicações gerais sobre processos de aprendizagem sejam dadas a ele (categorias 4, 5 e 6)

O terapeuta, então, passa a induzir o cliente a relacionar eventos. De preferência, inicia esse processo analisando o comportamento de outras pessoas ou situações, pois na nossa cultura é comum que as pessoas possam falar do comportamento dos outros, mas raramente são instruídas a observar o próprio comportamento. Nessa etapa o terapeuta deve estar apto a elaborar macroanálises do comportamento do cliente podendo induzi-lo a relacionar eventos relativos a seu próprio comportamento levando-o ao autoconhecimento e à explicação do que ocorre ele (etapa do autoconhecimento).

Entretanto, como já foi comentado anteriormente, “tomar consciência” do próprio comportamento não é o suficiente para que a análise de contingências seja concluída. É necessário dar condições ao cliente de intervir no seu próprio comportamento, sugerindo alternativas de ações e mais do que isso, induzi-lo a agir. E tendo o cliente agido, avaliar as conseqüências de suas novas ações (etapa de resolução de problemas).

Obviamente, como todo em todo processo de modelagem, os passos (neste trabalho representados pelas categorias) são arbitrários e não significa que o comportamento que está sendo modelado deva segui-los rigidamente. Passos adiante

podem ser experimentados, mas o terapeuta deve estar atento ao desenvolvimento do comportamento do seu cliente e ficar muito mais sob controle dele ao observar as regras sugeridas na supervisão.

Portanto é importante que fique claro que a seqüência de categorias de falas do terapeuta analítico-comportamental proposta neste trabalho é uma sistematização sugerida para facilitar a tarefa do supervisor de ensinar um estagiário a se tornar terapeuta.

As etapas acima resumem o que se considera neste trabalho o cerne do atendimento terapêutico analítico-comportamental, que é fazer análise de contingências definida como avaliação e intervenção contínuas como sugere Follette et al. (2000). Em qualquer dessas etapas o terapeuta deve estar sempre atento ao fato de que o comportamento, definido como uma abstração (Matos, 1997) é uma relação dinâmica, contínua e plástica e que suas observações sobre o comportamento do cliente devem ser sempre hipóteses para que fique pronto a identificar quaisquer mudanças, ficando assim guiado pelo mesmo “espírito científico” que rege o comportamento do cientista que adota o Método Teórico Informal (Bachrach, 1965/1972), defendendo o caráter dinâmico no processo de produção de conhecimento.

CONCLUSÃO

O programa de estágio proposto neste trabalho foi eficaz para o ensino de análises de contingências por escrito e também efetivo na medida em que os terapeutas-estagiários aplicaram os conhecimentos adquiridos para o atendimento de pelo menos um cliente, dando oportunidade a que seus comportamentos, enquanto atendiam seus clientes, fossem observados possibilitando uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental.

O treinamento proposto na Apresentação deste trabalho poderá agora ser efetuado baseado nessa meta-análise que acabou de ser construída (análise do comportamento do terapeuta enquanto atende seu cliente) e sua efetividade avaliada também por meio dos resultados terapêuticos. Além de pesquisa como essa que já está sendo implementada pela autora desta tese, muitas outras podem ser sugeridas para continuidade da produção de conhecimento na área da Terapia analítico-comportamental, como por exemplo, verificar a validade das categorias propostas neste trabalho na aplicação do procedimento com crianças e adolescentes; levantamentos de estudos de casos na literatura e avaliação dos mesmos com essas categorias; observação de sessões de supervisão ao longo de pelo menos um semestre letivo verificando a ocorrência dessas categorias.

Como contribuição teórica este trabalho discutiu o problema conceitual que envolve o termo “análise funcional”, sugerindo a adoção do termo “análise de contingências”, como alguns autores já vêm fazendo. Discutiu também a questão da abrangência da análise de contingências sugerindo a elaboração de micro e macro análises para melhor compreensão da dinâmica do comportamento do cliente. Além disso, ficou demonstrado pela atuação dos terapeutas-estagiários que a análise de

contingências permeia todo o processo terapêutico, sendo um procedimento de avaliação contínua sem dicotomias entre avaliação e tratamento.

REFERÊNCIAS

- Amaral, V. L. A. R. (2001). Análise contingencial como modelo de intervenção breve em psicologia da saúde. Em M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 279-293). Londrina: Ed. UEL; Granada: APICSA.
- Andery, M. A. P. A., Micheletto, N. & Sério, T. M. A. (2001). Análise funcional na análise do comportamento. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Volume 8, pp. 148-157). Santo André: ESETec.
- Antoniuzzi, M. R. (1992). Teorias pedagógicas inventariadas: como alternativa, a pedagogia da práxis. *UFBA/FACED/Programa de pós-graduação em educação*. Salvador: (mimeo.).
- Bachrach, A. J. (1965/1972). *Introdução à pesquisa psicológica*. São Paulo: Herder. (trabalho original publicado em 1965).
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (Volume 4, pp.75-82). Santo André: ARBytes.
- Banaco, R. A. (1999b). O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 135-142.
- Banaco, R. A. & Martone, R. C. (2001). Terapia comportamental de família: uma experiência de ensino e aprendizagem. Em H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P.P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Volume 7, pp. 200-205).
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist-practitioner: research and accountability in clinical and educational setting*. New York: Pergamon Press.
- Barrios, B. A. & O'Dell, S. L. (1998). Fears and anxieties. In E. J. Masch & R. A. Barkley (Eds.) *Treatment of childhood Disorders*. (pp. 249-337). New York: Guilford Press.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. (trabalho original publicado em 1994).
- Baum, W. M. (2003). The molar view of behavior and its usefulness in behavior analysis. *The behavior analyst today*, 4, 78-81.

- Becker, M. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP). Em H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P.P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Volume 9, pp 245-256). Santo André: ESETec.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J. & Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50 (12), 984-994.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1973). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Campos, L. F. L. (1995). Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas*. Campinas: Editorial Psy.
- Carr, E. G.; Langdon, N. A. & Yarbrough, S. C. (2000). La intervención baseada en hipótesis para tratar conductas problema severas. Em A. C. Reep & R. H. Horner (Orgs.), *Análisis funcional de problemas de la conducta* (pp. 9-29). Madri: Paraninfo.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem, comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Art. Méd. (trabalho original publicado em 1998).
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, 14, (2), p. 139-147.
- Cavalcante (1999). *Análise Funcional na Terapia Comportamental: uma discussão das recomendações do Behaviorismo Contextualista*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Chiesa, M. (1994/2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Volta Redonda: Celeiros. (trabalho original publicado em 1994).
- Chorpita, B. F. (2003). The frontier of evidence-based practice. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 42-59). New York: The Guilford Press.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. Em E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp. 79-136). Campinas: Papirus.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: ESETec.
- Costa, S. E. G. C. & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análises funcionais do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 19 (3), 43-54.

- Dally III, E. J., Witt, J. C., Martens, B. K. & Dool, E. J. (1997). A model for conducting a functional analysis of academic performance problems. *School Psychology Review*, 26, 554-574.
- Delprato, D. J. (2002). Countercontrol in behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 25, 191-200.
- Del Prette, G. (2006). *Terapia analítico-comportamental infantil: relações entre o brincar e o comportamento da terapeuta e da criança*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- De Rose, J. C. (1982). Consciência e propósito no Behaviorismo radical. Em B. Prado Júnior (Org.), *Filosofia e Comportamento*. São Paulo: Brasiliense.
- Falcone, E. L. (1998). *Programa de treinamento da habilidade empática*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Ferster, C. (1968/1979). *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC. (trabalho original publicado em 1968).
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. Em M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 99-125). Reno: Context Press.
- Garcelán, S. P. & Hidalgo, C. R. (1996). Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional del a conduta en ámbito clínico. *Acta Comportamentalia*, 4, 237-259.
- Godoy, A. (1991/1996). O processo da avaliação comportamental. Em V. E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp.81-97). São Paulo: Santos. (trabalho original publicado em 1991).
- Goldiamond, I. (1975). Alternative sets as a framework for behavioral formulations and research. *Behaviorism*, 3(1), 49-85.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia comportamental: modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Gongora, M. A. N. (1995). *A entrevista clínica inicial: análise de um programa de ensino*. Tese de Doutorado, IPUSP, São Paulo.
- Goodheart, C. D. (2006). Evidence, endeavor, and expertise in Psychology practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Stemberg (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapy: where Practice and research meet* (pp. 37-62). Washington, DC: APA.
- Guilhardi, H. J. (1987). A formação do terapeuta comportamental. Que formação? Em H. Lettner & B. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental*. (pp. 313-320). São Paulo: Manole.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (1997). A análise funcional no contexto terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco de análise. Em M.

- Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. (volume 2, pp. 45-97) Santo André: ARBytes.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp 3-40). São Paulo: Roca.
- Gresswell, D. M. & Hollin, C. R. (1992). Toward a new methodology of making sense of case material: an illustrative case involving attempted multiple murder. *Clinical behaviour and mental health*, 2, 329-341.
- Hackney, H. & Nye, S. (1977). *Aconselhamento: estratégias e objetivos*. São Paulo: EPU.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experimental avoidance. *The Behavior Analyst*, 2, 289-303.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1984). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Holland, J. G. (1978/1983). Comportamentalismo: parte do problema ou parteda a solução? *Psicologia*, 9, pp. 59-75. (trabalho original publicado em 1978).
- Iwata, B. A., Vollmer, T. R. & Zarcone, J. F. (1990). The experimental (functional) analysis of disorders: Methodoly, application and limitations. In: A. C. Repp & N. N. Singh (Eds.), *Perspectives on the Use of Non-aversive and Aversive Interventions for persons with Developmental Disabilities* (pp. 301-330). Sycamore, IL: Sycamore Publications.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1993). Drawing valid inferences from case studies. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 475-490). Washington, DC: APA.
- Kerbaux, R. R. (2001). O repertório do terapeuta sob a ótica do supervisor e da prática clínica. Em H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P.P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Volume 7, pp 443-453). Santo André: ESETec.
- Kerbaux, R. R. (2002). Terapia Comportamental: conhecimento acumulado e transformações. Em A. M. S. Teixeira, M. R. B. Assunção, R. R. Starling & S. S. Castanheira (Orgs.), *Ciência do conhecimento: conhecer e avançar* (Volume 1, pp. 146-159). Santo André: ESETec.

- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas e curativas*. Santo André: ESETec. (trabalho original publicado em 1991).
- Letner, H. W. (1995). Avaliação comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp.27-31). Campinas: Editorial Psy.
- Marinho, A. & Façanha, L. O. (2001). Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Da diretoria de Estudos Sociais do IPEA e da UERJ e do Instituto de Economia da UFRJ. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td0787.pdf
- Marmentini, V. & Novaki, P. C. (2005). Enurese e encoprese infantil: a importância da família no processo de intervenção clínica infantil. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Volume 16, pp. 140-151). Santo André: ESETec.
- Matos, M. A. (1995). Análise de contingências no aprender e no ensinar. Em E. M. Soriano de Alencar (Org.), *Novas contribuições da psicologia nos processos de ensino e aprendizagem* (pp.143-165). São Paulo: Cortez.
- Matos, M. A. (1997). Com o quê o behaviorismo radical trabalha? Em R.A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (Volume 1, pp. 45-53). Santo André: ARBytes.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16, 8-18.
- Meyer, S. B. (1995). Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental. Revisão realizada em 1995, do texto apresentado no IV Encontro Paranaense de Psicologia em 1990. Disponível em <http://www.cemp.com.br/artigos.asp?id=56>.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Em: M. Delitti (Org.) *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.31-36). São Paulo: ARBytes.
- Meyer, S. B. (1998). Análise funcional como prerrogativa do clínico comportamental. *Integração - ensino, pesquisa, extensão*, 4, 26-28.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa; J. C. Luiza & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). Santo André: ESETec.
- Miguel, C. F. (2000). O conceito de operação estabelecadora na análise do comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 259-267.

- Moreira, S. B. S. (2001). *Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Morganstern, K. P. (1988). Behavioral Interviewing. Em A. S. Bellack & M. Hersen (Orgs.), *Behavioral Assessment: A practical handbook* (pp. 86-118). New York: Pergamon Press.
- Nelson, R. O. (1988). Relationships between assessment and treatment within a behavior perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 155-170.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 151-165.
- Poling, A., Methot, L. L. & Lesage, M. G. (1995). *Fundamentals of behavior analytic research*. New York and London: Plenum Press.
- Rangé, B., Guilhardi, H. J., Kerbauy, R. R., Falcone, E. M. O. & Ingberman, Y. K. (1995). Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicação e problemas*. (pp.331-351). Campinas: Editorial Psy.
- Ribeiro, M. R. (2001). Terapia analítico-comportamental. Em Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (volume 8, pp. 99-105). Santo André: ESETec.
- Serpa, L. F. P. (1991). *Ciência e historicidade*. Salvador: Edição do Autor, Mestrado em Educação FAGED-UFBA.
- Segura G. M.; Sanchez P. P. & Barbado N. P. (1991). *Análisis Funcional de la conducta: Um modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Shirk, S. R. & Phillips, J. S. (1991). Child therapy training: closing gaps with research and practice. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59 (6), 766-776.
- Shook, G.; Hartsfield, F. & Hemigway, M. (1995). Conteúdo essencial no treinamento de analistas do comportamento. *Boletim da ABPMC*, n. 14, abril 1998, tradução de R. C. Wielenska. (artigo originalmente publicado na revista *The behavior analyst*, 18, (1), p. 83-91).
- Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. In T. Thompson & M. D. Zeiler (Eds.), *Analysis and integration of behavioral units* (pp. 213-245). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Silva, L. M. V. & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10.

- Silvares, E. F. M. (1991). A evolução do diagnóstico comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, pp.179-187.
- Silvares, E. F. M. S.; Meyer, S. B.; Goyos, C.; Gongora, M.; Herzberg, E. & Motta, M. E. (1996). O atendimento psicológico nas clínicas-escola. *Anais da ANPEPP - VI Simpósio de pesquisa e intercâmbio científico*, 2.
- Silvares, E. F. M. & Gongora, M. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: EDICON.
- Silvares, E. F. M. (2000). Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil. Em E. F. M. Silvares (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Volume 1, pp. 13-29). Campinas: Papyrus.
- Silveira, J. M. (2002). *Avaliação de um programa de treino de habilidades elementares de terapeutas comportamentais infantis: Condução de atividades lúdicas*. Tese de doutorado. IPUSP, São Paulo.
- Skinner, B. F. (1953/1978). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1969). *Contingências do reforço: uma análise teórica*. Em Os pensadores: Pavlov e Skinner. São Paulo: Abril S. A. Cultural.
- Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. (trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões recentes na análise comportamental*. São Paulo: Papyrus. (trabalho original publicado em 1989).
- Skinner, B.F. (1990). Can Psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.
- Souza, D. G. (1997). A evolução do conceito de contingência. Em R. A. Banaco (org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (Volume 1, pp. 88-105). Santo André: ARBytes.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Teixeira, A. M. S. (2002). Capacitação de analistas do comportamento: habilidades básicas. Em A. M. S. Teixeira; M. G. B. Assunção; R. R. Starling & S. S. Castanheira (Orgs.), *Ciência do comportamento: conhecer e avançar* (Volume 1, pp. 1-4). Santo André: ESETec.
- Tourinho, E. Z. (1997). Eventos privados em uma ciência do comportamento. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (Volume 1, pp. 174-187). Santo André: ARBytes.

- Ulian, A. L. O. (2002). Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, 91-104.
- Ulian, A. L. A. O. & Silveiras, E. F. M. (2003). O papel do estudo de caso no hiato teoria/prática. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (Volume 11, pp. 216-225). Santo André: ESETec.
- Vandenberg, L. (2002). A prática e as implicações da análise funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, 35-45.
- Vandenberg, L. (2003). A análise funcional e o transtorno de pânico: um impasse epistemológico. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação* (Volume 12, pp. 106-11). Santo André: ESETec.
- Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. Em Kerbauy, R. R. (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Volume 5, pp. 234-242). Santo André: SET.
- Zamignanai, D. R. (2001). *Uma tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento no atendimento de clientes com e sem o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. J. & Dreiblat, I. S. (1980). *Introdução à prática psicoterapêutica*. São Paulo: E.P.U. (trabalho original publicado em 1977).
- Zettle, D. R. (1990). Rule-governed behavior: a radical behavioral answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, 40, 41-49.

ANEXOS

ANEXO 1

**RESUMO DAS DEFINIÇÕES, COMENTÁRIOS E PONTUAÇÃO PARA
CADA UM DOS 10 CRITÉRIOS PARA ESCREVER UMA ANÁLISE
FUNCIONAL PROPOSTOS POR STURMEY (1996)**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
 Estágio Supervisionado - Profa. Ana Lúcia Ulian

Resumo das definições, comentários e pontuação para cada um dos 10 critérios para escrever uma análise funcional propostos por Sturmey (1996):

1. Um limite máximo de 250 palavras.

Concisão e objetividade. Pontuação: 1 - dentro do critério, mesmo que seja uma análise “pobre” em relação aos outros itens.

2. Uma breve descrição demográfica e psiquiátrica do problema, ‘uma criança de quatro anos de idade com incontinência fecal. A família era composta da mãe (divorciada) e de duas outras crianças’.

Identificação do cliente. Colocar, no mínimo, sexo, idade, posição do cliente na composição familiar, a queixa e o ambiente onde o cliente está inserido. Pontuação: 0,2 para cada um dos cinco subitens.

3. Pelo menos um ‘comportamento alvo’ operacionalizado que pode ser um comportamento aberto ‘chorar’, cognitivo ‘pensamentos recorrentes de desvalorização’, ou fisiológico ‘sentimentos de tensão’.

Citar pelo menos um comportamento alvo 0,5 ponto. Descrever operacionalmente com exemplos, mais 0,5 ponto.

4. Pelo menos um antecedente operacionalizado com exemplos, ‘sentimentos de desvalorização’ mais frequentes quando sozinho e depois de inassertividade.

Citar pelo menos um antecedente 0,5 ponto. Descrever o estímulo com exemplos, mais 0,5 ponto.

5. Pelo menos uma consequência operacionalizada com exemplos, ‘a dor era mantida tanto por reforçadores positivos de natureza primariamente social, como por reforçadores negativos.

Citar pelo menos um consequente 0,5 ponto. Descrever o estímulo com exemplos, mais 0,5 ponto.

6. Uma clara distinção entre o início e a manutenção do comportamento que pode ou não exigir análises funcionais separadas, ‘O estabelecimento do comportamento não pode ser identificado, embora o problema tenha piorado consideravelmente depois que ele mudou de emprego’.

Identificar a função do comportamento-alvo desde a origem do problema, 1 ponto. Mencionar pelo menos há quanto tempo o comportamento ocorre, 0,5 ponto.

7. Uma breve história incluindo (a) o estabelecimento do comportamento (traumático ou insidioso), ‘este problema começou por volta dos 15 anos, mas sem um ponto claro de início’; e (b) fatores associados com o aumento ou diminuição da gravidade do problema durante o seu desenvolvimento, ‘o controle de sua raiva nunca foi bom, mas piorou consideravelmente depois que perdeu o emprego e se mudou de casa’.

Identificar dados históricos associados ao comportamento alvo. Apresentar hipóteses, conjecturas e possíveis explicações, 1 ponto.

8. Descreva os ganhos secundários relevantes para o delineamento do tratamento, ‘Assumir o papel de uma pessoa com uma doença misteriosa e incurável dá a ela um *status* considerável entre os familiares e a vizinhança’.

Identificar estímulos com função reforçadora “inconscientes” ao cliente, 1 ponto, mesmo que não mencione a locução “ganhos secundários”.

9. Descreva as funções dos comportamentos em termos dos propósitos do paciente, ‘Os sintomas de agorafobia apareceram para manter seu marido em casa mais tempo do que se ela se comportasse de outra forma’.

Identificar que o cliente verbaliza a probabilidade de ocorrência de uma determinada consequência, 1 ponto.

10. Indique um tratamento criado ou um já desenvolvido que seja explicitamente ligado aos itens (3), (4) ou (5), ‘A terapia racional emotiva foi selecionada para modificar as cognições funcionais que mantêm a depressão’, ou ‘Um programa de modificação de comportamento baseado em Patterson foi usado para mudar os padrões de instrução dados à criança e também para aumentar o uso de elogios pelos pais’.

Citar técnicas possíveis de tratamento 0,5 ponto. Ligar técnica ao comportamento problema ou descrever procedimento explicitando solução do problema, 1 ponto.

