UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Thaís Yazawa

Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento.

Bauru
2020

THAÍS YAZAWA

Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento

Tese de doutorado apresentada como requisito para Exame de Defesa junto à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação do Profa. Dra. Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues e co-orientação da Profa. Dra. Sílvia Fornazari

Bauru

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE THAIS YAZAWA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 21 dias do mês de agosto do ano de 2020, às 14:00 horas, no(a) Faculdade de Ciências (Unesp - Campus de Bauru), reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, Profa. Dra. ENICÉIA GONÇALVES MENDES do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Profa. Dra. NÁDIA KIENEN do(a) Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento / Universidade Estadual de Londrina, Profa. Dra. ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciência, Bauru, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA do(a) Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de THAIS YAZAWA, intitulada **Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: **Aprovada**. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. ENICÉIA GONÇALVES MENDES

Profa. Dra. NÁDIA KIENEN

Profa. Dra. ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU

Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA

Obs: A defesa foi realizada on line.

Y35m

Yazawa, Thaís
Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento / Thaís Yazawa. -- Bauru, 2020
182 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues
Coorientadora: Sílvia Aparecida Fornazari

1. Psicologia. 2. Análise do comportamento. 3. Programa de ensino. 4. Comportamentos atípicos. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pois sem vocês, nada disso teria acontecido.

AGRADECIMENTOS

Agradecer ... agradecer é um verbo que deveria ser conjugado todos os dias. Tenho tantos privilégios que nem sei por onde começar o agradecimento. Talvez posso iniciar lá no começo da caminhada acadêmica, no mestrado, com a orientação e acolhimento da Sílvia Aparecida Fornazari. A Sílvia, que me ensinou o que é fazer ciência, pegou-me pela mão e me conduziu com maestria até o final do mestrado, quando me passou para as mãos de outra pessoa maravilhosa que tenho comigo: a orientadora do doutorado, Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues. A Olga comprou a ideia, comprometeu-se, então, continuar o nosso trabalho. O caminho foi árduo, mas os resultados são gratificantes! Além delas, devo agradecer à profa. Ana Claudia Verdu, pelas contribuições tão preciosas, com muita assertividade e competência. À profa. Enicéia Mendes, que aceitou o convite de ser nossa banca de qualificação e, agora, na defesa, com sua contribuição rica à minha tese e meu material desenvolvido.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação, pela presteza e cordialidade nestes quatro anos, foram tantos requerimentos ... eu tive tanto que pedir, e pedir, e pedir! E sempre fui ouvida, com profissionalismo, com rapidez e compreensão. Aos professores do Programa, em especial aos professores: Jair Lopes Júnior, que me ensinou a ler artigos científicos de maneira adequada e ao professor Fábio Leyser, tão compreensivo em um período tão difícil de minha caminhada.

Agradeço aos colegas, em especial, à Carolina Montanhaur, por me socorrer incontáveis vezes no desenvolvimento de minha tese. Este trabalho também foi possível com a ajuda da Taize de Oliveira que, prestativa, me auxiliou muitas vezes na análise dos dados!

E, não posso finalizar sem agradecer ao meu companheiro, marido, cúmplice, e agora, paizão de primeira viagem, pela paciência, pelo encorajamento em vários momentos em que me desesperei e/ou passei por dificuldades. Obrigada por discutir comigo um assunto que nem deve ser do seu interesse, por se disponibilizar a auxiliar na análise dos dados, por me ouvir, rever meus textos e me ajudar a escrever. Acho que posso dizer que uns 25% desta tese é sua!

Agradecimentos especiais à Alexandra Elbakyan, que sem a sua iniciativa, minha revisão bibliográfica não seria como está agora.

Terminei o doutorado melhor do que entrei: mais madura, mais confiante, com mais conhecimento, com um trabalho que amo e um filho. Acredito que valeu muito a pena, mesmo nestes tempos tão difíceis para a pesquisa em Ciências Humanas.

YAZAWA, T. Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento. 174f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

RESUMO

A presença de alguns comportamentos é notória pela sua frequência, por serem persistentes no repertório comportamental e por, possivelmente, oferecerem prejuízo à saúde/integridade daqueles que os emitem ou da família e da comunidade. Os comportamentos atípicos, nomenclatura utilizada neste estudo, são comportamentos de autoagressão, heteroagressão, e outros comportamentos que podem ser considerados "estranhos" pela sociedade, causando a marginalização do emitente. São comportamento frequentes em pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e/ou deficiência intelectual severa. Para intervenção, o profissional deve, além de entender de princípios básicos da Análise de comportamento (AC) e de Análise Funcional (AF), compreender reforçamentos diferenciais; como Reforçamento Diferencial de Comportamento Alternativo (*Differential Reinforcement of Alternative Behavior – DRA)* e Reforçamento Diferencial de Comportamento Incompatível (*Differential Reinforcement of Incompatible Behavior - DRI*). Assim, o profissional pode aumentar as oportunidades para que a criança se comporte adequadamente e usufrua do atendimento especializado. Este estudo pretendeu implementar um Programa de ensino sobre princípios da Análise do comportamento, Análise funcional e reforçamentos diferenciais para profissionais da saúde e da educação que trabalham com crianças que emitem comportamentos atípicos. No Estudo 1, um material didático foi adaptado, implementado e avaliado, o qual consiste em um programa de ensino para profissionais da saúde e educação baseado em princípios da AC, AF, DRA e DRI. Os profissionais realizaram as atividades propostas e foram avaliados antes e após a capacitação. Houve melhoras após o contato com o material desenvolvido para este estudo, com média significativamente maior no pós-teste, o que sinaliza que a compreensão dos conceitos melhorou após o ensino realizado, principalmente para os profissionais da saúde. No Estudo 2, os participantes responderam ao *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) para descrever comportamentos atípicos de crianças com deficiência intelectual e/ou transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidos individual ou coletivamente. Os resultados apontaram que os comportamentos que compõem a classe Hiperatividade foram os mais frequentes para a amostra geral. No Estudo 3, descreveu-se e comparou-se os comportamentos atípicos das crianças, descritos por meio do ABC, antes e depois dos profissionais participarem de um programa de ensino em AC. Foi observada uma diminuição da frequência dos comportamentos atípicos, sendo o curso mais efetivo para os profissionais da educação do que para os da saúde. O Estudo 4 pretendeu descrever e associar a frequência de comportamentos adequados e inadequados das crianças e o repertório comportamental adequado e inadequado, de profissionais da saúde e da educação, por meio de filmagens. Enquanto resultados, os comportamentos inadequados mais emitidos pelas crianças foram Chorar e Estereotipia, os adequados; Conversar adequadamente e Acatar orientação. Quanto aos profissionais, os comportamentos adequados mais emitidos foram Conversar e Desenvolver atividades lúdicas e, inadequados; Ignorar qualquer comportamento da criança e Reforçar comportamento inadequado. No estudo 5, foram descritos e comparados a frequência dos comportamentos adequados e inadequados de profissionais e crianças e o repertório comportamental antes e depois de um programa de ensino. Foi possível observar diferenças significativas, aumentando o repertório dos comportamentos adequados.

