

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ROOSEVELT RISTON STARLING

Prática controlada: medidas continuadas e
produção de evidências empíricas em terapias
analítico-comportamentais

São Paulo
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROOSEVELT RISTON STARLING

Prática controlada: medidas continuadas e produção
de evidências empíricas em terapias analítico-
comportamentais

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em
Psicologia

Área de concentração:

Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz
Meyer

São Paulo

2010

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.

Catlogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Starling, Roosevelt Riston.

Prática controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais / Roosevelt Riston Starling; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2010.

213 f.

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

1. Psicologia clínica 2. Psicoterapia – estudo e ensino 3. Prática baseada em evidência 4. Terapia comportamental 5. Análise do comportamento I. Título.

RC467

Nome: Starling, Roosevelt Riston

Título: Prática controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A três formidáveis mulheres, sem as quais esta tese certamente não aconteceria:

Adélia, grande amiga com alma de terna guerreira, que me pôs no bom caminho e não me deixou sair dele;

Kellen, bela companheira de sólida simplicidade, presente de inestimável valor que recebi da vida por bom comportamento;

Sonia, que na noite escura da minha alma me estendeu a mão amiga e, com doce firmeza, me ensinou provavelmente mais do que pensa.

Aos meus filhos Leticia e Daniel, que acompanharam e incentivaram cada passo desta jornada.

Aos meus pais, Elvira e Rodolpho, eternos amores.

Agradecimentos

Sinto-me genuína e profundamente agradecido à minha orientadora, Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, muito mais do que pelo seu trabalho de orientação, magnífico, diga-se. Nesses anos, Sonia foi para mim uma lição viva e rara de generosidade, de disponibilidade pessoal e de sensibilidade humana. Muito obrigado por tudo, Sonia, sobretudo, pelo aprendizado humano que você me proporcionou. Isso você não tinha obrigação alguma de fazer e foi um *plus* que a minha boa sorte me trouxe.

Devo à Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Matos Silvaes uma lição e um presente que me acompanharão por toda a vida. Aprendi com ela como manter a unidade temática numa discussão sem dela se afastar um milímetro que seja e como fazê-lo de maneira absolutamente *intensa*. O presente veio, creio eu, da sua natureza gentil e generosa. Ela me disse: “Bem-vindo à USP.”. Vivi, você não faz idéia da diferença que fez, naquele momento, e em função das circunstâncias que me conduziram até aquele momento, esse seu acolhimento. Embora eu não soubesse, precisava imensamente daquele bem-vindo.

Às minhas colegas, Kellen Alves Carvalho e Erica Labanca de Oliveira, minhas ex-alunas brilhantes, minhas colegas capazes, que já vão firmes na sua trajetória profissional própria, devo cada momento desta tese, no trabalho compartilhado, refletido, discutido, feito e refeito, testado e re-testado. Sem a dedicação, a inteligência e o compromisso de vocês, penso que nada teria acontecido. Muito obrigado.

Os clientes que aceitaram participar desse trabalho não são números, como os seus “códigos” poderiam sugerir. Vi o brilho dos seus olhos, testemunhei suas lágrimas, compartilhei dos seus sorrisos. Que todo o trabalho contido nesta tese possa redundar num apoio mais humano e mais eficaz, senão para eles, então para os que se seguirão. E que os sorrisos predominem sobre as lágrimas.

Jonas, Lucas, Leticia, Daniel e o meu neto favorito, Guilherme: a cada dia da minha vida e a cada dia deste trabalho, vocês estiveram presentes em meus pensamentos. Os sólidos vínculos que me unem a vocês são fonte de vida para mim.

Resumo

Starling, R. R. (2010). *Prática controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Buscando estabelecer controles públicos e empiricamente indexados para o comportamento verbal clínico do terapeuta de serviços, um modelo de Prática Psicológica por Evidências, chamado Prática Controlada, foi adaptado, testado e explorado quanto a algumas de suas possibilidades, em condições reais de aplicação. Esse modelo se fundamenta num arranjo específico dos procedimentos terapêuticos e em cinco instrumentos utilizados para a coleta de informações qualitativas e quantitativas pré-intervenção e na coleta continuada de dados empíricos referentes ao nível de perturbação psicológica do cliente, à qualidade da relação terapêutica e ao seu nível de engajamento nas tarefas terapêuticas, ao longo das primeiras 20 sessões de tratamentos de orientação analítico-comportamental para 34 clientes (10 homens, $33,3 \pm 14,2$ anos, e 24 mulheres, $35,6 \pm 9,9$ anos) em três cidades diferentes. As terapias foram conduzidas por três terapeutas experientes e quatro inexperientes. Os resultados indicaram que esse modelo de prática controlada produz indexadores empíricos que podem ancorar o comportamento verbal do terapeuta de serviços (suas interpretações e julgamentos teóricos e clínicos) e que são sensíveis à evolução de curto, médio e longo prazo da terapia, além de permitir a produção de evidências públicas clínica e socialmente relevantes dos resultados intermediários e finais do tratamento. Através da análise das séries temporais obtidas, os resultados também sugerem que a avaliação do cliente do seu nível de perturbação psicológica, do seu engajamento nas tarefas terapêuticas e na sua apreciação da qualidade da relação terapêutica pode responder a controles independentes e/ou a variáveis idiossincráticas. Apresenta-se uma discussão sobre teoria da mensuração, escalas de medidas e medidas em psicologia e em psicoterapia e algumas sugestões para pesquisas futuras são oferecidas.

Palavras-chave: prática psicológica por evidências; prática controlada; prática por evidências; medidas em psicologia e em psicoterapia; terapia analítico-comportamental; comportamento verbal; psicologia clínica.

Abstract

Starling, R. R. (2010). *Controlled Practice: continued measurements and production of empirical evidences in behavior-analytic therapies*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Aiming to establish public and empirically based controls for the therapist-practitioner's clinical verbal behavior, a model of Evidence Based Psychological Practice, called Controlled Practice, was adapted, tested and explored in real-world conditions of application. This model is based on a specific arrangement of the therapeutic procedures and on five instruments for collecting qualitative and quantitative pre-intervention information and empirical data and for collecting continued empirical data on the client's level of psychological distress, on the therapeutic relationship's quality and on the client's level of performance at therapeutic tasks along the first 20 sessions of behavior-analytic oriented psychological treatments of 34 clients (10 males, $33,3 \pm 14,2$ yrs., and 24 females, $35,6 \pm 9,9$ yrs.) in three different towns. The therapies were delivered by three experienced therapists and four inexperienced. Results indicates that this model of controlled practice may anchor the practitioner verbal behavior (his/her clinical and theoretical interpretations and judgments) on empirically based indexes that are, at the same time, sensitive to the short, medium and long-term evolution of the therapy and may provide clinically and socially relevant public evidences of the treatment's intermediate and outcome results. Through the analysis of the time-series collected results also suggested that the client's evaluation of his/her level of psychological distress, his/her engagement in the therapeutic tasks and his/her appraisal of the therapeutic relationship may respond to independent controls and/or to idiosyncratic variables. A discussion of the theory of measurement, measurement scales and measures in psychology and psychotherapy is presented and some suggestions for future researches are offered.

Keywords: evidence based psychological practice; controlled practice; evidence based practice, measurements in psychology and in psychotherapy; behavior-analytic therapies; verbal behavior; clinical psychology.

Résumé

Starling, R. R. (2010). *Pratique Contrôlée: mesure continue et production d'évidences empiriques dans les thérapies analytique-comportementales*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Visant à établir des contrôles publics et empiriques pour le comportement verbale clinique des thérapeutes-praticiens, un modèle de pratique psychologique par évidences, appelé Pratique Contrôlée, a été adapté, testé et exploré en conditions réelles d'application. Ce modèle est basé sur un arrangement spécifique des procédures thérapeutiques et sur cinq instruments utilisés pour la collecte d'informations qualitatives et des données quantitatives pré-intervention et dans la collecte continue des données empiriques sur le niveau de détresse psychologique du client, sur la qualité de la relation thérapeutique et sur son niveau d'adhésion aux tâches thérapeutiques au long des 20 premières sessions du traitement psychologique d'orientation analytique-comportementale de 34 clients (10 hommes, $33,3 \pm 14,2$ ans., et 24 femmes, $35,6 \pm 9,9$ ans.) dans trois villes différentes. Les thérapies ont été effectués par trois thérapeutes qui on l'expérience et quatre autres qui ne l'ont pas. Les résultats ont montré que ce modèle de pratique contrôlée pourrait soutenir la production verbale du praticien (ses interprétations et ses jugements théoriques et cliniques) sur des indexeurs empirique qui sont, en même temps, sensibles à l'évolution, à court, moyen et long terme, de la thérapie et en plus de permettre la production d'évidences publiques de résultats intermédiaires et finaux du traitement qui son clinique et socialement importants. Par l'analyse des séries temporelles collectées les résultats ont également suggéré que l'évaluation du client de son niveau de détresse psychologique, de son engagement dans les tâches thérapeutiques et de son appréciation de la relation thérapeutique pourrait répondre aux contrôles indépendants et/ou à des variables idiosyncrasiques. Une discussion sur la théorie de mesure, échelles de mesure et des mesures en psychologie et en psychothérapie est présentée et quelques suggestions pour des futures recherches sont offertes.

Mots-clés: pratique psychologique par evidences, pratique contrôlée; pratique par évidence ; mesures en psychologie et en psychothérapie; thérapies analytique-comportementales; comportement verbal, psychologie clinique.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Planejamento do tempo da sessão	28
Tabela 2 - Critérios para classificação de casos clínicos conforme sua validade interna (Kazdin, 1982)	32
Tabela 3 - Propriedades, quantidades dimensionais e unidades de medidas do comportamento segundo Johnston e Pennypacker (1993a).....	52
Tabela 4 - Distribuição dos clientes por idade.....	96
Tabela 5 - Distribuição dos clientes por cidades	96
Tabela 6 - Distribuição dos clientes por grau de escolarização formal	96
Tabela 7 - Distribuição dos clientes por estado civil.....	96
Tabela 8 - Distribuição dos clientes por terapeutas	97
Tabela 9 - Distribuição dos clientes quanto à utilização da GAS.....	97
Tabela 10- Critérios a atribuição de numerais aos quesitos do ABCL que estimulam relatos sobre a dimensão social "Amizades"	108
Tabela 11 - Ganhos terapêuticos conforme medidos pelo IR	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de aplicação da GAS na saúde mental (Fonte: Lukies, 2006).....	36
Quadro 2 - Redação de uma GAS detalhando Áreas de Resultado e respectivos Objetivos. (Fonte: Kazdin, 2006). ...	36
Quadro 3 - Registros hipotéticos de uma "análise do campo de forças"	39
Quadro 4 - Plano de ação hipotético para mudanças ambientais favoráveis.	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo anterior e modelo atualizado da organização e interação dos principais fatores da EBPP, conforme Goodheart (2006).	11
Figura 2 - Relógios especiais para controle do tempo da sessão.	28
Figura 3 - Evolução dos escores da GAS, BDI e QOLI ao longo das sessões (Fonte: Kazdin, 2006).	37
Figura 4 - Cabeçalho com instruções para respostas ao inventário ABCL.....	64
Figura 5 - Folha para registros do Inventário de Resultados (IR).....	70
Figura 6 - Cartão de papel para registro de ocorrências de comportamento assertivo.....	80
Figura 7 - Registro da ocorrência de comportamentos através de nós em uma fita.....	81
Figura 8 - Cartão de papel para registro de quatro níveis do comportamento alvo	81
Figura 9 - Registro da ocorrência de comportamentos através de moedas	82
Figura 10 - Registro da ocorrência de comportamentos através de palitos de fósforo	82
Figura 11 - Registro de diferentes níveis de ocorrência de comportamentos através de nós em fios de linha	82
Figura 12 - Inserção das médias numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982).....	88
Figura 13 - Mudanças de nível numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982).....	88
Figura 14 - Mudanças na tendência numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982)	89
Figura 15 - Latência da mudança em duas séries temporais (Fonte: Kazdin, 1982)	89
Figura 16 - Tela inicial da planilha Excel para apuração dos resultados dos inventários ASEBA	101
Figura 17 - Planilha para ordenação dos resultados das respostas de acordo com o valor numérico registrado	103
Figura 18 - Planilha para o cálculo da correlação dos registros do cliente com relação aos informantes	105
Figura 19 - Planilha para seleção e cômputo dos Itens Críticos	106
Figura 20 - Comparação dos registros pré e pós-intervenção pelo ABCL - Auto-aplicação.....	107
Figura 21 - Comparação dos registros pré e pós-intervenção pelo ABCL - Informantes	107
Figura 22 - Comparação pré e pós-tratamento da avaliação das "dimensões sociais" - Auto-aplicação	109
Figura 23 - Comparação pré e pós-tratamento da avaliação das "dimensões sociais" - Informantes	109
Figura 24 - Classes problemáticas privadas versus públicas	110
Figura 25 - Desatenção versus impulsividade	110
Figura 26 - Cômputo dos primeiros trinta registros de maior valor por categorias ASEBA	110
Figura 27 - Folha de acompanhamento para registro dos dados do IR	114
Figura 28 - Gráfico de acompanhamento para registro dos dados do IS	116
Figura 29 - Gráfico de acompanhamento para registro dos dados da GAS	118

Figura 30 - Série temporal do IR para o cliente R1	121
Figura 31- Série temporal do IR para a cliente L7F	122
Figura 32 - Resultados do ABCL pré-tratamento da auto-aplicação e informantes para a cliente L7F	122
Figura 33 - Avaliação das dimensões sociais para a cliente L7F (auto) e seus informantes (outro) através do ABCL	123
Figura 34 - Séries temporais dos registros do IR, IS e GAS da cliente L13F.....	124
Figura 35 - Perfil ASEBA pré-tratamento para o cliente B2 – Categorias do DSM-IV	128
Figura 36 - Perfil ASEBA pré-tratamento para o cliente B1 - Categorias ASEBA.....	128
Figura 37 - Registros dos IS	131
Figura 38 - Séries temporais dos quatro objetivos da GAS para o cliente L11F	136
Figura 39 - Lista de áreas de resultados e objetivos da GAS para a cliente L11F.....	137
Figura 40 - Comparação do perfil ASEBA pré e pós-tratamento para o cliente L14F – Inventário de auto-aplicação	139
Figura 41 - Comparação do perfil ASEBA pré e pós-tratamento para o cliente L14F - Informantes	139
Figura 42 - Dimensões sociais pós-tratamento – Cliente L14 F - Auto-aplicação (barras em negro) e Informantes (barras em cinza)	140
Figura 43 - Dimensões sociais pré-tratamento – Cliente L14F – Auto-aplicação (barras em negro) e Informantes (barras em cinza)	140

LISTA DE ABREVIATURAS

ABCL – Adult Behavior Check List
 CBCL – Children Behavior Check List
 CRB – Comportamento Clinicamente Relevante
 ECR – Ensaio Clínico Randomizado
 ESA – Escala Somada de Avaliação
 ESAV – Escala de Analogia Visual
 GAS – Goal Attainment Scaling
 IS – Inventário de Sessão
 ISO - International Organization for Standardization
 IR – Inventário de Resultados
 MQ – Melhoria da Qualidade
 PPE – Prática por Evidências
 PPPE – Prática Psicológica por Evidências
 Sd – Estímulo discriminativo
 TA – Terapeutas-alunos

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1 - Condicionantes sócio-culturais da produção de evidências empíricas em psicologia	3
1.2 - Prática por Evidências e Prática Psicológica por Evidências	5
1.3 - Bases para o julgamento e para a ação clínica.....	13
1.3.2 – Validação científica dos tratamentos psicológicos	19
1.4 - Prática Controlada: produzindo ciência na prática clínica.....	22
1.5 - Evidência empírica e mensuração.	29
Em nosso país, constatações semelhantes manifestam Del Prette e Del Prette (2008):.....	31
1.5.1 – Goal Attainment Scaling, GAS.....	34
1.6 - Teoria da mensuração e o “significado” de medidas.....	41
1.6.1 - Escalas de medidas.....	45
1.6.2 - Unidades de Análise e Unidades de Medida	48
1.6.3 - Medidas diretas e medidas indiretas: medidas de relato verbal.....	53
1.6.4 -Escalonamento	61
1.6.5 - Escalas de Diferencial Semântico e Escalas Somadas de Avaliação.....	62
1.6.6 -Escalas de Analogia Visual	66
1.6.6.1 -Inventário de Resultados	69
1.6.7 -Medindo o construto “relação terapêutica” através de uma Escala de Analogia Visual	72
1.6.8 - Propriedades, características e crítica das Escalas Somadas de Avaliação (ESA)	76
1.6.9 - Recursos práticos para mensuração.....	80
1.7 - Avaliação dos dados.....	83
1.7.1 - Inspeção visual	87
1.7.2 - Validade clínica e validade social	91
2 - Objetivo.....	94
3 - Método	95
3.1 - Participantes	95
3.2 -Situação:.....	97
3.3 - Materiais:	98
3.3.1 - Documentação e Avaliação Clínica, DAC	98
3.3.2 - Instrumental ASEBA®	100
3.4 - Procedimentos para a coleta de dados	111
3.4.1 - Instrumentos de aplicação discreta – DAC e instrumental ASEBA®	112
3.4.2 - Instrumentos de aplicação contínua – IR, IS e GAS	113
4 - Resultados e discussão	119
4.1 - Relações entre as séries temporais.	125
4.1.1 – Relações entre as séries temporais da GAS e do IR	126
4.1.2 – Relações entre as séries temporais do IR e do IS.....	130

4.1.3 – Relações entre as séries temporais da GAS e do IS	132
4.1.4 – Ganhos terapêuticos medidos pelo IR	134
4.3 – Resultados selecionados.....	135
5 - Conclusões.....	142
6 - Aspectos e considerações éticas.....	144
Referências.....	145
APÊNDICE 1 - Documentação e avaliação clínica (DAC).....	162
APÊNDICE 2 - Construindo Sua GAS pessoal.....	173
APÊNDICE 3 – Relatório dos Inventários ASEBA®	182
APÊNDICE 4 – Séries Temporais.....	184
ANEXO 1 A - Lista de verificação comportamental para adultos - Auto-aplicação	189
ANEXO 1 B - Lista de verificação comportamental para adultos - Informante	193
ANEXO 1 C - Lista de verificação comportamental para adolescentes – Auto-aplicação.....	197
ANEXO 1 D - Lista de verificação comportamental para adolescentes - Informante.....	201
ANEXO 1 E - Lista de verificação comportamental para adolescentes - Professor/a	205
ANEXO 2 A - Inventário de Resultados - Adultos	209
ANEXO 3A - Inventário de Sessão – Auto-aplicação.....	212
ANEXO 3 B - Inventário de Sessão para Jovens	213



“A prova do pudim está em comê-lo.”

Miguel de Cervantes, Don Quixote

Se tomarmos entre as mãos um livro qualquer... perguntemos: contém ele algum raciocínio abstrato a respeito de quantidade ou número? Não. Contém ele algum raciocínio experimental a respeito da natureza e existência de fato? Não. Então, lancemo-lo ao fogo, porque não poderá conter senão sofisma e ilusão!

*David Hume*¹

1. Introdução

Esta tese culmina, do ponto de vista da sua formalização e sistematização, o trabalho ao qual este pesquisador vem se dedicando nos últimos doze anos, que é a busca de um conjunto metodológico para a produção de evidências empíricas para terapias psicológicas, em especial para terapias de orientação analítico-comportamental, no contexto da clínica de serviços, ou seja, no contexto típico e cotidiano do atendimento psicológico ambulatorial ou, na vívida expressão inglesa, no contexto da “psicoterapia do mundo real”.

O desafio é grande. De acordo com Seligman (1995), uma psicoterapia de serviços pode ser caracterizada por cinco propriedades:

1. A psicoterapia de serviços (como outros tratamentos de saúde) não tem duração fixa. Tipicamente ela continua até que o paciente esteja marcadamente melhor ou até que ele/a desista.
2. (...) A psicoterapia (...) é auto-corretiva. Se uma técnica não estiver funcionando, usualmente se tenta outra técnica ou mesmo outra modalidade.

¹ Citação epigramática em Garrett (1962).

3. Pacientes (...) ingressam num tipo de tratamento que eles ativamente procuraram, com um terapeuta que eles avaliaram e escolheram.
4. Pacientes na psicoterapia de serviços tipicamente tem problemas múltiplos e a psicoterapia é planejada para aliviar dificuldades paralelas e interativas.
5. A psicoterapia de serviços está quase sempre interessada na melhora do funcionamento geral dos pacientes, como também na melhora de uma desordem ou alívio de sintomas específicos presentes. (p. 967).

Prossegue o mesmo Seligman (1995):

(...) é difícil imagina como alguém poderia conduzir um estudo de eficácia cientificamente convincente de um tratamento que tem uma duração variável e improvisações auto-corretivas que visam a melhoria da qualidade de vida tanto quanto o alívio de sintomas com pacientes que não são selecionados aleatoriamente e apresentam múltiplos problemas. (p. 967).

Seligman (1995) aponta que as características da terapia de serviços, que são praticamente diametralmente opostas às características das pesquisas clínicas acadêmicas, colocam a psicoterapia numa posição desconfortável: por um lado, o clínico de serviços dispõe de uma variedade de terapias de curto-prazo empiricamente validadas que comumente não são praticadas e, por outro, permanece sem provas da eficácia da psicoterapia tipicamente mais eclética e de longo prazo que é praticada.

Do ponto de vista das grandes linhas de pesquisa em psicoterapia, a problemática tratada nesta tese inclui-se nos estudos de eficácia e de efetividade de terapias psicológicas, desenvolvendo-se na direção das pesquisas de efetividade. Consistente com a sua caracterização da psicoterapia de serviços acima apresentada, Seligman (1995) afirma que as pesquisas de eficácia são uma maneira equivocada de validar empiricamente a psicoterapia, pois as suas exigências metodológicas levam-nas a omitir muitas das características essenciais da psicoterapia que é praticada na clínica de serviços.

Nos últimos quatro anos, especialmente motivado pela condução do seu doutoramento, este pesquisador acredita ter chegado a uma proposta metodológica consistente e replicável que aqui se apresenta e se discute na sua concepção e nos seus resultados, obtidos através de um estudo clínico conduzido em consultórios privados, isto é, um estudo conduzido na “psicoterapia do mundo real”. Esta tese desenvolve e testa em condições reais de aplicação um modelo metodológico para a prática clínica, a *prática controlada*, que pode dispor algumas das condições essenciais para uma progressiva aproximação da terapia de serviços às demandas e exigências

mais rigorosas de uma prática científica, a saber, a produção de evidências empíricas através de medidas continuadas da atividade terapêutica, focada no bem-estar do cliente e desenhada para ser maximamente sensível à evolução da terapia e da relação terapêutica *com base na avaliação do cliente*.

Nesta introdução se discutirá a questão da produção de evidências empíricas em terapias psicológicas, tanto dentro da sua inserção histórica quanto nos seus aspectos específicos e também quanto a alguns aspectos controversos que esta temática suscita. Também será discutida a particularização que se faz desta proposta metodológica, desenvolvendo-a com vistas a um fim bem determinado: um conjunto metodológico com múltiplos propósitos destinado ao clínico de serviços em ação num contexto regular e ambulatorial para a prestação dos seus serviços em terapia psicológica, o que equivale a delimitar, principalmente, o contexto de um consultório de psicologia ou psiquiatria, público ou privado, nos moldes tradicionais da prestação destes serviços e com duração no entorno de uma hora de atendimento, uma vez na semana. Este conjunto metodológico, por sua vez, desenvolve-se sobre o suporte de uma sistematização particularizada da atividade clínica, que é chamada *prática controlada*, a qual se apresentará nesta introdução. Uma breve discussão do construto “relação terapêutica” ou “aliança terapêutica” será apresentada e, finalmente, será desenvolvido o racional para a ênfase dada, nesta tese, à produção de evidências empíricas ou medidas numa prática profissional - o tratamento psicológico ou psicoterapia - na qual esta produção parece que não somente não é tida como algo necessário, mas, para parcela considerável da profissão, é algo a ser ativamente evitado (Veja-se, por exemplo, Conselho Federal de Psicologia, 2009).

1.1 - Condicionantes sócio-culturais da produção de evidências empíricas em psicologia

A discussão da desejabilidade e da exequibilidade da produção de evidências empíricas em psicoterapia está fortemente presente no *zeitgeist* da prática da clínica psicológica corrente. Este fato pode ser comprovado pela forte presença dos movimentos sócio-profissionais da Prática por Evidências (PPE) [*Evidence Based Practice*] (Goodheart, Kazdin & Stenberg, 2006), da Prática Psicológica por Evidências (PPPE) [*Evidence Based Psychological Practice*] (American Psychological Association, 2005), do Melhoria da Qualidade (MQ) [*Quality Improvement*]

(Institute of Medicine, 2001) e nas proposições do modelo cientista-praticante [*scientist-practitioner*] (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Esta discussão permeia a quase totalidade das profissões diretamente ou indiretamente voltadas para a saúde humana e, na psicoterapia, permeia também as principais orientações teóricas (Veja-se, por exemplo, e dentre muitos outros, Del Prete, Silveira & Meyer, 2005, para a pesquisa em clínica considerada em seus aspectos mais gerais; Jung, 2006, para orientações psicanalíticas; Maia, 1999, para orientações cognitivistas; O'Donohue & Ferguson, 2006 e Segool, Brinkman & Carlson, 2007, para orientações analítico-comportamentais; Souza, D., 2006, para orientações humanistas).

As pressões econômicas, políticas e legais, estas últimas derivadas da crescente atenção aos direitos dos consumidores, indicam ser os fatores mais objetiváveis em atuação no sentido de influenciar a comunidade psicológica clínica internacional na busca por demonstrações empíricas da qualidade dos serviços que oferecem. Com base nos trabalhos de Hayes, Barlow e Nelson-Gray (1999), Neno (2005) e Petermann e Müller (2001), estes fatores seriam, resumidamente:

- O advento da Atenção Gerenciada à saúde. Sobretudo nos Estados Unidos, o sistema de saúde foi progressivamente se organizando de forma privada, com organizações que assumiram esta prestação de serviços e passaram a ser seus pagantes [*third-part payers*]. Tendo por objetivo o lucro, estas organizações passaram a demandar comprovação dos resultados dos prestadores individuais de serviços, como forma de maximizar a relação custo/benefício.
- As próprias organizações governamentais passaram também a se interessar pela comprovação dos resultados dos serviços de saúde prestados à população, em função do aumento dos custos destes serviços e em função das crescentes pressões sociais e políticas por sua qualidade e pela proteção dos direitos do consumidor.
- Interesses da própria comunidade científica e associações profissionais no sentido de assegurar a qualidade dos serviços prestados em seu nome ou por seus membros.
- Pressões sociais de consumidores individuais e de associações de consumidores na demanda de asseguramento da qualidade destes serviços e de respeito aos seus direitos.
- Interesses do sistema legal, no sentido de obter critérios objetiváveis com os quais pudesse julgar as demandas procedentes desta prestação de serviços.

Ao se considerar o volume atual da produção acadêmica, social e política neste particular, nada indica que essas contingências (ou macrocontingências) cessarão sua ação num futuro próximo, o que torna justificável o interesse e a continuidade dos estudos relacionados a esta temática (Enéas, 2007).

O próprio conceito de evidências empíricas em psicoterapia estabelece de imediato uma controvérsia (Goodheart, Kazdin & Stenberg, 2006) e qualquer proposição metodológica de como se poderiam produzir tais evidências tem boa chance de elevar o tom emocional da controvérsia (Veja-se, por exemplo, Neno, 2005, em especial o segundo capítulo). Por outro lado, a própria existência da controvérsia e os posicionamentos por vezes apaixonados que a permeiam, declaram, por si mesmos, a existência de poderosas contingências em ação e ignorá-las não as eliminará. Na verdade, a controvérsia indica contingências suficientemente complexas para controlar várias respostas, algumas delas até mesmo antagônicas. Indica também um grau insuficiente de conhecimento dessas contingências. Para conhecer essas contingências, é imperativo expor-se a elas e expor-se a elas é expor-se a um dos seus produtos, a controvérsia. É a esperança deste pesquisador que este trabalho possa ser um pequeno passo nesta direção.

Desde já, e considerando o potencial de controvérsia que o tema suscita, pode ser importante esclarecer que esta investigação corre em pista diferenciada, embora paralela, aos esforços de investigação do fenômeno clínico atualmente em condução em nosso país. A nenhum deles necessariamente se opõe ou se contrapõe. Pelo contrário; como se verá, esta proposição indica ter o potencial de se somar a todos e a cada um deles e eventualmente complementá-los, correspondendo de fato a uma possibilidade aumentada para cada um deles avançar com uma fundamentação ainda mais robusta nas suas linhas de investigação particulares.

1.2 - Prática por Evidências e Prática Psicológica por Evidências

De um ponto de vista da história da clínica psicológica, esta tese tem múltiplas inserções, sendo as principais o movimento que hoje é conhecido como Prática por Evidências, PPE (Goodheart, Kazdin & Stenberg, 2006), as práticas compreendidas pelo programa Melhoria da Qualidade, MQ (Institute of Medicine, 2001) e as proposições mais ou menos específicas que buscam uma integração entre a prática cotidiana da terapia psicológica e a produção científico-acadêmica sobre o mesmo tema, conhecida como o modelo *cientista-praticante* (Hayes, Barlow

& Nelson-Gray, 1999; Hersen & Barlow, 1976). Estas proposições, embora historicamente distintas e preservando diferenças suficientes para lhes permitir nomes diferenciados são, em larga medida, fenômenos que se formaram e se desenvolveram sob o contexto sócio-econômico do movimento pelos direitos civis, especialmente na crescente ênfase dada aos direitos do consumidor e sua proteção legal.

A PPE deriva sua denominação da ênfase que faz na utilização dos resultados de pesquisas empíricas para a seleção da terapêutica a ser aplicada num caso particular. Contudo, uma primeira decorrência da proposição geral da PPE, quer na medicina, quer na psicologia, é a necessidade de monitorar os resultados da prática clínica. Esse monitoramento por si mesmo não é novidade, de vez que ocorre pelas próprias contingências de reforçamento atuando no processo terapêutico, mas, por ser assistemático e informal, pode ocorrer de maneira inconsciente, ou seja, sem ocasionar uma discriminação verbal precisa dos seus controles e/ou, tipicamente, ocasionando a produção de atos cujo controle pode escapar aos controles naturais da contingência: a narrativa coloquial, por vezes anedótica, que se vê nos relatos informais – e algumas vezes até nos relatos presumidamente formais – de “melhoras” e ou “pioras” do cliente durante e ao final do processo terapêutico. Eventualmente, esses relatos podem responder com precisão ao controle do ambiente, em especial nos relatos de clínicos experientes ou de clínicos peritos. O problema é como saber, de vez que na “terapia do mundo real”, no exercício cotidiano da prática clínica, raramente, se alguma vez, são produzidas evidências públicas sistemáticas e orientadas por uma metodologia minimamente confiável que possam embasar empiricamente os relatos e permitir a produção de atos contrapositivos, alternativos ou corroborativos que respondam, o mais proximamente possível, aos mesmos controles ambientais que presidiram a experiência relatada. Em outras palavras, a comunidade interessada não poderá se pronunciar sobre aquele relato, exceto com a produção de intraverbais. Nessas circunstâncias, o exercício da prática clínica psicológica permanecerá na fase artesanal em que se encontra praticamente desde o seu início. Bons artesãos – bons terapeutas - acumularão um portfólio no qual predominarão sucessos – mas apresentarão também alguns fracassos - e artesões menos hábeis acumularão fracassos – mas terão tido também alguns sucessos. Ambos não saberão com precisão o porquê e a comunidade de referência somente com muita dificuldade poderá ajudá-los (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Kazdin, 2006).

Assim, o ponto comum deste estudo com os movimentos mais amplos acima citados é a demanda que cada um deles faz de avaliações empíricas como parte das suas concepções e o corolário desta exigência: a produção de evidências *empíricas* implica alguma forma de mensuração.

Akobeng (2005) apresenta a PPE na medicina como uma prática calcada em cinco passos²:

1. Formule uma pergunta clínica que possa ser respondida
2. Procure a evidência
3. Avalie criticamente a evidência
4. Aplique a evidência
5. *Avalie o desempenho.* (p.837, itálicos deste pesquisador).

Este mesmo autor (Akobeng, 2005) detalha assim o passo cinco, “avalie o desempenho”: Na medida em que incorporamos a PPE na rotina da nossa prática clínica, *precisamos avaliar nossa abordagem em intervalos freqüentes* e decidir se precisamos melhorar em algum dos quatro passos acima descritos. (p.838, itálicos deste pesquisador).

No modelo da PPE e num contexto clínico, a recomendação de “avaliar o desempenho” ou avaliar o resultado final é uma decorrência necessária dos quatro passos anteriores: que sentido *clínico* teria procedê-los sem avaliar o seu impacto no tratamento real de um cliente com problemas, características, contexto e possibilidades particulares?

A American Psychological Association (2005) adotou uma definição geral semelhante: “Prática Psicológica por Evidências (PPPE) é a integração da melhor pesquisa disponível com a perícia clínica, no contexto das características, cultura, valores e preferências do paciente” (p. 1).

Entendendo a *perícia clínica* como um componente fundamental da PPPE, Goodheart (2006) propôs a seguinte operacionalização deste construto:

1. Conhecimento da literatura científica em psicologia, processos psicoterapêuticos e intervenções e a sua aplicabilidade para pacientes específicos e circunstâncias locais.
2. Incorporação de princípios terapêuticos sólidos embasados na teoria psicológica e na pesquisa.
3. Amplitude e profundidade de habilidades terapêuticas e interpessoais.
4. Uma aliança terapêutica genuína e uma respeitosa compreensão da pessoa, do problema, do contexto e das circunstâncias.

² Tendo este pesquisador experiência com traduções técnicas, esta e todas as demais traduções de obras em língua estrangeira desta tese são de sua própria tradução. Nos textos traduzidos, palavras em língua estrangeira que por si mesmas ou pelo contexto da sua utilização poderiam ter mais de uma interpretação, são reproduzidas entre chaves na língua original.

5. Interconsulta com pares e peritos quando apropriado, especialmente quando o quadro clínico não está claro ou quando existem problemas no processo de tratamento.
6. Consideração crítica do processo terapêutico e *refinamento da intervenção com base nos padrões de resposta do paciente, no progresso e nos resultados obtidos.* (...) (p. 56, itálicos deste pesquisador).

Goodheart e Kazdin (2006) delimitam o que se pode entender por PPE no contexto dos tratamentos ou terapias psicológicas. Segundo aqueles autores, psicoterapia é um termo que abrange mais de um tratamento. Psicoterapia por evidências nesse contexto implica:

(...) um processo coerente e clinicamente perito de avaliação, formulação de caso, identificação de objetivos, planejamento do tratamento, construção da aliança terapêutica, intervenção com base em pesquisas, *monitoramento do progresso*, ajustes conforme necessário e terminação, tudo isso no contexto de colaboração com o cliente (ou pais, tutores, ou cuidadores do cliente). (p. 3, itálicos deste pesquisador).

A PPE, como proposição e modelo, tanto na sua concepção quanto na sua evolução ao longo do tempo, tem recebido críticas (Cohen & Hersh, 2004; Druss, 2005; Miller, Zweben & Johnson, 2005; Neno, 2005; O'Donohue, & Ferguson, 2006). Discutir cada uma dessas linhas críticas foge ao escopo deste trabalho e uma exposição atualizada deste debate pode ser vista nos já citados Goodheart, Kazdin e Stenberg (2006). Contudo, dada a admitida inserção deste estudo na PPE, duas delas podem ser relevantes para esta tese e podem ser resumidas, quanto ao núcleo da argumentação crítica, como abaixo:

- a. A base filosófica da PPE é o empirismo.
- b. A definição de evidência adotada para a PPE é limitada e simplista e o modelo não teria recursos para integrar outros fatores importantes para a clínica, tais como a experiência profissional e as particularidades do paciente.

A primeira linha crítica (literal a, acima) é relevante para esta tese porque nela a proposição é estudar a produção de evidências empíricas e a segunda (literal b, acima) porque esta tese apresenta uma metodologia para a prática do clínico de serviços, para o qual a experiência profissional é um patrimônio do qual ele dificilmente abriria mão e em cujo contexto de atuação as particularidades de cada paciente são os seus desafios cotidianos.

Quanto à primeira das críticas apresentadas, a fundamentação filosófica no empirismo³ da PPE, esta não representa um problema para terapias de orientação analítico-comportamental: essa afiliação é abertamente admitida e constitui mesmo um diferencial deste tipo de orientação teórica, que pretende ser – ou almeja ser, ou, ainda, tem o potencial para ser - um “conjunto técnico”⁴ calcado no projeto científico naturalista da Análise do Comportamento (Poling, Schlinger, Starin & Blakely, 1990).

A segunda linha crítica, apresentada no literal “b”, acima, apresenta aspectos que pedem consideração e se divide em duas partes: a questão da propriedade do que é considerado como evidência na PPE e a questão da integração neste modelo de outros fatores considerados importantes pela comunidade clínica, tais como a experiência profissional e as particularidades do paciente.

“Evidência é a pedra angular da ciência e também do sistema legal” (Hannley & Witsell, 2009, p. 1). Embora somente algumas posições extremadas na comunidade clínica se coloquem abertamente *contra* a proposição da desejabilidade da produção de evidências na oferta de serviços tão críticos para a sociedade humana como os da saúde, as críticas aos *critérios* de evidência na PPE podem ser organizadas e sumarizadas em duas linhas: uma que nega a possibilidade e/ou desejabilidade, e/ou, ainda, a necessidade de produzir evidências em psicoterapia e outra que critica os critérios adotados para a produção desta evidência.

A primeira parte dessa linha de críticas, que nas suas versões mais radicais acaba por ser uma crítica à própria idéia da produção de evidências em psicoterapia, é constituída por clínicos que singelamente recusam - por escolha teórica, por ideologia ou por posição filosófica - a comensurabilidade do fenômeno clínico em quaisquer dos seus aspectos e, assim, inevitavelmente prendem a atividade clínica psicológica no terreno do artesanato (p. ex.:

³ Nesta tese o termo “empírico” é utilizado no seu sentido mais usual em ciência natural: a formulação de modelos explicativos que relacionam fenômenos naturais entre si, entendendo por fenômenos naturais aqueles dotados de dimensões físicas, espaciais ou temporais que possam sensibilizar algum terminal nervoso de um ser humano. Nesta utilização, “empírico” não é sinônimo de “empirismo” nem prescinde a produção teórica (Bunge, 1985; Popper, 1965; Starling, 2004). O debate e a controvérsia filosófica referentes a estes termos são reconhecidos, mas discuti-los aqui ultrapassa os propósitos e as necessidades desta tese.

⁴ Com rigor terminológico, uma intervenção clínica analítico-comportamental, enquanto um componente da Análise do Comportamento Aplicada seria, de fato, uma *techné* (Bunge, 1985). Não é uma “técnica” e a expressão “conjunto técnico” é somente um recurso verbal insuficiente para a palavra grega *techné*: “(Gr. *techne*) O conjunto de princípios ou método racional envolvidos na produção de um objeto ou na realização de um propósito; o conhecimento destes princípios ou método; *Techné* assemelha-se a *episteme* por implicar conhecimento de princípios, mas difere dela porque seu objetivo é fabricar ou fazer e não conhecimento desinteressado.” (Runes, 1942/1983).

Conselho Federal de Psicologia, 2009). Algumas vezes a impressão que se tem é que, para esta visão-de-mundo nas suas formas mais extremadas, *o ato de medir tivesse o poder de alterar a natureza daquilo que é medido*, tornando-o menos do que é ou diferente do que é. Seria como se, por exemplo, medir a quantidade de açúcar que se põe num alimento pudesse alterar por alguma forma a natureza da doçura enquanto experiência do mundo ou o tornasse o açúcar menos doce ou, ainda, tivesse o poder de transformar o açúcar em alguma outra coisa.

Evidentemente, medir um fenômeno não é esgotar as possibilidades de conhecê-lo nos números que se obtém; medir um fenômeno é uma forma de obter *um tipo* de conhecimento sobre ele, que permite alguns tipos de ação que não são possíveis sem medidas. Este tipo de conhecimento é parte necessária daquilo que se chama ciência e, ainda que sem números se possa fazer boa filosofia e boa arte, dificilmente se poderia fazer boa ciência: “Mensuração é a marca registrada de qualquer ciência. É a atividade que permite aos cientistas quantificar suas observações de uma maneira sistemática e, ao fazê-lo, diferenciar sua empreitada da filosofia.” (Mace & Kratochwill, 1986, p. 154). Nesta tese defende-se e se procura demonstrar que esta condenação da prática clínica psicológica de serviços ao limbo científico das práticas filosóficas ou artesanais, se assim se pode dizer, não é necessária para que se preservem intactos aspectos mais sutis da rica interação humana cliente-terapeuta (produções e interações sócio-verbais e seus concomitantes emocionais) e do patrimônio representado pela experiência clínica do terapeuta, que constituem, sim, componentes essenciais da tarefa clínica; podem-se mantê-los e até mesmo enriquecê-los logrando, ao mesmo tempo, avançar na direção da construção de uma prática científica da clínica.

A segunda parte desta linha de críticas pode ser representada nesta discussão por O’Donohue e Ferguson (2006), por exemplo, que criticam a natureza estatística do conceito de evidência na PPE, tendo como foco da sua crítica o padrão de evidência adotado, o Ensaio Clínico Randomizado (ECR) [*Randomized Clinical Trial*] que, por se dar através de delineamentos de grupo, traz consigo as impropriedades e dificuldades do método estatístico para a produção de conhecimento clínico que é, por sua própria natureza, idiossincrático (Chiesa, 1994; Sidman, 1960/1988; Starling, 2004). Numa variante desta mesma linha crítica, também já se observou que a PPE apresenta um viés farmacológico identificável na hierarquização das evidências, em virtude deste tipo de ensaio, o ECR, se prestar especialmente bem ao estudo da

ação de fármacos e estes estudos serem de interesse da indústria farmacêutica (Reed & Eisman, 2006).

Quanto a esta segunda parte, pode-se em primeiro lugar chamar a atenção para o fato de que embora a PPE e mesmo a PPPE tenham adotado o ECR como padrão máximo para a aceitação de evidência, para a PPPE a Divisão de Psicologia Clínica da American Psychological Association (Task Force, 1995), nos seus critérios para a seleção de tratamentos empiricamente validados, *equipara* a produção de evidências obtidas através de delineamentos experimentais de caso único às produzidas pelo “padrão-ouro” do ECR, senão vejamos: “I – Pelo menos dois bons delineamentos experimentais de grupo (...) OU II – Uma grande série de delineamentos experimentais de caso único ($n > 9$) demonstrando eficácia.” (p. 16). A exigência de um número maior de experimentos no caso dos delineamentos de caso único, em comparação com o número de estudos de grupos exigido, tem amplo amparo metodológico em função das particularidades e possibilidades de um tipo de delineamento e as do outro, no que concerne à robustez dos controles que dispõem para assegurar a validade interna e externa dos estudos (Hersen & Barlow, 1976; Johnston & Pennypacker, 1993a; Sidman, 1960/1988).

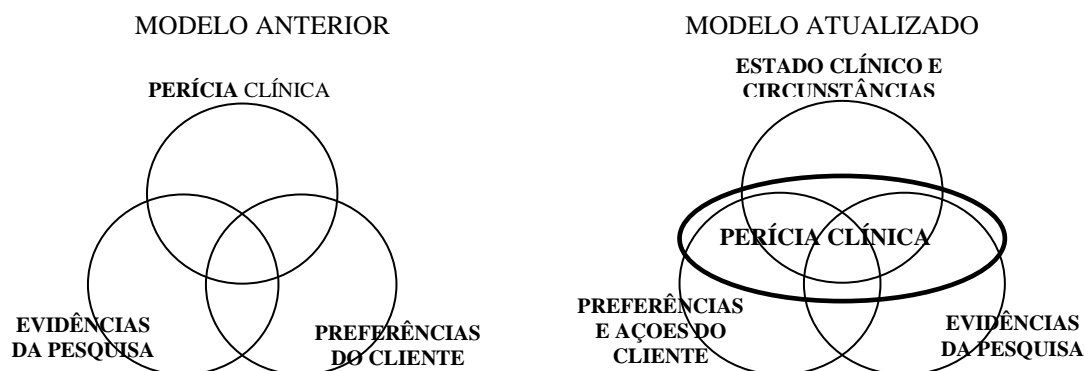


Figura 1 - Modelo anterior e modelo atualizado da organização e interação dos principais fatores da EBPP, conforme Goodheart (2006).

Quanto às apontadas dificuldades na integração de fatores tais como a experiência profissional e as particularidades do paciente no modelo da PPPE, estas dificuldades não indicam uma falha inerente ao modelo, mas sim as naturais insuficiências e limitações da sua apresentação inicial. Goodheart (2006) apresenta um modelo da PPPE que ela denomina “atualizado” (Figura 1), no qual os três fatores da formulação original, a evidência da pesquisa, a perícia clínica e as preferências do paciente (modelo anterior), são reorganizados em quatro fatores (modelo

atualizado, no dizer daquela autora): a evidência da pesquisa, o estado clínico e as circunstâncias, as preferências e ações do cliente e a perícia clínica, este último figurando nesta reformulação como um fator que integra os outros três no processo de tomada de decisão clínica. O fator “preferências do cliente” é expandido para incluir também as ações do cliente e para enfatizar a sua freqüente precedência; este fator tem a sua posição revertida com relação às evidências de pesquisa.

O modelo atualizado proposto em Goodheart (2006) é fruto do debate e interlocução que já ocorreram até a data da sua proposição. Debates e interlocuções continuarão provavelmente a ocorrer, ampliando a sintonia-fina do modelo com as demandas da clínica regular. Quanto à sua adoção por mais ou menos clínicos ou o seu possível esgotamento como modelo é um problema que o futuro responderá. No momento, a PPE é uma das principais forças modeladoras da prática clínica nas profissões de saúde e/ou a ela relacionadas (além dos trabalhos já citados para a PPE na medicina e na psicologia, veja-se, por exemplo, Bussières & Ferreira, 2001, para farmácia; De Domenico & Ide, 2003, para a enfermagem; Filippin & Wagner, 2008, para a fisioterapia; Gray & Pinson, 2003, para a psiquiatria; Richards, 2008, para a odontologia; Strong, Malina & Blimkie, 2005, para a educação física).

Além do movimento da PPE, o movimento denominado Melhoria da Qualidade, MQ, é também um dos movimentos maiores nos quais se insere esta tese. Em 2001 o Institute of Medicine, um braço da *National Academy of Sciences* dos Estados Unidos, fez publicar o livro “Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.” (Institute of Medicine, 2001) que pode ser considerado como uma síntese do movimento denominado naquele país de MQ. Nele se afirma que as mudanças e inovações teóricas/ técnicas do século XX e as mudanças no perfil e demandas da clientela no mesmo período tornaram a prestação de serviços de saúde pública norte-americana não somente defasada em relação ao conhecimento e tecnologia disponíveis, mas que também vieram a estabelecer um fosso entre o acervo científico e técnico disponível e a sua utilização na prática médica cotidiana.

Nas suas recomendações práticas, o MQ é bastante semelhante à PPE e, como ela, destaca a questão da obtenção de medidas empíricas como um dos aspectos essenciais para a consecução dos seus propósitos:

É crítico que as lideranças (...) dos cuidados à saúde estejam envolvidas em todos os aspectos deste esforço para assegurar a sua aplicabilidade e aceitabilidade para clínicos e pacientes. (...) no

estabelecimento de metas para melhoria nos procedimentos e nos resultados finais dos cuidados à saúde e no *desenvolvimento de medidas para avaliar a qualidade destes cuidados*. (Institute of Medicine, 2001; p. 1, itálicos deste pesquisador).

Por outro lado, pondo à parte as demandas sócio-culturais e de um ponto de vista estritamente clínico, porque uma prática psicológica por evidências seria mais desejável e em relação à quais outras bases para a tarefa clínica investigativa ela seria preferível? E por que seria?

Por exemplo, ao apresentar e discutir os resultados deste estudo apresentando dados dispostos numa série temporal e noutras apresentações gráficas, este pesquisador propôs várias perguntas investigativas de interesse clínico que podem ser ocasionadas pela exposição àqueles conjuntos estimuladores. Este pesquisador qualificou aquelas perguntas como “empiricamente informadas”, deixando implícita uma desejabilidade deste controle para as perguntas que fazia. Entretanto, é razoável supor que clínicos experientes poderiam produzir as questões/estímulos semelhantes àquelas descritas naqueles parágrafos sem a estimulação adicional dos gráficos apresentados naquelas figuras, o que é dizer que poderiam fazê-lo - e a literatura da área demonstra que efetivamente o fazem - sem o recurso da informação empírica e, assim, fica estabelecida a demanda de justificar o trabalho extra dessa sistematização. Se o clínico experiente pode produzir este desempenho sem o auxílio de evidências, a que controles respondeu para produzi-lo?

1.3 - Bases para o julgamento e para a ação clínica

Esta problemática tem suscitado intenso debate dentre os clínicos envolvidos com a PPE (por exemplo, Braude, 2009; Brokensha, 2009; Greenhalgh, 2002). Em parte dessa literatura, o que se discute é a suposta antinomia entre uma “decisão clínica intuitiva” e uma “decisão clínica baseada em evidências”, uma antinomia que poderia levar a um resultado de “soma zero”, ou seja, quanto mais de uma, menos da outra. Mas esta problemática pode ser discutida através de uma pergunta mais geral: como decisões clínicas são tomadas?

Parte considerável dos clínicos diria que o principal processo que os conduz a decisões clínicas é a intuição (Herbert, Neeren & Lowe, 2007). “Intuir” é um comportamento complexo que tem sido discutido na Análise do Comportamento em termos de interações entre

comportamento verbalmente governado versus comportamento sob controle direto das contingências, como, por exemplo, se pode ler em Catania (1989; 1999) ⁵. No contexto clínico, quando se liga “intuição” a “julgamento clínico” ⁶ e/ou a “decisão clínica”, o analista do comportamento, no âmbito deste modelo explicativo, seria também estimulado a considerar como tópico de interesse para esta discussão o comportamento de solucionar problemas (Skinner, 1969). O fato é que o analista do comportamento não se satisfará com um entendimento da “intuição” como um processo interno, uma qualidade intrínseca daquele que intui ou ainda como algo “inerente à qualidade humana” ⁷.

Mesmo em contextos clínicos estranhos ao da Análise do Comportamento, recusa-se uma compreensão anômala da intuição, o que é consistente com a compreensão analítico-comportamental:

Uma evidência apreciável apóia agora o entendimento de que a intuição clínica útil, longe de ser um talento esotérico, é diretamente relacionada ao conhecimento e experiência e que é este conhecimento particularizado que desempenha um papel vital para os peritos e não poderes inexplicáveis da intuição. (Brokensha, 2007, p. 4).

Aceita essa compreensão, a investigação se desloca do terreno mais nebuloso da intuição para o terreno mais natural da aprendizagem ou, coloquialmente, da “experiência clínica” ou, ainda, do “conhecimento”. Mas este deslocamento ainda não resolve a antinomia ou dicotomia que estamos considerando, que é entre um julgamento clínico intuitivo ou fundamentado na experiência versus um julgamento empiricamente fundamentado. Comentando sobre a pouca influência da pesquisa sistematizada na prática psicológica, Hayes, Barlow e Nelson-Gray (1999) reproduzem em seu livro a freqüentemente citada declaração de Joseph Dominic Matarazzo (1925-), pesquisador e clínico ítalo-americano:

(...) poucos dos meus achados de pesquisa influenciam a minha prática. A ciência psicológica, per se, não me orienta em nada. Eu ainda leio avidamente, mas isso é de pouco auxílio prático direto. Até o dia de hoje, a minha experiência clínica é a única coisa que me ajudou em minha prática. (p. 25).

⁵ Nesta última obra citada (Catania, 1999) veja-se, por exemplo, a discussão sobre “classes de estímulos probabilísticas” e “comportamento habilidoso”.

⁶ O conceito de “perícia clínica”, já aqui citado e reconhecido por Goodheart (2006), parece guardar estreita semelhança na sua descrição com o conceito de “julgamento clínico”.

⁷ Sobre esta antinomia, atribui-se a Albert Einstein (1879-1955) a frase: “A intuição é uma dádiva sagrada. A racionalidade é o seu fiel servidor” (Brokensha, 2009). Esta declaração é uma importante advertência: um cientista rigoroso e consagrado em seu próprio campo de estudos pode se pronunciar sobre fenômenos fora dele sob controle das práticas verbais mais coloquiais e simplistas da sua comunidade e do seu tempo.

Herbert, Neeren e Lowe (2007) descrevem como se segue o seu entendimento do construto “prática ou experiência clínica”:

Ao longo do curso de anos de experiência, o profissional gradualmente acumula conhecimento sobre o que possivelmente funcionaria e o que não funcionaria. Clínicos perspicazes tendem a observar padrões entre os pacientes. Adicionalmente, conhecimento vindo de autoridades reconhecidas através de livros e cursos também pode ser útil. Não surpreende que a maior parte dos clínicos descreva a sua orientação teórica como eclética. Amplamente embasados na sua experiência clínica, eles utilizam o que quer que sintam que funcionará melhor com cada paciente. (p. 15).

No entanto, os mesmos Herbert, Neeren e Lowe (2007) observam que embora seja sedutor o apelo à intuição e à experiência clínica, existe um considerável corpo de evidências indicando que intuição e experiência clínica não são guias ótimos para orientar o processo decisório neste contexto. Clínicos não são máquinas que registram e tabulam quais tratamentos funcionaram com cada um dos seus clientes e depois “recuperam” esta informação com precisão e objetividade frente a um novo cliente; sua “experiência clínica” provavelmente estará repleta de falhas e distorções. Corroborando a afirmação de Herbert, Neeren e Lowe (2007), Leon, Martinovich, Lutz e Lyons (2005), relatam que estudos falharam consistentemente em demonstrar que terapeutas experientes (por ex.: anos de experiência de trabalho clínico) seriam mais eficazes do que terapeutas com menos experiência. Estudando o efeito da experiência do terapeuta numa amostra nacional (norte-americana) de 2.366 pacientes e 92 terapeutas, concluíram que “terapeutas podem ser capazes de utilizar a sua experiência prévia com um paciente para aumentar as chances de sucesso de resultados finais futuros se os pacientes subsequentes forem clínica e demograficamente semelhantes ao paciente inicial e tenham ingressado no tratamento pouco tempo depois dele. (p. 417).

A experiência clínica não está associada à redução do controle do julgamento clínico por variáveis estranhas. Na verdade, há indicações de que clínicos experientes estão mais propensos a manter julgamentos clínicos mesmo quando novas informações indicam que deveriam mudá-lo. Os mesmos Herbert, Neeren e Lowe (2007) argumentam que se experiência clínica conduzisse a julgamentos clínicos mais acurados, deveríamos esperar que clínicos experientes caminhassem na direção de um consenso aumentado sobre julgamentos e decisões clínicas, o que não é a experiência de quem acompanha discussões públicas de casos. Estudos de confiabilidade entre

revisores de formulações terapêuticas de casos mostram um grau de acordo muito baixo entre revisores independentes.

Nenhum destes achados deveria surpreender, dadas as inúmeras possibilidades de falhas e equívocos na discriminação dos controles atuantes nas contingências clínicas enquanto instâncias do comportamento humano, tanto no que diz respeito ao comportamento verbalmente governado quanto no que diz respeito ao controle direto da contingência (Braam & Malott, 1990; Catania, Matthews & Shimoff, 1982; Dinsmoor, 1985; Galizio, 1979; Lowenkron, 1998; Shull, 1995; Skinner, 1957; Torgrud & Holborn, 1990).

Além disso, mais experiência não aumenta necessariamente a acurácia de um desempenho, exceto quando, tudo o mais permanecendo igual, a consequência da resposta for imediata; em caso de atraso na consequência, o que aumenta é a *segurança* relacionada ao desempenho, o que torna a situação ainda mais delicada de um ponto de vista clínico (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999). Este fato é ilustrado na antológica história de Benjamin Rush (1745-1813), notável médico da América colonial. Na ocasião às voltas com um surto de febre amarela, Rush, autoridade médica reconhecida da época, procedeu conforme o saber médico do seu tempo, prescrevendo sangrias como tratamento, que não somente são ineficazes para esta doença como também podem enfraquecer o doente, contribuindo em parte para a sua morte prematura. Na medida em que a epidemia se esvanecia em função da mudança do clima e da influência deste no ciclo reprodutivo do vetor, Rush se convenciu ainda mais fortemente das virtudes do seu tratamento e, assim convencido, mais dele prescrevia. Bem mais recentemente no tempo, Herbert, Lilienfeld, Lohr, Montgomery, O'Donohue, Rosen et al. (2000) demonstraram que os resultados do tratamento conhecido como *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), propalado como um tratamento eficaz para o estresse pós-traumático, fobias, pânico e ansiedade, não deve seus resultados favoráveis aos movimentos oculares guiados pelo terapeuta enquanto revive encobertamente o evento traumático, seu aspecto mais saliente, mas provavelmente à já conhecida dessensibilização encoberta, ou seja, a habituação provocada pela exposição encoberta repetida ao evento traumático. Ambos os relatos trazem à lembrança a importante demonstração experimental de Dinsmoor (1985), a de que a atenção é controlada pelos estímulos relacionados ao reforçamento, ignorando o organismo aqueles relacionados à extinção. Desta forma, os sucessos tendem a reforçar as convicções clínicas do profissional e os

insucessos tendem a ser ignorados ou subscritos a causas extra-tratamento ou a “problemas do cliente” (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Por outro lado, o leque de escolhas não se limita a decisões clínicas intuitivas versus decisões clínicas empiricamente fundamentadas. Existe pelo menos outro processo que pode também produzir uma decisão clínica, que pode ser chamada de uma decisão clínica “teoricamente informada”, quando, por exemplo, se conduz uma análise funcional⁸.

Infelizmente, também nesta hipótese não se poderia afirmar que mais experiência conduziria a decisões clínicas mais acuradas. Embora Hanley, Iwata e McCord (2003) sejam enfáticos sobre a importância da análise funcional para o comportamentalista - “A metodologia da análise funcional identifica variáveis que influenciam a ocorrência do problema de comportamento e se tornou a marca registrada da avaliação comportamental”, p. 147 - Sturmey (1996) afirma que “(...) ainda não existe evidência inequívoca ou consenso de que conduzir uma análise funcional produziria uma validade adicional ao tratamento acima e além de outros tratamentos alternativos válidos.” (p. 230). Corroborando esta afirmação de Sturmey (1996), Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer e Starling (2008) deixam explícito que a experiência ou a in experiência do terapeuta não responderia por uma análise funcional mais correta, sendo que “O critério de acerto entre diferentes análises comportamentais é apenas pragmático, ou seja, a melhor análise seria aquela que gera procedimentos que produzem os melhores resultados.” (p. 116). Essa afirmativa daqueles autores praticamente estabelece que a acurácia de uma decisão clínica teoricamente informada só poderia ser avaliada *ex post facto*, o que implica dizer que a análise funcional seria de fato apenas uma explicação plausível dos eventos no âmbito restrito do referencial teórico utilizado, mas não permitiria estabelecer qualquer relação de causa e efeito entre a decisão clínica adotada a partir da elaboração teórica e eventuais mudanças desejáveis observadas no comportamento do cliente⁹.

Por outro lado, é exatamente o quadro de conceitual proporcionado pela elaboração teórica (verbal) da realidade que possibilita ao cientista ou clínico discriminar, num primeiro momento, e analisar racionalmente, num segundo, quaisquer “evidências”, empíricas ou não, que possam ser atribuíveis àquela parcela da realidade. Em outras palavras, sem estar inserido num

⁸ Qualquer outra abordagem teórica das existentes na psicologia serviria para ilustrar esta discussão. Este pesquisador escolheu a análise funcional porque está mais familiarizado com esta formulação teórica.

⁹ Uma alternativa a este entendimento estabeleceria uma circularidade lógica: porque deu bom resultado estava correta e porque estava correta deu bom resultado.

quadro conceitual, nem o fenômeno nem quaisquer de suas propriedades sequer existem como possibilidade de tratamento racional (Starling, 2001b, 2004). Assim, se por um lado a decisão “teoricamente informada” por si mesma seja insuficiente para uma prática científica da clínica no seu sentido pleno, pois não haveria como indexá-la de maneira inequívoca ao fenômeno clínico real e presente e às suas transformações, por outro lado, consideradas fora do contexto que lhes dá a teoria, quaisquer indexadores empíricos (medidas) que se produzam não terão significado útil.

Continuar aqui uma discussão exaustiva desta temática abriria um novo capítulo que divergiria dos propósitos imediatos desta tese. Dado aos problemas acima mencionados com relação às decisões clínicas fundamentadas na intuição ou na experiência e com as de fundamentação teórica, que caminho seguir para aumentar a probabilidade de que nossas formulações e julgamentos clínicos – e as decisões clínicas que a eles se seguirem – sejam as que tenham as melhores chances de produzir resultados terapêuticos benéficos? Herbert, Neeren e Lowe (2007) respondem assim esta pergunta:

A solução está em aprendermos como podemos combinar da melhor maneira o que sabemos da ciência da decisão clínica com o conhecimento singular do terapeuta sobre cada cliente. (...) No caso da psicoterapia, a ciência provê uma lente através da qual podemos enxergar para além das distorções dos nossos vieses cognitivos que, de outra forma, obscurecem nossa visão do fenômeno clínico. Utilizada desta forma, a ciência tem o potencial para iluminar nosso trabalho de uma maneira que a intuição e a experiência clínica sozinhas nunca poderão fazê-lo. Que isto não sugira que a ciência seja uma abordagem perfeita para o conhecimento, produzindo uma orientação sem falhas para a prática clínica. Pelo contrário: a ciência produz conclusões imperfeitas, tentativas, provisórias, que estão em contínua evolução na medida em que novas pesquisas são realizadas. Contudo, uma abordagem científica é um avanço importante em relação à experiência crua, porque ela aborda as limitações impostas pela cognição humana. A ciência nos permite chegar o mais perto possível da avaliação do que são realmente os nossos tratamentos, ao invés do que desejaríamos que eles fossem. (p. 16).

1.3.2 – Validação científica dos tratamentos psicológicos

A problemática tratada no tópico acima pode ser considerada também sob o ângulo da ampliação de um conhecimento clínico cientificamente validado, por um lado, e sob o ângulo da instrumentação científica do clínico de serviços, por outro.

Quanto à ampliação de um conhecimento clínico cientificamente validado, pesquisas de eficácia e efetividade das terapias psicológicas têm produzido resultados animadores, pelo menos para algumas formas de terapia relacionadas a orientações teóricas que aceitam procedimentos de mensuração dos seus resultados. Além do trabalho publicado pela Divisão de Psicologia Clínica da American Psychological Association (Task Force, 1995), listando as terapias consideradas empiricamente validadas através dos critérios restritos já comentados acima (página 10 desta tese), Lambert e Archer (2006) relatam que dos clientes que entram em terapia psicológica, de 5 a 10% deterioram durante o tratamento e de 15 a 25% não apresentam benefícios mensuráveis, o que dá um percentual de 65 a 80% de clientes que apresentariam benefícios mensuráveis. No entanto, esses valores estimativos foram originados de estudos que utilizaram metodologias diferentes, boa parte deles utilizando somente medidas pré e pós-tratamento, que podem indicar que algo aconteceu, mas não porque aconteceu. Talvez por isso, os autores atribuem a estes percentuais a qualidade de valores estimativos¹⁰.

De fato, é vasta a literatura que discute o conceito de resultados finais (*outcome*) nos seus aspectos técnicos, clínicos, políticos e ideológicos, propõe métodos para medi-lo e discute como as evidências seriam colhidas, analisadas, interpretadas e incorporadas ao aparato dos cuidados à saúde. Talvez seja motivo para preocupação o fato de que a maior parte destas proposições proponha-se a avaliar construtos semelhantes, mas utiliza métodos e técnicas diferentes entre si, levando a questionar a sua comparabilidade e comprometendo a sua confiabilidade (Reed & Eisman, 2006). Escreve Carter (2006): “Existem muitos objetivos possíveis e resultados finais desejados ou esperados da psicoterapia e por vezes parece que existem tantas medidas de objetivos e resultados finais quantos são os resultados finais possíveis.” (p. 70).

A mesma Carter (2006) lista algumas medidas de resultados finais já utilizadas nestes estudos:

¹⁰ Naquele mesmo trabalho (Lambert & Archer, 2006), os autores apresentam estudos de meta-análise estimando um valor de 45% ao efeito-placebo, o que reduziria o percentual acima citado de clientes que obtiveram benefícios mensuráveis atribuíveis à psicoterapia para 25 e 40%, respectivamente. Os autores não explicam os procedimentos utilizados como placebo.

(...) autoestima, término precoce, mudança global, severidade dos sintomas, funcionamento interpessoal, severidade da adição, mudança na perturbação, relações com terceiros, relações sociais, indecisão, crescimento pessoal, ajustamento sexual, problemas interpessoais, estilos de defesa, empregabilidade, estado civil, auto-conceito, sintomas de ansiedade, adesão à medicação, qualidade de vida, hospitalização, produtividade e satisfação com o tratamento. (p. 70).

A autora (Carter, 2006) parece misturar, na sua listagem, medidas de resultados de psicoterapias que se pode presumir terem sido montadas para clientes específicos com problemas específicos, com medidas mais gerais, que também lista. De qualquer forma, mesmo tentando esta separação, o que sobraria de medidas mais gerais produz um número desanimador.

Existem também estudos de resultados interessados em medidas mais específicas, tais como o número de sessões necessárias para que ocorram melhoras significativas. Por exemplo, Lambert e Archer (2006) relatam os resultados de uma grande amostra de clientes ambulatoriais que registraram semanalmente os seus sintomas, a qualidade das suas relações interpessoais e desempenho social e a sua qualidade de vida, do início ao fim da terapia. Segundo aqueles autores, aproximadamente um terço dos clientes recuperaram seu funcionamento normal (no sentido de não apresentarem mais sintomas do que a população em geral) pela 10ª sessão e 50% se recuperaram pela 20ª sessão.

Tendo em consideração que, de maneira geral, quanto maior o tempo decorrido desde o início da intervenção menos parcimonioso seria atribuir eventuais efeitos à terapia, em função das inevitáveis mudanças e alterações no comportamento do cliente que podem ser atribuídas também à influência do ambiente não-clínico, isto é, variáveis inexistentes ou inativas na ocasião do início do tratamento, a rapidez com que efeitos se apresentem a partir do início da intervenção fortalece a confiabilidade da atribuição de eventuais melhoras à terapia. A tipologia proposta por Kazdin (1982) para avaliar a qualidade de estudos clínicos estabelece resultados imediatos como um critério para a avaliação da sua confiabilidade.

Por tudo isso e como se pode ver na discussão do Método, no estudo apresentado nesta tese foram considerados somente os resultados registrados nas primeiras 20 sessões.

Já do ponto de vista da instrumentação científica do clínico de serviços, a oferta ao público consumidor de terapias psicológicas validadas tem sido prejudicada tanto pela já comentada inadequação destes arranjos terapêuticos para a terapia de serviços quanto pelo

desinteresse ou desconhecimento desta produção pelos clínicos de serviço tendo, como resultado, a persistência da oferta de uma terapia de serviços fundamentalmente sem validação científica.