ANEXO 2

**RELATO DE CASO ADAPTADO (PARTE 1 E PARTE 2) PARA TREINO NO
MÓDULO II**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado – Clínica Comportamental
Profa. Ana Lúcia Ulian

Relato de Caso

(1ª parte)

Regra, J. A. G. (2000). A agressividade infantil. Em E. F. M. Silvaes (org.) Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. (Volume 2, pp. 175-185). Campinas: Papyrus.

Menina de 5 anos, filha única de um casal divorciado, levada à clínica pela mãe que demonstra grande preocupação por achar que a filha enfrenta dificuldades em lidar com a separação dos pais. O pai mora em outra cidade, estabelece maior contato com a criança por telefone e cartas. A criança chora constantemente e verbaliza estar triste por sentir saudades dele. A mãe pretende retomar o relacionamento com o marido e este descreveu, em entrevista, que ela tem alguns comportamentos manipuladores. A mãe relata que em casa ocorrem com frequência situações com padrão semelhante à descrição que se segue: a mãe dá uma ordem, a criança não executa, a mãe insiste, a criança agride a mãe verbalmente, a mãe agride a criança verbalmente e, às vezes, fisicamente, a criança fica sem fazer a tarefa. Ocorrem comportamentos de birra e agressão quando a criança se vê diante de um “não” ou de uma regra a cumprir. A mãe é perfeccionista e exige arrumação e ordem na casa, não atendendo a criança quando esta deseja algo que é possível.

Nas sessões de psicoterapia, foram observados comportamentos de dependência da criança ao solicitar ajuda para situações em que era possível prever que teria bom desempenho. Os comportamentos de não seguir regras e exercer controle sobre o outro por meio de ordens ríspidas e excessivas, eram padrões de comportamento muito frequentes da criança.

A seguinte descrição de um corte de sessão ilustra o padrão de comportamento mencionado:

(C) Você vai me ajudando a arrumar a casinha. Eu vou falando do jeito que eu quero e você vai fazendo. Me ajuda. Me dá o armário (o armário estava muito próximo da criança).

(T) (Sentada ao lado da criança, no chão, manipula alguns brinquedos da casinha e registra os comportamentos.) Eu estou arrumando a casinha e armário está do seu lado.

(C) Vai pegar os outros pratos.

(A terapeuta não reage às solicitações de ordem e ajuda desnecessárias.)

(C) Tira essa roupa pra mim (roupinha da boneca).

(T) Se eu tirar pra você, eu vou estar acreditando que você não é capaz, mas como acredito que você é capaz, quero ver você tentar.

(C) Não consigo. É difícil.

(A terapeuta olha a roupinha que a criança tenta tirar e verifica que a criança dramatiza uma dificuldade.)

(C desiste da roupinha e fala com voz alterada, como se estivesse com muita raiva.)

(C) Me dá a empregada (bonequinha com avental). E vai fazendo tudo aquilo que eu pedir, senão eu nunca mais vou vir aqui. E vai fazendo, senão eu vou ficar uma fera. Coloca já pra mim (a roupinha da boneca).

(T olha para a criança e nada verbaliza.)

(C) Você quer que eu morda o seu nariz? E pode fazer, senão eu vou ficar com sono.

(T) E você dorme?

(C) Durmo na mesa. Pode fazer isso já. O que eu pedi. Já falei um monte de vezes, senão tiro a caneta de sua mão. E vai fazendo o que eu pedi, senão eu arranco seu pescoço e seu cabelo.

(T) Por que tenho que fazer o que você está pedindo?

(C) Então, vai me ensinando, senão enrosco sua perna.

(T) Você quer que eu ensine você?

(C) É.

(T mostra como se tira a roupinha, recoloca e dá uma pequena ajuda.)

(C segue o que foi ensinado.)

(T) Como você é esperta! Conseguiu sozinha! Agora, nosso tempo está quase terminando e você pode escolher se quer ficar brincando até o final, ou se quer fazer um jogo.

(C escolhe um jogo e a sessão termina com interações muito agradáveis durante a partida.)

Em outra sessão a criança faz um desenho fantasia (cuja análise junto com ela, revela que a mesma tem sentimentos de rejeição) e diz que vai levar o desenho para a mãe.

(C) Vou levar esse desenho para minha mãe.

(T) Já combinamos que todo material que você faz aqui fica guardado na sua pasta, porque eu preciso dele para entender o que está acontecendo com você e poder te ajudar.

(C) Mas eu quero levar. Vou levar. (Coloca o desenho em uma caixa de brinquedo que havia trazido para mostrar à terapeuta.) Você não pode tirar daqui, porque a caixa é minha e não é justo.

(T) Eu não tirar o desenho de você. É você quem vai me entregar.

(C) Eu não vou entregar.

(T) Eu posso esperar até você resolver me entregar. Eu posso dar a você uma folha em branco e você pode fazer esse desenho em sua casa.

(Após alguns minutos, C abre a caixa e entrega o desenho à terapeuta.)

(C) Então, eu quero um montão de folhas para levar.

(T dá algumas folhas em branco para C.)

Análise Funcional

(2ª parte)

Regra, J. A. G. (2000). A agressividade infantil. Em E. F. M. Silveiras (org.) Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. (Volume 2, pp. 175-185). Campinas: Papyrus.

Menina de 5 anos, filha única de um casal divorciado, levada à clínica pela mãe que demonstra grande preocupação por achar que a filha enfrenta dificuldades em lidar com a separação dos pais.

Os comportamentos observáveis durante as sessões caracterizam uma interação terapeuta-cliente muito conflituosa, ressaltando o padrão de comportamento da criança diante de regras e situações restritivas, que confirmam o relato da mãe sobre as interações com a criança em casa.

O comportamento verbal agressivo em casa teria a função de gerar uma cadeia de comportamentos de interação mãe-criança; de início, o comportamento verbal agressivo parece ter o efeito de provocar raiva na mãe, que agride a criança; a criança amplia o conflito com outras verbalizações agressivas e se livra da tarefa; o verbal agressivo é fortalecido como um comportamento de esquiva; tem, portanto, a função de evitar as tarefas indesejadas e assim aumenta a probabilidade de ocorrência futura dessa classe de resposta.

A mãe não está em sintonia com as necessidades básicas da criança, ou seja, quando a criança quer algo que é possível, a mãe não favorece a obtenção; por outro lado, a falta de limites pode sinalizar desinteresse e descuido, ao mesmo tempo em que favorece a emissão do comportamento de não seguir regras. As exigências são excessivas para arrumações e ordem na casa (mãe perfeccionista na arrumação de casa) e falta de limites no que se refere a ser invasiva nos relacionamentos interpessoais. O não atender regras poderia ser um comportamento funcional que, além da função de esquiva das exigências excessivas, torna-se o único modo de a criança satisfazer necessidades básicas; só obtém aquilo que quer quando se torna controladora, exigente e agressiva, impossibilitando o controle da mãe; tais comportamentos poderiam ser emitidos como um contracontrole. Se a terapeuta entra em sintonia com algumas das “necessidades” da criança na situação terapêutica, o contracontrole torna-se inefetivo, mas para que a criança possa se tornar sensível às novas contingências, o terapeuta deve ser “firme” ao estabelecer limites claros em relação ao cumprimento de regras, que nem sejam excessivas, nem se choquem com a maioria das necessidades da criança. Levar a criança a verbalizar (descobrir) as desvantagens do padrão de comportamento antigo e as vantagens do novo padrão pode ser uma intervenção importante e efetiva.

O comportamento da criança, mantido por esquiva e reforçamento positivo, pode ser primeiramente emitido por meio do modelo de agressividade da mãe e isso pode ter favorecido a aquisição da nova seqüência de comportamentos.

A orientação da mãe sobre os limites para o comportamento agressivo torna-se de importância fundamental, bem como o desenvolvimento, na mãe, de habilidades para o manejo de levar a criança a atender às solicitações do adulto.

Um aspecto comportamental encoberto pode ter sido estabelecido com a separação do casal. É possível que a mãe tenha ampliado as atenções para a verbalização da criança em relação à saudade do pai e, dessa forma, mostrado ao pai

que não era bom ficar longe da filha, o que seria também o desejo da mãe, explicitado por intermédio da criança (a mãe pretendia retomar o relacionamento com o marido, e este descreveu em entrevista alguns comportamentos manipuladores da mãe). Com a separação, temos também a mãe deprimida, o que provavelmente conduz à redução de atenção à criança. A criança passa, então, a sofrer duas perdas: o afastamento do pai e a redução de atenções da mãe (sentimentos de rejeição aparecem em seus desenhos-fantasia). A criança passaria a funcionar com alguns encobertos tais como: “Você não faz as coisas que eu gosto e preciso, então eu também não faço o que você me pede e que gostaria que eu fizesse”. Ou então, poderíamos supor que eventos do ambiente e operações ou condições do estímulo que afetem momentaneamente o organismo possam alterar a efetividade reforçadora de outros eventos e a frequência de ocorrência de parte relevante do repertório do organismo para aqueles eventos (Miguel, 2000).

Uma vez que após a separação do casal, houve maior dificuldade da mãe no manejo dos comportamentos da criança, podemos também supor que, diante de situações de perda, pode ter ocorrido uma desorganização de comportamentos, isto é, padrões de comportamento anteriormente organizados para serem emitidos na presença de um dado conjunto de estímulos se tornam ausentes com a perda, dando lugar a outros padrões que devem ser organizados para serem emitidos na presença dos novos estímulos (Bowlby, 1985).

Seguindo essas hipóteses, a criança pode inicialmente dizer “não” em razão dos encobertos de rejeição e/ou das contingências de esquiva. O desenvolvimento do processo de aquisição do novo repertório será favorecido, em parte, pela maneira como a mãe irá reagir ao “negativismo” da criança e à sua falta de limites. Daí a importância dada aos limites na orientação de pais, o que em muito auxilia na prevenção do desenvolvimento de respostas agressivas. Se a mãe não oferecer modelo de comportamento agressivo, e for firme com a criança, levando-a a assumir as consequências de seus comportamentos, prevemos que será baixa a probabilidade de fortalecer a classe de resposta denominada como “agressão”, pois trabalhar com os limites significa levar a criança à emissão de comportamentos de atender a solicitações (Russo, Cataldo e Cushing, 1981; Patterson, 1986 e Patterson *et al.*, 1986, 1989, 1992).

Se a mãe deprimida, também sob controle de novos estímulos, agride verbalmente a criança, oferece um modelo de agressão e, ao mesmo tempo, permite que a resposta de esquiva da tarefa (comportamento agressivo) seja negativamente reforçada, confirma ainda a fantasia de rejeição da criança com sua agressão. Nessa situação, prevemos que a classe de comportamentos denominada “agressão” terá alta probabilidade de ocorrência futura, favorecendo o processo de aprendizagem dessa nova classe de resposta.

Quando a criança aprendeu o comportamento de esquiva (agressão verbal e física), instalou-se um impasse entre a mãe e ela, que gerou uma disputa: de um lado, a mãe “manda fazer”; de outro, a criança “não faz” e agride. Diríamos que se instalou uma disputa de “poder”, em que é “importante identificar quem ganha e quem perde” (nessa situação, não importa o conteúdo). Segundo as verbalizações da mãe e da criança, ambas parecem utilizar-se da mesma regra: “aquela que ceder perde”. As intervenções, nesse caso, devem estar direcionadas para mudar a regra ou usar a mesma regra mudando a forma de perceber a situação. Como fazer isso? Procuramos agrupar quatro pontos básicos:

a) levar a criança a identificar como está percebendo a situação: quais são seus ganhos quando não segue as instruções e agride (percebe-se como ganhadora);

b) levantar todas as possíveis conseqüências que se mostram negativas a curto e médio prazo, para a própria criança, quando ela agride as pessoas, e quais suas perdas nessa mesma situação;

c) levar a criança a fazer um balanço de ganhos e perdas e “levá-la a concluir” que é perdedora na situação de agressão.;

d) alterar a regra “aquela que agride ganha” para “quem cede é a grande vencedora”, fazendo uso do paradoxo (Watslawick, Weakland e Fisch, 1973; Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1986) para quebrar regras. Assim, embora temporariamente a criança possa continuar a valorizar “o ganhar”, pois não foi minimizada sua importância, modificou-se a forma de identificar as conseqüências positivas da situação de agressão, antes não percebidas, possivelmente por estarem distantes temporariamente, por estarem sendo controladas por uma regra que conduz à percepção distorcida e por não poder ser percebida a contingência positiva para a emissão do comportamento incompatível. Pode-se também alterar a “disposição para mudar”, pois então a criança pode “querer mudar” seu comportamento agressivo para “ser a grande vencedora”. A mudança do comportamento agressivo colocará a criança sob novas contingências que irão favorecer o aparecimento de uma nova classe de respostas, mais efetiva funcionalmente. Observamos, todavia, que a mudança de regra necessita ser referendada pela checagem das novas contingências; assim, se levamos a criança, por meio de perguntas, a descrever “o que ganha” e “o que perde” quando agride, e “o que ganha” e “o que perde” quando emite comportamento alternativo para a mesma situação, devemos conduzi-la à testagem das novas contingências. Acreditamos que apenas depois disso aumentamos a probabilidade de mudança da regra.

É importante ressaltar que estamos considerando a análise das situações em que a agressão é considerada disfuncional, e que o “ceder” em determinadas condições possa ser mais adaptativo. Por outro lado, a criança deve aprender a discriminar quando a agressão pode ser uma defesa importante e quando não o é.

ANEXO 3

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
TERAPEUTA ESTAGIÁRIO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
CNPJ/ CGC: 15180714/0001-04
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA PROF. JOÃO INÁCIO DE MENDONÇA
Estrada de São Lázaro, 197, Federação
CEP 40210-730 – Tel. (071) 3235 4589
Salvador/BA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO do terapeuta estagiário

Nome _____ sexo _____
 Carteira de Identidade nº _____
 Nacionalidade _____ Data de nascimento ____/____/____
 Estado civil _____ Telefone(s) _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____
 Ano de ingresso na universidade _____ Período atual _____ Semestre _____

Declaro que estou ciente e concordo que as sessões de atendimento feitas por mim neste Serviço de Psicologia sejam observadas e/ou gravadas em áudio e/ou em vídeo para fins exclusivos de ensino e pesquisa pelo pesquisador/supervisor responsável que também assina este termo, sendo garantido o sigilo de minha identidade. Estou ciente também que em qualquer tempo posso recusar a participação em pesquisa sem prejuízo do meu estágio.

Salvador, ____/____/____

Terapeuta-estagiário

Supervisor/pesquisador

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CLIENTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
CNPJ/ CGC: 15180714/0001-04
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA PROF. JOÃO INÁCIO DE MENDONÇA
Estrada de São Lázaro, 197, Federação
CEP 40210-730 – Tel. (071) 3235 4589
Salvador/BA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome _____
 Carteira de Identidade nº _____
 Filiação _____

 Nacionalidade _____ Data de nascimento ____/____/____
 Estado civil _____ Profissão _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____
 Responsável por _____
 Nacionalidade _____ Data de nascimento ____/____/____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____
 Grau de parentesco com a pessoa pela qual se responsabiliza _____

Declaro que estou ciente e concordo que os materiais resultantes dos atendimentos realizados neste Serviço de Psicologia, quais sejam, protocolos de testes, protocolos de observação, gravações de áudio e vídeo, desenhos e outros similares, poderão ser usados para fins de documentação, supervisão, pesquisa e publicação, desde que seja garantido o sigilo absoluto da minha identificação ou da identificação da pessoa por quem me responsabilizo e que a pessoa responsável por este atendimento também assine este termo. Estou ciente também que esta é uma clínica-escola que tem objetivos de ensino e pesquisa, mas que poderei, a qualquer tempo, recusar a participação em qualquer pesquisa sem prejuízo do atendimento requerido.

Salvador, ____/____/____

 Cliente ou responsável

 Responsável pelo atendimento

ANEXO 5

FICHA SEMESTRAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA

PRONTUÁRIO _____ / _____
SEMESTRE _____ / _____

FICHA SEMESTRAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

RELATÓRIO SINTÉTICO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS (TIPO DE ATENDIMENTO,
PERÍODO, VALOR DA SESSÃO, HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, RESUMO TEÓRICO-CLÍNICO)

DATA:

ASSINATURA DO ESTAGIÁRIO:

ASSINATURA DO SUPERVISOR:

APÊNDICES

APÊNDICE 1
PROGRAMA DA DISCIPLINA

UFBA - FFCH - Depto.de Psicologia – Estágio Supervisionado – Clínica Comportamental.

Profa. Ana Lúcia Ulian

Programa da disciplina:

Módulo I – Revisão de princípios básicos								
	Objetivos	Material	Conteúdo	Pré-requisito	Procedimento	Equipamento	C. H.	Avaliação
1	Identificar a concepção de homem para o behaviorismo radical. Definir comportamento como objeto de estudo do analista de comportamento.	Micheletto et al. (1993) Matos (1997) Skinner (1990)	Conceito de homem e de comportamento	Leitura Individual prévia	Discussão em grupo.	Sala de aula	4 h.	Respostas por escrito às questões propostas usando as seguintes palavras ou derivadas: Natural, relação, totalidade, determinação, individualidade, liberdade, três níveis de seleção.
2	Definir princípios básicos do comportamento	Shook et al. (1995)	Princípios básicos do comport.	Ídem	Ídem	Ídem	4 h.	Definições por escrito de pelo menos 80% dos termos propostos por Shook
3	Definir análise funcional.	Meyer (2003) Sturmey (1996)	Análise funcional	Ídem	Aula expositiva e exercício de Sturmey	Ídem	4 h.	Aplicação dos critérios de Sturmey em caso apresentado.

Módulo II – Análise de casos vindos da literatura.								
	Objetivos	Material	Conteúdo	Pré-requisito	Procedimento	Equipamento	C. H.	Avaliação
4	Caracterizar o cliente.	Kanfer e Saslow (1976) Regra (2000) (1ª parte)	Roteiro p/ diagnóstico Estudo de caso.	Leitura individual prévia	Discussão em grupo. Leitura do caso Regra.	Sala de aula.	4 h.	Respostas às questões propostas, caracterizando a criança do caso apresentado. Descrição da queixa relacionando com a história de vida.

5	Identificar comportamento-alvo	Souza (1997) cap. 10 e 11.	Contingência Tríplice. Unidade de análise	Idem	Discussão em grupo. Análise individual do caso Regra.			Elaboração de cadeia comportamental (análise funcional molecular). Análise funcional por escrito do caso Regra segundo critérios de Sturmey
6	Identificar comportamento-alvo.	Fagundes (1981) Filme: O feitiço do tempo. Regra (2000) (2ª parte)	Técnicas de obs. e registro. Critérios p/ escolha de comp.-alvo	Idem	Assistir o filme registrando comportamentos. Devolução da análise funcional Regra.	Idem e TV e vídeo.	4 h.	Registro cursivo de seqüências funcionais do filme identificando pelo menos duas classes de resposta do personagem principal. Avaliação, segundo critérios de Sturmey, da análise funcional feita por Regra.
7	Identificar antecedentes.	Haydu (2003) De Rose (1993) Galvão (1993)	Estímulos discriminativos, condicionais e contextuais Equivalência Formação de classes.	Idem	Aula expositiva.	Retroprojetor.	4 h.	Elaborar três questões de discussão (uma para cad texto proposto). Exercício de formação de rede.
8	Identificar antecedentes.	Zettle (1990) Cunha e IsidroMarinho (2005) Marinho (2000) (1ª parte)	Comp. gov. por regras. Operações estabelecidas. Est. de caso.	Idem	Discussão em Grupo. Leitura do caso e elaboração de cadeia comportam. em grupo.	Sala de aula.	4 h.	Elaboração de cadeia comportamental (análise funcional molecular) Análise funcional por escrito do caso Marinho, segundo critérios de Sturmey.
9	Identificar conseqüentes.	Catania (1999) cap. 10. Marinho (2000) (2ª parte)	Esquemas de reforço.	Idem Respostas às questões de estudo.	Discussão em grupo. Devolução da análise funcional Marinho.	Idem	4 h.	Respostas às questões de estudo. Avaliação, segundo critérios de Sturmey, da análise funcional feita por Marinho.
10	Identificar conseqüentes	Catania (1999) Cap. 11 Ulian (2003) (1ª parte)	Combinação de esquemas de reforço. Est. de caso	Idem	Discussão em grupo. Apresentação do caso Ulian	Idem	4 h.	Respostas às questões de estudo. Análise funcional por escrito do caso Ulian, segundo critérios de Sturmey.