Palavras-chave: Comportamentos atípicos, Análise do comportamento,

ABSTRACT

The presence of some Behaviors is notorious for its frequency, for being persistent and not having Behavioral repercussions and for possibly offering damage to the health / integrity of those who are issued or of the family and the community. Atypical Behaviors, the nomenclature used in this study, are the performances of self-service, heteroaggression and Other Behaviors that can be considered "strange" by society, causing a marginalization of the issuer. These are frequent Behaviors in people diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) and / or severe intellectual changes. For intervention, the professional must, in addition to understanding the basic principles of Behavior Analysis and Functional Analysis, understand Differential reforms; as Differential Reinforcement of Alternative Behavior (Differential Reinforcement of Alternative Behavior - DRA) and Differential Reinforcement of Incompatible Behavior (Differential Reinforcement of Incompatible Behavior - DRI). Thus, the professional can increase the opportunities for the child to behave properly and enjoy specialized care. This study intended to implement a teaching program on the principles of Behavior Analysis, Functional Analysis and Differential reinforcements for health and education professionals who work with children who emit atypical Behaviors. In Study 1, a didactic material was adapted, implemented and evaluated, which consists of a teaching program for health and education professionals based on the principles of AC, AF, DRA and DRI. The professionals performed the proposed activities and were evaluated before and after the training. There were improvements after contact with the material developed for this study, with a significantly higher mean in the post-test, which indicates that the understanding of the concepts improved after the teaching was performed, mainly for health professionals. In Study 2, participants responded to the Aberrant Behavior Checklist (ABC) to describe atypical Behaviors of children with intellectual disabilities and / or Autistic Spectrum Disorder (ASD) attended individually or collectively. The results showed that the Behaviors that make up the Hyperactivity class were the most frequent for the general sample. In Study 3, the atypical Behaviors of children, described by ABC, were described and compared before and after professionals participated in a teaching program in CA. A decrease in the frequency of atypical Behaviors was observed, making the course more effective for education professionals than for health professionals. Study 4 intended to describe and associate the frequency of appropriate and inappropriate Behaviors of children and the appropriate and inappropriate Behavioral repertoire of health and education professionals, through filming. As results, the most inappropriate Behaviors emitted by children were Chorar and Estereotipia, the appropriate ones; Talk properly and follow guidance. As for professionals, the most emitted appropriate Behaviors were Chatting and Developing playful and inappropriate activities; Ignore any child's Behavior and Reinforce inappropriate Behavior. In study 5, the frequency of appropriate and inappropriate Behaviors of professionals and children and the Behavioral repertoire before and after a teaching program were described and compared. It was possible to observe significant differences, increasing the repertoire of appropriate Behaviors.

Key words: Atypical Behaviors, Behavior Analysis

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos participantes 39

Tabela 2 Resultados médios dos pré e pós teste da avaliação geral 44

Tabela 3 Frequência de acertos do Protocolo na amostra geral – pré e pós 45

Tabela 4 Comparação entre grupos de professores e profissionais antes e depois da participação no programa 45

Tabela 5 Comparação entre grupos de participantes que tinham conhecimento prévio de AC e de profissionais que tiveram contato pela primeira vez 46

Estudo 2

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos participantes 62

Tabela 2 Dados sociodemográficos dos clientes 63

Tabela 3 Porcentagem dos domínios gerais avaliados pelo ABC no pré-teste 66

Tabela 4 Pontuação dos comportamentos do domínio Hiperatividade 67

Tabela 5 Pontuação dos comportamentos do domínio Fala inapropriada 68

Tabela 6 Pontuação dos comportamentos do domínio Irritabilidade 68

Tabela 7 Pontuação dos comportamentos do domínio Estereotipia 69

Tabela 8 Pontuação dos comportamentos do domínio Letargia 69

Tabela 9 Frequência das categorias avaliadas pelo ABC, considerando TEA e crianças com outros transtornos 70

Tabela 10 Comparação entre os itens do ABC avaliados por profissionais da saúde e educação, considerando o transtorno da criança 70

Tabela 11 Frequência das categorias avaliadas pelo 2, considerando profissionais da saúde e da educação 71

Tabela 12 Comparação entre os itens do ABC avaliados por profissionais da Saúde e Educação 71

Estudo 3

Tabela 2 Dados sociodemográficos dos clientes 87
Tabela 3 Escore pré e pós da amostra geral 89
Tabela 4 Comparação de diferença entre momento pré e pós na amostra geral 90
Tabela 5 Pontuação pré e pós de crianças com Transtorno do espectro Autista (TEA) 90
Tabela 6 Comparação entre crianças com TEA em dois momentos, pré e pós capacitação 91
Tabela 7 Pontuação pré e pós de crianças com outros transtornos (n=6) 91
Tabela 8 Comparação entre crianças com outros transtornos em dois momentos, pré e pós curso 92
Tabela 9 Pontuações pré e pós das professoras (n=6) 93
Tabela 10 Comparação das professoras em dois momentos, pré e pós curso 93
Tabela 11 Pontuações pré e pós das profissionais da Saúde em dois momentos, pré e pós curso 94
Tabela 12 Comparação das profissionais da Saúde, em dois momentos, pré e pós curso 94

Estudo 4

Tabela 3 Distribuição dos comportamentos adequados dos profissionais participantes quando em atendimento individual de crianças com deficiência 111

Tabela 4. Distribuição dos comportamentos inadequados de profissionais participantes quando em atendimento individual de crianças com deficiência. 112

Tabela 5. Distribuição dos comportamentos adequados de crianças com deficiência em atendimento individual. 112

Tabela 6. Distribuição dos comportamentos inadequados de crianças com deficiência em atendimento individual 113

Tabela 7 Distribuição das correlações entre os comportamentos adequados das crianças e as demais classes de comportamento observadas 114

Tabela 8 Distribuição das correlações entre os comportamentos inadequados das crianças e as demais classes de comportamento observadas. 115

Tabela 9 Distribuição das correlações entre os comportamentos adequados dos profissionais e as demais classes de comportamento observadas. 116

Tabela 10 Distribuição das correlações entre os comportamentos inadequados dos profissionais e as demais classes de comportamento observadas. 118

Estudo 5

Tabela 3 Comportamentos totais adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa. 140

Tabela 4. Comparação das médias dos comportamentos totais adequados e inadequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste (Teste Wilcoxon). 141

Tabela 5. Comportamentos adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa. 141

Tabela 6. Comparação pré e pós de profissionais por classes de comportamentos adequados 142

Tabela 7. Comportamentos inadequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa 143

Tabela 8. Comparação pré e pós de profissionais por classes de comportamentos inadequados. 143

Tabela 9 Comportamentos totais adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa. 144

Tabela 10. Comparação das médias dos comportamentos totais adequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste (Teste Wilcoxon). 144

Tabela 11. Comportamentos adequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa 145

Tabela 12. Comparação pré e pós de clientes por classes de comportamentos adequados. 145

Tabela 13 Comportamentos inadequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa 146

Tabela 14. Comparação pré e pós de clientes por classes de comportamentos inadequados (Teste de Wilcoxon) 147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA - *Applied Behavior* Analysis ou Análise do Comportamento Aplicada

ABC - *Aberrant Behavior Checklist*

ABC-C - *Aberrant Behavior Checklist-Community*

ABC-J - *Aberrant Behavior Checklist* traduzido para o idioma japonês

AC – Análise do Comportamento

AF – Análise Funcional

BPI-01 - *The Behavior Problems Inventory*

CBCL - *Child Behavior Checklist*

COMB - Condição medicamento e treino para pais

DRA - *Differential Reinforcement of Alternative Behavior* ou Reforçamento Diferencial de Comportamento alternativo