Este pesquisador viveu de perto esta problemática quando participou da organização de um grupo clínico de serviços. Um grupo clínico é mais do que uma “casa de consultórios”, digamos, onde diversos clínicos trabalham tendo em comum pouco mais do que o espaço físico que compartilham. Um grupo clínico, trabalhando sob uma denominação comum, institui uma rede social na qual o controle recíproco das práticas dos seus membros passa a ser relevante: as contingências se entrelaçam e o arcabouço de uma cultura clínica se estabelece. Havia o problema premente de conduzir sessões de revisão clínica com os colegas, uma prática profissional que se julgava benéfica à clientela, ao clínico individual e ao grupo. Logrando sucesso neste caminho imaginava-se que uns poderiam aprender com as experiências de outros e, sobretudo, exercer algum controle sobre as práticas individuais, caminhando na direção de um tratamento mais eficaz e mais rápido para os clientes que nos procuravam. Deixado ao acaso, as contingências culturais prevalentes selecionariam os rumos desta cultura incipiente, influenciada também pelas vicissitudes das histórias de cada um destes clínicos. A principal dificuldade para que se lograsse avançar neste caminho era conseguir por alguma forma um mínimo de comparabilidade entre as diversas experiências clínicas individuais e para resolver essa dificuldade a humanidade já selecionou uma solução: o método científico.

Além dessa exposição modeladora à contingência direta, este pesquisador traz consigo, desde o início da sua vida profissional como clínico de serviços, uma insatisfação com relação aos meios que dispunha para assegurar a si mesmo que recebia valor por oferecer valor, independentemente de o pagante ser uma pessoa ou um empregador, público ou privado. Os clientes iniciavam seus “tratamentos” ou sua psicoterapia, interações ocorriam e, depois de algum tempo, o “tratamento” ou a psicoterapia terminava, por iniciativa do terapeuta ou do cliente. Nos relatos de resultados, dizia-se que o cliente “melhorou” ou “piorou”, ou “que não tem jeito” por uma infinidade de razões ou, ainda, que já estava “bem”, podendo dispensar a terapia. Tipicamente, a única fundamentação oferecida para estas avaliações era o julgamento pessoal do terapeuta ou o relato do cliente. Nunca satisfizeram inteiramente a este pesquisador relatos verbais de melhora, quer estes relatos partissem dos clientes, de terceiros que com ele, o cliente, ou com ele, o terapeuta, conviviam, ou dele mesmo, o terapeuta, quando refletindo sobre o seu trabalho, pois as contingências do relatar o que se faz são diferentes das contingências do fazer

(Skinner, 1957). Na sua função como professor e supervisor, esta insatisfação somente fez aumentar, pois nestas funções poderia multiplicar exponencialmente seus eventuais equívocos e ignorância.

O estudo das indagações e observações agudas colocadas por Luna (1997) de maneira despreziosa e quase intimista no seu artigo “O terapeuta é um cientista?” se, por um lado, aumentaram as inquietações pessoais deste pesquisador, por outro lhe deram um esboço da forma e da orientação com as quais poderia buscar suas respostas, alertando-o de que as contingências às quais respondia eram relativamente comuns e poderia ser mais produtivo tratar esta insatisfação examinando-a com o auxílio de um repertório mais especializado, o repertório que podemos chamar de científico, estudando essa problemática a partir de um exame das contingências específicas do seu fazer profissional. Resultados das tentativas iniciais e canhestras deste pesquisador para responder a estas insatisfações e indagações podem ser vistos em Starling (2002), na função de supervisor clínico, Starling (2006), na função de professor e Starling (2008) na função de terapeuta.

De um ponto de vista motivacional, foram possivelmente essas as principais operações estabeledoras que controlaram o esforço aqui apresentado na procura e desenvolvimento de uma instrumentação científica factível de adoção pelo clínico de serviços.

1.4 - Prática Controlada: produzindo ciência na prática clínica

Para a produção de conhecimento científico na terapia de serviços, um dos fatores cruciais é assegurar uma base metodológica para que situações heterogêneas possam ser comparáveis.

Uma solução que vem sendo testada para resolver este problema é alguma forma de padronização dos procedimentos terapêuticos (Neno, 2005), cujo nível de detalhamento – e, portanto, de controle formal sobre o processo terapêutico – varia desde manuais que provêm o conteúdo e orientam a condução praticamente momento a momento de cada sessão (por ex.: Colom & Vieta, 2006) até àqueles que dão ampla latitude de ação ao terapeuta, fornecendo somente diretrizes e balizas mais gerais (por ex.: American Psychiatric Association, 2004b) que, neste último caso, talvez fossem com mais propriedade denominados “guias de orientação” [*guidelines*] do que propriamente manuais.

A posição da análise do comportamento aplicada quanto aos tratamentos padronizados é majoritariamente crítica (Neno, 2005), embora pelo menos um estudo comparativo metodologicamente firme entre tratamento padronizado e tratamento individualizado (de orientação analítico-comportamental) para o transtorno de pânico, conduzido em nosso país por Yano (2003), não tenha encontrado diferença notável entre eles. O racional para a possibilidade de uma intervenção padronizada vem do modelo médico organicista, para o qual a relativa invariância e a natureza paramétrica da biologia humana¹¹ asseguram um percentual razoável de sucesso para este tipo de intervenção e invariâncias culturais também contribuem para isso (Starling, 2001a). Essa noção invariância pode ser estendida além da biologia: aparentemente, aquilo que se consideram como “fatores comuns” nas pesquisas de processo (Neno, 2005) sugerem o pressuposto de uma invariância, isto é, contingências comuns que influenciariam o comportamento da maioria das pessoas ou as quais seriam dispostas pela maioria das terapias psicológicas. Seja como for, inegavelmente há algo “comum” a uma espécie, que mais não seja as características essenciais que permitem a construção do próprio conceito de “espécie” e, portanto, os supostos que sustentam essa tentativa de solução não são absurdos.

O que parece não ocupar ainda a devida atenção na concepção padronizada da tarefa clínica psicológica é a imensa variação introduzida pela história pessoal de cada cliente - que interage com, e até mesmo modifica seus co-determinantes biológicos e culturais - fazendo com que cada cliente seja único na problemática que traz à atenção clínica. Este caráter único não tem por base a anomalia, mas sim a singularidade, ou seja, a problemática trazida por cada cliente não é um evento único - o que impossibilitaria qualquer abordagem racional que para ela se propusesse - mas sim uma composição singular de eventos comuns; é como, por exemplo, a tabela dos elementos químicos, na qual cada elemento é uma composição singular de eventos comuns a todos eles (uma dada combinação e interação singular de prótons, neutros, elétrons, etc.). A própria biomedicina reconhece de certa forma esse fato, como sintetizado na frase de um dos ícones da medicina, William Osler (1849-1919), que afirmou: “Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem é conhecer o homem que tem a doença.”.

¹¹ A anatomia e a fisiologia humanas são relativamente invariantes em cada membro da espécie e funcionam dentro de parâmetros suficientemente delimitados para estabelecer valores mínimos e máximos confiáveis: batimentos cardíacos, por exemplo, precisam estar entre 30 a 200 batimentos por minuto, a temperatura corporal entre 33 a 42 graus Celsius, e a pressão sistólica entre 6 a 24 mmHg sob pena de comprometer a continuidade da vida. Nessas condições, curar ou tratar é, então, restabelecer a ordem *padronizada* da espécie para anatomia e para a função biológica.

A proposta para a solução desse dilema que se faz nesta tese é a de uma *sistematização da intervenção* e não uma intervenção padronizada, com base no conceito de *prática controlada*, conforme apresentado por Petermann e Müller (2001). Segundo aqueles autores: “a prática controlada representa um compromisso entre as demandas científicas de exatidão – consideradas irrealistas na prática da pesquisa clínica – e a intuição de muitos clínicos que ‘desejam somente ajudar’” (p. 2).

Partindo do problema geral que a introdução de práticas científicas nos serviços de psicoterapia dispõe e considerando o problema da garantia de qualidade na prestação de serviços de psicoterapia, Petermann e Müller (2001) propuseram um sistema coerente e exaustivo de recomendações técnicas abrangendo o planejamento, o tratamento e a *avaliação* de serviços psicoterapêuticos *para o clínico de serviços*, com ênfase na abordagem idiográfica ao fenômeno clínico, que é a favorecida pela Análise do Comportamento. Como este pesquisador já mantinha há alguns anos um propósito semelhante, o estudo desta obra motivou-o e abriu-lhe caminhos, no sentido de indicar que tal projeto era potencialmente exequível e de lhe fornecer um arcabouço formal para seus próprios pensamentos e seus estudos exploratórios nesta direção. Na sua concepção mais geral, o conjunto de métodos e procedimentos para a sistematização da prática clínica que aqui se discute desenvolveu-se tendo como suporte a sistematização proposta por aqueles autores, incorporando boa parte das suas recomendações e alguns dos seus recursos técnicos.

Petermann e Müller (2001) não foram originais na problemática que escolheram abordar e, ao abordá-la, também não foram originais: valeram-se do vasto acervo já produzido pela pesquisa em clínica, pela pesquisa de orientação comportamentalista, pelo acervo comum produzido pelos estudos em organização documental e também do simples senso comum clínico. Naquela sua obra, indicam também responder às mesmas contingências que influenciaram os já mencionados esforços mais extensos da PPE, PPPE e do *MQ*. A proposta de Petermann e Müller (2001) responde também à mesma problemática que deu origem à linha de investigações conhecida como o modelo cientista-praticante, formalizada numa seqüência de estudos desde a década de 1940, qual seja a problemática da integração entre a produção da pesquisa científica e a transferência deste conhecimento para a prática clínica (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Metodologicamente, Petermann e Müller (2001) fundamentam sua proposta com propriedade na estratégia dos delineamentos de caso único, de longa tradição na análise do

comportamento (Hersen & Barlow, 1976; Kazdin, 1982). Conceitualmente, a proposta de Petermann e Müller (2001) flutua no seu tratamento do fenômeno clínico dentro dos limites amplos do que se poderia chamar de uma concepção comportamentalista do fenômeno clínico, sem, contudo, ancorar-se claramente em qualquer ponto deste amplo espectro teórico (Veja-se na obra citada, por exemplo, o capítulo “Diagnostics: a graphical problem description”, pp. 71-86). De um ponto de vista da organização documental, sua proposta faz uso judicioso, mas de maneira alguma inovador, como já se disse, do acervo comum desta área de estudos (Veja-se na obra citada, por exemplo, o capítulo “A documentation system for controlled practice”, pp. 155-172).

Com tudo isso, Petermann e Müller (2001) oferecem um raro sistema de documentação, planejamento, intervenção e análise com rigor e consistência interna e convincente quanto à sua aplicabilidade, *abertamente orientado para responder às contingências tipicamente em ação no contexto do clínico de serviços*, replicável, e que, ao mesmo tempo, não fere as proposições mais rigorosas e exatas procedentes da prática científica acadêmica. Sua ênfase em medidas atende a uma das exigências críticas da PPE, da PPPE e do MQ. Cada intervenção conduzida de acordo com aquela proposta produziria, potencialmente, um estudo de caso tipo III, na tipologia de Kazdin (1982) (Veja-se na página 27 desta tese uma apresentação desta tipologia).

A fundamentação daquela proposta nos estudos de caso único torna-a igualmente compatível, nos seus traços gerais, com as proposições mais rigorosas e exatas originadas da investigação científica de orientação analítico-comportamental e também a aproxima do modelo cientista-praticante ao tentar uma ponte entre a produção clínica acadêmica e a prática clínica na terapia do mundo real.

Talvez o ponto mais instigante da proposta de Petermann e Müller (2001) é a argumentação que aqueles autores desenvolvem nos momentos iniciais da sua obra, estabelecendo um paralelo entre os serviços de terapia com os desideratos da *International Organization for Standardization (ISO)* (<http://www.iso.org/iso/home.htm>) uma organização não-governamental fundada em 1947 na Suíça, com a finalidade de promover a normatização de produtos e serviços para a contínua melhoria da qualidade dos produtos ou serviços oferecidos ao mercado. De maneira geral, são estes os seus desideratos:

- Os padrões da família ISO representam um consenso internacional sobre boas práticas gerenciais com o objetivo de assegurar que a organização pode oferecer, repetidamente, serviços que atendam à demanda de qualidade do cliente.

- O processo de produção é a base para dotar atributos de qualidade a um produto ou serviço. A qualidade está relacionada ao processo de produção que se garante para um determinado produto. Um processo de produção segue regras bem definidas que permitem replicação.
- Descrever estas regras constitui a base para uma avaliação da qualidade. Um único teste de um processo de produção não é suficiente para assegurar a qualidade de futuros produtos. Dessa maneira, uma avaliação continuada paralela ao processo de produção é necessária.

A menção dos propósitos da ISO por Petermann e Müller (2001) contém certa ironia: afinal, *mutatis mutandi*, os desideratos da ISO reproduzem os desideratos da boa ciência quanto à demanda de descrições precisas, replicabilidade e avaliação continuada. Sendo a ciência anterior à ISO por alguns séculos, há certa ironia em ver esses desideratos de volta ao universo da ciência através da sua adoção por uma organização voltada essencialmente para práticas comerciais.

Petermann e Müller (2001) descrevem assim os princípios de uma *prática controlada*:

1. *A prática controlada é secundária ao trabalho terapêutico real.*
2. *A prática controlada requer uma terapia estruturada.*
3. *A prática controlada é caracterizada por sua abordagem empírica ao planejamento, execução e avaliação da terapia.*
4. *A coleta de dados segue metas operacionais, as quais podem ser usadas para a análise do processo terapêutico.*
5. *A prática controlada pede uma integração das perspectivas do terapeuta e do paciente.*
6. *A análise da evidência empírica na prática controlada é orientada por regras.*
7. *O trabalho terapêutico e a análise de caso único são documentados sistematicamente na prática controlada. (p.35, itálicos deste pesquisador).*

O princípio básico de uma *prática controlada* é a sistematização. *Entretanto, na versão de prática controlada que se desenvolve e se estuda nesta tese, o que se busca sistematizar não é a intervenção, que permanece idiossincrática, mas sim os instrumentos de documentação e registro dos eventos e ações clínicas e o seu arranjo, com o objetivo explícito de colocar o repertório clínico do terapeuta o mais possível sob controle de aspectos públicos da sua ação profissional.*

Sistematizar pode ser entendido, coloquialmente, como fazer a mesma coisa do mesmo jeito todas as vezes. Para os propósitos da *prática controlada*, sistematizar corresponde a

estabelecer um controle de estímulos bem definido e público para pelo menos parte das respostas do terapeuta.

Pelo procedimento da divisão do tempo da sessão que se utiliza neste modelo, conforme se caracteriza um pouco mais abaixo, não há nem impossibilidade nem contradição em se considerar, no planejamento terapêutico e na condução da intervenção, tanto aspectos idiossincráticos como aspectos comuns, e portanto categoriais, da apresentação clínica que se tem em mãos, podendo-se enfatizar mais um ou o outro num dado momento da tarefa clínica, de acordo com o julgamento clínico constrangido pelos indexadores empíricos da evolução da intervenção.

No modelo da *prática controlada* utilizado neste estudo, desde o início a abordagem é idiossincrática. O instrumental padronizado e o arranjo sistematizado que dele se fez recebe desde os primeiros momentos um manuseio e uma interpretação integralmente individualizadas. Por outro lado, a padronização do instrumental e do seu arranjo e a sistematização do seu uso oferecem uma base pública comum para a produção verbal do terapeuta, suas interpretações e julgamentos. O controle exercido por esta base pública é ampliado pelo referencial teórico comum que organiza a interpretação. Por último, mas não menos importante, a indexação empírica que esta metodologia permite, constrange e individualiza ainda mais a interpretação e força a análise teórica a se ater ao comportamento do cliente real e presente: interpretações precisam dar conta das variações observadas nas séries temporais obtidas para aquele cliente em particular o que, por sua vez, amplia mais uma vez o controle público sobre elas.

Sistematizar a intervenção implica alguma forma de controle do tempo da sessão. Interessado numa concepção do trabalho clínico que facilitasse a ação terapêutica tecnológica, direta e mais próxima do modelo científico da Análise do Comportamento e que, ao mesmo tempo, pudesse trabalhar aspectos mais sutis e qualitativos da tarefa clínica, este pesquisador discutiu, em trabalho anterior, a questão do tempo do atendimento nas sessões e propôs a divisão do tempo de atendimento em dois blocos com controles diferenciados para a ação do terapeuta (Starling, 2002).

Resumidamente, com o objetivo de assegurar que pelo menos durante parte considerável da sessão o terapeuta estaria voltado para a ação técnica, mas que durante a sessão pudesse, ao mesmo tempo, atender aos aspectos mais sutis da tarefa clínica, neles incluindo o estabelecimento e/ou a manutenção da relação terapêutica, o tempo do atendimento é dividido em dois blocos de

procedimentos diferenciados: *tempo estruturado* e *tempo não-estruturado*. O tempo para a intervenção tecnológica é chamado de *tempo estruturado*. Contudo, não só em função dos aspectos mais amplos do ambiente que podem influenciar a instalação e manutenção de problemas de comportamento aparentemente contidos e/ou analisáveis em termos da contingência de três termos (Carr, 1994), mas também pela natureza mutável do ambiente amplo do cliente e as repercussões disso na relação repertório-ambiente, prevê-se um *tempo não-estruturado*, no qual são tratadas questões mais amplas e mais sutis ou imediatas (como, por exemplo, as produções e interações sócio-verbais da díade terapêutica ou a entrada em ação de contingências adventícias) e também trabalhadas eventuais interações entre estas questões mais amplas e sutis ou mais imediatas e os aspectos mais focados e técnicos da intervenção (comportamentos-alvo).

Tabela 1 - Planejamento do tempo da sessão

PLANEJAMENTO DO TEMPO DE SESSÃO	
Tempo não-estruturado	15 minutos
Tempo estruturado	20 minutos
Tempo não-estruturado	05 minutos
Tempo estruturado	10 minutos
Tempo não-estruturado	10 minutos

O racional para esta distribuição bem como suas particularidades são apresentadas no citado artigo (Starling, 2002). O trabalho é conceitual, de utilidade heurística e sua validade ainda não foi verificada sob condições controladas. Numa revisão atual desta proposição (Starling, 2002) motivada por esta tese e auxiliada por discussões com a orientadora dela, a concepção original foi modificada e simplificada para as denominações e distribuição vistas na Tabela 1. No uso que foi feito deste procedimento, estes blocos de tempo são referenciais e flexíveis, na dependência da tarefa clínica em mãos. Considerando a sessão típica de uma hora de duração, estes blocos foram assim organizados:

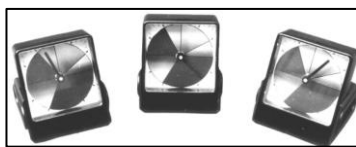


Figura 2 - Relógios especiais para controle do tempo da sessão.

Com a finalidade de produzir estímulos discriminativos precisos que pudessem controlar o comportamento do terapeuta na mudança entre os dois blocos de tempos, foi desenvolvido um pequeno aparato técnico, um *prompt* mecânico, que é um relógio comum no qual o mostrador convencional foi substituído por uma representação gráfica desta divisão temporal (Figura 2). As duas faixas mais escuras do aparato reproduzido na Figura 2 correspondem ao tempo estruturado. Foi no *tempo estruturado* e somente nele que se trabalharam os comportamentos-alvo selecionados através dos instrumentos e procedimentos que serão oportunamente descritos.

1.5 - Evidência empírica e mensuração.

No que diz respeito às intervenções clínicas de orientação analítico-comportamental, pode-se dizer que a preocupação com a mensuração sempre existiu e constitui (ou pelo menos constituiu) um dos seus diferenciais. De uma maneira geral, as terapias de orientação analítico-comportamentais, uma expansão da Análise do Comportamento Aplicada, desenvolveram-se com forte apoio conceitual e metodológico na Ciência do Comportamento, que tem como projeto a construção de um modelo explicativo científico naturalístico para o comportamento dos organismos (Skinner, 1953). Em outras palavras, se a Ciência do Comportamento almeja o estatuto de uma ciência natural, boa parte das linhas de aplicação dela derivadas ou a ela relacionadas ainda não abriram mão desse desiderato, pelo menos não declaradamente.

No primeiro número publicado do *Journal of Applied Behavior Analysis*, escreviam Baer, Wolf e Risley (1968): “Uma vez que o comportamento de um indivíduo é composto de eventos físicos, *seu estudo científico pede mensuração precisa*. Como resultado, emerge imediatamente o problema da quantificação fidedigna.” (p. 91, itálicos deste pesquisador). Naquele trabalho, Baer, Wolf e Risley (1968) procuravam delimitar o que se poderia entender por uma análise do comportamento aplicada. Numa revisita àquela delimitação do campo, conduzida 20 anos após a inicial, aqueles autores analisam as mudanças ocorridas no período, observando que as dimensões propostas no trabalho original como delimitadoras do campo de estudos permaneciam ainda válidas em sua essência: a análise do comportamento aplicada continuava interessada em comportamentos e, portanto, interessada num fenômeno composto de eventos físicos e, assim, permanecia demandando medidas para manter a compatibilidade com o projeto inicial da sua disciplina de origem, a Análise do Comportamento (Baer, Wolf & Risley, 1987).

De fato, a preocupação com mensuração e medidas tem acompanhado os esforços de extensão aos fenômenos clínicos da compreensão naturalística proposta pela Ciência do Comportamento. O artigo seminal de Ferster (1972), *The experimental analysis of clinical phenomena*, já apresentava esta preocupação: “(...) Finalmente, um relato objetivo do fenômeno da depressão pode oferecer-nos um esquema para a experimentação que nos permita *medir* de maneira válida fenômenos clínicos complexos.” (p. 85, itálicos deste pesquisador).

Números, como resultados de medidas, são elementos constituintes diferenciais da linguagem da ciência em relação a outras possibilidades discursivas. Pode-se argumentar na direção de uma interação sinérgica entre esses processos, com a teoria oferecendo o quadro

conceitual e a delimitação do campo dentro do qual se pronunciará sobre o fenômeno, a experiência selecionando as perguntas e orientando as evidências empíricas que se buscará e os indexadores empíricos constringendo os dois primeiros, tornando-os passível de crítica informada e correção, através da ampliação da publicidade dos seus controles verbais putativos (Starling, 2001). Por essa ampliação da publicidade dos controles, a produção de um juízo empiricamente informado pode ser de extrema valia para as tarefas de formação de terapeutas e da produção de julgamentos clínicos empiricamente testáveis, esta última uma condição necessária para mover a terapia para o território da ciência.

Sobre esta busca de evidências empiricamente informadas, num sentido mais amplo, Skinner (2004) escreveu:

Meu ponto é que, na medida em que a psicologia se move na direção de uma explicação do comportamento como uma variável dependente e procura as variáveis independentes das quais ele é função, ela conquistará o reino da tomada de decisão na construção de culturas que, no passado, foi deixado para a intuição e conjecturas. (p. 213).

Existindo então argumentos tão fortes para a produção de evidências empíricas neste tipo de prestação de serviço, como explicar o conhecido fato de que clínicos de serviços, expoentes, experientes e iniciantes, raramente, se alguma vez o fazem? Ao discutir possíveis controles desse fato, Hayes, Barlow e Nelson-Gray (1999) observam que, com o tempo, o clínico de serviços desenvolve habilidades (repertório clínico) suficientes para a produção de reforçamento num esquema forte o suficiente para manter sua forma específica de terapia psicológica. Colocado de maneira direta, seus clientes o remuneram o suficiente e ele recebe um fluxo suficiente de novos clientes para manter relativamente constante esta remuneração. Com um pouco mais de sensibilidade, habilidade social e exposição, ele poderá até mesmo alinhar-se com as contingências de reforçamento prevalentes nessa ou naquela comunidade clínica e adquirir alguma notoriedade, o que lhe proporcionará ainda mais reforçamento. Como comentam Hayes, Barlow e Nelson-Gray (1999):

De vez que alguns clientes sempre irão melhorar, não importa o que alguém fizer, tem-se uma ampla oportunidade para os clínicos de serviço cometer um erro cognitivo e atribuir seus sucessos

ao procedimento particular que utilizaram (Dawes, 1994) e a descontar fracassos por uma ou outra razão, tais como falta de motivação do cliente. (p. 26) ¹².

Resumindo essa linha de argumentação, o clínico de serviços não utiliza o resultado de pesquisas nem se preocupa em produzir demonstrações públicas da eficácia do seu tratamento porque não precisa nem de uma nem da outra para produzir reforçamento. Ao fim e ao cabo, o clínico de serviços, trabalhando isoladamente pode, com maior ou menor acerto, produzir suas análises e decisões clínicas sem precisar prestar contas a quem quer que seja, tendo por limites somente os amplos parâmetros legais que regem a sua profissão¹³. Desinformado e desavisado, o público consumidor aceitará praticamente qualquer procedimento que não fira (muito) a cultura e os costumes como sendo um “tratamento” ¹⁴. Na ausência da contingência, porque haveria ele de se engajar em respostas que teriam como resultado somente o aumento do custo da resposta da tarefa clínica, sobretudo porque a densidade do reforçamento produzido já o satisfaz?

No entanto, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) escrevem:

A avaliação sistemática de resultados finais esta se tornando cada vez mais rotineira na condução de serviços terapêuticos e de saúde mental. (...) observadores notam que o interesse no resultado final não é específico no campo da saúde mental, mas, ao invés, é parte de uma tendência mundial (Andrews, 1995; Humphreys, 1996; Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998; Sanderson, Riley, & Eshun, 1997). Como os pesquisadores Brown, Dreis, and Nace (1999) destacam: no ambiente que está emergindo o resultado final da prestação de serviço é o produto que provedores e pagantes tem para oferecer no mercado e vender, ao invés do serviço em si mesmo. Aqueles incapazes de avaliar sistematicamente o resultado final de tratamentos não terão nada para vender a compradores e serviços de saúde (...). (p. 91).

Em nosso país, constatações semelhantes manifestam Del Prette e Del Prette (2008):

A preocupação com a efetividade dos atendimentos psicológicos é pertinente tanto aos profissionais que atuam em diferentes campos, quanto à clientela atendida, especialmente considerando-se o contexto atual de reconhecimento (inclusive legal) dos direitos do consumidor e de consolidação de

¹² Dinsmoor (1985) demonstra experimentalmente, e com parcimônia teórica bem maior, o real controle do que está sendo chamado de “erro cognitivo”: nossa atenção é controlada pelos estímulos relacionados ao reforçamento e não à extinção.

¹³ No ano passado o Conselho Federal de Psicologia fez publicar uma resolução na qual institui a obrigatoriedade do registro documental da prestação de serviços psicológicos. Sem definir com precisão o objeto da resolução, pode-se entender que praticamente qualquer tipo de registro, vazado nos termos mais diversos, atenderá a esta exigência. Entretanto, por mais tímida e indefinida que possa ser, esta resolução deve ser saudada como um importante passo a frente na direção da credibilidade social da profissão (Resolução CFP no. 001/2009, de 16/05/2009).

¹⁴ Possa ser suficiente para exemplificar este ponto a legião de “terapias” vegetais, minerais, animais, luminosas, filosóficas, pedagógicas, fluídicas e espirituais que grassam livremente no mercado da saúde psicológica.

uma cultura de avaliação sobre a prestação de serviços. Esse contexto avaliativo, presente na cultura da maioria dos países desenvolvidos, cria o desafio de um progressivo aperfeiçoamento dos procedimentos e práticas que subsidiam a formação e a atuação dos profissionais e técnicos. Na Psicologia, e particularmente no campo da psicoterapia (Estados Unidos, Canadá e Europa), pode-se identificar, nos últimos vinte anos, um investimento crescente em métodos e critérios para avaliar a efetividade das práticas clínicas e para identificar procedimentos efetivos (Levant, 2005). A preocupação com procedimentos sustentados por evidências de efetividade tem também recebido atenção, em anos recentes, no contexto da Educação Especial (Brantlinger, Jumenez, Pugach & Richardson, 2005; Gersten, Fuchs, Coyne, Greenwood & Innocenti, 2005; Thompson, Diamond, McWilliam, Snyder & Snyder, 2005). (p. 497).

No Brasil, mesmo em contextos formais de divulgação de relatos clínicos, não são ainda comuns estudos clínicos metodologicamente robustos na produção de evidências. Del Prette, Silveira e Meyer (2005), conduzindo uma análise de estudos clínicos sobre terapia infantil publicados nos últimos três anos no país, encontraram somente um único estudo que atendia a cuidados metodológicos suficientes para ser classificado como do Tipo III, o mais confiável na tipologia proposta por Kazdin (1982).

Interessado em estudar alguns critérios que pudessem dar uma base racional para a avaliação da confiabilidade de estudos clínicos, Kazdin (1982) classificou estes estudos como de Tipos I, II ou III, conforme promovessem, de menos para mais, o controle de algumas variáveis relevantes para avaliação da sua validade interna. O autor considerou para esta tipificação a presença ou ausência, no estudo, de dados objetivos, de avaliação contínua, de verificação da estabilidade do problema, da demonstração de efeitos imediatos e acentuados e do exame de múltiplos casos. Quanto à eliminação de ameaças à validade interna, considerou: história, maturação, teste, instrumentação e regressão estatística. Estes dados podem ser organizados como na Tabela 2.

Tabela 2 - Critérios para classificação de casos clínicos conforme sua validade interna (Kazdin, 1982)

CARACTERÍSTICAS DOS CASOS	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Dados objetivos	+	+	+
Avaliação contínua	-	+	+
Estabilidade do problema	-	-	+
Efeitos imediatos acentuados	-	+	-
Múltiplos casos	-	-	+

AMEAÇAS À VALIDADE INTERNA ELIMINADAS	Tipo I	Tipo II	Tipo III
História	-	?	+
Maturação	-	?	+
Teste	-	+	+
Instrumentação	-	+	+
Regressão estatística	-	+	+

Nessa tabela, o sinal “+” indica a presença do item/controlado desejado e o sinal “-” a sua ausência.

Num outro trabalho o mesmo autor (Kazdin, 2006) oferece orientações para uma avaliação sistemática da prática clínica que, sendo atendidas, permitirão a produção de estudos clínicos do Tipo III:

1. Especifique e avalie as Áreas de Resultado do tratamento - Especifique explicitamente o foco inicial e as metas desejadas para o tratamento. Selecione e desenvolva uma medida que reflita o estado atual da pessoa nestes parâmetros (por exemplo, sintomas, funcionamento).
2. Especifique e avalie procedimentos e processos - Identifique explicitamente os meios ou processos (procedimentos, tarefas, atividades ou experiências) que teriam a expectativa de produzir as mudanças terapêuticas desejadas. Meça a extensão da mudança terapêutica que está sendo obtida através destes meios, ou do seu desempenho, execução ou implementação, no decorrer do tratamento.
3. Selecione as medidas - Identifique ou desenvolva os instrumentos, escalas ou medidas que serão usadas para avaliar o progresso ao longo do tratamento. A identificação de medidas de processos ou procedimentos depende muito do caráter mais ou menos direto do processo (por exemplo, execução de tarefas durante a sessão) ou processos emergentes (por exemplo, aliança terapêutica) que podem demandar medidas diferentes.
4. Meça em várias ocasiões - Meça o desempenho em função das medidas do funcionamento na direção da orientação do tratamento antes de começar o tratamento e, a partir daí, em bases regulares e continuadas ao longo do tratamento. Medidas continuadas podem ser a cada sessão, a cada duas sessões ou qualquer outro regime que permita ao terapeuta verificar qualquer padrão ou tendência ao longo do tempo.
5. Avalie os dados - Organize as informações obtidas do processo de avaliação para examinar mudanças, padrões e outras características do progresso que possa fundamentar diretamente as decisões terapêuticas (por ex., mudar ou terminar o tratamento, mudar o foco do tratamento). Arranjos gráficos são especialmente úteis. (p. 157).

1.5.1 – Goal Attainment Scaling, GAS

As cinco orientações acima e pelo menos três das características de um estudo clínico Tipo III recomendadas na tipologia de Kazdin (1982) (dados objetivos, avaliação contínua e inspeção visual de efeitos imediatos acentuados) podem ser atendidas através de um instrumento, utilizado neste estudo, de amplo uso para a mensuração de desempenhos humanos controlados por objetivos, a Goal Attainment Scaling (GAS)¹⁵, que em português poderia receber a tradução um tanto desajeitada de “escalamento da consecução de objetivos”. Adicionalmente, este instrumento se presta especialmente bem como um suporte instrumental para a condução da parte tecnológica e mais focada da intervenção e integra-se facilmente ao modelo analítico-comportamental, como se verá ao longo desta exposição.

Schlosser (2004) oferece uma apresentação bastante simples da GAS:

Goal Attainment Scaling (GAS) é uma técnica para avaliar o progresso individual em direção a metas (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) e é uma forma reconhecida de avaliação técnica de resultados clínicos finais [*clinical-outcome*] em outras profissões clínicas, tais como fisioterapia, geriatria, reabilitação, intervenção precoce e saúde mental (Bailey & Simeonsson, 1988; Lewis, Spencer, Haas, & DiVittis, 1987; Rockwood, Graham, & Fay, 2002; Simeonsson, Bailey, Huntington, & Brandon, 1991; Stephens & Haley, 1991; Stolee, Stadnyk, Myers, & Rockwood, 1999). (p. 218, chaves deste pesquisador).

Kazdin (2006) apresenta a GAS com as seguintes palavras: “(...) foi desenvolvida há décadas como um método geral para avaliar resultados finais [*outcomes*] de tratamentos na saúde mental, tem sido amplamente aplicada e testada e existem informações extensivas sobre suas propriedades psicométricas, treinamento e utilização.” (p. 162).

Um resumo dos passos seguidos neste método é apresentado pelo mesmo Schlosser (2004):

[A construção de uma] GAS implica seguir os seguintes passos (Cardillo & Choate, 1994; Kiresuk & Sherman, 1968): (a) especifique um conjunto de metas; (b) atribua um peso para cada meta de acordo com sua prioridade; (c) especifique um contínuo de resultados possíveis (pior resultado

¹⁵ Apesar de sugestões fundamentadas recomendando uma tradução para o português de *Goal Attainment Scaling*, optou-se por manter o nome e a respectiva abreviatura na língua da sua formulação original, o inglês, por duas razões principais: a primeira é que se trata de técnica já bem estabelecida e divulgada no exterior, embora ainda pouco conhecida no Brasil. Nessas condições, pesquisas à literatura e às bases de dados internacionais que sejam formuladas na denominação original produzirão farto material, o mesmo não acontecendo caso se adotasse uma tradução. A segunda é que temos, na literatura psicológica brasileira, vários instrumentos que mantiveram a abreviatura proveniente da sua denominação na língua original e que, pelo uso, são prontamente identificados pelos interessados, tais como o WAI, o MMPI, o CBCL, o WISC, etc.

esperado (-2), resultado abaixo do esperado (-1), resultado esperado (0), resultado acima do esperado (+1), melhor resultado esperado (+2); (c) especifique os critérios para avaliar cada nível; (d) determine o desempenho atual ou inicial; (e) intervenha por um tempo determinado; (f) determine o desempenho alcançado em cada objetivo e (g) avalie e extensão deste resultado. (p.1, chaves deste pesquisador).

Uma apresentação ligeiramente diferente pode ser vista em Lukies (2006):

Kiresuk, Smith and Cardillo (1994) descrevem um processo de nove passos como um guia de treinamento que pode auxiliar o desenvolvimento de uma Goal Attainment Scaling. Passo 1 – Identifique os tópicos que serão o foco do tratamento. Passo 2 – Traduza os problemas selecionados em pelo menos três objetivos. Passo 3 – Escolha um título breve para cada objetivo. Passo 4 – Selecione um indicador para cada objetivo. Passo 5 – Especifique o nível de resultado esperado para o objetivo. Passo 6 – Reveja o nível esperado de resultado. Passo 7 – Especifique algo um pouco acima e um pouco abaixo do nível de resultado esperado para o objetivo. Passo 8 – Especifique algo muito acima e muito abaixo do nível de resultado esperado. Passo 9 – Repita esses passos para a construção de uma escala para cada um dos três ou mais objetivos. (p. 1)

De maneira geral, as apresentações acima citadas indicam satisfatoriamente os pontos essenciais desse método. Como se pode depreender dessa literatura, a GAS é apresentada como um método para definir, monitorar e avaliar desempenhos humanos em áreas selecionadas. Essencialmente, são estabelecidas *Áreas de Resultados [Goals]* e, para cada área de resultados, são estabelecidos os *Objetivos [Objectives]* correspondentes. O exemplo apresentado no Quadro 1 ilustra uma aplicação do método. Neste exemplo, as colunas intituladas Escala 1, 2 e 3 apresentam a redação da Área de Resultado e, as células abaixo de cada uma delas, a redação dos Objetivos.

Neste exemplo, foram selecionadas três Áreas de Resultados: planejamento de carreira, controle da raiva e auto-estima. Para cada uma delas foram estabelecidos critérios de desempenho público (ou potencialmente publicizáveis) correspondentes aos indicadores quantitativos, sendo que o indicador “+2” corresponderia ao logro do objetivo de cada Área de Resultados. O “nível de resultado esperado”, “0”, corresponderia ao repertório atual do/a cliente em cada uma destas áreas ou, em outras palavras, ao desempenho na Linha de Base.

Existem variações quanto à forma de quantificação e distribuição dos objetivos, tal como foram apresentados acima. Por exemplo, numa distribuição proposta por Kazdin (2006), ele os redigiu assim: “1 = piora do problema, 2 = nenhuma mudança no funcionamento e sentimentos

correntes, 3 = alguma melhora e 4 = êxito nos objetivos de funcionamento e sentimentos neste domínio.” (p. 162).

Quadro 1 - Exemplo de aplicação da GAS na saúde mental (Fonte: Lukies, 2006)

Nível do resultado	Escala 1 Planejamento de carreira	Escala 2 Controle da raiva	Escala 3 Auto-estima
-2 = Muito menos do que o esperado	Não escolheu nenhuma área de trabalho preferida	Menos de 25% das vezes	Geralmente autodepreciativo (sentimentos de inutilidade)
-1 = Um pouco aquém do esperado	Escolheu uma ou mais áreas, mas sem planejamento	Pelo menos 25% das vezes	Mais aspectos negativos do que positivos
0 = Nível de resultado esperado	Escolheu uma ou mais áreas com planejamento para conseguir pelo menos uma.	Controlou a raiva pelo menos 50% das vezes nas últimas duas semanas	Sente que os aspectos positivos e negativos são mais ou menos iguais
+ 1 = Um pouco acima do esperado	Levou a cabo o planejado (entrevistas, etc.)	Pelo menos 65% das vezes	Mais aspectos positivos do que negativos
+ 2 = Muito mais do que o esperado	Conseguiu um trabalho na área escolhida.	Pelo menos 85% das vezes	Geralmente uma apreciação positiva de si mesmo

Segundo aquele autor, no contexto clínico ajuda adotar somente numerais positivos para construir esta escala. A reatividade potencial inerente à estimulação dada por testes e inventários desaconselharia que variações esperadas no desempenho do cliente implicassem a mudança dos registros da parte positiva da escala (+1 e +2) para a parte negativa.

Existem também variações na sua utilização. Kazdin (2006), por exemplo, propõe a GAS como um método para obter medidas contínuas e repetidas ao longo de um tratamento, num delineamento de caso único AB. Por exemplo, para uma cliente apresentando um padrão de respostas depressivas, ela selecionou, com auxílio do seu terapeuta, quatro Áreas de Resultado: eliminação dos sentimentos e pensamentos depressivos, envolvimento em atividades prazerosas e significativas, reaproximação da família e contatos de suporte afetivo fora da família. Para cada uma destas áreas foram elaborados quatro objetivos cujos resultados foram transpostos para uma escala GAS. O Quadro 2 mostra as Áreas de Resultado selecionadas e seus respectivos objetivos.

Quadro 2 - Redação de uma GAS detalhando Áreas de Resultado e respectivos Objetivos. (Fonte: Kazdin, 2006).

Áreas de resultados	Objetivos
Pensamentos e sentimentos depressivos	4. Sinto-me muito melhor. Não avalio meus sentimentos como negativos e tenho mais energia para sair e fazer as coisas 3. Sinto-me um pouco melhor quanto ao meu humor e as coisas não estão tão ruins quanto antes 2. Sinto aproximadamente o mesmo nível de depressão e infelicidade que sentia ao iniciar o tratamento 1. Sinto-me mais deprimida e infeliz do que quando iniciei o tratamento
Envolvimento em atividades prazerosas e gratificantes.	4. Estou bastante envolvida em algumas coisas, como na minha carreira, o que me dá alguma alegria em viver 3. Sinto-me com mais direção e foco no que faço 2. Não estou fazendo nada diferente ou fazendo qualquer coisa diferente que eu goste, comparativamente ao o que fazia ao iniciar o tratamento 1. Estou como se estivesse paralisada. Não consigo engajar-me praticamente em nada

<p>Isolamento na família</p>	<p>4. Meu marido e eu estamos verdadeiramente juntos. Experimentamos sentimentos de intimidade em muitas ocasiões e eu sinto que ele de fato se interessa por mim 3. Meu marido e eu estamos mais próximos. Saímos de vez em quando e nos comportamos novamente como um casal 2. As coisas não mudaram quanto aos meus sentimentos. Em casa, meu marido e eu, cada um faz as suas coisas e o que de fato fazemos juntos é somente estarmos juntos às refeições 1. Tive menos interações com meu marido e filhos do que tinha antes</p>
<p>Contatos significativos fora da família</p>	<p>4. Tenho tido relacionamentos significativos com algumas pessoas e meu marido e eu temos nos encontrado com alguns casais amigos, em bases regulares 3. Já me encontro com alguém para tomar um lanche ou ir a um evento juntas 2. De vez em quando encontro alguém quando vou ao supermercado ou levo as crianças na escola. Conversamos um pouco, mas nada além de superficialidades 1. Estou isolada das pessoas, inclusive de parentes que vivem na minha cidade</p>

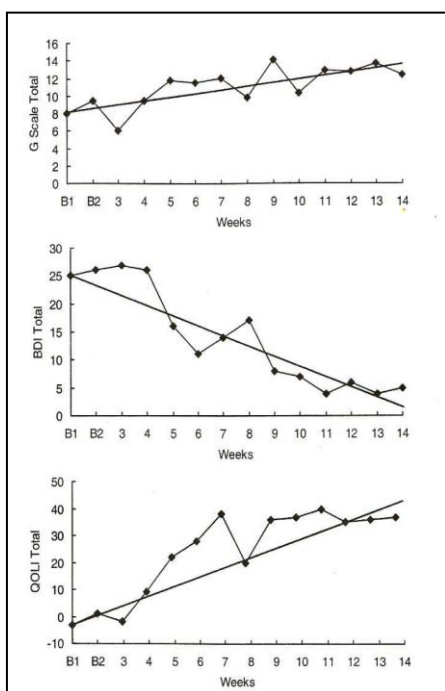


Figura 3 - Evolução dos escores da GAS, BDI e QOLI ao longo das sessões (Fonte: Kazdin, 2006).

A Figura 3 ilustra graficamente os resultados do tratamento ao longo de 14 semanas, de acordo com os registros da cliente. O gráfico correspondente aos registros da cliente na GAS é o painel superior, com o título “G Scale Total” no eixo das ordenadas.

As semanas B1 e B2 correspondem a medidas de linha de base ou de avaliação pré-tratamento. Para corroborar a validade concorrente da GAS, seus resultados foram comparados com resultados obtidos em dois outros instrumentos com propriedades psicométricas estabelecidas, o Inventário de Depressão de Beck¹⁶ (BDI) e o *Quality of Life Inventory* (QOLI), apresentados, respectivamente, no painel intermediário e inferior da Figura 2.

Como se pode ver no exemplo ilustrado na Figura 2, a validade concorrente da GAS ficou indicada: a tendência positiva da série temporal construída com os registros na GAS corresponde à mesma tendência obtida com os obtidos no QOLI e a uma tendência inversa (negativa) apresentada pelos escores no BDI, todos estes movimentos na direção terapeuticamente desejável (Kazdin, 2006).

Este mesmo autor (Kazdin, 2006) observa que as fragilidades inerentes às medidas de auto-relato podem ser compensadas através da avaliação concomitante de outros observadores utilizando a mesma GAS do cliente (Vejam-se recomendações semelhantes em Cone, 1997; Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Kazdin, 1982). De fato, como ilustra o Quadro 2, é razoável supor que um terceiro interessado e que conviva em bases cotidianas com a cliente do

¹⁶ Validado para a população brasileira por Gorestein e Andrade (1996).

exemplo, poderia corroborar os relatos da cliente pelo menos para as três últimas Áreas de Resultado e teria pelo menos um julgamento razoável¹⁷ do desempenho dela quanto à primeira. Essa estratégia é facilitada pelas características técnicas da GAS: ao enfatizar a mensurabilidade dos objetivos propostos, este método estimula a redação de objetivos com desempenhos total ou parcialmente públicos, o que ajuda a fidedignidade da avaliação por terceiros.

Numa publicação institucional da Drexel University (2007), instruções simples para a formulação de áreas de resultados e correspondentes objetivos a serem mensurados através da GAS foram assim apresentadas:

Objetivos: o primeiro passo para atingir os seus objetivos é estabelecer objetivos que sejam apropriados. Seus objetivos devem ser alcançáveis, realísticos, relevantes, mensuráveis e específicos. (...) Objetivos: uma vez que você tenha um conjunto de objetivos apropriados, escreva seus objetivos. Seus objetivos são as coisas que você irá fazer para atingir suas metas. Assim como as suas metas, os seus objetivos devem ser alcançáveis, realísticos, relevantes, mensuráveis e específicos (...). (p. 1).

Ao apreender os elementos fundamentais da GAS, os familiarizados com a área educacional talvez se recordem da literatura dos objetivos de ensino, em especial daquela mais diretamente derivada da então chamada “taxonomia dos objetivos educacionais” (Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl, 1979; Mager, 1976). As características essenciais desta metodologia se prestam de maneira especial a uma reformulação em termos da contingência de três termos, como este pesquisador demonstrou em outro trabalho (Starling, 2006) e, de fato, essas características estão presentes na literatura analítico-comportamental em várias de suas publicações (por exemplo, Teixeira, 2006; Ramalho, 2006; West & Hammerlynck, 1992; Vargas, 1974).

Neste estudo, tanto a definição das Áreas de Resultados quanto dos Objetivos foi uma produção conjunta do cliente e do terapeuta, sob a liderança do primeiro, o cliente, quanto ao conteúdo, e sob a liderança do segundo, o terapeuta, quanto à forma; esta estratégia foi utilizada para motivar o cliente na adesão aos objetivos autodeterminados, ao mesmo tempo adicionando validade clínica ao procedimento.

A GAS pode e deve ser revista ao longo do processo clínico, tanto com relação às áreas maiores quanto com relação aos objetivos específicos. Seus resultados podem ser examinados validamente tanto através de procedimentos estatísticos não-paramétricos como através da

¹⁷ “An educated guess.”

inspeção visual, uma vez dispostos numa apresentação gráfica (Kazdin, 2006; Pallsano, 1993; Schlosser, 2004).

O acompanhamento semanal do desempenho do cliente com relação aos seus objetivos constitui o núcleo do trabalho clínico através deste instrumento. À quarta página do instrumento criado para a elaboração da GAS (APÊNDICE 3) vê-se a descrição da análise do “campo de forças”, que nada mais é do que uma denominação coloquial e leiga para uma análise funcional, a ser conduzida em conjunto com o cliente, à luz do seu relato das contingências (ou das propriedades da contingência) que exerceriam controle naquele problema específico.

Quadro 3 - Registros hipotéticos de uma "análise do campo de forças".

ÁREA DE RESULTADOS – <i>Melhorar o valor nutritivo da minha alimentação</i>			
DIFICULTADORES	PESO	FACILITADORES	PESO
<i>Disponibilidade de fast-food</i>	<i>3</i>	<i>Valorizo minha saúde</i>	<i>2</i>
<i>Comer sozinho</i>	<i>1</i>	<i>Gosto de compartilhar as refeições com a família</i>	<i>2</i>
<i>Comer muito tarde à noite</i>	<i>2</i>	<i>Minha silhueta é importante para mim</i>	<i>3</i>
<i>Ausência de planejamento</i>	<i>3</i>		

O Quadro 3 ilustra o resultado final de uma análise do “campo de forças” para um cliente hipotético com problemas alimentares. Vê-se nele tanto controles da contingência direta (por ex.: disponibilidade de fast-food) quanto de governo verbal (por ex.: valorizar a saúde) e de possíveis contingências sociais (por ex.: comer sozinho x comer acompanhado). Ao produzir essas análises em conjunto com o terapeuta, várias aprendizagens paralelas estão sendo estimuladas. Por exemplo, o cliente está sendo treinado a produzir uma análise funcional ele mesmo, de natureza externalista e naturalística. Está discriminando possíveis controles de suas respostas e, neste sentido, produzindo “consciência”. Está sendo treinado a solucionar problemas. Está sendo treinado a produzir hipóteses testáveis sobre variáveis que poderiam influenciar suas respostas. Quando assim estimulado, aprende a produzir novos arranjos ambientais que presumivelmente exercerão um controle sobre o seu comportamento na direção por ele desejada, ou seja, está sendo treinado a desenvolver um repertório de autocontrole (Quadro 4).

As técnicas estão embutidas nestes procedimentos tais como, por exemplo, contrato de contingências (permitir-se 30 minutos de vídeo-game somente se caminhar por 30 minutos), procedimentos de controle de estímulo (disponibilidade de fast-food versus disponibilidade de alimentação saudável), mudança da propriedade da condição estimuladora antecedente (comida

disponível como Sd para reforçamento positivo da resposta de comer versus para Sd para engordar), procedimentos de controle da consequência (reforçamento positivo ao compartilhar as refeições com a família).

Quadro 4 - Plano de ação hipotético para mudanças ambientais favoráveis.

DATA	OBJETIVO	NIVEL GAS	DIFICULTADORES	AÇÕES PARA ENFRAQUECER DIFICULTADORES E FORTALECER FACILITADORES
2/11	1.2	1	<i>Joguei vídeo-game e fiquei assistindo TV</i>	<i>Pedir a um amigo que me chame todas as vezes que ele for caminhar. No dia de caminhar, permitir-me 30 minutos de vídeo-game somente se eu caminhar por 30 minutos</i>

É tarefa do terapeuta explorar, em benefício do cliente, as diversas técnicas disponíveis para o manejo do seu problema e auxiliá-lo a mudar o seu comportamento na direção por ele desejada. Atualizados em bases semanais, os relatos do cliente captados pela GAS informam em tempo real os resultados destas técnicas e permitem correções oportunas na condução da terapia.

A GAS atende a alguns dos requisitos para um instrumento útil para pesquisas em clínica e adapta-se especialmente bem à terapia analítico-comportamental, senão vejamos:

1. Trata-se de metodologia amplamente utilizada, estudada e validada e a sua utilização em contextos clínicos os mais diversos está bem documentada.
2. Já foi utilizada em delineamentos de caso único, em contextos clínicos.
3. Sua construção é individualizada, flexível, dinâmica e atende às recomendações técnicas e éticas da boa prática profissional.
4. Por seu caráter idiossincrático e por sua exigência de mensurabilidade pode ser facilmente adaptada às exigências de uma terapia analítico-comportamental.
5. Do ponto de vista da consistência teórica do tratamento, gera a demanda de uma segunda análise funcional.

Neste estudo, o número máximo de objetivos a se selecionar e trabalhar concomitantemente foi fixado em até quatro. Como se verá na apresentação e discussão dos resultados, a organização gráfica das séries temporais geradas para cada objetivo da GAS oferece um bônus para o analista do comportamento: objetivos que respondem a controles funcionais comuns, não importando o quão diferentes possam ser quanto à topografia, mostram uma variação semelhante (se, por exemplo, a tendência de uma das séries é de aumento, a outra série mostra também a mesma tendência). Mais ainda: como por vezes um dado objetivo é trabalhado

com precedência no tempo, o resultado final do arranjo das séries temporais é análogo ao de uma linha de base múltipla entre problemas e/ou situações, indicando empiricamente, por simples inspeção visual, relações funcionais por vezes não discriminadas pelo terapeuta.

1.6 - Teoria da mensuração e o “significado” de medidas

Esta tese traz a palavra “medidas” no seu título e discute medidas no seu desenvolvimento. Nenhuma discussão sobre medidas estaria completa sem mencionar o tratamento da mensuração e de medidas resultantes dos procedimentos de medir propostos na Teoria da Mensuração, hoje um ramo da matemática que, na psicologia, tem por base o trabalho seminal de Stanley Smith Stevens (1906-1973). Essencialmente, a taxonomia de mensuração proposta por aquele cientista ocupa-se da maneira com a qual números entram em ciência (em geral) e seu esforço era demonstrar que medidas em psicologia podem ser tão válidas, enquanto expressão matemática pura –isomórfica - de um fenômeno psicológico, quanto medidas de fenômenos físicos. A questão diz respeito à natureza dos numerais associados a objetos ou eventos e às transformações (operações) aritméticas que podem ser legitimamente realizadas preservando a relação de homologia – isomorfia - entre a representação numérica e o fenômeno (Johnston & Pennypacker, 1993b; Narens, 2002; Siegel, 1975). Um exame mais detalhado das implicações deste desenvolvimento teórico, a Teoria da Mensuração, não é um interesse ou uma necessidade imediata deste estudo, exceto quanto a algumas questões relacionadas às *escalas de medida*, que serão consideradas mais abaixo.

Assim, a discussão que se segue pretende expor alguns dos aspectos fundamentais dessa temática e, mais especificamente, discutir algumas particularidades dessa teoria que são relevantes para o método e para o arcabouço teórico com os quais se estudaram as proposições clínicas aqui consideradas.

Uma evidência *empírica* implica alguma operação de medir e uma operação de medir implica dois componentes: uma medida e uma escala de medida (Veja-se mais abaixo, à página 38 e seguintes desta tese, uma discussão com mais detalhes de *escalas de medida*).

Entretanto, o verbo medir, entendido como a produção de numerais associados a algum evento ou processo, pode ser um verbo enganoso. É preciso avaliar a natureza do que se está medindo, o que se pode legitimamente medir, como se está medindo e como legitimar a

interpretação que se fará sobre esta medida, este último requisito dependente, é claro, dos anteriores. É preciso também perguntar que uso se fará desta medida, ou seja, qual a sua relevância para a compreensão do fenômeno sob estudo (Baer, Wolf & Risley, 1987).

Dispondo-se de numerais, quaisquer numerais, manipulações matemáticas e estatísticas as mais variadas podem ser conduzidas, mas a menos que os numerais sejam resultado de *medidas*, e, portanto, números, os resultados numéricos dos cálculos ou contagens não serão uma representação numérica válida do fenômeno de interesse, mas sim o resultado da aplicação das regras – e seus supostos - utilizadas para efetuar as operações executadas (Ramalho, 2006).

Johnston e Pennypacker (1993a) tratam o mesmo problema por um ângulo diferente. Aqueles autores observam que a pergunta “O que é número?” pode ser uma pergunta fácil para matemáticos e, de maneira geral, as pessoas não polemizariam a perspectiva deles. No entanto, esta mesma questão conduziria os cientistas do comportamento para outras direções. Como escrevem os autores:

De uma perspectiva comportamentalista, os números que um observador escreve na sua folha de dados brutos, depois de cada sessão, são produtos do seu comportamento de escrever. Especificamente, números são uma forma de comportamento verbal, sejam escritos ou falados, e a matemática é um corpo de regras (comportamento verbal) sobre como manipular outras regras. (p. 137).

Johnston e Pennypacker (1993a) prosseguem escrevendo que a função da operação de medir é criar um registro do que é observado. Números que representam eventos comportamentais são então respostas verbais escritas com o propósito de controlar comportamentos verbais subseqüentes, tais como “julgamento”, “decisões”, etc. Aqueles autores observam que estes operantes verbais subseqüentes não podem estar sob controle direto do comportamento do organismo, porque este comportamento ocorreu no passado. Como o interesse do observador/experimentador incide sobre particularidades específicas do comportamento do seu sujeito ou participante, planeja-se a mensuração como um filtro para as reações do observador/pesquisador, eliminando aspectos do comportamento do organismo estranhos às particularizações de interesse. Os autores chamam a atenção para o fato de que esta perspectiva é de importância especial ao se considerar os efeitos de manipulações gráficas ou estatísticas dos dados sobre as classes operantes verbais “interpretar” ou “concluir”:

Registramos os dados num gráfico ou os manipulamos matematicamente para criar estímulos que influenciarão nosso comportamento verbal. Cada vez que produzimos um gráfico, calculamos uma

média ou conduzimos uma análise de variância, deveríamos nos perguntar se os efeitos dos recém criados estímulos verbais conduzirão a conclusões mais ou menos úteis. (p. 137).

Relacionada à Teoria da Mensuração de Stanley Smith Stevens (1906-1973), a distinção que Johnston e Pennypacker (1993a) propõem entre unidades de medida que eles denominam *vaganotics* e *idemnotics*, ou *vaganóticas* e *idemnóticas*, aportuguesando estas palavras inglesas¹⁸, apresentam interesse para este desenvolvimento.

Uma unidade de medida idemnótica é aquela cuja definição está atrelada, ou deriva de uma constante absoluta do mundo físico, como por exemplo, o *metro*, a unidade padrão de comprimento, que é definido como sendo igual ao espaço atravessado pela luz no vácuo durante o intervalo de 1/299 792 458 de um segundo, ou o *joule*, a unidade padrão de trabalho ou energia, definido como a aplicação da força de um newton pela distância de um metro (Bureau International des Poids et Mesures, 2009). Desta forma, e em potência, qualquer medida executada com uma unidade de medida idemnótica produzirá sempre o mesmo resultado (*idem*=igual).

Uma unidade de medida vaganótica é definida como o desenvolvimento de um sistema de mensuração que “implica o desenvolvimento de escalas e unidades de medida baseadas na variabilidade de um conjunto de observações entre indivíduos” (Mace & Kratochwill, 1986, p. 156). Vale dizer que uma medida vaganótica é pelo menos em parte uma construção social (White, 2001). Um exemplo clássico de uma medida vaganótica é o dos testes em psicologia, nos quais a unidade de medida deriva de uma amostra x tomada num tempo t . Todavia, as unidades e escalas obtidas nesta situação seriam diferentes caso fossem derivadas de outra amostra, digamos amostra y , ou da mesma amostra x se tomadas num tempo $t \pm \Delta t$. Em outras palavras, estas unidades de medida flutuariam (*vagare*) em função de variáveis estranhas ao fenômeno em si mesmo e medidas obtidas com elas não produziram sempre, necessariamente, o mesmo resultado. Além disso, conforme observa White (2001), os parâmetros que delimitam os pontos extremos destes resultados (e que definem, por via de consequência, todas as demais medidas do intervalo assim estabelecido) “vagam” também em função da composição da amostra de padronização e de variáveis sociais. Por exemplo, um teste desenvolvido para classificar o nível

¹⁸ Pesquisa no Google, conduzida por este pesquisador em 12/05/09, não apresentou quaisquer equivalentes em português para as palavras inglesas *vaganotics* e *idemnotics*, utilizadas por aqueles autores. Tanto quanto este pesquisador pode verificar (White, 2001), estes termos parecem ter sido cunhados pelos próprios Johnston e Pennypacker (1993b), a partir dos afixos latinos *vagus*, *errante*, e *idem*, *igual*, *o mesmo*, como qualificadores do afixo também latino *nota*, *marca*, *senal* (Ferreira, 1994). A proposta que se faz neste trabalho de aportuguesar estes termos como “vaganóticas” e “idemnóticas” conserva o sentido dos termos latinos utilizados originalmente e evita a estranheza destas palavras inglesas num texto em português.

de “aptidão” escolar de crianças em 1930 dificilmente seria apropriado para medir o mesmo construto atualmente, pois inúmeras mudanças ocorreram neste intervalo, incluindo dentre elas as diferentes demandas sociais dos parâmetros deste construto: diferentes épocas implicam diferentes habilidades julgadas necessárias para o melhor desempenho do futuro cidadão naquela sociedade, diferentes ideologias implicam igualmente diferentes conceitos de “aptidão”. Segue-se que tais medidas não poderiam ser uma exata *tradução* matemática do fenômeno e que, assim sendo, os números que se obtiver através destas medidas e, sobretudo, as operações de cálculo que com eles se vier a executar (soma, subtração, multiplicação, divisão) padecerão de legitimidade representativa em graus variados, dependendo das escalas que vier a se construir com tais medidas.

White (2001) observa que:

O uso de uma medida idemnótica não garante, é claro, que todas as coisas serão as mesmas. O aspecto idemnótico de uma medida está na unidade de medida (o metro) e não no resultado da medida (a altura de uma pessoa expressa em metros). Uma pessoa pode mudar sua altura, mas o tamanho desta mudança ainda poderá ser expresso precisamente em “termos constantes” através do uso do metro. Medidas também podem mudar por causa de simples erros (...). Erros de medidas são lamentáveis, mas somente são verdadeiramente definíveis quando a unidade de medida subjacente que procuramos replicar seja, ela mesma, idemnótica. Meu “metro” não poderia verdadeiramente ser considerado curto a menos que haja alguma definição absoluta de quão exatamente longo ele deveria ser. (p.1).

O mesmo White (2001) salienta que:

Não há surpresa alguma no fato de que mesmo as nossas melhores medidas do comportamento e aprendizagem humana são geralmente bem menos precisamente definidas do que o comprimento de um metro. Na verdade, existem bem poucas medidas de comportamento puramente idemnóticas (...) as que chegam o mais perto de serem idemnóticas são tipicamente baseadas na contagem simples de um comportamento e/ou medidas do tempo durante o qual um comportamento ocorre. (...) Na maioria dos casos, será necessário um compromisso entre medidas idemnóticas estritamente definidas (mas por vezes difíceis de medir) e medidas vaganóticas mais fáceis de serem medidas (mas menos precisamente definidas). (...) Contudo, onde compromissos forem aceitos, devemos reconhecê-los e reconhecer a instabilidade inerente em nossas medidas que eles podem produzir. (p. 3).

1.6.1 - Escalas de medidas

Como observam Gravetter e Forzano (2008), mensuração, no sentido amplo do termo, pode ser entendido como um procedimento para classificar diferentes fenômenos, diferentes instâncias de um fenômeno ou classificar diferentes particularidades de um fenômeno. Classificando-os, as escalas de medida permitem comparar instâncias diferentes do fenômeno, possibilitando uma descrição das relações que esses fenômenos mantêm entre si; caso a representação e operações matemáticas e os objetos (o fenômeno) guardem uma relação de isomorfismo, *esta representação é o próprio fenômeno*, no sentido de que operações nesta estrutura matemática corresponderão a operações no próprio fenômeno (Luce & Narens, 1987). Escalas de medida é o nome dado ao conjunto de categorias utilizadas para esta classificação. *Assim, o processo de medir envolve dois componentes: uma medida e uma escala.*

Os quatro tipos de escala tradicionalmente utilizados são a escala nominal, a escala ordinal, a escala de intervalo ou intervalar, e a escala de razão.

Numa *escala nominal*, as categorias têm nomes diferentes, mas não se podem demonstrar quaisquer relações sistemáticas entre elas e, sendo assim, mostram somente diferenças qualitativas entre elas. Exemplos de escalas nominais são medidas dos diferentes profissionais que compõem o corpo clínico de um hospital: três analistas do comportamento, dois médicos, um enfermeiro, etc. Cada pessoa será colocada numa categoria, de acordo com a sua formação profissional e uma medida nesta escala nominal nos permitirá demonstrar que duas pessoas são diferentes em relação a esta variável (formação profissional), mas não nos permitirá qualquer comparação quantitativa. Nesta escala, somente se associam numerais a rótulos verbais e, portanto, três, dois e um não são números; são numerais.

Uma *escala ordinal* consiste numa série de resultados ordenados, como por exemplo, a ordem de classificação de alunos num teste de leitura (primeiro, segundo, terceiro, etc.). Com medidas numa escala ordinal podemos saber se duas pessoas são diferentes com relação à variável considerada e podemos também saber a direção da diferença. Por exemplo, podemos saber que o aluno classificado em segundo lugar é provavelmente um leitor mais hábil do que o aluno classificado em quarto lugar, mas não saberíamos o quanto mais hábil. Observe-se que tanto em escalas nominais como ordinais as categorias podem ter grandezas diferentes entre si (por exemplo, ao primeiro aluno podem ter sido atribuídos 87 “pontos” no teste de leitura, ao

segundo, 51 “pontos” e ao terceiro 50 “pontos”, ou seja, os intervalos entre elas não são constantes).

No caso de uma escala ordinal, não existem de fato intervalos fixos através dos quais se possa medir essa distância, como existem numa escala de intervalos como num termômetro, por exemplo: nele, 4 graus é exatamente a metade de 8 graus, de vez que a escala tem um zero arbitrário a partir do qual intervalos idênticos se sucedem, cada um deles associado a um numeral. A consequência deste fato é a de que registros em escalas ordinais não são quantitativos, no sentido matemático do termo. Que significado teria, por exemplo, a “média” de números obtidos através do escalonamento numa escala ordinal? Sem a média não é possível calcular o desvio padrão e, por via de consequência, todo o ferramental da estatística paramétrica não pode ser utilizado de maneira válida (Siegel, 1975).

Escalas ordinais são tipicamente usadas para medir variáveis para as quais é difícil atribuir valores numéricos ou quando a grandeza entre diferentes medidas não é relevante para a resposta à pergunta que estimulou a mensuração (Johnston & Pennypacker, 1993a). Por exemplo, ao pedir a pessoas que ordenem marcas de roupas de acordo com a sua preferência, pode ser difícil ou irrelevante para os objetivos do pesquisador demonstrar o “quanto mais” uma dada pessoa prefere esta ou aquela loja.

Escala de intervalo ou *escala intervalar*¹⁹ organiza-se com intervalos iguais entre as medidas, como centímetros numa régua ou temperatura num termômetro e são organizadas sequencialmente. Intervalos iguais permitem determinar a distância entre dois pontos da escala. Este tipo de escala tem um ponto 0 (zero) *atribuído arbitrariamente*, por conveniência ou como simples referência. Nessas escalas, um valor zero não indica a ausência total da variável medida: “zero” grau num termômetro, por exemplo, não significa ausência total de calor e nem impede que a quantidade de calor assim medida possa ser ainda “menor”²⁰.

Escala de razão compõe-se de categorias ordenadas e, assim como nas escalas de intervalo, apresentam intervalos iguais entre as medidas. No entanto, estas escalas são ancoradas num ponto 0 (zero) absoluto, ou seja, o valor zero tem significado e corresponde à ausência total

¹⁹ Johnston & Pennypacker (1993b) subdividem as escalas intervalares em escalas lineares e logarítmicas. Esta subdivisão é relevante para o pesquisador do comportamento e poderá ser estudada na obra citada.

²⁰ A física e a química utilizam para medidas de temperatura a escala kelvin, na qual zero grau seria o zero absoluto, ou seja, a ausência total de calor, permitindo, assim, medidas idemnoticas deste fenômeno. Na realidade, o zero absoluto é uma temperatura limite (teórica) que não pode ser alcançada, tendo sido alcançados, entretanto, valores muito próximos dela.

da variável sob mensuração, o que significa que se pode medir a quantidade absoluta da variável, ou seja, pode-se medir a distância de uma medida qualquer com relação ao zero absoluto. Com uma escala de razão é possível medir a direção e a magnitude da diferença entre medidas e descrever esta diferença em termos de uma razão entre elas. Por exemplo, se uma resposta ocorreu após 10 segundos passados do momento da apresentação do Sd (10 vezes maior do que 0), o “tempo de reação” foi duas vezes maior do que um tempo de reação de 5 segundos (5 vezes maior do que 0). A razão será $10/5=2$. Somente eventos que possuam dimensões físicas podem ser medidos em escalas de razão ou, mais precisamente, somente as dimensões físicas de um evento podem ser medidas numa escala de razão. Uma *medida*, para ter “significado pleno”, precisa incidir sobre eventos ou processos dotados de dimensões espaciais ou temporais que apresentem zero absoluto, ou seja, eventos ou processos naturais, com os quais se podem construir *escalas de razão* (Narens, 2002; Johnston & Pennypacker, 1993a).