11	Identificar relações entre relações.	Ulian (2003) 2ª (parte) Silvares e Gongora (1998) Hackney e Nye (1977)	Entrevista inicial	Leitura prévia	Devolução da análise funcional Ulian. Ensaio comportamental.	Idem Sala de espelho e gravação.	4 h.	Avaliação, segundo critérios de Sturmey, da análise funcional feita por Ulian.
----	--------------------------------------	--	--------------------	----------------	--	----------------------------------	------	--

Módulo III – Análise do caso atendido pelo terapeuta-estagiário								
	Objetivos	Material	Conteúdo	Pré-requisito	Procedimento	Equipamento	C. H.	Avaliação
12	1º Atendimento Estabelecer relação Terapêutica. Caracterizar o cliente.	Consentimento esclarecido. Instrução por escrito p/ elaborar relato cursivo	-----	Ter feito o ensaio comportamental p/ 1ª entrev.	Estagiário faz a 1ª entrevista com o cliente.	Sala de espelho	4 h.	Atingir pelo menos 50% dos itens do checklist adaptado de Gongora (1997).
13	Supervisão. Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento. Propor soluções.	-----	-----	-----	Estagiário relata o atendimento. Outros estagiários e supervisor dão feedback.	Sala de supervisão	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.
14	2º Atendimento Idem ao 1º Atend. e Identificar relações entre relações.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 1º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 60 % dos itens do checklist.

15	Supervisão. Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Kohlenberg e Tsai (1991), cap. 1 e 2.	Terapia Funcional Analítica (FAP).	Leitura prévia individual	Discussão em grupo. Reforçamento diferencial do comportamento do estagiário no atendimento.	Sala de supervisão	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas. Resumo dos capítulos lidos.
16	3º Atendimento Idem ao 2º Atend.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 2º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 70 % dos itens do checklist.
17	Supervisão Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Kohlenberg e Tsai (1991), cap.3 e 4.	FAP	Leitura prévia individual	Discussão em grupo. Reforçamento diferencial do comportamento do estagiário no atendimento.	Sala de supervisão	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas. Resumo dos capítulos lidos.
18	4º Atendimento Idem ao 3º atend. e identificar comportamento-alvo.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 3º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 80 % dos itens do checklist.
19	Supervisão Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Kohlenberg e Tsai (1991), cap.5 e 6.	FAP	Leitura prévia individual	Discussão em grupo. Reforçamento diferencial do comportamento do estagiário no atendimento.	Sala de supervisão.	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.

20	5º Atendimento Idem ao 4º atend. e definir operacionalmente o comp.-alvo.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 4º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
21	Supervisão Identificar aspectos da análise funcional de Sturmey na FAP. Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Kohlenberg e Tsai (1991), cap. 7 e 8.	FAP	Leitura prévia individual.	Discussão em grupo. Reforçamento diferencial do comportamento do estagiário no atendimento.	Sala de supervisão.	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.
22	6º Atendimento Identificar variáveis Antecedentes e conseqüentes.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 5º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
23	Supervisão Decidir por técnica de intervenção além da análise funcional. Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Gorayeb e Rangé (1987)	Técnicas comportamentais	Leitura prévia individual.	Discussão em grupo dos aspectos das técnicas comportamentais	Sala de supervisão	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.
24	7º Atendimento Propor e estabelecer novas relações de contingências.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 6º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
25	Supervisão Identificar aspectos da análise funcional de Sturmey na Terapia por contingências	Guilhardi (2004)	Terapia por contingências	Leitura prévia individual.	Discussão em grupo	Sala de supervisão.	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.

26	8º Atendimento Identificar alterações no comportamento do cliente.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 7º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
27	Supervisão Identificar aspectos da análise funcional de Sturmey na ACT Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Hayes e Wilson (1994).	ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso.	Leitura prévia individual.	Discussão em grupo.	Sala de supervisão.	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.
28	9º Atendimento Elaborar a análise funcional do comp. cliente.	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 8º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
29	Supervisão Identificar aspectos positivos e negativos do atendimento.	Texto indicado para o caso específico.	O do texto indicado.	Leitura e preparação para apresentação do assunto	Estagiário apresenta assunto relacionado ao caso em atendimento.	Sala de supervisão.	4 h.	Relato cursivo por escrito com análise da sessão feita de acordo com as instruções dadas.
30	10º Atendimento Avaliar a análise funcional elaborada em função da alteração do comp. cliente	O que tiver sido indicado para esta sessão.	-----	Ter feito o 9º Atendimento.	Um aluno atende. Os demais e o supervisor observam.	Sala de espelho e gravação em vídeo.	4 h.	Atingir pelo menos 90 % dos itens do checklist.
31	Encerramento do programa							Análise funcional do caso atendido, segundo critérios de Sturmey

Referências

- Catania, A. C. (1999). Aprendizagem, comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Art. Méd. Tradução coordenada por D. G. Souza.
- Cunha, R. N. & Isidro-Marinho, G. (2005). Operações estabelecidas: um conceito de motivação. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (orgs.), Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação (pp 27-44). Porto Alegre: Artmed.
- De Rose, J. C. (1993). Classes de estímulos: Implicações para uma análise comportamental da cognição. Psicologia:Teoria e Pesquisa, 9, 283-303.
- Fagundes, A. J. F. M. (1985). Descrição, definição e registro de comportamento. São Paulo: EDICON.
- Galvão, O. F. (1993). Classes Funcionais e equivalência de estímulos. Psicologia:Teoria e Pesquisa, 9, 547-554.
- Gorayeb, R. & Rangé, B. (1987). Metodologia Clínica: Técnicas comportamentais. Em H. Lettner & B. Rangé (orgs.), Manual de psicoterapia comportamental. (pp. 73-84). São Paulo: Manole.
- Guilhardi, H. J. (2004). Em C. N. Abreu & J. H. Guilhardi (orgs.) Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas (pp 3-40). São Paulo: Roca
- Hackney, H. & Nye, S. (1977). Aconselhamento: estratégias e objetivos. São Paulo: EPU.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experimental avoidance. The Behavior Analyst, 2, 289-303.
- Haydu, V. B. (2003). O que é equivalência de estímulos? Em C. E. Costa, J. C. Luiza, H. H. N. Sant'Anna (orgs.), Primeiros passos em análise do comportamento e cognição (pp. 75-91). Santo André: ESETec.
- Kanfer, F. H. & Saslow G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. In E. J. Mash & L. G. Terdal (eds.), Behavioral therapy assessment. New York: Springer Publishing Company.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas e curativas. Tradução organizada por R. R. Kerbaui. Santo André: ESETec. (trabalho original publicado em 1991).
- Marinho, M. L. (2000). A intervenção clínica comportamental com famílias. Em E. F. M. Silveiras (org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. (Volume 1, pp 139-174). Campinas: Papirus.
- Matos, M. A. (1997). Com o quê o behaviorismo radical trabalha? Em R.A. Banaco (org.), Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva (Volume 1, pp. 45-53). Santo André: ARBytes.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luiza, H. H. N. Sant'Anna (orgs.), Primeiros passos em análise do comportamento e cognição (pp. 75-91). Santo André: ESETec.
- Micheletto, N. & Sérgio, T. M. A. P. (1993). Homem: Objeto ou sujeito para Skinner? Temas em Psicologia, 2, 11-21.

Regra, J. A. G. (2000). A agressividade infantil. Em E. F. M. Silvaes (org.) Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. (Volume 2, pp. 175-185). Campinas: Papyrus.

Shook, G.; Hartsfield, F. & Hemigway, M. (1995). Conteúdo essencial no treinamento de analistas do comportamento. Boletim da ABPMC, 14, abril 1998, tradução de R. C. Wielenska (artigo original publicado na revista The Behavior Analyst, 18, 83-91).

Silvaes, E. F. M. & Gongora, M. (1998). Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças. São Paulo: EDICON.

Skinner, B.F. (1990). Can Psychology be a science of mind? American Psychologist, 45, 1206-1210.

Souza, D. G. (1997). A evolução do conceito de contingência. Em R. A. Banaco (org.), Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva (Volume 1, pp. 88-105). Santo André: ARBytes.

Sturmev, P. (1996). Functional analysis in clinical psychology. Chichester: John Wiley & Sons.

Ulian, A. L. A. O. (2003). Autocontrole: o ensino da análise funcional como instrumento de intervenção em comportamentos impulsivos. Anais do XII Encontro da ABPMC.

Zettle, D. R. (1990). Rule-governed behavior: a radical behavioral answer to the cognitive challenge. The Psychological Record, 40, 41-49.

APÊNDICE 2**CRITÉRIOS DE STURMEY (1996) REDEFINIDOS E PONTUADOS**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado
Profa. Ana Lúcia Ulian

Definição, comentários e pontuação para cada um dos 10 critérios para escrever uma análise funcional propostos por Sturmey (1996):

1. Um limite máximo de 250 palavras.

Este critério foi sugerido por Sturmey, para encorajar o clínico a ser conciso ao escrever uma análise funcional. Mas por que 250 palavras? Talvez Sturmey estivesse sob controle do número de palavras em geral exigido pelas revistas para elaboração do *abstract*. É provável que iniciantes na aprendizagem de escrever análises funcionais sejam bastante concisos, mas sem contemplar os outros itens exigidos. Como o critério neste item é o número de palavras, a pontuação será 1, se estiver dentro do critério, isto é, no máximo 250 palavras, mesmo que seja uma análise “pobre” em relação aos outros itens.

2. Uma breve descrição demográfica e psiquiátrica do problema, ex., ‘uma criança de quatro anos de idade com incontinência fecal. A família era composta da mãe (divorciada) e de duas outras crianças’.

Este é o item do “quem” e do “onde”. É uma identificação do cliente.

Se o analista colocar, no mínimo, sexo, idade, posição do cliente na composição familiar, a queixa e o ambiente onde o cliente está inserido quando da análise, por exemplo, família, instituição (escola, hospital, prisão etc.), rua etc., então terá 0,2 ponto para cada um desses cinco subitens.

3. Pelo menos um ‘comportamento alvo’ operacionalizado que pode ser um comportamento aberto (ex., ‘chorar’), cognitivo (ex., ‘pensamentos recorrentes de desvalorização’), ou fisiológico (ex., ‘sentimentos de tensão’).

O analista deve citar pelo menos um comportamento que pode ser alvo de procedimento de intervenção. Se apenas citar, terá 0,5 ponto. Se descrever o comportamento, isto é, defini-lo operacionalmente, dando exemplos das ações que compõem o comportamento-alvo, então terá mais 0,5 ponto.

4. Pelo menos um antecedente operacionalizado com exemplos, ex., ‘sentimentos de desvalorização’ mais freqüentes quando sozinho (de manhã cedo ou tarde da noite) e depois de inassertividade (ceder ao marido), ou declarar ‘antecedentes desconhecidos’.

Se o analista citar pelo menos um antecedente, isto é, algo do ambiente imediato que gere a resposta considerada comportamento-alvo, terá 0,5 ponto. Se descrever o estímulo antecedente, dando exemplos, terá mais 0,5 ponto.

5. Pelo menos uma consequência operacionalizada com exemplos, ex., ‘a dor era mantida tanto por reforçadores positivos de natureza primariamente social (ex., visitas freqüentes ao psicólogo, atenção da família), como por reforçadores negativos (ex., uso excessivo de ansiolíticos como tranquilizantes fracos, álcool e analgésicos;

evitar dirigir em determinadas situações; e evitar determinadas situações tidas como estressantes)’, ou declarar ‘conseqüências desconhecidas’.

O analista deve identificar pelo menos um aspecto do ambiente imediato que possa estar conseqüenciando e mantendo o comportamento-alvo, exercendo o papel de reforçador positivo ou negativo. Se apenas citar, ganha 0,5 ponto. Se descrever, dando exemplos, ganha mais 0,5 ponto.

6. Uma clara distinção entre o início e a manutenção do comportamento que pode ou não exigir análises funcionais separadas, ex., ‘O estabelecimento do comportamento não pode ser identificado, embora o problema tenha piorado consideravelmente depois que ele mudou de emprego’.

Se o analista demonstrar sua preocupação em identificar a função do comportamento-alvo desde a origem do problema, terá 1 ponto. Se mencionar pelo menos há quanto tempo o comportamento ocorre terá 0,5 ponto.

7. Uma breve história incluindo (a) o estabelecimento do comportamento (traumático ou insidioso), ex., ‘este problema começou por volta dos 15 anos, mas sem um ponto claro de início’; e (b) fatores associados com o aumento ou diminuição da gravidade do problema durante o seu desenvolvimento, ex., ‘o controle de sua raiva nunca foi bom, mas piorou consideravelmente depois que perdeu o emprego e se mudou de casa’.

Além dos antecedentes imediatos para o comportamento-problema apresentados no item 4, o analista deve demonstrar sua preocupação em identificar dados históricos que estejam associados com o mesmo. Às vezes existe um acontecimento na história do cliente que claramente indica a origem do comportamento-problema (neste caso, se adequa a palavra traumático). Outras vezes, o que parece ser um padrão de comportamento “normal” para o indivíduo, torna-se o comportamento-problema sem possibilidade de se identificar algo que o desencadeasse (neste caso, a palavra insidioso, pode significar que um comportamento que não parecia ser problema mostra-se de repente como tal). Neste item 7 o que se espera é que o analista possa apresentar hipóteses, conjecturas e possíveis explicações, identificando fatores disposicionais ou operações estabelecedoras (como, por exemplo, a formação de regras ou quaisquer dados da história que estejam associados com o problema e que possam contribuir para a explicação de sua manutenção). A ênfase está nos antecedentes históricos. Se o analista mencionar tais fatores terá 1 ponto.

8. Descreva os ganhos secundários relevantes para o delineamento do tratamento, ex., ‘Assumir o papel de uma pessoa com uma doença misteriosa e incurável dá a ela um *status* considerável entre os familiares e a vizinhança’.

O termo “ganhos secundários” se refere aos estímulos conseqüentes externos que podem estar exercendo papel de reforçador positivo e que podem não ser conscientes ao cliente, isto é, o cliente não verbaliza como reforçador, mas o analista observa a função reforçadora pelo relato do cliente. Podem ser as mesmas conseqüências imediatas ao comportamento-problema, citadas no item 5. Se o analista identifica tais conseqüências como tendo função de “ganhos secundários”, terá 1 ponto, mesmo que não mencione a locução “ganhos secundários”.

9. Descreva as funções dos comportamentos em termos dos propósitos do paciente, ex., ‘Os sintomas de agorafobia apareceram para manter seu marido em casa mais tempo do que se ela se comportasse de outra forma’.

O analista deve estar atento às conseqüências que foram aprendidas pelo cliente, isto é, recorrendo à história de vida (de aprendizagem) o analista pode identificar que o cliente verbaliza a probabilidade de ocorrência de uma determinada conseqüência. O analista deve identificar o tipo de treino discriminativo pelo qual passou o cliente. O comportamento é considerado proposital no sentido de que o cliente, tendo emitido uma resposta em uma determinada situação e tendo experimentado uma determinada conseqüência, emitirá resposta semelhante em situação semelhante, evidenciando que a resposta ficou sob controle de estímulos. Neste item, tais conseqüências podem ser as mesmas do item 5. O que se espera aqui é que o analista mostre sua preocupação quanto ao fato do cliente ter consciência das conseqüências do seu comportamento. Se o analista demonstrar tal preocupação terá 1 ponto.

10. Indique um tratamento criado ou um já desenvolvido que seja explicitamente ligado aos itens (3), (4) ou (5), ex., ‘A terapia racional emotiva foi selecionada para modificar as cogações funcionais que mantêm a depressão’, ou ‘Um programa de modificação de comportamento baseado em Patterson foi usado para mudar os padrões de instrução dados à criança e também para aumentar o uso de elogios pelos pais’.

Se o analista apenas citar técnicas possíveis de tratamento terá 0,5 ponto. Se citar a técnica e ligá-la ao comportamento problema, explicitando como a técnica poderá ajudar na solução do problema, terá 1 ponto. Se descrever um procedimento ligando-o ao comportamento-problema, terá um ponto, mesmo que não cite o nome da técnica que está propondo.

Observação:

Os trechos acima em negrito são a tradução literal do texto de Sturmey (1996, p. 180). Nos itens 4 e 5 aparecem as expressões “antecedentes desconhecidos” e “conseqüentes desconhecidos” que não foram consideradas nos comentários feitos (trechos sem negrito), pois declarar que antecedentes ou conseqüentes são desconhecidos pode fortalecer a crítica de que os analistas de comportamento adeptos a análises moleculares, muitas vezes por não identificarem tais estímulos, “inventam” sua existência. (em referência à crítica feita por Baum, 2003).

APÊNDICE 3**RELATO DE CASO TESTE PARA AS TRÊS AVALIAÇÕES**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado
Profa. Ana Lúcia Ulian

Relato de caso

- 1) O que é necessário para se fazer uma Análise de Contingências?
- 2) De acordo com o que responder na questão acima, como você elaboraria a análise de contingências do caso abaixo?

Menino de 11 anos, filho mais velho de um casal de classe econômica baixa, com mais dois filhos, um de 9, outro de 4 anos, que foi atendido dois anos antes na mesma clínica-escola para a qual foi reencaminhado atualmente. Da primeira vez que a família procurou a clínica para atendimento de W., a queixa era enurese noturna primária (a criança nunca obteve controle enurético durante a noite), dificuldade de relacionamento com familiares e agressividade. Foi aplicado o Child Behavior Checklist - CBCL (Achenbach, 1991), que é um inventário destinado a obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças de 4-18 anos de idade, a partir do relato dos pais. Avalia competência social e problemas de comportamento categorizando o comportamento da criança em clínica, normal ou limítrofe quanto ao seu funcionamento global e quanto a características internalizantes e externalizantes. W. apresentou quadro clínico em todos os itens (competência social, distúrbios internalizantes e externalizantes e total). Foi aplicada também uma escala de intolerância, desenvolvida por Morgan e Young (1975) que mede, de acordo com a percepção dos pais, o grau de tolerância deles diante das situações cotidianas relacionadas especificamente aos problemas de enurese. O pai apresentou um índice de 2,3 e a mãe, 3,4, quando a mediana é 1,45. Portanto, pais intolerantes com pouca probabilidade para auxiliar no tratamento.

Optou-se então, na época, por um tratamento da enurese com orientação dos pais, embora apenas a mãe tenha comparecido às onze sessões de atendimento ao caso, que

usou um aparelho de origem inglesa para o controle da enurese. O registro de “molhadas” noturnas antes do início do aparelho apresentou em média cinco molhadas por semana. Assim que o aparelho começou a ser usado, o comportamento enurético caiu gradualmente em 4 semanas atingindo nenhuma “molhada”, mas retomando drasticamente para 6 “molhadas”, permanecendo em média com 5 “molhadas” até a interrupção do tratamento, por falta de cooperação familiar. O caso foi então encaminhado para tratamento de questões familiares e novamente interrompido por muitas faltas às sessões.

Na entrevista inicial do reencaminhamento os pais apresentaram as mesmas queixas anteriores, dizendo que o que os tinha mobilizado agora para retornar à clínica foi mais um comportamento inadequado do filho mais velho: furto. Indagados sobre como estavam lidando com os problemas, os pais relataram que vinham dando castigos e surras e que não sabiam mais o que fazer. O mesmo tratamento era usado também com as outras crianças quando faziam coisas erradas. Quando indagados sobre o que W. ou as outras crianças faziam de adequado, tiveram muita dificuldade em responder, sempre caindo nas queixas e nos comportamentos inadequados. Quando indagados sobre se elogiavam as crianças ou faziam carinho, a mãe respondeu que sim, mas não muito para que não ficassem mal acostumadas, já que “lá fora, na vida, ninguém fica passando a mão pela cabeça”. O pai parecia mais preocupado em não bater nos filhos, pois se lembrava que seu pai não agia assim e conseguiu que os filhos fossem pessoas direitas.

Ao tempo em que os pais apresentavam suas queixas, demonstravam bastante desentendimento entre si. A mãe, muito falante e dominadora da situação. O pai, mais calado, mas não menos queixoso, inclusive com queixas a respeito da própria esposa, que de “tão nervosa que andava”, além de bater muito nas crianças, também não dava atenção a ele, o que o deixava também muito nervoso, reconhecendo que acabava batendo nos

filhos como uma “válvula de escape”. Em entrevistas individuais posteriores se queixavam muito um do outro e relatavam muitas desavenças no relacionamento conjugal.