DRI - *Differential Reinforcement of Incompatible Behavior* – Reforçamento Diferencial de Comportamento Incompatível

DRO - *Differential Reinforcement of Other Behavior* ou Reforçamento Diferencial de Outro Comportamento

DNRA – *Differencial Negative Reinforcement of Alternative Behavior* ou Reforçamento negativo de Comportamento Alternativo

DTT – *Discrete Trial Training* ouTreino de Tentativas Discretas

FBA - Functional Behavior Assessment

MED – Condição Medicamento apenas

NCR – *Noncontingent Reinforcement* ou Reforçamento Não Contingente

PECS - *Picture Exchange Communication System* – Sistema de Comunicação por Troca de Figuras

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Conteúdo do material didático 41

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo geral de avaliação 158

Apêndice 2 – Protocolos de avaliação 161

Apêndice 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido 168

Apêndice 4 – Protocolo de dados sociodemográficos 169

Apêndice 5 – Protocolo de observação dos comportamentos adequados profissional 170

Apêndice 6 – Protocolo de observação dos comportamentos inadequados profissional 172

Apêndice 7 – Protocolo de observação dos comportamentos adequados criança 174

Apêndice 8 – Protocolo de observação dos comportamentos inadequados criança 176

Apêndice 1 – Protocolo geral de avaliação 152

Apêndice 2 – Protocolos de avaliação 155

Apêndice 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido 162

Apêndice 4 – Protocolo de dados sociodemográficos 163

Apêndice 5 – Protocolo de observação dos comportamentos adequados profissional 164

Apêndice 6 – Protocolo de observação dos comportamentos inadequados profissional 165

Apêndice 7 – Protocolo de observação dos comportamentos adequados criança 166

Apêndice 8 – Protocolo de observação dos comportamentos inadequados criança 167

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – *Aberrant Behavior Checklist* 178

Anexo 2 – Parecer consubstanciado CEP 181

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL 22

ESTUDO 1. MANEJO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA UTILIZANDO OS PRINCÍPIOS DA AC 25

Introdução 25

Objetivos: 37

Método 38

Resultados 43

Discussão 46

Considerações finais 48

Referências 50

ESTUDO 2. DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ATÍPICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COM TEA E OUTROS TRANSTORNOS, POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO 56

Introdução 56

Objetivos 60

Método 60

Resultados 65

Discussão 71

Considerações finais 75

Referências 77

ESTUDO 3. COMPORTAMENTOS ATÍPICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA E OUTROS TRANSTORNOS, ANTES E DEPOIS DE UMA INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO 80

Introdução 80

Objetivos 85

Método 85

Resultados 88

Discussão 94

Considerações finais 97

Referências 98

ESTUDO 4. COMPORTAMENTOS ADEQUADOS E INADEQUADOS DE PROFISSIONAIS E CLIENTES EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 102

Introdução *102*
Objetivos *107*
Método *107*
Resultados *110*
Discussão *118*
Considerações finais *122*
Referências *125*
ESTUDO 5. COMPORTAMENTOS ADEQUADOS E INADEQUADOS DE PROFISSIONAIS E CLIENTES ANTES E DEPOIS DE UM PROGRAMA DE MANEJO COMPORTAMENTAL *129*
Introdução *129*
Objetivos *136*
Método *137*
Resultados *140*
Discussão *147*
Considerações finais *150*
Referências *151*
CONSIDERAÇÕES GERAIS *154*
APÊNDICES *158*
Apêndice 1 ..... *158*
Apêndice 2 ..... *161*
Apêndice 3 ..... *168*
Apêndice 4 ..... *169*
Apêndice 5 ..... *170*
Apêndice 6 ..... *172*
Apêndice 7 ..... *174*
Apêndice 8 ..... *176*
ANEXOS *178*
Anexo 1 - ABC *178*
Anexo 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP *181*

APRESENTAÇÃO

Este trabalho começou em 2013, quando comecei o mestrado na Universidade de Londrina. A profa. Sílvia Fornazari me perguntou em qual linha de pesquisa eu gostaria de trabalhar e eu escolhi a linha de ensino em Análise do comportamento. Comecei minha trajetória acadêmica, no Mestrado, totalmente perdida, por não ter tido a oportunidade de realizar algum tipo de pesquisa científica em minha graduação. Comecei, timidamente, participando dos encontros do grupo de pesquisa e o projeto foi tomando forma. O material começou a surgir, também, graças à Raquel Hamada, que me ajudou de inúmeras maneiras. Fazer ciência em Psicologia é possível e é algo gratificante a fazer.

Tive a oportunidade de continuar o trabalho no doutorado, sob a orientação da profa. Olga. O material foi melhorado e pude aplica-lo pelo interior de São Paulo, desenvolvendo um programa de Ensino, voltado inicialmente para profissionais da Saúde, e disponibilizado posteriormente para profissionais da Educação, contemplando a Linha de pesquisa "Ensino e Aprendizagem" do programa de Pós-Graduação da UNESP.

Hoje sou professora universitária com orgulho. Ministro a disciplina de Análise do Comportamento a alunos que iniciam a graduação em Psicologia. Tive também a oportunidade de trabalhar em uma APAE e aplicar na prática o que foi desenvolvido no material, extrapolando os limites da pesquisa. Com meus olhos, pude ver que a pesquisa aplicada é importante, e exatamente por este motivo, ela deve chegar àqueles que mais necessitam dela.

INTRODUÇÃO GERAL

Crianças com deficiência intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem apresentar comportamentos que causam estranheza e/ou oferecer perigo à integridade física daqueles que os emitem ou dos que estão próximos (FORNAZARI, 2005). Para esta tese, tal classe de comportamentos será referida como comportamentos atípicos, os quais são comportamentos descritos como agressão, autoagressão, comportamentos destrutivos, masturbar-se em qualquer ambiente e ingerir objetos não comestíveis (pica) (MENDES, 2001). Tais comportamentos prejudicam o acesso destas crianças aos serviços de reabilitação e educação, pois os profissionais podem reduzir o tempo dedicado às suas atividades laborais na tentativa de manejo comportamental.

Para intervir, uma estratégia produtiva tem sido a utilização de procedimentos da Análise do comportamento (AC), como a Análise Funcional (AF), a qual permite compreender as funções que o comportamento atípico desempenha naquela relação comportamental (MATOS, 1999) e, assim, poder desenvolver estratégias de intervenção baseada em reforçamentos diferenciais como o *Differential Reinforcement of Alternative Behavior* (DRA ou Reforço diferencial de comportamento alternativo), *Differential Reinforcement of Incompatible Behavior* (DRI ou Reforço Diferencial de Comportamento Incompatível), descritos por Vollmer e Iwata (1992) e *Differential Reinforcement of Other Behavior* (DRO ou Reforço Diferencial de Outro Comportamento) descrito por Catania (1999). Após identificada a função do comportamento atípico, um comportamento alternativo equivalente funcionalmente é reforçado (DRA), ou um comportamento incompatível topograficamente (DRI), impossibilitando a emissão deste. O DRO, de acordo com Catania (1999), o reforçador seria empregado para qualquer resposta alternativa que ocorra. Os procedimentos baseados em reforçamentos diferenciais são eficazes quando bem aplicados (VOLLMER et al., 1993),

possibilitando um aumento no repertório comportamental adequado das crianças que emitem os comportamentos atípicos.