Vale à pena reproduzir o resumo de Gravetter e Forzano (2008) sobre o assunto:

Um fator óbvio que diferencia os quatro tipos de escalas de medida é a sua capacidade de comparar diferentes medidas. Uma escala nominal pode nos dizer somente que existe uma diferença. Uma escala ordinal nos diz a direção da diferença (qual é mais, qual é menos). Com uma escala intervalar, podemos determinar a direção e a magnitude da diferença. Medidas com uma escala de razão nos permitem determinar a direção, a magnitude e a razão da diferença. A capacidade em comparar medidas tem um impacto direto na capacidade de descrever relações entre as variáveis. Por exemplo, quando uma pesquisa envolve medidas de escalas nominais, os resultados do estudo podem estabelecer somente a existência de uma relação qualitativa entre as variáveis. Com escalas nominais, podemos demonstrar que uma mudança em uma variável é acompanhada por uma mudança na outra variável, mas não podemos determinar a direção da mudança (aumento ou decréscimo) e não podemos determinar a magnitude da mudança. Uma escala intervalar ou de razão, por outro lado, permite uma descrição muito mais sofisticada de uma relação. Por exemplo, podemos determinar que o aumento de um ponto em uma variável (tal como a dose de um fármaco) resulta num decréscimo de quatro pontos em outra variável (tal como a taxa de batimentos cardíacos). (p. 88).

Pela clareza e síntese, vale à pena finalizar esta parte da discussão, na qual se trata mais especificamente da teoria da mensuração, apresentado a introdução de Siegel (1975) à sua discussão das escalas de medidas:

Quando um físico se refere à mensuração, em geral tem em vista a atribuição de números a observações, de tal forma que os números se prestem a uma análise mediante manipulação ou

operação de acordo com certas regras. Essa análise por manipulação proporcionará novas informações sobre os objetos sujeitos à mensuração. Em outras palavras, a relação entre os objetos observados e os números atribuídos às observações é tão direta que, mediante a manipulação dos números, o físico obtém novas informações sobre os objetos. Por exemplo, poderá determinar quanto pesará uma massa homogênea de material, se cortada ao meio, simplesmente dividindo seu peso por 2. O cientista social, tomando a física para modelo, em geral procura fazer a mesma coisa na mensuração de suas variáveis sociais. Mas em seu escalonamento, o cientista social freqüentemente esquece um fato fundamental da teoria da mensuração, a saber, o fato de que, para poder fazer certas operações com números que tenham sido atribuídos a observações, a estrutura do seu método de aplicar números a observações deve ser isomorfa a alguma estrutura numérica que inclua estas operações. Se dois sistemas são isomorfos, suas estruturas são as mesmas nas relações e operações que admitem. Por exemplo, se um pesquisador coleta dados constituídos de observações numéricas e em seguida manipula esses dados, digamos, adicionando e dividindo (que são as operações necessárias para obter média ou desvio-padrão), ele está admitindo que a estrutura de suas mensurações é isomorfa à estrutura numérica conhecida como aritmética. Isto é, ele está admitindo ter atingido um alto nível de mensuração. A teoria da mensuração consiste em um conjunto de teorias distintas ou separadas, cada uma delas relacionada a um nível distinto de mensuração. As operações admissíveis em um conjunto de valores numéricos dependem do nível de mensuração atingido. (p. 23).

1.6.2 - Unidades de Análise e Unidades de Medida

Johnston e Pennypacker (1993a) chamam a atenção para a diferença entre *unidade de análise* e *unidade de medida*. Conforme definem aqueles autores, “uma unidade de análise é a parte constituinte de um fenômeno completo que serve de base para o estudo experimental. O átomo, a célula e a classe de respostas são unidades de análise.” (p. 66). Já a *unidade de medida* “é uma quantidade determinada pela qual quantificamos aquelas dimensões [de interesse do fenômeno], tais como o metro para medir comprimento (...). Uma unidade de medida diz quanto de uma dimensão foi observada.” (p. 66, chaves deste pesquisador).

Uma implicação da distinção apresentada no parágrafo anterior é a de que, quer na pesquisa básica, quer na aplicada, não se mede nem se pode medir “comportamento” ou, mais especificamente, uma “classe de respostas”, pela razão de que não se pode medir a unidade de

análise diretamente, de vez que ela é conceitual. Quando o conceito é um tato sob controle direto de objetos ou processos do mundo físico, dimensões físicas do fenômeno (ou quantidades dimensionais) podem ser medidas, mas são estas dimensões e somente elas que estarão sendo medidas e não o conceito com o qual se estuda o fenômeno. O modelo teórico e os interesses de pesquisa nortearão quais as dimensões do fenômeno serão selecionadas para serem medidas e o resultado destas operações de medir será a tradução matemática daquelas dimensões e somente delas.

Uma classe de respostas ou uma resposta, na qualidade de um objeto ou processo físico, é multidimensional. Embora interesses e condições de pesquisa possam privilegiar esta ou aquela dimensão, uma bicada de um pombo num disco ocorre num ou noutro momento particular do contínuo temporal (dimensão temporal), num ou noutro ponto do disco (dimensão espacial), com essa ou aquela força (dimensão dinâmica), tocando primeiramente esse ou aquele ponto do bico (dimensão topográfica), com essa ou aquela velocidade (dimensão cinemática) e assim por diante. Ao inserir a resposta num modelo naturalístico externalista, tanto as condições estimuladoras iniciais quanto as finais são também multidimensionais (por exemplo, o disco de bicar tem tamanho, brilho, cor, dureza, posicionamento na geometria do espaço no qual se insere, etc.).

O episódio operante completo apresenta, de fato, três unidades de análise: o respondente (S-R), o operante (R-S) e o operante discriminado (S-R-S) que se definem não em termos lógicos ou estruturais, mas em termos do seu relacionamento funcional.

Com ralação às possibilidades de mensuração, as terapias de orientação analítico-comportamental podem estar numa posição de partida privilegiada: herdeiras do modelo teórico da Ciência do Comportamento, elas se propõem a intervir em fenômenos naturais, o comportamento dos organismos nas suas relações com o ambiente, como também têm uma unidade de análise para o fenômeno que propõem estudar: a classe de respostas. De fato, a noção da contingência de três termos permite a menos teórica ou a mais primitiva das operações de cálculo: a contagem física direta da ocorrência da classe de respostas de interesse; sob condições ideais de mensuração, um tato puro (relembre-se a discussão sobre medidas vaganóticas e idemnóticas, acima). Já medidas compostas introduzem na mensuração pressupostos estranhos ao fenômeno *per se*, a saber, as regras que governam as operações executadas e, nesse sentido, são

medidas que contêm uma carga teórica²¹. As chamadas “medidas de tendência central” contêm ainda mais carga teórica, no sentido de conterem ainda mais pressupostos estranhos ao fenômeno que medem. Para estas e outras medidas mais sofisticadas, a origem e o arranjo escalar das medidas são fatores críticos para se pronunciar sobre sua validade em termos do significado que a elas se pode atribuir (Johnston & Pennypacker, 1993a).

Assim, de uma perspectiva analítico-comportamental, podem-se medir alguns parâmetros físicos (estáticos, dinâmicos e relacionais) de uma resposta ou classe de respostas e dos seus controles putativos: as condições estimuladoras antecedentes e as condições estimuladoras subseqüentes à sua ocorrência. Medindo-se, obtêm-se números e com números se estabelece um dos fundamentos essenciais para a construção de uma ciência natural. Nas palavras de Johnston e Pennypacker (1993a): “O processo de atribuir números e unidades a determinadas características de objetos ou eventos é uma das fundações do método científico.” (p. 91).

Pode-se medir por contagem direta as seguintes quantidades dimensionais: frequência, taxa, duração, latência, tempo de reação, intervalo entre respostas (*Interresponse time*, IRT) e produtos permanentes (Poling, Methot & LeSage, 1995), com a observação de que esta última possibilidade de medida, produto permanente, *não é* uma dimensão do comportamento, mas sim o efeito, no mundo, da sua ocorrência.

- *Frequência* é a contagem do número de vezes que a resposta ocorre durante o tempo em que ela foi observada.
- *Taxa* é o número de vezes que a resposta ocorre durante um período de tempo definido. É expressa em termos de unidades de respostas divididas pela unidade de tempo.
- *Duração* é o tempo transcorrido entre o início da ocorrência da resposta e o seu término.
- *Latência* é o tempo transcorrido entre a ocorrência da resposta e a produção do reforçador.

²¹ Em comparação à contagem, a *taxa*, por exemplo, é uma medida composta: demanda a operação de *dividir* o *produto da soma* da contagem direta, uma dimensão do fenômeno, pelo *tempo decorrido* na observação do fenômeno, outra dimensão do fenômeno. Mantenha-se presente que as operações necessárias para se produzir as transformações ambientais que produzirão os estímulos finais correspondentes às classes de respostas verbais dividir, somar e contar, são todas elas operações verbalmente governadas: são o produto verbal dos comportamentos governados pelas respectivas regras. Contudo, Millenson (1975), sob o subtítulo “Variabilidade nas medidas” (p. 45), indica a utilidade de medidas compostas no estudo do comportamento.

- *Tempo de reação* é o tempo transcorrido entre a apresentação da condição estimuladora antecedente (Sd) e o início da ocorrência da resposta.
- *Intervalo entre as respostas (IRT)* é o tempo transcorrido entre duas ocorrências consecutivas da resposta.
- *Produtos permanentes* “são itens tangíveis ou efeitos ambientais que resultam da ocorrência de um determinado comportamento. (...) Assim como os comportamentos reais, produtos permanentes podem ser quantificados em termos de taxa e precisão” (Poling, Methot & LeSage, 1995, p. 58). Ao se contar o número de exercícios feitos por um estudante durante um período de estudo (itens tangíveis) estará sendo usado um produto permanente. Outra possibilidade é contar o número de vezes que uma terceira pessoa relata raiva após interagir com um cliente (efeitos ambientais).

Ainda quanto à resposta ou classe de respostas, também se pode medir a intensidade, a precisão e a escolha.

- *Intensidade* é a força ²² relativa com que uma resposta ocorre num contínuo previamente delimitado no qual está especificado um critério de um mínimo e de um máximo possíveis. Pode ser expressa em variações discretas (por exemplo, a força requerida para deslocar a barra numa caixa experimental medida em quilogramas-força ou a força de uma birra infantil medida numa escala tipo Likert) ou variações contínuas (por exemplo, o volume da voz numa discussão ou a força de uma dor de cabeça medidas numa escala de analogia visual). Interesses de pesquisa ou interesses clínicos orientarão a conveniência da mensuração por variações discretas ou contínuas.
- *Precisão* é o número de vezes em que uma resposta ocorre conforme programado para reforçamento numa contingência precisamente definida como, por exemplo, um *plie*, no balé clássico.

²² No uso que aqui se faz, “força” pode ser entendida, literalmente, como a quantidade de energia física presente num fenômeno, como a energia sonora envolvida num determinado tom de voz ou a quantidade de calorias consumida numa birra, etc. De maneira mais geral, a “força” de um comportamento poderia ser medida em *ergs* produzindo, assim, medidas idemnoticas (1 erg = 10⁻⁷ joule). Contudo, para a maioria das análises comportamentais este nível de precisão e detalhamento é de difícil exequibilidade e o que ele adicionaria em termos de previsão e controle do fenômeno, que afinal são os propósitos deste tipo de conhecimento, poderia não corresponder ao esforço extra envolvido. “Intensidade” não se confunde aqui com “força da resposta”, um conceito bastante diferente (Conf. Nevin, 1974).

- *Escolha* é a percentagem ou a indexação²³ do número de vezes em que a resposta ocorreu numa situação na qual pelo menos mais de uma classe de respostas seria igualmente possível. Permite também indexar a *escolha* com relação a qualquer uma das dimensões acima (tais como duração, tempo de reação, tempo transcorrido entre as respostas [*Inter-response time (IRT)*]) em relação à outra/s resposta/s observada/s numa dada situação, com exceção da *precisão*. Por exemplo, a indexação do número de vezes em que uma criança interage com professores ou com colegas num recreio escolar ou do tempo que decorrido entre uma e a próxima interação (IRT).

Numa formulação talvez mais rigorosa epistemologicamente, Johnston e Pennypacker (1993a) organizam as quantidades dimensionais do comportamento que podem ser medidas distribuindo-as dentre as seguintes possibilidades:

Tabela 3 - Propriedades, quantidades dimensionais e unidades de medidas do comportamento segundo Johnston e Pennypacker (1993a).

<i>Propriedade</i>	<i>Quantidade dimensional</i>	<i>Unidade</i>
Lócus temporal	Latência	Unidade de tempo
Extensão temporal	Duração	Unidade de tempo
“Repetibilidade”	Contagem	Ciclo
Lócus temporal e “repetibilidade”	Frequência	Ciclos/ Unidade de tempo
Lócus temporal e “repetibilidade”	Aceleração / desaceleração	Ciclos/Unidade de tempo/Unidade de tempo
Lócus temporal e “repetibilidade”	IRT	Tempo/ciclos

A organização de Johnston e Pennypacker (1993a) identifica propriedades físicas do comportamento: uma resposta ocorre num dado momento do tempo, tendo, portanto, um lócus temporal; uma resposta ocorre no contínuo temporal, tendo um começo e um fim e, portanto, uma extensão temporal; uma resposta pode ocorrer mais de uma vez no contínuo temporal (“repetibilidade”) e, portanto, dispõe uma relação física mensurável (ciclos). A junção das propriedades físicas de lócus temporal e de “repetibilidade” permite a mensuração das três últimas quantidades dimensionais nominadas na segunda coluna da Tabela 3²⁴. No entanto, consideram também que existem outros aspectos do comportamento que podem ser relevantes: “o

²³ Expressa geralmente numa razão do tipo: número de ocorrências da classe de respostas-alvo / número de ocorrência da classe de respostas-alvo + número de ocorrência de todas as outras classes de respostas no período determinado.

²⁴ Observe-se que todas as quantidades dimensionais listadas na Tabela 3 podem ser medidas numa escala de razão.

fato de o comportamento envolver movimento significa que a forma do comportamento no espaço é, algumas vezes, uma característica importante.” [e que...] “outras quantidades podem ser usadas para descrever o comportamento em termos dos seus efeitos ambientais.” (p.100, chaves deste pesquisador).

Esta última consideração assemelha-se ao conceito de “produtos permanentes”, considerado por Poling, Methot e LeSage (1995); sobre ela, Johnston e Pennypacker (1993a) fazem a seguinte observação:

Entretanto, porque os efeitos do responder no ambiente são a base para se diferenciar classes de respostas, medir estas quantidades pode encorajar o pesquisador a ignorar a possibilidade de que respostas com diferentes valores pertençam a diferentes classes. Um paciente de reabilitação pode apertar um aparelho para exercício da mão com grande força quando o terapeuta estiver presente, mas somente com pouca força quando ele estiver ausente. Em outras palavras, contingências sociais podem produzir duas distribuições ou classes de respostas que deveriam ser diferenciadas com base nos valores de força medidos. (p. 101).

Não existe uma medida melhor do que qualquer outra em todos os contextos. Na pesquisa básica, uma medida é útil ou “melhor” na medida em que ela produz uma compreensão (no sentido de estabelecer ou ampliar as possibilidades de sua previsão e controle) da resposta em relação às suas variáveis de controle e, na pesquisa aplicada, sobre a resposta ou classe de respostas que constitui o problema que a intervenção pretende remediar (Poling, Methot & LeSage, 1995). Os mesmos Poling, Methot e LeSage (1995) advertem que, embora não haja nada intrinsecamente errado em se medir muitas dimensões de um comportamento, fazê-lo na esperança de “descobrir alguma coisa” provavelmente produzirá uma pilha de números sem sentido, para os quais só existe uma resposta; “Isto é lixo. Jogue-o fora. Esteja atento à armadilha do “mais é melhor” e considere como os dados serão analisados antes coletá-los.” (p. 60).

1.6.3 - Medidas diretas e medidas indiretas: medidas de relato verbal

A problemática que emerge a partir das discussões acima é a das medidas diretas do comportamento, como as unidades de medida que até agora foram consideradas, versus medidas indiretas, muitas vezes a única possibilidade de mensuração em contextos aplicados, especialmente em contextos clínicos, em função de problemas logísticos e de acessibilidade.

Johnston e Pennypacker (1993a) observam que a psicologia vem tendo problemas com a demanda de que medidas indiretas apresentem evidências irretorquíveis sobre a correspondência entre o que realmente é medido e aquilo que esta medida presumidamente representa. Observam, porém, que medidas indiretas predominaram na psicologia em função da perspectiva mentalista prevalente na cultura e continuada na psicologia, tanto na definição do seu objeto de estudos quanto nos métodos de pesquisa:

Quando o objeto de estudo de uma área é definido como localizado num reino mental, ao invés do reino físico, métodos indiretos de mensuração são inevitavelmente necessários, porque não se conhece uma maneira de ultrapassar as fronteiras do mundo físico para se ter acesso direto a eventos que são propostos como existentes num mundo mental. (p. 115).

Johnston e Pennypacker (1993a) exemplificam o problema geral da mensuração indireta com o desenvolvimento de um questionário por pesquisadores interessados em saber como as condições de iluminação de um local de trabalho afetavam o desempenho dos trabalhadores. O que torna a medida através do questionário uma medida indireta é que os pesquisadores são forçados a fazer suposições sobre a consistência verbal das respostas dadas ao questionário em relação às variações reais no desempenho dos trabalhadores em função de diferentes condições de iluminação, que é o que de fato os pesquisadores desejam estudar. Continuando com o exemplo da pesquisa sobre diferentes condições de iluminação (VI) e variações no desempenho dos trabalhadores (VD), os autores observam que quando as limitações à obtenção de medidas diretas é somente logística, o problema poderia ser contornado através de um estudo demonstrando que as respostas aos questionários eram consistentes com o desempenho real medindo ambos (uma proposta de solução no mínimo curiosa: porque fariam um estudo para verificar tal relação se para isso já mediriam diretamente a sua variável de interesse?). Por outro lado, quando o problema é de acessibilidade (como por exemplo, uma pesquisa interessada em conhecer os temas de processos verbais encobertos de doentes mentais), a única solução seria tomar o sujeito como seu próprio observador e, nesta situação, os relatos dos pacientes não poderiam ser considerados como uma medida propriamente válida dos encobertos de interesse.

Ao discutirem o tema de medidas indiretas, Hersen e Barlow (1976) consideram como medidas indiretas não somente testes projetivos, tais como o TAT, HTP, etc., mas também inventários de personalidade ditos objetivos, tais como o MMPI. Segundo aqueles autores, o pressuposto deste tipo de medida é que os relatos estimulados por estes instrumentos seriam representativos de disposições comportamentais mais duradouras e generalizadas. Em razão

disto, raramente se examina as respostas assim ocasionadas com base nas suas propriedades públicas, mas elas são interpretadas no contexto de estruturas teóricas complexas. Afirmam que “as relações entre as informações obtidas através técnicas indiretas de mensuração e a subsequente seleção de objetivos terapêuticos e técnicas terapêuticas são freqüentemente obscuras.” (p. 115) e que a abordagem terapêutica adotada é mais função da orientação teórica do terapeuta do que do seu diagnóstico, fato que contrasta diretamente com a prática médica típica, na qual existe uma relação ponto a ponto entre o diagnóstico e o tratamento. Um dos pontos destacados pelos autores é a pequena validade preditiva de medidas indiretas. Comparando-as com medidas diretas, escrevem;

Onde medidas indiretas de uma resposta específica são interpretadas em termos de uma suposta disposição subjacente, uma resposta obtida através de uma medida direta é vista simplesmente como uma amostra de uma população maior de respostas semelhantes, eliciadas (sic) sob aquelas condições de estímulo específicas. (p 116).

Hersen e Barlow (1976) observam que a maior vantagem de medidas diretas é que elas dispensam interpretações complexas orientadas por teorias igualmente complexas. Alegam como vantagem adicional desta estratégia avaliativa um acréscimo na validade preditiva, de vez que o comportamento tomado como amostra e o comportamento predito são os mesmos. Aqueles autores defendem a obtenção de medidas diretas obtidas em ambientes naturalísticos e recomendam que, onde estas observações não forem possíveis, situações análogas a esses ambientes deveriam ser montadas para estudar o comportamento de interesse. Em situações nas quais nem uma nem outra destas observações sejam possíveis, aqueles autores propõem lançar mão do relato verbal dos sujeitos, tema que será examinado a seguir.

Em contextos clínicos, é regra e não exceção que o interesse da intervenção se dirija pelo menos em parte a processos privados, quer seja como indicadores da ação de processos públicos, as relações comportamentais do cliente com seu ambiente físico e social (que é igualmente físico), quer seja como o próprio alvo da intervenção, quando são estes os processos os quais diretamente se visa mudar, tal como nos processos verbais delirantes ou obsessivos ou na chamada ruminação presente em estados depressivos. Nestas circunstâncias, o acesso direto é impossível e a solução, conforme sugerida por Hersen e Barlow (1976), é lançar mão do auto-relato do cliente. Na verdade, a própria possibilidade da terapia psicológica nos moldes tradicionais, a *talk therapy* ou terapia da fala, se fundamenta fortemente, quando não exclusivamente, no relato verbal e no auto-relato do cliente.

Um ponto que merece destaque nesta discussão é o de que não existe uma só desvantagem que se possa atribuir à pessoa como observadora do seu próprio comportamento que não se possa igualmente atribuir a um observador externo. Por outro lado, a própria pessoa como observadora do seu comportamento tem a vantagem de ser um observador presente durante todo o tempo e em todos os contextos no qual o comportamento ocorre, permitindo-lhe o registro continuado dele. Como colocam a questão Johnston e Pennypacker (1993a):

Ambas as classes de observadores [a própria pessoa e outros observadores] tem histórias pré-experimentais que podem não conduzir a boas observações e ambos podem ser influenciados pelas atividades experimentais e pelos dados que emergem. Assim como outros observadores, os sujeitos-observadores precisam ser selecionados, treinados, monitorados e cuidadosamente avaliados e os seus dados precisam atender a certos critérios. (...) Em outras palavras, se os sujeitos são tratados da mesma maneira e submetidos aos mesmos critérios de outros sujeitos, não somente eles não têm desvantagens inerentes como têm uma grande vantagem. (...) Algumas vezes, esta vantagem pode ser a única maneira exequível de coletar os dados necessários. (p. 122).

Em resumo, o relato verbal do participante-observador pode ser colocado sob os mesmos controles do relato verbal de outros observadores, pois se trata de um comportamento operante, conforme demonstraram Fixsen, Phillips e Wolf (1972). Johnston e Pennypacker (1993a) aparentemente não consideram nesta sua análise a utilização do auto-relato como variável dependente em investigações formais, mas Hersen e Barlow (1976) afirmam que na situação de tratamento psicológico é freqüentemente dado ao auto-relato ²⁵ do cliente o status de critério. Escrevem aqueles autores:

Na verdade, muitos clínicos (comportamentalistas e não-comportamentalistas) apóiam-se fortemente nas descrições do paciente do seu comportamento para avaliar progressos no tratamento. Na sua discussão da auto-avaliação de medo, Hersen (1973b) argumentou que “Verbalizações de desconforto em pacientes perturbados não podem ser desconsideradas, seja por razões clínicas, éticas ou morais”. (p. 131 e seguinte).

Mas mesmo considerados no terreno mais racional da investigação formal, existem também importantes achados que recomendam atenção ao relato verbal do cliente. Por exemplo, no contexto da discussão sobre a validade preditiva de medidas indiretas na avaliação clínica, os mesmos Hersen e Barlow (1976) relatam dez resultados de pesquisas empíricas que demonstram

²⁵ O termo é freqüente na produção analítico-comportamental. Uma busca executada por este pesquisador nos sites dos *Journal of Applied Behavior Analysis* e *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* mostrou 920 ocorrências para o termo “sel-report” (pesquisa conduzida em 14/05/09).

a superioridade preditiva do relato verbal ou auto-relato quando comparado a técnicas de mensuração indireta (testes psicológicos). Este valor preditivo superior indica ser consistente em estudos de validade comparativa numa grande variedade de contextos, desde predições de conquistas escolares até o resultado final bem sucedido na psicoterapia.

Hersen e Barlow (1976) alertam, todavia, para quatro problemas potenciais associados ao relato verbal (e ao auto-relato) quando utilizados como variáveis dependentes: os *efeitos reativos* da auto-observação, *características de demanda* e *gerenciamento da impressão e fingimento*, os quais se comentam resumidamente a seguir.

Reatividade da auto-observação: participantes fumantes e que não desejavam largar o vício foram divididos em dois grupos aos quais se deu dois conjuntos diferentes de instruções: a um deles foi solicitado que registrassem instâncias de fumar e ao outro que registrassem instâncias de não fumar. A frequência do fumar aumentou para o primeiro grupo e diminuiu para o segundo (McFall, 1970, *apud* Hersen & Barlow, 1976). Três grupos de estudantes universitários foram solicitados, um deles, a observar o seu comportamento de estudar, o outro, o seu comportamento de namorar e o terceiro foi utilizado como controle. Os resultados do desempenho escolar, obtidos quinzenalmente, foram usados como variável dependente. Ao fim do semestre letivo, o grupo que observou o seu comportamento de estudar obteve resultados melhores do que o grupo de controle; o grupo namoro obteve resultados acadêmicos melhores do que o grupo controle, mais inferiores ao grupo que observou o comportamento de estudar. Em todos os grupos, os participantes não expressaram interesse em mudar o seu comportamento de estudar (Johnson & White, 1971, *apud* Hersen & Barlow, 1976). É razoável supor que efeitos reativos da auto-observação seriam mais pronunciados em participantes motivados para mudar o comportamento que registravam. Assim, ao se tomar registros de relato verbal ou auto-relato como variável dependente é importante reconhecer este efeito. Por outro lado, estes achados abrem também a possibilidade de que a auto-observação possa ser usada com finalidades terapêuticas. Diferentes conjuntos de critérios podem ser empregados para testar possível reatividade na interpretação de dados provenientes de medidas continuadas. A título de ilustração somente, na prática clínica deste pesquisador foi pedido a um cliente que registrasse seu nível de medo, situação e sintomas no período inicial de um tratamento para ataques de pânico (a partir da 7a até a 10a sessão), pois naquele momento o objetivo terapêutico planejado era o de ampliar a discriminação do cliente de algumas variáveis que se presumia exerciam controle sobre o

problema. Num segundo momento (a partir da 15a sessão), lhe foi solicitado que registrasse o número de horas (e depois dias) em que se sentia bem. Medidas continuadas tomadas semanalmente evidenciaram mudanças no ângulo da reta de regressão nas direções esperadas (aceleração e desaceleração) – calculadas separadamente para cada um dos períodos citados - imediatamente após as instruções de auto-observação: aceleração da frequência dos ataques a partir da 7a até a 10a sessão com relação em relação à série das mesmas medidas tomadas entre a 2a e 6a sessões e desaceleração a partir da 15a sessão em relação à série das mesmas medidas tomadas entre a 10a e 14a sessões, intervalo durante o qual nenhuma auto-observação foi solicitada. Neste registro clínico real, embora naturalístico, os conjuntos diferenciados de instruções para a auto-observação aparentemente afetaram a direção da reatividade, o que encontra amparo na literatura e que recomenda cuidado na seleção dos conjuntos de instruções dados ao cliente para sua auto-observação (Hersen & Barlow, 1976; Kazdin, 2006). Existem também indicações de que outras variáveis podem influenciar a maior ou menor utilidade clínica da auto-observação, como por exemplo, a frequência com a qual se solicita seja ela conduzida (p. ex.: Critchfield, 1999).

Características de demanda: depreende-se do estudo da citada obra de Hersen e Barlow (1976) que o que aqueles autores denominam “características da demanda” parece corresponder em grande parte ao que alhures é denominado de “expectativa” ou “efeito da expectativa”, senão vejamos:

(...) foi demonstrado que sujeitos experimentais freqüentemente respondem de acordo com as hipóteses e expectativas do experimentador tão logo eles se tornam cientes da sua existência (...). Consideremos uma típica estratégia A-B-A-B na qual medidas de relato verbal são utilizadas como uma variável dependente importante. Na linha de base, poucas atividades terapêuticas são conduzidas (...). Em contraste, quando o tratamento é instituído na fase seguinte, considerável atenção terapêutica é dada ao paciente. Nessas circunstâncias, torna-se mais provável supor que mudanças na sua condição ocorrerão. Assim, quando uma mudança notável nos relatos verbais do paciente é vista em seguida ao início do tratamento, emerge a questão de quanto desta mudança representa uma melhora verdadeira e quanto é puramente função da expectativa de melhora do paciente e de pura aquiescência à demanda “terapêutica”. (p. 135).

Caso a mudança inicial dos relatos verbais estiver sob controle predominante das “características da demanda”, com a continuidade da intervenção espera-se, é claro, uma reversão da sua direção ou uma desaceleração da reta ou curva. O alerta é claro: a utilização do relato

verbal como medida em delineamentos de caso único recomenda um ceticismo saudável, pedindo que o pesquisador somente responda aos dados da ação da intervenção após eliminar com razoável segurança explicações alternativas.

Gerenciamento da impressão e fingimento: Hersen e Barlow (1976) discutem estes dois conceitos no contexto de pacientes psiquiátricos hospitalizados e, tal como descrevem estes termos no seu texto, “gerenciamento da impressão” parece equivaler em parte aos repertórios de contra-controle ativados neste contexto, em parte a respostas sob controle das contingências de reforçamento social lá atuantes e em parte sob controle dos efeitos da audiência no relato verbal. “Fingimento” corresponderia à manipulação do relato verbal. Nenhuma destas possibilidades é estranha ao contexto da clínica psicológica de serviços. Hersen e Barlow (1976) recomendam que o pesquisador não se fie exclusivamente nos registros ou nas apresentações gráficas dos dados, mas que também procure informação corroborativa com outros profissionais ou, no caso da clínica de serviços, com pessoas que convivam com o cliente. O clínico pode também, ele mesmo, dispor contingências que dificultem a ocorrência destas classes de respostas e favoreçam classes de respostas pró-sociais e incompatíveis com aquelas, além de desenvolver uma história discriminativa mais refinada quanto às estas fontes de viés (Kerbaury, 2002).

No que diz respeito ao modelo de *prática controlada* que se apresenta aqui, medidas de sondagem obtidas de terceiros que convivem o cliente são tomada em bases regulares ou ocasionais, conforme a disponibilidade dos informantes e o interesse clínico, tanto para o Inventário de Resultados (ANEXO 2 C) quanto para a GAS. Essa estratégia é parte integrante do instrumental ASEBA[®] (Vejam-se os anexos 1 B, 1 D e 1 E).

Hersen e Barlow (1976) finalizam os seus comentários sobre este tema como se segue:

Como previamente mencionado, o pesquisador de caso único deveria evitar, quando exequível, apoiar-se primariamente em medidas de auto-relato. Mas quando medidas de auto-relato são utilizados como critério, os resultados deveriam ser fortalecidos através de dados obtidos através de medidas motoras e fisiológicas. Algumas das armadilhas específicas do auto-relato também podem ser evitadas. Em primeiro lugar, o “responder-sim” e “responder-não” em inventários falso/verdadeiro podem ser combatidos através da apresentação dos itens num formato de escolha forçada ou através da sua apresentação num formato de escala (p.ex., uma escala de 1-4 pontos para cada item). Em segundo lugar, os itens podem ser organizados em ambas as direções (metade fraseada positivamente, metade fraseada negativamente) (...). Finalmente, formas alternativas de

escala podem ser administradas em sucessivos dias de sondagem para prevenir familiaridade com os itens do teste. (p. 138).

Duas afirmativas parecem emergir da discussão acima como estando firmemente estabelecidas com relação à utilização do relato verbal ou do auto-relato em pesquisas clínicas: (a) são inevitáveis e (b) não existe um meio de assegurar plenamente a sua fidedignidade, confiabilidade ou acurácia (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Hersen & Barlow, 1976; Kazdin, 1982; Johnston & Pennypacker, 1993a).

Essa situação, assim posta, desloca do problema da utilização ou não do relato verbal e do auto-relato em contexto de pesquisa formal para o terreno do conhecimento que se pode ter do comportamento verbal e dos seus controles no contexto das interações verbais clínicas. Ao procurar estudar este fenômeno inserido no modelo naturalístico da Análise do Comportamento, o clínico analítico-comportamental pode ter algumas vantagens: na Análise do Comportamento o relato verbal e o auto-relato são entendidos como comportamento. O comportamento verbal é tão físico quanto o papel em que se lê esta tese e, uma vez tornado público, torna-se um objeto no ambiente como qualquer outro objeto. Assim, pode ser relacionado a outros eventos igualmente físicos – eventos ou processos físicos antecedentes e/ou conseqüentes – e permitir a produção de hipóteses testáveis empiricamente ou, no caso de processos verbais privados, com algum controle público mais facilmente discernível do que aqueles que se poderiam supor ocorrer num mundo supranatural (Skinner, 1957).

Relatos de estímulos privados podem ser secundados por contrapartes físicas ou fisiológicas (como o relato de dor, por exemplo, que pode ser relacionado a estados alterados da anatomia ou da função biológica) ou ter os seus controles mais sutis traçados quer pelo estudo da história comportamental do cliente, quer pelo exame das contingências imediatas que possam ter influenciado a sua ocorrência. Comportamentos encobertos não necessariamente teriam todos os seus três termos - antecedente, resposta e conseqüente - igualmente encobertos; na verdade, o fatorial de três é seis, o que reduz a probabilidade de que ocorra um encoberto com os seus três termos também encobertos. A partir do já citado trabalho seminal de Skinner (1957), uma literatura apreciável se desenvolveu sobre o tema e cabe ao pesquisador clínico de orientação analítico-comportamental conhecê-la e utilizá-la na sua avaliação do relato ou auto-relato do seu cliente, com atenção especial aos estudos de consistência verbal/não-verbal (dentre outros, Braam & Malott, 1990; Catania, Matthews & Shimoff, 1982; Galizio, 1979; Kohlenberg & Tsai, 2001;

Lowenkron, 1998; Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer & Starling, 2008; Shull, 1995; Simonassi, Tourinho & Vasconcelos Silva, 2004; Torgrud & Holborn, 1990).

Existem muitas maneiras de se registrar o relato verbal ou o auto-relato. Registros comuns são a gravação de som ou de som e imagem e a transcrição destes eventos para posterior análise. Estes registros podem ser utilizados numa análise qualitativa, cujas características demandam pouco ou nenhum tratamento das transcrições, de vez que será o próprio método que proverá o arcabouço para a análise formal (Strauss & Corbin, 2008) ²⁶. Outro tratamento possível é a organização destas instâncias de comportamento verbal através da construção de uma taxonomia, de um catálogo de comportamentos, o qual, por sua vez, será base para outras tantas manipulações, conforme os propósitos das análises que se pretendam fazer ou da pergunta específica que se fizer para a pesquisa (por ex.: Starling, 1995, Zamignani, 2007, Meyer, 2009).

Num tratamento de orientação quantitativa mais pronunciada, como é a deste estudo, busca-se por alguma forma indexar empiricamente estes eventos, produzindo uma medida e uma escala, as duas operações necessárias para o ato de medir (Johnston & Pennypacker, 1993a). Já foi desenvolvida acima uma discussão sobre tipos de escalas (nominal, ordinal, intervalar e de razão), mas ainda não se discutiu a operação de escalonar.

1.6.4 -Escalonamento

Trochim (2006) escreve que “S.S. Stevens ²⁷ produziu o que eu penso ser a definição mais simples e mais direta de escalonamento: escalonar é a designação de objetos a números de acordo com uma regra.” (p. 1). Discorrendo sobre escalonamento nas ciências sociais, aquele autor observa que a maioria dos escalonamentos é de “asserções textuais, tipicamente asserções de atitude ou crença” (p.1), ou seja, o escalonamento de relatos verbais. Este autor observa que:

As pessoas frequentemente confundem a idéia de uma escala e de uma escala de respostas. Uma escala de respostas é a maneira pela qual você coleta respostas das pessoas em um instrumento. Você pode usar uma escala dicotômica de respostas como Concordo/Discordo, Verdadeiro/Falso ou Sim/Não. Ou você pode usar uma escala de intervalo de resposta como classificações de 1 a 5 ou de 1 a 7. Mas se tudo o que você estiver fazendo for anexar uma escala de respostas a um objeto ou

²⁶ As relações entre uma análise qualitativa e análises quantitativas não são necessariamente excludentes e por vezes podem ser complementares ou suplementares uma em relação à outra (por ex.: Freire da Silva & Barros, 2000; Lampreia, 2003), mas este projeto privilegia a análise quantitativa.

²⁷ Stanley Smith Stevens (1906-1973)

asserção, você não pode chamar isso de escalonamento. Como você verá, escalonar envolve procedimentos que você conduz independentemente do respondente, de maneira tal que você possa produzir um valor numérico para o objeto. Numa pesquisa através de escalas verdadeiras, você utiliza um procedimento de escalonamento para desenvolver o seu instrumento (escala) e você também utiliza uma escala de respostas para coletar as respostas dos participantes. Mas simplesmente designar uma escala de respostas de 1 a 5 para um item *não* é escalonar. (p. 1).

O ponto que Trochim (2006) parece desejar enfatizar é que escalonar é o resultado de um procedimento que se refere a um conjunto de itens e não a um item isoladamente, ou seja, é preciso que os itens de uma escala de respostas mantenham alguma relação uns com os outros e é esta relação que permite a atribuição diferenciada de numerais aos seus objetos ou asserções, o seu escalonamento uns *em relação* aos outros. Implícito neste ponto está o requisito metodológico de que a construção de uma escala de respostas deste tipo não se limite à produção de uma série de estímulos verbais na forma de perguntas ou asserções alinhavadas com base nos controles fortuitos que o foco da pergunta de pesquisa possa ter posto em ação na produção verbal do pesquisador. A construção de uma escala de respostas demanda uma orientação deliberada e sistemática para a construção desta relação entre estas perguntas ou asserções que, num momento posterior, demandará também a avaliação da sua fidedignidade e confiabilidade (Al-Hindawe, 2009; Heise, 1970). Abaixo se discutirão aspectos das escalas relevantes para este estudo.

1.6.5 - Escalas de Diferencial Semântico e Escalas Somadas de Avaliação

Os instrumentos utilizados para obter medidas nesta tese são instrumentos que registram relatos verbais ou auto-relatos e, para este tipo de registro, são utilizadas tipicamente as chamadas *escalas de diferencial semântico*. Segundo Marshall (1998), uma escala de diferencial semântico é...

(...) um método idealizado por C. E. Osgood²⁸ e seus colegas para estudar o significado conotativo de objetos culturais utilizando um conjunto de escalas de avaliação bi-polares (por exemplo, doce/amargo, bom/mau) a fim de eliciar dados (veja C. Osgood e G. Suci e P. Tannenbaum, A mensuração de significado, 1957). Quando as escalas são inter-correlacionadas e [submetidas] à análise fatorial, aparecem três componentes gerais: nomeadamente, avaliação, potência e atividade.

²⁸ Charles Egerton Osgood (1916-1991).

A técnica pode ser usada para comparar respostas de um indivíduo a objetos, experiências, conceitos ou o que mais for [whatever], e [as respostas] de grupos de indivíduos aos mesmos estímulos. Ela tem sido usada numa variedade de contextos, incluindo pesquisa de mercado e terapia. (chaves e nota de rodapé deste pesquisador).

Heise (1970) apresenta o conceito de diferencial semântico assim:

O diferencial semântico (DS) mede as reações das pessoas a palavras/estímulo e conceitos em termos de escalonamento em escalas bi-polares definidas por adjetivos contrastantes a cada ponto terminal. Um exemplo de um DS é:

Bom	_	_	_	_	_	_	_	Mau
	3	2	1	0	1	2	3	

Comumente, a posição marcada 0 é rotulada “neutra”, as posições 1 rotuladas “ligeiramente”, as posições 2 “bastante” e as posições 3 “extremamente”. Uma escala como esta mede a direção de uma reação (p. ex., bom versus mau) e também a intensidade (ligeira até extrema). Tipicamente, uma pessoa é apresentada a um conceito de interesse, por exemplo, China Vermelha, e solicitada a avaliá-lo com um número nessas escalas. As avaliações são combinadas de várias maneiras para descrever e analisar os sentimentos da pessoa. (p. 235).

É importante observar desde já que um item isolado não constitui uma escala de diferencial semântico, confusão que pode ser induzida pelo formato escalar do item, como no exemplo oferecido acima. Naquele exemplo, o arranjo dos numerais em seqüência numérica à direita e à esquerda do item considerado é uma escala, mas é a *relação planejada entre os diversos itens que compõem o instrumento* que qualifica o conjunto ou a escala agregada como uma escala de diferencial semântico (Uebersax, 2006).

Inventários (ou questionários) como o instrumental ASEBA[®], Inventário de Depressão de Beck e o Goal Attainment Scaling (GAS) são exemplos de tipos de tratamento para a coleta e registro de operantes verbais e são todos eles escalas de diferencial semântico, organizados no formato de uma escala do tipo “escalas somadas de avaliação”. No instrumental ASEBA[®], são oferecidas três possibilidades de resposta ao estímulo verbal dado pelo instrumento: “não é verdadeira”, freqüentemente verdadeira” e “sempre ou quase sempre verdadeira” (ANEXOS 2a a 2e). Na GAS, tal como se utilizará o instrumento nesta tese (ANEXO 3), e no Inventário de Depressão de Beck, são dadas quatro possibilidades de respostas para cada um dos itens estimuladores.

Ilustrando a discussão com um dos instrumentos que foi utilizado neste estudo, a Figura 4 mostra o cabeçalho do inventário *Adult Behavior Check List* (ABCL) (ANEXO 2a) com as

IX – Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor, marque com um círculo o número 0, 1 ou 2 que melhor descreve você neste momento ou nos últimos seis meses. Por favor, responda a todas as afirmações, mesmo que algumas delas pareçam não se aplicar a você.											
0 = Falsa				1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes				2 = Verdadeira ou frequentemente verdadeira			
0	1	2	1. Ando muito esquecido.	0	1	2	37. Eu me meto em muitas brigas.	0	1	2	38. Minhas relações com meus vizinhos deixam a desejar.
0	1	2	2. Uso bem as oportunidades que me aparecem	0	1	2	39. Ando com gente que se mete em confusão.				
0	1	2	3. Eu discuto muito.								

instruções para o cliente ²⁹.

Nele, os numerais 0, 1 e 2, em negrito, à esquerda, são os estímulos para o registro

Figura 4 - Cabeçalho com instruções para respostas ao inventário ABCL e os numerais 1, 2, 3...39, em tipo normal, correspondem ao número sequencial das questões do inventário. A afirmativa de número 1 é “ando muito esquecido” que é, presuntivamente, uma afirmativa/ estímulo verbal para um auto-relato ³⁰. Sempre considerando o período dos seis meses anteriores à data da suas respostas ao inventário, o cliente avalia a afirmação/ estímulo verbal como uma descrição do seu comportamento cotidiano e faz uma marca no numeral 0 (zero) na hipótese de inexistir – ou raramente existir – correspondência entre a afirmação e a sua discriminação do seu comportamento. Marca o numeral 1 (um) caso esta correspondência seja discriminada como ocasionalmente ou parcialmente precisa e o numeral 2 (dois) caso discrimine uma correspondência precisa.

O autoclítico quantificador “muito” é provavelmente um operante verbal importante para o controle diferencial das respostas à estimulação desse item do inventário. As dimensões e os efeitos ambientais dessa classe de respostas que provavelmente exerceriam controle sobre este relato seriam a sua frequência, a intensidade, a duração, o grau de controle discriminado e a gravidade e/ou seu impacto social relativo.

Num primeiro momento não se poderia saber, é claro, que variáveis controlariam o relato e também não se poderia saber a que controles responderia o operante “esquecer”. Já se vê aqui uma primeira indicação de aprofundamento da investigação clínica e de análise funcional motivada pelo inventário: o comportamento de “esquecer” pode estar sob controle de uma falha no Sd (ele não está presente ou é ambíguo, por exemplo), ou numa falha no treinamento discriminativo daquele Sd (uma história faltante, um problema no repertório); pode também estar sob controle de conseqüências reforçadoras múltiplas (“esquece” porque alguém “lembra” para

²⁹ Este e os demais inventários da família ASEBA[®] são de tradução deste pesquisador e para utilização exclusiva nesta pesquisa, com exceção do *Children Behavior Check List* (CBCL), cuja tradução formal já está em teste sob a supervisão e orientação da Dra. Edwiges Silveiras, do IPUSP.

³⁰ Presuntivamente, porque pode também funcionar como um Sd para uma manipulação do relato verbal, para um tato destorcido, para uma auto-edição, etc.

ele, esquece porque não foi reforçado a “lembrar”, esquece porque obtém atenção, porque seu ambiente não dispõe conseqüências inequívocas, etc.); pode estar controle de supressão condicionada, pode também estar sob controle de contingências concorrentes e assim por diante.

Como se pode ver no ANEXO 2b (ACBL PORT – OUT) outra pessoa – idealmente, três outras pessoas – que tenha convivido com o cliente em bases cotidianas nos últimos seis meses, também responderão o mesmo item, “Ele/a é muito esquecido”, valendo para análise deste relato a mesma já apresentada nos parágrafos acima para o relato do próprio cliente. Saber *se* e qual propriedade do estímulo discriminativo – o comportamento do cliente – teria exercido controle sobre a resposta do informante é tarefa para mais um aprofundamento da investigação clínica e possivelmente outra análise funcional, uma segunda oportunidade para coleta e análise de informações de interesse clínico ocasionada pelo inventário.

Note-se ainda que a resposta verbal do cliente ao estímulo “Ando muito esquecido/a” não pode ser entendida como o resultado de uma medida da classe operante “esquecer”, mas sim como uma medida do comportamento de observar comportamento, sendo, na verdade, uma medida de auto-relato, com todas as dificuldades e imprecisões comuns a este tipo de medida, mas também com todas as suas vantagens (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Kazdin, 1982; Johnston & Pennypacker, 1993a).

A quase totalidade dos itens dos inventários ASEBA[®] se prestam à mesma análise acima desenvolvida para o estímulo verbal “Ando muito esquecido/a”, tomado como exemplo: (a) são respostas com pelo menos algum aspecto público ou potencialmente publicizável; (b) podem ser quantificados através da construção de uma escala tipo Likert; (c) estabelecem a relevância clínica preliminar da classe de respostas para o cliente e para o seu grupo de convivência: eles discriminam o problema e (d) trazem consigo, através da avaliação e quantificação por terceiros significativos, a possibilidade de uma validação social do tratamento *empiricamente informada*, de vez que podem ser novamente medidos ao fim da intervenção.

Este tipo de escalonamento é chamado de “escalas somadas” ou “escalas de somação” [*summated scales* ou *summative scales*] ou ainda “escalas somadas de avaliação” [*summated rating scales*] (conf. Uebersax, 2006) sendo esta última será a denominação em português que doravante se adotará nesta tese: Escalas Somadas de Avaliação (ESA). A palavra *soma* (com em *summated*, *summative*) define o tipo de operação de indexação empírica utilizada por estas

escalas: os seus escores são obtidos pela soma dos numerais associados a cada item estimulador apresentado.

1.6.6 -Escala de Analogia Visual

Uma denominação mais geral e mais simples das escalas ESA é a de “escalas discretas de analogia visual” [*Discrete Visual Analogue Scales*]. A denominação “escala discreta de analogia visual” decorre do fato de que o formato de cada item destas escalas sugere a existência de relações métricas específicas entre os níveis de resposta (é análoga a); é discreta porque somente níveis pré-determinados são oferecidos para o registro do respondente.

Dois outros instrumentos utilizados neste estudo, o Inventário de Resultados (IR) (ANEXO 2 A, 2 B e 2 C) e o Inventário de Sessão (IS) (ANEXO 3 A e 3 B) são escalas de analogia visual. A principal diferença entre uma “escala discreta de analogia visual” e uma “escala de analogia visual” (ESAV) ³¹ está implícita nessas duas denominações: a ESAV não tem níveis pré-determinados para o registro, sendo oferecido um contínuo entre dois pólos opositivos, ancorados por descritores verbais antinômicos. Excetuando-se esta diferença, as duas escalas são escalas de diferencial semântico e, na interpretação dos seus resultados, ambas são Escalas Somadas de Avaliação, ESA, valendo para a sua discussão o que já se apresentou acima sobre esse tipo de escala.

Wewers e Lowe (1990) apresentam assim a escala de analogia visual:

Uma escala de analogia visual (ESAV) é um instrumento de medida que intenta medir uma característica ou atitude que acredita se distribuir através de um contínuo de valores e não pode ser medida diretamente com facilidade. Por exemplo, a quantidade de dor que um paciente sente se distribui através de um contínuo de nenhuma a uma quantidade extrema de dor. Da perspectiva do paciente este espectro parece contínuo e sua dor não dá saltos discretos, como sugeriria uma categorização de nenhuma, suave, moderada e severa. Foi para capturar esta idéia de um contínuo subjacente que a ESAV foi idealizada. Operacionalmente, uma ESAV é comumente uma linha horizontal com 100 milímetros de comprimento, ancorada por descritores verbais a cada extremo.

³¹ Alhures, já se traduziu “visual analogue scale” por “escala analógica-visual”. O problema com esta proposta de tradução é que, em inglês, existem as palavras “analogic” e “analogue” e os autores que propuseram o conceito originalmente em língua inglesa usaram a última palavra (analogue) e não a primeira. Nuances mais sutis de denotação e conotação são difíceis para o falante não-nativo e, assim, de vez que a tradução deste conceito parece não estar ainda firmada para o português, opta-se aqui por uma tradução que preserve o máximo possível a escolha dos autores originais (conf. The Oxford Illustrated Dictionary, 1978).

(...) O paciente marca numa linha o ponto que ele sente representar a sua percepção do seu estado atual. (...) Como esta avaliação é, claramente, altamente subjetiva, estas escalas são do máximo valor quando se procura por mudança individuais [within individuals] e são de menor valor para comparações entre um grupo de indivíduos em um [determinado] ponto no tempo. (p. 227, chaves deste pesquisador).

Na sua formatação típica, um item de uma escala de analogia visual é apresentado assim:

Como foi a sua dor hoje? Faça uma marca vertical na linha abaixo para indicar como você percebeu a quantidade da sua dor hoje.

Nenhuma dor | _____ | Dor muito forte

Em alguns casos, o investigador opta por ampliar o controle do estímulo acrescentando propriedades de controle adicionais como cores, por exemplo:

Dor muito forte  Nenhuma dor

Existem também variações posicionais desta condição estimuladora como, por exemplo, a sua orientação espacial: desenhar a linha no plano horizontal ou no plano vertical. Essas variações acabam por ser também um acréscimo de controles adicionais: representar a dor numa linha vertical, por exemplo, colocando em baixo “nenhuma dor” acrescenta uma dimensão espacial (alto-baixo) à dimensão avaliativa (bom-mal) e seus possíveis efeitos na resposta precisariam ser bem estudados.

Esta investigação utilizará o formato mais simples e tradicional, ou seja, uma linha horizontal com 100 milímetros de comprimento, ancorada por descritores verbais a cada extremo.

Embora este pesquisador não tenha encontrado na literatura consultada uma discussão mais detalhada sobre os efeitos da instrução (como se fraseia a instrução) e dos estímulos verbais utilizados para a ancoragem dos extremos do contínuo (adjetivos bi-polares), sabemos da literatura sobre o comportamento verbal que estas variáveis poderiam ter efeitos importantes no comportamento do respondente. Além disso, a escolha dos estímulos verbais de ancoragem precisaria levar em conta o treinamento discriminativo do respondente quanto às variações possíveis do fenômeno: o conjunto bom-mau para avaliar o café, por exemplo, poderia revelar registros bem distintos caso o avaliador fosse um provador profissional ou uma pessoa comum. Provavelmente, revelariam também registros diferentes se tomados em diferentes momentos da

aprendizagem discriminativa do provador profissional. Dessa forma, quando um controle mais preciso da resposta for importante ou desejável, tanto o fraseado da instrução como a seleção do par bi-polar precisaria levar em conta a história verbal do respondente e o contexto imediato no qual ele responde. Em virtude dos problemas logísticos envolvidos em produzir estímulos assim particularizados, este problema pode ser solucionado através de um inquérito após os registros, no qual se buscasse explicitar controles mais idiossincráticos da resposta dada. Essa é a estratégia que temos utilizado, como se verá mais abaixo, na discussão da utilização que se deu ao instrumental ASEBA[®] nesta investigação.

Escalas de analogia visual têm sido utilizadas em contextos de pesquisas médicas e assemelhadas (p. ex.: Cork, Isaac, Elsharydah, Saleemi, Zavisca & Alexander, 2004; Huskisson, Jones & Scott, 1976; McGrath, Seifert, Speechley, Booth, Stitt & Gibson, 1996; Scott & Huskisson, 1977; Shields, Cohen, Harbeck-Weber, Powers & Smith, 2003), utilizada como critério em estudos de validade concorrente (p. ex.: Figueiredo, Azevedo & Oliveira, 2009) e comparadas com escalas lineares já bem estabelecidas em estudos de validação, como as escalas tipo Likert e tipo Borg, apresentando uma superioridade na sensibilidade à mudança em alguns estudos (p. ex.: Bacci, 2004; Grant, Aitchison, Henderson, Christie, Zare, McMurray & Dargie, 1999).

Como o interesse desta investigação é a clínica de serviços, o fator tempo é crucial na preparação, administração, registro e interpretação de qualquer instrumental utilizado para produzir indexadores empíricos do comportamento dos clientes. Atentos a este fator, Petermann e Müller (2001), ao propor seu método de *prática controlada*, previram um total de seis horas por cada caso para as tarefas de planejar a intervenção, coletar e registrar dados, analisá-los e aplicá-los num contexto de prática por evidências. Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) escrevem sobre este problema:

A carga de trabalho do clínico típico já está repleta de trabalhos burocráticos e outras atividades não diretamente relacionadas à tarefa [clínica] (p. ex.: telefonemas, reuniões, planejamento do tratamento, registros de progressos e assim por diante (Duncan & Miller, 2000). Brown et al. (1999), por exemplo, verificaram que a maioria dos clínicos não consideram como prática qualquer medida ou combinação de medidas que toma mais de cinco minutos para completar, avaliar e interpretar. Como resultado, um forte argumento pode ser apresentada para a adoção de medidas que sejam breves em acréscimo a serem confiáveis e válidas. (p. 2, chaves deste pesquisador).

A variável aqui considerada indica ser o custo da resposta. É neste contexto que existe um esforço para a produção de um instrumental de fácil e rápido processamento, apresentando, ao

mesmo tempo, confiabilidade e validade satisfatórias quando comparados a instrumentos mais complexos e trabalhosos. Uma das ofertas deste tipo de instrumento é a representada por escalas de analogia visual breves, semelhantes ao IR e IS que se pretende utilizar nesta investigação.

Segundo Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et. al. (2003),

A pesquisa demonstrou a confiabilidade e a validade de escalas de analogia visual ultra-breves em várias áreas, incluindo: avaliação e manejo da dor (Ger, Ho, Sun, Wang & Cleeland, 1999; Zalon, 1999), na percepção da qualidade do tratamento (Arneill & Devlin, 2002), na psicoeducação (Dannon, Iancu, & Grunhaus, 2002), na valiação da mudança em resposta a tratamentos médicos (Grunhaus, Dolberg, Polak & Dannon, 2002) e nos resultados finais de psicoterapias (Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003). Além da sua facilidade de administração e computação dos resultados, estas escalas apresentam uma validade de face tipicamente ausente em medidas técnicas mais longas que parecem distantes da experiência do cliente. (p. 6).

Escalas de analogia visual breves são igualmente escalas de diferencial semântico e Escalas Somadas de Avaliação (ESA) e a elas se aplica, igualmente, o acima discutido para estes tipos de escalas. A sua adoção ou não, caso indicada, dependerá então basicamente da robustez dos seus estudos validação. Pesará também para esta decisão a natureza mais clínica ou mais acadêmica dos propósitos da investigação. Escalas de analogia visual breves foram originalmente desenvolvidas por clínicos em contextos clínicos e não por pesquisadores em contextos acadêmicos formais. No primeiro caso, quando em conflito, optou-se por sacrificar o rigor em nome da utilidade clínica e da exequibilidade; no segundo, precisão e rigor formal são decisivos, podendo orientar uma decisão inversa.

1.6.6.1 -Inventário de Resultados

O Inventário de Resultados (IR) [*Outcome Rating Scale*] (ANEXOS 2 A, 2 B e 2 C), utilizado neste estudo, é uma escala de analogia visual proposta por Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003), que registra o relato do cliente estimulando o relato dos concomitantes emocionais dos efeitos das contingências que atuaram na semana imediatamente anterior em quatro contextos: individual (bem estar consigo mesmo), com outras pessoas (família, relações próximas), socialmente (trabalho, escola, amigos) e global (sentimento global de bem estar). É, portanto, uma medida de auto-relato. Segundo seus propositores,

(...) estes itens foram adaptados de três áreas do funcionamento do cliente avaliadas pelo OQ-45.2, especificamente, individual, relacional e social. Mudanças nestas três áreas são amplamente consideradas como indicadores válidos de resultados bem sucedidos do tratamento (Kazdin, 1994; Lambert, Burlingame, et al., 1996; Lambert & Hill, 1994). (p. 93).

Figura 5 - Folha para registros do Inventário de Resultados (IR)

O cliente faz o relato registrando uma marca vertical num ponto qualquer de uma linha horizontal de 10 centímetros. No topo da folha está impressa a seguinte instrução: “Considerando a semana passada, incluindo hoje, ajude-nos a entender como se sentiu nas áreas de vida incluídas neste inventário. Marcas quanto mais à esquerda representam níveis mais baixos ou negativos e quanto mais à direita representam níveis mais altos ou positivos. Por favor, marque com um traço vertical - | - em qualquer ponto das linhas.”. A Figura 5 mostra um exemplo real deste registro, na qual aparecem os três primeiros estímulos (Individualmente, Com outras pessoas e Socialmente) estando cortado, na figura, o estímulo “Global”.

Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) relatam ter investigado a fidedignidade, validade e exeqüibilidade do IR em 513 respondentes divididos entre um grupo clínico (435 respondentes) e não-clínico (78 respondentes). O grupo não-clínico completou o OQ-45.2 e o IR e grupo não clínico somente o IR, ambos por um período variando entre dez dias a cinco semanas. Segundo aqueles autores, o IR respondeu satisfatoriamente aos critérios de fidedignidade (Alfa de Cronbach = 0,93 para todas as aplicações, semelhante ao obtido para o OQ-45.2), de validade concorrente (Correlações Pearson produto-momento entre o escore total do IR e o escore total do OQ-45.2), de teste-reteste (teste-t), de validade do construto - o IR discriminou com precisão as amostras clínica e não-clínica - e de sensibilidade à mudança - os escores aumentaram na amostra clínica do pré para o pós-teste, mas variaram minimamente na amostra não-clínica, o que adiciona evidência de validade do construto.

Um dos critérios utilizados para avaliar o IR, a exeqüibilidade, merece um comentário em destaque, pois foi a principal razão para a escolha deste instrumento neste estudo. De acordo com Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003):

A exeqüibilidade [feasibility] de um instrumento [para a mensuração] de resultados finais envolve a probabilidade de que o instrumento será de fato utilizado. Em contextos clínicos, a exeqüibilidade é

o grau de facilidade com o qual um instrumento pode ser explicado, completado e rapidamente interpretado. Se medidas de resultado final não atendem as demandas reais da prática clínica, elas podem defrontar com resistências tanto por parte dos terapeutas quanto dos clientes. Além disso, medidas que são difíceis de cotar ou que parecem ser irrelevantes para os clientes e terapeutas tem menor probabilidade de serem utilizadas. (p. 97, chaves deste pesquisador).

Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) relatam que, ao fim de um ano de utilização, as medidas da adesão ao IR como instrumento de medida de resultado em clínicas comunitárias em comparação com a adesão ao OQ-45.2 foram as seguintes: 1º mês: IR = 3%, OQ-45.2 = 33%; 6º mês: IR = 61 %, OQ-45.2 = 25%; 10º mês: IR = 89%, OQ-45.2 = 25%.

Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) apontam algumas limitações do instrumento. Observam que o alto grau de consistência interna de um instrumento com somente quatro itens mostrar-se equivalente à consistência interna de um instrumento de 45 itens (OQ-45.2) sugere que a medida do IR talvez possa ser mais bem interpretada como uma medida global de perturbação, ao invés de medidas com sub-escalas para dimensões separadas, de vez que esta consistência indica que os quatro itens se correlacionam fortemente entre si. Observam também que numa estimativa da confiabilidade teste-reteste a confiabilidade verificada para o IR foi significativamente menor do que a obtida para o OQ-45.2, embora argumentem que pode ser difícil a interpretação comparativa da confiabilidade teste-reteste de medidas planejadas para serem sensíveis à mudança, pois correlações mais fracas podem decorrer do fato de uma das medidas ser mais sensível a pequenas mudanças do que a outra. Admitem que ao IR se aplicam todos os problemas associados a testes rápidos de auto-relato, destacando o fato de que a interpretação dos resultados depende da acurácia do cliente na avaliação do nível da sua perturbação e de que não existem controles para os conjuntos de respostas, como a ação de contingências de reforço social e/ou respostas sob controle de fuga-esquiva ou, ainda, como respostas de contra-controle às contingências dispostas pela terapia ou pelo terapeuta. Consideram, porém, que os ganhos em exeqüibilidade compensam as perdas em confiabilidade e validade.

Duncan, Sparks, Miller, Bohanske e Claud (2006) desenvolveram e testaram um instrumento de medidas de resultado final para crianças de 6 a 12 anos, adolescentes (13 anos ou mais) e cuidadores [*Child Outcome Rating Scale*] com base no IR, numa amostra de 2456 crianças e adolescentes e 300 cuidadores para o grupo clínico e de 199 crianças e adolescentes e 199 cuidadores para o grupo não-clínico. Os adolescentes responderam a uma escala IR

modificada (ANEXO 2 B). Para examinar a validade concorrente do IR modificado, aqueles pesquisadores utilizaram o *The Youth Outcome Questionnaire 30 (Y-OQ)* selecionado pelas suas fortes qualidades psicométricas e sua ampla utilização (Burlingame, Gawain, Lambert & Cox, 2004), observando-se que o Y-OQ é um inventário respondido somente pelos pais ou cuidadores. As medidas de fidedignidade e validade apresentadas relatadas por aqueles autores são semelhantes às relatadas por Miller, Duncan, Brown, Sparks e Claud (2003) para o IR, valendo também aqui as mesmas ressalvas.

1.6.7 -Medindo o construto “relação terapêutica” através de uma Escala de Analogia Visual

Existem indicações de que alguns terapeutas consideram que qualquer forma de mensuração seria um dificultador para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade e, quando se vêem forçados a obtê-las para efeitos de reembolso, a consideram mais como um adicional burocrático desnecessário e de interesse de terceiros (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, et al., 2003; Duncan, Sparks, Miller, Bohanske & Claud, 2006). Neste contexto, é razoável que se pergunte se a produção de medidas continuadas em terapia, que é a proposta desta tese, afetaria em alguma medida o fenômeno nomeado por esse construto.

O primeiro problema que se enfrenta nessa discussão diz respeito ao próprio construto que se pretende medir e comparar: relação terapêutica. Discutir em detalhes o construto e suas possibilidades de mensuração à luz da vasta literatura da área corresponderia a produzir outro estudo, complexo o suficiente para ser tema de uma tese de doutoramento. Daí a opção por denominar a discussão que aqui se apresentará como “alguns aspectos” da relação terapêutica.

Uma apresentação parcimoniosa deste construto pode ser lida em Meyer (2009):

(...) 1. As habilidades do terapeuta em estabelecer uma relação positiva com seu cliente (também chamada de aliança de trabalho ou aliança terapêutica), sendo cada vez mais constatado que a qualidade desta relação pode influenciar no processo terapêutico. Parece que habilidades como demonstrar interesse, empatia, aceitação, afeto positivo, ouvir, inspirar confiança, esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do processo e reforçar as respostas do cliente de procurar ajuda e tentar mudar, são essenciais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva. Como conseqüência, o cliente teria uma maior abertura e motivação para se envolver no processo. Inclusive, pesquisas têm mostrado que a avaliação das percepções do cliente sobre a relação terapêutica no início da terapia tem sido capaz de prever ocorrências de atrito e resultados

positivos, sendo a variabilidade nos graus de avaliação associada ao estilo de interação do terapeuta com o cliente (Follette & Callaghan, 1996). (p.3).

É difícil encontrar um trabalho de peso na área clínica que não discuta em algum momento e de alguma forma este construto (por ex.: Goodheart, Kazdin & Stenberg, 2006; Neno, 2005, Meyer, 2009), sob esta denominação ou alguma variante dela, como por exemplo, aliança terapêutica ou aliança de trabalho³². Este construto tem também recebido atenção mais específica de alguns estudiosos de orientação comportamental (p. ex.: Braga & Vandenberghe, 2006; Prado & Meyer, 2006).

Quando se trata de estimar a sua importância relativa para os resultados positivos da terapia psicológica, não há consenso na literatura: varia desde a atribuição do eventual benefício da terapia pesadamente à relação terapêutica, como o fazem, por exemplo, Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003), que atribuem à relação terapêutica uma participação sete vezes maior na predição de resultados positivos em comparação com a participação do modelo ou técnica utilizados, à minimização do seu papel, como, por exemplo, Huppert, Fabbro e Barlow (2006), que estimam no entorno de 10% a participação deste fator. Tanto Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003) quanto Huppert, Fabbro e Barlow (2006) oferecem ampla fundamentação em pesquisas empíricas para as suas afirmações contraditórias, o que parece indicar um conhecimento ou formulação ainda insuficiente deste construto e das suas possibilidades de mensuração. Por outro lado, a continuidade da discussão deste construto por pesquisadores de reconhecida competência na área clínica desaconselha o seu desconhecimento.

Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003) observam que:

(...) Atualmente, existem uma variedade de abordagens para avaliar a aliança. Sendo estas avaliações multidimensionais da aliança válidas e confiáveis, elas foram desenvolvidas prioritariamente para atender a pesquisa (...) sua complexidade é o tempo de administração freqüentemente as fazem inexecutáveis para muitos provedores de serviços e clínicas. (...) Brown, Dreis e Nace (1999) encontraram que a maioria dos clínicos não considera prática qualquer medida ou combinação de medidas que tomem mais do que cinco minutos para completar, computar e interpretar. (p. 4).

³² Parte daquilo que a literatura chama de “efeitos do terapeuta” indica relacionar-se de alguma forma ou superpor-se em alguma medida ao construto “relações terapêuticas” (Huppert, Fabbro & Barlow, 2006).