Em entrevistas individuais com a criança não foi possível observar nenhum dos comportamentos que compunham as queixas dos pais: agressividade (brigar com irmão, xingar), enurese (fazer xixi na cama uma vez por noite em média durante uma semana), roubo (pegar pequenas quantias em dinheiro do bolso do pai ou da carteira da mãe para comprar balas, ficha de vídeo game, lanche etc.), desleixo (se sujar com facilidade, perder coisas, quebrar brinquedos), dificuldade para pegar no sono (ficar acordado até tarde querendo ver TV). O que foi possível observar nas entrevistas com a criança foram os seguintes comportamentos: frequência de falar muito baixa, embora respondesse pelo menos com um “não sei”, às perguntas que lhe eram feitas. Sua fisionomia era de uma criança triste, podendo sorrir e se engajar em brincadeiras, como jogo da memória, pebolim e outros jogos, especialmente dominó, que conhecia bem. Durante as brincadeiras contava como era a situação em sua casa, confirmando as surras e os castigos e dizendo se sentir muito injustiçado e que sempre a culpa era dele por tudo que acontecia. Por exemplo: estava jogando bola (bolinha de tênis) com o irmão, na lateral da casa, quando a bola caiu no vizinho. Resolveram pular o muro para pegar a bolinha. Quando estavam procurando a bolinha, o irmão encontrou uma máquina de calcular apoiada num vaso. Pegaram a máquina e a bolinha e levaram para casa. À noite o irmão contou o que tinha acontecido ao pai e o mesmo quis saber quem tinha pegado a máquina. Como nenhum dos dois confessasse quem de fato tinha pegado a máquina, o pai deu castigo aos dois, mas ele sabia que o pai estava desconfiado dele. É que teve uma vez que ele pegou dinheiro de um lugar onde sabia que a mãe guardava e comprou lanche para ele e para os amigos e ainda foi jogar vídeo game. Uma tia que morava com eles na época

desconfiou e foi atrás dele, levou ele para casa ainda com um pouco do dinheiro e fez um escândalo contando para os pais dele o que tinha ocorrido. Ele apanhou e ficou de castigo. Se ele já apanhava por qualquer coisa, agora então é que tudo era mesmo sempre culpa dele.

Contava também que os pais não deixavam ele fazer nada. Não podia sair sozinho para andar de bicicleta, nem ir empinar pipa. Os pais têm medo dos marginais da rua. Aí se ele vai empinar pipa na laje, também não pode, porque pode cair. Não pode assistir os filmes que passam mais tarde na TV e ele não tem sono cedo. Tem que ficar sempre limpinho e arrumadinho e ele não gosta. Mas ele sai escondido, empina pipa escondido, veste roupa limpa sem tomar banho, e sempre acaba apanhando e ficando de castigo.

APÊNDICE 4**INSTRUÇÕES PARA ELABORAR RELATO CURSIVO E ANÁLISE APÓS A
SESSÃO TERAPÊUTICA**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado
Profa. Ana Lúcia Ulian

Instruções para elaboração de relato cursivo e análise após sessão terapêutica:

1. Escrever um relato cursivo da sessão, logo após o término da mesma. Provavelmente serão registrados os aspectos considerados importantes do ponto de vista do terapeuta-estagiário, pois a observação é seletiva.
2. Usar a fita gravada para esclarecer pontos que ficaram obscuros no registro mnemônico e para observar o próprio comportamento enquanto atende, checando as observações que o supervisor e os colegas fizeram na sessão de supervisão.
3. Ler o relato feito e identificar comportamentos potencialmente “alvos” de intervenção (aqueles que, por exemplo, aparecem com mais frequência, tanto na própria sessão quanto no relato de episódios feitos pelo cliente) listando as respostas na ordem em que ocorrem durante a sessão. Verificar a possibilidade de agrupá-las, categorizá-las em classes de respostas (pelas características físicas e/ou pela funcionalidade).
4. Selecionar os episódios relatados pelo cliente e identificar, a partir deles, eventos antecedentes e consequentes às respostas selecionadas no item anterior, elaborando análises funcionais moleculares.
5. Operacionalizar os prováveis comportamentos-alvo em termos de ações, frequência, duração e intensidade, tanto dos comportamentos ocorridos na própria sessão como os relatados pelo cliente.
6. Identificar dados históricos, possíveis regras e comportamentos encobertos (pensamentos, sentimentos), fatores disposicionais (aqueles que podem alterar a motivação do cliente, como, condições sociais, econômicas e de saúde) que podem estar relacionados com o comportamento-alvo, elaborando análise funcional molar.
7. Levantar hipóteses explicativas para o(s) comportamento(s) levantado(s).
8. Sugerir intervenção possível.

APÊNDICE 5

**PROTOCOLOS DE REGISTRO DAS CATEGORIAS DE FALAS DE CADA
TERAPEUTA**

Terapeuta-estagiário: AS1

IC 1ª sessão=94% / 2ª sessão=88%. / 3ª sessão= 86%

Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão		4ª sessão		5ª sessão		6ª sessão		7ª sessão		8ª sessão	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1. Identificar respostas (comportamento-alvo)	31	24.6	42	31.6	15	16.3	36	24.3	16	10.2	10	7.4	19	12.2	4	6
2. Identificar antecedentes imediatos e passados	31	24.6	26	19.5	7	7.6	20	13.5	25	15.9	11	8.4	20	19.9	2	3
3. Identificar conseqüentes imediatos e passados	16	12.6	13	9.7	11	12	13	8.8	9	5.7	3	2.2	10	6.5	2	3
4. Relacionar eventos (comportamentos do cliente)	6	4.8	10	7.5	14	15.2	24	16.2	19	12.1	25	18.5	10	6.5	8	12.2
5. Relacionar eventos (comportamento terceiros)	7	5.5	4	3	4	4.3	6	4.1	5	3.2	27	20	10	6.5	9	13.6
6. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento terceiros)	2	1.6	3	2.3	2	2.2	5	3.4	2	1.3	4	3	9	5.8	0	0
7. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento próprio)	1	0.8	4	3	5	5.4	14	9.5	21	13.4	9	6.6	7	4.5	3	4.5
8. Induzir o cliente a explicar o próprio comportamento	1	0.8	6	4.5	3	3.3	6	4.1	3	1.9	4	3	6	3.9	5	7.6
9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ação	0	0	2	1.5	8	8.7	4	2.7	20	12.7	11	8.1	1	0.6	8	12.1
10. Induzir o cliente à ação	6	4.8	4	3	3	3.3	5	3.4	13	8.3	10	7.4	27	17.4	12	18.2
11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado	1	0.8	3	2.3	2	2.2	2	1.4	6	3.8	0	0	17	11	1	1.5
12. Elogiar	1	0.8	5	3.8	8	8.7	2	1.4	1	0.6	5	3.7	7	4.5	2	3
13. Outras	23	18.3	11	8.3	10	10.8	11	7.4	17	10.8	16	11.9	12	7.7	10	15.2
TOTAL DE FALAS	126		133		92		148		157		135		155		66	
13.1 Início e encerramento de sessão	3	13	2	18.2	2	20	6	54.5	5	29.4	9	56.3	4	33.3	3	30
13.2 Bate-papo	8	34.8	4	36.4	0	0	0	0	2	11.8	2	12.5	0	0	1	10
13.3 Informações e instruções	4	17.4	3	27.3	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
13.4 Expressão de entendimento (ou não)por parte do terapeuta	2	8.7	2	18.2	2	20	2	18.2	6	35.3	1	6.25	5	41.6	2	20
13.5 Empatia	3	13	0	0	3	30	2	18.2	4	23.5	4	25	0	0	3	30
13.6 Parafrasear	3	13	0	0	1	10	1	9	0	0	0	0	3	25	0	0

Terapeuta-estagiário: YS1

IC 2ª sessão=78% / 4ª sessão=89% / 6ª sessão=88%

Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão		4ª sessão		5ª sessão		6ª sessão		7ª sessão		8ª sessão	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1. Identificar respostas (comportamento-alvo)	17	31.5	20	29.4	16	16.3	3	3.5	3	2.8	2	2.8	1	1.5	0	0
2. Identificar antecedentes imediatos e passados	20	37	9	13.2	17	17.4	0	0	6	5.5	1	1.4	0	0	0	0
3. Identificar conseqüentes imediatos e passados	5	9.3	1	1.5	4	4	0	0	1	0.9	0	0	1	1.5	0	0
4. Relacionar eventos (comportamentos do cliente)	2	3.7	9	13.2	18	18.4	21	24.7	15	13.8	15	20.8	7	10.3	2	7.4
5. Relacionar eventos (comportamento terceiros)	1	1.9	4	5.9	10	10.2	16	18.8	19	17.4	12	16.6	12	17.9	2	7.4
6. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento terceiros)	3	5.5	3	4.4	3	3	1	1.2	5	4.6	2	2.8	4	6	1	3.7
7. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento próprio)	0	0	2	2.9	0	0	10	11.8	11	10.1	6	8.5	5	7.5	1	3.7
8. Induzir o cliente a explicar o próprio comportamento	2	3.7	4	5.9	1	1	0	0	2	1.8	0	0	2	3	3	11.1
9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ação	0	0	1	1.5	7	7.1	4	4.7	10	9.2	4	5.5	5	7.5	0	0
10. Induzir o cliente à ação	0	0	2	2.9	1	1	12	14.1	9	8.3	6	8.4	2	3	0	0
11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado	0	0	0	0	6	6.1	3	3.6	8	7.3	14	19.4	14	20.9	8	29.6
12. Elogiar	0	0	0	0	0	0	5	5.9	4	3.6	4	5.5	4	6	4	14.8
13. Outras	4	7.4	13	19.2	15	15.4	10	11.7	16	14.7	6	8.3	10	14.9	6	22.2
TOTAL DE FALAS	54		68		98		85		109		72		67		27	
13.1 Início e encerramento de sessão	2	50	2	15.4	4	26.7	3	30	3	18.3	3	50	1	10	4	66.6
13.2 Bate-papo	1	25	1	7.7	2	13.3	0	0	2	12.5	0	0	0	0	2	33.3
13.3 Informações e instruções	0	0	2	15.4	2	13.3	0	0	2	12.5	0	0	6	60	0	0
13.4 Expressão de entendimento (ou não)por parte do terapeuta	1	25	5	38.4	4	26.7	6	60	8	50	1	16.6	2	20	0	0
13.5 Empatia	0	0	3	23.1	2	13.3	0	0	1	6.2	2	33.3	1	10	0	0
13.6 Parafrasear	0	0	0	0	1	6.7	1	10	0	0	00	0	0	0	0	0

Terapeuta-estagiário: CS2

IC 5ª sessão=83% / 7ª sessão=80% / 8ª sessão=89%

Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão		4ª sessão		5ª sessão		6ª sessão		7ª sessão		8ª sessão	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1. Identificar respostas (comportamento-alvo)	34	28	41	34.5	20	21.5	16	14.5	20	9	20	9	12	7.6	13	7.8
2. Identificar antecedentes imediatos e passados	20	16.5	32	26.9	15	16.1	17	15.5	18	8.2	14	6.3	8	5.1	10	6
3. Identificar conseqüentes imediatos e passados	16	13.2	12	10.1	10	10.8	8	7.3	13	5.9	9	4.1	8	5.1	4	2.4
4. Relacionar eventos (comportamentos do cliente)	5	4.1	0	0	0	0	11	10	32	14.5	35	15.9	14	8.9	19	11.4
5. Relacionar eventos (comportamento terceiros)	3	2.5	1	0.8	0	0	6	5.5	11	5	16	7.3	14	8.9	22	13.2
6. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento terceiros)	2	1.7	0	0	6	6.4	7	6.4	22	10	23	10.5	17	10.7	6	3.6
7. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento próprio)	8	6.6	8	6.7	19	20.4	12	11	34	15.5	22	10	22	13.9	24	14.4
8. Induzir o cliente a explicar o próprio comportamento	2	1.7	5	4.2	4	4.3	2	1.8	10	4.5	7	3.2	6	3.8	3	1.8
9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ação	1	0.8	2	1.7	5	5.4	2	1.8	7	3.2	14	6.4	15	9.5	20	12
10. Induzir o cliente à ação	0	0	1	0.8	0	0	2	1.8	12	5.5	13	5.9	8	5.1	10	6
11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado	0	0	0	0	0	0	2	1.8	8	3.6	13	5.9	2	1.2	2	1.2
12. Elogiar	2	1.7	0	0	0	0	2	1.8	7	3.2	12	5.5	7	4.4	8	4.8
13. Outras	28	23.1	17	14.3	14	15	23	20.1	26	11.8	22	10	25	15.8	26	15.5
TOTAL DE FALAS	121		119		93		110		220		220		158		167	
13.1 Início e encerramento de sessão	5	17.9	2	11.8	5	35.7	3	13.1	5	19.2	4	18.2	4	16	7	26.9
13.2 Bate-papo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9.1	4	16	0	0
13.3 Informações e instruções	3	10.7	2	11.8	0	0	1	4.3	0	0	0	0	0	0	0	0
13.4 Expressão de entendimento (ou não)por parte do terapeuta	16	57.2	11	64.7	7	50	10	43.5	18	69.2	7	31.8	7	28	12	46.1
13.5 Empatia	2	7.1	1	5.9	0	0	3	13.1	1	3.8	0	0	2	8	3	11.5
13.6 Parafrasear	2	7.1	1	5.9	2	14.3	6	26	2	7.7	9	40.9	8	32	4	15.5

Terapeuta-estagiário: RC2

IC 3ª sessão=81% / 7ª sessão=85% / 8ª sessão=78%

Categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão		4ª sessão		5ª sessão		6ª sessão		7ª sessão		8ª sessão	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1. Identificar respostas (comportamento-alvo)	19	23.5	11	20.4	14	25	9	11	4	4.4	4	5.1	12	9.8	10	6.2
2. Identificar antecedentes imediatos e passados	17	21	11	20.4	10	17.8	13	15.6	7	7.6	6	7.8	7	5.7	5	3.1
3. Identificar conseqüentes imediatos e passados	7	8.6	4	7.4	11	19.6	10	12	10	10.9	3	3.8	4	3.3	2	1.2
4. Relacionar eventos (comportamentos do cliente)	1	1.2	1	1.9	4	7.2	6	7.2	11	12	13	16.6	11	8.9	14	8.7
5. Relacionar eventos (comportamento terceiros)	2	2.5	3	5.5	1	1.8	1	1.2	13	14.1	7	9	10	8.1	10	6.2
6. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento terceiros)	4	4.9	8	14.8	1	1.8	1	1.2	9	9.8	4	5.1	5	4	13	8
7. Induzir o cliente a relacionar eventos (comportamento próprio)	2	2.5	3	5.5	2	3.6	16	19.3	21	22.8	14	18	22	17.9	37	22.8
8. Induzir o cliente a explicar o próprio comportamento	2	2.5	2	3.7	2	3.6	1	1.2	1	1.1	2	2.6	2	1.6	7	4.3
9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ação	1	1.2	2	3.7	0	0	4	4.8	1	1.1	10	12.8	8	6.5	6	3.7
10. Induzir o cliente à ação	0	0	1	1.9	0	0	6	7.2	3	3.3	3	2.6	10	8.1	7	4.3
11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado	4	4.9	0	0	3	5.4	4	4.8	2	2.2	1	1.3	13	10.6	25	15.5
12. Elogiar	6	7.4	1	1.9	0	0	1	1.2	1	1.1	3	3.8	2	1.6	2	1.2
13. Outras	16	19.8	7	12.9	8	14.2	11	13.3	9	9.8	9	11.5	17	13.8	24	14.8
TOTAL DE FALAS	81		54		56		83		92		78		123		162	
13.1 Início e encerramento de sessão	3	18.8	4	57.1	3	37.5	3	27.3	3	33.3	4	44.4	3	17.6	5	20.8
13.2 Bate-papo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13.3 Informações e instruções	13	81.2	2	28.6	2	25	1	9	4	44.4	1	11.1	1	5.9	3	12.5
13.4 Expressão de entendimento (ou não)por parte do terapeuta	0	0	0	0	2	25	5	45.5	1	11.1	1	11.1	7	41.2	9	37.5
13.5 Empatia	0	0	1	14.3	1	12.5	2	18.2	0	0	0	0	2	11.8	2	8.4
13.6 Parafrasear	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	3	33.3	4	23.5	5	20.8

APÊNDICE 6**AVALIAÇÃO DO MÓDULO I E EXEMPLO DE RESPOSTA**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado
Profa. Ana Lúcia Ulian

Avaliação – Módulo I

Com base nos seguintes textos:

Skinner, B. F. (1990) Can psychology be a science of mind? American Psychologist, 45, 1206-1210.

Micheletto, N. & Sérgio, T. M. A. Z. (1993) Homem: objeto ou sujeito para Skinner? Temas em Psicologia, 2.

Matos, M. A. (1997) Com o que o behaviorismo radical trabalha. Em R. A. Banaco (Org.), Sobre comportamento e cognição (Volume 1, pp. 45-52). Santo André: ARBytes.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). FAP Psicoterapia Análisa Funcional. Santo André: ESETec. (pp. 1-18).

Shook, G.; Hartsfield, F. & Hemigway, M. (1995). Conteúdo essencial no treinamento de analistas do comportamento. Boletim da ABPMC, n. 14, abril 1998.

Responda:

1) Qual a concepção de homem para o behaviorismo radical? (Inclua as palavras: natural (is), lei(is), relação (ou derivadas), todo (ou totalidade), determinação, individualidade (ou singularidade) e liberdade.

2) Como o behaviorismo radical explica o comportamento? (Inclua as palavras: relação, ambiente externo e interno, níveis de seleção).

3) Defina sucintamente todos os termos da lista de Shook et al. (1995).

UFBA – Universidade Federal da Bahia
FFCH – Faculdade de Filosofia e ciências Humanas
Curso de Psicologia
Disciplina: Estágio I – Comportamental
Data
Aluno

Respostas – Avaliação Módulo I

1. Concepção de homem para o behaviorismo radical:

O homem para o behaviorismo radical é entendido como um ser em relação com o meio que o rodeia e está sujeito às mesmas leis que qualquer outro elemento da natureza. O homem só pode ser compreendido em sua totalidade quando está interagindo com as contingências ambientais que o cercam, sendo essas as contingências que formam a sua individualidade, ou seja, sua singularidade, pois elas são únicas para cada indivíduo tendo uma função particular em cada ser humano. É no processo de interação com as contingências que não só se mantém comportamentos já aprendidos no passado como também surgem novos comportamentos no repertório do indivíduo. Isso significa que o livre arbítrio não está presente na concepção behaviorista de homem. No livre arbítrio a pessoa ao se comportar pode escolher que caminho deseja seguir, quais comportamentos deseja emitir. Na teoria behaviorista esses comportamentos ocorrem não por escolha, mas são determinados: 1) por contato com suas conseqüências, 2) por contato com os estímulos discriminativos, 3) por contato com as regras sociais e com as auto regras. A liberdade em verdade é uma sensação de bem estar eliciada por contingências positivas para o indivíduo. Quanto mais a pessoa se comporta sob controle de reforçadores positivos mais ela se sente livre. Contudo isso não impede que a pessoa possa modificar conscientemente seu próprio comportamento, pois, à medida que ela toma consciência de quais contingências seu comportamento é função ela pode atuar diretamente sobre essas contingências alterando seus comportamentos.

2. Explicação de comportamento para o Behaviorismo radical:

O comportamento é entendido como relação, o ser humano só se comporta em relação a algo, esse algo se entende como todos os elementos que compõem o ambiente da pessoa. Esse ambiente é entendido como qualquer evento que seja externo à ação da pessoa, podendo ser interno ou externo ao organismo. O comportamento é resultado de três tipos de seleção: a seleção genética pela evolução da espécie, a seleção pelas contingências (onde surge o comportamento operante) e finalmente a seleção pela cultura. Essas três formas de evolução do comportamento têm falhas, não são perfeitas. A primeira forma de evolução do comportamento pode ser considerada a evolução pela seleção da espécie. Os comportamentos que são geneticamente influenciados foram, ao longo de milhões de anos, selecionados por permitir a sobrevivência da espécie em um ambiente hostil e com escassez de recursos. O problema é que esses comportamentos surgiram em um ambiente que não existe mais para o homem moderno. Dessa forma uma segunda maneira de evolução surge que é a seleção pelas contingências que seleciona os comportamentos operantes. Assim o homem não fica preso a um passado distante simplesmente repetindo comportamentos que não tem mais utilidade para ele, mas, passa a ter um comportamento modelável pelo ambiente em que está inserido atualmente. Porém um novo problema se apresenta: os comportamentos ao ocorrerem produzem conseqüências que vão mantê-lo e fortalecê-lo, mas como esperar que esses comportamentos ocorram para que sejam

fortalecidos pelas contingências? O indivíduo só tem uma vida para apresentar comportamentos que serão reforçados e não milhões de anos como na seleção natural. Nessa situação o indivíduo é favorecido primeiramente pelo processo de imitação de outras pessoas onde ele observa um comportamento e suas conseqüências sem necessariamente precisar emití-lo. E finalmente poderia lançar mão do comportamento verbal, pois, os seres humanos passam ensinamentos pela linguagem o que facilitaria a aquisição de novos comportamentos sem necessariamente ter que esperar que eles ocorram para que sejam reforçados. Por último a seleção pela cultura ocorre quando práticas sociais permitem a sobrevivência da espécie o que leva a essas práticas sociais serem repetidas ao longo de gerações permitindo assim a construção de uma cultura. Dificuldades podem surgir quando as práticas culturais se mantêm rígidas sem levar mais em consideração as contingências que a geraram. Essas contingências podem não estar mais presentes, mas as práticas continuam a ser seguidas pela comunidade verbal atual.