A AC, enquanto ciência, possibilita o desenvolvimento de tecnologias que capacitam profissionais em diversas áreas, inclusive nas áreas da saúde e da educação. Professores (DIGENNARO et al., 2007; MUELLER et al., 2003; KOEGEL et al., 2012) e profissionais da saúde (LUISELLI; BASS; WHITCOMB, 2010; STUMPHAUZER; DAVIS, 1983) podem se beneficiar com os conhecimentos desenvolvidos pela AC no manejo dos comportamentos atípicos.

Desta forma, os estudos desenvolvidos para esta tese versam sobre um Programa de Ensino desenvolvido para ensinar profissionais da saúde e da educação sobre como utilizar os princípios da AC, AF e reforçamentos diferenciais. Para o Estudo 1, o objetivo foi desenvolver, implementar e avaliar um programa para ensino de profissionais da saúde e da educação no manejo dos comportamentos atípicos baseado em AC. No Estudo 2, pretendeu-se descrever e comparar a caracterização de comportamentos atípicos de crianças com TEA e outros transtornos, por meio do instrumento *Aberrant Behavior Checklist* (ABC), por profissionais da saúde e da educação. No Estudo 3 pretendeu-se descrever e comparar a caracterização de comportamentos atípicos de crianças com TEA e outros transtornos, antes e depois de um programa de intervenção sobre manejo comportamental para profissionais da Saúde e da Educação. O Estudo 4 pretendeu descrever e associar a frequência de comportamentos adequados e inadequados de crianças indicadas com comportamentos atípicos e o repertório comportamental adequado e inadequado de profissionais da saúde e da educação em atendimento especializado. O estudo principal desta tese, o Estudo 5, pretendeu descrever e comparar a frequência de comportamentos adequados e inadequados de crianças que apresentavam comportamentos atípicos em atendimento individual e, o repertório comportamental adequado e inadequado de profissionais da saúde e da educação no manejo

destes comportamentos, antes e depois da participação em um programa de ensino baseado em Análise do Comportamento.

ESTUDO 1. MANEJO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA UTILIZANDO OS PRINCÍPIOS DA AC

Introdução

Para caracterizar e identificar a presença/ausência de comportamentos aberrantes, o procedimento essencial para a compreensão deles é conhecer as variáveis do ambiente que os mantém. A Análise Funcional (AF) é uma ferramenta que mostra que todo comportamento tem uma função, sendo mantido e modificado pelas suas consequências (MATOS, 1999).

Para Iwata et al. (1994), conhecer as variáveis das quais o comportamento é função permite a sua compreensão e manejo. Estes autores realizaram um estudo que teve como objetivo usar uma metodologia operante para avaliar as relações funcionais entre a autoagressão e eventos específicos do ambiente. Os participantes, crianças e adolescentes com deficiência intelectual, apresentavam comportamentos descritos como "puxar orelha", "colocar os dedos nos olhos", "puxar cabelo", "morder as mãos", "bater a cabeça". As condições testadas pelos pesquisadores referiram-se à natureza dos reforçadores, sendo eles: atenção e brincar (reforçamento positivo), demanda (reforçamento negativo) e sozinho (autoreforçamento). Durante a condição "Atenção", o comportamento aberrante era consequenciado com atenção do pesquisador. Na condição demanda, o comportamento aberrante emitido frente à uma demanda do pesquisador era reforçada com uma pausa da atividade ou retirada da atividade. Já na condição sozinho, o participante ficava sozinho em um cômodo, sem acesso a brinquedos, pessoas ou outros materiais para estimulação. Enquanto resultados, os autores encontraram padrões gerais de respostas para os sujeitos, como um nível muito baixo de autoagressão na condição "Brincar". O segundo padrão encontrado foi nível de autoagressão mais alto na condição "Sozinho" e o terceiro padrão foi de níveis mais altos de autoagressão na condição "Demanda". Com tais dados, os autores afirmavam que seus achados

mostravam que a variabilidade não é um processo aleatório e, sim, forneciam evidências que a autoagressão pode ser uma função de diferentes fontes de reforçamento.

Os dados da AF possibilitam auxiliar na definição de quais reforçadores e quais tipo de reforçadores devem ser utilizados ao se implementar uma intervenção. O reforçamento diferencial têm sido utilizados como tratamento para desordens comportamentais (VOLLMER; IWATA, 1992). Para os autores:

> "Os procedimentos baseados em reforçamentos diferenciais são associados a diversos benefícios. Sejam implementados como um tratamento simples ou em conjunto com outros procedimentos, os reforçamentos diferenciais tem sido efetivo em uma larga variedade de desordens, incluindo comportamentos disruptivos, autolesivos, agressivos e outros. Além disso, reforçamentos diferenciais não requerem que o indivíduo seja removido do ambiente educativo (como nos procedimentos de *time out*) ou não requerem a aplicação de uma consequência aversiva contingente (como nos procedimentos de punição)" (p. 394).

O DRO foi o procedimento utilizado por Vollmer et al. (1993) para o tratamento de autolesão mantida por atenção, com o objetivo de comparar a eficácia do Reforçamento Não-Contingente (NCR) e do DRO como tratamento, quando a função comportamental foi identificada. Três mulheres adultas, que apresentavam autolesão crônica e deficiência intelectual severa foram incluídas na intervenção. Na fase em que o DRO foi realizado, a autolesão foi suprimida, enquanto outro comportamento melhor adaptado foi reforçado, sem os efeitos negativos da punição. Os autores afirmaram que esse procedimento, o DRO combinado com a supressão, tem sido o mais utilizado na literatura comportamental. Enquanto benefícios pode-se observar que não é necessário o ensino de nenhum comportamento para que o indivíduo tenha seu comportamento modificado. O DRO envolve a liberação do reforço contingente à não-ocorrência do comportamento aberrante por um intervalo de tempo predeterminado. Neste caso, outras respostas estão sendo reforçadas. Outro procedimento de mudança comportamental baseado em esquemas de reforçamento é o DRA. Neste procedimento o reforço é liberado contingente a um comportamento alternativo ao comportamento aberrante. É mais efetivo por reforçar um comportamento alternativo que

exibiria a mesma função do comportamento aberrante (VOLLMER et al., 1993). Ainda, sobre os reforçamentos diferenciais, os autores descreveram o Reforçamento Diferencial de Comportamentos Incompatíveis (*Differential Reinforcement of Incompatible Behavior* - DRI), quando o comportamento a ser reforçado deve ser incompatível topograficamente com o comportamento aberrante, impossibilitando a emissão deste comportamento (CATANIA, 1999).

Diversos autores utilizaram os reforçamentos diferenciais em seus estudos para redução do comportamento aberrante. Cowdery, Iwata e Pace (1990) utilizaram o DRO para uma intervenção de comportamento de autolesão de um participante de nove anos, que se arranhava, recebendo atenção imediatamente após a lesão. Na intervenção, a emissão de outros comportamentos era reforçada com fichas. A criança poderia trocar cinco fichas por salgadinhos, tempo de videogame ou outros brinquedos. O intervalo do DRO, inicialmente foi de dois minutos, período máximo que o participante ficava sem se arranhar, que foi aumentado em quatro minutos ao final da primeira intervenção. Um minuto foi adicionado na segunda intervenção, sucessivamente até serem realizados intervalos de 12 minutos. A criança recebia uma moeda após cada intervalo realizado. Outros comportamentos adequados aumentaram em 75,3% após realizadas as intervenções. Para os autores, os resultados da pesquisa proveram suporte empírico para o uso de DRO como único tratamento para autolesão severa.