1.6.7.1 -Inventário de Sessão

O Inventário de Sessão (IS) [*Session Rating Scale, SRS*] foi o instrumento selecionado neste estudo para colher medidas de aspectos da relação terapêutica e é, igualmente, uma escala de analogia visual breve. Foi desenvolvido originalmente por Johnson (1995, *apud* Duncan et al., 2003), aqui apresentado na sua terceira versão (ANEXOS 3A e 3B). De acordo com Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003):

O IS é um instrumento de analogia visual de quatro itens elaborado a partir de várias influências. Bordin (1979) definiu classicamente a aliança como três elementos interativos: (a) um vínculo relacional entre o terapeuta e o cliente; (b) concordância sobre as metas da terapia e (c) concordância quanto as tarefas da terapia. (...) O IS foi adaptado a partir da definição clássica de aliança de Bordin com um foco na teoria de mudança do cliente (Duncan & Miller, 2000), como sugerido por Gaston. O quarto item reflete orientação recebida de uma análise fatorial das principais escalas em utilização (i.é., a HAQ, a WAI e a California Psychotherapy Alliance Scales (...) adicionalmente ao fator geral medido por todas as escalas de aliança (i.é., a força da aliança), dois outros fatores são preditores: colaboração confiante e a expressão de sentimentos negativos. (p. 5).

Segundo Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003), o IS simplesmente transpõe essas orientações teóricas para os quatro itens que compõem a sua escala. A folha de respostas tem nela impressa a seguinte instrução: “Por favor, indique como foi a sessão de hoje, marcando um traço vertical - | - no ponto da linha que mais se aproxime da experiência que teve nesta sessão” sendo a seguir apresentados os seguintes itens/estímulos para o relato do cliente: *relação com o terapeuta*, ancorado nos estímulos antinômicos “Senti que o/a terapeuta não me ouviu, não me entendeu e/ou não me respeitou” à esquerda e “Senti que o /a terapeuta me ouviu, me entendeu e/ou me respeitou”, à direita; *metas e temas*, ancorado nos estímulos antinômicos “Não trabalhamos nem falamos do que eu queria trabalhar e falar” à esquerda e “Trabalhamos e falamos do que eu queria trabalhar e falar” à direita; *método ou forma*, ancorado nos estímulos antinômicos “Não me dei bem com a forma que o/a terapeuta usou para organizar a sessão” à esquerda e “ Senti-me bem com a forma do/a terapeuta organizar a sessão” à direita e *global*, ancorado nos estímulos antinômicos “Sinto que ficou faltando alguma coisa na sessão de hoje” à esquerda e “De maneira geral, a sessão de hoje foi boa para mim”, à direita. Aqueles autores produziram uma versão do IS - SRS V3 - para adolescentes, que pode ser vista no ANEXO 3 B.

Num estudo de validação do IS, Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown et al. (2003) utilizaram uma amostra aleatória de 337 participantes com idades entre 18 e 74 anos, todos eles pessoas que procuraram espontaneamente terapia em três instituições diferentes e utilizaram como medidas o *The Helping Alliance Questionnaire*, que apresentam como: “O HAQ-II (Luborsky et al., 1996) é um questionário de 19 itens amplamente usado para medir a força da aliança cliente-terapeuta.” (p. 7), o *The working alliance inventory*, WAI e o próprio IS (SRS). Quanto à confiabilidade, tanto medidas de teste-reteste quanto a consistência da confiabilidade foram avaliados (N=420) apresentado um alfa de Cronbach de 0,88 para o IS, que se comparou favoravelmente com o HAQ II (Alfa de Cronbach 0,90). Uma estimativa da confiabilidade teste-reteste para um total de 350 administrações pareadas do IS e do HAQ II apresentou um coeficiente Pearson de 0,64 para o IS e de 0,63 para o HAQ II ($p < 0,01$). Limitadas a primeira e segunda administração, os coeficientes Pearson foram 0,70 para o IS e 0,75 para o HAQ II ($p < 0,01$). A validade concorrente considerou o escore total do IS correlacionado com o escore total do HAQ II numa amostra de 420 administrações pareadas, apresentando um coeficiente Pearson de 0,48 ($p < 0,01$). Correlacionando os itens individuais do IS e do escore do HAQ II a cada administração, os coeficientes obtidos variaram entre 0,39 e 0,44 demonstrando, segundo aqueles autores, que os itens do IS avaliavam o mesmo construto avaliado pelo HAQ II e que ambos os instrumentos avaliavam de maneira similar a força da aliança. Quanto à exequibilidade, neste estudo o IS apresentou uma adesão notavelmente superior ao WAI (96% para IS e 29% para o WAI).

Por se tratar de um inventário de auto-relato breve, todas as observações e ressalvas já discutidas acima com relação ao IR são igualmente pertinentes para o IS e quanto ao racional e justificativa para a sua adoção nesta tese, oferece-se a mesma argumentação desenvolvida para o IR.

Análises rápidas e práticas do andamento da intervenção têm suas chances de ocorrência otimizadas quando o terapeuta utiliza alguma forma de medida sistemática do andamento da sua intervenção, com a vantagem adicional de serem julgamentos e explorações empiricamente informados. Uma das principais finalidades desse tipo de recurso metodológico é a de colocar o comportamento do terapeuta sob controle de eventuais mudanças comportamentais experimentadas pelo cliente semana a semana e, assim, permitir ações corretivas ou incrementais

oportunas (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Kazdin, 2006; Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003).

1.6.8 - Propriedades, características e crítica das Escalas Somadas de Avaliação (ESA)

Um ponto importante para a discussão de medidas em psicologia e nesta tese é a natureza das medidas em psicologia com relação às escalas de medidas. Abaixo, à luz da teoria das escalas de medidas, examinam-se as características de construção dos instrumentos utilizados neste estudo para a obtenção de medidas.

Escalas Somadas de Avaliação, ESA, tais como as acima discutidas, não são de fato escalas de intervalo. São escalas nominais na maioria e, algumas vezes, escalas ordinais.

Uma escala ordinal permite a discriminação de diferenças categóricas e também da direção delas, mas não a grandeza desta diferença: não se pode afirmar, por exemplo, que a “distância” (grandeza) entre uma resposta “concordo” em relação a um ponto neutro ou suposto “zero arbitrário” - como “não concordo nem discordo” - seriam as mesmas para duas pessoas diferentes que respondessem ao mesmo instrumento. Uma pessoa que respondeu “concordo” pode realmente não estar muito interessada naquele tema, enquanto para outra o tema é fortemente significativo. Teríamos então um “concordo” fraco no primeiro caso, talvez não muito distante do ponto neutro, “não concordo nem discordo” e, no segundo, um “concordo” comparativamente muito mais “distante” do ponto neutro. No caso de uma escala ordinal, não existem de fato intervalos fixos através dos quais se possam medir esta distância, como num termômetro, por exemplo.

Uma escala ordinal é ordenada com relação a um parâmetro qualquer, como por exemplo, a ordenação de alunos em primeiro, segundo, terceiro, etc., com relação a um teste, o parâmetro, ou a ordenação de corredores com relação ao tempo que levaram para completar um dado percurso (o parâmetro). Considere-se agora, por exemplo, uma afirmativa como “discuto muito”, que é um dos estímulos do instrumental ASEBA[®] para a resposta verbal textual de registrar 0, 1 ou 2, correspondendo, em ordem crescente, ao quanto o respondente considera “discutir” e “muito”. Grupos sociais diferentes e até mesmo pessoas diferentes podem ter critérios distintos para avaliar essa classe de respostas e, sendo assim, um informante que “discute muito” poderá registrar 0 (zero) ao avaliar o cliente e ele mesmo, o cliente, registrar 2 (dois) para si mesmo, pois

na sua família discussões são raras. De posse dessas avaliações, uma terceira pessoa não poderá saber com segurança se o cliente, afinal, discute muito ou não discute muito com relação à outra pessoa qualquer, pois não existe um parâmetro segundo o qual se possa *ordenar* esses resultados³³. Assim, nessa escala, os numerais 0, 1 e 2 poderiam ser registrados, por exemplo, como A, B e C ou ainda “Nunca”, “As vezes” e “Sempre” e nada mudaria, ou seja, os sinais gráficos 0, 1 e 2 não são números, mas simples numerais. Tanto o instrumental ASEBA[®] quanto o IR e o IS somente permitem a obtenção de medidas em escalas nominais.

Registros em escalas nominais e ordinais não são quantitativos no sentido matemático do termo. Dessa forma, a “média” de medidas obtidas numa escala ordinal não têm sentido matemático e, numa escala nominal, não se pode “somar” as categorias verbais “nunca”+“às vezes”+“sempre” e dividir o resultado por três. Não é matematicamente válido, portanto, transformá-los através das operações básicas do sistema aritmético (somar, subtrair, dividir, multiplicar) e, sem isso, não se pode calcular a média ou o desvio-padrão e, por via de consequência, todo o ferramental da estatística paramétrica não pode ser utilizado de maneira válida (Siegel, 1975).

No entanto e como se pode depreender dos estudos sobre esses instrumentos acima apresentados, todos eles são considerados naquela literatura como escalas de intervalo. Defensores do cálculo e produção de atributos ditos psicométricos para inventários e testes originados de Escalas Somadas de Avaliação, como as do tipo Likert, por exemplo, postulam uma natureza de escala ordinal para os seus registros (o que nem sempre é consistente, como se argumentou acima) e, a partir deste pressuposto, argumentam que o ponto neutro colocado nestas escalas pode ser suposto como correspondendo ao zero arbitrário de uma escala intervalar. Argumentam ainda que, como pessoas diferentes responderiam o instrumento com grandezas (distâncias) supostamente sempre diferentes em relação a um ponto determinado qualquer e ao seu ponto neutro, pode-se supor que ao fim e ao cabo e se muitas pessoas respondessem ao instrumento, a distribuição de todas as respostas registradas neste ponto em relação ao mesmo ponto neutro acabaria por ser um contínuo que poderia, então, ser arbitrariamente dividido em intervalos iguais, o que daria sentido quantitativo à média, desvio padrão, etc. Finalmente, estas suposições anteriores estabeleceriam a possibilidade de se supor que o universo das respostas se

³³ Mas poderia haver: para um dado grupo ou contexto social “discutir muito” poderia ser operacionalizado como “mais de dez vezes por dia *ou* com mais da metade das pessoas com as quais interagiu no dia”, por exemplo. Aceito este parâmetro, seria possível *ordenar* quaisquer outras pessoas com relação à frequência dessa classe de respostas.

distribue de acordo com um modelo teórico, como a curva normal, por exemplo, e com isso fica aberta a possibilidade para se produzir inferências estatísticas com relação aos parâmetros daquele modelo (Kazdin, 1982; Siegel, 1975).

Todas estas suposições não são absurdas (Siegel, 1975), mas se se desejar não lançar mão delas, as medidas de tendência central que podem ser validamente obtidas para escalas ordinais são a mediana e a moda. A mediana porque ela não é afetada pelo “valor” dos escores acima ou abaixo dela, desde que o número de escores acima e abaixo dela permaneça constante. A moda porque é simplesmente o “valor” que aparece com mais frequência naquela ordenação e é, portanto, obtido através de contagem direta. Para seqüências numéricas como estas, podem-se utilizar as técnicas estatísticas não-paramétricas, as quais não fazem suposições sobre a distribuição do universo estatístico considerado.

Embora Kazdin (1982) observe que se alguma estatística paramétrica tiver utilização por razões de conveniência quanto à exposição de efeitos de interesse³⁴, no sentido de gerar estímulos úteis para a produção verbal do pesquisador e da sua comunidade, estas estatísticas poderiam ser utilizadas, uma vez apresentado o racional para o seu uso e as suposições que esse uso implicou, Siegel (1975), neste particular, é taxativo:

Correndo o risco de se tornar excessivamente repetitivo, este escritor deseja enfatizar aqui que testes estatísticos paramétricos, os quais utilizam médias e desvios-padrão (isto é, que requerem as operações da aritmética sobre os escores originais) não deveriam ser utilizados com dados de uma escala ordinal. As propriedades de uma escala ordinal não são isomórficas ao sistema numérico conhecido como aritmético. (p. 26).

Para as séries temporais, existem técnicas não-estatísticas para o refinamento da inspeção visual, como o *split-middle* e a de certa forma controversa técnica denominada *time-series analysis* (Hersen & Barlow, 1976; Johnston & Pennypacker, 1993a). Existem também alguns auxílios da estatística não-paramétrica - isto é, manipulações que não fazem suposições sobre a distribuição da amostra - tais como a moda, a mediana, a frequência, o percentil, o coeficiente de contingência, a correlação de Spearman e de Kendall, a prova U de Mann-Withney. Essas técnicas podem ser utilizadas para escalas ordinais e, algumas delas, como o coeficiente de contingência, para escalas nominais (Siegel, 1975).

³⁴ Esse é o caso, por exemplo, da “média” dos registros dos informantes, no uso que aqui se fez do instrumental ASEBA®. Pelo já discutido até aqui, está claro que medidas de tendência central não têm sentido aritmético numa escala nominal. A “média” foi utilizada neste estudo meramente pela síntese que produz e não por seu significado aritmético.

A GAS, um dos instrumentos utilizados neste estudo é, essencialmente, uma escala ordinal. Nela contam-se e ordenam-se, com base no desempenho final desejado, que é o parâmetro, os desempenhos ocorridos num dado período. Embora possa constituir um grande desafio à perspicácia do investigador, com a GAS pode-se também obter medidas numa escala de intervalo, desde que seja possível arbitrar um ponto zero e determinar intervalos fixos para os registos de referência. Quando se constrói uma GAS para medir algumas classes públicas de comportamento, é pelo menos teoricamente possível determinar instâncias de não-ocorrência absoluta da resposta, ou zero absoluto e, neste caso, é possível obter medidas numa escala de razão. Na clínica de serviços, a obtenção de medidas numa escala ordinal já é um nível de mensuração suficiente para a análise prática da variabilidade das séries temporais.

Com relação à discussão desenvolvida nos parágrafos anteriores, neste estudo se adotou uma solução de compromisso entre as reais possibilidades de mensuração oferecidas pelos instrumentos utilizados e o interesse clínico em produzir indexadores que possam informar empiricamente a produção verbal do terapeuta. Não se pretende resolver nesta tese um problema que tem ocupado, por décadas, o interesse de estudiosos mais bem dotados e dispendo de mais recursos do que este pesquisador. No que diz respeito à mensuração, aqui a pretensão é bem mais modesta: o que se pretende é oferecer um arranjo metodológico exequível para permitir um primeiro passo na direção da implantação, na clínica de serviços, de *uma cultura de medir*, deixando para o futuro o problema de refinar as medidas. Um arranjo metodológico que permita *alguma forma de mensuração* numa terapia de serviços, por mais preliminar, precário e inadequado que possa ser estabelece a base necessária e suficiente para esse refinamento futuro, pois não se pode refinar algo que não existe.

Tendo tudo isso em consideração, optou-se, neste estudo, por aceitar a natureza supostamente intervalar das medidas obtidas através dos instrumentos nele utilizados, que é a que a elas atribuem seus idealizadores e também a que a literatura apresenta. Contudo, mantendo-se na tradição da Análise do Comportamento, a discussão dos resultados deste estudo se amparou predominantemente na inspeção visual das séries temporais (APÊNDICE 4), utilizando o auxílio de linhas de tendência sobrepostas às séries temporais quando a variabilidade dos dados dificultava uma análise direta ou para destacar alguns efeitos de interesse.

1.6.9 - Recursos práticos para mensuração

Na clínica de serviços, pode ser um problema como produzir as medidas desejadas. Na academia ou centro formal de pesquisas, usualmente o próprio pesquisador as produz, mas num contexto de serviços boa parte destas medidas precisaria ser produzida pelo próprio cliente – ou por um observador leigo, por vezes um acompanhante terapêutico inexperiente - no seu ambiente cotidiano que é, tipicamente, o ambiente onde atuam as contingências que controlam boa parte, senão a maior parte, dos problemas que o levaram à terapia.

Como regra geral, quanto menos invasiva e estigmatizante e quanto mais fácil for o método de coleta, tanto maiores as chances de se conseguir instalar e manter ³⁵ a resposta de medir no repertório do cliente ou no do observador coadjuvante. Para este estudo e para os propósitos mais práticos da atividade clínica regular que estão ligadas a ele, desenvolveram-se vários artefatos para a coleta de medidas.



Figura 6 - Cartão de papel para registro de ocorrências de comportamento assertivo

Por exemplo, para uma cliente trabalhando seu repertório assertivo, foi utilizado um cartão (Figura 6), nas dimensões aproximadas de um cartão de visitas tradicional, com uma área demarcada e a palavra “possibilidade” no topo e, ao pé, outra área onde estava escrita a palavra “assertiva”.

A cliente conduzia o cartão no bolso ou bolsa. A cada oportunidade (Sd) que ela discriminava como apropriada para responder assertivamente, ela fazia um pequeno rasgo no cartão, na barra “possibilidade”. A cada vez que, nessa oportunidade, ela respondia assertivamente, ela fazia um pequeno rasgo na barra “assertiva”. Isso pode ser feito até mesmo sem retirar completamente o cartão da bolsa ou bolso. Ao fim do período de observação combinado, ela contava o número de rasgos. Idealmente, o número de rasgos na barra “possibilidade” deveria ser igual ao número de rasgos na barra “assertiva”. No exemplo, a cliente relata que, naquela semana, discriminou seis possibilidades de responder assertivamente, logrando êxito somente em duas delas.

O cliente pode transcrever ele mesmo esses resultados para um papel e levá-lo à terapia ou, como nesse caso se preferiu fazer para firmar a relação entre a resposta de medir e o reforçamento proporcionado pelo terapeuta, levar o cartão à sessão e, junto com o terapeuta,

³⁵ Manter este desempenho dependerá, é claro, do seu valor reforçador para o cliente. Se o terapeuta não utilizar os resultados das medidas de uma maneira que produza reforçamento para o cliente, a resposta provavelmente se extinguirá.

transcrever os resultados diretamente para um gráfico, produzindo assim uma série temporal que permitiu um acompanhamento semanal da evolução do seu desempenho³⁶. No anverso do cartão e por iniciativa própria, esta cliente passou a anotar, entre os rasgos, o contexto no qual ocorreu o Sd (trabalho, família, amigas, etc.).

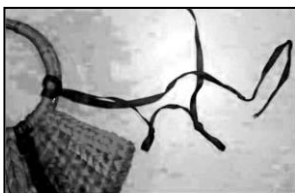


Figura 7 - Registro da ocorrência de comportamentos através de nós em uma fita

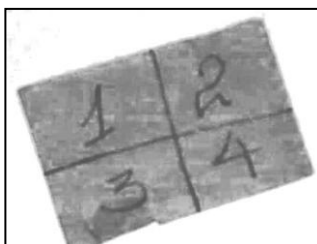


Figura 8 - Cartão de papel para registro de quatro níveis do comportamento alvo

A Figura 7 mostra uma bolsa comum, à qual se amarrou uma fita. A cada ocorrência da resposta de interesse, a cliente discretamente fazia um nó na fita, que eram depois contados e transcritos para o gráfico. Já a Figura 8 mostra um cartão como o mesmo método de registro como o já descrito para o cartão ilustrado na Figura 6, mas neste caso permitindo registrar até quatro níveis pré-determinados da classe de respostas de interesse (por exemplo: da intensidade ou da duração).

O uso de moedas é um recurso simples para produzir uma contagem direta, colocando uma quantidade suficiente num bolso e transferindo discretamente uma moeda para outro bolso (ou outro lugar da bolsa) a cada ocorrência. Moedas de tamanhos diferentes permitem também medir facilmente níveis diferentes da classe de resposta de interesse ou, combinados os tamanhos, a contagem da ocorrência por diferentes contextos (Figura 9). A Figura 10 mostra um chaveiro ao qual se adicionou uma série de fios de diferentes cores, cada cor para um determinado nível ou dimensão da classe de respostas de interesse. A cliente dava um pequeno nó no fio da cor correspondente e levava o chaveiro à terapia, onde a terapeuta cortava e contava cada nó. Com este artefato se podem medir quantos níveis ou dimensões se desejem, simplesmente adicionando linhas de outras cores. Um resultado semelhante ao do uso de moedas pode ser obtido com palitos de fósforos (Figura 11): coloca-se no bolso da roupa uma quantidade suficiente de palitos inteiros e pode-se, com facilidade e discrição, quebrá-los um por um pelo lado de fora mesmo, sem que seja necessário enfiar a mão no bolso. Ao fim do período, conta-se o número de palitos quebrados e transcreve-se o número num gráfico. Recursos semelhantes em praticidade e discrição podem ser elaborados, conforme a necessidade se apresentar.

³⁶ Por uma série de circunstâncias, clientes falharam em registrar uma ou outra instância de ocorrência do comportamento de interesse. Mesmo assim, a série temporal produzida se mostrou suficiente para orientar a ação clínica. A obtenção de medidas de sondagem através de terceiros foi utilizada algumas vezes para aumentar a confiabilidade das medidas.



Figura 9 - Registro da ocorrência de comportamentos através de moedas



Figura 11 - Registro de diferentes níveis de ocorrência de comportamentos através de nós em fios de linha



Figura 10 - Registro da ocorrência de comportamentos através de palitos de fósforo

Quanto à exequibilidade e a redução do custo da resposta de medir, a experiência relatada na literatura da área e a que este investigador adquiriu pode ser resumida nas seguintes regras:

- Reforce positivamente a resposta medir, tanto diretamente, durante as sessões, quanto através de um contrato de contingências.
- Insira a resposta de medir na rotina do cliente (encadeamento). Se, por exemplo, ele usa a carteira de dinheiro no bolso direito do paletó, peça-lhe que coloque o cartão lá. Se ele costumeiramente manipula um chaveiro, divise alguma forma de utilizar este objeto para medir.
- Reduza o custo da resposta de medir e reduza a exposição social (estigma) para o cliente. Caderno e lápis portados o tempo todo, por exemplo, é raridade em nosso país e quem quer que constantemente faça registros num caderninho por certo produzirá atenção social nem sempre bem-vinda.
- Sempre que possível, meça um parâmetro por vez (frequência duração, intensidade, etc.).
- Se o cliente “resiste”, submeta-se você mesmo à contingência, isto é, meça algum comportamento seu com o mesmo artefato e observe as dificuldades.
- Como em inúmeras outras situações da prática clínica, os reforçadores e os esquemas de reforçamento eficazes nas contingências do terapeuta não o são necessariamente nas contingências do cliente. A resposta de medir do cliente funcionará como um reforçador positivo para o terapeuta, mas não necessariamente para o cliente.
- Considere também a possibilidade de repertório pré-requisito faltante, como por exemplo, o de auto-controle, o que impedirá o cliente de produzir a resposta desejada.
- Qualquer nova resposta adicionada ao repertório do cliente, solicitada ou motivada por um terceiro, pode ser invasiva. Mantenha presente a relação custo-benefício da resposta

de medir e assegure-se de que as medidas são de fato necessárias e serão efetivamente usadas para o benefício exclusivo do cliente.

1.7 - Avaliação dos dados.

A acumulação de dados sobre um dado fenômeno institui o problema de como tratar os dados acumulados. Millenson (1975) resume assim o problema:

As numerosas medidas que constituem os dados brutos de um experimento são inconvenientes. Seu grande volume torna-se de difícil compreensão, mesmo para o pesquisador que os coletou. Certamente, elas dificilmente poderiam ser comunicadas em sua forma bruta a uma comunidade científica como um todo. Sob tais pressões, desenvolveram-se métodos de resumir os dados e caracterizá-los por alguns de seus aspectos proeminentes. Estas caracterizações sumárias e descritivas constituem o que chamamos *estatística descritiva*. (p.45).

O problema de como tratar os dados acumulados transfere a problemática da mensuração e de medidas para a questão da avaliação das medidas produzidas, ou seja, a *avaliação dos dados*.

Independentemente da apreciação mais ou menos favorável que a literatura da área apresenta sobre o uso da estatística descritiva ou inferencial no estudo do comportamento, este recurso metodológico é consensualmente considerado como um “auxílio para o julgamento” [*judgmental aid*] dos resultados de um estudo, básico ou aplicado, ou, como escreve Michael (1974): “estímulos aos quais o cientista pode reagir mais facilmente do que aos resultados experimentais brutos” (p. 647). De fato, como o trecho de Millenson (1975) acima citado já indicou, uma das funções do método estatístico é resumir – abreviar – os dados, embora a abrangência e a validade interpretativa que se possa dar a este “resumo” possam ter mais de um propósito e que estes diferentes propósitos impliquem diferentes níveis de “auxílio para o julgamento”, de validade lógica e dos limites da sua utilidade prática.

A posição da Análise do Comportamento com relação à estatística é complexa, predominantemente crítica e, por vezes, aparentemente contraditória, pois, tipicamente, obras que discutem aspectos metodológicos da pesquisa comportamental incluem algum capítulo ou trecho de capítulo discutindo alguma forma potencialmente produtiva para o uso criterioso da estatística nestes estudos (p. ex.: Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Hersen & Barlow, 1976; Baer, 1977; Johnston & Pennypacker, 1993a; Kazdin, 1982; Poling, Methot & LeSage, 1995).

A principal restrição é no uso da estatística inferencial e não da estatística descritiva, embora no modelo teórico da Análise do Comportamento, ambas requeiram cuidados interpretativos (Chiesa, 1994). Johnston e Pennypacker (1993a) chamam a atenção para o fato de que o que chamamos de dados são de fato, enquanto comportamento textual, estímulos para comportamentos verbais subsequentes. Situando a discussão no domínio do comportamento verbal, aqueles autores apresentam a sua análise das dificuldades que a estatística inferencial estabelece para o estudo do comportamento, através das seguintes perguntas: “O que é que fazemos quando fazemos uma inferência? É a mesma coisa que chegar a uma conclusão ou fazer uma interpretação? É um tipo de comportamento especial? É o resultado final de um raciocínio lógico?” (p. 333).

Prosseguem Johnston e Pennypacker (1993a) observando que essas questões podem ser respondidas a partir do quadro conceitual dos filósofos e lógicos, os quais mantêm uma visão racionalista do comportamento humano que inclui um mundo mental no qual o pensamento racional operaria de acordo com leis mentais e não leis do mundo físico. Essa perspectiva é confortável para a maioria das pessoas porque ela está não fere as práticas verbais da cultura, as quais postulam causas mentais a priori para as ações humanas. Contudo, escrevem aqueles autores, aqueles que se especializam no estudo do comportamento operante não se sentem à vontade com a postulação de um mundo mental, não somente porque não existam evidências diretas deste mundo, mas porque o mentalismo afasta os pesquisadores daquilo que eles podem realmente estudar, o comportamento. Os analistas do comportamento concebem o comportamento verbal como sendo um comportamento igual a qualquer outro, sujeito às mesmas leis, e que os operantes verbais chamados de raciocínio e lógica são instâncias de comportamento verbal. O comportamento racional e o comportamento lógico são mais comportamento a ser explicado e não as explicações para outros comportamentos. “Assim como outro comportamento, o que nós dizemos ou escrevemos é influenciado pelo nosso ambiente passado e presente.” (Johnston & Pennypacker, 1993a, p. 333). Inferir é o mesmo que interpretar ou concluir e inferir não é algo que se faça ao fim do processo investigativo, mas sim um operante verbal que acompanha todo o processo, desde o momento em que se examinam os dados brutos ao fim de cada sessão e se decide se as medidas precisariam ser melhoradas ou se os procedimentos deveriam ser modificados.

Para um resumo satisfatório dos dados acumulados com a finalidade de estimular a produção verbal posterior do investigador, existem pelo menos dois caminhos metodologicamente bem estabelecidos: o oferecido pela estatística e o oferecido pela metodologia das séries temporais (delineamentos de caso único), que foi a favorecida nesta tese em função de ser a metodologia de eleição para o estudo do comportamento na tradição analítico-comportamental e de ser o método de eleição para a produção de conhecimento clínico, o estudo de caso único, tendo o sujeito como o seu próprio controle (Baer, Wolf & Risley, 1968, 1987; Sidman, 1960/1988).

Escrevem Segool, Brinkman e Carlson (2007):

Uma das maneiras de atender a necessidade aumentada de responsabilidade [accountability] para o resultado final de serviços em contextos aplicados é através do delineamento de caso único e de metodologias de monitoração do progresso. Delineamentos de caso único concebem o tratamento de um indivíduo como um processo experimental que pode ser monitorado ao longo do tempo e avaliado quanto a sua eficácia. Ao invés de se fiar em evidências anedóticas de mudança como resultado da intervenção, intervenções de caso único são planejadas para as necessidades únicas que apresenta um cliente e, a seguir, o impacto da intervenção individual é monitorado ao longo da sua aplicação utilizando técnicas de coleta e análise de dados (p. 310)

Hayes, Barlow e Nelson-Gray (1999) apresentam as características definidoras da metodologia das séries temporais assim:

O núcleo fundamental da metodologia das séries temporais, como este nome denota, é medidas repetidas ao longo do tempo da atividade psicológica do cliente e do contexto no qual elas ocorrem. (...) A partir destas medidas freqüentes, pode-se produzir estimativas do nível de ocorrência de comportamentos importantes, sua tendência aparente e o grau de variabilidade do comportamento de interesse ao redor deste nível e desta tendência. Estas estimativas são então utilizadas para detectar fontes de influência comportamental e para determinar o impacto do tratamento. (p. 103).

Nessa abordagem (séries temporais; delineamentos de caso único) podem-se considerar, quanto às medidas do agregado:

- *Nível*: uma dada classe de respostas pode ocorrer em diferentes níveis. Por exemplo, respostas de agressão podem ser verbais ou podem ser físicas; podem ocorrer algumas vezes na semana ou todos os dias; se verbais podem ocorrer com grande intensidade (gritos) ou num tom de voz mais próximo ao socialmente aceitável; se físicas, podem ser dirigidas ao ambiente inorgânico (quebrar objetos, bater portas) ou dirigidas a

outras pessoas; se dirigidas a outras pessoas podem causar danos físicos (marcas, sangramento, etc.) ou não, e assim por diante. Cada uma dessas possibilidades pode ser organizada como um nível diferente de uma mesma classe de respostas, uma vez demonstrado seu controle funcional comum ou, alternativamente, seu produto ambiental comum e, dessa forma, medidas do nível podem ser registradas como medidas pré e pós-intervenção e podem também ser monitoradas quanto à sua evolução ao longo da intervenção. Reduzir o nível de uma classe de respostas como “agressão” pode ter importante significância clínica e social. Uma única medida é suficiente para se estabelecer o nível (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

- *Tendência*: a tendência, entendida como a evolução da *direção* de uma série de medidas de uma classe de respostas problemática ao longo da linha do tempo, pode ser crucial para decisões clínicas. Idealmente, uma intervenção clínica estaria justificada clínica e socialmente na medida em que a tendência da classe de comportamentos problemáticos demonstrasse caminhar numa direção pessoal e/ou socialmente indesejável. No caso contrário, a indicação é a de que provavelmente existiriam variáveis presentes no ambiente natural do cliente que já vêm atuando terapêuticamente, no sentido de amenizar ou eliminar o problema. Nesta hipótese, uma intervenção psicoterápica, sempre invasiva e custosa em alguma medida, poderia ser talvez dispensável ou postergável, a depender do julgamento informado e compartilhado entre o terapeuta, seu cliente e, eventualmente, entre partícipes do seu ambiente natural. Duas medidas já permitem uma estimativa preliminar da tendência do problema (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

- *Variabilidade*: para um mesmo nível e para uma mesma tendência, a classe de respostas problemáticas pode apresentar mais ou menos variabilidade. Essencialmente, a variabilidade é uma indicação de eventual erro de mensuração ou da ação de variáveis estranhas à intervenção. Uma variabilidade alta sugere a presença e ação de variáveis estranhas às da intervenção clínica ou estranha ao seu foco. A discriminação destas variáveis pode ser crucial para os rumos da intervenção. Entretanto, tenha-se presente que, por vezes, a meta pode ser aumentar a variabilidade de uma dada classe de respostas, quando, por exemplo, o foco da intervenção é aumentar a exposição do cliente a diferentes contextos potencialmente reforçadores ou ampliar as respostas disponíveis no

repertório de um cliente em contextos para os quais seu repertório é estereotipado ou reduzido, o que também torna a sua monitoração continuada importante para as decisões clínicas. Três medidas são suficientes para permitir uma estimativa preliminar da variabilidade (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

1.7.1 - Inspeção visual

O critério de avaliação dos dados predominante nos estudos de caso único é a chamada inspeção visual: medidas da variável dependente são repetidas ao longo da linha do tempo e assim um julgamento pode ser feito com base no padrão global apresentado. Num delineamento formal como o A-B-A-B, por exemplo, espera-se uma variação sistemática e pronunciada entre as fases A e B, bem como uma homologia das séries quanto ao nível, tendência e variabilidade para os dois pares A-B. A lógica subjacente para cada delineamento diz respeito à maneira como o desempenho na linha de base é utilizado para prever o desempenho futuro e as fases subsequentes testam esta predição. Chama-se *inspeção visual* a maneira pela qual uma decisão é feita sobre se a predição foi violada ou confirmada, isto é, se ação da variável independente - no caso da clínica, a intervenção ou um dos seus componentes - correspondeu sistematicamente a uma violação da predição com base no desempenho na linha de base ou, no caso da clínica, se diferiu da avaliação pré-tratamento na direção clinicamente desejável (Kazdin, 1982).

Uma das principais vantagens da inspeção visual para a avaliação dos resultados de uma investigação é que ela atende ao interesse da Análise do Comportamento na explicitação de relações fortes entre a variável independente e a dependente. A inspeção visual pode ser considerada um método cru e de pouca sensibilidade para avaliar os dados, mas estas características são consideradas como uma vantagem deste método, de vez que elas funcionariam como um filtro através do qual somente os resultados mais notáveis seriam detectáveis. Efeitos fracos não seriam considerados como tendo atendido aos requisitos restritos da inspeção visual (Kazdin, 1982).

Kazdin (1982) aponta que um dos problemas deste método de avaliação do agregado, a inspeção visual, é a ausência de regras explícitas para determinar se uma dada demonstração apresentou ou não um efeito confiável. Escreve aquele autor:

Aparentemente, o processo de inspeção visual pareceria permitir, senão encorajar ativamente, subjetividade e inconsistência na avaliação de efeitos da intervenção. (...) De fato, alguns poucos estudos examinaram a extensão com que pessoas consistentemente julgam através da inspeção visual se uma intervenção específica demonstrou um efeito (DePropero & Cohen, 1979; Gottman & Glass, 1978; Jones, Weinrott & Vaught, 1978). Os resultados demonstraram que juízes, mesmo peritos na área, freqüentemente discordam sobre um padrão específico nos dados e se os efeitos foram confiáveis. (p. 239).

Quando o padrão dos dados acumulados apresenta características fortes, tais como a completa ausência do comportamento de interesse na linha de base (o comportamento de estudar em um escolar) ou sua ocorrência freqüente (alucinações), uma eventual mudança, mesmo que fraca, seria facilmente discriminada através da simples inspeção visual do padrão, mas estas características não se mostram assim na maioria dos casos. Kazdin (1982) observa ainda que...

A inspeção visual depende de muitas características dos dados, mas especialmente aquelas que dizem respeito à magnitude das mudanças através das fases e à taxa destas mudanças. As duas características relacionadas à magnitude são mudanças na média e no nível. As duas características relacionadas à taxa são mudanças na tendência e a latência da mudança. É importante examinar cada uma dessas características separadamente, embora num dado conjunto de dados de aplicação elas ajam em concerto. (p. 233).

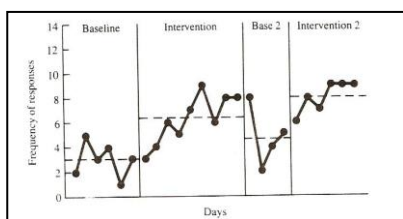


Figura 12 - Inserção das médias numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982)

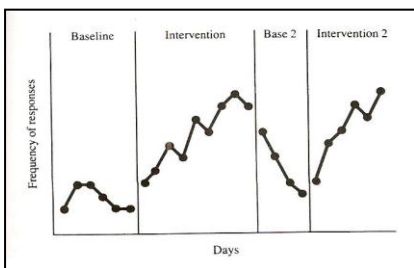


Figura 13 - Mudanças de nível numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982)

Mudanças na média são mudanças que se observam na média dos registros através das fases ou, no caso da clínica, através da implementação das diversas etapas, período a período, das técnicas e procedimentos específicos.

Na Figura 12, a inserção das médias (linhas pontilhadas) nas diversas fases explicita a ocorrência de efeitos para além do que a apreciação imediata das curvas obtidas permitiria. Esta ampliação do controle da condição estimuladora (o gráfico) ilustra bem a função de “auxílios para o julgamento” que estes recursos metodológicos oferecem para a produção verbal subsequente do terapeuta.

Mudanças no nível são mudanças ou uma descontinuidade no desempenho de uma fase para a outra ou, no caso da intervenção clínica, de uma mudança substancial na condução ou nas técnicas utilizadas

na intervenção de uma etapa para outra. As mudanças no nível estão indicadas pelas setas na Figura 13. Como faz notar Kazdin (1982), mudanças no nível são independentes de mudanças na média: é possível ocorrer uma rápida mudança no nível, mas as médias permanecerem constantes entre as fases ou casos nos quais a média muda, mas nenhuma mudança abrupta no nível ocorre.

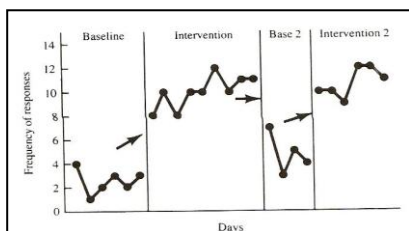


Figura 14 - Mudanças na tendência numa série temporal (Fonte: Kazdin, 1982)

Mudanças na tendência dizem respeito a acréscimos ou decréscimos sistemáticos da frequência de ocorrência do comportamento registrados ao longo do tempo (Figura 14).

A avaliação desses efeitos pode ser ampliada através da inserção de retas ou curvas de regressão correspondentes a cada seqüência temporal pelas diversas fases. A superposição de retas ou curvas de regressão ao padrão bruto destes acréscimos ou decréscimos sistemáticos amplia a visibilidade de possíveis efeitos.

Mudanças na velocidade da tendência (ângulo de inclinação da reta ou curva de regressão) são indicadores especialmente importantes quando a linha de base já apresentava uma tendência

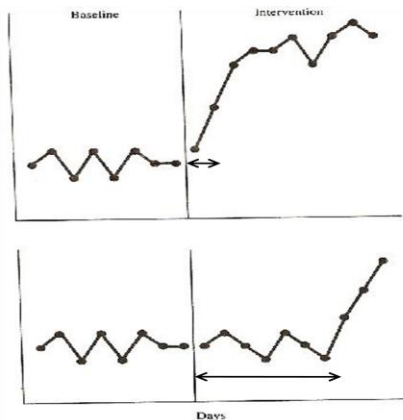


Figura 15 - Latência da mudança em duas séries temporais (Fonte: Kazdin, 1982)

na direção clinicamente desejável, pois podem permitir a discriminação de efeitos mesmo nesta condição.

Latência da mudança se refere ao lapso de tempo transcorrido entre a mudança da fase ou a alteração na intervenção e mudanças na média, tendência ou variabilidade dos registros. Na Figura 15, a latência da mudança está indicada pelas setas duplas abaixo de cada segunda série nos dois painéis. Quanto menor o tempo decorrido entre a introdução de novas contingências e o seu reflexo no padrão dos dados (painel superior da Figura 13), mais claros os efeitos

atribuíveis à intervenção.

Além dessas variáveis, outras condições são importantes para o julgamento dos efeitos de uma intervenção, tais como a superposição ou não dos dados durante as diversas fases ou etapas da intervenção. A inexistência de superposição entre a série de dados registrados numa condição com a série dados registrados numa outra condição, isto é, *nenhum deles* se superpõe aos dados registrados numa outra condição, permite um julgamento mais fundamentado de que mudanças observadas no padrão dos dados se relacionam a mudanças na variável independente presumida.

Julgar se um efeito específico é ou não confiável através da inspeção visual dependerá também da apreciação de outras variáveis de fundo, tais como a variabilidade do desempenho dentro de cada fase ou etapa, a duração das fases ou etapas, o tipo específico de delineamento utilizado e a estabilidade do efeito ao longo das fases e a natureza e fidedignidade das medidas obtidas (Kazdin, 1982; Matyas & Greenwood, 1990).

Ao considerar o uso de “auxílios para o julgamento” de natureza estatística, Kazdin (1982) faz notar que, em alguns casos nos quais a avaliação dos dados através das regras mais restritas da inspeção visual pudesse levar o investigador a desconsiderar pequenos efeitos, pode ter conseqüências negativas quando, por exemplo, se trata de estudos iniciais, nos quais efeitos fracos, mas sistemáticos, poderiam indicar a atuação de variáveis poderosas ainda não claramente discriminadas pelo investigador. Descartar tais efeitos como irrelevantes ou não confiáveis com base numa inspeção visual somente poderia impedir ou paralisar a melhor exposição destas variáveis através do refinamento das condições da investigação. Como observa aquele autor,

Na medida em que os critérios restritivos da inspeção visual desencorajam a busca de intervenções que não tem efeitos potentes, isso poderia ser prejudicial para o desenvolvimento de uma tecnologia de mudança do comportamento. Por outro lado, estes critérios restritivos podem encorajar os investigadores a desenvolver intervenções até o ponto em que elas produzam mudanças marcantes antes de requerer reconhecimento demonstrável da sua eficácia. (p. 240).

É mais fácil perceber o possível efeito potencialmente prejudicial da utilização de critérios draconianos na avaliação da prestação de serviços humanos do que nos contextos formais de pesquisa. Em primeiro lugar, como já apontou Kazdin (1982), intervenções potencialmente eficazes seriam mortas no nascedouro, por assim dizer. Tratamentos potencialmente úteis teriam sua divulgação retardada, impedindo que outros profissionais pudessem colaborar com a sua perícia para o avanço ou rejeição daquela linha investigativa. Além disso, parece haver uma desconsideração inerente à rejeição automática de “efeitos fracos” quando se trata de uma intervenção clínica dirigida a aliviar ou amenizar o sofrimento psicológico do cliente: em termos de qualidade de vida, pode fazer uma diferença *pessoal* considerável ver-se o cliente compelido a desempenhar rituais obsessivos compulsivos mais de cem vezes ao dia ou menos de sessenta vezes ao dia. Noutro exemplo, envolver-se em confrontações emocionalmente exaustivas e socialmente comprometedoras em todos os contextos da sua vida social ou ver reduzido o controle generalizado dessas respostas para contextos específicos, cuja exposição pode ser evitada enquanto um repertório mais adequado é instalado.

De um ponto de vista social, a redução de homicídios, mesmo que em taxas mínimas, corresponde de fato a vidas poupadas; a pessoa que teve a continuidade da sua vida assegurada pelo “efeito fraco” de uma intervenção por certo o avaliaria como extraordinário, se soubesse que foi por ele que ela se manteve viva. Noutras palavras, em contextos aplicados é preciso considerar separadamente os efeitos científicos de uma dada intervenção, no sentido da sua contribuição para a formação de um acervo de conhecimentos confiável, dos seus efeitos terapêuticos e dos seus efeitos sociais, tema que se desenvolverá a seguir.

1.7.2 - Validade clínica e validade social

A questão da relevância ou significância clínica ou, ainda, da validade clínica de uma intervenção, é tratada e considerada pelas principais obras que discutem este tema sob o prisma da análise aplicada (p. ex.: Baer, Wolf & Risley, 1968, 1987; Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999; Kazdin, 1982, 2006; Polling, Methot & LeSage, 1995).

Tanto métodos não-estatísticos de avaliação dos dados quanto métodos estatísticos são orientados para permitir avaliar se mudanças no desempenho são confiáveis e consistentes com um dado delineamento experimental ou com uma dada intervenção. A *validade clínica* pergunta se a mudança no desempenho fez uma diferença significativa no funcionamento cotidiano da pessoa ou do grupo que recebeu a intervenção (Kazdin, 1982). Por exemplo, reduzir o número de verbalizações bizarras (fala delirante ou alucinatória, por exemplo) de 150 ocorrências por dia para 20 ou 30 ocorrências por dia é um efeito que se mostrará à inspeção visual e que também se mostrará como estatisticamente significativo. No entanto, um juiz de direito ou um professor que produza 20 verbalizações bizarras por dia provavelmente experimentará os mesmos problemas que este tipo de comportamento lhe trazia quando as verbalizações bizarras ocorriam num nível maior. Igualmente, a redução de comportamentos autolesivos de 100 vezes por dia para 10 vezes por dia se manterá clinicamente indesejável, pois qualquer comportamento autolesivo que ocorra, mesmo com baixa frequência, é objeto de atenção clínica. Por outro lado, mesmo efeitos que pudessem ser estatisticamente não significativos podem ter relevância clínica importante, como o nível de adesão a um tratamento médico para o diabetes, por exemplo.

O conceito de validade clínica apresenta uma interseção com o conceito de validade social e, de fato, alguma superposição destes conceitos acaba por ocorrer em contextos aplicados, em

função da inevitável repercussão da atividade clínica no ambiente social mais amplo, que é o ambiente no qual o cliente age no seu cotidiano.

O conceito de validade social é assim introduzido por Kazdin (1982):

Declarações gerais de que as mudanças no comportamento deveriam fazer uma diferença não oferecem orientação clara para julgar os efeitos da intervenção. Recentemente, Wolf (1978) introduziu a noção de *validação social* (...). Validação social se refere geralmente à consideração de critérios sociais para avaliar o foco do tratamento, os procedimentos que são usados e os efeitos que estes tratamentos têm no desempenho. (p. 252).

Wolf (1978) deu ao seu artigo o sugestivo título de “Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart.” e nele trata de como a consideração dos valores de um determinado grupo social pode ser decisivo até mesmo para os próprios objetivos clínicos ou aplicados de uma intervenção. O autor propõe a seguinte orientação para se examinar a validade social de uma intervenção aplicada:

1. A significância social dos objetivos. Os objetivos comportamentais específicos são o que a sociedade deseja?
2. A propriedade social dos procedimentos. Os fins justificam os meios? Isto é, os participantes, cuidadores e outros consumidores consideram os procedimentos do tratamento aceitáveis?
3. A relevância social dos efeitos. Os consumidores estão satisfeitos com os resultados? Com todos os resultados, inclusive aqueles que não foram previstos? (p. 207)

O tema mereceu um espaço gráfico considerável na revisão que Baer, Wolf e Risley (1987) fizeram do seu artigo de 1968 e tem sido também objeto de interesse formal da área como, por exemplo, em Fawcett (1991), no qual aquele autor propõe algumas alternativas formais para assegurar maior validade à validação social através de alguns recursos metodológicos já disponíveis como os que dizem respeito à concordância entre observadores.

Kazdin (1982) considera que pelo menos dois métodos podem ser utilizados para a validação social: o *método da comparação social* e o *método da avaliação subjetiva*. Na primeira, a comparação social, o cliente ou grupo sob intervenção é comparado com os seus pares quando ao desempenho de interesse: por exemplo, o tempo gasto em tarefas escolares durante o horário da aula. A idéia é que, se alguém tem um “problema” que merece atenção clínica, por alguma forma ele difere do seu grupo normativo. No segundo, a avaliação subjetiva, pede-se a pessoas da convivência do cliente que avaliem seu desempenho ou desempenhos na área de

interesse antes ou pelo menos depois da intervenção. Aqui a idéia é que pessoas da convivência social do cliente freqüentemente lhe recomendam procurar um tratamento ou uma forma de remediar suas ações ou punem alguns dos seus comportamentos. Segue-se, nessa linha de raciocínio, que essas pessoas estariam aptas a avaliar se os aspectos do comportamento do cliente que, antes da intervenção, controlaram a sua avaliação da necessidade de mudanças, permaneceram ou não presentes no repertório do cliente após a intervenção.

Ambos os métodos exigem cuidados na interpretação dos dados obtidos através deles. No primeiro caso, o da comparação social, o principal cuidado seria com a possibilidade de que o grupo normativo esteja aquém do desempenho socialmente desejável ou seja ele mesmo um grupo desviante. No segundo, o da avaliação subjetiva, o principal cuidado é para com as possibilidades de distorção do relato verbal. Kazdin (1982) recomenda como desejável, em muitos casos, a utilização dos dois métodos.

Quanto a este estudo, ambas as validações, clínica e social, estão embutidas em alguns dos instrumentos e procedimentos utilizados, em especial na utilização particularizada que se fez do instrumental ASEBA[®] e no trabalho conjunto da díade terapêutica na elaboração da GAS.

2 - Objetivo

O objetivo desta tese é o de desenvolver e testar em condições reais de aplicação as possibilidades metodológicas, analíticas e interpretativas de um modelo de prática controlada para estabelecer uma base pública e empiricamente indexada que possa exercer algum controle sobre a produção verbal clínica do terapeuta de serviços e de terceiros interessados sobre o andamento e os resultados finais de uma terapia analítico-comportamental.

Este objetivo permitirá e/ou facilitará estudar as possibilidades deste modelo (i) na produção de indexadores empíricos metodologicamente firmes e sensíveis à evolução de curto, médio e longo prazo da intervenção, orientada pelo bem-estar afetivo, psicológico e social do cliente; (ii) na ancoragem da produção verbal do terapeuta (suas interpretações e julgamentos clínicos e teóricos) aos indexadores empíricos; (iii) na produção de uma base pública para a análise crítica da intervenção pela comunidade profissional e leiga interessada (nesta última incluindo o cliente e terceiros interessados) e (iv) no exame do impacto de medidas continuadas da intervenção clínica em alguns aspectos da relação terapêutica.

3 - Método

3.1 - Participantes

Terapeutas: os dados deste estudo foram colhidos por três terapeutas experientes (cada um com mais de cinco anos de formados, mais de cinco anos de prática clínica e mais de 30 terapias conduzidas) na condução de terapias analítico-comportamentais, sendo um homem (T3) e duas mulheres (T1 e T2) e quatro terapeutas-alunos (TA), todas mulheres

Clientes: 28 dos 34 clientes cujos dados compõem este estudo provieram dos clientes regulares de três consultórios particulares em três cidades mineiras de médio porte, dentre aqueles para os quais os dados estavam mais completos para as primeiras 20 sessões e que, a pedido dos seus respectivos terapeutas, autorizaram a utilização dos seus dados neste estudo, sendo estes os dois únicos critérios de inclusão.

Note-se que a coleta sistemática de dados através dos procedimentos e do instrumental que se apresentará mais abaixo é uma atividade padrão e rotineira para todos os clientes destes consultórios. Desta forma, nem os terapeutas, nem os clientes, sabiam, antes de obtê-los e no processo da sua obtenção, que seriam os dados daquele cliente em particular os utilizados para compor a investigação.

Seis dos 34 clientes provieram de um estudo experimental formal, em andamento, no qual se utiliza o mesmo material e arranjo e utilizados para o grupo naturalístico. Estes seis clientes diferem dos demais com relação a algumas das seguintes características: (1) todos os seis clientes sabiam antecipadamente que os seus dados seriam colhidos e utilizados para estudos, por terem aceitado participar de um projeto de pesquisa no qual esta condição fazia parte do consentimento informado por eles assinado; (2) a situação na qual foram colhidos seus registros é a das dependências clínicas do serviço de psicologia aplicada num dos campi da universidade de origem deste investigador; (3) esses participantes foram atendidos por terapeutas inexperientes, alunos de graduação inscritos no programa de estágio em intervenções clínicas analítico-comportamentais oferecido por este pesquisador; (4) esses terapeutas-alunos (TA) recebem supervisão clínica semanal dos terapeutas experientes; (5) quanto aos critérios de inclusão na pesquisa, não poderiam ter tido problemas com a lei e não poderiam ter iniciado ou interrompido o uso de medicação psiquiátrica nos três meses anteriores aos da sua inclusão na pesquisa e, por último, mas não menos importante, (6) o contexto geral no qual os dados desses participantes

foram colhidos é o de uma pesquisa clínica acadêmica, com características que as distanciam das características de uma investigação no contexto de uma clínica de serviços (Seligman, 1995).

As tabelas de 4 a 7 apresentam os principais dados demográficos da população cujos dados foram utilizados neste estudo, a Tabelas 8 a sua distribuição pelos três terapeutas-participantes e pelos terapeutas-alunos e a Tabela 9 a distribuição dos clientes quanto à utilização ou não da GAS como suporte instrumental para os aspectos focados e tecnológicos da intervenção.

Tabela 4 - Distribuição dos clientes por idade

IDADE (anos)	TOTAIS	MAS	FEM
Média	35,0	33,7	35,6
DP	11,2	14,2	9,9
Max/ Min	57/16	57/16	51/18

Tabela 5 - Distribuição dos clientes por cidades

CIDADES	TOTAIS	MAS	FEM
Cidade A	15	6	9
Cidade B	11	2	9
Cidade C	8	2	6

Tabela 6 - Distribuição dos clientes por grau de escolarização formal

ESCOLARIDADE	TOTAIS	MAS	FEM
3o grau completo	19	5	14
3o grau incompleto	7	2	5
2o grau completo	6	2	4
2o grau incompleto	1	1	0
1o grau completo	1	0	1

Tabela 7 - Distribuição dos clientes por estado civil

ESTADO CIVIL	TOTAIS	MAS	FEM
Solteiro/a	14	5	9
Casado/a	13	4	9
Separado/Divorciado	4	0	4
Viúvo/a	3	0	3

Tabela 8 - Distribuição dos clientes por terapeutas

TERAPEUTAS	TOTAIS	MAS	FEM
T1	6	2	4
T2	3	1	2
T3	19	8	11
TA	6	0	6

Tabela 9 - Distribuição dos clientes quanto à utilização da GAS

GAS	TOTAIS	MAS	FEM
Sim	20	4	16
Não	14	6	8

Os dados utilizados neste estudo provieram dos registros feitos por 34 clientes, sendo 10 participantes homens ($33,3 \pm 14,2$ anos) e 24 mulheres ($35,6 \pm 9,9$ anos) (Tabela 4). Destes, 15 participantes residiam na Cidade A, 11 na cidade B e oito na Cidade C; a Tabela 5 mostra a distribuição destes participantes por cidade e por gênero em cada cidade. Quanto ao estado civil, os casados (13 participantes) e os solteiros (14 participantes) predominaram nesta população, sendo quatro separados e/ou divorciados e três viúvas (Tabela 7). Quanto à escolaridade formal, a maioria possuía o 3º grau completo (19/28) e sete o 3º grau incompleto. Somente oito participantes tinham escolarização igual ou inferior ao 2º grau completo por ocasião da coleta dos dados (Tabela 6).

O terapeuta do sexo masculino (T3) atendeu 19 dos 34 clientes que participaram deste estudo, sendo nove atendidos pelos terapeutas do sexo feminino (T1 e T2) e seis pelos terapeutas-alunos (TA) (Tabela 8). Para 20 dos 34 participantes foi utilizada a GAS, o que não foi feito para os 14 restantes (Tabela 9).

3.2 -Situação:

Os registros foram colhidos em três clínicas psicológicas típicas, cada uma em uma cidade de médio porte diferente, compreendendo uma recepção com secretária e sala de espera e consultórios psicológicos, contendo sofás e poltronas e demais acessórios (decoreação neutra),

com a já mencionada exceção quanto à situação da coleta dos dados dos seis participantes provenientes da pesquisa experimental.

3.3 - Materiais:

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos, todos do tipo lápis e papel: Documentação e Avaliação Clínica, DAC (Apêndice 1), instrumental ASEBA[®] 37 (ANEXOS 2a, 2b, 2c, 2d e 2e), a *Goal Attainment Scaling, GAS* (ANEXO 3), o Inventário de Resultados, IR (ANEXOS 4a, 4b e 4c) e o Inventário de Sessão, IS (ANEXOS 5a e 5b). Estes instrumentos podem ser divididos em três grupos, de acordo com os seus propósitos neste estudo:

- Instrumentos para coleta de dados da avaliação pré-intervenção: DAC e instrumental ASEBA[®].
- Instrumentos para a coleta de dados durante a intervenção (resultados intermediários): *Goal Attainment Scaling, GAS*, Inventário de Resultados, IR, e Inventário de Sessão, IS.
- Instrumentos para a coleta de dados pós-intervenção (avaliação pré-pós): análise das séries temporais resultantes das medidas continuadas colhidas através da *Goal Attainment Scaling, GAS* e do Inventário de Resultados, IR.

Por conterem uma carga teórica mais extensa, tanto a GAS quanto o IR e o IS já foram apresentados e discutidos na Introdução. Resta, assim, descrever o DAC e o instrumental ASEBA[®], no uso que dele se fez nesta tese. Ambos os instrumentos encontram sua utilidade máxima na fase avaliativa da intervenção, embora o instrumental ASEBA possa também ser utilizado como medida pós-tratamento, em especial como estimativa da validade social, pelo fato de ser também respondido por outros significativos que convivem em bases cotidianas com o cliente.

3.3.1 - Documentação e Avaliação Clínica, DAC

O instrumento Documentação e Avaliação Clínica, DAC é o resultado da adoção dos modelos oferecidos por Keefe, Kopel e Gordon (1980) e por Andronis (2004), adaptados,

³⁷ O instrumental ASEBA[®] está padronizado e tem propriedades psicométricas validadas em alguns países. No Brasil, este trabalho está sendo desenvolvido no IPUSP sob a liderança da Profa. Dra. Edwiges Silveiras.

reorganizados e acrescidos de alterações derivadas da experiência e prática clínica deste pesquisador. No formato aqui apresentado (APÊNDICE 1), é um instrumento com o qual este pesquisador vem obtendo experiência de utilização através do seu uso intensivo na sua prática profissional e também no estágio em “Intervenções clínicas analítico-comportamentais”, que este pesquisador oferece há mais de 15 anos aos alunos do curso de psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei.

Este instrumento colhe informações qualitativas em sete áreas relevantes: dados gerais (Seção 1); dados clínicos, neles incluindo a queixa e sua história de instalação e curso e tentativas anteriores de solução, (Seção 2); variáveis biomédicas históricas e atuais (Seção 3); expectativas, motivação, suporte financeiro e social e história de reforçamento (Seção 4); dados familiares (Seção 5) e informações complementares (Seção 6). Inclui também registros das impressões iniciais do/a terapeuta (Seção 7).

A coleta e registro das informações ocorrem no tempo estruturado da sessão. O terapeuta pode e deve explorar com o nível de detalhe que julgar necessário o relato do cliente e a redação dos itens é meramente referencial. Na prática, o terapeuta fraseará a questão de maneira compatível com o repertório verbal do cliente e da qualidade da relação terapêutica já desenvolvida até então. Na primeira sessão é colhida parte da Seção 2 do DAC, dados clínicos, em extensão variável, na dependência da exploração mais ou menos detalhada que se fizer do relato do cliente. A seção 7 do DAC, Observações do Terapeuta, é preenchida imediatamente após o término da primeira sessão. Neste estudo, de maneira geral todas as informações solicitadas no DAC foram obtidas e registradas entre a primeira e quarta sessões.

O objetivo do uso deste instrumento nesta investigação é o de (a) coletar de maneira sistematizada os dados relevantes para a elaboração da *Goal Attainment Scaling*, GAS; (b) permitir uma avaliação clínica mais extensiva e qualitativa da história comportamental e do repertório atual do cliente, indicando áreas problemáticas que eventualmente poderão ser tratadas durante o *tempo não-estruturado* do tratamento; (c) prover as bases para a formulação clínica do caso nos moldes de uma análise funcional e (d) à luz desta formulação, instrumentar para o terapeuta e o cliente uma discussão e revisão com base numa fundamentação clínica ampliada e qualitativa dos comportamentos-alvo potenciais, selecionados preliminarmente através do instrumental ASEBA[®].

3.3.2 - Instrumental ASEBA[®]

O instrumental ASEBA[®] (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) é um conjunto de instrumentos diagnósticos padronizados, do tipo inventário, com inventários distintos para crianças/adolescentes, adultos e idosos e, segundo seu idealizador, desenvolvidos com base em observações empíricas, cuja concepção e metodologia de coleta e análise produzem uma taxonomia alternativa dos problemas psicológicos, com relação aos manuais classificativos clássicos como os DSM's e os CID's (Achenbach, Howell, McConaughy & Stanger, 1998; Achenbach, Krukowski, Dumenci & Ivanov, 2005).

O uso deste instrumental neste estudo, entretanto, não esteve interessado nem nas propriedades psicométricas deste conjunto, nem nas suas propriedades taxonômicas/ diagnósticas e nem mesmo nas suas reais possibilidades de mensuração. Para este estudo, seu principal uso foi o de (a) servir de base para o levantamento preliminar de comportamentos-alvo que sejam, ao mesmo tempo, clinicamente significativos para o cliente e seu grupo primário, facilitando assim a validação social da intervenção; (b) ancorar em indexadores empíricos a formulação clínica do caso e a sua avaliação funcional; (c) subsidiar a elaboração da GAS e (c) servir como instrumento de avaliação corroborativa pré e pós-tratamento³⁸.

Colhidos os registros do cliente e seus terceiros significativos (informantes) para um dado inventário, o segundo passo é a simples transcrição dos dados para um programa montado por este pesquisador com os recursos do software Excel do Microsoft Office 2007[®], uma planilha de cálculo, que já computa os resultados de interesse para este estudo, elabora os gráficos e organiza os dados em apresentações específicas, conforme se ilustrará a seguir. Como já foi enfatizado, no cômputo e na organização dos resultados dos inventários ASEBA[®] que se faz nesta pesquisa, não existe qualquer semelhança de propósitos com a organização e utilização dos valores computados nestes instrumentos através do sistema desenvolvido pelo seu idealizador.

³⁸ As séries temporais obtidas através do IR, IS e GAS são as medidas pré e pós de maior interesse. Medidas estáticas pré-pós podem evidenciar uma mudança ao longo de um dado período, mas não quando ela ocorreu. Dessa forma, seu uso é de interesse clínico reduzido, por não permitir mudanças oportunas no curso da intervenção.

Figura 16 - Tela inicial da planilha Excel para apuração dos resultados dos inventários ASEBA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	ASEBA ABCL																	
2	CLIENTE:							TERAPEUTA:										
3	DATA ASEBA AUTO:																	
4	DATA LANÇAMENTO:																	
5	RESPONSÁVEL:																	
6																		
7	DIGITE O NO. DE INFORMANTES OUTROS					3												
8																		
9		AUT	OT1	OT2	OT3	OUT		OT4		AUT	OUT	ANSIOSO/DEPRESSIVO	AUT	OUT	ISOLADO/DEPRESSIVO	AUT	OUT	QUEIXAS SOMÁTICAS
10	1.Forgetful					0,0	AA											
11	2.UseOpportunities					0,0	PS			0	0,0	12.Lonely	0	0,0	25.NotGetAlong	0	0,0	51.Dizzy
12	3.Argues					0,0	AG			0	0,0	13.Confused	0	0,0	30.PoorRelOppSex	0	0,0	54.FeelsTired
13	4.WorkUpToLimits					0,0	PS			0	0,0	14.Cries	0	0,0	38.PoorRelNeighbour	0	0,0	56a.Aches
14	5.Blames					0,0	AG			0	0,0	22.WorryFuture	0	0,0	42.RatherBeAlone	0	0,0	56b.Headaches
15	6.UsesDrugs					0,0	RL			0	0,0	31.FearDoBad	0	0,0	48.NotLiked	0	0,0	56c.Nausea
16	7.Brags					0,0	IN			0	0,0	32.HaveToBePerfect	0	0,0	60.EnjoysLittle	0	0,0	56d.EyeProb
17	8.Concentrate					0,0	AA			0	0,0	33.Unloved	0	0,0	65.Won'tTalk	0	0,0	56e.SkinProb
18	9.MindOff					0,0	BZ			0	0,0	34.OutToGet	0	0,0	67.NoFriends	0	0,0	56f.Stomachache
19	10.TroubleSittingStill					0,0	AD			0	0,0	35.Worthless	0	0,0	69.Secretive	0	0,0	56g.Vomits
20	11.Dependent					0,0	AA			0	0,0	44.Overhelmed		0,0	96.Passive	0		56h.HeartPounds
21	12.Lonely					0,0	AD			0	0,0	45.Nervous	0	0,0	111.Withdrawn	0		56i.Numbness
22	13.Confused					0,0	AD			0	0,0	47.LacksSelfConf		0,0	113.SucksOften	0	0,0	100.SleepProb
23	14.Cries					0,0	AD			0	0,0	50.Fearful						
24	15.Honest					0,0	PS			0	0,0	52.TooGuilty						
25	16.Mean					0,0	AG			0	0,0	71.SelfConsc						
26	17.Daydreams					0,0	AA			0	0,0	91.ThinksSuicide						
27	18.HarmsSelf					0,0	BZ			0	0,0	103.Sad						
28	19.WantAttention					0,0	IN			0	0,0	107.Can'tSucceed						
29	20.DamageOwn					0,0	RG			0	0,0	112.Worries						
30	21.DamageOthers					0,0	RG			0	0,0	113.WorryOppSex						
31	22.WorryFuture					0,0	AD											
32	23.BreaksRules					0,0	RL			0	0,0			0	0,0		0	0,0
33	24.NotEatWell					0,0	AD			0,0	0,0			0,0	0,0		0,0	0,0
34	25.NotGetAlong					0,0	ID											
35	26.LacksGuilt					0,0	RL											

A Figura 16 mostra a tela inicial, na qual são lançados os resultados numéricos das respostas ao inventário³⁹. Nas células correspondentes às afirmativas das colunas B, C, D, E e H são digitados os numerais marcados pelo cliente (coluna B) e os informantes (colunas C, D, E e H, portanto tendo sido previsto espaço para o lançamento dos dados de até quatro informantes), sendo a média destes informantes calculada automaticamente e lançada na coluna F (OUT). Na célula F7 é digitado o número de informantes (de um a quatro). As letras AA, PS, AG, etc., na

³⁹ Na planilha desenvolvida para este projeto, a redação das questões foi mantida no seu resumo em inglês, por conveniências de formatação e, incidentalmente, como artifício para dificultar a terceiros acesso imediato ao inventário, em caso de extravio ou exposição indevida. Assim, a questão 1 no inventário, “Eu me comporto de maneira muito infantil para a minha idade.” aparece resumida como “BehavesChildish” na planilha. Os ANEXOS de 1A a 1E mostram as questões em português correspondentes ao número da questão com redação abreviada em língua inglesa.

coluna G correspondem à abreviatura das categorias diagnósticas ASEBA[®], a saber: ansioso-depressivo, AD; isolado-depressivo, ID; queixas somáticas, QS; bizarros, BZ; autocontrole/atenção, AA; agressividade, AG; risco legal, RL; intrusivo, IT; pró-sociais, PS; itens críticos, IC.

Os numerais das colunas B e F são automaticamente transcritos para as colunas J e K (AUT e OUT), que organiza as afirmativas pelas categorias ASEBA[®] acima apresentadas. As células J32 e K32 calculam a soma dos valores lançados nas respectivas colunas e as células J33 e K33 calculam os percentuais na categoria de acordo com o seguinte critério: 2 é o número máximo para cada afirmativa; a categoria AD, Ansioso-Depressivo, por exemplo, agrega os resultados das resposta a 20 afirmativas (19 para os informantes, em cujos inventários não figura a afirmativa 113). Portanto, o valor máximo possível é $2 \times 20 = 40$, que corresponde a 100% das afirmativas da categoria avaliados maximamente pelo cliente (coluna J), pelos informantes (coluna K) ou por ambos. Percentuais intermediários são calculados através de simples regra de três. O mesmo processo é executado automaticamente para as demais categorias ASEBA[®] (colunas MNO, PQR, etc.). Sendo números provenientes de uma escala nominal, os percentuais por si mesmos não tem sentido matemático e assim, para efeitos de análise e interpretação, são utilizados neste estudo somente como base para a agregação dos resultados em quatro quartis⁴⁰ ou níveis:

- Nível inferior ou primeiro quartil: de 0,0 a 24,9%.
- Nível médio inferior ou segundo quartil: de 25,0 a 49,9%.
- Nível médio superior ou terceiro quartil: de 50,0 a 74,9%.
- Nível superior ou quarto quartil: 75,0 % e acima.