3. Conceitos básicos:

- 1) Características que diferenciam a análise do comportamento das outras abordagens: Uma das principais características do behaviorismo é a rejeição ao mentalismo, o que não significa a rejeição de comportamentos que estão dentro da pele, e sim apenas a rejeição a construtos que tentam explicar o comportamento, mas que na verdade não dão conta de tal problemática. Segundo o behaviorismo e sua análise do comportamento, os eventos privados e subjetivos são simples comportamentos a serem explicados. O comportamento segundo esta análise é diferenciado em respondente (proveniente de estímulos que geram reflexos) e operante (mais complexo, proveniente de uma série de fatores como o ambiente, a história vida, história de reforçamentos e punições). Esta abordagem também não considera os eventos encobertos como possíveis antecessores (causa) de um comportamento, pois se afirma que estes não fazem parte da determinação da resposta, mas são respostas que precisam ser explicadas.
- 2) Definição de contingência: Contingência é definida como a relação entre as diferentes variáveis envolvidas no estabelecimento, manutenção ou extinção de um comportamento, como a resposta, a ocasião em que uma resposta ocorre, suas conseqüências reforçadoras.
- 3) Definição de reforçamento: É quando a freqüência de uma resposta aumenta de intensidade em função das conseqüências provocadas por ela. Existem dois tipos de reforçamento: o positivo, em que a resposta aumenta a probabilidade de ocorrência pela apresentação de um estímulo e o negativo, em que a resposta aumenta a probabilidade de ocorrência pela remoção de um estímulo.
- 4) Definir punição: A punição é o oposto do reforçamento, e é quando a resposta diminui de freqüência pelo aparecimento de determinados estímulos aversivos (punição positiva), ou quando a resposta diminui de freqüência pela retirada de estímulo reforçador positivo (punição negativa).
- 5) Definir ambiente: Conjunto de condições que de alguma forma afetam o comportamento estando fora da ação, mas não necessariamente fora do corpo; pode ser definido como tudo que está externo à ação.
- 6) Definir comportamento, resposta e classe de resposta: O comportamento é a relação da resposta do organismo com o ambiente. Resposta é simplesmente ação do organismo. Já a classe de respostas é um conjunto de ações desenvolvidas para um determinado fim e/ou que possuem a mesma função.
- 7) Definir extinção: A extinção é um processo que provoca o desaparecimento de um determinado comportamento. Isto porque um comportamento só sobrevive à

medida que é reforçado, e quando por algum motivo as conseqüências reforçadoras deixam de aparecer depois do comportamento, a tendência é que aquele comportamento não mais se repita.

- 8) Descrever o modelo de condicionamento respondente: $S \rightarrow R$ O condicionamento respondente ocorre quando um estímulo aparentemente neutro entra em contato com um estímulo incondicionado e passa a exercer a função deste último estímulo. O exemplo mais conhecido do modelo de condicionamento respondente é o da experiência de Pavlov com o cachorro. O estímulo inicial (incondicionado), era o alimento na boca do animal, que fazia com que ele salivasse (resposta incondicionada), mas um outro estímulo foi pareado (o barulho de uma campainha), que inicialmente era um estímulo neutro para a resposta de salivar, mas que a partir do momento em que passou a ocorrer sempre antes da apresentação do alimento passou a ser um estímulo condicionado, pois o tocar a campainha gerava no cachorro a mesma resposta de salivação que o alimento, que passou a ser uma resposta condicionada, depois do condicionamento estabelecido.
- 9) Descrever o modelo de condicionamento operante: $R \rightarrow S$ O modelo de condicionamento operante é dado pela relação acima onde o que determina o comportamento não é mais o estímulo antecedente e sim a conseqüência da resposta. No condicionamento operante um determinado estímulo é a ocasião para o aparecimento de uma resposta, que terá conseqüências sobre o ambiente e será responsável por um estímulo que poderá reforçar ou não a resposta dada. O condicionamento ocorre quando a resposta é reforçada pelo estímulo que se mostrou posteriormente ao comportamento, sendo responsável por sua manutenção.
- 10) Definir estímulo: Estímulo é algum evento do ambiente que está relacionado com alguma ação de um organismo. O estímulo tem a função de aumentar ou diminuir a freqüência de determinado comportamento ou pode ter a função de ser eliciador (quando provoca respostas que são reflexos) ou discriminativo (quando provoca respostas que tem conseqüências diferenciadas).
- 11) Definir generalização e manutenção: A generalização ocorre quando um comportamento, aprendido num outro contexto consegue ser expandido para diversas outras situações semelhantes àquelas em que o comportamento foi aprendido, e que exigem do indivíduo uma resposta semelhante a anteriormente dada. A manutenção é a probabilidade de um comportamento se manter em conseqüência de estímulos que de alguma forma reforçam o comportamento que foi emitido. São vários os esquemas para manutenção dos comportamentos: reforçamento contínuo, reforçamento por razão fixa ou variável e reforçamento por intervalo fixo ou variável.
- 12) Definir Antecedente: O antecedente é o estímulo anterior a resposta que será dada pelo organismo. No caso do comportamento operante, o antecedente simplesmente é algo que define o momento em que a resposta ocorrerá e será seguida pelas conseqüências. No caso do comportamento respondente, o antecedente tem mais força no comportamento, sendo ele geralmente o responsável por provocar a resposta.
- 13) Definir operação estabelecedora: É uma operação que pode aumentar ou diminuir a ocorrência de uma determinada resposta, por transformar um estímulo aversivo em reforçador (ou vice-versa) ou mesmo trazendo à tona comportamentos que foram emitidos no passado e que foram seguidos por determinada conseqüência.

APÊNDICE 7

**EXEMPLOS DE ANÁLISES DE CONTINGÊNCIAS ELABORADAS PARA AS
TRÊS AVALIAÇÕES DA DISCIPLINA (A MAIOR E A MENOR NOTA DE
CADA UMA DAS AVALIAÇÕES)**

Maior nota 1ª avaliação
Terapeuta-estagiário ASI

Em primeiro lugar caberia definir a queixa: Comportamentos agressivos, "demora em pegar no sono", desleixo (com relação às roupas, brinquedos e coisas), "casos" de roubo e enurese de W. Em segundo lugar cabe definir porque tais comportamentos são aversivos para os pais: segundo o relato de W., os pais proibem vários comportamentos do filho, o quê, quando contrariados, os irrita (relacionado à intolerância dos pais). Como tais desobediências do filho eram freqüentes, os pais acabaram ficando irritados com o filho. Em terceiro lugar, assim, cabe delimitar o comportamento-alvo da intervenção: W. não parece muito incomodado com os comportamentos que levaram às queixas dos pais; o problema principal, assim, parece ser a irritação dos pais com os comportamentos do filho. Dessa forma, poderia-se trabalhar ou com o comportamento de W. ou com a irritação dos pais; ambos os comportamentos parecem estar relacionados intimamente à interação pais-filho, que acho deveria ser o comportamento-alvo da intervenção. As interações pais-filhos nessa família parecem restringir-se muito às brigas, surras e castigos - o que as torna muito aversivas para os pais (daí sua intolerância com os filhos). Considerando a atenção dos pais, mesmo na forma de surras, brigas etc, como um evento reforçador para W., pode-se pensar que os "comportamentos de desobediência" de W. estejam sendo reforçados por esta atenção - além do reforçamento "intrínseco" relacionado a alguns deles (empinar pipa na laje, andar de bicicleta etc). A partir destas considerações, poderia-se pensar numa intervenção que melhorasse a situação para ambos.

245 palavras

Critérios de Sturmeny:

1. 1.0 (2 VT)
2. 0.2 (nã descreve cliente, mas menciona queixa)
3. 1.0 (comportamento-alvo: interrupção pais-filho. Identifica e dá exemplos de comportamentos do pai e do filho - pai irritado, filho desobediente. Pai batem e dá castigo. Filhos nã parecem incomodados).
4. 1.0 (quando o filho desobedece irrita os pais)
5. 1.0 (brigas, surras, castigos - aversivo p/ os pais, reforço intrínseco p/ desobediências do filho).
6. 0.0 (nã menciona premissas em identificar origem do problema).
7. 0.0 (nã menciona nada da história passada relacionada com o problema).
8. 0.0 (nã menciona "gatilhos secundários", mas considera que a atenção do pai mesmo sendo surras e castigo, podem funcionar como ref. p/ criança).
9. 0.0 (nada sobre contexto psíquico)
10. 0.0 (pensa em intrínseco, mas nã sugere nenhuma).

5.2

Menor nota 1ª avaliação
Terapeuta-estagiário RC2

Percebe-se o aspecto aversivo de alguns comportamentos da criança para seus pais (a enurese noturna, dificuldade de relacionamento e agressividade). No primeiro momento, os pais apresentam-se pouco cooperativos com o tratamento (ou não é reforçador ou é aversivo). Parece apresentar reduzida capacidade de tolerar frustrações já que abandonaram o tratamento tão logo o retorno do comportamento indesejável da criança: a enurese. Infere-se o controle de contingências a curto prazo no comportamento tanto do pai quanto da mãe de W. Num segundo momento, os pais retomam com a queixa sobre os mesmos problemas acrescido do comportamento de furto de W. A falta de eficácia das punições paternas na modificação do comportamento de W parece ter motivado os pais a retornarem ao tratamento, além das dificuldades conjugais que vêm enfrentando. O déficit comportamental é indicado diante da resposta: "não sabemos mais o que fazer". Observa-se também uma baixa frequência de discriminação de comportamentos adequados do filho, o que dificulta o reforçamento de comportamentos desejáveis. A mãe refere poucos elogios e carinho, provavelmente sob efeito de regras de "não mimar a criança" (reforçar continuamente), mas que também não indicam um esquema intermitente: os pais parecem ser mesmo incontinentes às demonstrações de afeto. O uso de punição preocupa agora o pai: o seu pai não punia e obteve consequências reforçadoras, o que levanta a hipótese de uma possibilidade de modelação para o comportamento do pai de W. Outro fato trazido ao atendimento foi o desentendimento entre o casal, que parece aumentar a probabilidade de comportamentos agressivos em relação ao filho. Em relação à criança, observou-se pouca fala (sinal de pouco reforçamento no lar), apesar de poder sorrir e engajar-se em brincadeiras. W verbaliza sentimento de injustiça e de ser sempre o culpado, em função das surras e castigos diante de determinados comportamentos para ele reforçadores. Sua história parece dificultar comportamentos adequados aos pais e reforçadores para ele mesmo. Dessa forma, apesar do controle aversivo sobre as práticas consideradas recompensadoras, este se mostra ineficaz e gera sentimento de baixa auto-estima.

335 palavras

- * !?!
1. 0.0 (33T)
 2. 0.2 (não descreve o dia a dia, não menciona a queixa)
 3. 0.0 contexto do pai ou da criança?
qual seu elo de vínculo, ou a interação?
 4. 0.0 não foi relatado os eventos A e C.
 5. 0.0
 6. 0.0 nada sobre origem do problema
 7. 1.0 hipóteses - regras sobre o mínimo pode explicar o contexto. Pai modelado pelo avô?
 8. 0.0 nada sobre fatores ambientais
 9. 0.0 nada sobre contexto propriamente
 10. 0.0 nada sobre treinos
-
- 1.2

Maiores nota 2ª avaliação
Terapeuta-estagiário CS2

0.2 0.2 (igual) 0.2 0.2 ②
 Criança de 11 anos, do sexo masculino, com família constituída de pai, mãe e dois irmãos de nove e quatro anos. O comportamento-alvo era a agressividade com comportamentos de xingar e brigar, enurese noturna, furto de objetos e desobediência aos pais. Os antecedentes eram a falta de afeto e atenção por parte dos pais. Rigidez excessiva em relação as regras da casa. Os conseqüentes são: punição generalizada por parte dos pais, desconectada dos comportamentos da criança e recebimento de atenção ainda que negativa por parte dos pais. Os ganhos primários são os reforços obtidos nas brincadeiras da criança. Os ganhos secundários são mais atenção por parte dos pais. Os propósitos da criança eram obter reforçadores através das brincadeiras fugindo da extrema rigidez e repressão por parte dos pais. Os comportamentos-problema da criança se apresentavam ao longo de toda sua vida sem um período específico de surgimento desses comportamentos. Pais muito rígidos e punitivos produziram esses desajustamentos na criança. O tratamento recomendado seria um trabalho terapêutico com os pais orientado-os para dar mais atenção à criança no sentido de mais afeto e carinho. Prestar mais atenção aos comportamentos positivos da criança e, sempre que possível, elogiar esses comportamentos. Seria interessante também terapia de casal para melhorar a relação entre os dois. E finalmente, orientar o casal no sentido de reduzir a um mínimo possível as punições e as ameaças em relação as regras a serem seguidas.

235 palavras

Críticas de Sternberg:

1. 1.0 (235)
 2. 0.8 (façon que l'va)
 3. 1.0 (compts - alvo definido)
 4. 1.0 (ant. regras da casa)
 5. 1.0 (conseq. punições)
 6. 1.0 (sempre)
 7. 1.0 (hipótese - relação c/ punições do pais)
 8. 1.0 (atenção do pais)
 9. 1.0 (brincad. pelas regras q. da brincadita)
 10. 1.0 (trajetória procedimental li fundo ao compts)
-
- 9.8

Menor nota 2ª avaliação
Terapeuta-estagiário RD2

0.2 0.2 0.2
Menino de 11 anos, filho mais velho de um casal de classe econômica baixa, com mais dois filhos, um de nove; outro de quatro anos, que foi atendido dois anos antes na mesma clínica-escola para a qual foi reencaminhamento (os pais apresentaram as mesmas queixas anteriores: enurese noturna fazer xixi na cama; agressividade (brigar com o irmão e xingar) e dificuldade de relacionamento com os seus familiares. Disseram que foram mobilizados para retorno à clínica por mais um comportamento inadequado do filho: furto (pegar pequenas quantias de dinheiro do bolso do pai ou da carteira da mãe para comprar balas, fichas de video game, lanche etc). Queixaram-se ainda que W. tem dificuldade de pegar no sono, querendo ficar acordado até tarde querendo assistir TV; e de desleixo, brinquedos. Tais comportamentos acontecem geralmente em casa constantemente, sendo que a enurese ocorre pelo menos uma vez por semana. Os pais lidam com os problemas dando castigo e surras e relataram que não sabiam mais o que fazer. O pai parecia mais preocupado em não bater nos filhos, pois se lembrava que seu pai não agia assim e conseguiu que os filhos fossem pessoas direitas. Ao mesmo tempo em que os pais apresentavam suas queixas, demonstravam bastante desentendimento entre si. Em entrevista individuais posteriores, queixavam-se muito um do outro e relataram muitas desavenças no relacionamento conjugal. Pelo relato do pai, percebeu-se que ambos andam nervosos e que andam batendo muito nos seus filhos. Conjetura-se, que além dos pais não terem aprendido uma forma mais eficiente de lidar com as desavenças tanto suas quanto dos filhos, utilizem as surras como uma válvula de escape. No primeiro tratamento feito na clínica escola, observou-se que os pais, de acordo com a escala de intolerância de Morgan e Young (1975), apresentavam altos índices de intolerância com pouca probabilidade para auxiliar o tratamento. A falta de cooperação familiar foi um dos motivos do encerramento do tratamento anterior. Percebeu-se com entrevista com W. que os pais são muito punitivos e não permitem que os filhos façam coisas que ele acham divertido como empinar pipa e andar de bicicleta na rua (proíbem por causa de marginais). O fato dos pais proibirem não impede que W. faça as atividades que ele gosta escondido. O garoto também se queixou que se sentia muito injustiçado, que sempre a culpa era dele por tudo e que apanhava por qualquer coisa. Os tratamentos recomendados são: orientação dos pais em terapia de casal ou familiar; uso do aparelho de origem inglesa para o controle da enurese.

240 palavras.

Avaliação descritiva, não relacional.

1. 0.0 (420)
 2. 1.0
 3. 1.0 (desmerece conteúdo da cita)
 4. 0.0 (não menciona autor/citação)
 5. 0.5 (cita, mas não relacional)
 6. 0.0 (não menciona origem)
 7. 1.0 (não aprendeu uma outra forma...)
 8. 0.0 (não menciona fontes secundárias)
 9. 0.0 (não menciona conteúdo propriamente)
 10. 0.5 (cita)
-
- 4.0

Maiores nota 3ª avaliação
Terapeuta-estagiário RC2

W., menino de 11 anos, vive com os pais e dois irmãos (9 e 4 anos). A família é de classe baixa. Foi reencaminhado após 2 anos com queixa dos pais de enurese noturna (urinar na cama uma vez por noite durante uma semana), agressividade (brigar com o irmão, xingar) e desobediência às regras (furto de dinheiro dos pais, desleixo, insônia por querer ver TV). O furto parece ser mais freqüente quando os pais encontram-se distraídos ou ausentes. Pegar dinheiro da carteira da mãe, permite acesso à muitos reforçadores (doces, lanches, diversão). Não se pode precisar o início dos comportamentos em questão. A privação (função das proibições e demasiadas exigências dos pais) parece contribuir para a manutenção da desobediência. Os pais dão pouco carinho e punem constantemente a criança, o que contribui para sentir-se injustiçado e com baixa auto-estima. Divertir-se é recompensador para o garoto, mesmo sofrendo sanções (castigos, surras) por descumprir ordens. A aprovação dos colegas (W paga lanches e jogos para os amigos) pode ser importante mantenedor do comportamento de conseguir dinheiro. Um treinamento com os pais, em função da inadequação das ações deles com o filho, além do treinamento de habilidades sociais com W, para lidar melhor com as regras familiares e com o irmão, são indicados como tratamento.

211 palavras

- ①
1. 1.0 (211)
 2. 1.0 (classificação completa)
 3. 1.0 (conceito definido e ex.)
 4. 1.0 (na distração ou ausência de pais)
 5. 4.0 (doces, lanches, diversão / recompensas de jogos / punição pais)
 6. 1.0 (não se pode precisar o início)
 7. 1.0 (privação e exigências contribuem para manutenção)
 8. 0.0 (não sabe quando secundário)
 9. 0.0 (divertir-se é recompensador, mesmo com sanções)
 10. 1.0 (T.H.S. freqüente e/ 3, 4 e 5).
-
- 8.0

Menor nota 3ª avaliação
Terapeuta-estagiário ASI

Menino de 11 anos de idade, filho mais velho de um casal de classe econômica baixa, com mais dois filhos (de 9 e 4 anos).^{0.2} Foi atendido dois anos antes na mesma clínica-escola para o qual foi reencaminhado atualmente. Seus pais queixam-se de^{0.2} agressividade, enurese noturna, pequenos roubos, desleixo e dificuldade para pegar no sono. Dada a escassez dos dados apresentados, só se pode propor algumas suposições^{0.2} sobre alguns dos comportamentos apresentados pelos pais do menino como disfuncionais*. No caso da queixa de roubo^{0.2}, os exemplos apresentados pelo menino podem nos levar a supor que um fator antecedente relevante para a sua ocorrência é a privação pelos pais de atividades consideradas agradáveis para os filhos (empinar pipa, sair sozinho para andar de bicicleta) e imposição de atividades não agradáveis ("ter que andar limpinho", dormir cedo). Os roubos, desta forma, podem ter sido reforçados pelas atividades que permitiram (brincar com uma máquina de calcular, jogar vídeo game). Em relação aos outros comportamentos, pode-se supor que as punições impostas pelos pais possam estar sendo reforçadoras para os filhos por incluir algum tipo de atenção⁵ que os filhos não obtêm de outra forma. Caberia investigar mais as relações familiares, principalmente entre pai e mãe, e talvez intervir junto aos pais.⁸

207 palavras.

* tudo tem preço!