Vollmer et al. (1993) realizaram um procedimento semelhante, para tratamento de autolesão, combinando o DRO com o procedimento do reforçamento positivo não relacionado (NCR) com a ocorrência do comportamento-alvo. Neste caso a liberação do reforço era realizada em um esquema de razão fixa, que independe dos comportamentos emitidos no intervalo de tempo (KRASNO, 2013). Os resultados demonstraram que ambos os procedimentos foram efetivos para a redução da autolesão mantida por atenção, com evidências que o NCR atenua várias limitações do DRO, como a extinção do comportamento induzido,

porque o reforçador funcional pode estar disponível frequentemente apesar da eliminação da relação contingente entre a resposta e a consequência. O NCR pode, ainda, assegurar que as taxas de reforçamento sejam mais altas que no DRO.

Mazaleski et al. (1996) realizaram uma análise do reforçamento e dos componentes da extinção no DRO durante o tratamento de autolesão de três mulheres com deficiência intelectual. Baixas taxas de autolesão foram apresentadas paras as três participantes quando o DRO e a Extinção foram implementadas. Athens e Vollmer (2010) realizaram um procedimento usando DRA sem extinção em sete crianças com deficiência intelectual. Os autores manipularam a duração do reforço, a qualidade, latência e uma combinação de cada atributo. Por não usar a extinção, as características negativas de tal procedimento foram evitadas (mudança na topografia do comportamento, respostas emocionais) e aumentaram os comportamentos alternativos sugeridos para cada caso, a partir da análise funcional.

Paden et al. (2012) realizaram um treino de mando para crianças não verbais, utilizando um delineamento reverso com uma linha de base múltipla entre todos os participantes. Todas as sessões duraram cinco minutos e incluíram 10 tentativas de 30 segundos cada. Para cada participante, foram usados cinco *Picture Exchange Communication System* (PECS) que ilustravam seus itens preferidos e dois PECS distrativos. Sem nenhuma dica verbal, era esperado que o participante emitisse um mando para o item preferido. O DRA foi realizado junto com a dica, os mandos independentes realizados para os adultos foram colocados em extinção. Caso o participante selecionasse o cartão PECS e não iniciasse uma interação com o seu par em cinco segundos, era provida uma dica física para conclusão da tarefa. Os mandos direcionados aos pares e aos adultos aumentaram de zero a três mandos emitidos por minuto.

Considerando a literatura ora analisada, observou-se que os procedimentos que utilizaram reforçamentos diferenciais, quando bem aplicados, podem trazer benefícios como o aumento do repertório adequado de habilidades sociais e de comunicação de pessoas com

deficiência intelectual e TEA. A Análise do Comportamento (AC), enquanto ciência, tem demonstrado potencial tecnológico no desenvolvimento de repertório social adequado junto a pessoas com diferentes expressões de deficiência. Parece interessante viabilizar o acesso ao conhecimento de seus princípios a outros profissionais não psicólogos (FORNAZARI, 2005), como pais, professores e outros profissionais da saúde que prestam serviços para esta população ou que convivem diariamente com ela.

A Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior* Analysis - ABA) diz respeito às aplicações comportamentais analíticas, investigando as possíveis melhorias de comportamentos específicos e, se estas mudanças percebidas podem ser atribuídas ao processo de aplicação; é um procedimento de pesquisa de auto avaliação e auto-observação do estudo do comportamento. Também, restringe-se a examinar comportamentos socialmente relevantes, devendo ser: aplicado, comportamental, analítico, tecnológico, conceitualmente sistemático, eficaz e apresentar alguma generalidade (BAER; WOLF; RISLEY, 1968). Além disso, é uma das possíveis formas de intervenção para propiciar autonomia para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e deficiência intelectual e, por meio desta, é possível promover uma ampliação do repertório comportamental do cliente com TEA, enfatizando comportamentos sociais adequados, por meio de observações sistemáticas e registro de comportamentos realizando, posteriormente, uma análise funcional (NASCIMENTO; SOUZA, 2018).

Heitzman-Powell, et al. (2014) avaliaram um treino para pais de crianças com TEA que moram em áreas remotas, baseado em ABA. Os autores explanaram sobre a necessidade de orientar os pais, pela quantidade de crianças que necessitavam de intervenção e, ao envolvê-los, aumentaram as oportunidades de aprendizado, promoveram generalizações e reduziram os valores dos tratamentos. Utilizaram para isso, o programa de treinamento OASIS, que usa técnicas de intervenção validadas empiricamente (ABA). Os tutoriais foram adaptados para os pais em uma linguagem mais acessível e modificado para plataformas de videoconferência ou

"*telemedicine"*, uma categoria de atendimentos de saúde à distância. O conteúdo foi dividido em oito módulos e, enquanto critérios, o participante deveria acertar 90% das avaliações para avançar. Foram oferecidas sessões de treinamento, com critério de fidelidade, também necessários para avançar no programa. Sete pais participaram do estudo, realizaram as atividades online e os treinamentos à distância por videoconferência. Além das aulas, os pais receberam brinquedos pré-escolares e materiais educacionais. Os treinadores ofereceram instruções e feedback, após as discussões sobre os módulos estudados. Dos 48 itens aplicados no pré e pós-testes com os pais, os índices de acertos aumentaram de 53,13% para 92,25%.

Oithuis et al. (2018) compararam o programa de treino de pais, baseado em evidências com base em AC, o "*Strongest Families"*, composto por material escrito, vídeos e sessões de treinamento por telefone, com os tratamentos usuais para redução de problemas comportamentais. Participaram 172 cuidadores primários de crianças de seis a 12 anos. Foram realizadas medidas de problemas de comportamento, das práticas parentais, do estresse parental e dos serviços de intervenção. A análise dos dados demonstrou que houve significante redução nos problemas comportamentais, com melhorias mais significativas após a 10ª semana de intervenção. Depois da intervenção também diminuiu a disciplina inconsistente mais significativamente que os tratamentos usuais e houve, também, significativa diminuição do estresse parental.

Luiselli, Bass e Whitcomb (2010) afirmaram que o treino de funcionários é uma melhoria importante nas instituições de cuidados comportamentais e de saúde. Os autores realizaram um estudo para avaliar um programa sistemático de treinamento para ensinar principios da Análise do Comportamento Aplicada a 35 funcionários recém-contratados em um serviço de residência para adultos com deficiência intelectual. Três áreas foram ensinadas em grupo usando aulas com o recurso do *Powerpoint*, explorando os temas: avaliação, suporte comportamental e aquisição de habilidades. Foram utilizados instruções didáticas, exercícios

práticos e demonstrações em vídeo. O desempenho foi medido por avaliações pré e pós testes. No pré-teste o total de acertos foi de 76,8% e 92% no pós-teste no Módulo 1 de Avaliação. No Módulo 2, de Suporte Comportamental, o total de acertos 75% e, no pós-teste foi de 89,2%. As pontuações do Módulo 3 de aquisição de habilidades foram de 62,4% no pré-teste e 90,4% no pós-teste. É, então, possível que os conhecimentos produzidos pela Psicologia, em especial, pela Análise do Comportamento, sejam ensinados para outros profissionais que trabalham com pessoas com deficiência intelectual e/ou TEA.