São possíveis inúmeros arranjos a partir da obtenção dos dados brutos. Dentre essas várias possibilidades, os arranjos (ordenações) dos dados que foram selecionados e que são apresentados a seguir, têm sua lógica subordinada ao propósito de produzir estímulos de interesse para a ação clínica, ou seja, para a produção verbal do terapeuta, delimitada pelo quadro referencial teórico analítico-comportamental.

⁴⁰ Considerar a distribuição em quartis é uma impropriedade matemática, pois para isso ser feito com validade as medidas deveriam ser obtidas numa escala pelo menos ordinal. No entanto, este intervalo é suficientemente amplo para contrabalançar a imprecisão inerente dos registros e oferecer um valor estimativo minimamente aceitável. Oferece também um estímulo empiricamente indexado para a produção verbal do terapeuta, que é o objetivo principal desses arranjos.

3.3.2.1 - Arranjos dos dados do instrumental ASEBA[®] para a seleção de comportamentos-alvo e estimativas da confiabilidade do relato.

Ordenação das respostas de acordo com a sua frequência relativa no repertório do cliente - A Figura 17 ilustra um primeiro arranjo dos dados, calculado automaticamente pela planilha, que é a ordenação, do maior para o menor, das afirmativas que compõem o inventário, de acordo com o valor categórico atribuído à sua consistência em relação ao seu repertório, na avaliação do cliente (ORDENAÇÃO AUTO) e o resultado da soma dos valores numéricos das respostas do próprio cliente à média aritmética simples dos valores numéricos atribuídos pelos informantes (ORDENAÇÃO AUTO+OUT) ⁴¹.

ORDENAÇÃO AUTO		ORDENAÇÃO AUTO+OUTROS			
1.Forgetful	0	AA	1.Forgetful	0	AA
2.UseOpportunities	0	PS	2.UseOpportunities	0	PS
3.Argues	0	AG	3.Argues	0	AG
4.WorkUpToLimits	0	PS	4.WorkUpToLimits	0	PS
5.Blames	0	AG	5.Blames	0	AG
6.UsesDrugs	0	RL	6.UsesDrugs	0	RL
7.Brags	0	IN	7.Brags	0	IN
8.Concentrate	0	AA	8.Concentrate	0	AA
9.MindOff	0	BZ	9.MindOff	0	BZ
10.TroubleSittingStill	0	AD	10.TroubleSittingStill	0	AD
11.Dependent	0	AA	11.Dependent	0	AA
12.Lonely	0	AD	12.Lonely	0	AD
13.Confused	0	AD	13.Confused	0	AD
14.Cries	0	AD	14.Cries	0	AD
15.Honest	0	PS	15.Honest	0	PS
16.Mean	0	AG	16.Mean	0	AG
17.Daydreams	0	AA	17.Daydreams	0	AA
18.HarmsSelf	0	BZ	18.HarmsSelf	0	BZ
19.WantAttention	0	IN	19.WantAttention	0	IN
20.DamageOwn	0	RG	20.DamageOwn	0	RG

Figura 17 - Planilha para ordenação dos resultados das respostas de acordo com o valor numérico registrado

três, neste exemplo – dando como resultado 2. Soma-se a esta média, 2, o número registrado pelo cliente para si mesmo, por exemplo, 1, dando como resultado final o numeral 3, que é o que aparecerá registrado na coluna.

Para qualquer inventário e para qualquer questão, os cálculos para a obtenção desses números foram os que se descrevem a seguir.

1. O valor numérico máximo possível para qualquer questão é 2, verdadeira ou frequentemente verdadeira.

2. O valor numérico registrado na coluna “Ordenação Auto” da Figura 17 é a simples transcrição do numeral marcado pelo cliente.

3. Para o valor registrado na coluna “Ordenação Auto+Outros” calcula-se a média aritmética simples dos informantes: por exemplo, três informantes, máximo possível $2+2+2=6$; dividido pelo número de informantes –

⁴¹ Esta é todas as tabelas apresentadas neste tópico mostram 0 (zero) nas colunas numéricas. Apresentar os numerais obtidos de clientes reais seria antecipar a apresentação dos resultados, o que se reservou para a seção apropriada.

Este cálculo corresponde de fato a uma média ponderada, na qual um dos números é considerado como mais significativo (tem mais “peso”) dos que os demais. Valorizou-se mais o relato do cliente por considerar que ele é um observador privilegiado do seu próprio comportamento (Johnston & Pennypacker, 1993a) e, em princípio, é ele quem, sentindo os efeitos da contingência, estaria em melhor posição para avaliar sua importância relativa. No exemplo apresentado, observe-se que mesmo tendo todos os três informantes considerado que uma dada classe de respostas é forte no repertório do cliente (2+2+2), o cliente a avaliou como de frequência intermediária, marcando “1” e esta sua avaliação afetou o número final, “3”, proporcionalmente mais do que teria afetado, caso se considerasse a média simples de todos os respondentes incluindo o próprio cliente, caso em que o número final seria 1,75 $((2+2+2+1)/4=1,75)$.

A seguir, os registros referentes a todas as afirmativas do inventário são classificados do maior para o menor valor, produzindo assim uma ordenação do repertório do cliente quanto à frequência das classes de comportamento contempladas no inventário, tanto na avaliação dele mesmo (coluna “Ordenação Auto”) quanto na avaliação dele somada à avaliação média dos informantes (Coluna “Ordenação Auto+Outros”).

O valor máximo possível para uma dada classe de respostas na coluna “Ordenação Auto+Outros” (Figura 17) é 4 (quatro), o que corresponderia à resposta 2 registrada pelo cliente e também por todos os demais informantes: verdadeira ou frequentemente verdadeira. Numa analogia com o construto “concordância entre observadores”, somente foram considerados como de interesse imediato valores registrados a partir do quarto quartil (valores iguais ou maiores que 3, o que corresponde aproximadamente a 80% do máximo possível, 4). Aceitou-se neste estudo que, com indexadores empíricos acima deste ponto, é maior a probabilidade de que o relato verbal do cliente e o daqueles que com ele convivem em bases cotidianas correspondam mais aos aspectos públicos dos eventos comportamentais observados do que com valores abaixo deste ponto. Esta analogia é feita com ampla liberdade, está claro, mas permite uma estimativa da fidedignidade dos registros, tomados independentemente: em princípio, quanto maior a concordância entre os observadores, nela incluindo, é claro, o cliente, maior a probabilidade de que as avaliações respondam a controles semelhantes. Eventualmente, particularidades do contexto, preferências do cliente e/ou o julgamento clínico (ou a perícia clínica, como a

denomina Goodheart, 2006) orientaram o interesse do clínico para classes de respostas abaixo deste ponto arbitrário de corte.

		<i>Correlação entre as respostas do cliente e informantes -</i>
CORRELAÇÃO AUT OT1	0,0	Um segundo arranjo dos dados selecionado e calculado automaticamente pela planilha está ilustrado na Figura 18, que apresenta nas primeiras cinco linhas o cálculo da correlação Pearson entre os registros do cliente (AUT) com relação a cada um dos informantes (OT1, OT2, etc.) e com relação à média dos informantes (OTS), e a correlação Pearson entre os registros de cada informante em particular (OT1, OT2, etc.), em relação à média dos demais informantes (OTS) nas últimas quatro linhas.
CORRELAÇÃO AUT OT2	0,0	
CORRELAÇÃO AUT OT3	0,0	
CORRELAÇÃO AUT OT4	0,0	
CORRELAÇÃO AUT OTS	0,0	
CORRELAÇÃO OT1 OT234	0,0	
CORRELAÇÃO OT2 OT134	0,0	
CORRELAÇÃO OT3 OT124	0,0	
CORRELAÇÃO OT4 OT123	0,0	

Figura 18 - Planilha para o cálculo da correlação dos registros do cliente com relação aos informantes

O interesse clínico desta seleção é produzir uma estimativa corroborativa da fidedignidade dos registros: relações fortes entre os registros independentes dos respondentes comparados dois a dois podem ser interpretadas como indicando que eles responderam a controles semelhantes, o que aumenta a confiabilidade do registro, interpretando-se o contrário em correlações fracas.

Itens críticos - Outro arranjo selecionado pode ser visto na Figura 19, que organiza os valores registrados na categoria “itens críticos”. Os “itens críticos” correspondem a classes de respostas consideradas tipicamente como indicadoras de problemas importantes, correspondendo, na taxonomia psiquiátrica, a sinais e sintomas importantes para a elaboração dos seus construtos diagnósticos (Veja-se, por exemplo, as regras de contingência estabelecidas para os diagnósticos psiquiátricos no DSM-IV, American Psychiatric Association, 2004a).

Na coluna AUT são transcritas a avaliação do próprio cliente quando estimulado pelo item do inventário e na coluna OUT a média aritmética simples do resultado dos informantes. As células sombreadas correspondem a itens que não estão presentes nos inventários respondidos por terceiros, mas constam do inventário de auto-avaliação (eventos privados) e uma afirmativa onde ocorre o inverso (Afirmativa 80). Seguindo o mesmo processo já descrito acima na página 101 e seguinte, são calculadas a soma e o percentil destes valores.

ITENS CRÍTICOS	AUT	OUT	CAT
14.Cries	0	0	AD
34.OutToGet	0	0	AD
44.Overhelmed	0	0	AD
91.ThinksSuicide	0	0	AD
103.Sad	0	0	AD
113.WorryOppSex	0		AD
9.MindOff	0	0	BZ
18.HarmsSelf	0	0	BZ
29.Fears	0	0	BZ
40.HearsThings	0	0	BZ
58.PickSkin	0	0	BZ
62.Clumsy	0	0	BZ
66.RepeatsActs	0	0	BZ
70.SeesThings	0	0	BZ
79.SpeechProblem	0	0	BZ
80.LooksAtNothing		0	BZ
84.StrangeBehv	0	0	BZ
96.ThinkSex	0		BZ
110.WishBeOppSex	0		BZ
56h.HeartPounds	0		QS
56i.Numbness	0		QS
100.SleepProb	0	0	QS
8.Concentrate	0	0	AA
16.Mean	0	0	AG
55.ElateDepress	0	0	AG
57.Attacks	0	0	AG
97.Threatens	0	0	AG
6.UsesDrugs	0	0	RL
90.GetsDrunk	0	0	RL
92.TroubleLaw	0	0	RL
123.HappyPerson	0		PS
SOMA	0	0	
PERCENTIL	0	0	

Figura 19 - Planilha para seleção e cômputo dos Itens Críticos

Representação gráfica dos resultados pré e pós-intervenção - A Figura 20 ilustra a representação gráfica dos registros de um cliente real ⁴² pré-intervenção (barras em negro) e pós-intervenção (barras cinza) e a Figura 21 as respostas dos informantes seguindo a mesma convenção, ambas organizadas nas categorias originais do inventário. Os dados para a representação gráfica apresentada foram obtidos conforme se descreve no texto explicativo da Figura 16 (página 101 e seguinte).

A finalidade deste arranjo é a de responder à pergunta: observando os mesmos itens do repertório do cliente os respondentes (incluindo a auto-avaliação do próprio cliente) relatam mudanças na frequência de ocorrência das categorias consideradas (mudanças de nível) ao fim da intervenção, quando comparadas com a frequência relatada antes do seu início?

De vez que os construtos que compõem estes subconjuntos são construtos psiquiátricos, isto é, construtos que indicariam um funcionamento supostamente problemático ou potencialmente problemático ou, ainda, culturalmente problemático, uma compreensão topográfica levaria a considerar que o rebaixamento de nível seria um movimento na direção desejada, com exceção do construto “pró-sociais” cujas classes de comportamento que o compõem seriam, grosso modo, aquelas valorizadas pela cultura e, neste caso, quanto

mais elevadas, ideologicamente mais desejáveis. De um ponto de vista funcionalista, contudo, estas suposições podem ser equivocadas, como se discutirá na apresentação dos resultados.

⁴² Os gráficos apresentados na Figura 20, 21, 22 e 23 são, de fato, resultados e estão, portanto, fora de lugar nesta seção. Entretanto, apresentar um gráfico sem números não ilustraria as vantagens da seleção deste arranjo.

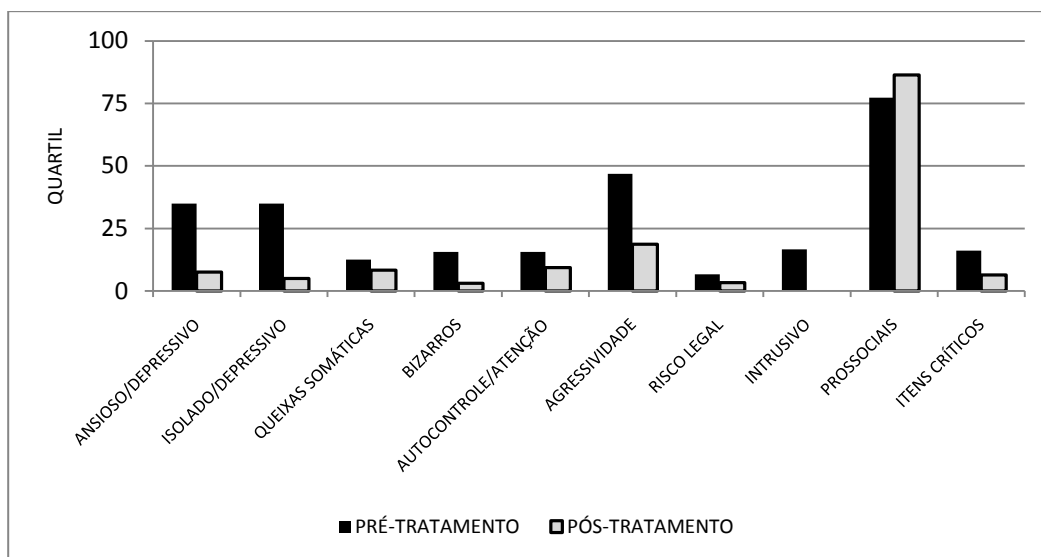


Figura 20 - Comparação dos registros pré e pós-intervenção pelo ABCL - Auto-aplicação

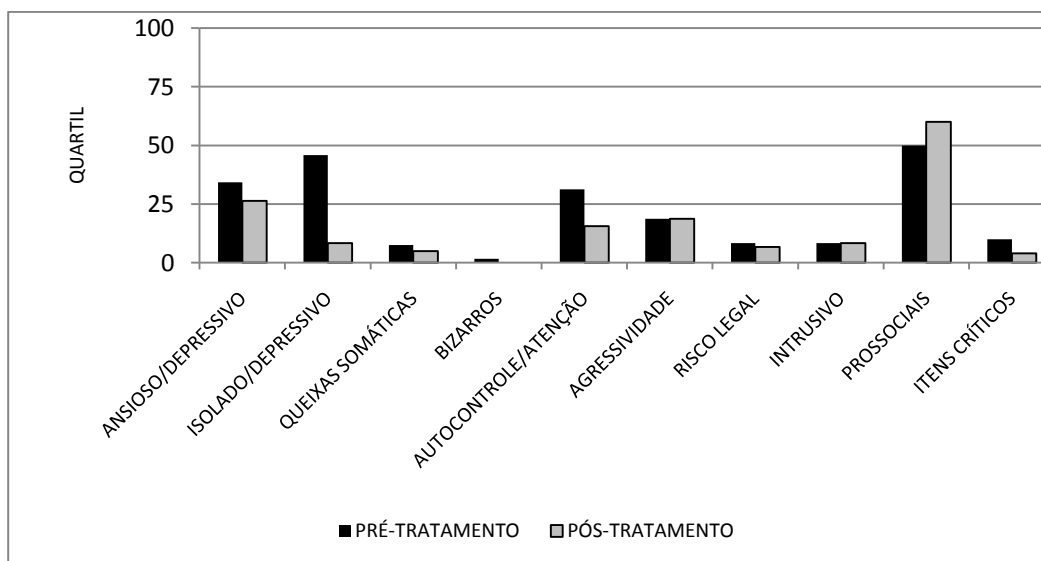


Figura 21 - Comparação dos registros pré e pós-intervenção pelo ABCL - Informantes

Dimensões sociais – A Figura 22 e a Figura 23 mostram outra composição, numa representação gráfica, dos relatos ocasionados pelos conjuntos estimuladores. Os dados utilizados para a composição desses gráficos provêm da construção de uma escala tipo Likert para as informações constantes nas páginas 1 e 2 dos inventários, que estimulam relatos sobre algumas dimensões sociais da vida do cliente, usando o recurso de atribuir um numeral para cada nível (quartil) da dimensão social que o cliente (ou o informante) avalia usufruir.

Tabela 10- Critérios a atribuição de numerais aos quesitos do ABCL que estimulam relatos sobre a dimensão social "Amizades"

Quantos amigos próximos (chegados) você tem? (não inclua pessoas da família)	Nenhum	Um	Dois ou três	Quatro ou mais
Em média, quantas vezes por mês você tem contato com qualquer um destes amigos próximos? (inclua contatos pessoais, telefonemas, cartas, e-mails).	↑Menos de uma	Uma ou duas	Três ou quatro	Cinco ou mais
Você se dá bem com estes amigos próximos?	Não tanto quando gostaria	Na média	Acima da média	Bem acima da média
Em média, quantas vezes por mês um destes amigos ou pessoas da sua família visitam você?	Menos de uma	Uma ou duas	Três ou quatro	Cinco ou mais
ATRIBUIR	0	1	2	3

A Tabela 10 mostra este procedimento para a dimensão social denominada no inventário “Amizades”. O mesmo foi feito para as demais dimensões da vida social consideradas no inventário: relações com o companheiro/a, com a família, relações no trabalho e na escola, quando pertinentes.

A escala apresentada na Tabela 10 é uma escala nominal e na redação das questões indica ter um conteúdo valorativo implícito: assume-se que ter mais amigos e/ou mais contatos com eles é melhor (vale mais) do que ter menos amigos. Esta suposição encontra suporte na literatura não somente para a dimensão amizades, mas também para as demais dimensões consideradas no instrumento. O conjunto das dimensões consideradas nesse instrumento aproxima-se do construto “suporte social”, para o qual existem pesquisas indicando uma relação entre níveis mais elevados destas relações de suporte social com um acréscimo na saúde física e mental ou no bem-estar psicológico (Clark, 2009; Missouri Department of Health, 2005).

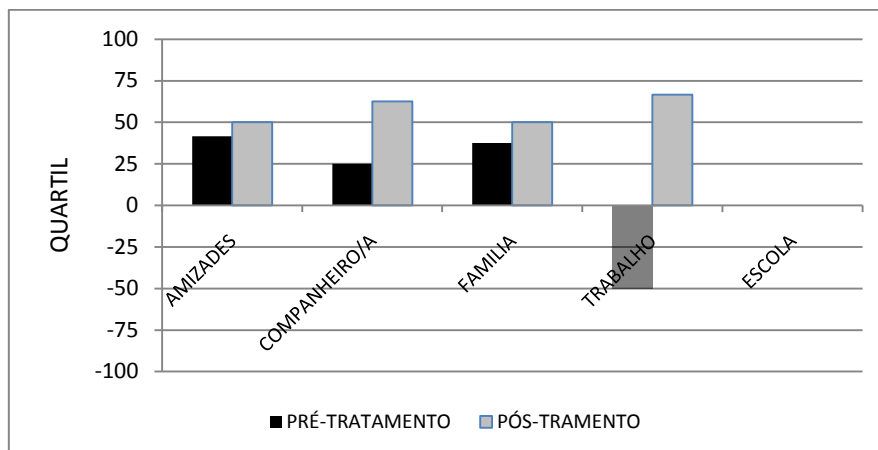


Figura 22 – Comparação pré e pós-tratamento da avaliação das “dimensões sociais” - Auto-aplicação

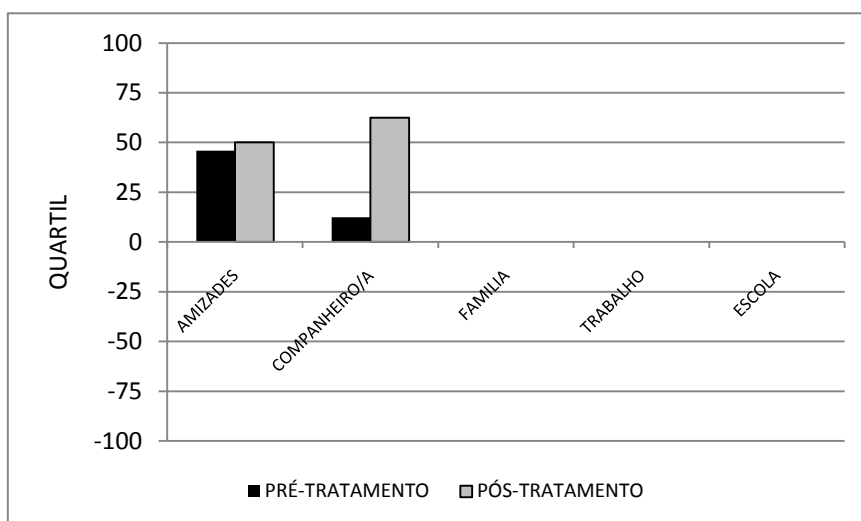


Figura 23 - Comparação pré e pós-tratamento da avaliação das “dimensões sociais” - Informantes

Observe-se que durante a maior parte do seu período vigil, uma pessoa estará provavelmente em contato com um destes contextos sociais. Diferentemente dos gráficos apresentados nas figuras 20 e 21, nos das figuras 22 e 23 a representação gráfica dos dados tem uma área negativa, também dividida em quatro níveis ou quartis. As relações sociais nos contextos avaliados podem, de fato, serem fontes de reforçamento positivo ou fontes de controle coercitivo, com os concomitantes emocionais de bem-estar ou de sofrimento emocional, respectivamente.

CLASSES	AUT	OUT
PRIVADAS	0,0	0,0
PÚBLICAS	0,0	0,0

Figura 24 - Classes problemáticas privadas versus públicas

Desatento			Impulsivo	
AUT	OUT		AUT	OUT
0	0,0	1.Forgetful		
0	0,0	8.Concentrate		
		10.TrobleSitgStill	0	0,0
		36.GetsHurt	0	0,0
		41.Impulsive	0	0,0
0	0,0	59.FailsToFinish		
0	0,0	61.PoorWork		
		89.RushesInto	0	0,0
0	0,0	105.Disorganized		
0	0,0	108.LosesThings		
		115.Fidgety	0	0,0
		118.Impatient	0	0,0
0	0,0	119.PoorAtDetails		
0	0		0	0
0	0		0	0

Figura 25 - Desatenção versus impulsividade

CATEGORIA	AUT	OUT	TOT
AA	0	0	0
AD	0	0	0
AG	0	0	0
BZ	0	0	0
ID	0	0	0
IN	0	0	0
PS	0	0	0
QS	0	0	0
RL	0	0	0

Figura 26 - Cômputo dos primeiros trinta registros de maior valor por categorias ASEBA

Classes problemáticas privadas versus públicas - Utilizando a possibilidade da organização das categorias ASEBA[®] em duas categorias mais amplas, internalizantes e externalizantes, é possível organizar os dados como se ilustra na Figura 24, agrupando-os conforme os registros indiquem a predominância de classes problemáticas privadas (“internalizantes”) ou públicas (“externalizantes”).

Este arranjo se mostrou útil no planejamento e seleção de técnicas para a intervenção, de vez que a literatura clínica indica manejos diferentes para essas duas categorias.

Desatenção versus impulsividade: O arranjo ilustrado na Figura 25 permite uma estimativa da predominância dos comportamentos de atentar e do comportamento impulsivo, especialmente útil na problemática descrita nas categorias psiquiátricas TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e TBP (Transtorno Borderline da Personalidade). Essa análise mais refinada chama a atenção do clínico para os possíveis controles destes operantes, parte das vezes levando à interrogação da atribuição diagnóstica, no caso do TDAH e a manejos diferenciados, no caso do TBP.

Primeiras trinta registros de maior valor distribuídos nas categorias ASEBA[®] - A Figura 26 ilustra um arranjo dos dados que seleciona as primeiras trinta afirmativas que receberam o maior valor e as distribui pelas categorias ASEBA[®]. Os números desta planilha são os correspondentes aos primeiros trinta resultados ordenados de acordo com a sua frequência relativa, conforme descrito na página 91 (Ordenação das respostas de acordo com a sua frequência relativa no repertório do cliente). A coluna AUT reproduz a

seleção das trinta primeiras respostas registradas como de maior valor pelo cliente, a coluna OUT faz o mesmo para a média dos registros dos informantes e a coluna TOT soma os valores das colunas AUT e OUT. Uma marcada concentração dos trinta primeiros registros numa dada categoria ou concentrados em poucas delas, indicam classes problemáticas (sintomas) de relevo imediato para o cliente e seus outros significativos e fornece uma base empírica para uma classificação psiquiátrica preliminar.

3.4 - Procedimentos para a coleta de dados

Diferentemente do que ocorre uma pesquisa acadêmica, no contexto de uma clínica de serviços será o julgamento clínico que definirá se os dados serão ou não colhidos no momento planejado. Recorde-se: *a prática controlada é secundária ao trabalho clínico real*. A descrição dos procedimentos que se segue é uma descrição ideal. Na prática, este pesquisador já precisou esperar por mais de quatro atendimentos antes que ele julgasse clinicamente oportuno iniciar qualquer coleta mais sistematizada de informações. Por ocasiões, sobretudo com o DAC, foi o interesse ou a necessidade do cliente que selecionou a seção pela qual se iniciou a coleta de dados ou informações (por exemplo, tratamentos anteriores, relações parentais, variáveis biomédicas, etc.).

Não obstante, com poucas exceções a coleta dos dados dos participantes deste estudo seguiu bem de perto a linha de tempo que abaixo se descreve e seguiu os procedimentos de coleta previstos para os instrumentos que foram utilizados para aquele cliente em particular.

O cliente era solicitado a chegar ao entorno de 15 minutos antes do horário da sessão para responder aos instrumentos ou a comparecer ou permanecer em horário extra-sessão para o preenchimento de instrumentos de aplicação discreta (uma vez) que demandam mais tempo, como o inventário de auto-aplicação ASEBA[®], por exemplo. Eventuais atrasos, protelações e/ou recusas sistemáticas (estas últimas não ocorreram nesta população) em preencher o instrumental utilizado tiveram os seus possíveis controles explorados clinicamente durante as sessões, incluindo a hipótese de serem comportamentos clinicamente relevantes (CRB) (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Para descrever os procedimentos de coleta dos dados facilita considerar o material em duas classes: *instrumentos de aplicação discreta*, os que foram aplicados uma vez somente ou

duas, no caso do instrumental ASEBA[®] e *instrumentos de aplicação contínua*, os que foram aplicados durante toda a intervenção.

3.4.1 - Instrumentos de aplicação discreta – DAC e instrumental ASEBA[®]

3.4.1.1 - Coleta dos dados do DAC.

A coleta das informações e dados do DAC é feita uma só vez e começa já na primeira sessão. A secretária já colhe do cliente os dados gerais (Seção 1 do DAC) e o entrega ao terapeuta antes da entrada do cliente. Deste momento em diante, é o próprio terapeuta que conduz o restante da coleta no formato de uma entrevista semi-estruturada, anotando, ele mesmo, o relato do cliente.

3.4.1.2 - Coleta de dados do instrumental ASEBA[®].

Os dados do instrumental ASEBA[®] são colhidos até duas vezes: uma no início da intervenção e outra ao seu término. No fim da primeira sessão, o terapeuta explica ao cliente os propósitos dos inventários e lhe pede que selecione que informantes irão preencher o inventário sobre ele. O único critério é que o informante seja maior de 16 anos, saiba ler e escrever com fluência equivalente a uma escolarização do ensino fundamental e tenha convivido em base regulares com o cliente pelos últimos seis meses.

Selecionados os informantes, a secretária prepara e entrega, quando da saída do cliente, o número inventários necessários em envelopes no qual vai colada uma etiqueta com as seguintes instruções: “Cliente: _____ Informante:_____ Por favor, preencha o inventário de uma só vez, coloque-o no envelope e lacre o envelope. Não mostre nem converse com ninguém sobre as suas respostas. É a sua própria opinião que melhor poderá ajudar seu amigo/a ou parente”. Os envelopes são portados pelo cliente que também os recolherá e os trará à clínica, entregando-os, lacrados, à secretária que, na primeira oportunidade, os repassa ao terapeuta. Na eventualidade do cliente entregar algum envelope sem lacre, a própria secretária faz isso na presença do cliente.

O inventário de auto-aplicação é preenchido pelo cliente na própria clínica, em sala reservada e em horário extra-sessão marcado para esta finalidade. Neste horário, o formulário é entregue ao cliente também dentro de um envelope acompanhado de instruções e material para

lacrar o envelope após o preenchimento o qual, a seguir, é entregue ao terapeuta na primeira oportunidade. A secretária é instruída a não interromper exceto se solicitada e também a não dar informação alguma ao cliente, mesmo que solicitada, situação na qual dá uma resposta padrão: “Se o senhor/a tiver alguma dúvida sobre o inventário ou sobre alguma das questões, por favor, deixe em branco. O/a terapeuta Fulano falará com o senhor sobre suas dúvidas e lhe dará as orientações necessárias. Por favor, podendo evitar, não deixe questões sem responder, mesmo que depois deseje revê-las com o/a terapeuta”.

Entregues todos os inventários, seus dados quantitativos e qualitativos são transpostos pelo terapeuta para a planilha Excel, gerando automaticamente dois relatórios (APÊNDICE 3). Do conteúdo desses relatórios, os gráficos são discutidos com o cliente por ocasião da elaboração da GAS ou como uma oportunidade para o terapeuta motivar o cliente, discutindo os problemas e o papel do cliente na sua resolução. O segundo relatório, que contém informações qualitativas dos informantes, não é mostrado ao cliente, para assegurar o sigilo prometido.

3.4.2 - Instrumentos de aplicação contínua – IR, IS e GAS

3.4.2.1 - Coleta de dados do IR.

Os dados do IR são colhidos sessão a sessão ao longo da intervenção, da primeira à última, exceto quando clinicamente contra-indicado (por exemplo, o cliente comparece em crise). Ao chegar, a secretária entrega ao cliente a folha de respostas do IR (ANEXO 2 A e 2 B). Os participantes deste estudo precisaram de aproximadamente três minutos para preencher o IR pela primeira vez e, a partir daí, um minuto e meio para as demais.

Feitos os registros, a folha de respostas é a seguir entregue à secretária que atribui rótulos numéricos aos registros de acordo com o seguinte critério: a linha de 10 cm é dividida em quatro intervalos iguais de 2,5 cm cada. Da esquerda para a direita e em ordem crescente são atribuídos números seqüenciais de 1 a 4 a cada um dos intervalos. Sendo números provenientes de uma escala nominal, dentro deste intervalo de 2,5 cm não é considerado como relevante a posição exata do registro, se mais a esquerda ou se mais a direita dos limites do intervalo.

dados do IR não colhidos por determinação do cliente ou FA = falha administrativa – faltou a folha de reposta, a secretária falhou em colher os dados, etc.).

- Penúltima linha – células em branco: são preenchidas com o número sequencial das sessões que efetivamente ocorreram. Numa situação ideal, o número registrado nessas células será igual ao número registrado nas células da última linha.
- Última linha – células com números seqüenciais de 1 a 32 impressos: correspondem ao número da sessão planejada.

A folha de acompanhamento gráfico do IR é a folha de acompanhamento de referência para os demais instrumentos de aplicação contínua (folha de acompanhamento do IS e folha de acompanhamento da GAS). É nela que se registra a história da intervenção quanto às sessões planejadas versus as efetivamente ocorridas e se faz anotações de eventos discretos significativos. O espaço em branco à margem direita da folha de acompanhamento é reservado para o registro cursivo de eventos discretos de interesse clínico, neles incluindo observações qualitativas do terapeuta, podendo para isso ser também utilizado o anverso da folha. Toda anotação é numerada seqüencialmente e contém a data em que foi feita. Eventos discretos de interesse clínico maior, como por exemplo, uma doença, a entrada em ação de um estressor afetivo, familiar ou social importante, o início ou fim de terapias farmacológicas, são também destacados através de uma linha pontilhada vertical “cortando” os gráficos nos pontos (data e sessão) em que ocorreram. Com exceção da simples transcrição dos dados da folha de resposta para o gráfico, todo e qualquer registro na folha de acompanhamento é feito pelo terapeuta. Ao longo da intervenção, o auto-relato do cliente com relação a cada área de vida considerada (individualmente, socialmente, etc.) gera uma série temporal para cada uma delas.

Como os dados do IR são planejados para serem colhidos em todas as sessões, com exceção de medidas de sondagem obtidas através de informantes significativos (ANEXO 2 C), foram preparados oito modelos diferentes das folhas de resposta apresentadas nos ANEXO 2 A, 2 B, que variam a posição das áreas de vida consideradas no inventário (por exemplo, a seqüência de apresentação das áreas numa é: Individualmente, Com outras Pessoas, Socialmente, Global; noutra é: Com outras pessoas, Individualmente, Global, Socialmente e assim por diante). Essas folhas são embaralhadas e a secretária retira a primeira da pilha a cada vez. O propósito desse procedimento é assegurar algum controle para a variável “teste”, através da aleatoriedade que esse procedimento introduz na coleta dos dados (conf. Kazdin, 1982).

- Na penúltima linha é escrito o número da sessão na qual efetivamente se colheram os dados. Por convenção, havendo por qualquer razão uma falha de coleta na sessão programada, os dados do IS são colhidos ao final da primeira sessão subsequente na qual comparecer o cliente e, a partir deste ponto, retoma-se a coleta conforme programado.
- As anotações que o terapeuta registra nessa folha são exclusivamente sobre eventos relacionados à relação terapêutica. Sessões discretas na quais se supõe haver ocorrido interações especialmente fortalecedoras ou enfraquecedoras da aliança são também destacadas por uma linha pontilhada vertical, o que facilita a análise visual da série temporal obtida no IS e a análise comparativa entre estes eventos e o seu possível impacto no IR e na GAS.

3.4.2.3 - Coleta de dados da GAS

A GAS foi utilizada para 21 dos 34 participantes, o que não foi feito para os 13 restantes (Tabela 9). Não houve um critério deliberado para que esta distribuição ocorresse, senão aqueles pertencentes ao próprio tratamento e aos interesses da manutenção da relação terapêutica. Para quatro dos clientes, foi julgamento clínico do/a terapeuta adiar a utilização de qualquer intervenção mais sistematizada; para três outros, o problema que traziam era comum e conhecido e o/a terapeuta optou por colocar em ação imediata os procedimentos indicados na literatura; para dois dos participantes problemas de disponibilidade do cliente (doença na família) levaram a postergar a utilização da GAS para outro momento e, para dois deles, o/a terapeuta julgou que uma GAS não era necessária, devido a uma rápida resposta à terapia (conforme medidas através do IR). Contudo, tendo ocorrido esta distribuição, o resultado foi um acaso feliz, pois permite comparar, mesmo que de forma não planejada, o impacto da GAS como variável independente nos resultados intermediários e finais de terapias analítico-comportamentais⁴³. Esta situação será explorada quando da discussão dos resultados deste estudo.

A Figura 29 mostra a folha de acompanhamento da GAS.

⁴³ Com relação aos seis clientes cujos dados provieram da pesquisa experimental, a GAS foi utilizada ou não de acordo com o planejado no delineamento do experimento.

4 - Resultados e discussão

Mantendo presente que este *não é* um estudo de casos clínicos, isto é, não pretende estudar a evolução de repertórios problemáticos em relação a uma dada intervenção psicológica ou a quaisquer características particulares da intervenção, do cliente ou do terapeuta, *mas sim*, de acordo com seus objetivos, *estudar e testar em condições reais de aplicação as possibilidades metodológicas, analíticas e interpretativas* que este modelo de prática controlada pode oferecer ao clínico de serviços, no sentido de aproximar a prática da terapia de serviços de uma prática científica, *o objeto de estudo desta tese são os diversos arranjos dos dados e suas possibilidades de exercer controle sobre a produção verbal do terapeuta*, ao invés dos clientes por si mesmos ou a intervenção propriamente dita. Recorde-se ainda uma vez mais: *a prática controlada é secundária ao trabalho terapêutico real* e esta tese não é voltada para o estudo do trabalho terapêutico real.

A apresentação e discussão dos resultados deste estudo ocupariam mais de um volume caso se fizesse a apresentação dos arranjos dos dados de todos e de cada um dos 34 clientes para cada uma das possibilidades de utilização já mencionadas. Assim, para cada possibilidade que se apresentará e discutirá abaixo, foram selecionados os dados de um determinado cliente cuja configuração ou particularidades melhor exemplifiquem, à luz dos objetivos deste estudo, o ponto de interesse.

Uma exceção ao dito acima é a apresentação das séries temporais obtidas através dos IR, IS e GAS, que estão apresentadas no APÊNDICE 4 para todos os 34 clientes. Nesse apêndice se vêem traçadas linhas de tendência (poligonais) para as séries de alguns clientes e para as de outros não. Conforme discutido na Introdução, esses artefatos são “auxílios para o julgamento” e somente foram utilizados para distribuições que apresentaram grande variabilidade e nas quais a simples inspeção visual poderia ser insuficiente ou enganosa para uma melhor apreciação da sua variação ao longo da intervenção.

Igualmente nos gráficos se vê que para alguns dos clientes foram colhidos dados através dos três instrumentos de mensuração continuada (IR, IS e GAS) e para outros não. Como já discutido na seção Método, desta tese, a utilização ou não dos instrumentos é sujeita ao julgamento clínico da sua oportunidade e da relação custo-benefício estimada, assim como a decisão do momento em que se iniciará a coleta de dados através de um dado instrumento. Evidentemente, somente

foram selecionados para este estudo os clientes para os quais pelo menos um desses instrumentos (no caso o IR) foi utilizado a partir da primeira sessão.

Para qualquer uma das três séries temporais apresentadas, os dados que a compõem correspondem à média aritmética simples dos valores registrados pelo cliente em cada coleta, para cada uma das dimensões do IR e do IS (quatro dimensões em cada um deles).

No caso da GAS, o dado tanto pode ser o número registrado diretamente no gráfico pelo cliente, em casos ou momentos nos quais somente uma classe de respostas (objetivos) estava sob trabalho terapêutico, ou a média dos números registrados para cada uma delas. Na GAS, o número de objetivos trabalhados ao mesmo tempo pode variar de um a quatro, máximo.

Considerando que o IR e o IS são escalas nominais e a GAS uma escala ordinal, adotou-se, no interesse da parcimônia, um intervalo amplo para a análise e interpretação destes resultados. Para os dados dessas três séries temporais, o intervalo selecionado para análise e interpretação dos resultados é o *nível*: valores entre 0,0 e 0,9 estão incluídos no nível inferior; entre 1,0 e 1,9 no nível médio-inferior; entre 2,0 e 2,9 no nível médio superior e acima de 3,0 no nível superior (semelhante ao critério adotado para a análise e interpretação dos resultados do instrumental ASEBA[®], discutido à página 102 desta tese).

Observe-se, no entanto, que os dados que compõem as séries temporais foram registrados por um mesmo cliente e, assim, cada um desses conjuntos compõe na verdade um estudo de caso único (delineamento de caso único) e cada cliente é o seu próprio controle. Nessa compreensão, a divisão dos intervalos em níveis é somente uma conveniência para a análise. Tentar uma comparação entre um e outro conjunto (ou seja, tratá-los como amostras dessa ou daquela característica) poderia ser considerado como uma liberdade excessiva, à luz da natureza das medidas, mas podem-se considerar como válidos, para a análise e a interpretação desses conjuntos, os parâmetros tradicionalmente utilizados na inspeção visual: mudanças na média, mudanças no nível, mudanças na tendência e a latência da mudança (Recorde-se essa discussão no tópico 1.7.1 desta tese). Para a discussão que se segue, somente foram considerados como *efeitos* mudanças num desses parâmetros. De uma perspectiva analítico-comportamental e com relação aos objetivos desta tese, esses *efeitos* são Sd's que estabelecem a ocasião para uma produção verbal clínica e que, ao mesmo tempo, podem exercer algum controle sobre ela. Assim, podem ser considerados, no seu conjunto, como uma base pública e empiricamente indexada para a produção verbal do terapeuta, como se buscará demonstrar a seguir.

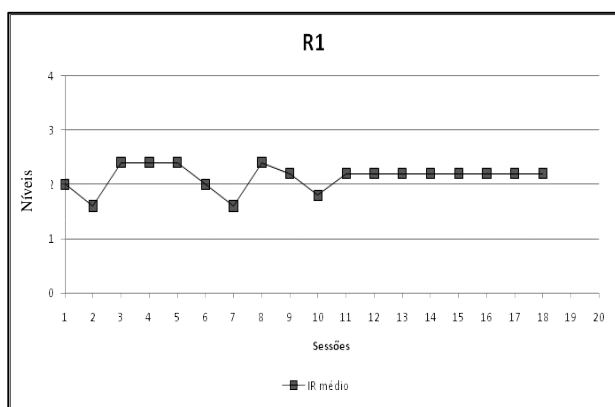


Figura 30 - Série temporal do IR para o cliente R1

A Figura 30 mostra a série temporal obtida através do IR para o cliente R1. Todos os registros dessa série temporal situam-se no nível médio-superior, com a exceção de três, que estão abaixo dele (sessões 2, 7 e 10). Os numerais correspondentes às sessões 1 e 6 é “2” e, assim, situa-se também no nível médio superior. À inspeção visual, excetuando-se as três variações na direção não desejada, não se

observam mudanças no nível e na tendência ao longo da terapia e a curva se estabiliza, a partir da 11ª sessão, no mesmo nível registrado ao início da terapia.

O IR avalia o nível de perturbação psicológica, o que pode ser coloquialmente entendido como a experiência de alguma forma de sofrimento ou, pelo menos, de mal-estar, ou seja, na avaliação *do cliente*, existe uma *perturbação*. Uma conclusão que pode ser inferida desta inspeção visual é a de que este cliente não obteve ganhos, ao longo da terapia, com relação ao seu estado psicológico geral. *Porque* não obteve, se *seria desejável que o obtivesse* ou não e porque razões, e outras questões semelhantes, constituem o cerne do trabalho clínico, o trabalho terapêutico real, do qual não se tratará aqui, como já dito. Mas de posse desse recurso metodológico, eventuais porquês podem ser testados: a análise e a interpretação clínica precisam, em primeiro lugar, dar conta deste fato empírico e, seja qual for a ação terapêutica subsequente, seus resultados estarão publicamente expostos através da inspeção visual. Em outras palavras, para adquirir consistência, tanto a produção verbal quanto as ações do terapeuta precisarão se colocar sob o controle da estimulação dos aspectos públicos do universo comportamental do cliente real e presente.

A série temporal mostrada na Figura 31 permite explorar um pouco mais as possibilidades analíticas e interpretativas que podem oferecer a mensuração continuada através de somente um dos três instrumentos utilizados neste estudo, neste caso, o IR. Para a série temporal apresentada na Figura 31, foi adicionada uma linha de tendência (poligonal) como auxílio à inspeção visual imediata. Na área do gráfico delimitada pelo nível superior está escrita a seguinte igualdade: $R^2 = 0.7214$. Este número, chamado R^2 ou R-quadrado é um número cujo valor varia de 0,0 a 1,0 e que demonstra “ o grau de correspondência entre os valores estimados para a linha de tendência e

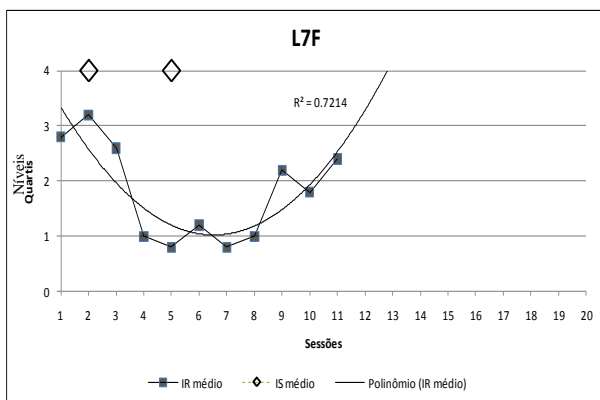


Figura 31- Série temporal do IR para a cliente L7F

os dados reais. A linha de tendência é mais confiável quando o valor de R-quadrado é 1 ou próximo de 1. Conhecido também como coeficiente de determinação.” (glossário do Microsoft Excel[®] 2007). No caso, o valor do R-quadrado para a linha de tendência é forte, significando que ela mostra e prediz com um grau de confiabilidade forte a tendência dos dados.

Tanto pela inspeção visual direta quanto pelo exame da linha de tendência e considerando que o IR mede o nível de perturbação psicológica, a cliente “piorou” a partir da 3ª sessão, isto é, ficou mais perturbada e manteve-se mais perturbada do que quando iniciou a terapia até a 11ª sessão, quando a terapia foi interrompida pela cliente para se dedicar integralmente a algumas tarefas urgentes (e que pouco depois retomou).

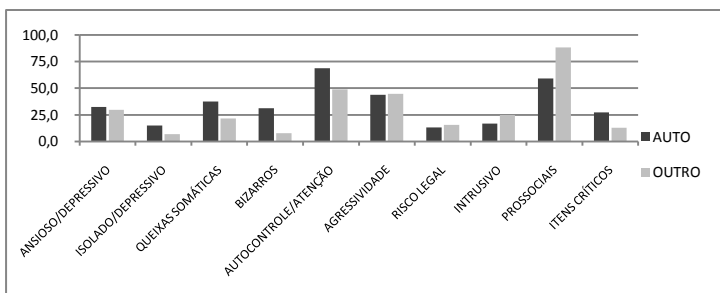


Figura 32 - Resultados do ABCL pré-tratamento da auto-aplicação e informantes para a cliente L7F

Ao iniciar a terapia a cliente estava incomodada (e incomodando) com sua agressividade (Figura 32). Estava moderadamente ansiosa e queixava-se de estar distraída e ter dificuldades para se concentrar, sobretudo no seu trabalho, o que era também percebido pelos seus

informantes. Seus informantes a avaliavam como uma pessoa cujo repertório social era bastante adequado (categoria pró-sociais no nível superior), embora ela mesma não o avaliasse tanto assim (categoria pró-sociais no nível médio superior).

Na ausência do surgimento inesperado de uma nova contingência aversiva extra-terapia no ambiente do cliente, o efeito rápido e acentuado captado pelo IR permite associar essa piora ao processo terapêutico, ou seja, a terapia teria “piorado” o estado emocional da cliente.

Pelo exame dos dados não se poderia dizer que a estimulação propiciada pela terapia ou por algum dos seus componentes conseqüenciou punitivamente a resposta de ir a terapia, pois a

cliente continuou a comparecer às sessões e interrompeu o processo quando seu nível de mal-estar claramente se reduzia.

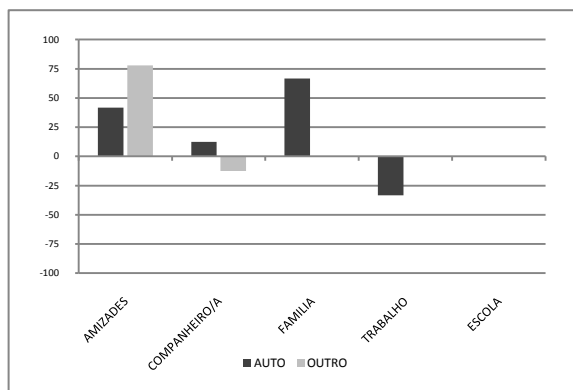


Figura 33 - Avaliação das dimensões sociais para a cliente L7F (auto) e seus informantes (outro) através do ABCL

Insatisfeita com uma relação conjugal pouco reforçadora, mas engajada numa série de atividades sociais que mantinha uma densidade de reforçamento social global satisfatória, a cliente vinha “tocando” o seu casamento.

A problemática da sua relação conjugal foi uma das selecionadas por ela para o trabalho terapêutico focado, durante a fase de avaliação pré-tratamento. O gráfico apresentado na Figura 33 mostra que, pelas respostas dadas ao ABCL,

seus informantes, familiares e o seu próprio marido, avaliavam que sua relação conjugal era um fator de sofrimento para ela (nível negativo superior), enquanto ela mesma julgou-a como fonte moderada de prazer (nível positivo inferior).

Quando estes dados lhe foram apresentados, a cliente aparentemente intrigou-se com a discrepância e selecionou o tema para ser trabalhado em terapia. Trabalhando numa empresa familiar com o marido, a cliente rapidamente discriminou que a sua insatisfação com o trabalho (nível médio superior negativo no gráfico da Figura 33) respondia mais às contingências dispostas pela convivência intensa com o marido do que pelas contingências dispostas pelas tarefas do trabalho propriamente dito, ou seja, a insatisfação, num e noutro contexto, fazia parte de uma mesma classe funcional.

Decidida a “resolver a vida”, na expressão que ela utilizou, a cliente iniciou então um processo de reflexão e discussão dessa questão na terapia, com seus familiares e com o próprio marido, o que naturalmente resultou numa elevação do seu nível de perturbação psicológica ou do seu mal-estar, se se desejar atentar para os resultantes emocionais da contingência.

No tempo estruturado de cada sessão, foram trabalhadas técnicas para a redução da ansiedade (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo de Jacobson e ativação física) acopladas a um treinamento de assertividade e a uma ampliação da sua exposição a contingências positivamente reforçadoras (intensificação da interação com seu grupo familiar e de amigos, a qual o marido anteriormente dificultava). Na medida em que o repertório da cliente

se enriquecia e lhe facilitava a condução dessa situação delicada, sua perturbação psicológica se reduzia.

Pode-se dizer então que a “piora” mostrada pelo aumento da sua perturbação era, de fato, um evento terapêuticamente desejável. Acompanhando sessão a sessão a “piora” da cliente e oportunamente informado da mudança da tendência, o terapeuta avaliava como adequada a condução dada à terapia. Note-se que a tendência à “piora” interrompeu-se na quinta sessão e inverteu-se a partir da 7ª sessão. A terapia poderia ter falhado no sentido de ajudar a cliente a adquirir os recursos comportamentais adequados para a situação que enfrentava. Nesse caso, a curva provavelmente se manteria na direção negativa e o terapeuta poderia rever a tempo a condução que dava ao processo.

Os dados da Figura 31 ilustram exemplarmente o fato de que todo o instrumental e sistematização da prática controlada não substituem o julgamento clínico à luz das contingências em ação no universo comportamental do cliente. Números e medidas, inventários e gráficos, são recursos valiosos, mas são *auxiliares* do trabalho terapêutico real, nele incluindo o julgamento ou perícia clínica, que reside na história do terapeuta e no seu repertório clínico e não nas técnicas ou no instrumental auxiliar do qual possa lançar mão.

Por outro lado, eles também indicam que este modelo de prática controlada pode oferecer um poderoso auxílio para a prática da clínica psicológica de serviços, oferecendo controles públicos que podem compensar as lacunas e fragilidades tanto da história quanto do repertório clínico do terapeuta. Não somente permite ao terapeuta ancorar a sua produção verbal nos indexadores empíricos, como também permite que, através da publicidade que dá aos controles da sua fala, a

sua comunidade profissional possa organizar uma fala corroborativa, alternativa ou contrapositiva sob a influência de pelo menos parte dos mesmos controles. Essa possibilidade é comum no ambiente da pesquisa formal, mas é rara no ambiente da clínica de serviços.

Um exemplo das possibilidades dessa base pública para estimular e fundamentar a análise crítica da comunidade profissional, pode ser dado através das curvas apresentadas na Figura 34. A

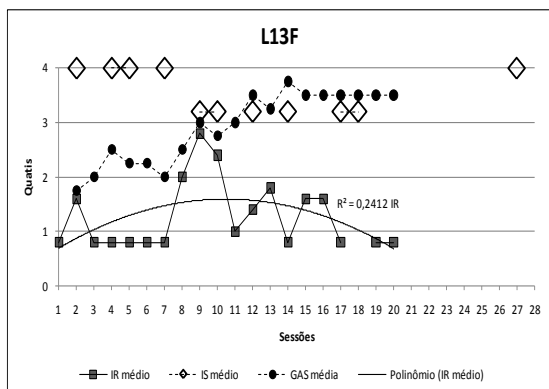


Figura 34 - Séries temporais dos registros do IR, IS e GAS da cliente L13F

série temporal do IR mostra que ao longo de 20 sessões e exceto por um curto período compreendido entre as sessões 8, 9 e 10, a cliente não experimentou ganhos apreciáveis quanto ao seu nível de perturbação psicológica relatado no início da terapia (IR-médio). A avaliação que a cliente fazia da qualidade da relação terapêutica que se estabeleceu foi, de imediato, positiva (IS-médio), mas sofreu uma queda perceptível a partir da 9a sessão, embora permanecendo ainda nos limites do nível superior (excepcionalmente, se apresenta neste gráfico uma avaliação da relação terapêutica coletada na 27a sessão, mostrando a sua recuperação). De início, a cliente se engajou nas tarefas terapêuticas (GAS-média, sessões 2, 3 e 4), mas logo depois mostrou leve queda no seu empenho (GAS-média, sessões 5, 6 e 7).

Acompanhando sessão a sessão a evolução do trabalho, o terapeuta observou que a uma elevação do empenho da cliente nas tarefas terapêuticas, correspondeu um acréscimo no bem-estar psicológico relatado (sessões 7 e 8). Provavelmente respondendo às suas próprias contingências de reforçamento, na sessão 9 o terapeuta entusiasticamente exortou a cliente a dedicar-se ainda mais às tarefas prescritas, apontando que ainda não haviam atingido o nível superior. Pode-se dizer que o terapeuta falhou por não ter discriminado e reforçado a recuperação e o avanço da cliente na sua aplicação às tarefas terapêuticas, apontando, ao invés, que o seu esforço havia sido insuficiente. Única filha mulher de pais mais velhos e controladores, a cliente já havia dado indicações de ter bem instalado no seu repertório um padrão de contra-controle que a psiquiatria denomina “passivo-agressivo”.

Exposta, num contexto informal, a este conjunto estimulador (Figura 34), uma terapeuta experiente produziu de pronto a seguinte fala, que resume bem o que dizem os dados: “Ela ficou ressentida com você. Até continuou fazendo as tarefas, mas te disse: fazer eu faço, mas melhorar, não melhora não.”. A forma coloquial da fala pode sugerir um relato anedótico, este não é o caso aqui: estão bem indicados o estímulo antecedente e a resposta e a relação entre eles é legítima. Não é difícil imaginar que, num contexto formal de discussão de casos clínicos, esse mesmo conjunto estimulador pudesse ocasionar e exercer controle temático sobre uma fala semelhante, embora por certo vazada num repertório verbal especializado.

4.1 – Relações entre as séries temporais.

4.1.1 – Relações entre as séries temporais da GAS e do IR

Terapias de orientação comportamentalista, no todo ou em parte, tipicamente enfatizam a importância do engajamento do cliente no processo terapêutico e orientam esse engajamento através da prescrição de tarefas terapêuticas que deverão ser praticadas no dia do cliente. Presume, então, uma relação entre esse engajamento e a melhoria do estado psicológico do cliente. Neste modelo de prática controlada, a GAS é montada para captar e registrar o andamento dos aspectos mais técnicos e focados da terapia, boa parte deles desempenhos relacionados às tarefas terapêuticas e o IR é montado para captar e registrar o estado psicológico geral do cliente, ou seja, como ele relata *sentir* as contingências que atuam no seu ambiente. Espera-se que variações no nível de engajamento nas tarefas terapêuticas (medidas da GAS) determinem ou co-determinem variações no estado psicológico geral do cliente (medidas do IR).

Relações sistemáticas entre variações no nível de engajamento nas tarefas terapêuticas (GAS) e variações no nível do estado psicológico geral do cliente (IR) na direção esperada, não ficaram indicadas neste estudo. Limitando a análise aos casos mais significativos para essa discussão, as séries temporais nas quais a relação esperada ficou indicada foram as obtidas através dos registros dos clientes L12F, B11F, L5, L6, B10F, U3, U4 e, mais fracamente, U6 (APÊNDICE 4), ou seja, para somente oito⁴⁴ dos 20 clientes para os quais medidas da GAS foram coletadas (Tabela 9, página 97).

Ainda assim, as séries temporais obtidas para o IR e para a GAS para os participantes L5 e L6 indicam que uma variação no nível do IR *antecedeu* a variação no nível da GAS, dando suporte à interpretação de que a foi a melhora no estado psicológico geral desses clientes que lhes possibilitou o engajamento nas tarefas terapêuticas e não o contrário. Se esta hipótese for aceita, seria preciso então considerar atribuir a melhora no estado psicológico desses clientes aos efeitos mais sutis da terapia, cujo trabalho ocorre predominantemente no tempo não-estruturado das sessões, e não aos aspectos mais técnicos e focados, que são os captados com mais precisão pela GAS. O cliente L5 já apresentava um nível superior de bem-estar psicológico ao entrar em terapia e o fez para obter ajuda profissional numa crise de vida bem delimitada. Dessa forma, os

⁴⁴ Esse pequeno número e a natureza naturalística deste estudo desaconselham tentativas de extrair informações mais detalhadas dessa constatação, tal como análises buscando alguma variável comum aos participantes-clientes que apresentaram a relação esperada entre a GAS e o IR e ausente nos que não a apresentaram (através da comparação por gênero ou por escolaridade, por exemplo). Quaisquer achados nessa direção poderiam ser facilmente questionados.

dados não fornecem um apoio convincente para que se possa atribuir a esse ou aquele componente da terapia a pequena evolução positiva do seu bem-estar psicológico. Já no caso do cliente L6, os efeitos captados pelo IR são rápidos e acentuados e essa atribuição pode ser feita com apoio dos dados, que dão suporte empírico à hipótese considerada no início deste parágrafo.

De qualquer forma, nos registros dos clientes B11F, L12F, U3 e L14F pode-se dizer que a relação esperada ficou evidenciada sem maiores ambigüidades. Nos registros do cliente B11F as linhas de tendência para a GAS e para o IR são praticamente homólogas e os dados dão suporte à interpretação de que o nível de engajamento nas tarefas terapêuticas ou nos aspectos focados da terapia (GAS-média) pode explicar pelo menos parte das variações no estado psicológico geral do cliente (IR-médio); ambas as linhas de tendência mostram um R-quadrado de valor intermediário ($R^2 = 0.40$ para a GAS e 0.42 para o IR). A mesma interpretação recebe também o suporte dos dados, com relação aos registros do cliente L12F. Nos registros desse cliente, chama a atenção um dado corroborativo isolado, mas interessante para essa discussão: observe-se que à queda no nível da GAS na sessão 12 é seguida pela queda no nível do IR uma semana depois (sessão 13) e que a retomada do empenho nas tarefas terapêuticas corresponde a uma retomada na melhora do estado psicológico do cliente.

Tanto para o cliente U3 quanto para os participantes clientes L6 e L14F, o início da utilização da GAS acontece depois da 5ª sessão. Nos registros do cliente U3, a variação homóloga das duas séries temporais é facilmente detectável através da inspeção visual direta. No entanto, nesse caso a interpretação dos dados na direção de aceitar a relação que se esperaria entre essas variáveis fica comprometida, pois o IR já apresentava uma tendência na direção desejável *antes* da introdução da GAS e a sua introdução não correspondeu a uma aceleração da tendência do IR ou mesmo a sua estabilização na direção desejada.

Quanto aos registros do cliente L14F, a introdução da GAS naquele momento foi uma tentativa aparentemente bem sucedida de deter a tendência de queda nos níveis do IR, procedimento que ilustra a principal utilização *clínica* dessas medidas: permitir correções oportunas no curso da terapia e acompanhar o resultado delas através da evolução dos indexadores empíricos.

Para pelo menos três dos clientes, a relação se deu na direção inversa, isto é, a um aumento no nível do engajamento nas tarefas terapêuticas correspondeu uma queda no nível do estado psicológico geral ou vice-versa. Tal é o caso, por exemplo, para os registros do cliente U6: as

linhas de tendência das duas séries temporais se cruzam por duas vezes ao longo das 20 sessões e os pontos de inflexão dessas curvas estão bastante próximos, reforçando ainda mais a indicação de uma relação inversa entre essas duas variáveis. Efeitos semelhantes podem ser vistos nos registros dos clientes B7F e U5.

Para os clientes B1, B2, B12F e L13F, por sua vez, a sugestão dos dados é a de que essas variáveis responderam a controles diferentes, mostrando pouca ou nenhuma relação entre elas.

Não é o propósito desta tese responder perguntas de interesse clínico, mas sim desenvolver e testar uma metodologia que permita ao clínico de serviços formular perguntas empiricamente fundamentadas quanto ao andamento de uma intervenção real, respondê-las e acompanhar os efeitos das suas respostas através de indicadores igualmente empíricos. Assim sendo, não se discutirão aqui as hipóteses clínicas que foram aventadas e testadas em alguns desses casos. Existem, todavia, algumas observações que podem ser feitas.

Em primeiro lugar, é preciso manter sempre presente que o que se mediu aqui, com a exceção de alguns desempenhos físicos registrados na GAS, foram relatos verbais e assim todos os cuidados interpretativos derivados do que já se sabe sobre o comportamento precisam ser tidos em conta.

Além disso, é preciso estar atento aos indexadores produzidos pelo conjunto dos instrumentos utilizados. Veja-se, por exemplo, os registros dos clientes B1 e B2 (APÊNDICE 4), que relatam um nível superior de bem-estar psicológico ao início da terapia, nela permanecem por pelo menos 20 sessões relatando igualmente um nível superior de bem-estar psicológico e apresentaram, ao entrar, os perfis ASEBA[®] mostrados nas figuras 34 e 36.

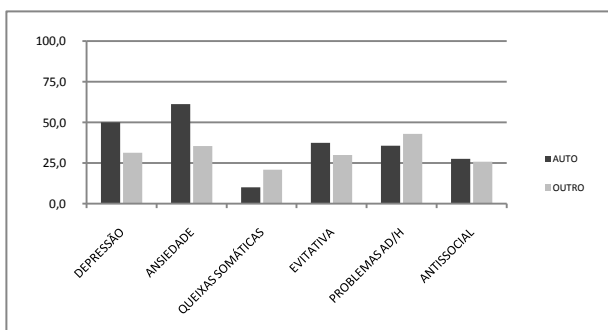


Figura 35 - Perfil ASEBA pré-tratamento para o cliente B2 – Categorias do DSM-IV

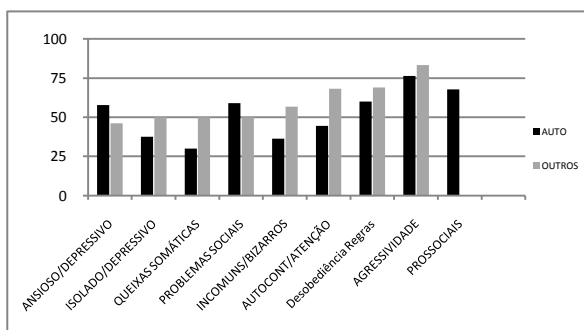


Figura 36 - Perfil ASEBA pré-tratamento para o participante-cliente B1 - Categorias ASEBA

Tanto um quanto o outro demonstraram discriminar seus problemas (barras em negro nas figuras 38 e 37) e igualmente o faziam seus informantes, todos do seu círculo social próximo. Esses clientes manipulavam o relato verbal ao responder o IR? Porque o faziam, se não o fizeram ao responder o instrumental ASEBA[®] e nem o fizeram ao registrar o seu esforço no desempenho das tarefas terapêuticas (GAS-média)? A eles faltaria uma história discriminativa de estados internos ou simplesmente respondiam automaticamente o IR? Tendo informações empíricas sobre esta discrepância, que medidas o terapeuta tomou para clarificá-la ou, se não as tomou, porque o fez? Como se ilustra nesse exemplo, o instrumental utilizado neste modelo de prática-controlada estabelece oportunidades empiricamente indexadas para perguntas de interesse clínico, mas esse efeito é potencializado através da análise e interpretação do conjunto dos instrumentos utilizados.

O IR e o IS são instrumentos cuja forma é fixa, mas a GAS é construída pelo cliente e pelo terapeuta em bases individuais. Dessa maneira, eventuais relações observadas entre as séries temporais comparadas podem refletir não necessariamente a relação entre elas, mas sim problemas na construção de uma delas, no caso a GAS. Por exemplo, uma GAS pode ser construída para ajudar o cliente a alterar classes de respostas que de fato o incomodam, mas que não estão sob o controle das contingências significativas para o seu sentimento de bem-estar pessoal, como captado pelo IR. Em outras palavras, o cliente pode estar apresentando um progresso excelente no seu empenho com relação às tarefas terapêuticas e, ao mesmo tempo, continuar relatando um estado psicológico geral insatisfatório ou tendendo à direção indesejável. Apesar dos cuidados previstos tanto no DAC (Vejam-se as perguntas do tópico 4.3 no APÊNDICE 1) quanto na construção da GAS (Vejam-se as perguntas do Passo 3, em negrito, no APÊNDICE 2), o cliente, sobretudo se dependente por alguma forma do seu ambiente social, pode também selecionar alterar classes de respostas que são problemáticas para o seu entorno social, mas que produzem importante reforçamento para ele. Pode ainda ser que, como no caso exemplificado à página 124 e seguinte para a cliente L13F, que contingências de reforçamento concorrentes ganhem controle sobre uma das classes; a cliente L13F poderia estar de fato se beneficiando das tarefas terapêuticas e estas poderiam de fato estar relacionadas ao seu estado psicológico, mas por ação de outra contingência, ela manipulava o seu relato no IR ou estados emocionais distorciam o seu relato.

Essas possibilidades, dentre outras, fazem parte da tarefa clínica. É preciso analisá-las e testar as hipóteses que se fará. O ponto que se salienta aqui é que, ao testá-las no contexto de uma prática controlada, o clínico *verá* em tempo real pelo menos parte do resultado dos seus julgamentos e poderá revê-los e alterá-los oportunamente, como for o caso.

4.1.2 – Relações entre as séries temporais do IR e do IS

Registros dos aspectos da relação terapêutica captados pelo IS foram colhidos para 28 dos 34 clientes.

O exame que os dados deste estudo permitem fazer é verificar se, a variações no nível do IR, correspondem variações no nível do IS. Este exame contém um pressuposto: uma melhoria do estado psicológico geral do cliente *na sua própria avaliação*⁴⁵ e, idealmente, sua estabilização no nível mais alto possível, é um indicador aceitável do bom andamento da terapia. Neste estudo, esse indexador é produzido pelo IR. O exame foi feito utilizando-se a inspeção visual auxiliada, em alguns casos, por linhas de tendência.

Como a literatura que estuda este construto, a relação terapêutica, apresenta forte dissenso quanto à valoração da sua importância como fator terapêutico, não se fará aqui suposições sobre o que se deveria esperar dessas relações, isto é, se o esperado seria uma relação de dependência ou de relativa independência entre elas.

Para 15 dos 28 clientes para os quais registros do IS foram sistematicamente coletados, a indicação é a de que as duas variáveis, nível do estado psicológico geral (IR-médio) e avaliação da qualidade da relação terapêutica (IS-médio) responderam a controles independentes. Foram eles: L4, B1, B2, LPF, L11F, L13F, L14F, B5F, B6F, B7F, B8F, B10F, B11F, U3 e U4 (APÊNDICE 4).