1. 1.0 (207)
 2. 0.8 (faltou local)
 3. 0.0 (roubo? ã deixa claro, nem define)
 4. 1.0 (privação e imposição do pai)
 5. 1.0 (brincar, jogar)
 6. 0.0 (nada sobre início, origem)
 7. 0.0 (supor → 8)
 8. 1.0 (atenção negativa)
 9. 0.0 (nada sobre conceito psíquico)
 10. 0.0 (intervir junto ao pai, como?)
-
- 4.8

APÊNDICE 8

EXEMPLOS DE ANÁLISES ELABORADAS PELOS ESTAGIÁRIOS DOS GRUPOS AC, CC E CP (A MAIOR E A MENOR NOTA DE CADA GRUPO)

Maior nota do Grupo AC

Estagiário-terapeuta RMI

Avó paterna e mãe adotiva de LC de 13 anos procurou o SP com queixas de comportamento agressivo, dificuldade/ descaso nos estudos, problemas de relacionamento com a mãe adotiva e desobediência do adolescente seja em casa, na rua, na escola... Esta mora com o adolescente, sua mãe, seu marido e uma outra filha adotiva. Todos os seus filhos biológicos já são adultos e independentes, vivendo cada um com suas famílias. O menino é criado pela avó desde os três meses de idade, embora tenha contato com seus pais biológicos, que já constituíram outras famílias. Na escola LC costuma bater nos colegas quando estes lhe perturbam, batem ou dizem coisas que não lhe agradam. Segundo a avó as brincadeiras em que LC se envolve sempre terminam em briga. Num destes casos quando um colega mais velho e bem maior começou a perturbá-lo com brincadeiras agressivas, chegando a bater nele, ficar na porta de sua classe fazendo caretas e pirraçando-o, no momento em que este colega descia a escada do colégio, LC arremessou uma cadeira neste, que feriu-se e deslocou o braço. As queixas de dificuldade escolar relatadas reportam-se ao fato de LC, até o ano passado, nunca ter passado de ano, embora estivesse na segunda série por causa de sua professora que achou que não havia mais condição de mantê-lo na primeira série pela quantidade de reprovações. Constatou-se nas sessões que ele possui um desenvolvimento acadêmico-intelectual próximo a uma criança com metade de sua idade. As conseqüências mais comuns dos comportamentos agressivos de LC são: ser suspenso, ser retirado da escola pela "ronda escolar", se machucar quando entra em brigas e levar reclamações para a mãe. Ainda não é possível identificar o início dos comportamentos, embora a avó acredite que eles tenham piorado quando LC começou a frequentar a casa da mãe. Sobre a história de vida, sabe-se que desde pequeno nem a mãe, nem o pai quiseram cuidar dele, pois o que parece ele foi um filho indesejado, daí a avó decidiu-se por criá-lo. Ele tem uma irmã, filha de ambos os pais, que mora com a mãe além de outros irmãos. Ele morava no interior e há alguns anos veio para a capital. Sobre a vida escolar, sabe-se que no início o pai resolveu arcar com a educação do filho, sendo todas as outras despesas mantidas pela mãe adotiva e avó. Ele ficou cerca de dois anos nesta escola particular, mas segundo a mãe, quando o pai percebeu que LC era totalmente desinteressado pelos estudos resolveu colocá-lo na rede pública. Sabe-se que LC é bastante independente e dono de sua vida, embora não o seja financeiramente. Ele adquiriu "fama" no bairro onde mora, também graças aos seus comportamentos agressivos. Supõe-se que seu comportamento tem a função de conseguir atenção de sua mãe adotiva e pessoas próximas e é controlado pela regra "jamais levar desaforo para casa", sempre presente em seus discursos e comportamentos. O quadro envolve impulsividade seguida de agressividade por um lado, e deficiência no desenvolvimento pedagógico de outro. O foco do tratamento é treiná-lo em habilidades de raciocínio e de desenvolvimento pedagógico, atentando para a questão da impulsividade/agressividade. Posteriormente pretende-se fazer um treinamento em habilidades sociais.
530 palavras. Cliente 078/05.

1. 0 (+250)
 2. 1 (sexo, idade, local, priores e queixa)
 3. 1 (bater nos colegas - ser na escola)
 4. 1 (qto o perturbam)
 5. 1 (auspensão, machucado, reclamação "fama")
 6. 1 (priorizar qto conseguiu frequentar, caso de mãe)
 7. 1 (controle na regra - não levar desaforo)
 8. 1 (alterar epis negativos?)
 9. 0 (mãe como no início)
 10. 1 (segure a relação c/o problema)
- 80

Menor nota do grupo AC

Estagiário-terapeuta RD2

Adolescente de 11 anos, filho de pais separados, mora com a mãe e dois irmãos mais novos e gêmeos. Seu pai tem uma filha mais velha já adulta. A mãe procurou auxílio psicológico com a queixa de agressividade, desleixo com os estudos e desobediência. Foi realizada uma sessão com a mãe e com o cliente; uma sessão com os irmãos e o cliente, e nove sessões somente com o cliente. Chegou-se a seguinte análise: os pais queixaram-se que ele andava muito arreadio e violento, principalmente com os irmãos menores, mas durante as sessões iniciais o cliente comportava-se cordialmente. Para oportunizar o aparecimento do comportamento queixa, convoquei os dois irmãos menores para uma sessão. Até aquele momento o cliente sempre apareceu para as sessões ~~mais~~ disposto, participativo e aos poucos ia perdendo o encabulamento. Mas para aquela sessão ele compareceu obrigado, chateado, birrento, não dirigiu a palavra ou olhar para os irmãos, recusou-se a participar do jogo. Nesta ocasião ficou evidente que a mãe é pouco tolerante com queixas e desejos do cliente e, por ser ele o mais velho, tem direito a menos regalias e o dever de dar exemplo. A mãe apresentou comportamento agressivo verbal e corporal com o cliente que permaneceu calado. Na sessão seguinte, R. queixou-se que sentia chateado porque sempre era culpado por tudo o que acontecia, mas que não ligava. Além disso, nas outras sessões ele deixou evidente que tem uma relação de poder com os irmãos: "Eu sou o mais velho, eu que mando". Na escola nova, dois ou três dias depois do início das aulas, ele começou a ser chamado de Ramona. Ele ficou chateado e detestou o apelido, mas fez nada a respeito, simplesmente passou evitar os meninos. Provavelmente este é um fator que fez ele relutar de ir às aulas e à escola refletindo o seu baixo rendimento escolar. É provável ainda que este fato tenha deixado-o mais arreadio com as pessoas do colégio e dizer que não tem amigos na escola. Na triagem ele reclamou que suas vistas balançavam. Não foi percebida nenhuma dificuldade grave de leitura ou compreensão durante a leitura dos manuais dos jogos. É levantada a hipótese que ele esteja usando a deficiência visual do olho esquerdo para obter ganhos secundários, como maior tolerância com os estudos. Ele demonstra ter dificuldade em expressar seus sentimentos e também de imaginar o que as pessoas pensam sobre ele. Ele fica encabulado com muita facilidade, o que diminui sua frequência e tonalidade de falar. As hipóteses iniciais são de que o cliente esteja funcionando como bode expiatório da família, tenha pouco apoio e acompanhamento dos deveres da escola em casa, dificuldade de discriminar seus sentimentos e dos outros, inassertividade e agressividade reativa. Há necessidade de mais dados para formar um programa terapêutico. 7)

462 palavras. Cliente 190/04.

1. 0.0 (+ de 270)
 2. 1.0 (sexo, idade, primária, local, queixa)
 3. 1.0 (dif. expressar sentimentos, agressividade e irmãos, etc.)
 4. 1.0 (presença dos irmãos)
 5. 1.0 (penicção física e verbal da mãe)
 6. 0.0 (nada sobre início)
 7. 1.0 (hipoteses, hipóteses)
 8. 1.0 (deficiência visual, + telecine)
 9. 0.0
 10. 0.0
-
- 6.0

Maior nota do grupo CC

Estagiário-terapeuta RBl

0,2 A cliente procurou o Serviço com as seguintes queixas: "Vontade de deixar de viver" (sic.) 2
 "Eu estou numa fase que tudo está ruim" (sic.). Foi indicada para terapia. Fica triste com 2
 frequência. Anda desmotivada e sente-se muito cansada. Acorda várias vezes durante a 3
 noite (média de 3 vezes). Sente dores no corpo. Sente-se em "decadência" (sic.). Sente-se 3
 sozinha. Também relata ansiedade associada a preocupações constantes. A aplicação de 3
 escala de depressão apresentou resultados de depressão moderada à grave. Entretanto 3
 parece ser capaz de reagir ao seu quadro de depressão mantendo suas atividades básicas 3
 (higiene pessoal, higiene da casa, sua alimentação e o trabalho), além de visitar os filhos 3
 que moram com a avó materna, e ajudar a arrumar a casa da última. Além disso, a cliente 3
 tem apresentado algumas pequenas modificações comportamentais a partir dos *feedbacks*. 3
 O início do atendimento foi em 01/04/2004, tendo completado quatro sessões, uma por 3
 semana. Perguntada sobre o valor da sessão, a estagiária disse-lhe que não existia um valor 3
 fixo, que a cliente pensasse em quanto poderia pagar e, na próxima sessão, dissesse-lhe 3
 quanto estaria disposta a pagar. Entretanto, na sessão seguinte, a cliente não se referiu ao 3
 assunto e a estagiária acabou deixando pra lá, uma vez que a cliente queixava-se muito da 3
 sua situação econômica. Sua depressão já é crônica ou continuada, uma vez que já dura 6
cinco anos (desde a morte da irmã mais moça, a quem era apegada e de quem recebia 6
 auxílio financeiro). Disse já ter tido algum episódio que identifica como sendo de depressão 6
 (não diagnosticada) antes. Entretanto o nível de depressão é variável. A aplicação da Escala 6
 de Depressão ASBP em duas semanas consecutivas indicou uma variação de depressão 6
 grave à moderada. Sua depressão parece ser, essencialmente, desvinculada de distúrbios 6
 orgânicos. O quadro apresentado pela cliente tem como queixas principais a tristeza, a 7
 desmotivação e a insônia, o que lhe dificulta tomar iniciativas para buscar melhores 7
perspectivas de trabalho e maior qualidade de vida (mudanças de hábitos que favoreçam a 7
 saúde, mais lazer e uma vida social mais rica). Foi realizada uma atividade durante uma das 7
 sessões, semelhante às técnicas cognitivas e que se relaciona a uma análise das 7
 contingências atuais, em que se pedia para a cliente citar todos os seus problemas e que 7
 depois escolhesse um dentre os mesmos que considerasse o mais importante no momento e 7
 escrevesse uma palavra, uma expressão ou frase que o sintetizasse, na parte superior de um 7
 papel posicionado em sentido horizontal. A cliente teve muita dificuldade em separar os 3
problemas uns dos outros, sendo necessário repetir a instrução e fazer essa operação quatro 3
 vezes consecutivas. O problema finalmente escolhido foi "a dificuldade de relacionamento 3
 coma família". Pediu-se-lhe que dividisse a folha em duas colunas. Na da esquerda deveria 3
 colocar tudo que achasse que faz ou deixa de fazer que ajuda a manter o problema; na da 3
 direita, tudo que considerasse que poderia fazer ou deixar de fazer que ajudaria a resolver o 3
 problema. Contudo, a cliente só conseguiu citar os comportamentos dos outros que a 3
 magoavam. A estagiária aproveitou uma fala sua de que "ela era culpada por se magoar" 3
 com o que os outros faziam e sugeriu que ela colocasse como problema isso, que foi 3
 definido por ela como "o preconceito em relação a mim mesmo". Ainda assim continuou 3
com dificuldade em pensar no que fazia ou deixava de fazer em relação a isso. A estagiária 3
 voltou às instruções dando-lhe exemplos de circunstâncias que podem influenciar em um 3
 comportamento. A cliente colocou como coisas que mantêm o problema (em relação aos 3
 pensamentos derrotistas e negativos que tem): ficar sozinha, assistir o jornal e trabalhar 4

com a irmã. Como o que poderia fazer para melhorar a situação, pensou em: buscar algo que desse sentido à sua vida (como uma religião, segundo seu entendimento) e procurar um outro trabalho, sendo também um trabalho de que gostasse. A despeito dos comportamentos disfuncionais apresentados pela cliente, ela parece gozar de uma boa saúde geral. Atrás do treinamento de relaxamento, a ansiedade associada à insônia pode ser minorada e, com a melhoria da qualidade do sono, provavelmente suas dores no corpo e cansaço iriam diminuindo. Desde a primeira sessão tem-se realizado algum tipo de relaxamento, com base na respiração, sendo que, em uma delas foi aplicada a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, de modo bastante simplificado. Parece necessário um treinamento sistemático nessa técnica. De acordo com o que foi relatado por ela, ela cozinha bem e já fez curso de congelamento pelo SENAC, portanto poderia investir mais nessas atividades, o que ela mesma identificou e já aceitou (após hesitações, ligadas à inseguranças) uma cliente de comida congelada. É também uma pessoa simpática que tem facilidade em se comunicar. Parece faltar-lhe mais auto-eficácia e possivelmente, assertividade. A cliente relatou, espontaneamente, que considera que se sentia melhor agora do que quando iniciou a terapia. A cliente tem demonstrado vontade de mudar, a despeito da depressão e tem dado alguns sinais de melhora, entretanto parece que ainda está instável, pois faltou a duas sessões (não consecutivas). Da primeira vez, havia avisado mais cedo que não poderia ir em função de um exame médico, mas da segunda vez não avisou, nem justificou a ausência (no último atendimento marcado para o dia 03/05/04). Ela possui uma amiga que, segundo ela, "é mais do que uma irmã". O contato com os filhos lhe faz basicamente bem. A irmã, apesar de não terem um relacionamento harmonioso, ajuda-lhe materialmente (além de lhe ter dado um trabalho, ela já morou com a irmã durante um tempo após a morte da irmã caçula de quem gostava). É provável que a sua percepção dos comportamentos dos familiares, de um modo geral, em relação a ela esteja enviesada pelos seus sentimentos de inferioridade que parecem estar relacionados com as dificuldades que teve, desde pequena, com a mãe. A terapia ainda está finalizando a fase de diagnóstico, sendo necessário completar os dados da anamnese, investigar o histórico das contingências atuais e talvez aplicar uma escala de assertividade. Por enquanto, tem-se centrado na depressão (depressão moderada, apesar de variável). O prognóstico é bom, uma vez que, a cliente apresenta movimentos no sentido de modificar alguns comportamentos tendo começado a ir à pé para o trabalho; pelo menos uma vez ter ido andar na praia e ter aceitado uma encomenda de comida congelada após ter citado sua hesitação em fazê-lo, a título de exemplo de comportamento pessimista, quando respondeu à escala de depressão pela primeira vez. 1079 palavras. Cliente 049/04.

1. 0.0 (1079!)
 2. 0.4 (ressaca e queixa)
 3. 1.0 (depressão, dificuldade raciocínio,
 4. 1.0 (ficar sozinho, ansiedade formal,
 5. 0.0
 6. 1.0 (desde a morte de irmã)
 7. 1.0 (as queixas dificultam tomar atitude)
 8. 0.0
 9. 0.0
 10. 1.0
-
- 5.4

10

10?

7

o/relaxamento?

Menor nota do grupo CC

Estagiário-terapeuta JS1

0.2
 A cliente foi atendida de agosto de 2004 a janeiro de 2005, sendo realizados onze atendimentos. É importante salientar que com a reforma do Serviço e a instalação provisória em outro prédio, a capacidade de atendimento no local foi reduzida e os estagiários atendiam apenas um cliente e deixavam os demais em espera. Esta cliente foi deixada em espera nesse período. Em janeiro e fevereiro ela teve dificuldade em comparecer devido às férias da empregada e não havia quem cuidasse dos filhos. A cliente interrompeu os atendimentos por ter conseguido mais um emprego ficando sem horário para os atendimentos. Nos atendimentos foram utilizadas e a cliente decidiu pagar cinquenta reais por mês. Inicialmente suas queixas referiam-se à insatisfação na vida conjugal provocada pela cobrança do marido de que ela desse prosseguimento aos estudos e pela falta de participação dele na educação dos filhos. Relatava também insegurança para dirigir. Posteriormente sua queixa concentrou-se em como ser uma mãe amorosa e disposta a se dedicar aos filhos (modelo diferente do que teve sua relação com a mãe é ruim, a considera muito materialista) sem descuidar de seus próprios interesses (está adiando seus projetos para quando os filhos crescerem). Está com dificuldade em lidar a dificuldade de aprendizagem do filho, a hipotonia da filha e o sobrinho que está entrando na adolescência. Demonstra dificuldade em educar o sobrinho por ser adotado, ele parece mais um agregado que filho. Revelou pouca satisfação com sua vida, o trabalho lhe dá algum prazer, mas como considera a remuneração baixa buscou mais um emprego. Acredita que tem se anulado em função da família e isso lhe insatisfaz e que teve poucas experiências amorosas (apenas dois namorados e o marido). O marido estava participando mais da educação dos filhos. 291 palavras. Cliente 105/04.

1. 0.0 (+ de 2r0)
 2. 0.4 (sexo e queixa)
 3. 0.0 (já identifica um computador. Cuidar de si, do filho?)
 4. 0.0
 5. 0.0
 6. 0.0
 7. 0.0
 8. 0.0
 9. 0.0
 10. 0.0
-
- 0.4

Maior nota do grupo CP

Estagiário-terapeuta AB2

^{0,2}
 A paciente compareceu ao serviço de psicologia acompanhada da mãe (na época tinha ^{0,2} 07 anos) que trazia a queixa referente a filha ^{0,2} (adotada desde seu 1 ano e meio de idade) de dificuldade de aprendizagem e "mal comportamento", principalmente na escola. A paciente foi atendida a princípio, num processo de psicodiagnóstico onde lhe foram aplicados psicotestes como HTP, Teste das Fábulas e CAT. Desde as primeiras sessões foi diagnosticado que a paciente não sofria de nenhum déficit cognitivo, pelo contrário, gozou de boa inteligência e grande habilidade e agilidade de raciocínio. Foi então constatado que seria necessário um acompanhamento psicoterápico, visto que, seus sintomas eram de cunho psíquico e não cognitivo. A dificuldade de aprendizado foi rapidamente resolvida, no entanto, persistia o comportamento inadequado como a agressividade, desrespeito às figuras de autoridade (professores e adultos no geral), mentira, necessidade exagerada de colocar-se superior aos colegas da escola, dentre outros. A questão da adoção tornou-se o tema central durante todo atendimento psicoterápico. Principalmente a figura paterna teve relevância significativa, visto que, a mãe adotiva ainda não era casada e o pai biológico do paciente falecera um pouco antes dela ser adotada. Há relato da mãe adotiva de que a criança era muito apegada ao pai (segundo a mãe biológica). O atendimento foi todo sedimentado na Psicanálise. A paciente teve grande desenvolvimento reduzindo rapidamente seus problemas comportamentais a medida que foram sendo trabalhadas sua relação com o adulto e sua relação com o paterno. Quando já estava em processo de alta a criança trouxe a notícia de que a mãe adotiva iria se casar e que ela ganharia um irmão. Tal acontecimento demandou uma alteração no tempo do atendimento. Sendo este fato elaborado pela criança segundo avaliação e observação do seu comportamento pela estudante de psicologia e pela mãe a paciente recebeu alta. 301 palavras. Cliente 070/01.

1. 0,0 (+ de 270)
 2. 0,6 (sexo, idade, queixa)
 3. 1,0 (agressividade, desrespeito à autoridade, mentira, problemas com a adoção)
 4. 0,0
 5. 0,0
 6. 0,0
 7. 0,0 (hipótese de que o conteúdo agressivo tem relação com a adoção e fatores históricos).
 8. 0,0
 9. 0,0
 10. 0,5 (trabalho da relação com o adulto e paterno).
-
- 3.1

Menor nota do grupo CP

Estagiário-terapeuta LCI

0.2

O paciente foi encaminhado ao serviço de psicologia da UFBA pelo CEDAF (centro docente de atendimento fonoaudiológico), onde faz tratamento fonoaudiológico há mais de um ano. Sua mãe apresenta como queixa principal o fato de o filho "gaguejar" e não apresentar bom rendimento escolar. Os atendimentos foram realizados uma vez por semana sendo que duas entrevistas foram realizadas com a genitora e uma com a presença de ambos. Já foram realizados onze atendimentos até a presente data. O caso estudado em psicodiagnóstico foi orientado para prosseguir em atendimento psicoterápico com a mesma estagiária. 93 palavras. Cliente 046/04.