Fryling, Wallace e Yassine (2012), em seu estudo de revisão, avaliaram a relação entre a integridade do tratamento e a eficácia da intervenção comportamental, em treinamento para cuidadores. Os autores analisaram se os resultados do tratamento poderiam estar comprometidos quando as intervenções comportamentais eram realizadas no ambiente natural por indivíduos com pouca ou nenhuma instrução específica em Análise do Comportamento. Segundo eles, a maioria das pesquisas focaram em erros de omissão, os quais envolviam falha para implementar o tratamento (não reforçando o comportamento-alvo durante o treinamento de aquisição ou reforçando o comportamento inadequado). Wilder, Artwell e Wine (2006) avaliaram os diferentes níveis de integridade da sessão (contingências e reforçarmentos realizados corretamente) correlacionados com os níveis de obediência de uma criança típica. Quanto maior a integridade da sessão (100%), maiores os níveis de obediência (79 a 91%). Com 50% de integridade, os autores observaram de 41 a 54% de obediência e, com 0% de integridade, foi possível observar 0 a 6% de obediência.

Ensinar as técnicas de manejo comportamental aos profissionais de Educação Especial também tem se mostrado eficiente. DiGennaro et al. (2007) demonstraram que um processo bem conduzido pode ser efetivo em intervenção cujo o público-alvo foram os profissionais da Educação Especial dentro das salas de aula. Os problemas de comportamento de todos os alunos diminuíram após a intervenção. Os resultados apontaram para a diminuição dos

comportamentos inadequados que alcançou números estatisticamente relevantes em três de quatro díades professor-aluno, pós intervenção.

No estudo de Mueller et al. (2003), professores foram treinados para um modelo específico de intervenção em salas de aulas. O professor foi ensinado a realizar o DRA usando fichas, que eram trocadas por 15 segundos de acesso à itens preferidos previamente identificados com três crianças de cinco a sete anos, que apresentavam problemas comportamentais como ecolalias, choro, bater em objetos, agressão e vocalizações inadequadas. Após a emissão dos comportamentos adequados (obediência e adesão à tarefa) o professor contava as fichas e sinalizava à criança quanto tempo era permitido que ela tivesse acesso ao item e lembrava a criança sobre a relação entre o comportamento adequado emitido, o número de fichas e o tempo de acesso. Os comportamentos de obediência e aceitabilidade das atividades aumentaram nas fases de DRA, DNRA (reforçamento negativo diferencial de comportamento alternativo) e NCR. O DRA e o NCR apresentaram melhores resultados que o DRNA, apresentando níveis mais baixos do comportamento aberrante na pós intervenção do que na linha de base.

Há uma lacuna quanto à caracterização das competências esperadas de profissionais da Educação Especial que trabalham em instituições educacionais ou serviços de atendimento ambulatorial junto a crianças e adolescentes com deficiência e que apresentam comportamentos aberrantes. Kafrouni e Pan (2001) realizaram uma pesquisa em nove escolas regulares, sendo oito da rede estadual e uma da rede municipal, em 13 salas de aulas, sendo 10 classes regulares e três classes especiais. O objetivo das autoras foi de compreender as dificuldades encontradas pelos profissionais no trabalho com alunos com deficiência intelectual. No levantamento de dados realizado foi possível observar que a falta de um projeto de inclusão foi um dos problemas detectados em sete das 13 escolas que participaram do

estudo, assim como problemas quanto à prática docente, como, por exemplo, representações falhas dos professores sobre seus alunos.

Segundo Koegel et al. (2012), as escolas públicas deveriam possibilitar uma oportunidade ideal para intervenções em crianças com TEA. Considerando que frequentam as escolas por muitas horas durante a maior parte de seu desenvolvimento, seria uma boa possibilidade a implementação de uma intervenção compreensiva e intensiva com foco em aumentar a comunicação/socialização e expandir os interesses da criança com TEA. Além disso, é fundamental que os professores entendam a importância de definir e registrar cuidadosamente o comportamento desenvolvendo planos de intervenção baseados na apresentação dos sintomas de cada aluno (KOEGEL et al., 2012).

Além da possibilidade de trabalhar na formação de professores para identificar e manejar problemas comportamentais, existe a oportunidade de trabalhar habilidades básicas e acadêmicas por meio de tentativas discretas em ambiente controlado e acompanhamento dos processos de ensino-aprendizagem junto à equipe pedagógica para aquisição de habilidades educacionais específicas (MATOS; MATOS, 2018). Diante de tais resultados, os autores concluíram que a escola, enquanto espaço social, reproduz o processo de exclusão daqueles que apresentam alguma diferença social, biológica ou psicológica, dificultando o processo de inserção dos alunos com deficiência intelectual no espaço escolar. As dificuldades em aplicar procedimentos comportamentais nas salas de aulas, se devem a fatores como a falta de treinamento adequado dos professores, intensidade do tratamento, supervisão especializada e as próprias características da condição da pessoa, como por exemplo, o TEA (GREY et al., 2005). Mueller et al. (2003) afirmaram que “métodos de excelência para avaliar problemas de comportamento e tratamentos em potencial devem ser incorporados como parte da rotina das salas de aula” (p. 563).

A aplicação de procedimentos e princípios da Análise do Comportamento na Educação é extensa e bem documentada (KUBO; BOTOMÉ, 2001; LUNA, 2001; FRITZ; IWATA; ROLIDER; et al., 2012; HENKLAIN; CARMO, 2013; QUERIM, et al., 2013;) com pais; (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; PINHEIRO; HAASE; DEL PRETTE; et al., 2006; BOLSONI-SILVA; MARIANO, 2014) e com professores (OLIVER; PRATT; NORMAND, 2015, HIGGINS, et al., 2017). Os mesmos princípios podem e são aplicados também na área da saúde (ZIFFERBLATT, 1975; STUMPHAUZER; DAVIS, 1983; STUMPHAUZER; DAVIS, 1983; LUISELLI; BASS; WHITCOMB, 2010).

Zifferblatt (1975) aumentou o comportamento de adesão ao tratamento em clientes, ensinando-os a realizar Análise Funcional de seu comportamento de fuga do tratamento e ensinando aos clientes a terem um comportamento mais responsável sobre o seu tratamento. Luiselli, Bass e Whitcomb (2010) ensinaram princípios da Análise do Comportamento em um treinamento de equipe recém-contratada em um hospital de reabilitação para adultos com deficiência intelectual. Os participantes apresentaram índices de acerto entre 76,8% nos pré-testes e 92% nos pós-testes. Higgins et al. (2017) ensinaram profissionais não psicólogos a realizar análise funcional por meio de videoconferência. Os comportamentos-problema em todas as sessões foram emitidos em taxas menores que nas linhas de base, tanto com o profissional recém-capacitado, quanto com o profissional mais experiente. Para os autores, apesar do receio da comunidade científica acerca de tais instrumentos, a prática baseada em evidências possibilita que profissionais capacitados treinem outros profissionais iniciantes.

Os estudos apontaram que, tanto os professores, quanto os profissionais de saúde e demais prestadores de serviços para as pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, podem ser capacitados para uma melhor aplicação de suas habilidades profissionais específicas, quando associadas à procedimentos de manejo do comportamento social de seus clientes. O desenvolvimento das habilidades de manejo de comportamento pró adesão aos

procedimentos específicos da área podem ser ensinados a todos os profissionais não psicólogos.