Para os clientes L3, L6, L8F, B3F, B4F, L10F e L12F, sete clientes, as séries temporais suportam a hipótese de uma determinação ou co-determinação comum, ou seja, existe relação sobre elas.

Para sete deles - L1, L2, L5, L7F, B9F, B12F e U1 - os dados são inconclusivos.

⁴⁵ E também na avaliação de partícipes do seu entorno social, se se desejar obter medidas de sondagem (Veja-se ANEXO 2C)

A exploração dos possíveis determinantes desses resultados faz parte do trabalho terapêutico real. A discussão sobre os dados da cliente L13F (página 124 e seguinte) ilustram algumas possibilidades para a exploração clínica que esses conjuntos estimuladores podem ocasionar.

Para enriquecer a apresentação destas possibilidades, a Figura 37 mostra as séries temporais, para cada uma das dimensões do IS, obtidas através dos registros de um cliente cujos dados não foram selecionados para inclusão neste estudo, pois o cliente já não estava mais em terapia no período no qual os dados dos três instrumentos foram colhidos simultânea e sistematicamente⁴⁶. A autorização para a utilização dos dados neste estudo foi solicitada e concedida pelo cliente.

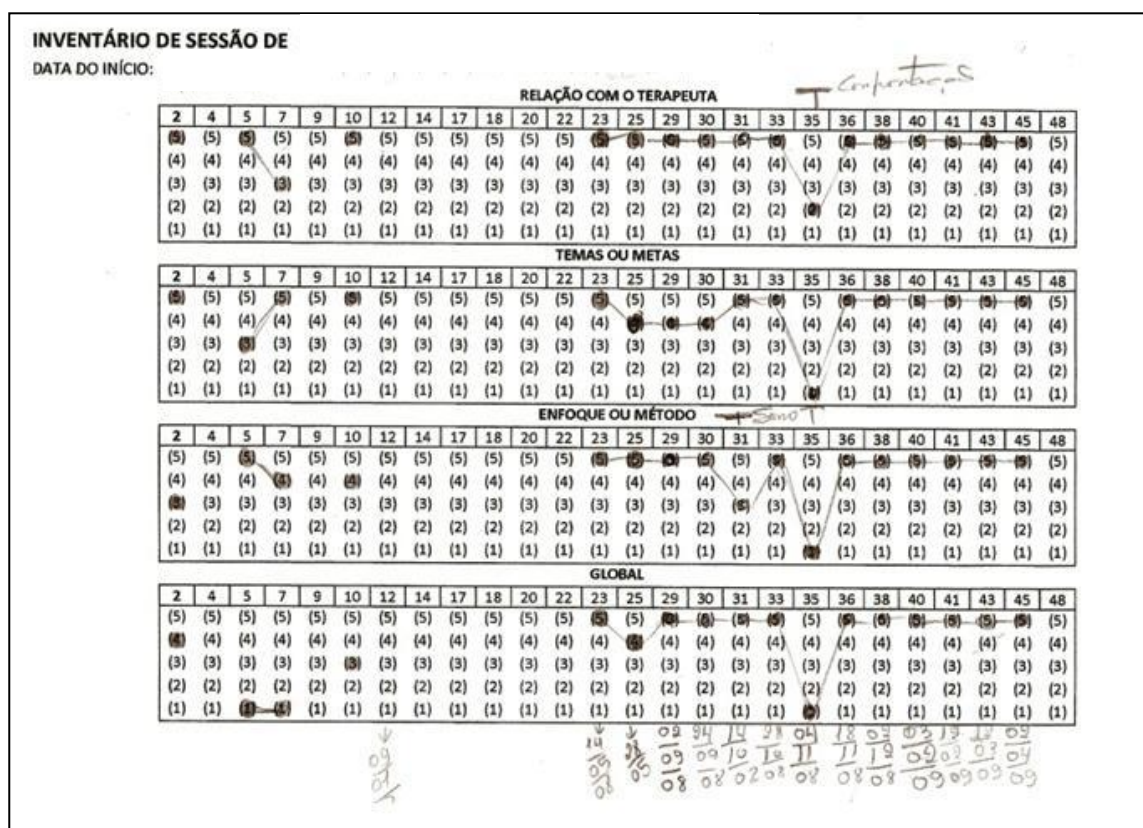


Figura 37 - Registros dos IS

A Figura 37 ilustra uma folha de acompanhamento do IS em bruto, digamos; tal e qual ela é produzida e manuseada no dia da prática clínica. Os gráficos são traçados a lápis pelo próprio

⁴⁶ Pelas particularidades deste estudo, não são os clientes, mas sim os seus dados o objeto de exame. Assim, este pesquisador argumenta que a inclusão dos dados de um cliente não participante da seleção original não compromete os resultados, desde que a forma de coleta e o tratamento dos dados tenha sido o mesmo utilizado para os participantes selecionados. Este é o caso destes dados.

terapeuta, sessão por sessão. Desta folha foram omitidos somente registros que pudessem permitir, por qualquer forma, a identificação da cliente.

O cliente cujos dados foram utilizados nesta ilustração apresentou-se à terapia trazendo o diagnóstico psiquiátrico de transtorno borderline da personalidade (TBP) e, como seria esperado nesse padrão comportamental, os gráficos ilustram de maneira eloqüente as dificuldades no relacionamento interpessoal frequentemente encontradas nesse quadro, bem como a natureza errática das suas reações nessas relações, interpretação que pode ser feita com base na variação do nível em cada dimensão do IS, sessão por sessão, até a sessão 35 (observe-se que a primeira linha de cada gráfico indica a distribuição aleatória das sessões selecionadas para a coleta dos dados) e também pelas falhas no comparecimento ao atendimento (o cliente compareceu às sessões de número 14, 17, 19 e 22, conforme anotado na folha de acompanhamento do IR, o qual preencheu, mas se recusou a responder o IS, alegando “falta de tempo”). Na sessão 22 o fato novo foi uma série de perguntas feitas pelo cliente sobre a “opinião verdadeira” do terapeuta sobre algumas das disputas constantes que mantinha com seus familiares, às quais o terapeuta julgou ter respondido assertivamente. Em boa parte delas, a avaliação do terapeuta divergiu das interpretações do cliente, o que pareceu tê-lo irritado. Contudo, a partir desta sessão, o cliente não faltou mais e a sua avaliação da relação terapêutica, nos aspectos captados pelo IS, flutuou menos e manteve-se em níveis mais altos. Duas variações na evolução da série temporal a partir dessa sessão merecem comentário: na sessão de número 31 vê-se um relato negativo quanto à dimensão “Enfoque ou Método” com relatos positivos para as demais dimensões. O terapeuta vinha de duas noites de pouco sono e sentia-se sonolento durante a sessão. A sessão 35 mostra o registro da avaliação da relação terapêutica feita pelo cliente numa sessão que foi marcada por uma confrontação por parte do terapeuta (Reprovação, no sistema de classificação desenvolvido por Zamignani, 2007). A sessão, destacada na folha de acompanhamento pela anotação do terapeuta, aparentemente foi aversiva para o cliente, mas a partir dela a sua avaliação da relação terapêutica passa a ser registrada como positiva e estável, uma constatação empírica instigante.

4.1.3 – Relações entre as séries temporais da GAS e do IS

Como já discutido na Introdução, a questão da mensuração em terapia suscita intensa controvérsia no meio profissional e acadêmico, o mesmo ocorrendo, em pesquisas de processo, com relação à discussão sobre quais seriam os fatores terapêuticos responsáveis pelos resultados

de terapias psicológicas: procedimentos mais técnicos (ou fatores específicos) ou procedimentos mais gerais (fatores comuns). Dentre os fatores comuns, um dos considerados por parte importante da comunidade profissional como digno de atenção é a relação terapêutica. De fato, seria difícil, senão impossível, denominar como terapia psicológica uma prática da qual estivesse totalmente ausente uma forma qualquer de relação interpessoal.

Este estudo não pode, por seu desenho, características e propósitos, contribuir diretamente para essa controvérsia. Contudo, uma pergunta pode ser feita: nos limites deste estudo, a utilização de fatores específicos por um tempo considerável de cada sessão⁴⁷ e a coleta e utilização de medidas discretas e continuadas afetaram a avaliação que o cliente fez da qualidade da relação terapêutica, nos aspectos captados pelo IS?

Dos 18 clientes para os quais foram colhidas medidas da GAS e, no mesmo período, se colheram também dados referentes à sua avaliação da qualidade da relação terapêutica (IS-médio), para 13 deles não ficou indicada uma relação entre essas variáveis. São eles: B1, B2, L11F, L12F, B6f, B7F, B8F, B9F, B10F, B11F, B12F, U3 e U4.

Os resultados foram inconclusivos para três deles, L5, L14F e B5F e somente para dois - L6, L13F - ficou indicada uma relação, positiva para o primeiro e inversa ou negativa para o segundo, L13F.

Combinados esse dados com o exame das relações entre o IS e o IR, a indicação é a de que, neste estudo, não ficaram consistentemente indicadas relações sistemáticas entre a avaliação que o cliente faz da qualidade da relação terapêutica e a sua avaliação do seu estado psicológico geral, nem entre ela e a utilização de fatores específicos captados pela GAS, e nem foi ela, a avaliação, aparentemente afetada pelo procedimento de coleta de medidas, de vez que para a maioria dos clientes a avaliação da qualidade da relação permanece nos níveis superiores e coletas de medidas foram feitas durante todas as 29 sessões.

Assim, a indicação é a de que os procedimentos do modelo de prática controlada que se testaram nesta tese, preservam a relação terapêutica, que parece responder a controles diferentes dos que este modelo estabelece.

⁴⁷ Tais como a utilização de técnicas derivadas da pesquisa formal, a prescrição de tarefas terapêuticas bem delimitadas e o foco do tratamento em problemáticas específicas.

4.1.4 – Ganhos terapêuticos medidos pelo IR

Dentre os três indicadores utilizados neste estudo, o estado psicológico geral ou o nível de perturbação psicológica medido pelo IR foi considerado neste estudo como o principal indicador de ganhos terapêuticos. A GAS mede resultados focados e estes podem evoluir positivamente sem implicar, necessariamente, uma melhoria no sentimento de bem-estar do cliente, como ficou indicado no estudo das relações entre os dados produzidos por estes dois instrumentos. Igualmente, a avaliação da relação terapêutica, nos aspectos medidos pelo IS, mostrou-se, neste estudo, desacoplada de ganhos no bem-estar psicológico.

Tabela 11 - Ganhos terapêuticos conforme medidos pelo IR

<u>PARTICIPANTE</u>	<u>GANHOS</u>	<u>SESSÃO</u>	<u>ESTABILIDADE</u>
L1	NÃO		
L2	SIM	3a	SIM – 3a
L3	SIM	4a	SIM – 7a
L4	NÃO		
R1	NÃO		
R2	SIM	5a	SIM – 8a
L5	NÃO		
L6	SIM	6a	SIM – 6a
B1	NÃO		
B2	NÃO		
L7F	NÃO		
L8F	SIM	2a	SIM – 2a
L9F	SIM	5a	
B3F	NÃO		
B4F	SIM	2a	SIM – 2a
L10F	SIM	5a	SIM – 5a
L11F	NÃO		
L12F	SIM	14a	
L13F	NÃO		
L14F	NÃO		
B5F	NÃO		
B6F	NÃO		
B7F	SIM	7a	SIM – 7a
B8F	SIM	3a	SIM – 18a
B9F	NÃO		
B10F	NÃO		
B11F	SIM	6a	
B12F	NÃO		
U1	SIM	2a	SIM – 2a
U2	NÃO		
U3	SIM	8a	SIM – 13a
U4	NÃO		
U5	NÃO		
U6	SIM	6a	SIM – 10a

Os dados para todos os clientes estão apresentados na Tabela 11. Foi considerado ganho terapêutico uma mudança de pelo menos um nível no último registro do IR, na direção do nível inferior para o superior, com relação ao nível de entrada, ou seja, ocorreu um *efeito*.

Na Tabela 11, a coluna PARTICIPANTE lista os códigos dos clientes; na coluna GANHOS está escrita a palavra SIM quando um ganho terapêutico foi registrado ao fim da 20a sessão ou da sessão na qual se interrompeu a coleta dos dados e a palavra NÃO na ausência desse efeito; a coluna SESSÃO informa em que sessão foi obtido o primeiro efeito, isto é, a primeira mudança de pelo um nível na direção desejada e a coluna ESTABILIDADE informa se o critério de estabilidade dos resultados – pelo menos três sessões consecutivas no mesmo nível, sendo este pelo menos um nível superior ao da entrada – foi atingido e em que sessão foi atingido.

Por este critério, somente 15 dos 34 clientes haviam obtido ganhos terapêuticos até a 20a sessão ou até a sessão na qual a coleta de dados foi interrompida. Desses, nove obtiveram ganhos terapêuticos até a quinta sessão, cinco até a décima e somente um após a décima sessão. Cinco atingiram o critério de estabilidade até a quinta sessão, cinco até a décima e dois após a décima sessão, ou seja, dos 15 clientes que apresentaram ganho terapêutico ao longo da intervenção, 12 mantiveram esse ganho e três não.

Considerados na sua expressão direta, esses resultados não divergem das estimativas apresentadas de Lambert e Archer (2006), discutidas à página 10 desta tese, se se considerar as estimativas mais conservadoras discutidas por este pesquisador na nota de rodapé 10, na mesma página, nem com relação ao número de clientes e nem com relação à velocidade em que se deu a melhora.

Não obstante, aceitar esses números pela sua validade de face pode não refletir com clareza a realidade clínica. Tanto a discussão particularizada da série temporal do IR para a cliente L7F, na qual a aparente tendência à piora correspondia, num sentido clínico, a uma melhora, quanto a discussão a respeito dos clientes B1 e B2 ilustram esse ponto.

4.3– Resultados selecionados

A apresentação e a discussão dos resultados ficaram restritas, até aqui, à exploração das séries temporais obtidas. No entanto, o uso mais útil dessas séries para o clínico de serviços não é a análise retrospectiva que se explorou até aqui, mas sim o seu uso como um recurso para dar ao

terapeuta um feedback imediato, continuado e empiricamente indexado do andamento da terapia na perspectiva do cliente. Para preencher esta lacuna, neste tópico será apresentado um resultado selecionado de análises e decisões clínicas fundamentadas em variações pontuais dessas séries. Será oferecido também a exploração de um resultado do uso do instrumental ASEBA® na avaliação pré e pós-tratamento e discutidos alguns cuidados interpretativos com relação a estes resultados.

Resultado selecionado 1 - Utilização das séries temporais de uma GAS como feedback em tempo real do andamento da intervenção na perspectiva do cliente.

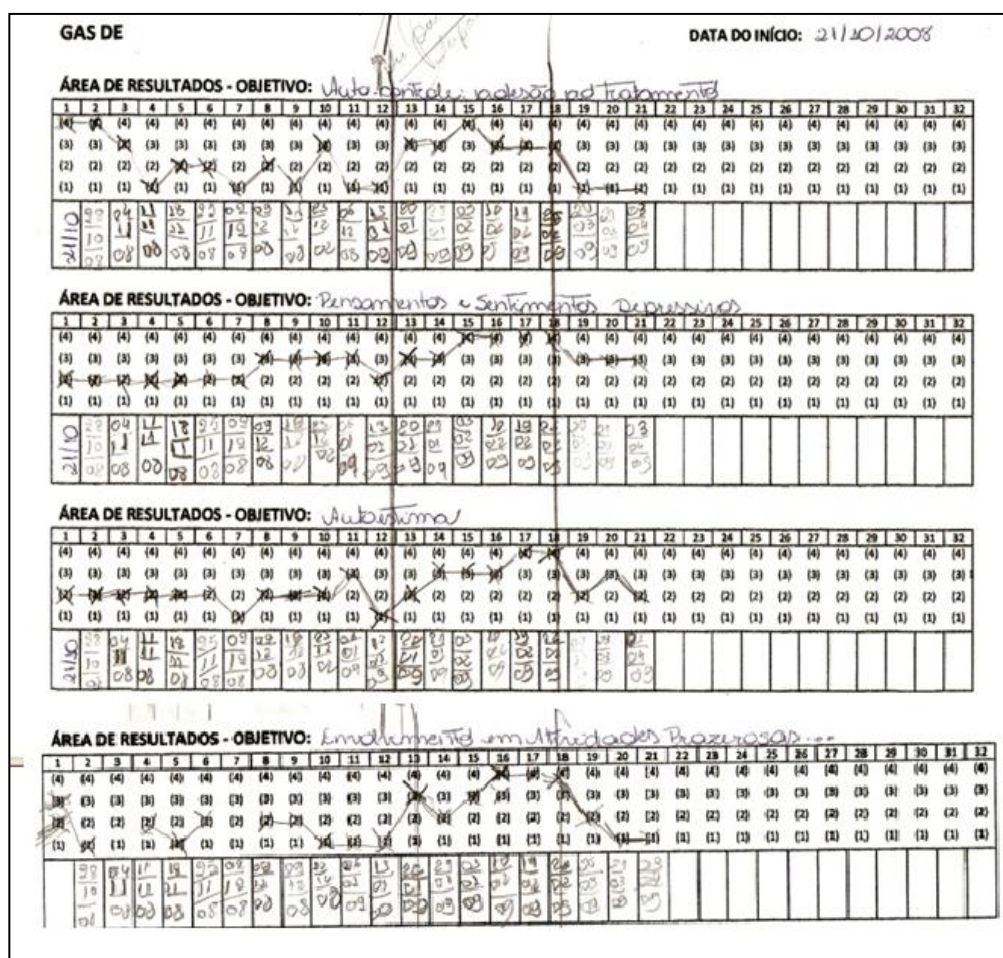


Figura 38 - Séries temporais dos quatro objetivos da GAS para o cliente L11F

As séries temporais apresentadas na Figura 38 exemplificam a possibilidade de se produzir, através de medidas continuadas, uma análise clínica pontual e empiricamente informada do andamento de um tratamento combinado, analítico-comportamental e farmacológico. Nela estão apresentadas as séries temporais para as quatro áreas de resultado da GAS construída para a

cliente L11F, cujos objetivos eram trabalhados no tempo estruturado: Autocontrole – Adesão ao tratamento, Pensamentos e sentimentos depressivos, Autoestima e Envolvimento em atividades prazerosas. A folha de acompanhamento apresentada nesta figura é um dos modelos iniciais, substituído pelo modelo atualizado apresentado na Figura 29.

Como descrito no tópico 3.4.2 na seção Método, a cliente avaliava o seu desempenho a cada sessão, a partir de uma GAS na qual as áreas de resultado e objetivos foram redigidos como mostra a Figura 39.

Nesta última semana...

ÁREAS DE RESULTADOS	OBJETIVOS
Autocontrole: adesão ao tratamento	<ol style="list-style-type: none"> 4. Consegui executar praticamente todas as tarefas terapêuticas recomendadas, tanto em quantidade e qualidade quanto em pontualidade 3. Consegui executar a maior parte tarefas terapêuticas recomendadas, tanto em quantidade e qualidade quanto em pontualidade 2. Consegui executar mais da metade tarefas terapêuticas recomendadas tanto, em quantidade e qualidade quanto em pontualidade 1. Consegui executar menos da metade tarefas terapêuticas recomendadas, tanto em quantidade e qualidade quanto em pontualidade
Pensamentos e sentimentos depressivos	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sinto-me melhor. Não avalio meus sentimentos como predominantemente negativos e tenho mais energia para sair e fazer as coisas 3. Sinto-me um pouco melhor quanto ao meu humor e as coisas não estão tão ruins quanto antes 2. Sinto aproximadamente o mesmo nível de depressão e infelicidade que sentia ao iniciar o tratamento 1. Sinto-me mais deprimida e infeliz do que quando iniciei o tratamento
Autoestima	<ol style="list-style-type: none"> 4. De maneira geral, me avaliei positivamente 3. Percebi em mim mais aspectos positivos do que negativos 2. Percebi em mim mais aspectos negativos do que positivos 1. Praticamente só percebi em mim aspectos negativos.
Envolvimento em atividades prazerosas e gratificantes	<ol style="list-style-type: none"> 4. Estou bastante envolvida em algumas coisas, o que me dá alguma alegria em viver 3. Sinto-me com mais direção e foco no que faço 2. Não estou fazendo nada diferente ou fazendo qualquer coisa diferente que eu goste, comparativamente ao o que fazia ao iniciar o tratamento 1. Estou como se estivesse paralisada. Não consigo engajar-me praticamente em nada

Figura 39 - Lista de áreas de resultados e objetivos da GAS para a cliente L11F

Na Figura 38 vê-se o período correspondente às sessões de 13 a 17 delimitado por duas linhas verticais. Na semana anterior à 13a sessão, conforme planejado em reunião clínica com a psiquiatria, a cliente havia iniciado o uso de mirtazapina, uma droga de ação antidepressiva e ansiolítica, pois embora a cliente já estivesse apresentando algumas respostas positivas somente com a intervenção analítico-comportamental⁴⁸ quanto ao controle dos seus frequentes episódios

⁴⁸ Antes de se iniciar o tratamento, a cliente foi informada pelo terapeuta das evidências de pesquisa sobre as conveniências de uma terapia combinada – analítico-comportamental e farmacológica – ou de uma ou outra

de ruminação (pensamentos e sentimentos depressivos), mantinha respostas insatisfatórias quanto à auto-avaliação (auto-estima), ao envolvimento em atividades prazerosas e à adesão ao tratamento. No caso da adesão ao tratamento, a principal tarefa no período seria a exposição aumentada a ambientes que foram historicamente reforçadores para a ela e um programa de ativação física.

Pensou-se que as três classes de respostas nas quais a cliente mantinha respostas insatisfatórias (auto-estima, envolvimento em atividades prazerosas e adesão ao tratamento) poderiam estar, pelo menos em parte, sob um único controle ou poderiam ser membros da mesma classe funcional, o que foi sugerido pelo curso análogo das três séries, grosso modo, no período entre a 1ª e 12ª sessões. Quanto à ruminação, pareceu razoável supor que a tendência da série temporal na direção desejável não se sustentaria ou teria sua velocidade retardada caso não ocorresse uma exposição concomitante a contingências positivamente reforçadoras. O raciocínio foi o de que os efeitos da droga no controle químico de algumas classes de respostas depressivas, como o sentimento de desânimo, por exemplo, poderiam se somar à estimulação da terapia, aumentando a probabilidade de que a cliente retomasse atividades anteriormente prazerosas e se engajasse num programa de ativação física.

Os registros correspondentes à 13ª sessão e imediatamente seguintes pareceram confirmar esta hipótese. No entanto, a tendência da curva reverteu-se a partir da 17ª sessão, favorecendo a hipótese de a melhoria apresentada nos indicadores da cliente a partir da 13ª sessão deveu-se principalmente à sua adesão às tarefas terapêuticas, pois a reversão na tendência das séries referentes às áreas de resultados “pensamentos e sentimentos depressivos”, “auto-estima” e “envolvimento em atividades prazerosas” foi precedida por uma queda em “adesão ao tratamento” (15ª semana, registrada na 16ª sessão). A deterioração do estado geral da cliente mesmo sendo mantida a terapia farmacológica levou o terapeuta e a cliente a se concentrarem na identificação das variáveis ambientais que facilitaram sua adesão ao tratamento comportamental no período considerado, com redução da ênfase na terapia farmacológica e, em conjunto com a psiquiatria, à mudança do fármaco anteriormente indicado. A súbita chamada da cliente para outra cidade a fim de tomar posse de um cargo ao qual havia concorrido, interrompeu o seu tratamento antes que os efeitos dessa mudança pudessem ser avaliados.

Resultado selecionado 2 – Utilização do instrumental ASEBA na avaliação corroborativa pré e pós dos resultados do tratamento.

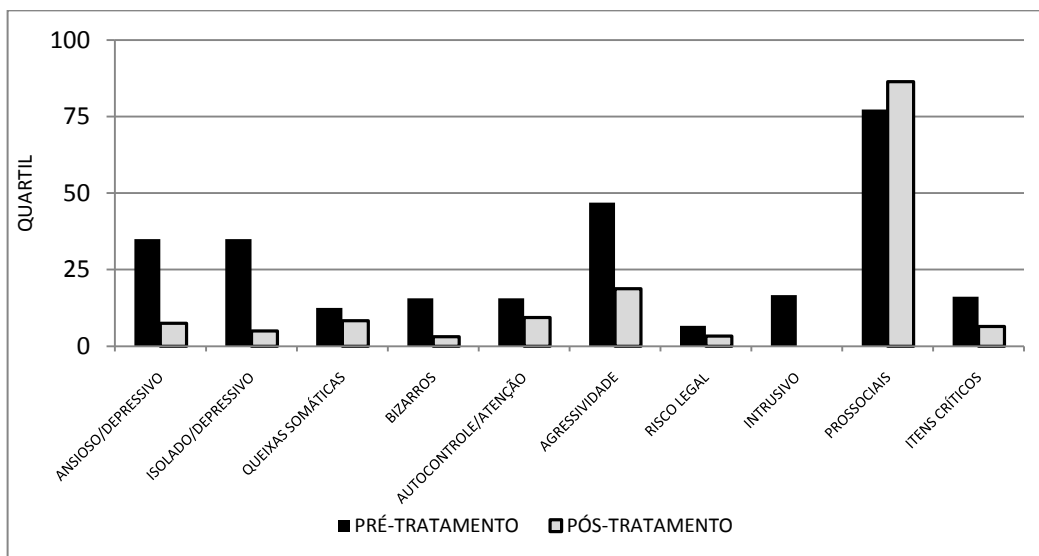


Figura 40 - Comparação do perfil ASEBA pré e pós-tratamento para o cliente L14F – Inventário de auto-aplicação

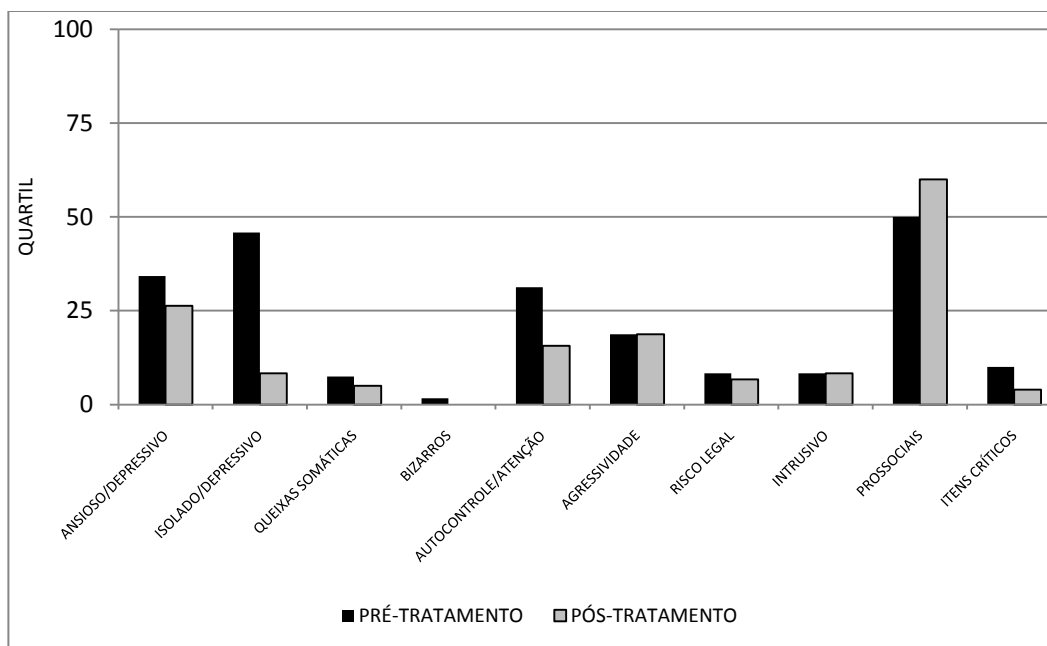


Figura 41 - Comparação do perfil ASEBA pré e pós-tratamento para o cliente L14F - Informantes

A Figura 40 mostra o perfil ASEBA pré e pós-tratamento para a cliente L14F obtido através das respostas ao questionário de auto-aplicação (ANEXO 1 A) e a Figura 41 o perfil ASEBA pré e pós-tratamento obtido através das respostas dos informantes (ANEXO 1B). Pelos dados dessas figuras, a amostra do repertório da cliente captado pelo ABCL mudou na direção de um repertório menos problemático. Os dados demonstram que, no relato do cliente, uma mudança de fato ocorreu e que esta mudança foi aparentemente discriminada pelos partícipes do seu ambiente social, ou seja, há uma corroboração social para o relato do cliente, o que lhe confere validade social. Como essa mudança está na mesma direção da mudança observada na série temporal do IR, é possível aceitar estes dados como indicativos de um resultado clínico final favorável.

Noutros casos, contudo, esta poderia ser uma interpretação precipitada, ocasionada pela natureza topográfica destes construtos. A adaptabilidade per se às contingências prevalentes num dado contexto não corresponde necessariamente a uma “melhora”, no sentido de facilitar à pessoa a obtenção de reforçamento positivo, com seus correlatos emocionais de bem-estar. Pode também indicar um refinamento do repertório de fuga-esquiva, neste caso afastando-se do bem estar psicológico ao invés de se aproximar dele. Noutro contexto, a elevação, e não o rebaixamento da agressividade, por exemplo, pode corresponder a um resultado intermediário clinicamente produtivo para o bem estar psicológico do cliente num prazo mais estendido como, por exemplo, num padrão de desamparo aprendido.

As figuras 42 e 43 mostram que durante o período da intervenção houve uma mudança de nível na direção desejável em todos os contextos sociais considerados e que este relato foi corroborado por partícipes do seu ambiente social. Esses gráficos evidenciam uma forte mudança

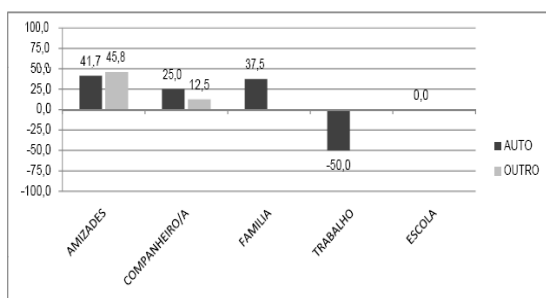


Figura 42 - Dimensões sociais pré-tratamento – Cliente L14F – Auto-aplicação (barras em negro) e Informantes (barras em cinza)

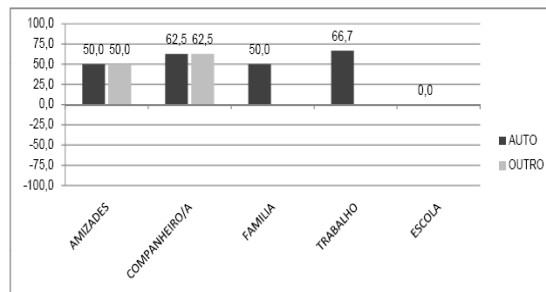


Figura 43 - Dimensões sociais pós-tratamento – Cliente L14 F - Auto-aplicação (barras em negro) e Informantes (barras em cinza)

no reforçamento positivo usufruído no contexto do trabalho.

Não é possível afirmar que sempre e em qualquer situação, uma vida social mais intensa e mais ampla seja desejável ou, particularizando, que aumentar a frequência de interações com amigos corresponderia necessariamente a um estado do bem-estar aumentado. Kilpatrick (2009) fundamenta-se em pesquisas empíricas para observar que interpretações de resultados de pesquisas que indicam um suporte social adequado como um preditor de saúde física e mental e de bem-estar ampliados partem do pressuposto de que o suporte social recebido é saudável, quando de fato ele pode ser prejudicial para o bem-estar da pessoa. Por exemplo, uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica tem uma probabilidade maior de sofrer uma crise vivendo com a família do que vivendo sozinha e grupos sociais de pares podem ter um efeito negativo em adolescentes do sexo feminino com problemas alimentares. Alguns grupos sociais podem ser insalubres por reforçarem comportamentos que são prejudiciais por si mesmos, como por exemplo, o uso de determinadas substâncias químicas ou comportamentos de risco, como corridas informais (“pegas”) em motos e carros. Em determinadas circunstâncias, mesmo uma rede social sadia pode ser prejudicial ao bem-estar do indivíduo. Pessoas portadoras de doenças crônicas ou desempregadas podem se sentir como um peso para suas famílias e o apoio irrestrito dela pode ampliar o seu sentimento de incapacidade e de menos-valia. De maneira semelhante, ofertas de apoio social nem sempre serão aceitas positivamente: a oferta de conselhos e apoio por parte de familiares e amigos, por exemplo, podem trazer mais mal do que bem para um indivíduo: algumas pessoas podem perceber a tentativa de apoio como invasiva ou humilhante.

Resumindo, numa compreensão mais abrangente das relações sociais ou do suporte social, os critérios para a interpretação de dados relacionados a estes construtos não podem se prender à topografia das relações sociais ou às contingências de reforçamento social prevalentes, que podem reforçar diferencialmente relações sociais intensas e ampliadas - mas precisam levar em conta a sua função na vida daquela pessoa em particular. Para uma interpretação clinicamente consistente, a história da pessoa com relação à sua exposição às contingências sociais, eventuais esquemas concorrentes, custo da resposta, contingências concorrentes e outras variáveis, tais como algumas das citadas por Kilpatrick (2009), precisarão também ser considerados nas suas inter-relações (Timberlake, 1993).

5 - Conclusões

Este pesquisador entende que, para os propósitos deste estudo, a demonstração mais forte dos seus resultados é a produção verbal que ele fez ao escrever a sessão de Resultados desta tese. Ao emitir esse comportamento sob controle dos indexadores empíricos produzidos através do arranjo metodológico que testa, ele forçosamente demonstra as possibilidades analíticas e interpretativas de uma prática controlada. Se a um leitor ou leitora, expondo-se ao mesmo conjunto estimulador, ocorrer uma análise ou uma interpretação alternativa àquela oferecida por este pesquisador, provavelmente terá ocorrido uma nova demonstração das possibilidades que aqui se estudaram.

Como qualquer produção de conhecimento indutivo, as análises *clínicas* que foram oferecidas á título de ilustração neste estudo só poderão adquirir confiabilidade com a aplicação repetida desta metodologia em diferentes contextos clínicos de serviço. Não se requer para elas o qualificativo de científicas.

O que se defende nesta tese, e o que se julga haver demonstrado, é que através deste modelo de prática controlada o clínico de serviços disporá de um conjunto sistematizado e documentado de estímulos públicos empiricamente indexados para controlar a sua produção verbal sobre as suas ações profissionais e também para controlar, pelo menos parcialmente, a produção verbal do seu grupo clínico e da comunidade profissional mais ampla, durante sessões de supervisão ou revisão clínica ou quando da apresentação e discussão pública dos seus trabalhos. Deliberadamente, este modelo é um esforço calcado nas práticas sistematizadas do cientista natural: o cientista manipula a natureza de uma maneira específica e registra (documenta) os resultados desta manipulação (descrições verbais, números, gráficos, etc.). Sob controle pelo menos parcial destes registros, produz suas asserções e as expõem aos membros da sua comunidade (publica, apresenta trabalhos em congressos, etc.), em conjunto com os registros que supostamente as controlaram e oferece uma descrição formal de como estes registros foram obtidos (métodos, procedimentos, natureza das medidas, etc.). A comunidade responde a esta estimulação e produz outras asserções que, uma vez produzidas, tornam-se objetos no mundo que podem controlar asserções subseqüentes do próprio cientista ou dos seus pares, permanecendo estas produções verbais o mais possível sob o controle da estimulação pública dos registros e dos processos utilizados para obtê-los.

Neste modelo, a ênfase na relevância clínica e na validação social dada através do instrumental utilizado e da maneira da utilização deste instrumental - formulação do plano da intervenção através do instrumental ASEBA[®] respondido também por outros significativos e do DAC, elaboração da GAS com a participação ativa e preferencial do cliente, feedback em tempo real do cliente e de outros significativos da evolução da terapia - representam um esforço na direção de aumentar a probabilidade desse resultado ao mesmo tempo em que ancora todo ele no propósito de manter o cliente como o foco da atenção e da ação profissional.

Tanto a natureza das principais medidas utilizadas (escalas nominais e ordinais) quanto o caráter naturalista deste estudo tornam questionáveis os seus achados, mas defende-se que não comprometem o seu propósito principal, tal como expresso nos Objetivos.

Embora tenha sido formulado e explorado a partir de uma perspectiva analítico-comportamental, este pesquisador entende que a metodologia estudada pode ter a mesma utilidade em qualquer terapia de orientação diferenciada que aceite a produção de medidas como algo factível e relevante para o aperfeiçoamento da sua prática profissional. As linhas de pesquisa de processo também poderiam se beneficiar desta metodologia, produzindo, segundo os seus próprios interesses e orientações teóricas, indexadores empíricos que possam substanciar as suas proposições e a necessária interlocução e crítica com seus pares.

Para que possa, no entanto, transformar-se numa ferramenta clínica mais útil, existe ainda muito trabalho por fazer. As relações entre as séries temporais que ficaram indicadas neste estudo precisam ser examinadas num contexto formal de pesquisa para que se possa avançar na sua comprovação ou refutação, tarefa para a qual este mesmo pesquisador tem um projeto em andamento.

A GAS já demonstrou ser um instrumento de grande potencial na saúde mental e esforços no sentido de refinar a sua capacidade de descrever e medir eventos clínicos de interesse bem como em produzir medidas idemnóticas serão provavelmente compensadores. Por outro lado, o desenvolvimento de instrumentos de mensuração mais sofisticados para a relação terapêutica e para estimativas de ganhos terapêuticos é uma tarefa necessária, tendo em vista a natureza nominal das escalas dos instrumentos aqui utilizados. Entretanto, se se pretender destiná-los à clínica de serviços, será preciso manter as características de rápida e fácil aplicação e processamento que o IR e o IS alcançaram.

6 - Aspectos e considerações éticas

Este estudo aderiu às disposições do Código de Ética do Psicólogo e demais dispositivos legais pertinentes. Os clientes cujos dados foram utilizados nesta tese deram o seu consentimento explícito e a sua privacidade e identidade foram preservadas.

Referências⁴⁹

- Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., & Stanger, C. (1998). Six-year predictors of problems in a national sample: IV. Young adult signs of disturbance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 718-727
- Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L., & Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361-382.
- Akobeng, A.K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood*; 90, 837-840. Recuperado em 26 de fevereiro, 2009, de <http://adc.bmj.com/cgi/content/full/90/8/837> 14/02/2009
- Al-Hindawe, J. (2009). *Considerations when constructing a semantic differential scale*. Recuperado em 8 de agosto, 2009, de [Hindawehttp://www.latrobe.edu.au/linguistics/LaTrobePapersinLinguistics/ Vol%2009/03AlHindawe.pdf](http://www.latrobe.edu.au/linguistics/LaTrobePapersinLinguistics/Vol%2009/03AlHindawe.pdf)
- American Psychiatric Association. (2004a). *DSM-IV–TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4a ed.). Porto Alegre: Artemed.
- American Psychiatric Association. (2004b). *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artemed.
- American Psychological Association (2005). *Presidential Task force on Evidence-Based Practice*. Recuperado em 20 de fevereiro, 2009, de <http://www.apa.org/practice/ebstatement.pdf>
- Andronis, P.T. (2004). *The Blue Books: Goldiamond and Thompson's Functional Analysis of Behavior*. Cambridge, MS: The Cambridge Center for Behavioral Studies.
- Bacci, A. V. (2004). *Comparação da escala CR10 de Borg com a Escala Analógica Visual (VAS) na avaliação da dor em pacientes com Disfunções Temporomandibulares*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP.

⁴⁹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Baer, D. (1977). Perhaps it would be better not to know everything. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 167-172.
- Baer, D. M.; Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baer, D. M.; Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 209 (4), 313-327.
- Barlow, D. H (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. (1979). *Taxonomy of educational objectives - the classification of educational goals handbook I: cognitive domain*. London: Longman Group.
- Bosch, S. & Fuqua, R. W. (2001). Behavioral cusps: a model for selecting target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34 (1), 123-125.
- Braam, C. e Malott, R. (1990). "I'll do it When the Snow Melts": The effects of Deadlines and Delayed Outcomes on Rule-governed Behavior in Preschool Children, *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 67-76.
- Braga, G. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 307-314.
- Braude, H. D. (2009). Clinical intuition versus statistics: different modes of tacit knowledge in clinical epidemiology and evidence-based medicine. *Theoretical Medicine and Biothechnology*, 30, 181-198. Publicado online a 23 June 2009 por Springer Science. Recuperado em 29 de julho, 2009.
- Brokensha, G. (2009). Clinical intuition: more than rational? *Australian Prescriber*. Recuperado em 29 de julho, 2009, de <http://www.australianprescriber.com/magazine/25/1/14/5/>
- Brunton, L.L.; Lazo, J.S.; Parker, K.L. (2007). *Goodman & Gilman: as Bases Farmacológicas da Terapêutica* (11a ed.). São Paulo: McGraw-Hill/Tecmedd

Bunge, M. (1985). *Seudociencia e ideologia*. Madrid: Alianza.

Bureau International des Poids et Mesures (2009). Recuperado em 3 de junho, 2009, de <http://www.bipm.org/en/home/>

Burlingame, G. M.; Gawain, W.; Lambert, M. J. & Cox, J. C. (2004). Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). IN Maruish, M. E. (Ed.). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, (pp. 235-275). vol. 2 (3a ed.). Florence (KE): Routledge. Recuperado em 6 de agosto, 2009, de <http://books.google.com.br>

Bussi eres, J. & Ferreira, E. (2001). Deux outils dont vous aurez besoin de toute  vidence. *Québec Pharmacie*, 48 (6), 495-497

Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.

Carr, E.G. (1994). Emerging themes in the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 393-399.

Carter, J. A. (2006). Theoretical pluralism and technical eclecticism. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg, R. J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 63-79). Washington, DC: American Psychological Association.

Catania, A. C.; Matthews, B. e Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248.

Catania, A. C. (1989). Selections, intentions, intuitions, and chaos: some capsule reviews. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 52, 77-79.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cogni o*. 4 e. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chiesa, M. (1994). *Radical Behaviorism: The Philosophy and the Science*. (Tradu o para o português de Carlos Eduardo Cameschi: Behaviorismo Radical: a filosofia e a ciência.). Cambridge: Cambridge Center for Behavioral Studies.

- Clark, C. M. (2009). *Relations between social support and physical health*. Rochester Institute of Technology. Recuperado em 06 de julho, 2009, de <http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>
- Cohen, A. M. & Hersh, W. R. (2004). Criticisms of Evidence-Based Medicine. *Evidence-based Cardiovascular Medicine*, 8, 197–198.
- Colom, F. & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Cone, J. D. (1997). Issues in functional analysis in behavioral assessment. *Behavior Research and Therapy*, 35 (3), 259-275.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Ano da Psicoterapia: Textos Geradores*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 15 de outubro, 2009, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/livro_psicoterapia.pdf
- Cork, R. C., Isaac, I., Elsharydah, A., Saleemi, S., Zavisca, F. & Alexander, L. (2004): A comparison of the verbal rating scale and the visual analog scale for pain assessment . *The Internet Journal of Anesthesiology*, 8, (1), Recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ija/vol8n1/vrs.xml> 08/02/2009
- Critchfield. T. S. (1999). An unexpected effect of recording frequency in reactive self-monitoring. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32 (3), 389–391.
- De Domenico, E. B. & Ide, C. A. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(1), 115-118. Recuperado em 24 de fevereiro de 2009 de www.eerp.usp.br/rlaenf
- Del Prette, Z. A. & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), p. 497-505.
- Del-Prette, G., Silveiras, E. F. & Meyer, S. B. (2005). Validade interna em 20 estudos de caso comportamentais brasileiros sobre terapia infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VII (1), 93-106.

- Dinsmoor, J. A. (1985). The role of observing and attention in establishing stimuli control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43, 365-381.
- Drexel University (2007). *On reaching yours goals*. Recuperado em 9 de Junho, 2007, de <http://www.drexel.edu/dlc>.
- Druss, R. (2005). Evidence based medicine: does it make a difference? Use wisely. *British Medical Journal*, 330, 92-95.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. et. al. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 1, 3-12.
- Duncan, B. L.; Sparks, J. A.; Miller, S. D.; Bohanske, R. T. & Claud, D. A (2006). Giving youth a voice: a preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children, adolescents, and caretakers. *Journal of Brief Therapy*, 5 (2), 71-87.
- Enéas, M. L. (2007). Pesquisas em Psicoterapia: Seções Especiais de Periódico (1995 a 2005). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 333-340.
- Fawcet, S. B. (1991). Social validity: a note on methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 249 (2), 235-239.
- Ferreira, M. C. (1994). *Dicionário de afixos grego-latinos*. São Paulo: Edicon.
- Ferster, C. B. (1972). An Experimental Analysis of Clinical Phenomena. *The Psychological Record*, 22, 1-16
- Figueiredo, R. R., Azevedo, A. A. & Oliveira, P. M. (2009). Análise da correlação entre a escala visual-análoga e o Tinnitus Handicap Inventory na avaliação de pacientes com zumbido. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. [online], 75 (1), 76-79.
- Filippin L. I. & Wagner, M. B. (2008). Fisioterapia baseada em evidência: um a nova perspectiva. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (5), 432-433.

- Fixsen, D. L., Phillips, E. L & Wolf, M. M. (1972). Achievement place: the reliability of self-reporting and peer-reporting and their effects on behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5 (1), 19-30.
- Fonseca, A. (2000). *Interações medicamentosas*. Rio de Janeiro: Epuc.
- Freire da Silva, J. B. & Barros, R. M. (2000). Análise quantitativa e qualitativa dos sintomas de antecipação nas ações motoras de crianças. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (2), 19-24.
- Freud, S. (1981). La iniciación del tratamiento. In: *Obras Completas*. Tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Galizio, M. (1979). Contingency-shaped and rule-governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 53-70.
- Garett, H. (1962). *A estatística na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura
- Goodheart, C. D. (2006). Evidence, endeavor and expertise in psychology practice. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg,R.J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 37-61). Washington (DC): American Psychological Association.
- Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. (2006). Introduction. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg,R.J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 3-10). Washington (DC): American Psychological Association.
- Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg,R.J. (2006). *Evidence-based psychotherapy*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Gorestein, C. e Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5). Recuperado em 26 de outubro, 2005, de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>.
- Grant, S., Aitchison, T., Henderson, E., Christie, J., Zare, S., McMurray, J. & Dargie, H. (1999). A comparison of the reproducibility and the sensitivity to change of visual analogue scales, Borg scales, and Likert scales in normal subjects during submaximal exercise. *Chest*,

116;1208-1217. Recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de <http://www.chestjournal.org/content/116/5/1208.full.html>

Gravetter, F. J. & Forzano, L. B. (2008). *Research methods for the behavioral sciences*. Belmont (CA): Wadsworth-Cengage Learning.

Gray, G. E. & Pinson, L. A. (2003). Evidence-based medicine and psychiatric practice. *Psychiatric Quarterly*, 74, 4, 387-399.

Greenhalgh, T. (2002). Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *British Journal of General Practice*, 52, 395-400. Recuperado em 29 de julho, 2009, de <http://www.ingentaconnect.com/content/rcgp/bjgp/2002/00000052/00000478/art0001>

Hanley, G. P., Iwata, B. e McCord, B. E. (2003). Functional Analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147–185

Hannley, M. & Witsell, D. L. (2009). Evidence-Based Medicine: What It Means to the Academy. *American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. Recuperado em 15 de fevereiro, 2009, de <http://www.entnet.org/Practice/evidenceBasedMedicineEdit.cfm>.

Hayes, S. C., Rincover, A. & Solnick, J. V. (1980). The technical drift of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 275-285.

Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slad, K. L., & Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research* 14(3), 308–327.

Herbert, J. D., Neeren, A. M. & Lowe, M. R. (2007). Clinical intuition and scientific evidence: what is their role in treating eating disorders. *The Renfrew Perspective*, Winter, 15-17.

Hermolin, M.K., Rangé, B.P. & Porto, P.R. (2000). Uma proposta de tratamento em grupo para a depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2 (2), 171-180.

Hersen, M. & Barlow, D. (1976). *Single Case Experimental Designs*. New York: Pergamon Press.

- Hayes, S.C., Barlow, D.H. & Nelson-Gray, R.O. (1999). *The scientist practitioner*. (2a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Heise, D. R. (1970). The Semantic Differential and Attitude research. IN Summers, G. F. *Attitude Measurement* (pp. 235-253). Chicago: Rand McNally.
- Herbert, J. D. ; Lilienfeld, S.O.; Lohr, J. M.; Montgomery, R. W.; O'Donohue, W. T.; Rosen, G. M. & Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 945-917.
- Huppert, J. D., Fabbro, A. & Barlow, D. H. (2006). Evidence-based practice and psychological treatments. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg,R.J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp.131-152). Washington (DC): American Psychological Association.
- Huskisson, E. C., Jones, J. & Scott, J. (1976). Application of visual-analogue scales to the measurement of functional capacity. *Rheumatology and Rehabilitation*, 15(3), 185-1877. Recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/968347?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.P>
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy of Sciences. Washington, DC: Author.
- Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (1993a). *Strategies and tactics of behavioral research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (1993b). *Readings for Strategies and Tactics of Behavioral Research*. (2a ed.). New York: Psychology Press.
- Jung, S. I. (2006). *Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica em um serviço de atendimento de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Kaplan, H.I., Sadock, B. J. e Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas

- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2006). Assessment and Evaluation in clinical practice. Em Goodheart, Kazdin & Stenberg (orgs). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 153-177). Washington (DC): American Psychological Association.
- Keefe, F. J., Kopel, S. A. & Gordon, S. B. (1980). *Manual prático de avaliação comportamental*. São Paulo: Manole.
- Kerbauy, R. R. (2002). Aprendendo a discriminar os sinais de manipulação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, (1), 13-20.
- Kilpatrick, S. M. (2009). *The unraveling tie that binds*. Rochester Institute of Technology. Recuperado em 06 de julho, 2009, de <http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: Esetec.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, & S.L., Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lambert, M. J. & Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg,R.J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 111-130). Washington (DC): American Psychological Association.
- Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica
Carolina Lampreia. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 57-65.
- Leon, S.C., Martinovich, Z., Lutz, W. & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 417-426
- Lowenkron, B. (1998). Some logical functions of Joint Control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 69, 327-354.

- Luce, R. D. & Narens, L. (1987). Measurement scales on the Continuum. *Science*, 236, 1527-1532.
- Lukies, R. (2006). *Coming to grips with community capacity: using Goal Attainment Scaling as a measure for Local Area Plans*. Recuperado em 9 de junho de 2007, de http://www.regional.org.au/au/apen/2006/refereed/5/3068_lukiesr.htm.
- Luna, S. V. (1997). O terapeuta é um cientista? IN Banaco, R. A. (org.) *Sobre comportamento e cognição*. Vol. 1. (pp. 305-313) Santo André: ARBytes.
- Mace, F. C. & Kratochwill, T. R. (1986). The individual subject in behavior analysis research. In Valsiner, J. (Ed) *The Individual subject and scientific psychology*. (pp. 153-180). New York: Springer.
- Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria clínica*, 20 (3), 205-212.
- Mager, R. F. (1976). *O planejamento do ensino profissional*. Porto Alegre: Globo.
- Marshall, G. (1998). *A Dictionary of Sociology*. Recuperado em 8 de agosto, 2009, de <http://www.encyclopedia.com/doc/1O88-semanticdifferential.htm>
- Martell, C.R.; Addis, M.E. & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: Norton.
- Matos, M. A. & Tomanari, G.Y. (2002). *Análise do Comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole.
- Matyas, T.A. & Greenwood, K. M. (1990). Visual analysis of single-case time series: effects of variability, serial dependence, and magnitude of intervention effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 341-351.
- McGrath P.A., Seifert, C.E., Speechley, K.N., Booth, J.C., Stitt ,L. & Gibson, M. C. (1996). A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*, 64 (3):435-443.

- Meyer, S. B. (2009). *Análise de 'solicitação de informação' e 'recomendação' em banco de dados de terapias comportamentais*. Tese de livre docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Meyer, S. B.; Oshiro, C.; Donadone, J. C.; Mayer, R. C. & Starling, R. R. (2008). Subsídios da obra "Comportamento Verbal" de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva*, 10 (1), 105-118.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento*. Brasília, DF: Coordenada.
- Michael, J. (1974). Statistical inference for individual organism research: mixed blessing or curse? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 647-653.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Jacqueline A. Sparks, J. A. & Claud, D. A. (2003). The outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2), 91-100. Recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:IvWXBw_8AU0J:www.talkingcure
- Miller, S. D.; Duncan, B. L.; Brown, J.; Sorell, R. & Chalk, M. B. (2006). Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5-22.
- Miller, W. R., Zweben, J. & Johnson, W. R. (2005). Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 267– 276.
- Miltenberger, R. G. (2000). *Behavior Modification: principles and procedures*. (2a ed.). Belmont, CA: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Missouri Department of Health (2005). *Social support and health-related quality of life among older adults - Missouri, 2000*. Recuperado em 4 de agosto, 2009, de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5417a4.htm>
- Narens, L. (2002). A meaningful justification for the representational Theory of Measurement. *Journal of Mathematical Psychology* 46, 746–768.

- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: condicionantes históricos, status contemporâneo e in(compatibilidade) com a terapia Analítico-Comportamental*. Tese de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Nevin, J. A. (1974). Response strength in multiple schedules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 21, 389-408.
- Nôvo Michaelis (1971). *Inglês-Português*. Vol.1 (10a ed.). São Paulo: Edições Melhoramentos.
- O'Donohue, W. & Ferguson, K.E. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), 335-350.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Öst, L. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 777-790.
- (The) Oxford Illustrated Dictionary (1978). (4a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Pallsano, R.J. (1993). Validity of Goal Attainment Scaling in Infants with Motor Delays. *Physical Therapy*, 73 (10), 651-660.
- Perone, M. (1991). Experimental design in the analysis of free-operant behavior. Em Iverson & Lattal (eds.). *Research methods in applied behavior analysis: issues and advances* (pp. 157-186). New York: Plenum Press.
- Petermann, F. & Müller, J. (2001). *Clinical Psychology and Single-Case Evidence*. Chichester,EN: John Wiley & Sons.
- Poling, A., Schlinger, H., Starin, S. & Blakely, E. (1990). *Psychology – A behavioral overview*. New York: Plenum Press.
- Poling, A., Methot, L.L. & Lesage, M.G. (1995). *Fundamentals of behavior analytic research*. New York: Plenum Press.

- Popper, K. (1965). *Conjecture and refutations: the growth of scientific knowledge*. New York: Basic Books.
- Prado, O. Z. & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 247-257.
- Ramalho, O. A. (2006). Medir, avaliar, decidir. Em Starling, R. R. e Carvalho, K. A. (org). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar*. Vol. 5. (pp. 125-140). Santo André: Esetec.
- Reed, G. M. & Eisman, E. J. (2006). Uses and misuses of evidence: managed care, treatment guidelines, and outcomes measurement in professional practice. IN Goodheart, C.D., Kazdin, A.E. & Stenberg, R.J. (eds.). *Evidence-based psychotherapy*. (pp. 13-35). Washington (DC): American Psychological Association.
- Richards, D. (2008). Reflecting the evidence (Editorial). *Evidence-Based Dentistry*, 9, 98. Recuperado em 24 de fevereiro, 2009, de www.theannals.com.
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1983). *Terapia Comportamental*. (2a. ed.). São Paulo: Manole.
- Rosales-Ruiz, J. & Baer, D. (1997). Behavioral cusps: a developmental and pragmatic concept for behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30 (3), 533-544.
- Runes, D. D. (1942/1983). *The dictionary of philosophy*. New York: Philosophical Library. Recuperado em 12 de junho, 2008, de <http://www.ditext.com/runes/index.html>
- Segool, N. K., Brinkman, T. M. & Carlson, J. S. (2007). Enhancing accountability in behavioral consultation through the use of single-case designs. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3, 310-321.
- Seligman, M. P. (1995). The effectiveness of Psychotherapy – the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, (12), 965-974.
- Shull, R. L. (1995). Interpreting cognitive phenomena: review of Donahoe and Palmer's learning and complex behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 63, 347-358

- Schlosser, R.W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: a critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217–239.
- Scott . P.J. & Huskisson, E. C. (1977). Measurement of functional capacity with visual analogue scales. *Rheumatology and Rehabilitation*, 16 (4), 257-259, recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&Ter>
- Sidman, M. (1960/1988). *Tactics of scientific research*. Boston: Authors Cooperative.
- Shields, B.J., Cohen, D.M., Harbeck-Weber, C., Powers, J.D. & Smith, G.A. (2003). Pediatric pain measurement using a visual analogue scale: a comparison of two teaching methods. *Clinical Pediatric (Phila)*, 42 (3), 227-234. Recuperado em 8 de fevereiro, 2009, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12739921>
- Siegel, S. (1975). *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Simonassi, L. E., Tourinho, E. Z. & Vasconcelos Silva, A. (2004). Comportamento privado: acessibilidade e relação com comportamento público. *Psicologia; Reflexão e Crítica*, 14 (1), 133-142.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. (An operant analysis of problem solving, p. 133-171). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (2004). Psychology in the year 2000. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 81, 207-213.
- Souza, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias: possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 3, 373-382.

- Starling, R. R. (1995). *Um catálogo do comportamento verbal de pacientes pós-cirúrgicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Starling, R. R. (2001a). Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos. Em Guilhardi, Madi, Queiroz e Scoz. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. Vol. 8 (p. 262-296). Santo André: Esetec.
- Starling, R. R. (2001b). Breves considerações sobre ciência, teoria e fenômenos. Boletim da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina do Comportamento (ABPMC), *Contexto*, 23, p. 4-5.
- Starling, R. R. (2002). Formação de terapeutas analítico-comportamentais: colocando o modelo sob as contingências do modelado. Em Teixeira, A.S, Sénéchal-Machado, A.M., Castro, N.S. e Cirino, S.S. (org) *Ciência do Comportamento*, conhecer e avançar. Vol 2. (pp. 1-37). Santo André: Esetec.
- Starling, R. R. (2004). Produção de Conhecimento e ciência natural – tudo que é sólido pode se desmanchar no ar. In Brandão, M. Z. & cols. (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*. V. 14, (84-119). Santo André: Esetec.
- Starling, R. R. (2006). Lista de desempenhos: um possível primeiro passo para uma sistematização do ensino da Análise do Comportamento na graduação. Em Guilhardi & Aguirre (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Vol. 18. (pp. 382-400). Santo André: Esetec.
- Starling, R. R. (2008). *Produção de evidências públicas em intervenções clínicas analítico-comportamentais: necessidade, dificuldades e possibilidades*. Palestra apresentada à IX Jornada Mineira de Ciência do Comportamento. Belo Horizonte, MG.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa – Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. São Paulo: Artmed.
- Strong, W. B., Malina, R. M. & Blimkie, C. J. R. (2005). Evidence Based Physical Activity for School-Age Youth. *Journal of Pediatrics*, 146, 732 – 737.

- Sturmev, P. (1996). *Functional Analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sturmev, P. (2007). *Functional analysis in clinical treatment*. New York: Elsevier
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-24.
- Teixeira, A. S. (2006). *Análise de contingência em programação de ensino infantil – liberdade e efetividade na educação*. Santo André: Esetec.
- Timberlake, W. (1993). Behavior systems and reinforcement: An integrative approach. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 60, 105-128.
- Torgrud, L. e Holborn, S. (1990). The effects of verbal performance descriptions on nonverbal operant responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54, 273-291.
- Tourinho, E. Z., Cavalcante, S. N., Brandão, G. G. & Maciel, J. M. (2001). Internalismo e externalismo na literatura sobre a eficácia e a efetividade da psicoterapia. Em Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P. & Scoz, M. C. (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição - Volume 7* (pp.234-256). Santo André: ESETec.
- Trochim, W. M. (2006). *General issues in scaling*. Recuperado em 26 de julho, 2009, de <http://www.socialresearchmethods.net/kb/scalgen.htm>
- Uebersax JS. (2006). Likert scales: dispelling the confusion. *Statistical Methods for Rater Agreement* website. Recuperado em 4 de agosto, 2004, de <http://johnuebersax.com/stat/likert.htm>.
- Vargas, J. S. (1974). *Formular objetivos comportamentais úteis*. São Paulo, EPU.
- Yano, Y. (2003). Tratamento padronizado e individualizado no transtorno do pânico. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- West, R. P. & Hamerlynck, L.A. (1992). *Designs for Excellence in Education: The Legacy of B. F. Skinner*. Boston: Sopsis West.

- Wewers M.E. & Lowe N.K. (1990) A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health*, 13, 227-236.
- White, O. R. (2001). *Vaganotics and Idemnotics measures*. Recuperado em 24 de maio, 2009, de http://courses.washington.edu/edspe511/Downloads/Vagonotic_Idemnotic_Meas.pdf
- Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 203-214.
- Zamignani, D. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE 1 - Documentação e avaliação clínica (DAC)

1. DADOS GERAIS

Nome: _____ Data: ___/___/___

Endereço:

Av./Rua/Pç., no., apto., complemento, bairro, cidade, CEP

Idade: _____ (anos) _____ (meses)

Escolaridade:

Profissão: _____

Ocupação: _____

Números de telefone: – Dia:

Noite:

Outro:

Cel:

Contato de urgência (fone, nome, relação):

Email:

Aceita comunicação por email? () Sim () Não

Restrições ou preferências de comunicação?

Por quem ou como foi indicado?

2. DADOS CLÍNICOS

Data entrevista inicial: ___/___/___

2.1 Queixas (Obtenha a descrição das queixas do cliente nas palavras dele – se criança ou gravemente perturbado: obter descrições de própria voz também do responsável).

2.2..Instalação (quando, como, onde, eventos distais)

2.3. Curso (melhoras ou piores ao longo da evolução – situações/ eventos especiais?)

2.4. O que faz piorar (quando piora)? O que faz melhorar (quando melhora)?

2.5. Há alguma hora, lugar ou situação nas quais os problemas não ocorram?

2.6. Alguma vez você já teve domínio sobre este problema? Em que circunstância? Você tem alguma idéia de como este controle foi possível?

2.7. A que causas você atribui o problema?

2.8. A que causas seus familiares atribuem o problema?

2.9. Grau em que o cliente acredita ser capaz de lidar eficazmente com o problema:

_____ Incapaz _____ Pouco capaz _____ Moderadamente capaz _____ Capaz

2.10. Déficits funcionais que o problema ocasiona (social, ocupacional, interpessoal, afetivos).

2.11. Estratégias utilizadas pelo cliente para resolver / manejar o problema

2.12. Estratégias utilizadas pela família para resolver/ manejar o problema

2.13. Genética – Alguém de sua família já teve algo parecido com o que você sente? Parentes em primeiro grau – pai, mãe, avó/ô, tio/a, irmão, irmã).

2.14. O que o levou a procurar este tratamento agora, neste momento da sua vida?

2.15. O que você perde em função do seu problema? Que coisas boas para você deixam de acontecer?

2.16. Você já ganhou alguma vantagem em função deste seu problema (atenção especial, ser poupado de alguma atividade ou tarefa, etc.)?

2.17. Neste momento, em especial, seus problemas estão atrapalhando algo que você deseja obter?

2.18. Quando você considera os seus problemas, o que você sente (sentimentos / emoções)?

2.19. Tratamentos anteriores (duração, abordagem, eficácia)

Formais: ____ Terapia psicológica ____ Terapia farmacológica ____ Internações

O que ficou faltando para um melhor resultado?

2.20. Informais / alternativos

O que ficou faltando para um melhor resultado?

3. INTERCORRÊNCIAS BIOMÉDICAS/ SAÚDE BIOLÓGICA

3.1. Já teve (tem) doença que exigiu (exige) tratamento médico prolongado (internação hospitalar por mais de uma semana ou tratamento continuado por tempo igual ou superior a seis meses)?

A doença alterou (altera) o funcionamento normal (déficits funcionais)?

Duração do tratamento, resultados finais ou parciais, médico (especialidade, meio de contato).

3.2. Medicação para problemas médicos e/ou psiquiátricos (uso atual e/ou nos últimos 12 meses)

Medicação prescrita (medicamento, dosagem, regime, tempo de uso)

Automedicação / Alternativos

3.3. Acidentes (descrição sumária, idade, déficits funcionais, seqüelas, impacto psicossocial)

3.4. Dieta (restrições, particularidades)

3.5. Saúde biológica:

Durante a infância	Ruim	Boa	Excelente
Adolescência	Ruim	Boa	Excelente
Atual	Ruim	Boa	Excelente

Relacione as doenças que já sofreu especificando a idade:

3.6. Qual o seu peso: Altura: IMC (calcular): _____

3.5. Grandes funções fisiológicas (sono, alimentação, sexualidade), órgãos dos sentidos.

Sono: Horários, número de horas que dorme, perturbações ou distúrbios do sono.

3.6 Evacuação e urina (freqüência, distúrbios)

3.7 Alimentação: hábitos, dieta, extraordinários, etc.

Saúde bucal:

3.8. Uso de substâncias: tipo, frequência, quantidade, etc.

3.9. Visão, Audição, Olfato, Paladar: distúrbios, próteses, etc.

3.10. Nível de atividade física: (descreva se ativo ou muito ativo)

Nos últimos seis meses: ____ Sedentário ____ Ativo ____ Muito ativo

Ao longo da sua vida até seis meses atrás: ____ Sedentário ____ Ativo ____ Muito ativo

Atividades físicas favoritas (frequência de prática):

Passadas:

Atuais:

3.11. Vida sexual.

4. METAS, MOTIVAÇÃO, SUPORTE, REFORÇADORES.

4.1. Supondo que você obtenha deste tratamento tudo que espera ou deseja, qual seria o resultado para você? O que você faria que não está fazendo agora?

O que você NÃO faria que está fazendo agora?

4.2. O que você gostaria que permanecesse como está agora?

4.3. Suporte social: Tendo em vista suas metas acima, que habilidades, recursos, apoio familiar e/ou social você tem que acredita que possam ajudá-lo a conseguir seus objetivos?

Que outras pessoas estariam genuinamente interessadas na sua melhora?

Que pessoas você pensa que se incomodariam com sua melhora?

Existe alguma coisa em você que você gostaria de mudar porque incomoda outras pessoas que são importantes para você? Que pessoas são estas?

4.4. Existe mais alguma coisa que hoje incomoda você e você desejaria mudar, eliminar?

4.5. Como é ocupada a maior parte do seu tempo livre?

4.6 Descreva uma IMAGEM ou fantasia agradável para você:

4.7 Descreva uma IMAGEM ou fantasia bastante desagradável:

4.8 O que você considera ser seu pensamento ou idéia mais irracional?

4.9 Descreva os relacionamentos interpessoais que lhe dão (1) alegria e (2) desgosto.

Descreva relacionamentos *entre outras pessoas* (entre elas) da sua convivência que lhe dão (1) alegria e (2) desgosto.

4.10. Como julga que seriam feitas descrições de você:

Por seu melhor amigo	Por seu cônjuge, parceiro/a ou namorado/a	Por alguém que não goste de você	Por você mesmo

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

6.1 Alguma vez você já perdeu o controle (por exemplo, uma crise de choro, ou irritabilidade ou agressão a qual teve dificuldades em parar)? Em caso positivo descreva brevemente.

6.2 Você já teve problemas com a lei?

6.3 Com quem você está vivendo no momento?

Divide quarto com alguém? (parentesco, sexo e idade)

Vive em casa, apartamento, hotel, etc.? Considera boas as suas condições de moradia (física, acesso a serviços, vizinhança etc.)?