1. 1.0 (menor de 270)
 2. 0.4 (queixa e nota)
 3. 0.0
 4. 0.0
 5. 0.0
 6. 0.0
 7. 0.0
 8. 0.0
 9. 0.0
 10. 0.0
 —————
 1.4

APÊNDICE 9**EXEMPLO DE MICROANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS ELABORADA
DURANTE O TREINAMENTO**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
 Estágio Supervisionado
 Profa. Ana Lúcia Ulian

Relato de Caso, extraído de: Regra, J. (2000). Agressividade Infantil. Em E. F. M. Silves (org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Volume 2, p. 175-185). Campinas: Papirus.

Sessão 1

A	B	C
Terapeuta Casinha c/ brinquedos, armário ao lado da criança	Dá ordens: “Eu vou falando e você vai fazendo”. “Me dá o armário”.	T: “Estou arrumando a casinha, o armário está do seu lado”.
A fala da terapeuta afirmando que o armário estava ao lado da criança	Dá ordem: “pegue os pratos”	Terapeuta não atende: continua a mexer nos brinquedos.
Terapeuta mexendo nos brinquedos	“Tira esta roupa para mim” (boneca)	Terapeuta verbaliza que ela é capaz de fazer e não faz.
Negação do terapeuta ao pedido	“Não consigo é difícil” (dramatiza não conseguir)	Terapeuta olha para a roupinha e não diz nada.
Terapeuta quieta	Raiva (voz alterada) deixa a boneca de lado e nova ordem (“Me dá a empregada”), ameaça (“vai fazendo senão eu vou ficar uma fera”)	Terapeuta olha para a criança e não verbaliza coisa alguma
Silêncio da terapeuta	Ameaça (“você quer que eu morda seu nariz?”) ordem (“pode fazer, senão eu vou ficar com sono”)	T: “você dorme?”
Pergunta da terapeuta	Ameaça (“tiro a caneta da sua mão, arranco seu pescoço e seu cabelo”)	T: “por que eu tenho que fazer o que você está pedindo?”
Pergunta da terapeuta	Ordem e ameaça (“então vai me ensinando senão eu enrosco sua perna”)	T: “você quer que eu ensine você?”
Pergunta da terapeuta	resposta sem ameaça e sem ordem (“é”)	A terapeuta mostra como tira a roupinha, recoloca e dá uma pequena ajuda.
Modelo da terapeuta Boneca vestida, instrução da terapeuta	A criança segue o que foi ensinado	Elogio da terapeuta (“como você é esperta”). Sugere à criança que ela escolha continuar brincando ou fazer um jogo
Elogio e pergunta da terapeuta	A criança escolhe um jogo	Intrerações agradáveis durante a partida

Sessão 2

Terapeuta permite à criança que ela desenhe	Verbalização: “Vou levar este desenho para minha mãe”	A terapeuta lembra que ela não pode levar este material para sua mãe e que ele deve ficar com a psicóloga
Negação da terapeuta	Birra: “Eu quero levar, vou levar”, coloca o papel em sua caixa de brinquedos e diz que a terapeuta não pode pegar o desenho.	Terapeuta fala que não vai tirar o papel dela, ela mesma é que vai devolver.
Fala da terapeuta	Birra: “eu não vou entregar”	Afirma que vai esperar e oferece uma folha em branco para ela fazer o mesmo desenho em sua casa. Silencia aguardando a resposta da criança
Fala da terapeuta e seu silêncio	A criança abre a caixa, após alguns minutos, entrega o desenho e pede um montão de folhas para levar	A terapeuta dá algumas folhas em branco recompensando a devolução do papel desenhado.

Segundo relato da mãe, em casa ocorrem com frequência situações como a que se segue:

Mãe dá ordem	C não executa	Mãe insiste na ordem
Mãe insiste na ordem	C não executa e agride verbalmente a mãe	Mãe agride verbalmente C e, algumas vezes, fisicamente
Mãe agride verbalmente C e, algumas vezes, fisicamente	C não executa tarefa	

Exercício de análise de contingências:

Definição do comportamento problema: comportamento agressivo (ordens ríspidas e excessivas, ameaças de agressão física). Outros comportamentos: birra e esquiva de tarefas.

Diferença do comportamento da criança com a mãe e com a terapeuta: com relação à mãe, a criança apresenta falta de limites, intercalada com episódios de coersão e agressividade, birras. Com relação a terapeuta, há um comportamento de dependência, mesmo em atividades que eram possíveis prever um bom desempenho por parte da criança. O comportamento de desafio à autoridade e exercer controle sobre o outro ocorreu em relação a terapeuta. Também se apresentaram comportamentos cooperativos, no atendimento, por parte da criança.

Função do comportamento da criança: busca de reforçadores positivos, esquiva de tarefas. Manutenção do comportamento observável da criança: a mãe cede aos comportamentos da filha (reforçamento positivo). O comportamento agressivo da mãe serve de modelo e mantém o comportamento agressivo da filha.

Possíveis aspectos encobertos do comportamento: o abandono paterno pode estar afetando o comportamento. Sentimentos de incapacidade.

Regras que podem estar governando os comportamentos da criança: a agressividade pode estar sob alguma regra do tipo “quem pode mais, leva” ou “quem cede, perde”.

A esquiva de tarefas pode estar sendo regida por uma regra do tipo, “se fizer errado, será punida”, o que poderia se apresentar também como insegurança para realizar tarefas.

Intervenção: treinamento assertivo com a mãe, modelagem (jogar com regras, por exemplo) com a criança, orientar os pais a serem consistentes com as regras e usarem elogios (reforçadores).

APÊNDICE 10**RESUMO DAS TREZE CATEGORIAS DE FALAS QUE DEFINEM A PRÁTICA
DO TERAPEUTA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Resumo das definições das categorias para sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental:

1. Identificar respostas (busca de comportamento(s)-alvo):

Perguntas sobre a história passada ou presente que esclareçam ou ajudem a definir operacionalmente o(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa, levantando frequência, duração e intensidade, que levem o cliente a descrever o próprio comportamento.

2. Identificar antecedentes imediatos e dados relevantes da história de vida:

Idem para estímulos antecedentes ao(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa e que permitam identificar estímulos discriminativos, condicionais, contextuais e de outras ordens, como regras, auto-regras e operações estabelecidas.

3. Identificar conseqüentes imediatos e dados relevantes da história de vida:

Idem para estímulos conseqüentes ao(s) comportamento(s) que acompanha(m) a queixa identificando possíveis reforçadores.

4. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos do cliente:

Explicar o comportamento do cliente. Descrever para o cliente um episódio comportamental ou apenas uma relação entre A e R ou entre R e C, do próprio repertório do cliente, enfatizando a relação e/ou identificando claramente para o cliente as Rs, As e Cs.

5. Relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral, o seu próprio (do terapeuta) ou de terceiros:

Explicar o comportamento de terceiros e o seu próprio dando modelo ao cliente de como analisar. Opiniões do terapeuta sobre eventos diversos. Conjecturas do terapeuta para uma determinada situação. Explicações gerais sobre a terapia, procedimentos e técnicas.

6. Induzir o cliente a relacionar eventos descrevendo e explicando comportamentos de modo geral ou de terceiros:

O cliente analisa o comportamento de outros. O terapeuta induz o cliente a dizer o que acha do comportamento dos outros e a emitir suas opiniões sobre o comportamento de terceiros.

7. Induzir o cliente a relacionar eventos, identificando as próprias Rs, seus As e Cs:

O cliente observa o próprio comportamento. Terapeuta pede que relate episódios comportamentais perguntando se percebe o que fez ou o que está fazendo, o que aconteceu antes e o que aconteceu depois.

8. Pedir ao cliente explicações para o próprio comportamento ou induzir o cliente a explicar o próprio comportamento:

O cliente explica o próprio comportamento, dá explicações completas para o próprio comportamento incluindo as Rs e as situações As e Cs. Perguntas do terapeuta que confirmam explicações do cliente.

9. Propor ou induzir o cliente a propor alternativas de ações:

O cliente deve descobrir soluções para o seu problema. Evitar aconselhar, mas conselhos entram aqui.

10. Induzir o cliente à ação:

O cliente deve agir, na própria sessão ou fora dela. Dar modelos de ação. Pedir registros, leituras, tarefas. Treinar na própria sessão: relaxamento, expressão de sentimentos e ensaios comportamentais.

11. Avaliar ou induzir o cliente a avaliar o comportamento experimentado fora da sessão, na sessão espontaneamente ou em ensaio comportamental:

Elogiar tentativas de ação experimentadas pelo cliente na própria sessão ou fora dela.

12. Elogiar análises de contingências:

Reforçar diferencialmente respostas de análise de contingências do próprio comportamento ou o de terceiros ou alternativas de ação e atitudes diferentes.

13. Outras (falas do terapeuta que não são imprescindíveis à análise de contingências, mas que são necessárias à relação terapêutica):

13.1 Início e encerramento da sessão (Cumprimentos no início e final, falas sinalizando fim da sessão).

13.2 Bate-papo (Comentários sobre eventos diversos não relacionados aos problemas do cliente).

13.3 Informações e instruções (Funcionamento da instituição, combinações de horários).

13.4 Expressão de entendimento (ou não) por parte do terapeuta (Hum, hum; sei; certo; entendi; ok).

13.5 Empatia (compartilhar um sentimento com o cliente).

13.6 Parafrasear (repetir o que o cliente disse, dando continuidade ao que o cliente está falando)

APÊNDICE 11

**3ª SESSÃO DO TERAPEUTA ESTAGIÁRIO RC2 TRANSCRITA E
CATEGORIZADA**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado - Profa. Ana Lúcia Ulian

3ª Sessão – RC2

T: Como está? **(13.1)**

C (sorrindo): Bem...estou melhor que a semana passada. (realmente a cliente parece mais disposta).

T: Legal! **(13.4)** E o que aconteceu essa semana para se sentir melhor? **(3)**

C: Nada demais...

T: Você percebe quando é que você fica triste? **(2)**

C: “Bebida do pai, situação financeira... ah! Tem uma coisa que eu queria falar que acho que tem a ver com isso. É que surgiu oportunidade de ter o próprio meio... meu pai estava se negando a assumir os compromissos, e a gente usava o cartão (de crédito) dos vizinhos. Depois surgiu a oportunidade para fazer o cartão. Minha mãe pediu aos meus irmãos, eles não quiseram.

T: Aí ela pediu pra você? **(2)**

C: É. Fiz no sentido de ajudar. Depois veio a oportunidade de fazer outro cartão, eu não quis, não tinha renda certa, mas minha mãe insistiu: ‘você tem que fazer, você precisa me ajudar’. Depois veio o cheque, e minha mãe disse: ‘pegue, porque depois podemos pegar empréstimo’... eu não queria, meus irmãos também me apoiaram, mas ela insistiu... eu sabia que ela gastaria mais do que a gente tinha condições... e eu estou com o nome sujo há 4 anos, com isso a dívida foi aumentando... E depois, como é que vai ser para eu dar prosseguimento à minha vida, para eu me estabelecer?”.

T: Quando sua mãe dizia “você tem que fazer, precisa me ajudar” como você se sentia? **(1)**

C: Coagida

T: Você lembra o que pensava na hora? **(2)**

C: Pensava que aquilo não ia dar boa coisa... ela tem um falso otimismo, acha que tudo vai dar certo, sem olhar as possibilidades de as coisas darem errado. O pai bota as coisas dentro de casa, mas se dependesse só desse dinheiro a gente não conseguia se manter. Só dá para pagar as contas, as dívidas da praça, da mercearia. Então a mãe faz “caixa”, e se não fosse isso, não tinham dinheiro para comprar pão, pagar transporte, etc.

T: Você acha que isso contribui pro estado atual das coisas? **(3)**

C: Claro! A gente nem tem perspectiva de futuro...

T: Mas outras coisas contribuíram também, naquele papel que você me entregou você escreveu sobre isso. (pretendia investigar outras situações interpessoais relacionadas às dificuldades de relacionamento de L) **(4)**

C: Eu não me lembro...

T: Você escreveu, e eu gostei, **(11)** coisas importantes, que quando era menor você ia às festas... **(4)**

C: É. Eu ia, mas não gostava de ir às festas.

T: Só festa? **(3)**

C: Não. Não gostava mesmo de sair.

T: Você se lembra como era o ambiente dessas festinhas? **(2)**

C: Ah! Cheio de gente me olhando... Desde pequena sou isolada.

T: Como é que você era tratada naquela época? **(3)**

C: Menino é assim...chicanavam de mim. Só me colocou pior do que eu já era. Minha mãe reclamava, dizia que eu não falava com as pessoas. Quando ela ia me buscar, diziam pra ela que eu tinha ficado quieta (boazinha), e a mãe achava bom. Diziam que era

tabaroa, e não parecia que era filha dela. Também comentavam sobre meu irmão ser mais esperto, que ele é que parece mais com ela. Os meninos caçoavam de mim e eu queria ir embora. Não deixava de ir porque a mãe obrigava, e eu tinha muito medo dela.

T: Hum... Teve alguma vez que você não foi e aconteceu algo diferente? (3)

C: Não, nunca desafiei.

T: Você se lembra se brincava com outras crianças? (2)

C: Algumas vezes brincava na rua, só que brincava mais em casa com meus irmãos. Como as brincadeiras deles eram de meninos, eu nem sempre conseguia acompanhar e às vezes tentava participar. Eles só brincavam fora de casa quando a mãe não estava lá.

T: Eles chamavam você pra brincar com eles? (2)

C: Não lembro. Eu sei que eu ia. A mãe saía para trabalhar e dizia pra gente não sair, e contava as histórias sobre o “homem do saco”, o “papa-vento”. Ameaçava: “se você sair e o vizinho me contar, já sabe...”. Recomendava “não me misturar” com os meninos da rua, pois eram “más influências”.

T: E você preferia se isolar do que sair de casa, ou gostava de brincar com outras crianças? (1)

C: Na infância eu gostava de sair... com 11 anos pra cima, me isolava.

T: O que aconteceu nessa época, para se isolar? (3)

C: Comecei a captar mais o comportamento do meu pai. Dava vergonha quando chegava bêbado, porque todo mundo sabia, os colegas falavam...

T: O que os vizinhos falavam? (3)

C: Faziam hora da cara dele.

T: Isso lhe incomodava? (2)

C: Incomodava... eles falavam o que fez, imitavam.

T: Eles falavam diretamente pra você? (2)

C: Não. Mas a gente percebe, né? Quando estão falando...

T: Tinha mais alguma coisa? (2)

C: Minha mãe dizia que mulher não era para ficar na rua, mas para fazer as coisas dentro de casa. Até hoje não sou chegada nos afazeres domésticos. Não gosto quando as pessoas dizem que tem que trabalhar em casa, para casar. Não quero casar, nem ter filhos.

T: Isso daí você acha que interferiu em você sair, ou seja, você deixava de sair por causa disso? (8)

C: Por causa disso só, não. Junto com as outras coisas. Acho que essas coisas me impediram de entrar em contato com situações que me ajudariam a evoluir. Minha mãe passou muitos ensinamentos retrógrados: “mulher tem que saber fazer as coisas”, e sobre namoro, então. A mãe dizia que só ia namorar com 15 anos. Fiquei quieta, na minha... quando tinha 15 anos, ela disse: ‘você não tem cabeça ainda, precisa se estruturar, tem que estudar primeiro’ e que eu só namoraria com 18. Era diferente das outras meninas que tinham liberdade e eu repudiava a liberdade dos colegas.

T: Você gostaria de ter essa liberdade? (1)

C: Gostaria de ter tido liberdade.

(Segue um curto silêncio)

T: E o grupo de escoteiros sobre o qual você escreveu? (6)

C: Eu achava bonito de início, mas lá dentro, quando vi como funcionava, percebi que não correspondia comigo. Tinha jogos e competições e eu sofria muito desgaste físico. Nos jogos, dividiam as equipes, e cada uma tinha metas a cumprir. Minha mãe me obrigava a ir. Eu tentava evitar dava desculpas, que estava me sentindo mal.

T: E aí você deixava de ir nessas ocasiões? (1)

C: A maioria das vezes não. Tinha um desempenho péssimo, não tinha aquela gana para competir, aquela garra.

T: E seus colegas reclamavam. (3)

C: É. Eles me chamavam de lerda, que eu podia ter feito melhor. Quando fiz 15 anos passei a ser “guia” dos escoteiros. Eu entrei com 12 anos. Quando fui ser guia, as atividades eram mais pesadas. Se antes eu já queria sair, nesse período mais ainda. Mas minha mãe achava bom, para não ficar na rua, mas lá acontecia essas coisas: drogas, cachaça...se tivesse que ser influenciada seria lá mesmo. Só consegui sair com 17 anos.

T: Como se sentia? (1)

C: Sentia triste por não poder sair.

T: Chegou a comentar com a sua mãe para poder sair? (1)

C: Sim, falei algumas vezes, ela dizia “que nada!”, não estava na minha pele para sentir.

T: Quando estava com 15 anos, que passou a guia, piorou? (1)

C: Muito! Os xingamentos pioraram, eles chegaram a me chamar de “macaca”.

T: Como reagia? (1)

C: Ficava com raiva, mas não dizia nada.

T: E tinha algum amigo, lá (3)

C: Não. Só colegas.

T: E você tentou aproximação com algum colega? (1)

C: Tinha 2 meninas, elas me entendiam um pouco, mas nada de muita aproximação.

T: E lá onde você morava, tinha alguma amizade? (3)

C: Não. Só tinha duas colegas.

T: E na escola? (3)

C: No ginásio, alguns colegas se aproximavam, muitos para ‘pendurar’

T: O que é ‘pendurar’? (13.4)

C: É pescar, colar. Tinha medo de me aproximar... achava que não ia corresponder, não ia saber conduzir...

T: O que fazia achar isso? (2)

C: Pelo jeito deles, e da própria liberdade que eles tinham, eu não ia poder compartilhar da liberdade e minhas idéias eram retrógradadas.

T: Sua mãe chegou a bater em você alguma vez? (3)

C: Hum, hum... Uma vez eu fui ajudar uma colega, acobertando o namoro escondido dela, e levei a maior surra da mãe. Ela descobriu que eu não estava vindo do colégio junto com o seu irmão.

T: E o seu rendimento no colégio, como era? (1)

C: No primário era bom e no ginásio razoável.

T: Você gosta de estudar? (3)

C: Gosto, mas não tenho muito ânimo.

T: E de escrever? (3)

C: Gosto... mas quando estou sozinha, eu penso melhor.

T: A presença de uma pessoa, o que causa? (1)

C: Desconfiança.

T: Desconfiança de que? (3)

C: O que ela está pensando a meu respeito, que pensamentos são esses...

T: No caso da nossa relação, você desconfia que penso algo de você? (7)

C: (...) Desconfio. Diante das histórias que estou narrando, a idéia que tenho é que você está tirando algumas conclusões ao meu respeito

T: Pode ficar tranqüila porque quando eu tiver uma impressão eu geralmente falarei para você... **(13.3)** o que eu penso de você é que é uma pessoa que teve uma história muito difícil, com poucas pessoas que cooperaram, mas tem um potencial. **(4)** Procurou por si ajuda no Serviço de Psicologia, mesmo diante das dificuldades. **(11)**

C (Silêncio, olhando para o terapeuta): Tem uma coisa que eu queria falar, talvez não dê tempo.

T: Pode falar, fique à vontade. **(13.3)**

C: Não sei se você tá lembrado, mas é...sobre as fantasias.

(Cliente começa a falar, com notável dificuldade, sobre as fantasias que tinha relatado no texto que entregou na sessão anterior).

C: É muito difícil eu me livrar delas. É uma espécie de fuga, eu tento projetar tudo aquilo que não consigo fazer na vida real. Isso me incomoda. De início, traz alívio, mas depois incomoda.

T: Por que te incomoda? **(8)**

C: Porque eu não sou aquilo tudo, não consigo fazer aquilo tudo.

T: Fantasiar é como se te impedisse de fazer as coisas na vida real? **(1)**

C: Não, é que eu não faço mesmo. Eu crio uma espécie de novela, mas quando volta à realidade é muito pior. Geralmente eu fantasio relacionamentos, sucesso financeiro, coisas que eu gostaria que acontecessem, principalmente nos momentos de pessimismo.

T: Quanto tempo dura as fantasias? **(1)**

C: Pode levar um dia todo. Eu consigo dissociar da realidade. Mesmo fazendo as coisas, eu fico fantasiando. Tenho medo de as pessoas acharem que eu sou doída.

T: E você acha que é doída? **(7)**

C: Acho que está ligado às frustrações.

T: Concordo plenamente que está associado a tudo que viveu. **(4)** É pena que nosso tempo já está acabando... **(13.1)** Como você está se sentindo agora? **(1)** Você falou muitas coisas importantes pro nosso trabalho. **(11)**

C: Acho que estou menos tensa.