Segundo Skinner (1972, p. 37), "a tarefa de programar um certo assunto é, à primeira vista, formidável". Para construir um planejamento de ensino para manejo de comportamentos mais adequados dos clientes, capacitando os profissionais tanto da saúde, quanto da educação, "é necessário caracterizar as necessidades sociais da população e possibilidades de atuação derivadas dessas necessidades" (KIENEN; KUBO; BOTOMÉ, 2013). A "Programação de ensino" (BORI, 1974 apud KIENEN; KUBO; BOTOMÉ, 2013), enquanto definição de planejamento e execução de processos de ensino e aprendizagem sofreu um aperfeiçoamento conceitual com o próprio nome, ao considerar conhecimentos e tecnologias empregados.

> "Programar condições de desenvolvimento de comportamentos é uma classe muito ampla de comportamentos envolvidos em processos de ensino, que iniciam com a descoberta dos comportamentos-objetivo e prossegue com os trabalhos de planejamento, construção, aplicação, avaliação e de aperfeiçoamento do próprio processo de ensino e a consequente comunicação desse tipo de trabalho" (BOTOMÉ, 1981 apud KIENEN; KUBO; BOTOMÉ, 2013, pg. 486).

O manejo de comportamentos pode ser ensinado para professores e profissionais da saúde que atendem pessoas que apresentam graves problemas de comportamento, para que eles possam ser instrumentalizados de maneira adequada. Utilizando os princípios da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de comportamentos adequados, materiais foram elaborados para ensino de pais (HAMADA; FORNAZARI, 2014) e para profissionais da saúde (YAZAWA; FORNAZARI, 2015). Comportamentos a serem ensinados foram identificados e o conteúdo foi elaborado em pequenos passos, com dificuldade crescente e apresentando feedback imediato dos conteúdos estudados. No estudo de Hamada (2014), a autora justifica sua pesquisa afirmando que é necessário propagar o conhecimento fora do âmbito acadêmico, sendo assim, é importante que os pais, sendo a primeira instância a receber e relacionar-se com os comportamentos aberrantes, tenham acesso aos conhecimentos desenvolvidos na Análise do Comportamento. Desenvolveu-se, então, um material didático para pais, com o objetivo de

diminuir a ocorrência dos comportamentos aberrantes em crianças com deficiência intelectual. Após o material ser aplicado em sete familiares de pessoas que apresentassem os comportamentos aberrantes, a autora considerou o material validado socialmente, pois 42% dos participantes afirmaram que aprenderam alguma coisa após o contato com o material.

Enquanto lacuna do estudo de Hamada (2014), um material para profissionais da saúde foi desenvolvido por Yazawa e Fornazari (2015). Além da escola, o sistema de saúde também presta serviços para as pessoas e para as famílias das pessoas com deficiência. Desta forma, ele precisa estar preparado para atender a população e lidar com suas questões comportamentais. Yazawa (2015) utilizou o material de Hamada (2014) adaptado para uso com profissionais da saúde. Participaram 11 profissionais (Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais, Fonoaudiólogos e Psicólogos). Os participantes receberam um caderno, composto por três módulos, contendo os princípios básicos da Análise do Comportamento, com exemplos específicos do seu cotidiano. Após a leitura do texto didático, o participante realizava exercícios relacionados aos conteúdos, obtendo feedback imediato, presente no caderno. Cada participante era responsável por seu próprio ritmo de aprendizagem, avançando no material de acordo com seu desempenho e tempo de dedicação ao mesmo. Enquanto lacuna deste estudo, o aprendiz foi responsável por suas correções, o que pode ter enviesado os resultados obtidos.

Mendes (2001) destaca que uma abordagem preventiva para o ensino dos comportamentos esperados em determinadas situações seria o ideal, para evitar o aparecimento de condutas mal adaptadas, possibilitando o desenvolvimento de habilidades mais complexas. Porém, programas de ensino de pais são raros e, também, são pouco eficientes as intervenções que preparam o profissional para o manejo comportamental.

Considerando a necessidade de capacitar profissionais da saúde e da educação para lidar com os comportamentos atípicos, que dificultam as atividades laborais de suas competências, a Análise do Comportamento, enquanto área do conhecimento, pode auxiliar profissionais não-

psicólogos com o conhecimento científico produzido. Além da formação desses profissionais, é importante verificar, na prática, se mudanças comportamentais dos profissionais geram mudanças comportamentais em seus clientes ou alunos. O uso de avaliações sistemáticas externas e filmagens de profissionais e clientes/alunos em situações reais pode auxiliar a observação do aprendido na prática.

Dentre as diversas possibilidades de ensino e formação continuada com o objetivo de promover a aquisição de novos comportamentos, os cursos autoinstrucionais são utilizados pelas instituições de ensino (CONSTANCIO; NOGUEIRA; COSTA, 2016). Tal característica é compatível com a configuração da vida moderna, em que muitos profissionais dispõem de pouco tempo para se aperfeiçoar ou reciclar-se. As capacitações autoinstrucionais, sobretudo as informatizadas, com o advento do EAD, estão se popularizando no Brasil (DE BONA, 2010; FAÉ, 2012; CONSTANCIO; NOGUEIRA; COSTA, 2016; BRASIL, 2016; YOSHIY; KIENEN, 2019).

Considerando a necessidade dos profissionais da Saúde e da Educação em adquirir os conhecimentos produzidos pela AC, que aperfeiçoariam sua atuação no manejo comportamental e a lacuna na literatura brasileira de estudos que avaliem a pertinência desta formação, o presente estudo pretendeu responder às questões: o desempenho de profissionais da Saúde e de Educação sobre Análise do Comportamento e sua aplicação ao manejo de comportamentos atípicos melhorariam após um programa de ensino? Haveria diferença entre o desempenho dos profissionais? Haveria, também, diferenças no desempenho de profissionais que conhecessem anteriormente AC?

Objetivos:

Geral:

Pretendeu-se, neste estudo, adaptar, implementar e avaliar um programa para ensino de profissionais da Saúde e Educação para manejo de comportamentos atípicos em atendimento individual, baseado em princípios da Análise do Comportamento.

Específicos:

1.Descrever e comparar o desempenho das participantes no pré e pós teste da avaliação geral.

2. Descrever e comparar o desempenho no pré e pós teste da avaliação geral, considerando professores e profissionais da saúde.

Método

Participantes:

A pesquisadora entrou em contato com instituições das cidades de Tupã, Assis, Marília, Garça, Pompéia, Presidente Prudente, Duartina, Agudos, São Manuel, Botucatu, Pederneiras, Lençóis Paulista. Destas, aderiram ao estudo as instituições das cidades de Tupã, Pompéia, Presidente Prudente, Agudos, São Manuel e Pederneiras. Do conjunto das cidades participaram 18 profissionais da saúde (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e pedagogos) alocados em seis instituições e que atendiam individualmente crianças ou adolescentes com deficiências diversas que emitiam os comportamentos aberrantes ou atípicos. As participantes estão descritas na Tabela 1.

As profissionais participantes da pesquisa eram 100% do sexo feminino, sendo a maioria destas (50%) com mais de 41 anos. As professoras (33,3%) compõem a maioria das participantes da capacitação, seguidas por psicólogas (22,2%), terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas (16,6%) e fonoaudiólogas (11,1%). Quanto à formação complementar, 83,3% delas realizaram especializações e 38,8% cursos de curta duração. Com relação ao tempo de atuação na área, 50% tem mais de seis anos de experiência na área. Delas 38,8% afirmaram não conhecerem a Análise do Comportamento.

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos participantes.