6.4 Religião: a) na infância hoje:

6.5 Que tipo de trabalho você está desenvolvendo atualmente?

Seu trabalho atual o/a satisfaz? Cite os aspectos que gosta e os que não gosta, conforme for o caso.

Que tipos de trabalho desempenhou no passado? De qual/is mais gostou? E qual/is menos gostou?

O que você ganha é suficiente para as suas despesas normais?

Quais eram as suas ambições passadas? E as atuais?

6.6 Existe alguma coisa (tema, assunto, problema) que não lhe foi perguntado até aqui e que você deseja comentar?

7. OBSERVAÇÕES DO TERAPEUTA

A. Estressores psicossociais:

Problemas com o grupo de apoio primário	
Problemas relacionados ao ambiente social	
Problemas educacionais	
Problemas de moradia	
Problemas econômicos	
Problemas com acesso aos serviços de saúde	
Problemas relacionados ao sistema legal/criminal	
Outros problemas psicossociais/ ambientais	

B. AGF (DSM) = Preencher AXIS V e transcrever:

C. Impressões iniciais do terapeuta

Item	Impressões	Particularidades/Detalhamento
Apresentação física	Apropriada, Desleixada, Extravagante, Bizarra, Deficiência física, Outras	
Atitude Geral	Cooperativa, hostil, negativa, passiva, impulsiva, reflexiva, indiferente, outras:	
Atividade Motora	Apropriada, rigidez de movimentos, lentidão motora, agitação motora, estereotipias, outras.	
Contato visual	Apropriado, furtivo, fixo ou imobilizado, lábil, outro.	
Mímica facial	Apropriada, exagerada, imobilizada, estereotipada, tiques, outra.	
Gestual	Apropriado, exagerado, imobilizado, estereotipado, tiques, outro.	
Fluxo verbal	Apropriado, lento, rápido, hesitante, grande latência (+ 15 s.), gagueira, outro	
Linguagem	Apropriada, deficiente, estereotipada, com gírias, elaborada, afetada, outro.	
Tom de voz	Apropriada, alto, baixo, errático	
Modulação vocal	Apropriada, aplainada, inibida, exagerada, estereotipada, outro.	
Uso e exploração do espaço	Apropriado, inibido, intrusivo, outro	
Temáticas centrais (p. ex: família, trabalho, vida sexual, religião, etc.)		
Outras impressões		

D. Avaliação e representação gráfica

Instrumentos utilizados, datas, resultados resumidos, outras observações (incluindo CRB's presumidos).

Representação gráfica do caso:

E. Resumo da Avaliação Clínica / Hipóteses diagnósticas pelo CID 10/ Avaliação Funcional preliminar

F. Plano Terapêutico Mínimo e Agendamento inicial.

8. PÓS-TRATAMENTO/ FINALIZAÇÃO

A. Duração do tratamento:

Total de sessões:

B. Evolução do tratamento:

Instrumento	Escore Inicial	Escore Final

C. Resultados objetivos do tratamento em relação às queixas iniciais:

D. Pontos notáveis:

Terapeuta: _____ Data: __/__/__

Supervisão: _____ Data: __/ __

APÊNDICE 2 - Construindo Sua GAS pessoal

GAS: UMA ESTRATÉGIA EFICAZ PARA MUDAR DE VIDA (Goal Attainment Scaling - GAS)

Este programa está planejado para conduzi-lo por uma série de passos que você e o seu terapeuta trabalharão juntos e que irão orientar-lo/a e ajudá-lo/a numa mudança positiva de comportamento. Através da avaliação que faremos você terá reunido informações suficientes para que uma mudança de comportamento ocorra. Mudança é o processo que alguém percorre para resolver um problema e conseguir uma meta desejada.

Neste processo de mudança de comportamento, você seguirá passos específicos para identificar um comportamento, seja ele um objetivo físico, social, acadêmico, profissional ou afetivo, que poderá ajudá-lo a ampliar o seu bem estar. A seguir, o processo irá ajudá-lo a montar um plano de ação para atingir uma meta que você especificará para este comportamento desejável. A estratégia que utilizaremos neste processo será a construção de uma escala GAS (Goal Attainment Scaling), que é um instrumento para planejar a mudança, avaliá-la e monitorá-la, planejar e implementar correções de curso e definir o apoio necessário para o sucesso do seu projeto. Abaixo, um modelo de uma GAS já feita, para lhe dar uma idéia do produto final:

NOME: <i>Sufrônio Raylla da Silva</i>		
ÁREAS DE RESULTADOS	DE	OBJETIVOS
1. PLANEJAMENTO DE CARREIRA		4. CONSEGUI VÁRIAS ENTREVISTAS NA ÁREA PROFISSIONAL QUE SELECIONEI 3. MANTIVE O PLANEJAMENTO: DISTRIBUIÇÃO DE CURRÍCULOS, LEITURAS PROFISSIONAIS, ENTREVISTAS, ETC. 2. UMA OU MAIS ÁREAS PROFISSIONAIS SERIAMENTE CONSIDERADAS, MAS SEM PLANEJAMENTO DE AÇÕES OBJETIVAS 1. NEM MESMO CONSIDEREI SERIAMENTE O PROBLEMA EM TERMOS DE TRANSFORMÁ-LO NUM PLANO DE AÇÕES OBJETIVAS
2. CONTROLE DA RAIVA		4. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM PELO MENOS 85% DAS OPORTUNIDADES 3. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM PELO MENOS 60% DAS OPORTUNIDADES 2. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM APROXIMADAMENTE 50% DAS OPORTUNIDADES 1. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM MENOS DE 40% DAS OPORTUNIDADES
3. AUTO-ESTIMA		4. GERALMENTE ME AVALIO POSITIVAMENTE 3. PERCEBO MAIS ASPECTOS POSITIVO DO QUE NEGATIVOS 2. PERCEBO MAIS ASPECTOS NEGATIVOS DO QUE POSITIVOS 1. PRATICAMENTE SÓ PERCEBO EM MIM ASPECTOS NEGATIVOS.

Vamos agora iniciar a construção da sua GAS, seguindo cada passo, na ordem em que é apresentado.

SEU NOME:

Data:

PASSO 1: AVALIAÇÃO PESSOAL

O primeiro passo é avaliação das áreas da sua vida nas quais você poderia se beneficiar de uma mudança de comportamento. Para ajudá-lo a identificar melhor os pontos fortes e os pontos fracos do seu estilo de vida que afetam o seu bem estar, vamos rever o Memória dos Procedimentos, o Aseba e outros instrumentos que você já produziu aqui. No espaço abaixo, vamos avaliar as áreas da sua vida que você desejaria mudar ou aprimorar, utilizando as avaliações que você já completou como orientação.

PASSO 2: SELECIONANDO ÁREAS DE RESULTADOS, COMPORTAMENTOS ALVOS E METAS ESPECÍFICAS.

O próximo passo é identificar e descrever as grandes áreas da sua vida que, na sua avaliação, podem ou precisam mudar. Podem ser, por exemplo, relações familiares ou de amizade, controle emocional, desempenho escolar, atividades de lazer, planejamento de carreira ou de negócios, autonomia, relações afetivas, sentimentos negativos, pensamentos negativos, bem-estar físico, aparência pessoal, ou alguma coisa muito específica sua, como por exemplo, aperfeiçoar sua pontualidade, maquiarse adequadamente, etc. Enfim, uma infinidade de seleções é possível e cada pessoa, num dado momento da sua vida, terá escolhas absolutamente próprias. Mais uma vez, vamos nos orientar pelas avaliações já feitas e pelo sumário que você fez no Passo 1.

ÁREAS DE RESULTADOS A APRIMORAR/ TRABALHAR:

PASSO 3: PRODUZINDO UM OBJETIVO

A maioria dos objetivos comportamentais pode ser reformulada de maneira tal que duas características importantes estejam presentes: possa considerar o estado atual do comportamento que você deseja mudar e o estado futuro que se deseja e ser formulado de maneira a indicar a direção positiva da mudança desejada.

- A. O comportamento tal como está agora (Por exemplo, estudo somente cinco horas por semana).
- B. O comportamento como você o deseja – o objetivo (Por exemplo, desejo estudar dez horas por semana).
 - Reescreva seus objetivos comportamentais de maneira a indicar a direção da mudança que você deseja.
 Insatisfatório: Quero melhorar meus hábitos de estudo.
 Melhor: Quero planejar por escrito e colocar em ação um sistema para organizar meu tempo de estudo e planejá-lo melhor.
 Insatisfatório: Vou muito pela cabeça dos meus amigos. Quero manter e defender minhas próprias idéias.
 Melhor: Quero aumentar a minha assertividade nas relações com os meus amigos produzindo pelo menos um comportamento assertivo em cada oportunidade de interação que tenha.

A próxima atividade é descrever os comportamentos que você deseja mudar nesta grande área de resultados e a meta ou resultado que você deseja conseguir nesta mudança. Na Folha de Objetivos (G1), vamos escrever pelo menos três comportamentos-alvo (objetivos comportamentais) que você deseja trabalhar para pelo menos uma Área de Resultado selecionada.

Vamos agora examinar a seleção de comportamentos (objetivos comportamentais desejados) que você fez acima. Para cada um deles, pergunte-se:

Trata-se de um comportamento genuinamente importante para você?

- Você pode afirmar que mudar este comportamento é importante para você?
- Você pode afirmar que você será mais sadio ou experimentará um bem-estar aumentado se você mudar este comportamento?
- Você está preparado para cancelar outras atividades que faz para investir o tempo necessário nesta mudança de comportamento?
- Se necessário e dentro dos limites máximos das suas posses, você estaria motivado a gastar o dinheiro que fosse necessário para mudar este comportamento?

Trata-se de alguma coisa que você está genuinamente motivado a fazer? Que é importante para você e que você será o principal beneficiário desta mudança?

- Você está seguro de que o comportamento e a meta que você selecionou são intimamente seus e não os desejos ou objetivos que alguma outra pessoa tem para você? Algo que você faria para você o seu próprio bem-estar e não para agradar alguém ou para que alguém parasse de incomodar você?

Você é capaz de ser específico/a sobre o comportamento que você deseja mudar e também específico/a sobre a meta ou resultado a ele relacionado?

- Selecione uma parte específica do seu estilo de vida que você quer trabalhar, ao invés de um item abstrato, ambicioso, no qual todo mundo estaria interessado.

Exemplos de comportamentos-alvo que são muito amplos e gerais são, por exemplo, perder peso, sentir-se mais saudável, beber menos, controlar a raiva, ser um bom amigo.

Exemplos de objetivos comportamentais que são claros e mais específicos são: melhorar a condição física exercitando pelo menos três dias por semana, por 30 minutos, ou melhorar o meu controle emocional praticando exercícios respiratórios pelo menos quatro vezes ao dia ou, ainda, fortalecer minhas relações com meus amigos fazendo um contato com eles pelo menos uma vez por mês.

É realmente possível para você mudar ou influenciar a situação do seu interesse?

- Por exemplo: você pode ter selecionado obter um tempo de descanso e repouso a cada dia, mas morar com outras pessoas pode limitar a quantidade de tempo que seja possível obter. Ou, você pode ter tido como objetivo comportamental investir mais dinheiro em sua aparência, mas você é dependente financeiramente de outra pessoa e isto pode limitar suas possibilidades.

Seu objetivo é algo que faz com que você avance além do seu nível atual, mas que não está fora do seu alcance atual?

- Por exemplo: você poderia aumentar seu tempo de estudo em 10 ou 20%, mas pode não dispor de três horas extras para estudo a cada dia. Você poderia aumentar sua força em 15% nos próximos 60 dias, como medida por um dinamômetro, mas seria altamente improvável que você pudesse aumentar seu nível presente em 50% no mesmo tempo.

Seu objetivo comportamental é algo que você pode contar ou medir?

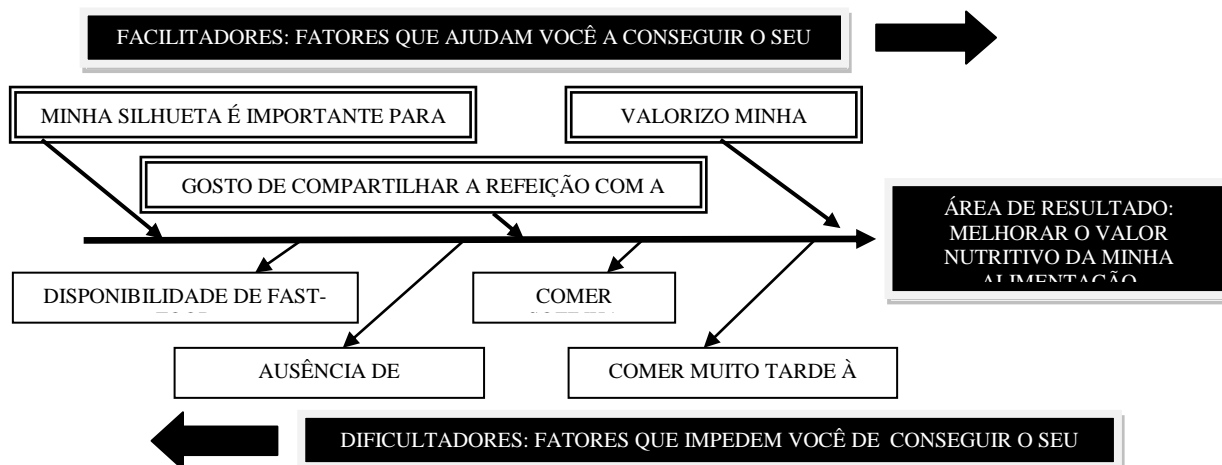
Por exemplo: um objetivo mensurável poderia ser elaborar uma lista de tarefas diárias e, a seguir, priorizar as atividades da lista e reorganizá-la como uma lista de tarefas exequíveis para cada dia. Assim, você poderia contar um “sim” ou um “não” para as tarefas que você cumpriu naquele dia.

Se você respondeu “não” para qualquer uma das perguntas acima, será de todo desejável reconsiderar e escolher outro objetivo comportamental ou estabelecer uma meta mais provável de ser alcançada para o seu novo comportamento.

PASSO 4: PRODUZIR UMA ANÁLISE DO CAMPO DE FORÇAS

A maioria das mudanças comportamentais pode ser compreendida em termos de forças (variáveis) que ajudam você a conseguir seus objetivos e outras forças que dificultam a você atingir seus objetivos. Por exemplo, alguns fatores irão melhorar seu condicionamento físico geral, tais como exercícios aeróbicos regulares, boa alimentação e sono regular. Estes podem ser chamadas de **Facilitadores**. Outros fatores tenderiam a diminuir seu bom condicionamento, tais como beber álcool excessivamente, comer muito doce e ficar muitas horas deitado no sofá assistindo TV. Estes fatores podem ser chamados de **Dificultadores**.

ANÁLISE DO CAMPO DE FORÇAS (FACILITADORES E DIFICULTADORES)



Vamos agora escrever os **Facilitadores** e os **Dificultadores** que poderiam influenciar seu progresso na direção do seu alvo. Quais são os Facilitadores e os Dificultadores que afetam a situação (Área de Resultados) que você deseja aprimorar/trabalhar? Liste tudo que lhe vier à cabeça sem criticar ou selecionar; itens irrelevantes poderão ser eliminados depois. Considere fatores pessoais (como seu temperamento, por exemplo), recursos físicos, pressões sociais, pressões familiares e de pessoas particulares, sentimentos, crenças religiosas ou políticas e quaisquer outras condições. Faça isso para cada uma das Áreas de Resultados selecionadas. Use o verso desta folha se precisar de mais espaço; é importante que, neste momento, você liste tantos fatores quantos lhe ocorrerem para cada uma das Áreas de Resultados. Invista tempo neste passo: você ganhará muito se o fizer conforme as orientações acima. Além disso, é provável que estes fatores, sejam eles Facilitadores ou Dificultadores, não tenham a mesma influência no sentido de facilitar e dificultar você a atingir seus objetivos. Por isso vamos atribuir pesos diferentes para eles, classificando-os como Fortes = 3, Moderados = 2 e Fracos = 1. Veja, abaixo, um quadro já feito considerando também os pesos relativos dos Facilitadores e Dificultadores.

ÁREA DE RESULTADOS – <i>Melhorar o valor nutritivo da minha alimentação</i>			
DIFICULTADORES	PESO	FACILITADORES	PESO
<i>Disponibilidade de fast-food</i>	<i>3</i>	<i>Valorizo minha saúde</i>	<i>2</i>
<i>Comer sozinha</i>	<i>1</i>	<i>Gosto de compartilhar as refeições com a família</i>	<i>2</i>
<i>Comer muito tarde à noite</i>	<i>2</i>	<i>Minha silhueta é importante para mim</i>	<i>3</i>
<i>Ausência de planejamento</i>	<i>3</i>		

A seguir, faremos uma Análise do Campo de Forças para cada Área de Resultados que você selecionou, seguindo o modelo acima e conforme as orientações lá escritas.

ÁREA DE RESULTADOS –	
DIFICULTADORES	FACILITADORES

PASSO 5: SELECIONE OS FACILITADORES E DIFICULTADORES MAIS IMPORTANTES

Agora, vamos rever a relação acima e selecionar aqueles fatores que lhe parecem serem os Facilitadores e Dificultadores mais importantes neste momento e sobre os quais você tem condições de atuar construtivamente. Daremos peso aos fatores, escrevendo o número corresponde na linha em que escreveu o Facilitador ou Dificultador. Identifique os dois ou três Facilitadores e Dificultadores mais importantes para cada Área de Resultados, os que você pensa que mais podem facilitar ou dificultar seus objetivos neste momento e escreva-os nos espaços abaixo.

ÁREA DE RESULTADOS –			
DIFICULTADORES	PESO	FACILITADORES	PESO

ÁREA DE RESULTADOS –			
DIFICULTADORES	PESO	FACILITADORES	PESO

ÁREA DE RESULTADOS –			
DIFICULTADORES	PESO	FACILITADORES	PESO

PASSO 6: AÇÕES PARA ELIMINAR/ENFRAQUECER OS DIFICULTADORES

Para cada um dos Dificultadores mais importantes, listaremos algumas ações que você pode planejar e efetivamente implementar para reduzir o seu efeito ou eliminá-lo completamente. Por exemplo, se um fator Dificultador que trabalha contra o seu objetivo de estudar pela manhã é uma tendência a não acordar com o despertador, você poderia obter um despertador mais barulhento, colocar o despertador mais longe da sua cama de forma que você fosse forçada a se levantar para desligá-lo, dormir mais cedo ou pedir a alguém que chame você. Mais uma vez, vamos considerar os principais Dificultadores de cada Área de Resultados e listar tudo o que você poderia fazer para eliminá-los ou enfraquecê-los, num primeiro momento sem criticar ou selecionar. Utilizaremos o verso desta folha para isso e, depois, transcreveremos abaixo as três ações que você acredita que possam ser, neste momento, as mais eficazes e mais exequíveis para fazer frente aos três principais Dificultadores, conforme obtidos no Passo 5.

ÁREA DE RESULTADOS:

DIFICULTADOR:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

DIFICULTADOR:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

DIFICULTADOR:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

PASSO 7: AÇÕES PARA FORTALECER/CONSOLIDAR OS FACILITADORES

Agora, vamos fazer a mesma tarefa que fizemos para os Dificultadores considerando os Facilitadores selecionados. Para cada um dos três Facilitadores mais importantes, liste algumas ações que você pode planejar e efetivamente implementar para fortalecer a sua influência ou consolidar a sua ação. No exemplo dado, se considerarmos “Gosto de compartilhar as refeições com a família”, uma ação poderia ser, por exemplo, pedir ao núcleo familiar que sempre a chame para as refeições, ou que atrasem um pouco um horário de refeição para que você possa sempre participar, ou, ainda, preparar você mesma algum prato nutritivo que todos gostem, etc. Como no passo anterior, liste tudo que lhe vier à mente, sem criticar ou selecionar. Utilize o verso desta folha para isso e, depois, transcreva abaixo as três ações que você acredita que pudessem ser, neste momento, as mais eficazes e mais exequíveis para fortalecer os três principais Facilitadores de cada Área de Resultados, conforme obtidos no Passo 5.

ÁREA DE RESULTADOS:

FACILITADOR:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

FACILITADOR 2:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

FACILITADOR 3:

AÇÃO A:

AÇÃO B:

AÇÃO C:

PASSO 8: FAÇA A SUA GAS (Goal Attainment Scaling) – UMA ESTRATÉGIA PARA AVALIAR E MONITORAR SEU PROGRESSO

A GAS é um método para medir o progresso que você fará na direção de obter a sua meta ou resultado. Utilizar a GAS como uma estratégia num programa de mudança apresenta importantes vantagens:

- Estimula a compreensão de que o sucesso não é mágico, místico ou inatingível.
- Permite que você monitore o seu progresso em bases regulares, facilitando correções de curso e a obtenção da ajuda precisa para o seu projeto pessoal de mudança.
- Dá a você a habilidade de prestar contas do seu esforço de maneira clara, direta e sem ambigüidades para você mesmo, mas também para quaisquer outros significativos com os quais deseje compartilhar seu progresso.
- Identifica com precisão a necessidade de suporte adicional e orientação para que você possa manter um ritmo satisfatório de progresso.

Vamos utilizar uma escala de quatro níveis. Nesta escala:

- **O Nível 2 representa o estado atual do seu comportamento-alvo antes iniciar um programa de mudança, ou seja, o desempenho esperado.**
- O Nível 4 um nível de melhora notável, um desempenho notavelmente superior ao esperado ou a consecução e manutenção da sua meta ou resultados (alternativamente, um desempenho igual a 75% ou mais do desempenho final esperado – 100%).
- O Nível 1 representará um desempenho inferior ao esperado, ou seja, variações no seu objetivo comportamental na direção oposta à da sua meta (alternativamente, um desempenho 25% inferior ou menos do esperado no Nível 2).
- O Nível 3 representará uma melhora considerável, um desempenho melhor do que o esperado (alternativamente, um desempenho 25% superior ou mais do esperado, Nível 2).

Ao fazer a sua GAS é importante que cada nível de desempenho no objetivo comportamental que você selecionou esteja claramente descrito e que as condições ou características do desempenho que lhe permitam medir o nível atingido estejam também claramente especificadas. Vejamos dois exemplos:

NOME: Sinfrônio Raylla da Silva	
ÁREAS DE RESULTADOS	OBJETIVOS
PLANEJAMENTO DE CARREIRA	4. CONSEGUI VÁRIAS ENTREVISTAS NA ÁREA PROFISSIONAL QUE SELECIONEI 3. MANTIVE O PLANEJAMENTO: DISTRIBUIÇÃO DE CURRÍCULOS, LEITURAS PROFISSIONAIS, ENTREVISTAS, ETC. 2. UMA OU MAIS ÁREAS PROFISSIONAIS SERIAMENTE CONSIDERADAS, MAS SEM PLANEJAMENTO DE AÇÕES OBJETIVAS 1. NEM MESMO CONSIDEREI SERIAMENTE O PROBLEMA EM TERMOS DE TRANSFORMÁ-LO NUM PLANO DE AÇÕES OBJETIVAS
CONTROLE DA RAIVA	4. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM PELO MENOS 85% (ou 4/5) DAS OPORTUNIDADES 3. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM PELO MENOS 60% (ou 3/5) DAS OPORTUNIDADES 2. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM APROXIMADAMENTE 50% (ou 2/5) DAS OPORTUNIDADES 1. CONSEGUI CONTROLAR MEU TEMPERAMENTO EM MENOS 50% (ou 2/5) DAS OPORTUNIDADES

AUTO-ESTIMA	4. GERALMENTE ME AVALIO POSITIVAMENTE 3. PERCEBO MAIS ASPECTOS POSITIVO DO QUE NEGATIVOS 2. PERCEBO MAIS ASPECTOS NEGATIVOS DO QUE POSITIVOS 1. PRATICAMENTE SÓ PERCEBO EM MIM ASPECTOS NEGATIVOS.
-------------	--

Vamos examinar outro exemplo real:

NOME: Albrizzi Gyovannina de Almeida	
ÁREAS DE RESULTADOS	OBJETIVOS
PENSAMENTOS E SENTIMENTOS DEPRESSIVOS	4. SINTO-ME MUITO MELHOR. NÃO AVALIO MEUS SENTIMENTOS COMO NEGATIVOS E TENHO MAIS ENERGIA PARA SAIR E FAZER AS COISAS 3. SINTO-ME UM POUCO MELHOR QUANTO AO MEU HUMOR E AS COISAS NÃO ESTÃO TÃO RUINS QUANTO ANTES 2. SINTO APROXIMADAMENTE O MESMO NÍVEL DE DEPRESSÃO E INFELICIDADE QUE SENTIA AO INICIAR O TRATAMENTO 2. SINTO-ME MAIS DEPRIMIDA E INFELIZ DO QUE QUANDO INICIEI O TRATAMENTO
ENVOLVIMENTO EM ATIVIDADES PRAZEROSAS E GRATIFICANTES.	4. ESTOU BASTANTE ENVOLVIDA EM ALGUMAS COISAS, COMO NA MINHA CARREIRA, O QUE ME DÁ ALGUMA ALEGRIA EM VIVER 3. SINTO-ME COM MAIS DIREÇÃO E FOCO NO QUE FAÇO 3. NÃO ESTOU FAZENDO NADA DIFERENTE OU FAZENDO QUALQUER COISA DIFERENTE QUE EU GOSTE, COMPARATIVAMENTE AO O QUE FAZIA AO INICIAR O TRATAMENTO 1. ESTOU COMO SE ESTIVESSE PARALISADA. NÃO CONSIGO ENGAJAR-ME PRATICAMENTE EM NADA
ISOLAMENTO DA FAMÍLIA	4. MEU MARIDO E EU ESTAMOS VERDADEIRAMENTE JUNTOS. EXPERIMENTAMOS SENTIMENTOS DE INTIMIDADE EM MUITAS OCASIÕES E EU SINTO QUE ELE DE FATO SE INTERESSA POR MIM 3. MEU MARIDO E EU ESTAMOS MAIS PRÓXIMOS. SAÍMOS DE VEZ EM QUANDO E NOS COMPORTAMENTOS NOVAMENTE COMO UM CASAL 2. AS COISAS NÃO MUDARAM QUANTO AOS MEUS SENTIMENTOS. EM CASA, CADA UM FAZ AS SUAS COISAS E O QUE DE FATO FAZEMOS JUNTOS, MEU MARIDO E EU, É SOMENTE ESTARMOS JUNTOS ÀS REFEIÇÕES 1. TIVE MENOS INTERAÇÕES COM MEU MARIDO E FILHOS DO QUE TINHA ANTES
CONTATOS SIGNIFICATIVOS FORA DA FAMÍLIA	4. TENHO TIDO REALACIONAMENTOS SIGNIFICATIVOS COM ALGUMAS PESSOAS E MEU MARIDO E EU TEMOS NOS ENCONTRADO COM ALGUNS CASAIS AMIGOS, EM BASES REGULARES 3. JÁ ME ENCONTRO COM ALGUÉM PARA TOMAR UM LANCHE OU IR A UM EVENTO JUNTAS 2. DE VEZ EM QUANDO ENCONTRO ALGUÉM QUANDO VOU AO SUPERMERCADO OU LEVO AS CRIANÇAS NA ESCOLA. CONVERSAMOS UM POUCO, MAS NADA ALÉM DE SUPERFICIALIDADES 1. ESTOU ISOLADA DAS PESSOAS, INCLUSIVE DE PARENTES QUE VIVEM NA MINHA CIDADE

Finalmente, vamos examinar mais um exemplo, para fixarmos bem o modelo:

Nível 2 = Comportamento esperado significa que fiz duas caminhadas nesta semana, com já fazia antes. [O que você já está fazendo ou o que está acontecendo agora ou aconteceu na última semana]

Nível 1 = Inferior ao esperado significa que nesta semana caminhei somente duas vezes nos últimos dez dias. [O que você precisa fazer ou o que precisa acontecer para que se possa considerar ter ocorrido uma piora]

Nível 3 = Melhora considerável significa que, nesta semana caminhei pelo menos 30 minutos, um dia sim, um dia não. [O que você precisa fazer ou o que precisa acontecer para que se possa considerar ter ocorrido uma melhora na direção do seu objetivo ou da resolução do seu problema]

Nível 4 = Melhora notável significa que, nesta semana, consegui fazer pelo menos 30 minutos de caminhada por seis dias. [O que você precisa fazer ou o que precisa acontecer para que se possa considerar que o seu objetivo foi atingido ou o seu problema resolvido, ou, ainda, que você chegou bem perto disso]

Agora, com base nos exemplos acima, vamos construir a sua própria escala GAS. Vamos resumir e recapitular: um objetivo comportamental é uma descrição do comportamento que servirá como padrão do desempenho desejado para cada nível da sua GAS. Deverá descrever algo que você *faz* e isto que você faz ou fará pode ser medido por alguma forma. Além disso, e sempre que possível, deveria descrever um comportamento público, isto é, cuja ocorrência ou não poderia ser observada e comprovada também por outras pessoas. Idealmente, a redação dos seus objetivos comportamentais deveria apresentar as seguintes características:

- i. Descreve um comportamento público, isto é, as outras pessoas podem também ver você fazendo ou não fazendo aquilo.
- ii. A ocorrência ou não deste objetivo comportamental pode ser medida (contada).
- iii. A descrição especifica claramente os critérios do desempenho, ou seja, como, quando e/ou onde ele deve ocorrer para que sua ocorrência possa ser computada com um mínimo de ambigüidade.

Nas linhas abaixo, escreva a descrição do comportamento que servirá de padrão para cada nível da sua escala:

ÁREA DE RESULTADOS:

Objetivo:

Nível 2:

Nível 4:

Nível 1:

Nível 3:

Objetivo:

Nível 2:

Nível 4:

Nível 1:

Nível 3:

Objetivo:

Nível 2:

Nível 4:

Nível 1:

Nível 3:

Pronto! Agora, você está em condições de produzir sua GAS na forma final exemplificada. Vamos fazer isso transcrevendo o material levantado até este ponto para o Quadro abaixo.

SEU NOME:	DATA:
ÁREA DE RESULTADOS:	
Objetivo 1:	
Objetivo 2:	

Objetivo 3:

PASSO 9: MONITORANDO O PROGRESSO

Para nos assegurarmos do sucesso, é muito importante monitorar o progresso diário ou semanal na direção da plena consecução do objetivo ou resolução do problema. A vida é um processo dinâmico e é esta monitoração é o que lhe permitirá detectar rapidamente alterações indesejadas de curso, a desejabilidade de revisão de metas ou mesmo dos objetivos originais e a definição do apoio necessário para sua mudança. Veja o Quadro de Acompanhamento abaixo:

EXEMPO DE QUADRO DE ACOMPANHAMENTO PARA A ESCALA GAS

DAT A	OBJE TIVO	NIVEL GAS	DIFICULTADORES	AÇÕES PARA ENFRAQUECER DIFICULTADORES E FORTALECER FACILITADORES
2/11	1.2	1	<i>Joguei video-game e fiquei assistindo TV</i>	<i>Pedir a um amigo que me chame todas as vezes que ele for caminhar. No dia de caminhar, permitir-me 30 minutos de video-game somente se eu caminhar por 30 minutos</i>

A melhor maneira de fazer este acompanhamento é comprar um caderno especificamente para estas anotações. Você mesmo poderá organizá-lo em linhas e colunas conforme o modelo acima, fazendo observações para cada objetivo que necessitar de um trabalho mais detalhado para a sua consecução. Este caderno deverá trazido à sessão de terapia e discutido com seu terapeuta a cada atendimento.

RECOMPENSANDO A SI MESMO

- Planeje algumas recompensas que você dará a si mesmo pelos seus êxitos ao longo do trabalho na direção do seu objetivo ou da resolução do seu problema.
- No início do programa, dê-se uma recompensa depois de cada ação bem sucedida. Quando o nível do seu objetivo comportamental estiver estável, recompense-se com menor frequência.
- Planeje recompensas que você poderia conceder-se após completar suas metas de curto prazo bem como recompensas que você poderia se conceder quando atingir suas metas de mudança comportamental de longo prazo.
- As recompensas podem ser quaisquer coisas, desde de usufruir os sentimentos de satisfação pelo êxito alcançado, permitir-se “jogar conversa fora” com amigos, comprar um novo CD, fazer uma viagem a muito desejada, saborear um prato “proibido”, etc.
- Simplesmente assegure-se de que as recompensas sejam apropriadas e compatíveis com a realização e de que elas não venham a criar outro problema para você.

PROMOVENDO REAJUSTES

Depois de uma ou duas semanas neste programa avaliaremos os resultados e faremos reajustes, caso você considere necessário. Talvez possa valer a pena reconsiderar os Facilitadores e Dificultadores e as ações que você planejou para fortalecê-los ou sobrepujá-los, respectivamente. Em algumas experiências, por vezes pode ser desejável ou mesmo necessário reescrever o objetivo comportamental ou alterar as metas. Promover ajustes é parte deste processo, assim como é parte da vida. Tenha sempre presente: persistência e paciência são habilidades importantes tanto para uma mudança comportamental bem sucedida quanto para viver bem.

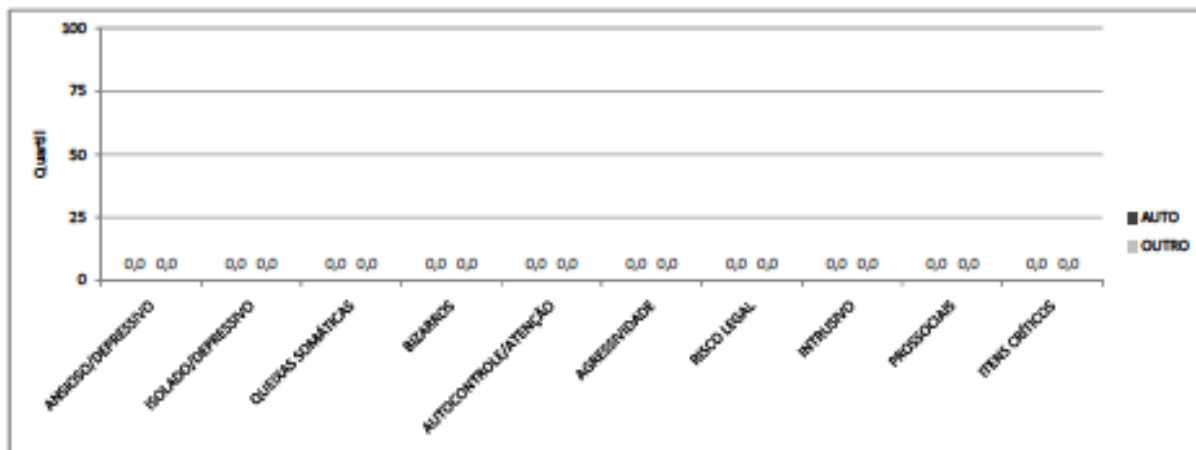
PASSO 10: BOM TRABALHO, BOA SORTE!

APÊNDICE 3 – Relatório dos Inventários ASEBA®

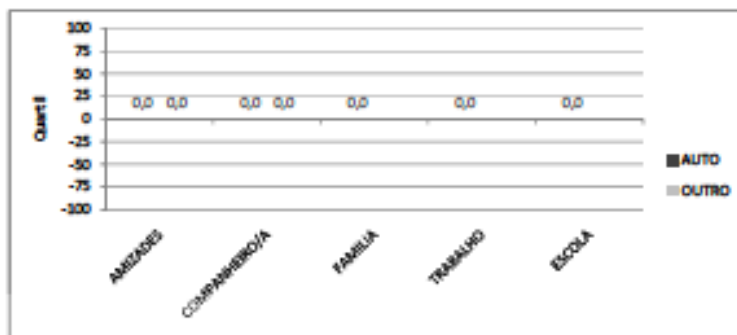
ASEBA ABCL
 CLIENTE:
 DATA ASEBA AUTO:

TERAPEUTA:

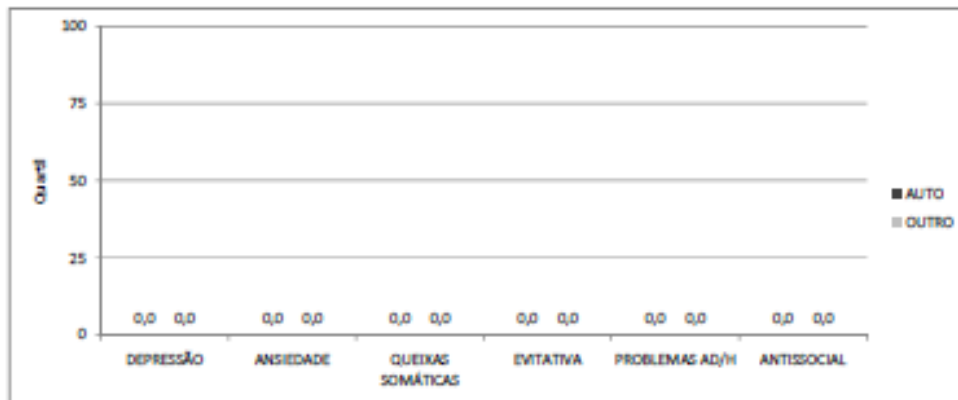
ASEBA PRINCIPAL



FUNCIONALIDADE SOCIAL



ASEBA DSM



APÊNDICE 3 – RELATÓRIO DOS INVENTÁRIOS ASEBA® /CONT.

ASEBA ABCL 2/2

CLIENTE:

ORDENAÇÃO AUIHOT		
1.Forgetful	0,0	AA
2.UseOpportunities	0,0	PS
3.Argues	0,0	AG
4.WorkUpToLimits	0,0	PS
5.Blames	0,0	AG
6.UsesDrugs	0,0	RL
7.Brags	0,0	IN
8.Concentrate	0,0	AA
9.MindOff	0,0	BZ
10.TroubleSittingStill	0,0	AD
11.Dependent	0,0	AA
12.Lonely	0,0	AD
13.Confused	0,0	AD
14.Cries	0,0	AD
15.Honest	0,0	PS
16.Mean	0,0	AG
17.Daydreams	0,0	AA
18.HarmsSelf	0,0	BZ
19.WantAttention	0,0	IN
20.DamageOwn	0,0	RG
21.DamageOthers	0,0	RG
22.WorryFuture	0,0	AD
23.BreaksRules	0,0	RL
24.NotEatWell	0,0	AD
25.NotGetAlong	0,0	ID
26.LacksGuilt	0,0	RL
27.Jealous	0,0	AG
28.BadlyFamily	0,0	AG
29.Fears	0,0	BZ
30.PoorRelOppSex	0,0	ID
31.FearDoBad	0,0	AD
32.HaveToBePerfect	0,0	AD

CORRELAÇÃO AT OT 1	###
CORRELAÇÃO AT OT 2	###
CORRELAÇÃO AT OT 3	###
CORRELAÇÃO AT OT 4	###
CORRELAÇÃO AT OT 5	###
CORRELAÇÃO OT 1 OT 2 3 4	###
CORRELAÇÃO OT 2 OT 1 3 4	###
CORRELAÇÃO OT 3 OT 1 2 4	###
CORRELAÇÃO OT 4 OT 1 2 3	###

ORDENAÇÃO AUTO		
1.Forgetful	0	AA
2.UseOpportunities	0	PS
3.Argues	0	AG
4.WorkUpToLimits	0	PS
5.Blames	0	AG
6.UsesDrugs	0	RL
7.Brags	0	IN
8.Concentrate	0	AA
9.MindOff	0	BZ
10.TroubleSittingStill	0	AD
11.Dependent	0	AA
12.Lonely	0	AD
13.Confused	0	AD
14.Cries	0	AD
15.Honest	0	PS
16.Mean	0	AG
17.Daydreams	0	AA
18.HarmsSelf	0	BZ
19.WantAttention	0	IN
20.DamageOwn	0	RG
21.DamageOthers	0	RG
22.WorryFuture	0	AD
23.BreaksRules	0	RL
24.NotEatWell	0	AD
25.NotGetAlong	0	ID
26.LacksGuilt	0	RL
27.Jealous	0	AG
28.BadlyFamily	0	AG
29.Fears	0	BZ
30.PoorRelOppSex	0	ID
31.FearDoBad	0	AD
32.HaveToBePerfect	0	AD

	AT	OUT
PRIVADOS	0,0	0,0
ABERTOS	0,0	0,0

Deserto		Impulsivo	
IA	IO	HI A	HI O
0,0	0,0	0,0	0,0

ÁREAS RELEVANTES	AUT	OUT	TOT
AA	4	4	8
AD	11	11	22
AG	6	6	12
BZ	5	5	10
ID	3	3	6
IN	2	2	4
PS	3	3	6
QS	0	0	0
RL	4	4	8

ITENS CRÍTICOS	AUT	OUT	
14.Cries	0	0,0	AD
34.OutToGet	0	0,0	AD
44.Overhelmed	0	0,0	AD
91.ThinksSuicide	0	0,0	AD
103.Sad	0	0,0	AD
113.WorryOppSex	0	0,0	AD
9.MindOff	0	0,0	BZ
18.HarmsSelf	0	0,0	BZ
29.Fears	0	0,0	BZ
40.HearsThings	0	0,0	BZ
58.PickSkin	0	0,0	BZ
62.Clumsy	0	0,0	BZ
66.RepeatsActs	0	0,0	BZ
70.SeesThings	0	0,0	BZ
79.SpeechProblem	0	0,0	BZ
80.LooksAtNothing	0	0,0	BZ
84.StrangeBehv	0	0,0	BZ
96.ThinkSex	0	0,0	BZ
110.WishBeOppSex	0	0,0	BZ
110.WishBeOppSex	0	0,0	BZ
56h.HeartPounds	0	0,0	QS
56i.Numbness	0	0,0	QS
100.SleepProb	0	0,0	QS
8.Concentrate	0	0,0	AA
16.Mean	0	0,0	AG
55.EliteDepress	0	0,0	AG
57.Attacks	0	0,0	AG
97.Threatens	0	0,0	AG
6.UsesDrugs	0	0,0	RL
90.GetsDrunk	0	0,0	RL
92.TroubleLaw	0	0,0	RL
123.HappyPerson	0	0,0	PS
SOMA	0	0,0	
PERCENTIL	0,0	0,0	

QUESTÕES ABERTAS (Exatamente as palavras/ ortografia/ sintaxe do informante):

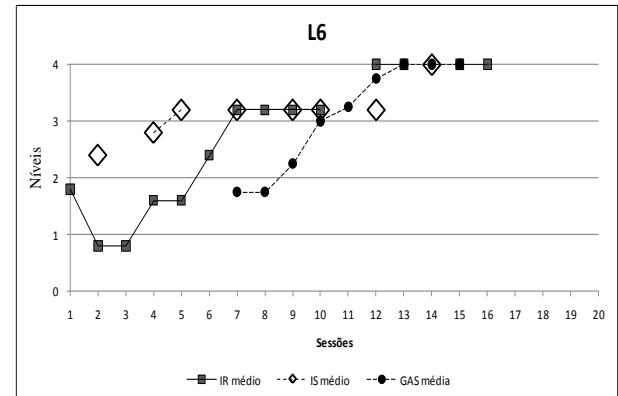
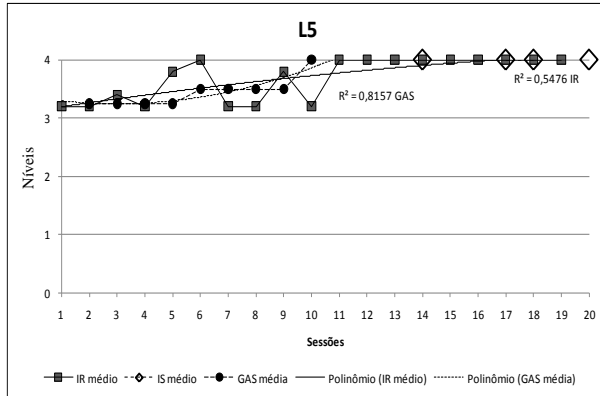
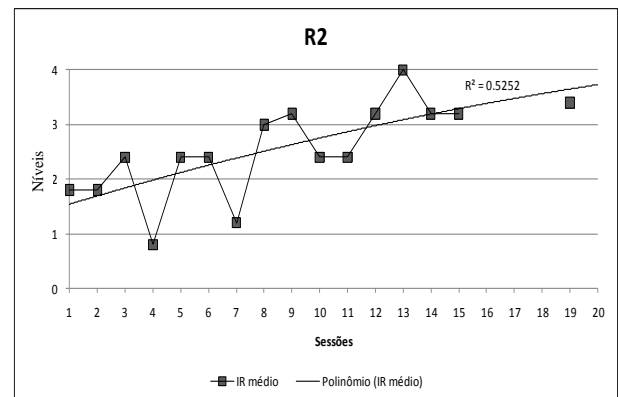
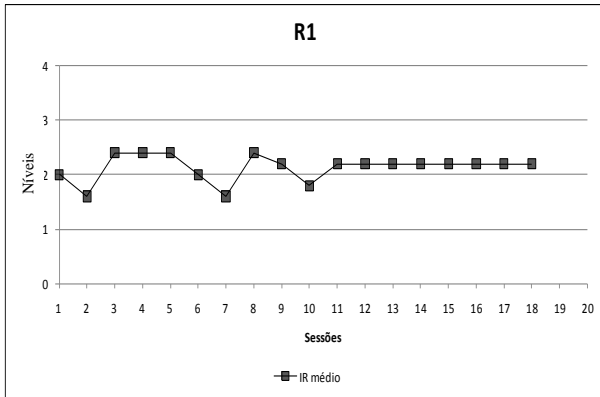
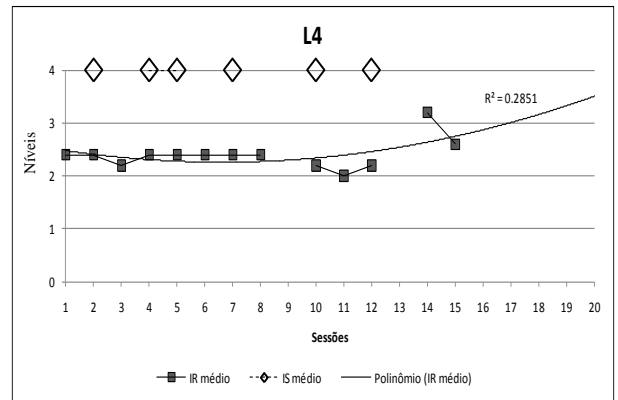
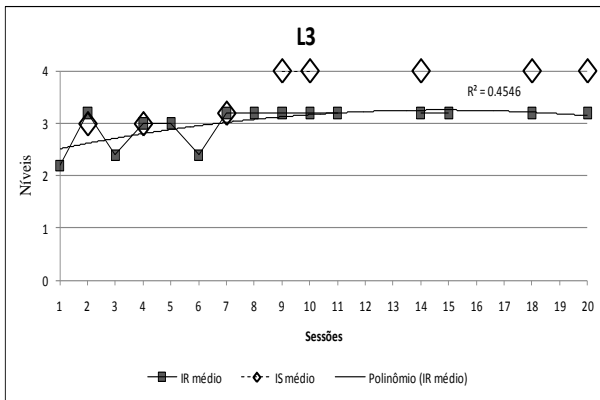
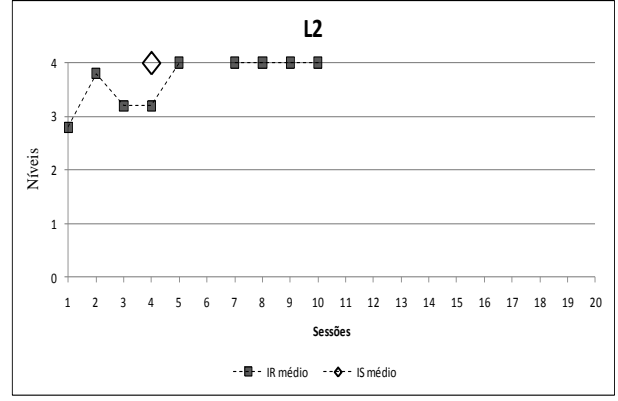
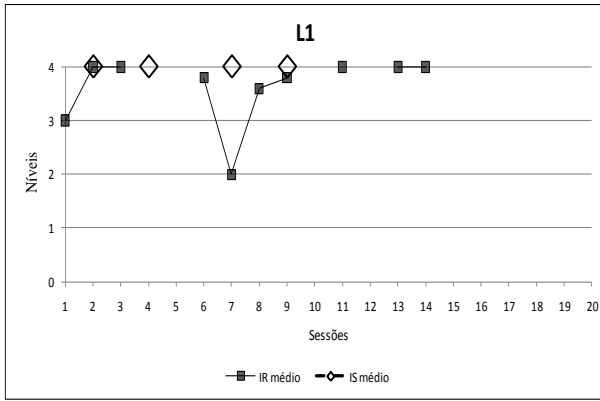
AUTO: VI - Doença, deficiência ou inaptidão - Não | VII - Preocupações - | VIII - Qualidades -
 OUTROS: - III - Doença, deficiência ou inaptidão - Não | IV - Preocupações - | V - Qualidades -
 OUTROS: - III - Doença, deficiência ou inaptidão - Não | IV - Preocupações - | V - Qualidades -
 OUTROS: - III - Doença, deficiência ou inaptidão - Não | IV - Preocupações - | V - Qualidades -

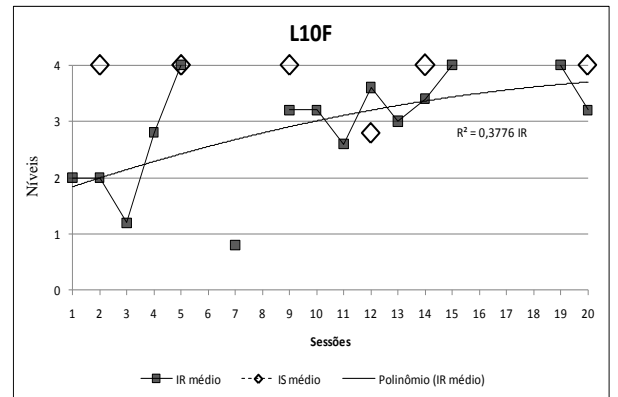
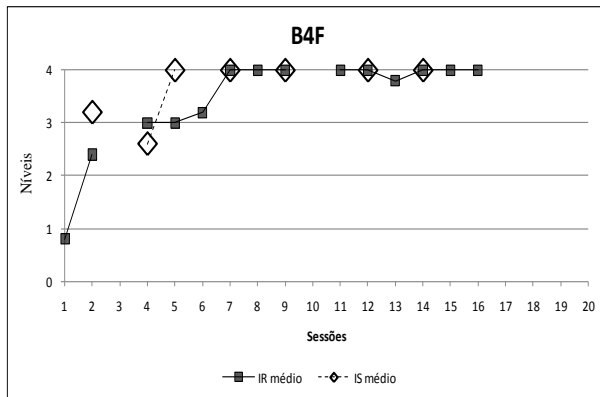
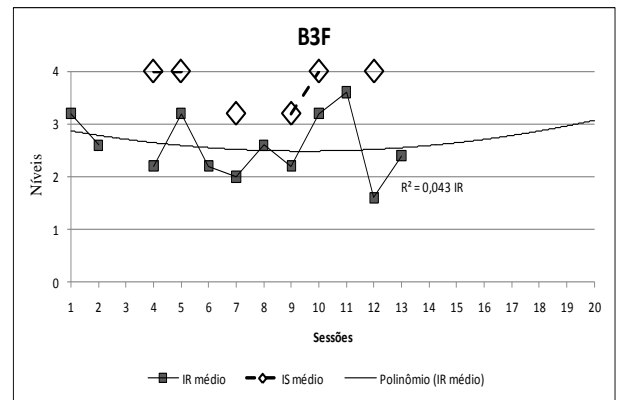
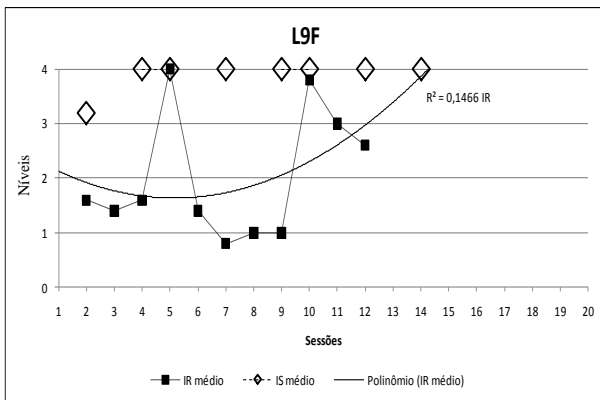
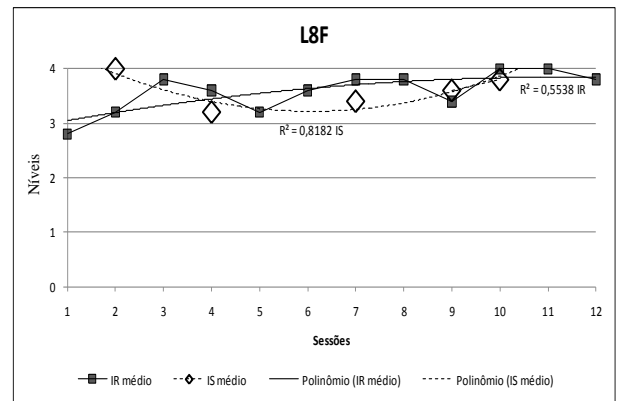
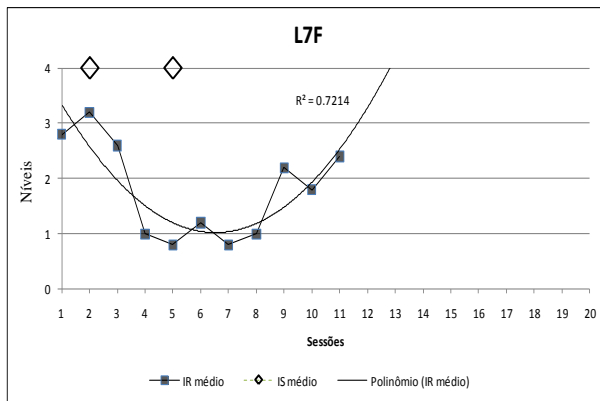
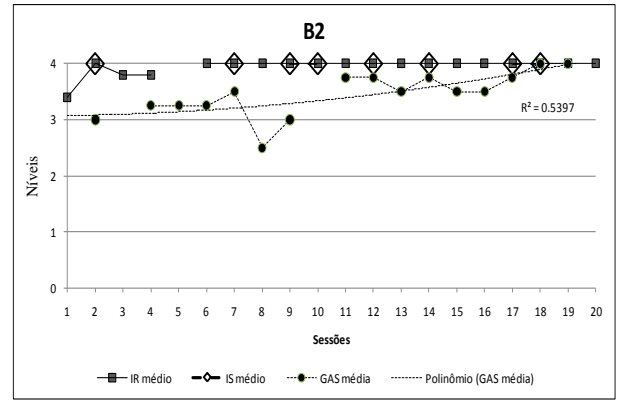
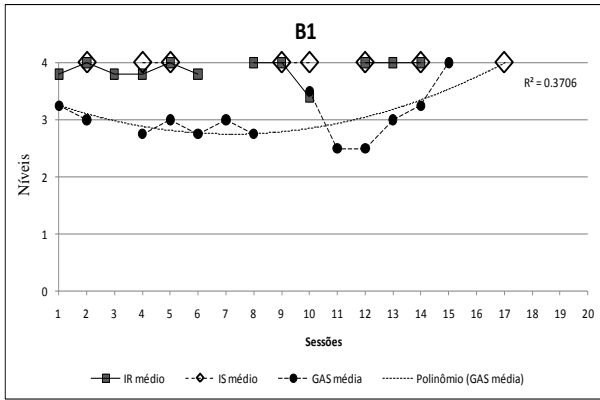
INQUÉRITO: ITENS CRÍTICOS / RELEVANTES

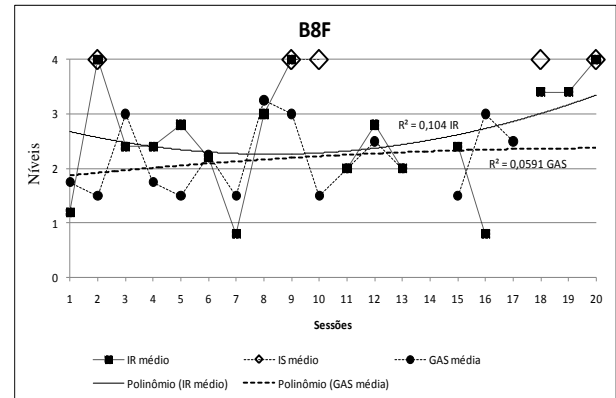
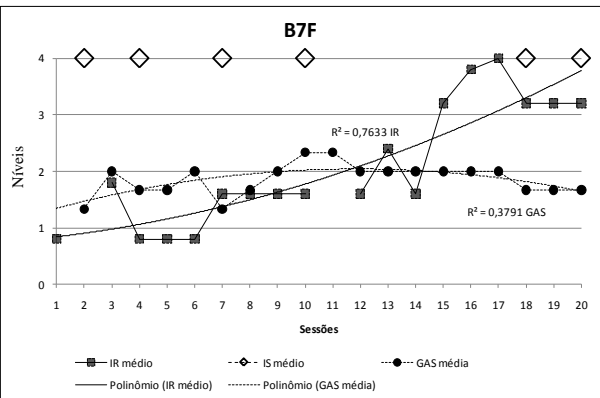
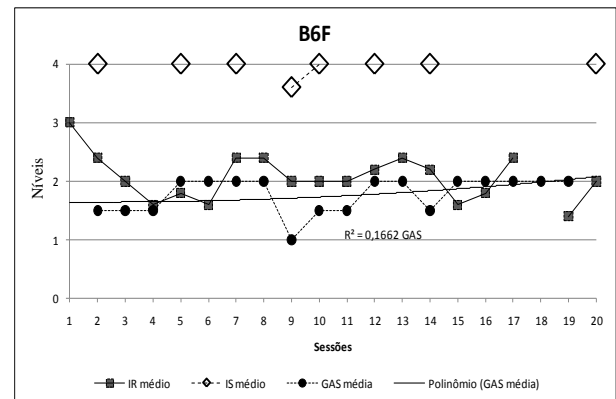
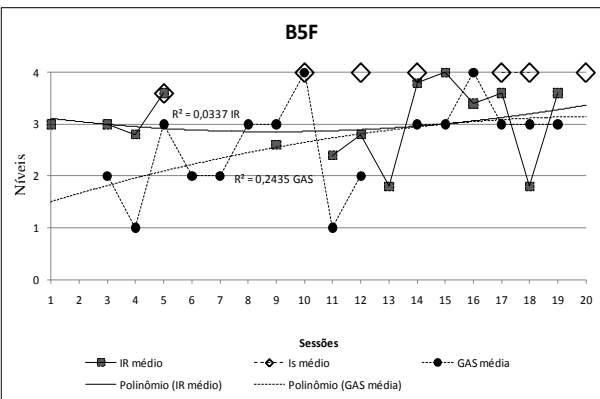
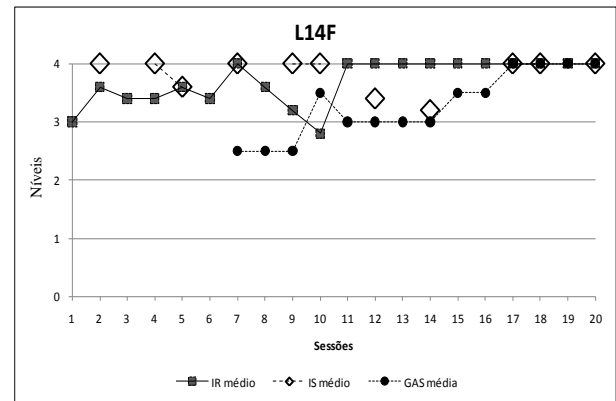
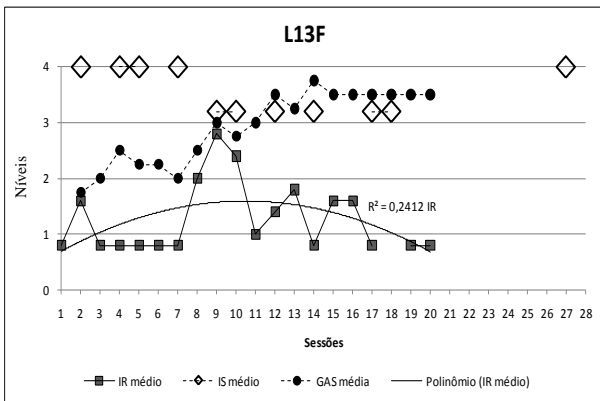
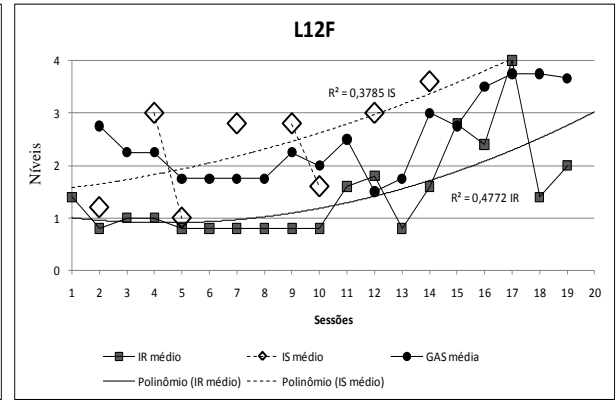
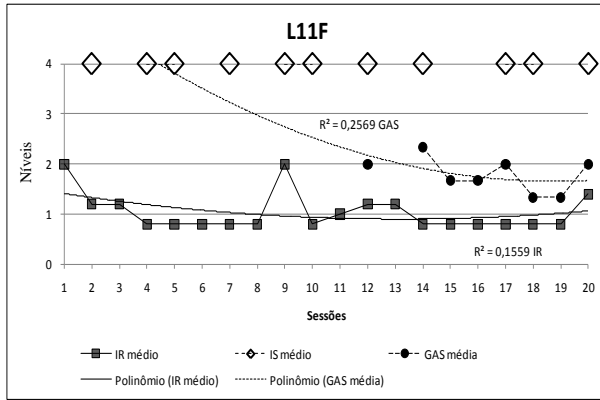
Extensões no ABCL:

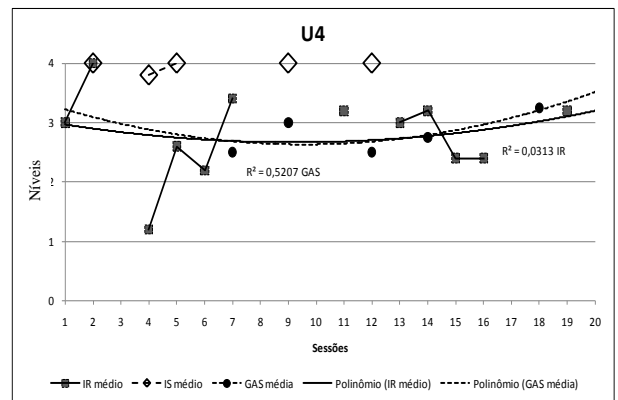
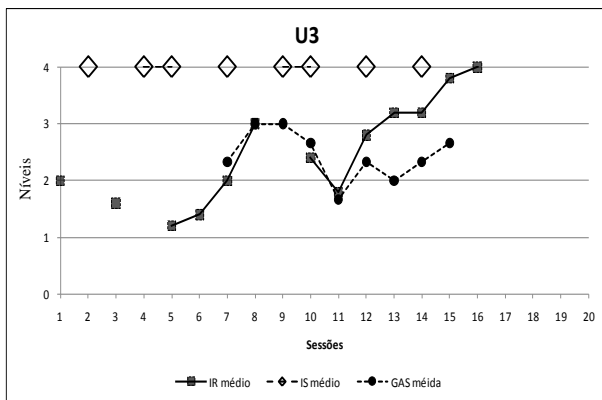
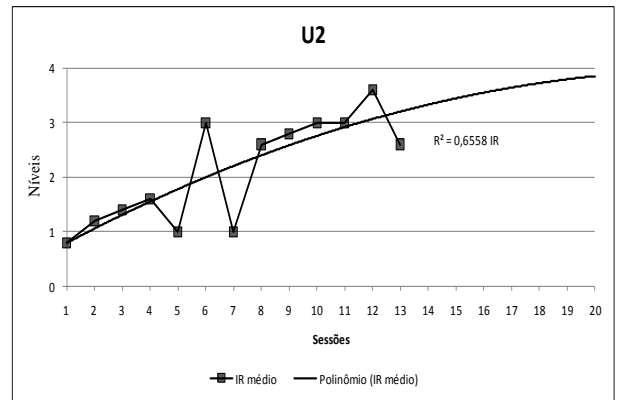
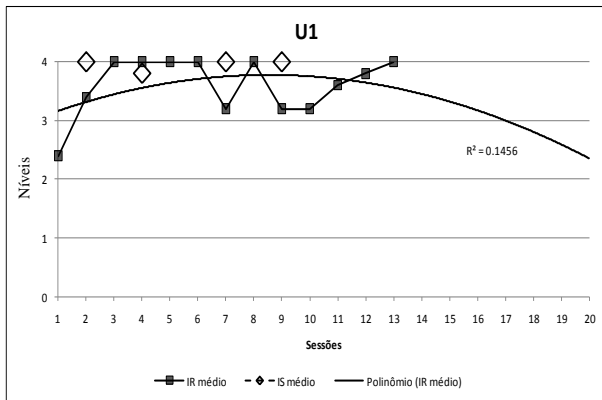
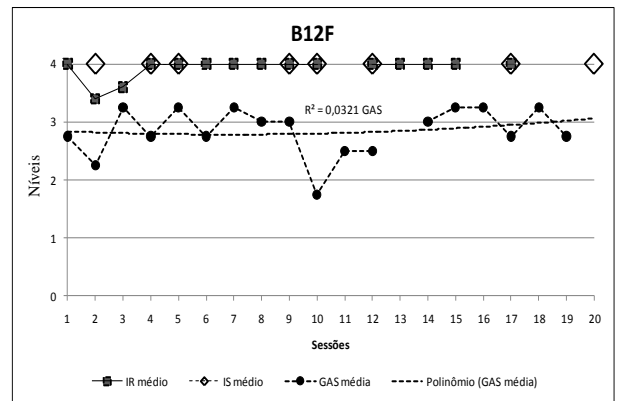
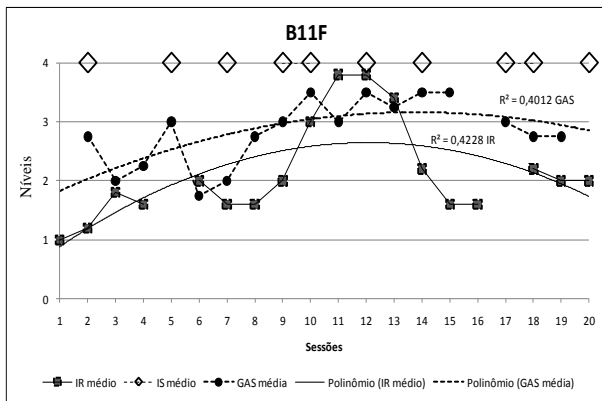
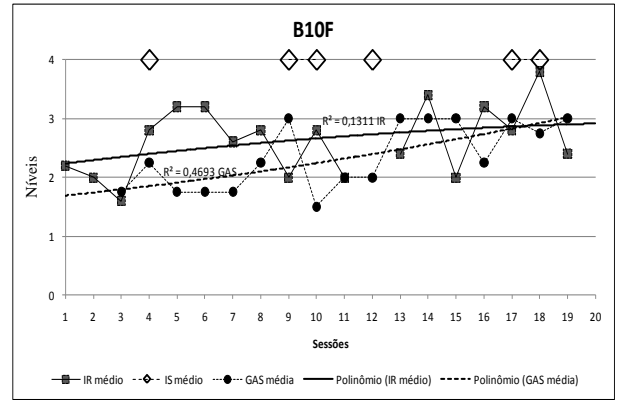
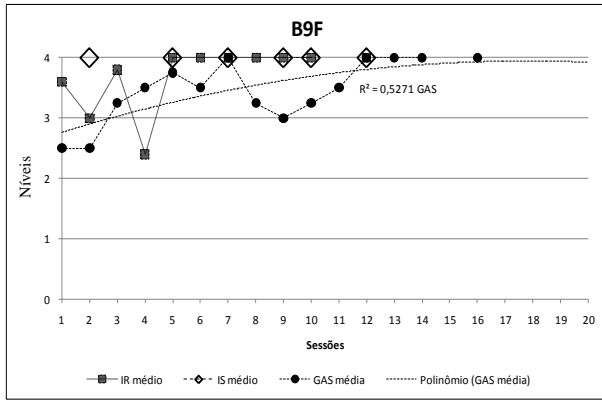
| 6.UsesDrugs - [] | 9.MindOff - [] | 29.Fears - [] | 40.HearsThings - [] | 46.Twitches - []
 | 56d.EyeProb - [] | 58.PickSkin - [] | 66.RepeatsActs - [] | 70.SeesThings - [] | 77.SleepsMore - []
 | 79.SpeechProblem - []
 | 84.StrangeBehv - [] | 85.StrangeIdeas - [] | 92.TroubleLaw - [] | 100.SleepProb - [] | 124.Tobacco - [] | 125.
 Druken - [] | 126.Drugs - []

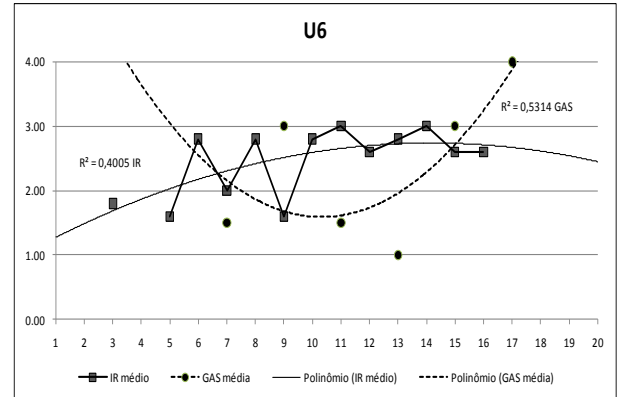
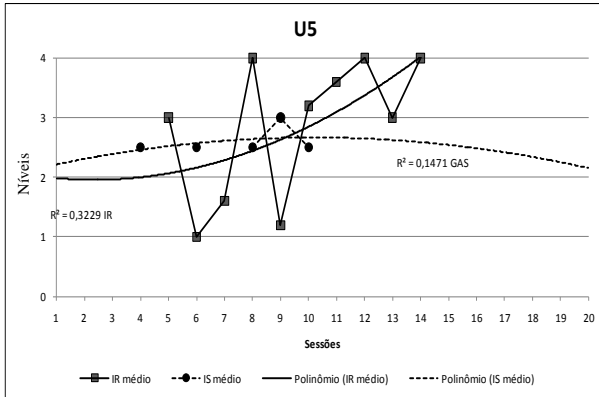
APÊNDICE 4 – Séries Temporais











III - FAMÍLIA :Comparando-se com as demais pessoas, como você se relaciona com...					
		Pior do que a média	Variavelmente ou como a média	Melhor do que a média	Não tenho contato
A. Seus irmãos	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Suas irmãs	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sua mãe	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Seu pai	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Filhos, biológicos ou adotados.	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos				
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Seus enteados	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV – TRABALHO: Em algum momento, nos últimos seis meses , você exerceu alguma atividade remunerada (incluindo trabalho por conta própria ou serviço militar)?					
<input type="checkbox"/> Não – por favor, salte as demais questões e vá para a seção V					
<input type="checkbox"/> Sim – por favor, descreva o seu trabalho: _____					
Faça um círculo no número 0, 1 ou 2 ao lado dos itens de A a I que melhor descreve a sua experiência de trabalho nos últimos seis meses :					
0 = Falso 1 = Verdadeiro em parte ou algumas vezes 2 = Verdadeiro ou frequentemente verdadeiro					
0 1 2	A. Trabalho bem com os outros.	0 1 2	F. Faço coisas que podem causar a perda do meu emprego.		
0 1 2	B. Tenho problemas de relacionamento com patrões ou chefes.	0 1 2	G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias.		
0 1 2	C. Faço bem o meu trabalho.	0 1 2	H. Meu trabalho é muito estressante.		
0 1 2	D. Tenho problemas para terminar minhas tarefas profissionais.	0 1 2	I. Eu me preocupo muito com o meu trabalho.		
0 1 2	E. Estou satisfeito com a minha situação profissional.				
V – ESTUDO: Em algum momento, nos últimos seis meses , você frequentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?					
<input type="checkbox"/> Não – por favor, salte as demais questões e vá para a seção VI					
<input type="checkbox"/> Sim – que tipo de escola ou programa? _____					
Que tipo de diploma ou certificado você almeja? _____ Ênfase? _____					
Quando você espera obter seu diploma ou certificado? _____					
Faça um círculo no número 0, 1 ou 2 ao lado dos itens de A a E que melhor descreve a sua experiência de estudos nos últimos seis meses :					
0 = Falso 1 = Verdadeiro em parte ou algumas vezes 2 = Verdadeiro ou frequentemente verdadeiro					
0 1 2	A. Dou-me bem com meus colegas.	0 1 2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional.		
0 1 2	B. Consigo os resultados para os quais tenho capacidade.	0 1 2	E. Faço coisas que podem fazer com que eu fracasse.		
0 1 2	C. Tenho problemas para terminar minhas tarefas escolares.				
VI – Você tem alguma doença, deficiência ou inaptidão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – por favor, descreva:					
VII – Por favor, descreva suas preocupações ou angústias sobre sua família, trabalho, educação e outras coisas.					
<input type="checkbox"/> Não tenho preocupações.					
VIII – Por favor, descreva suas melhores qualidades.					