T: Tem alguma coisa que você gostaria de me perguntar? **(13.3)**

C (meio sem jeito): Quem é que faz terapia? Quer dizer, quem sabe fazer terapia?

T: Qualquer pessoa pode fazer. Tem muitos tipos de terapias, mas a psicoterapia quem faz é o psicólogo. **(5)**

C: Hum, hum.

T: Posso chamar você de Lu? **(13.5)**

C (sorrindo): Pode.

T: Então, tá certo. Pra semana a gente se vê novamente, ok? **(13.1)**

C: Tá.

APÊNDICE 12**8ª SESSÃO DO TERAPEUTA ESTAGIÁRIO YS1 TRANSCRITA E
CATEGORIZADA**

UFBA – FFCH – Depto. Psicologia
Estágio Supervisionado - Profa. Ana Lúcia Ulian

8ª sessão YS1

T: Está com uma carinha ótima! E aí como foi a semana? **(13.1)**

C: Ah! Foi bem. Tudo se encaminhou legal.

T: Que bom! **(13.1)**

C: E você?

T: Tudo bem. **(13.1)**

C: Lá os problemas todos estão bem encaminhados. De alguma forma M. (o marido) foi ficando mais receptivo, né?

T: Ele ficou mais receptivo? **(6)**

C: É. Não voltou a ficar chateado... Sempre que se levantavam questões, eu procurava uma solução...

T: É porque você já sabe o que fazer. **(12)**

C (interrompendo): É. Exatamente.

T: Muito bom! Isso é ótimo! **(12)**

C: No domingo eu já dei um toque nas meninas. Ficou tudo encaminhado como é que eu ia fazer: fui no contador, escutei ele direitinho, ele fez a conta mais ou menos como eu queria. Aí, ontem eu marquei uma reunião lá com elas. Depois do curso, passei lá: “Ah! Passa mais tarde”. “Eu espero”. Esperei a menina que estava fazendo umas coisas pra não atrapalhar na cozinha. Em fim, ficou tudo ótimo. Nós chegamos a um acordo, um valor pra pagar parceladamente. O rapaz é que realmente está fugindo. Na semana passada ele: “Ah! Não deu”. Não deu nem uma desculpa. Aí eu deixei um horário marcado na clínica. A menina disse que é rapidinho. Aí eu falei: “Sim, pois aqui está. Segunda-feira você vai nesse lugar, já está marcado”. Hoje de manhã eu liguei e ele não foi na clínica. Ou ele não foi a lugar nenhum e amanhã vai chegar com a mesma desculpa. Mas aí o que é que eu fiz? Já prevenida, a gente fez o levantamento dele também. A gente não falou claramente pra ele que vai indenizá-lo de alguma forma. Pode ser por isso. Ele deve estar achando que eu e M. estamos enrolando ele. Então o que é que eu fiz? M. é que tem mais intimidade com ele. Aí eu falei: “Você hoje pega o documento e fala de uma vez com o menino”. Quer dizer, eu podia deixar com ele. E também eu quero crer que vai se resolver. Então ta tudo ótimo.

(Enquanto a cliente falava, YS1 acompanhava balançando a cabeça em sinal de entendimento).

T: Que bom que você já começou... **(11)**

C (interrompendo): É.

T: Deu certo, não foi? **(11)**

C (balançando a cabeça afirmativamente): Aí tem lá o curso, que eu já comecei desde a semana passada. Lá fui eu, com a cara e a coragem. É assim, YS1, eu tenho muito problema de memória. Uma dificuldade pras coisas, textos, pra lembrar das coisas... Sem contar que minha coordenação motora nunca foi muito boa. Nem quando eu tinha a memória ótima. E você sabe que eu trabalhava muito com as mãos. Aí, na semana passada foi aquela coisa que eu falei... Veio aquele medinho, mas aí, sem ninguém perceber, me controlei, fiz o exercício respiratório que você me ensinou, e... Depois L. (a filha) chegou e fui fazer a limpeza de pele dela. Depois ela foi embora e perguntaram: “Cadê sua filha?” Eu falei: “Já foi”. Aí a menina falou: “Então vou arranjar outra pra você fazer a limpeza de pele”. Menina, eu gelei! Mas não demonstrei pra ninguém mesmo. Porque ia entrar

uma pessoa estranha, a sensação era de medo mesmo. Aí fiz o exercício respiratório de novo. Aí entrou uma senhora. YS1, baixou uma calma... Eu atendi a mulher como se estivesse numa clínica... Eu sei que eu fiz tudo que tinha que fazer: relaxei a mulher... e fiz uma parte que eu achei que ia me acabar toda, sem lembrar... Conversei com a senhora e ela saiu de lá encantada! Até a dona entro e me elogiou muito.

T: Que bom! (11)

C: Fiquei felicíssima.

T: E o que você pensa disso tudo? (8)

C: Penso que tive auto-controle... O importante é que eu senti que fiz isso. Porque a professora não estava ali, ninguém estava olhando e foi por um controle meu mesmo.

T: Legal, né? (11)

C: Por que eu senti muito medo mesmo.

T: mas o medo, vem de algo desconhecido? (8)

C (interrompendo): Exatamente...

T: É o medo de perder o controle. Você vem me contando, em todas as sessões, que sempre há algo relacionado a esse medo de perder o controle. O andar de bicicleta, o nadar, o dirigir, estão relacionados a esse medo de perder o controle. Você falou que só entra na água do lado direito, o lado da segurança. Olha o controle aí... (4)

C: Lembra o que eu falei, que sempre tem alguém que assuma o controle e eu por trás? Mesmo que eu aja... Mas nesse caso, eu é que tenho que tomar todas as atitudes.

T (interrompendo): Mas você já me contou que tomou atitudes em outras ocasiões também. Na hora de colocar os meninos na escola, foi uma decisão importante porque era o futuro dos seus filhos e você tomou a decisão, foi à frente e resolveu tudo! (11)

C: É aquela coisa que eu te falei, que M. disse que eu quero sempre elogio. Com todas essas coisas que estão acontecendo, eu estou percebendo que eu fazia as coisas de uma forma que eu queria que as pessoas vissem que eu estava à frente. E agora, com essas atitudes todas, tudo que eu estou fazendo em casa, no bar... As coisas estão dando certo. Não me importa que as pessoas não estejam percebendo porque é uma sensação pra mim mesma, de segurança. Pra mim é importante que só eu veja. É o mais importante de tudo isso.

T: Muito bem! E você me contou uma vez que você queria nadar e dirigir pra mostrar pras outras pessoas que você conseguia. (11)

C: Exatamente... E o curso de nataçãõ, o complicado é o horário. Mas eu já estou com uma segurança muito maior em procurar o curso, mesmo sabendo que eu vou ter dificuldades, mas uma força de vontade muito grande de fazer esse curso... Essa semana é dos testes. L. chegou chorando e disse que tinha feito um péssimo teste e tinha se dado muito mal e que a outra turma tinha se dado mal também. Então eu disse: “E você está assim, assumindo a ansiedade da outra turma? E como é que você está? Tá estudando?” Ela: “Ah! Eu to, né?” “Pronto, filha”. O bom da coisa é que algum tempo atrás eu estaria angustiadíssima.

T: O importante é que você também passou calma pra ela. (11)

C: Agora estou assim... Ninguém é perfeito. Eu tenho que passar pra ela que ela é capaz. E não vou sofrer por antecipação.

T: E se não vier uma boa nota? (7)

APÊNDICE 13

FIGURA 5 - PORCENTAGENS DE CATEGORIAS DE FALAS DE CADA TERAPEUTA-ESTAGIÁRIO (AS1, YS1, CS2 E RC2) NAS OITO SESSÕES DE ATENDIMENTO E A MEDIANA DAS PORCENTAGENS DE CATEGORIAS DE FALAS DOS QUATRO TERAPEUTAS-ESTAGIÁRIOS

FIGURA 6. PORCENTAGENS DE CATEGORIAS DE FALAS DE CADA TERAPEUTA-ESTAGIÁRIO POR ETAPAS DO ATENDIMENTO E A MEDIANA DAS PORCENTAGENS DE CATEGORIAS DE FALAS DOS QUATRO TERAPEUTAS-ESTAGIÁRIOS NAS MESMAS ETAPAS.

FIGURA 7. PORCENTAGENS DE CATEGORIAS DE FALAS DA SUBCATEGORIA 13 PARA CADA TERAPEUTA-ESTAGIÁRIO E A MEDIANA DAS PORCENTAGENS DESSAS CATEGORIAS DE FALAS PARA OS QUATRO TERAPEUTAS-ESTAGIÁRIOS.

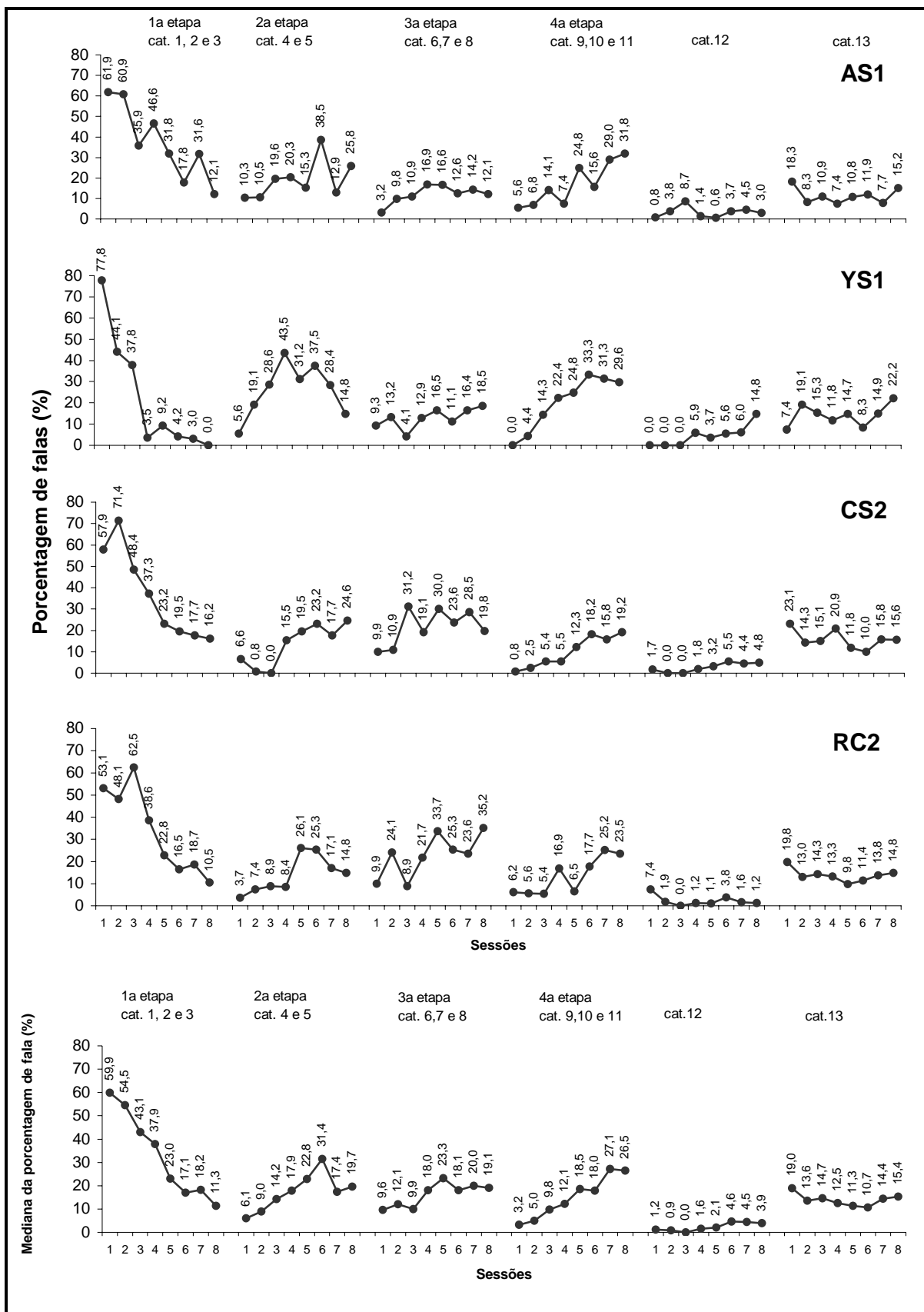


Figura 6. Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário por etapas do atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários nas mesmas etapas.

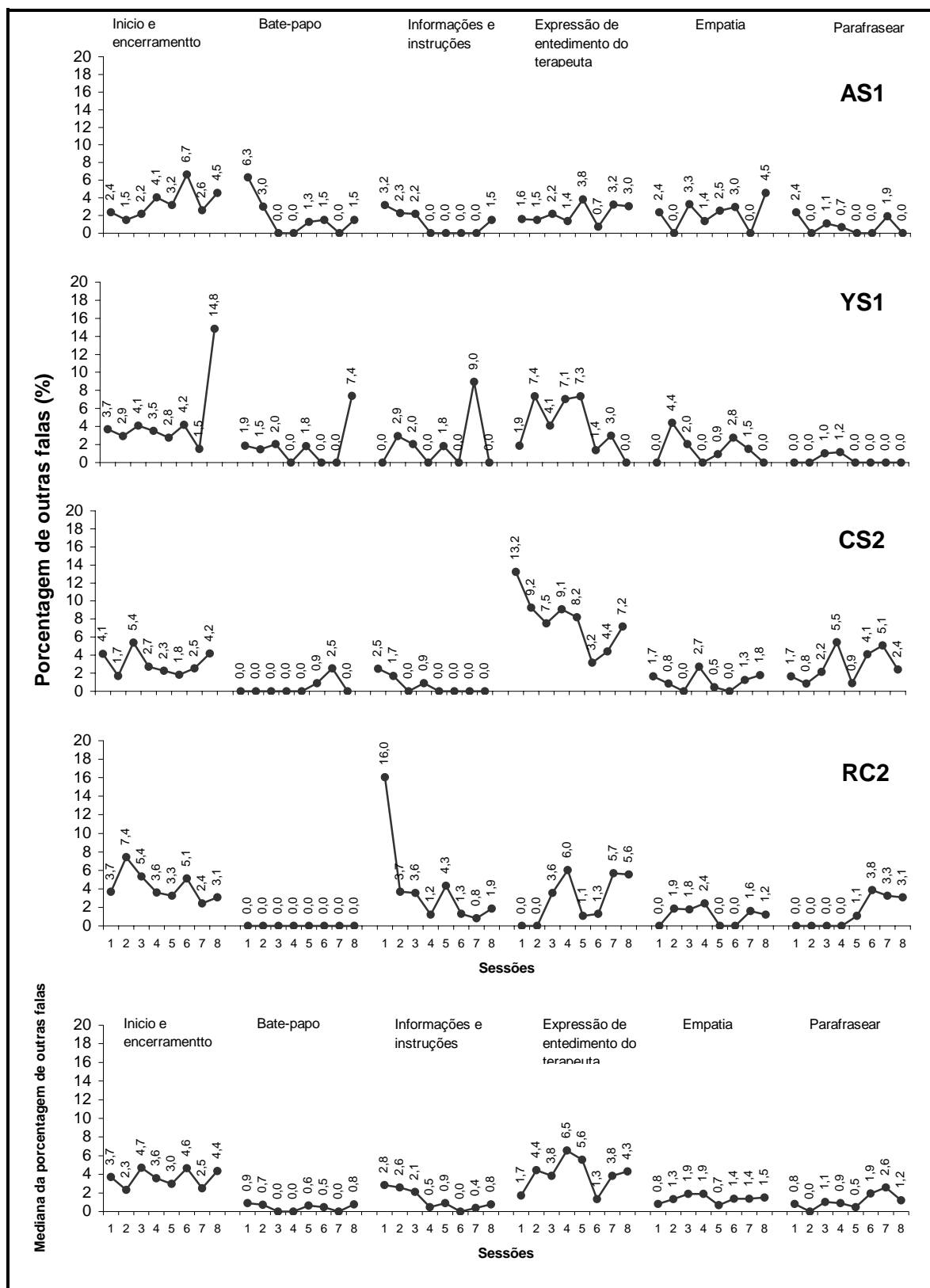


Figura 7. Porcentagens de categorias de falas da subcategoria 13 para cada terapeuta-estagiário e a mediana das porcentagens dessas categorias de falas para os quatro terapeutas-estagiários

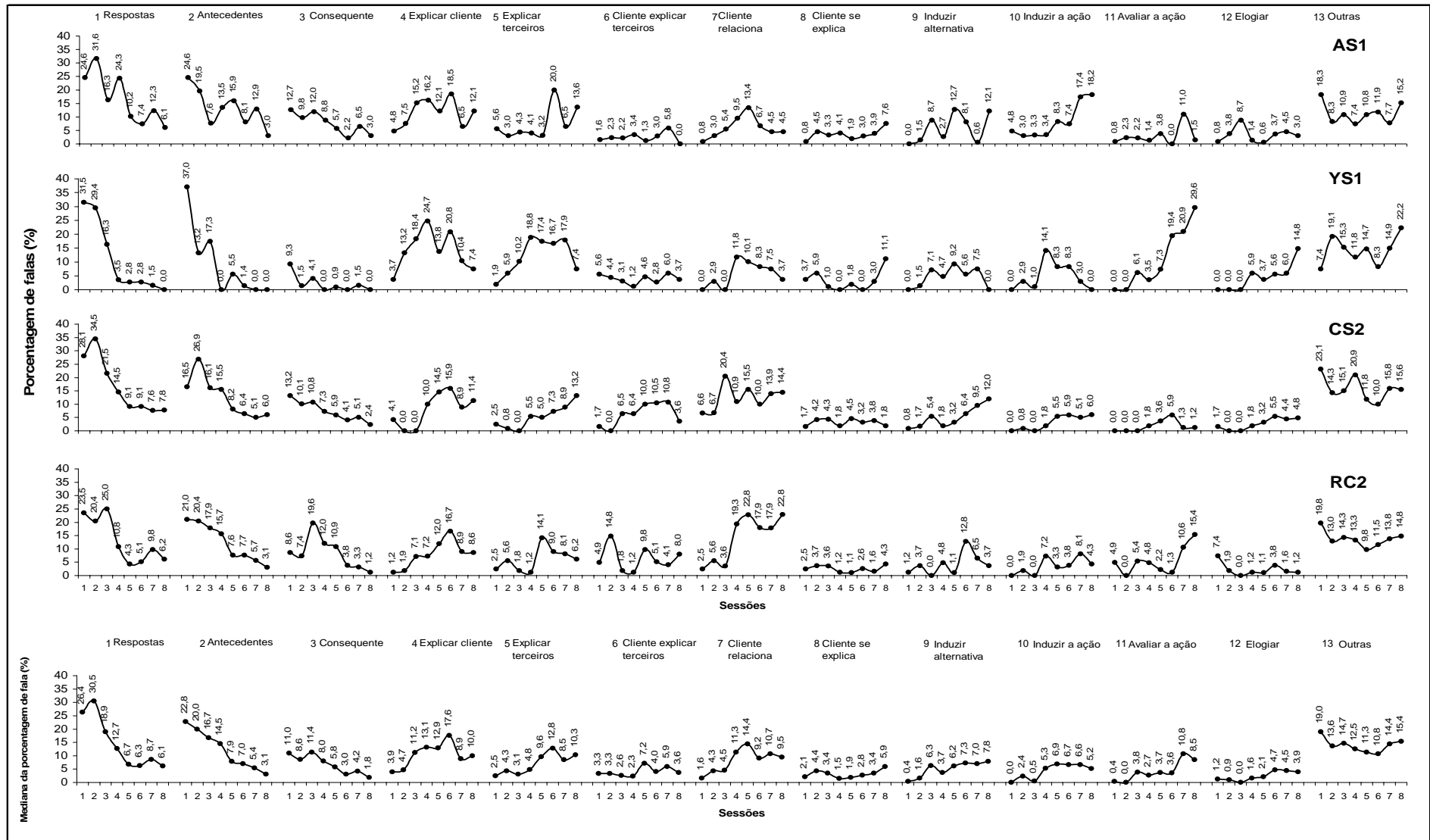


Figura 5 Porcentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário (AS1, YS1, CS2 e RC2) nas oito sessões de atendimento e a mediana das porcentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários.

Figura 5 Percentagens de categorias de falas de cada terapeuta-estagiário (AS1, YS1, CS2 e RC2) nas oito sessões de atendimento e a mediana das percentagens de categorias de falas dos quatro terapeutas-estagiários.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)