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

IX – Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor, marque com um círculo o número 0, 1 ou 2 que melhor descreve você **neste momento ou nos últimos seis meses**. Por favor, responda a todas as afirmações, mesmo que algumas delas pareçam não se aplicar a você.

0 = Falsa 1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes 2 = Verdadeira ou freqüentemente verdadeira

0	1	2	1. Ando muito esquecido.	0	1	2	37. Eu me meto em muitas brigas.
0	1	2	2. Uso bem as oportunidades que me aparecem	0	1	2	38. Minhas relações com meus vizinhos deixam a desejar.
0	1	2	3. Eu discuto muito.	0	1	2	39. Ando com gente que se mete em confusão.
0	1	2	4. Trabalho até ao limite da minha habilidade (dou tudo o que tenho).	0	1	2	40. Ouço sons e vozes que outras pessoas pensam que não existem (descreva): _____
0	1	2	5. Culpo os outros por meus problemas.	0	1	2	41. Sou impulsivo ou ajo sem pensar.
0	1	2	6. Uso drogas (exceto álcool ou nicotina) para finalidades não medicinais (descreva): _____	0	1	2	42. Prefiro ficar sozinho do que na companhia de outras pessoas.
0	1	2	7. Gosto de “me mostrar”, de contar vantagem	0	1	2	43. Eu minto ou engano os outros.
0	1	2	8. Tenho problemas para me concentrar ou prestar atenção em algo por muito tempo.	0	1	2	44. Eu me sinto sobrecarregado pelas minhas responsabilidades.
0	1	2	9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça (descreva): _____	0	1	2	45. Sou nervoso ou tenso.
0	1	2	10. Para mim é difícil sentar e ficar quieto.	0	1	2	46. Partes do meu corpo estremecem ou fazem movimentos nervosos (descreva): _____
0	1	2	11. Sou muito dependente dos outros	0	1	2	47. Falta-me confiança em mim mesmo.
0	1	2	12. Sinto-me só	0	1	2	48. Não sou querido pelos outros.
0	1	2	13. Sinto-me confuso/a ou como se não conseguisse ver as coisas com clareza.	0	1	2	49. Posso fazer certas coisas melhor do que outras pessoas.
0	1	2	14. Choro muito.	0	1	2	50. Sou muito medroso ou ansioso.
0	1	2	15. Sou bastante honesto.	0	1	2	51. Sinto-me tonto ou com a cabeça oca.
0	1	2	16. Sou mau para os outros.	0	1	2	52. Eu me sinto muito culpado.
0	1	2	17. Devaneio muito (fico no “mundo da lua”).	0	1	2	53. Tenho problemas em planejar para o futuro.
0	1	2	18. Deliberadamente, tento me machucar.	0	1	2	54. Sinto-me cansado sem razão.
0	1	2	19. Faço coisas para atrair a atenção das pessoas.	0	1	2	55. Meu humor oscila entre entusiasmo e depressão.
0	1	2	20. Eu destruo ou estrago minhas coisas.				56. Tenho problemas físicos sem uma causa médica conhecida.
0	1	2	21. Eu destruo ou estrago coisas dos outros.	0	1	2	a. dores (exceto na cabeça ou no estômago).
0	1	2	22. Sou muito preocupado pelo meu futuro.	0	1	2	b. Dores de cabeça.
0	1	2	23. Não obedeco as regras no meu trabalho ou em outros lugares.	0	1	2	c. Enjôo, vontade de vomitar.
0	1	2	24. Não me alimento tão bem quanto deveria.	0	1	2	d. Problemas na vista (não considere se corrigidos por óculos) (descreva): _____
0	1	2	25. Não me dou bem com as pessoas.	0	1	2	e. Erupções ou outros problemas de pele.
0	1	2	26. Não me sinto culpado depois de fazer algo que não devia.	0	1	2	f. Dores de estômago.
0	1	2	27. Tenho ciúme dos outros.	0	1	2	g. Tenho vômitos.
0	1	2	28. Não me dou bem com minha família.	0	1	2	h. Coração disparado ou batendo forte.
0	1	2	29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____	0	1	2	i. Partes do corpo entorpecidas ou com dormências.
0	1	2	30. Minhas relações com o sexo oposto deixam a desejar.	0	1	2	57. Agrido as pessoas fisicamente.
0	1	2	31. Tenho medo de que eu possa pensar ou fazer alguma coisa ruim.	0	1	2	58. Belisco minha pele ou outras partes do meu corpo (descreva): _____
0	1	2	32. Sinto que preciso ser perfeito.	0	1	2	59. Fracasso em terminar as coisas que devo fazer.
0	1	2	33. Sinto que ninguém me ama.	0	1	2	60. Existem bem poucas coisas que me dão prazer.
0	1	2	34. Sinto que as pessoas querem me prejudicar.	0	1	2	61. Meu desempenho no trabalho deixa a desejar.
0	1	2	35. Sinto-me sem valor ou inferior.	0	1	2	62. Sou meio desajeitado ou sem coordenação.
0	1	2	36. Eu me machuco muito acidentalmente.				

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

0 = Falsa			1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes			2 = Verdadeira ou frequentemente verdadeira		
0	1	2	63. Prefiro a companhia de pessoas mais velhas do que a de pessoas da minha idade.	0	1	2	93. Falo demais.	
0	1	2	64. Tenho dificuldades para estabelecer prioridades.	0	1	2	94. Eu chateio muito os outros (faço brincadeiras “sem graça”).	
0	1	2	65. Recuso-me a falar.	0	1	2	95. Tenho “pavio curto” ou estouro com facilidade.	
0	1	2	66. Fico repetindo certos comportamentos sem parar (descreva): _____	0	1	2	96. Penso muito sobre sexo.	
0	1	2	67. Tenho dificuldades para fazer ou manter amigos.	0	1	2	97. Ameaço ferir as pessoas.	
0	1	2	68. Eu grito muito.	0	1	2	98. Gosto de ajudar os outros.	
0	1	2	69. Tenho segredos ou guardo as coisas para mim mesmo.	0	1	2	99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar muito tempo.	
0	1	2	70. Vejo coisas que as outras pessoas pensam que não existem (descreva): _____	0	1	2	100. Tenho dificuldades para dormir (descreva): _____	
0	1	2	71. Presto muita atenção em mim mesmo ou fico facilmente envergonhado/a.	0	1	2	101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias.	
0	1	2	72. Preocupo-me com minha família.	0	1	2	102. Falta-me energia.	
0	1	2	73. Cumpro minhas responsabilidades para com minha família.	0	1	2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido.	
0	1	2	74. Fico me mostrando ou fazendo palhaçadas.	0	1	2	104. Sou uma pessoa mais barulhenta do que as demais.	
0	1	2	75. Sou muito tímido ou envergonhado.	0	1	2	105. As pessoas pensam que sou desorganizado.	
0	1	2	76. Comporto-me irresponsavelmente.	0	1	2	106. Procuro ser justo com as pessoas.	
0	1	2	77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0	1	2	107. Sinto que vou fracassar.	
0	1	2	78. Tenho dificuldades para tomar decisões.	0	1	2	108. Tenho tendência a perder as coisas.	
0	1	2	79. Tenho um problema na fala (descreva): _____	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas.	
0	1	2	80. Defendo os meus direitos.	0	1	2	110. Desejaria ser do sexo oposto.	
0	1	2	81. Meu comportamento varia muito.	0	1	2	111. Evito me envolver com pessoas.	
0	1	2	82. Eu roubo.	112. Eu sou muito preocupado.				
0	1	2	83. Facilmente fico aborrecido.	0	1	2	113. Preocupam-me minhas relações com o sexo oposto.	
0	1	2	84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreva): _____	0	1	2	114. Às vezes deixo de pagar minhas contas ou cumprir outras obrigações financeiras.	
0	1	2	85. Tenho pensamentos que as outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____	0	1	2	115. Sinto-me “sem lugar” ou incomodado.	
0	1	2	86. Sou teimoso, rabugento/a ou irritado/a.	0	1	2	116. Eu me aborreço com muita facilidade.	
0	1	2	87. Meu estado de humor e meus sentimentos mudam de repente.	0	1	2	117. Tenho problemas para controlar meu dinheiro ou cartão de crédito.	
0	1	2	88. Gosto de estar com as pessoas.	0	1	2	118. Sou muito impaciente.	
0	1	2	89. Eu mergulho de cabeça nas coisas, sem considerar riscos.	0	1	2	119. Não tenho muita atenção com detalhes.	
0	1	2	90. Bebo muito ou fico bêbado (álcool).	0	1	2	120. Dirijo em alta velocidade.	
0	1	2	91. Penso em me matar.	0	1	2	121. Tenho tendência a me atrasar nos compromissos.	
0	1	2	92. Faço coisas que podem me trazer problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	122. Tenho dificuldades para manter o emprego.	
ESPAÇO RESERVADO – NÃO PREENCHA				0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz.	
Ini: Fin: Tot: Esc: Obr:				124. Nos últimos seis meses, quantas vezes por dia você usou tabaco? _____ vezes por dia.				
				126. Nos últimos seis meses, quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (incluindo maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina). _____				
				Aux				
				0 – 5 <input type="checkbox"/>				
				6 – 10 <input type="checkbox"/>				
				> 10 <input type="checkbox"/>				

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens.

**ANEXO 1 B - Lista de verificação comportamental para adultos - Informante
ADULTOS ENTRE 18-59 ANOS**

NOME COMPLETO DO ADULTO			TIPO DE TRABALHO, mesmo que ele/a não esteja trabalhando neste momento. Por favor, seja específico, como por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, médico ginecologista, estudante (indique o que está estudando e que curso pretende finalizar). TRABALHO DO ADULTO: _____
SEXO DO ADULTO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	IDADE DO ADULTO	RAÇA OU ETNIA	
DATA DE HOJE Dia: Mês: Ano:		ADULTO NASCIDO À Dia: Mês: Ano:	TRABALHO DO/A ESPOSO/A OU COMPANHEIRO/A: _____
QUAL SUA RELAÇÃO COM O ADULTO? <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Companheiro/a <input type="checkbox"/> Outra (especifique): _____			MARQUE COM UM "X" O QUADRO CORRESPONDENTE À ESCOLARIDADE MÁXIMA DO ADULTO: <input type="checkbox"/> Nenhuma escolarização <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> ou 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> Outra (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo
Por favor, responda este formulário de acordo com as suas opiniões , mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais no verso destas folhas. Assegure-se de responder todos os itens.			
III. AMIZADES			
D. Quantos amigos próximos (chegados) ele/a tem? (não inclua pessoas da família) <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais			
E. Em média, quantas vezes por mês ele/a tem contato com qualquer um destes amigos próximos? (inclua contatos pessoais, telefonemas, cartas, e-mails). <input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais			
F. Ele/a se dá bem com estes amigos próximos? <input type="checkbox"/> Não tanto quando desejável <input type="checkbox"/> Na média <input type="checkbox"/> Acima da média <input type="checkbox"/> Bem acima da média			
D. Em média, quantas vezes por mês ele/a é visitado por um destes amigos ou pessoas da sua família? <input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais			
IV. ESPOSO/a OU COMPANHEIRO/a			
Qual o estado civil dele/a? (Considere <i>casamento</i> qualquer tipo de união estável: co-habitação por mais de um ano) <input type="checkbox"/> Nunca se casou ou teve um companheiro/a estável <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado, mas separado do esposo/a ou companheiro/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Casado e vivendo com o esposo/a ou companheiro/a			
Em algum momento, nos últimos seis meses , ele/ela viveu com o esposo/a ou companheiro/a? <input type="checkbox"/> Não – por favor, salte as demais questões e vá para a página 2. <input type="checkbox"/> Sim – Faça um círculo no número 0, 1 ou 2 ao lado dos itens de A a H que melhor descreve a relação dele/dela nos últimos seis meses: 0 = Falso 1 = Verdadeiro em parte ou algumas vezes 2 = Verdadeiro ou frequentemente verdadeiro			
0 1 2 A. Ele/a se dá bem com o esposo/a ou companheiro/a.	0 1 2 E. O esposo/a ou companheiro/a e ele/a têm desacordos sobre a maneira que vivem, tal como onde moram, etc.		
0 1 2 B. Ele/a tem problemas com o esposo/a ou companheiro/a na divisão de tarefas.	0 1 2 F. Ele/a tem problemas com o esposo/a ou companheiro/a ou com a família dele/a.		
0 1 2 C. Ele/a está satisfeito/a com o esposo/a ou companheiro/a.	0 1 2 G. Ele/a gosta dos amigos do seu esposo/a ou companheiro/a.		
0 1 2 D. O esposo/a ou companheiro/a e ele/a gostam das mesmas atividades.	0 1 2 H. O comportamento do seu esposo/a ou companheiro/a o/a incomoda.		

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

III. Ele/a tem alguma doença, deficiência ou inaptidão? Não Sim – por favor, descreva.

IV – Por favor, descreva quaisquer preocupações que você tenha sobre ele/a Não tenho preocupações.

V – Por favor, descreva a melhores qualidades que ele/a tem:

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

VI – Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor, decida se ela é ou tem sido verdadeira para o adulto/a nos últimos seis meses. A seguir, marque com um círculo o número 0, 1 ou 2 que descreve o adulto. Responda todos os itens o melhor que puder, mesmo que alguns deles pareçam não se aplicar ao adulto/a.

0 = Falsa 1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes 2 = Verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	1. Ele/a é muito esquecido/a.	0	1	2	37. Mete-se em muitas brigas.
0	1	2	2. Usa bem as oportunidades que lhe aparecem	0	1	2	38. Suas relações com os vizinhos deixam a desejar.
0	1	2	3. Discute muito.	0	1	2	39. Anda com gente que se mete em confusão.
0	1	2	4. Trabalha até ao limite da habilidade que tem (dá tudo o que tem).	0	1	2	40. Ouve sons e vozes que não existem (descreva): _____
0	1	2	5. Culpa os outros por seus próprios problemas.	0	1	2	41. É impulsivo/a ou age sem pensar.
0	1	2	6. Usa drogas (não considere álcool ou nicotina) para finalidades não medicinais (descreva): _____	0	1	2	42. Prefere mais ficar sozinho do que na companhia de outras pessoas.
0	1	2	7. Gosta de “se mostrar”, contar vantagem.	0	1	2	43. Mentira ou engana os outros.
0	1	2	8. Não consegue se concentrar ou prestar atenção em algo por muito tempo.	0	1	2	44. Sente-se sobrecarregado/a pelas responsabilidades.
0	1	2	9. Não consegue tirar da cabeça certos pensamentos (descreva): _____	0	1	2	45. É nervoso/a, irritado/a ou tenso/a.
0	1	2	10. Tem dificuldades sentar e ficar quieto.	0	1	2	46. Tem movimentos ou estremecimentos nervosos (descreva): _____
0	1	2	11. É muito dependente dos outros	0	1	2	47. Falta-lhe confiança em si mesmo.
0	1	2	12. Queixa-se de solidão	0	1	2	48. Não é querido/a pelos outros.
0	1	2	13. É confuso ou parece não ter clareza para ver as coisas.	0	1	2	49. Pode fazer certas coisas melhor do que outras pessoas.
0	1	2	14. Chora muito.	0	1	2	50. É muito medroso/a ou ansioso/a.
0	1	2	15. É bastante honesto/a.	0	1	2	51. Sente-se tonto/a ou com a cabeça oca.
0	1	2	16. Mostra crueldade, maldade, provoca os outros	0	1	2	52. Sente-se muito culpado/a.
0	1	2	17. Devaneia muito ou parece ficar perdido nos seus pensamentos (“no mundo da lua”).	0	1	2	53. Tem problemas em planejar para o futuro.
0	1	2	18. Deliberadamente, tenta se machucar ou tenta suicídio.	0	1	2	54. Sente-se cansado/a sem razão.
0	1	2	19. Exige muita atenção.	0	1	2	55. Seu humor oscila entre entusiasmo e depressão.
0	1	2	20. Destroí ou estraga suas coisas.	0	1	2	56. Problemas físicos sem uma causa médica conhecida:
0	1	2	21. Destroí ou estraga coisas dos outros.	0	1	2	a. dores (exceto na cabeça ou no estômago).
0	1	2	22. Angustia-se pelo o futuro.	0	1	2	b. Dores de cabeça.
0	1	2	23. Não obedece as regras no trabalho ou em outros lugares.	0	1	2	c. Náusea, vontade de vomitar.
0	1	2	24. Não se alimenta bem.	0	1	2	d. Problemas na vista (não considere se corrigidos por óculos) (descreva): _____
0	1	2	25. Não se dá bem com as pessoas.	0	1	2	e. Erupções ou outros problemas de pele.
0	1	2	26. Parece não se sentir culpado/a depois de fazer algo que não devia.	0	1	2	f. Dores de estômago.
0	1	2	27. Facilmente fica enciumado/a.	0	1	2	g. Vômitos.
0	1	2	28. Não se dá bem com a família.	0	1	2	57. Agride fisicamente as pessoas.
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____	0	1	2	58. Belisca (arranca) a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	30. Suas relações com o sexo oposto deixam a desejar.	0	1	2	59. Não consegue terminar as coisas que deve fazer.
0	1	2	31. Tem medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa ruim.	0	1	2	60. Existem bem poucas coisas que lhe dão prazer.
0	1	2	32. Sente que precisa ser perfeito.	0	1	2	61. Seu desempenho no trabalho deixa a desejar.
0	1	2	33. Sente ou se queixa de que ninguém o/a ama.	0	1	2	62. É meio desajeitado/a ou sem coordenação.
0	1	2	34. Sente que as pessoas querem prejudicá-lo/a.				
0	1	2	35. Sente-se sem valor ou inferior.				
0	1	2	36. Machuca-se muito, tende a ter acidentes.				

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

0 = Falsa			1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes			2 = Verdadeira ou freqüentemente verdadeira		
0	1	2	63. Prefere a companhia de pessoas mais velhas do que pessoas da sua idade.	0	1	2	93. Fala muito.	
0	1	2	64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades.	0	1	2	94. Faz muitas brincadeiras sem graça com os outros	
0	1	2	65. Recusa-se a falar.	0	1	2	95. Tem temperamento forte ou dá "piti" nervoso.	
0	1	2	66. Fica repetindo certos comportamentos sem parar (descreva): _____	0	1	2	96. É passivo/a ou sem iniciativa.	
0	1	2	67. Tem dificuldades para fazer ou manter amigos.	0	1	2	97. Ameaça ferir as pessoas.	
0	1	2	68. Grita muito.	0	1	2	98. Gosta de ajudar os outros.	
0	1	2	69. É cheio/a de segredos ou guarda as coisas para si mesmo/a.	0	1	2	99. Não gosta de ficar em um mesmo lugar muito tempo.	
0	1	2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva): _____	0	1	2	100. Tem dificuldades para dormir (descreva): _____	
0	1	2	71. Presta muita atenção nele/a mesmo/a ou fica facilmente envergonhado/a.	0	1	2	101. Falta ao trabalho, mesmo quando não esta doente ou de férias.	
0	1	2	72. Angustia-se por sua família.	0	1	2	102. Falta-lhe energia ou é lento.	
0	1	2	73. Cumpre suas responsabilidades para com a sua família.	0	1	2	103. É infeliz, triste ou deprimido/a.	
0	1	2	74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas.	0	1	2	104. É mais barulhento do que os demais.	
0	1	2	75. É muito tímido/a ou envergonhado/a.	0	1	2	105. É desorganizado/a.	
0	1	2	76. Comporta-se irresponsavelmente.	0	1	2	106. Tenta ser justo/a com as pessoas.	
0	1	2	77. Dorme mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0	1	2	107. Sente que ele/ela não terá sucesso.	
0	1	2	78. Tem dificuldades para tomar decisões.	0	1	2	108. Tem tendência a perder as coisas.	
0	1	2	79. Tem problemas na fala (descreva) _____	0	1	2	109. Gosta de experimentar coisas novas.	
0	1	2	80. Fica "olhando para o nada".	0	1	2	110. Toma boas decisões	
0	1	2	81. Seu comportamento varia muito.	0	1	2	111. É retraído/a, não se envolve com os outros.	
0	1	2	82. Rouba.	0	1	2	112. É muito preocupado/a.	
0	1	2	83. Fica facilmente aborrecido/a.	0	1	2	113. Fica amuado/a freqüentemente.	
0	1	2	84. Faz coisas estranhas (descreva): _____	0	1	2	114. Deixa de pagar suas contas ou cumprir com outras obrigações financeiras.	
0	1	2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____	0	1	2	115. Fica "sem lugar" ou é inquieto/a.	
0	1	2	86. É teimoso/a, rabugento/a ou irritado/a.	0	1	2	116. Fica aborrecido/a com muita facilidade.	
0	1	2	87. Seu estado de humor e sentimentos muda de repente.	0	1	2	117. Tem problemas para controlar seu dinheiro ou cartão de crédito.	
0	1	2	88. Gosta de estar com as pessoas.	0	1	2	118. É muito impaciente.	
0	1	2	89. Mergulha de cabeça nas coisas sem considerar riscos.	0	1	2	119. Ele/ela não dá atenção aos detalhes.	
0	1	2	90. Bebe muito ou fica bêbado/a (álcool).	0	1	2	120. Dirige em alta velocidade.	
0	1	2	91. Fala em se matar.	0	1	2	121. Tende a se atrasar nos compromissos.	
0	1	2	92. Faz coisas que podem lhe trazer problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	122. Tem dificuldades para manter um emprego.	
ESPAÇO RESERVADO – NÃO PREENCHA				124. Nos últimos seis meses, quantas vezes por dia ele/a usou tabaco? _____ vezes por dia.				
Ini: Aux				125. Nos últimos seis meses, quantos dias ficou bêbado/a? __ dias.				
Fin: 0 – 5 <input type="checkbox"/>				126. Nos últimos seis meses, quantos dias ele/ela usou drogas para fins não medicinais (incluindo maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina). _____				
Tot: 6 – 10 <input type="checkbox"/>								
Esc: > 10 <input type="checkbox"/>								
Obr:								

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens.

ANEXO 1 C - Lista de verificação comportamental para adolescentes – Auto-aplicação
ADOLESCENTES DE 11-18 ANOS

SEU NOME COMPLETO			TIPO DE TRABALHO HABITUAL DOS SEUS PAIS, mesmo que eles não estejam trabalhando neste momento. Por favor, seja específico, por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, médico ginecologista, etc. TRABALHO DO PAI: _____ TRABALHO DA MÃE: _____							
SEU GÊNERO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM		IDADE	RAÇA OU ETNIA							
DATA DE HOJE Dia: Mês: Ano:		SEU NASCIMENTO: Dia: Mês: Ano:			Por favor, responda este formulário de acordo com as suas opiniões , mesmo que outras pessoas possam não concordar. Você pode escrever quaisquer comentários adicionais no verso destas folhas ou nos espaços nas páginas 2 e 4. SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO MOSTRADAS PARA NINGUÉM SEM SUA AUTORIZAÇÃO. Assegure-se de responder todos os itens.					
ESCOLARIDADE: (especifique ano e curso): _____ <input type="checkbox"/> - Não freqüente escola										
Se você estiver trabalhando, por favor, descreva o tipo de trabalho que você faz:										
I. Por favor, liste os esportes que você mais gosta de praticar (por exemplo, natação, futebol, pesca, skate, bicicleta, etc.) <input type="checkbox"/> Nenhum a) _____ b) _____ c) _____			Em comparação com os outros da sua idade, quanto tempo você aproximadamente pratica cada um?			Em comparação com os outros da sua idade, em que grau você consegue se sair bem em cada um?				
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Por favor, liste os seus passatempos, atividades e jogos favoritos que não sejam esportes. Por exemplo, livros, instrumento musical, computador, carros, dança, etc. (não inclua ouvir rádio ou TV). <input type="checkbox"/> Nenhum a) _____ b) _____ c) _____			Em comparação com outros da sua idade, quanto tempo você aproximadamente pratica cada um?			Em comparação com outros da sua idade, em que grau você consegue se sair bem em cada um?				
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Por favor, liste quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos dos quais você participa: <input type="checkbox"/> Nenhum a) _____ b) _____ c) _____			Em comparação com outros da sua idade, em que grau você é ativo/a em cada um?							
					Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
V. Por favor, liste quaisquer empregos ou tarefas em casa que você tenha. Por exemplo, lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (inclua tanto trabalhos pagos como não pagos). <input type="checkbox"/> Nenhum a) _____ b) _____ c) _____			Em comparação com outros da sua idade, em que grau consegue desempenhá-las bem?							
					Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

V. 1. Quantos amigos íntimos (chegados) você tem (não inclua irmãos e irmãs)? <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais				
2. Mais ou menos, quantas vezes por semana você brinca/ relaciona com seus amigos fora do horário de escola (não inclua irmãos e irmãs)? <input type="checkbox"/> Menos que 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais				
VI. Em comparação com outros da sua idade, até que ponto você:				
<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos ou irmãs				
	Pior que a média	Próximo da média	Melhor que a média	
a) Se relaciona bem com os seus irmãos/ irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Se relaciona bem com os outros da sua idade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Comporta-se bem com relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue arranjar coisas fazer para fazer sozinho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VII – Desempenho escolar. <input type="checkbox"/> Eu não freqüento à escola porque (descreva):				
(Outra: outras matérias (especifique) – por exemplo, computação, língua estrangeira. Não inclua educação física, educação no trânsito, etc.).				
	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou estudos sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem alguma doença, deficiência ou inaptidão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – descreva				
Por favor, descreva qualquer preocupação ou problema que você tenha na escola.				
Por favor, descreva qualquer outra preocupação ou problema que você tenha.				
Por favor, descreva as melhores qualidades que você tem.				

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

VIII – Abaixo, está uma lista de afirmações que descrevem pessoas da sua idade. Para cada afirmação que descreva você NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTENTE VERDADEIRA em relação a você. Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES OU EM PARTE VERDADEIRA em relação a você. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA em relação a você, trace um círculo à volta do 0.

0 = NÃO É VERDADEIRA

1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA

2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0	1	2	1. Eu me comporto de maneira muito infantil para a minha idade.	0	1	2	33. Penso que ninguém gosta de mim.
0	1	2	2. Tomo bebidas alcoólicas sem a aprovação dos meus pais (descreva): _____	0	1	2	34. Acho que os outros estão “armando” para mim ou me perseguem.
0	1	2	3. Discuto muito.	0	1	2	35. Acho que sou pior do que os outros.
0	1	2	4. Não termino as coisas que começo.	0	1	2	36. Eu me machuco muito, sem querer.
0	1	2	5. Existem poucas que me dão prazer.	0	1	2	37. Eu me meto em muitas brigas.
0	1	2	6. Gosto de animais.	0	1	2	38. As pessoas riem (gozam) de mim.
0	1	2	7. Gosto de aparecer, de contar vantagem.	0	1	2	39. Ando com companheiros que se metem em confusão.
0	1	2	8. Não consigo me concentrar ou ficar atento/a por muito tempo.	0	1	2	40. Ouço sons ou vozes que as pessoas pensam que não existem (descreva): _____
0	1	2	9. Não consigo tirar da cabeça certos pensamentos (descreva): _____	0	1	2	41. Eu ajo sem parar para pensar.
0	1	2	10. Tenho dificuldades para ficar sentado quieto.	0	1	2	42. Prefiro ficar sozinho do que com outros.
0	1	2	11. Sou muito dependente dos adultos.	0	1	2	43. Minto ou engano os outros.
0	1	2	12. Eu me sinto sozinho/a.	0	1	2	44. Rôo minhas unhas.
0	1	2	13. Eu me sinto confuso/a ou parece que não entendo as coisas com clareza.	0	1	2	45. Sou nervoso/a ou tenso/a.
0	1	2	14. Choro muito.	0	1	2	46. Tenho movimentos ou estremecimentos nervosos (descreva): _____
0	1	2	15. Sou bastante honesto.	0	1	2	47. Tenho pesadelos.
0	1	2	16. Faço maldade com os outros.	0	1	2	48. As pessoas da minha idade não gostam de mim.
0	1	2	17. “Sonho acordado/a” ou me perco em meus pensamentos (fico no “mundo da lua”).	0	1	2	49. Tem coisas que faço melhor do que as pessoas da minha idade.
0	1	2	18. Tento me machucar de propósito ou tento me matar.	0	1	2	50. Sou muito medroso/a ou ansioso/a.
0	1	2	19. Faço força para chamar atenção.	0	1	2	51. Fico tonto ou com a cabeça oca.
0	1	2	20. Destruo ou estrago minhas coisas.	0	1	2	52. Sente-se muito culpado/a.
0	1	2	21. Destruo objetos de outras pessoas.	0	1	2	53. Como muito.
0	1	2	22. Desobedeço meus pais.	0	1	2	54. Sento-me cansado/a sem motivo.
0	1	2	23. Sou desobediente na escola.	0	1	2	55. Tenho excesso de peso.
0	1	2	24. Não me alimento tanto quanto deveria.				
0	1	2	25. Não me dou bem com as outras crianças / adolescentes.				
0	1	2	26. Não me sento culpado/a depois de aprontar (me comportar mal).				
0	1	2	27. Sinto ciúme dos outros.				
0	1	2	28. Desobedeço as regras em casa, na escola ou em outro lugar.				
0	1	2	29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares, exceto a escola (descreva): _____				
0	1	2	30. Tenho medo de ir à escola.				
0	1	2	31. Tenho medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa ruim.				
0	1	2	32. Penso que tenho que ser perfeito.				
							56. Problemas físicos sem uma causa médica conhecida:
				0	1	2	a. Sofrimentos ou dores (exceto na cabeça ou no estômago).
				0	1	2	b. Dores de cabeça.
				0	1	2	c. Enjôo, vontade de vomitar.
				0	1	2	d. Problemas na vista (não considere se corrigidos por óculos) (descreva): _____
				0	1	2	e. Erupções ou outros problemas de pele.
				0	1	2	f. Dores de estômago ou cólicas.
				0	1	2	g. Vômitos.
				0	1	2	h. Outros (descreva-os) _____

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

0 = Falsa	1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes	2 = Verdadeira ou freqüentemente verdadeira	
0	1	2	57. Ataco fisicamente as pessoas.
0	1	2	58. Tiro (arranco) pele, coisas do nariz e de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59. Posso ser bastante simpático.
0	1	2	60. Gosto de tentar fazer coisas novas.
0	1	2	61. Meus trabalhos escolares são fracos.
0	1	2	62. Sou desastrado/a ou não tenho coordenação.
0	1	2	63. Prefiro lidar com pessoas mais velhas.
0	1	2	64. Prefiro lidar com pessoas mais novas.
0	1	2	65. Recuso-me a falar.
0	1	2	66. Fico repetindo certos comportamentos sem parar (descreva): _____
0	1	2	67. Fujo de casa.
0	1	2	68. Grito muito.
0	1	2	69. Sou cheio/a de segredos ou guardo as coisas para mim mesmo/a.
0	1	2	70. Vejo coisas que os outros falam que não estão presentes (descreva): _____
0	1	2	71. Presto muita atenção em mim mesmo/a ou fico facilmente envergonhado/a.
0	1	2	72. Ponho fogo nas coisas.
0	1	2	73. Minha habilidade manual é boa.
0	1	2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas.
0	1	2	75. Sou muito tímido/a ou envergonhado/a.
0	1	2	76. Durmo menos do que a maioria das pessoas da minha idade.
0	1	2	77. Durmo mais do que a maioria das pessoas da minha idade durante o dia e/ou à noite (descreva): _____
0	1	2	78. Sou desatento/a ou facilmente me distraio.
0	1	2	79. Tenho problemas na fala (descreva) _____
0	1	2	80. Eu defendo os meus direitos.
0	1	2	81. Roubo coisas em casa.
0	1	2	82. Roubo coisas fora de casa.
0	1	2	83. Guardo muitas coisas de que não preciso (descreva): _____
ESPAÇO RESERVADO – NÃO PREENCHA			
Ini:			
Fin:		Aux	
Tot:		0 – 5	<input type="checkbox"/>
Esc:		6 – 10	<input type="checkbox"/>
Obr:		> 10	<input type="checkbox"/>
0	1	2	84. Faço coisas que os outros acham estranhas (descreva): _____
0	1	2	85. Tenho idéias que os outros acham estranhas (descreva): _____
0	1	2	86. Sou teimoso/a.
0	1	2	87. Meu estado de humor ou meus sentimentos mudam de repente (alegre/ triste).
0	1	2	88. Gosto da companhia das pessoas.
0	1	2	89. Sou desconfiado/a.
0	1	2	90. Falo palavrões.
0	1	2	91. Penso em me matar.
0	1	2	92. Gosto de fazer as pessoas rirem.
0	1	2	93. Falo muito.
0	1	2	94. Faço gozações e brincadeiras com os outros
0	1	2	95. Tenho temperamento forte ou estouro fácil.
0	1	2	96. Penso muito em sexo.
0	1	2	97. Ameaço as pessoas.
0	1	2	98. Gosto de ajudar os outros.
0	1	2	99. Uso nicotina (em qualquer forma)
0	1	2	100. Tenho problemas para dormir (descreva): _____
0	1	2	101. Mato aula ou falto à escola.
0	1	2	102. Não tenho muita energia.
0	1	2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido/a.
0	1	2	104. Faço mais barulho do que os demais da minha idade.
0	1	2	105. Uso drogas sem ser para tratamento médico (exceto álcool ou nicotina) (descreva) _____
0	1	2	106. Gosto de ser justo com os outros.
0	1	2	107. Gosto de ouvir uma boa piada.
0	1	2	108. Gosto de levar a vida numa boa (sem me estressar).
0	1	2	109. Tento ajudar os outros quando posso.
0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto.
0	1	2	111. Evito me envolver com as pessoas.
0	1	2	112. Sou muito preocupado/a.
			113. Outras coisas que faço/ sou/ penso e que não foram mencionados acima, mas que acho importantes ou que me incomodam:
0	1	2	
0	1	2	
0	1	2	

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens.

ANEXO 1 D - Lista de verificação comportamental para adolescentes - Informante
CRIANÇAS / ADOLESCENTES DE 6-18 ANOS

NOME DA CRIANÇA/ ADOLESCENTE			TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que eles não estejam trabalhando neste momento. Por favor, seja específico, por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, médico ginecologista, etc. TRABALHO DO PAI: _____ TRABALHO DA MÃE: _____			
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	IDADE	RAÇA OU ETNIA				
DATA DE HOJE Dia: Mês: Ano:		CRIANÇA NASCIDA À Dia: Mês: Ano:				
ESCOLARIDADE: (especifique ano e curso): _____						
<input type="checkbox"/> - Não freqüenta escola						
Por favor, responda este formulário de acordo com as suas opiniões , mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais no verso destas folhas. Assegure-se de responder todos os itens.			Seu sexo: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM Sua relação com a criança/ adolescente: <input type="checkbox"/> Pai/ mãe biológico/a <input type="checkbox"/> - Padrasto/ madrasta <input type="checkbox"/> Pai/ mãe adotivo/a <input type="checkbox"/> - Avô/ avó <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> - Outro (Especifique): _____			
LISTA PREENCHIDA POR (seu nome completo): _____						
I. Por favor, liste os esportes que ele/a mais gosta de praticar (por ex., natação, futebol, pescaria, skate, bicicleta, etc.) <input type="checkbox"/> Nenhum			Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?		Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?	
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Por favor, liste os passatempos, atividades e jogos favoritos dele/a que não sejam esportes. Por exemplo, selos, bonecas, livros, trabalhos manuais, cantar, etc. (não inclua ouvir rádio ou ver TV). <input type="checkbox"/> Nenhum			Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?		Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?	
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Por favor, liste quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos a que ele/a pertença: <input type="checkbox"/> Nenhum			Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade em que grau é ativo/a em cada um?			
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Por favor, liste quaisquer empregos ou tarefas dele/a. Por exemplo, lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (inclua tanto trabalhos pagos como não pagos). <input type="checkbox"/> Nenhum			Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-las bem?			
			Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
a) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

<p>V. 1. Ele/a tem aproximadamente quantos amigos íntimos? <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais</p> <p>2. Ele/a tem atividades com os amigos fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana (não inclua irmãos e irmãs)? <input type="checkbox"/> Menos que 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais</p>				
<p>VI. Em comparação com outras crianças/ adolescentes da mesma idade, até que ponto:</p>				
<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs	Pior que a média	Próximo da média	Melhor que a média	
a) Consegue se relacionar adequadamente com os seus irmãos/ irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Consegue se relacionar adequadamente com as outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue comportar-se adequadamente com relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue se divertir e trabalhar sozinho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>VII – Para crianças com 6 ou mais anos de idade – desempenho em disciplinas escolares (se a criança/ adolescente não vai a escola, indique as razões, por favor). (Outra: outras matérias (especifique) – por exemplo, computação, língua estrangeira. Não inclua educação física, educação no trânsito, etc.).</p>				
	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou estudos sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Ele/a frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – que tipo de escola ou classe?</p>				
<p>3. Ele/a repetiu algum ano? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – qual e por quê?</p>				
<p>4. Ele/a teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Em que série? Descreva-o, por favor.</p>				
<p>Ele/a tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Descreva-a, por favor.</p>				
<p>Qual é a sua maior preocupação em relação a ele/a?</p>				
<p>Por favor, descreva os aspectos mais positivos dele/a:</p>				

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

VIII – Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/ adolescentes. Para cada afirmação que descreva a criança/ adolescente NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTENTE VERDADEIRA em relação a ele/a. Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação a ele/a. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA, trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar a ele/a.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0	1	2	1. Age de maneira muito infantil para a sua idade	0	1	2	32. Acha que precisa ser perfeito.	
0	1	2	2. Toma bebidas alcoólicas sem a aprovação dos seus pais (descreva): _____	0	1	2	33. Sente ou se queixa de que ninguém gosta dele/a.	
0	1	2	3. Discute muito.	0	1	2	34. Sente que os outros o/a perseguem.	
0	1	2	4. Não termina as coisas que começa.	0	1	2	35. Sente ser pior do que os outros.	
0	1	2	5. Existem poucas coisas das quais ele gosta.	0	1	2	36. Machuca-se muito, tende a ter acidentes.	
0	1	2	6. Faz necessidades fora do banheiro.	0	1	2	37. Mete-se em muitas brigas.	
0	1	2	7. Gosta de “se mostrar”, contar vantagem.	0	1	2	38. As pessoas riem (gozam) dele/a.	
0	1	2	8. Não consegue se concentrar ou ficar atento/a por muito tempo.	0	1	2	39. Anda com companheiros que se mete em confusão.	
	0	1	2	9. Não consegue tirar da cabeça certos pensamentos (descreva): _____	0	1	2	40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva) _____
0	1	2	10. Não consegue ficar sentado quieto ou é irrequieto.	0	1	2	41. É impulsivo/a ou age sem pensar.	
0	1	2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente.	0	1	2	42. Prefere ficar sozinho à companhia de outros.	
0	1	2	12. Reclama de estar muito sozinho/a.	0	1	2	43. Mentira ou engana os outros.	
0	1	2	13. Fica confuso/a ou parece que não entende as coisas com clareza.	0	1	2	44. Rói unhas.	
0	1	2	14. Chora muito.	0	1	2	45. É nervoso/a, muito excitado/a ou tenso/a.	
0	1	2	15. É cruel com os animais.	0	1	2	46. Tem movimentos ou estremecimentos nervosos (descreva): _____ _____	
0	1	2	16. Mostra crueldade, maldade ou intimidação para com os outros.	0	1	2	47. Tem pesadelos	
0	1	2	17. “Sonha acordado” ou se perde em seus pensamentos (fica no “mundo da lua”).	0	1	2	48. As outras crianças (adol.) não gostam dele/a.	
0	1	2	18. Deliberadamente, tenta se machucar ou tenta suicídio.	0	1	2	49. Tem prisão de ventre	
0	1	2	19. Exige muita atenção.	0	1	2	50. Tem medo de tudo.	
0	1	2	20. Destroí ou estraga suas coisas.	0	1	2	51. Tem tonturas.	
0	1	2	21. Destroí objetos da sua família ou de outras crianças.	0	1	2	52. Sente-se muito culpado/a.	
0	1	2	22. É desobediente em casa.	0	1	2	53. Come muito.	
0	1	2	23. É desobediente na escola.	0	1	2	54. Sente-se cansado/a sem razão.	
0	1	2	24. Não se alimenta bem.	0	1	2	55. Tem excesso de peso.	
0	1	2	25. Não se dá bem com outras crianças / adolescentes.				56. Problemas físicos sem uma causa médica conhecida:	
0	1	2	26. Parece não se sentir culpado/a depois de se comportar mal.	0	1	2	a. Sofrimentos ou dores (exceto na cabeça ou no estômago).	
0	1	2	27. Sente ciúme com facilidade.	0	1	2	b. Dores de cabeça.	
0	1	2	28. Desobedece as regras em casa, na escola ou em outro lugar.	0	1	2	c. Enjôo, vontade de vomitar.	
	0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, exceto a escola (descreva): _____ _____	0	1	2	d. Problemas na vista (não considere se corrigidos por óculos) (descreva): _____
0	1	2	30. Tem medo de ir à escola.	0	1	2	e. Erupções ou outros problemas de pele.	
0	1	2	31. Tem medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa ruim.	0	1	2	f. Dores de estômago ou cólicas.	
				0	1	2	g. Vômitos.	
				0	1	2	h. Outros (descreva-os) _____ _____	

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

0 = Falsa	1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes	2 = Verdadeira ou frequentemente verdadeira	
0	1	2	57. Ataca fisicamente outras pessoas.
0	1	2	58. Tira (arranca) pele, coisas do nariz e de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público.
0	1	2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais.
0	1	2	61. Seus trabalhos escolares são fracos.
0	1	2	62. É desastrado/a ou falta de coordenação.
0	1	2	63. Prefere brincar/ sair com pessoas mais velhas.
0	1	2	64. Prefere brincar/sair com pessoas mais novas.
0	1	2	65. Recusa-se a falar.
0	1	2	66. Fica repetindo certos comportamentos sem parar (descreva): _____
0	1	2	67. Foge de casa.
0	1	2	68. Grita muito.
0	1	2	69. É cheio/a de segredos ou guarda as coisas para si mesmo/a.
0	1	2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva): _____
0	1	2	71. Presta muita atenção nele/a mesmo/a ou fica facilmente envergonhado/a.
0	1	2	72. Põe fogo nas coisas.
0	1	2	73. Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74. Gosta de se exibir ou fazer palhaçadas.
0	1	2	75. É muito tímido/a ou envergonhado/a.
0	1	2	76. Dorme menos do que a maioria das crianças/ adolescentes.
0	1	2	77. Dorme mais do que a maioria das crianças/ adolescentes durante o dia e/ou à noite (descreva): _____
0	1	2	78. É desatento ou facilmente distraído.
0	1	2	79. Tem problemas na fala (descreva) _____
0	1	2	80. Fica “olhando para o nada”.
0	1	2	81. Rouba coisas em casa.
0	1	2	82. Rouba coisas fora de casa.
0	1	2	83. Acumula coisas de que não precisa (descreva): _____
ESPAÇO RESERVADO – NÃO PREENCHA			
Ini:			
Fin:		Aux	
Tot:		0 – 5	<input type="checkbox"/>
Esc:		6 – 10	<input type="checkbox"/>
Obr:		> 10	<input type="checkbox"/>
0	1	2	84. Faz coisas estranhas (descreva): _____
0	1	2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86. É teimoso/a, mal-humorado/a ou irritado/a.
0	1	2	87. Muda de humor de repente (alegre/ triste).
0	1	2	88. Magoa-se (fica amuado/a) com facilidade.
0	1	2	89. É desconfiado/a.
0	1	2	90. Fala palavrões.
0	1	2	91. Fala em se matar.
0	1	2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva): _____
0	1	2	93. Fala muito.
0	1	2	94. Faz muitas brincadeiras sem graça com os outros
0	1	2	95. Tem temperamento forte ou dá “piti” nervoso.
0	1	2	96. Pensa muito em sexo.
0	1	2	97. Ameaça as pessoas.
0	1	2	98. Chupa o dedo.
0	1	2	99. Usa tabaco (em qualquer forma)
0	1	2	100. Tem problemas para dormir (descreva): _____
0	1	2	101. Falta à escola sem necessidade (mata aula).
0	1	2	102. É pouco ativo/a, lento/a ou falta-lhe energia.
0	1	2	103. É infeliz, triste ou deprimido/a.
0	1	2	104. Fala muito alto (é barulhento).
0	1	2	105. Usa álcool ou drogas sem ser para tratamento médico (descreva) _____
0	1	2	106. Comete atos de vandalismo.
0	1	2	107. Urina-se durante o dia.
0	1	2	108. Urina na cama.
0	1	2	109. Choraminga muito
0	1	2	110. Deseja ser do sexo oposto.
0	1	2	111. É retraído/a, não se envolve com os outros.
0	1	2	112. É muito preocupado/a.
0	1	2	113. Outros problemas dele/a que ainda não tenham sido mencionados acima.

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens.

**ANEXO 1 E - Lista de verificação comportamental para adolescentes - Professor/a
CRIANÇAS/ ADOLESCENTES DE 6-18 ANOS**

<p>Suas respostas a este inventário serão utilizadas para comparar o/a aluno/a a outros alunos cujos professores completaram este inventário. A informação deste inventário será também usada para comparações com outras informações sobre este aluno/a. Por favor, responda o melhor que puder, mesmo que ao senhor/a faltem informações completas. Pontuações nos itens individuais serão combinadas para identificar classes gerais de padrões comportamentais. Sinta-se à vontade para acrescentar comentários adicionais ao lado de cada item e no verso destas páginas. Por favor, responda todos os itens.</p>																																																	
NOME COMPLETO DO ALUNO/A			<p>TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que eles não estejam trabalhando neste momento. Por favor, seja específico, por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, médico ginecologista, etc. TRABALHO DO PAI: _____ TRABALHO DA MÃE: _____</p>																																														
<p>SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM</p>		<p>IDADE</p>	<p>RAÇA OU ETNIA</p>																																														
<p>DATA DE HOJE Dia: Mês: Ano:</p>		<p>NASCIMENTO DO ALUNO/A Dia: Mês: Ano:</p>																																															
<p>ESCOLARIDADE: (especifique ano e curso):</p>			<p>LISTA PREENCHIDA POR (seu nome completo): _____ Seu sexo: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM Sua função na escola: <input type="checkbox"/> Regente de classe <input type="checkbox"/> Especialista (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Supervisor/a _____ <input type="checkbox"/> Orientador/a <input type="checkbox"/> Outro (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Administrador/a _____</p>																																														
<p>NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA</p> <p><input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Outra (especifique)</p>																																																	
<p>I. Há quanto tempo o/a senhor/a conhece este aluno? _____ anos _____ meses.</p>																																																	
<p>II. Quão bem o/a conhece? 1. <input type="checkbox"/> Não muito bem 2. <input type="checkbox"/> Razoavelmente bem 3. <input type="checkbox"/> Muito bem</p>																																																	
<p>III. Quanto tempo por semana ele/a passa em sua classe ou atividade profissional?</p>																																																	
<p>IV. Qual é este tipo de classe ou atividade profissional? (Por favor, seja específico, por exemplo., 6ª. Série do ensino regular, aconselhamento, matemática, português em escola especial, etc.)</p>																																																	
<p>V. Ele/a já foi alguma vez encaminhado/a para classe especial, orientação, aconselhamento e/ou reforço? <input type="checkbox"/> Não sei. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – de que tipo e quando?</p>																																																	
<p>VI. Ele/a já repetiu ano ou matéria alguma vez e/ou já ficou em dependência? <input type="checkbox"/> Não sei. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – ano ou matéria e por quais razões (factuais e/ou a seu ver)</p>																																																	
<p>VII. Desempenho escolar/ acadêmico atual – por favor, liste as disciplinas escolares e marque o quadrado que indica o desempenho do aluno/a para cada disciplina.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Matéria ou Disciplina</th> <th>Bem abaixo da média</th> <th>Menos que a média</th> <th>Na média</th> <th>Bem acima da média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Matéria ou Disciplina	Bem abaixo da média	Menos que a média	Na média	Bem acima da média	1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matéria ou Disciplina	Bem abaixo da média	Menos que a média	Na média	Bem acima da média																																													
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
7. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
8. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

VIII. Em comparação com alunos típicos, da mesma idade:	Bem abaixo	Um pouco abaixo	Quase na média	Na média	Quase acima da média	Um pouco acima	Bem acima
1. Qual o grau do seu esforço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Qual a adequação do seu comportamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quanto está aprendendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quanto está satisfeito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Notas mais recentes (opcional).

Nome da prova ou avaliação	Conteúdo	Data	Nota ou conceito

X. Testes psicológicos ou pedagógicos nos quais já foi testado (opcional).

Nome do teste	Data	Pontuação, percentil, etc.

O aluno/a tem alguma doença, deficiência ou deficiência (física ou mental)? Não Sim – Descreva-a, por favor.

Qual é a sua maior preocupação em relação a ele/a?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos dele/a:

Por favor, sinta-se a vontade para registrar quaisquer comentários sobre este aluno: seu rendimento escolar, comportamento, potencial, etc., usando este espaço ou o verso da página, se necessário.

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

VIII – Abaixo, o senhor/a encontrará uma lista de afirmações que descrevem alunos/as. Para cada afirmação que descreva o aluno/a NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTENTE VERDADEIRA. Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES OU EM PARTE VERDADEIRA. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA, trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar a ele/a.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0	1	2	1. Age de maneira muito infantil para a sua idade.	0	1	2	34. Sente que os outros o/a perseguem.
0	1	2	2. Cantarola ou faz outros barulhos na aula.	0	1	2	35. Sente ser pior ou inferior aos outros.
0	1	2	3. Discute muito.	0	1	2	36. Machuca-se muito, tende a ter acidentes.
0	1	2	4. Não termina as coisas que começa.	0	1	2	37. Mete-se em muitas brigas.
0	1	2	5. Existem poucas coisas das quais ele gosta.	0	1	2	38. As pessoas riem (gozam) dele/a.
0	1	2	6. É desafiante, respondão.	0	1	2	39. Anda com companheiros que se mete em confusão.
0	1	2	7. Gosta de “se mostrar”, contar vantagem.	0	1	2	40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva)
0	1	2	8. Não consegue se concentrar ou ficar atento/a por muito tempo.	0	1	2	41. É impulsivo/a ou age sem pensar.
0	1	2	9. Não consegue tirar da cabeça certos pensamentos (descreva): _____	0	1	2	42. Prefere ficar sozinho à companhia de outros.
0	1	2	10. Não consegue ficar sentado quieto ou é irrequieto.	0	1	2	43. Mentira ou engana os outros.
0	1	2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente.	0	1	2	44. Rói unhas.
0	1	2	12. Queixa-se de solidão.	0	1	2	45. É nervoso/a, muito excitado/a ou tenso/a.
0	1	2	13. É confuso/a ou parece que não entende as coisas com clareza.	0	1	2	46. Tem movimentos ou estremecimentos nervosos (descreva): _____
0	1	2	14. Chora muito.	0	1	2	47. Conformar-se por demais às regras.
0	1	2	15. Mexe-se muito.	0	1	2	48. Os outros alunos/as não gostam dele/a.
0	1	2	16. Mostra crueldade, maldade ou intimidação para com os outros.	0	1	2	49. Tem dificuldades para aprender.
0	1	2	17. “Sonha acordado” ou se perde em seus pensamentos (fica no “mundo da lua”).	0	1	2	50. É medroso/a ou ansioso/a.
0	1	2	18. Deliberadamente, tenta se machucar ou tenta suicídio.	0	1	2	51. Tem tonturas ou “cabeça-oca”.
0	1	2	19. Exige muita atenção.	0	1	2	52. Sente-se muito culpado/a.
0	1	2	20. Destrói ou estraga suas coisas.	0	1	2	53. Fala fora da sua vez.
0	1	2	21. Destrói propriedades de outros.	0	1	2	54. Sente-se cansado/a sem razão.
0	1	2	22. Tem dificuldade em seguir orientações.	0	1	2	55. Tem excesso de peso.
0	1	2	23. É desobediente na escola.				
0	1	2	24. Perturba os outros alunos/as.				
0	1	2	25. Não se dá bem com os outros alunos/as.				
0	1	2	26. Parece não se sentir culpado/a depois de se comportar mal.				
0	1	2	27. Sente ciúme com facilidade.				
0	1	2	28. Desobedece as regras na escola.				
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, exceto a escola (descreva): _____				
0	1	2	30. Tem medo de vir à escola.				
0	1	2	31. Tem medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa ruim.				
0	1	2	32. Acha que precisa ser perfeito.				
0	1	2	33. Sente ou se queixa de que ninguém gosta dele/a.				
							56. Problemas físicos sem uma causa médica conhecida:
				0	1	2	a. Sofrimentos ou dores (exceto na cabeça ou no estômago).
				0	1	2	b. Dores de cabeça.
				0	1	2	c. Enjôo, vontade de vomitar.
				0	1	2	d. Problemas na vista (não considere se corrigidos por óculos) (descreva): _____
				0	1	2	e. Erupções ou outros problemas de pele.
				0	1	2	f. Dores de estômago ou cólicas.
				0	1	2	g. Vômitos.
				0	1	2	h. Outros (descreva-os) _____

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens. A seguir, vá para a próxima página.

0 = Falsa			1 = Verdadeira em parte ou algumas vezes			2 = Verdadeira ou frequentemente verdadeira		
0	1	2	57. Ataca fisicamente outras pessoas.	0	1	2	84. Faz coisas estranhas (descreva): _____	
0	1	2	58. Tira (arranca) pele, coisas do nariz e de outras partes do corpo (descreva): _____	0	1	2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____	
0	1	2	59. Dorme durante as aulas.	0	1	2	86. É teimoso/a, mal-humorado/a ou irritadiço/a.	
0	1	2	60. É apático ou desmotivado.	0	1	2	87. Muda de humor de repente (alegre/ triste).	
0	1	2	61. Seus trabalhos escolares são fracos.	0	1	2	88. Magoa-se (fica amuado/a) com facilidade.	
0	1	2	62. É desastrado/a ou falta de coordenação.	0	1	2	89. É desconfiado/a.	
0	1	2	63. Prefere estar com pessoas mais velhas.	0	1	2	90. Fala palavrões ou usa linguagem obscena.	
0	1	2	64. Prefere estar com pessoas mais novas.	0	1	2	91. Fala em se matar.	
0	1	2	65. Recusa-se a falar.	0	1	2	92. Tem maus resultados, não trabalha no limite do seu potencial.	
0	1	2	66. Fica repetindo certos comportamentos sem parar (descreva): _____	0	1	2	93. Fala muito.	
0	1	2	67. Perturba a disciplina da classe.	0	1	2	94. Faz muitas brincadeiras sem graça com os outros.	
0	1	2	68. Grita muito.	0	1	2	95. Tem temperamento forte ou dá “piti” nervoso.	
0	1	2	69. É cheio/a de segredos ou guarda as coisas para si mesmo/a.	0	1	2	96. Parece preocupado com temas sexuais.	
0	1	2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva): _____	0	1	2	97. Ameaça as pessoas.	
0	1	2	71. Presta muita atenção nele/a mesmo/a ou fica facilmente envergonhado/a.	0	1	2	98. Chega atrasado à escola ou às aulas.	
0	1	2	72. Seus trabalhos são mal-cuidados ou sujos.	0	1	2	99. Usa tabaco (em qualquer forma)	
0	1	2	73. Comporta-se irresponsavelmente (descreva): _____	0	1	2	100. Falha em fazer as tarefas designadas.	
0	1	2	74. Gosta de se exhibir ou fazer palhaçadas.	0	1	2	101. Falta à escola sem necessidade ou mata aula.	
0	1	2	75. É muito tímido/a ou envergonhado/a.	0	1	2	102. É pouco ativo/a, lento/a ou falta-lhe energia.	
0	1	2	76. Exige que se o atenda imediatamente, fica facilmente frustrado.	0	1	2	103. É infeliz, triste ou deprimido/a.	
0	1	2	77. É desatento ou distrai-se facilmente.	0	1	2	104. Faz mais barulho do que o comum.	
0	1	2	78. É desatento ou facilmente distraído.	0	1	2	105. Usa álcool ou drogas sem ser para tratamento médico (descreva) _____	
0	1	2	79. Tem problemas na fala (descreva) _____	0	1	2	106. É muito interessado ou ansioso por agradar.	
0	1	2	80. Fica “olhando para o nada”.	0	1	2	107. Não gosta da escola.	
0	1	2	81. Magoa-se quando criticado.	0	1	2	108. Tem medo de errar.	
0	1	2	82. Rouba.	0	1	2	109. Choraminga muito	
0	1	2	83. Acumula coisas de que não precisa (descreva): _____	0	1	2	110. Tem uma aparência pessoal descuidada.	
ESPAÇO RESERVADO – NÃO PREENCHA			0	1	2	111. É retraído/a, não se envolve com os outros.		
			0	1	2	112. É muito preocupado/a.		
						113. Outros problemas dele/a que ainda não tenham sido mencionados acima.		
			0	1	2			
			0	1	2			
			0	1	2			
Ini:								
Fin:			Aux					
Tot:			0 – 5		<input type="checkbox"/>			
Esc:			6 – 10		<input type="checkbox"/>			
Obr:			> 10		<input type="checkbox"/>			

Por favor, assegure-se de que respondeu todos os itens.

ANEXO 2 A - Inventário de Resultados - Adultos

NOME:

DATA:

SESSÃO:

Considerando a semana passada, incluindo hoje, ajude-nos a entender como se sentiu nas áreas de vida incluídas neste inventário. Marcas quanto mais à esquerda representam níveis mais baixos ou negativos e quanto mais à direita representam níveis mais altos ou positivos. Por favor, marque com um traço vertical - | - em qualquer ponto das linhas.

Individualmente:

(Bem-estar pessoal)

|-----|

Com outras pessoas:

(Família, relações próximas)

|-----|

Socialmente:

(Trabalho, Escola, Amizades)

|-----|

Global (em geral):

(Sentimento geral de bem-estar)

|-----|

ANEXO 2 B - Inventário de Resultados para jovens

NOME:

DATA:

SESSÃO:

Como vai você? Como estão indo as coisas na sua vida? Por favor, marque com um traço vertical - | - sobre as linhas abaixo. Quanto mais perto da cara com sorriso, melhores estão as coisas. Quanto mais perto da cara triste, as coisas não vão bem.

Eu

(Como estou?)



|-----|

**Família**

(Como estão as coisas na minha família?)



|-----|

**Escola**

(Como estou indo na escola?)



|-----|

**Tudo (em geral)**

(Como está indo a minha vida?)



|-----|



ANEXO 2 C Inventário de Resultados - Outro

NOME DO CLIENTE:

DATA:

SEU NOME E RELAÇÃO COM O CLIENTE:

Considerando a semana passada, incluindo hoje, como você percebeu que ele/a se sentiu nas áreas de vida incluídas neste inventário. Marcas mais à esquerda representam níveis mais baixos ou negativos e mais à direita representam níveis mais altos ou positivos. Por favor, marque com um traço vertical - | - em qualquer ponto das linhas.

Individualmente:

(Bem-estar pessoal)

|-----|

Com outras pessoas:

(Família, relações próximas)

|-----|

Socialmente:

(Trabalho, Escola, Amizades)

|-----|

Global (em geral):

(Sentimento geral de bem-estar)

|-----|

ANEXO 3A - Inventário de Sessão – Auto-aplicação

NOME:

DATA:

SESSÃO:

Por favor, indique como foi a sessão de hoje, marcando um traço vertical - | - no ponto da linha que mais se aproxime da experiência que teve nesta sessão.

Relação com o/a terapeuta:

Senti que o/a
terapeuta não me
ouviu, não me
entendeu e/ou não
me respeitou

|-----|

Senti que o /a
terapeuta me ouviu,
me entendeu e/ou
me respeitou.

Metas e Temas:

Não trabalhamos
nem falamos do
que eu queria
trabalhar e falar

|-----|

Trabalhamos e
falamos do que eu
queria trabalhar e
falar

Método ou forma:

Não me dei bem com
a forma que o/a
terapeuta usou para
organizar a sessão

|-----|

Senti-me bem com a
forma do/a terapeuta
organizar a sessão

Global (em geral):

Sinto que ficou
faltando alguma
coisa na sessão
de hoje

|-----|

De maneira geral,
a sessão de hoje
foi boa para mim.









ANEXO 3 B - Inventário de Sessão para Jovens

nOME:

DATA:

SESSÃO:

Como foi o nosso encontro de hoje? Por favor, marque com um traço vertical - | - sobre as linhas abaixo e me diga como você se sentiu na nossa sessão de hoje.

<p>Senti que você nem sempre me ouviu.</p> 	<p>Ouvir:</p> <p>----- </p>	<p>Senti que você me ouviu.</p> 
<p>O que fizemos e do falamos hoje não foi muito importante para mim</p> 	<p>O quanto foi importante:</p> <p>----- </p>	<p>O que fizemos e do que falamos hoje foi importante para mim</p> 
<p>Não gostei do que fizemos hoje</p> 	<p>O que fizemos:</p> <p>----- </p>	<p>Gostei do que fizemos hoje.</p> 
<p>Da próxima vez, prefiro que façamos algo diferente.</p> 	<p>No todo (em geral):</p> <p>----- </p>	<p>Espero que da próxima vez façamos o mesmo.</p> 

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](#)