Aspectos	N	%
Sexo		
Masculino	0	0
Feminino	18	100%
Idade		
De 24 a 31 anos	4	22,2%
De 32 a 40 anos	5	27,7%
41 anos ou mais	9	50,1%
Formação		
Pedagogia	6	33,3%
Terapia ocupacional	3	16,6%
Fisioterapia	3	16,6%
Fonoaudiologia	2	11,1%
Psicologia	4	22,2%
Formação complementar		
Especialização	15	83,3%
Cursos de curta duração	7	38,8%
Tempo de atuação na área		
0 a 5 anos	8	44,4%
6 a 15 anos	9	50%
Mais de 15 anos	1	5,5%
Conhece Análise do Comportamento?		
Sim	11	61,11%
Não	7	38,8%

Fonte: A autora

Local

A pesquisa foi realizada em seis instituições que atendem crianças com deficiência intelectual e/ou TEA, no interior de São Paulo.

Instrumentos

a. Material didático: Graves problemas de comportamento no atendimento em saúde: como lidar?

O material instrucional *Graves problemas de comportamento no atendimento em saúde: como lida*r? (YAZAWA; FORNAZARI; RODRIGUES, 2018), adaptado de Yazawa e Fornazari (2015), conta com três módulos, no total de 70 páginas de textos e exercícios dissertativos e de múltipla escolha para avaliação do material lido com crivo de autocorreção. Para a confecção do material foram considerados “Os cinco princípios básicos da Programação

de Ensino" de Botomé (1981) que consiste em 1) Pequenos passos: concerne à necessidade de adotar pequenas unidades de ensino para facilitar a aprendizagem e aumentar a dificuldade aos poucos para uma aprendizagem sem erros; 2) Resposta ativa: a participação ativa do aprendiz é necessária para desenvolver as habilidades; 3) Verificação imediata: refere-se à importância de obter um feedback imediato sobre seu desempenho, otimizando a aprendizagem; 4) Ritmo individual: trata da necessidade de cada um aprender em seu ritmo, avançando de acordo com sua capacidade e desempenho; 5) Teste de avaliação: este último princípio relaciona-se com a importância de um exame que o aluno faz de cada unidade de ensino, avaliando, revisando e aperfeiçoando sempre que necessário, o programa. Para a elaboração deste, também foram considerados alguns conceitos do Sistema Personalizado de Ensino (*Personalized System Program*) de Fred Keller (KELLER; SHERMAN, 1974), como fazer em seu próprio ritmo, em pequenos passos, avançando no programa, sem aulas expositivas, com uso de texto programado. O programa de ensino está detalhado no Quadro 1.

Quadro 1. Conteúdo do material didático

Módulo	Conteúdo geral	Objetivo	Temas	Número de páginas	Exercícios
1	Princípios da AC	Adquirir comportamentos pré-requisitos para realizar a Análise Funcional	Antecedente, resposta e consequência	4	2
			Contingência	4	1
			Punição	4	6
			Extinção	3	5
			Discriminação e generalização	5	8
			Reforço	3	4
			Revisão	6	2
2	Análise Funcional	Adquirir comportamentos de realizar Análise Funcional e compreender a função dos comportamentos atípicos	Conceito de Análise Funcional	3	3
			Registro de respostas	3	0
			Registro dos consequentes	3	0
			Registro dos antecedentes	11	4
			Funções do comportamento e Análise funcional a partir da folha de registros	7	4
3	Intervenção via Esquemas de Reforçamento	Desenvolver comportamentos para manipulação das consequências dos comportamentos dos clientes	Reforçamentos diferenciais	32	27

Fonte: A autora

b. Protocolo de avaliação geral para pré e pós intervenção

O Protocolo de Avaliação Geral, elaborado para este estudo, é composto de 10 questões objetivas, cujo enunciado traz uma situação-problema na qual o participante deve escolher a conduta que lhe parece mais adequada, dentro do contexto clínico ou escolar, no manejo comportamental de seus clientes ou alunos (Apêndice 1).

Os Protocolos de avaliação intermódulos, elaborados para este estudo, versam sobre os conteúdos de cada módulo (1, 2 ou 3). O Protocolo do Módulo 1 é composto de 12 questões objetivas, que versam sobre os princípios básicos da AC, o Protocolo do Módulo 2, também

composto por 12 questões objetivas, aborda o uso da Análise funcional e, o Protocolo do Módulo 3 é composto por 10 questões objetivas, sobre a aplicação do DRA e do DRI (Apêndice 2).

Procedimento

Para a capacitação, o material didático de Yazawa e Fornazari (2015) foi adaptado. Incluiu-se mais ilustrações e o Módulo 2 foi mais detalhado devido o número de materiais em branco que voltaram nesta parte específica no estudo de Yazawa (2015). O material foi dividido em módulos e foi incluído protocolos de avaliação entre eles, aplicados pré e pós módulos.

a) De coleta

Após aprovação do Comitê de Ética, a autora entrou em contato com as instituições e apresentou o projeto de pesquisa às direções destas. Posteriormente à anuência foi realizada uma reunião com a coordenação e os funcionários para explicar o teor da mesma e convidar os profissionais. Identificados os participantes, estes preencheram o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3) e o Protocolo geral de avaliação. Foi esclarecido que o critério de aprovação (80% de acertos) na avaliação de cada Módulo não fosse obtido, um novo prazo para a avaliação seria combinado. Para a entrega do material do próximo módulo, o participante deveria alcançar o critério de 80% de acertos. Em seguida, foi entregue o material do Módulo 1, com instruções de como preenchê-lo e acordado com cada participante um prazo médio para a avaliação deste.

Após o período acordado, a avaliação do Módulo 1 foi realizada e, obtido o critério, foi entregue o material do Módulo 2, estabelecendo-se novo prazo que, decorrido o mesmo o participante realizou a avaliação do Módulo 2 e, obtido o critério recebeu o material do Módulo

3. Novamente, outro prazo foi estipulado para realização da avaliação do mesmo. Após obtido o critério no Módulo 3, as participantes responderam ao Protocolo Geral do programa.

Procedimento de análise

Análises intergrupos foram feitas comparando o desempenho das participantes antes e depois do curso. Também, comparações intragrupos foram feitas considerando o grupo de profissionais da saúde, com 12 participantes e da educação, com seis participantes, assim como se o conhecimento destas em Análise do Comportamento poderia influenciar em seu processo de aprendizagem. Para a análise, foi utilizado o teste inferencial não paramétrico de Wilcoxon.

Resultados

a) Adaptação do material do programa instrucional "Graves problemas de comportamento: Como lidar"

O programa instrucional "Graves problemas de comportamento: Como lidar" foi adaptado da pesquisa de Yazawa (2015) era composto inicialmente por um único volume. Para o presente estudo o referido material foi dividido em três módulos. Para acompanhar o progresso do participante e oferecer um feedback imediato, foram elaborados protocolos de avaliação geral e com os conteúdos de cada módulo para avaliação ao final de cada um deles. Para passar para o módulo seguinte, o participante deveria alcançar a nota mínima de 80%. Ainda, para aferição da aprendizagem do participante, um Protocolo geral foi elaborado, com conteúdo dos três módulos e aplicado antes e depois que o participante entrou em contato com o material desenvolvido.

Outra modificação realizada no material de Yazawa (2015) é referente ao Capítulo 2, que no presente material foi renomeado para Módulo 2. Na aplicação-teste de 2015, verificou-

se um número alto de exercícios em branco, o que poderia denotar um grau de dificuldade maior que o participante poderia realizar sem erros, atendendo os princípios dos "pequenos passos" e "autoavaliação" de Botomé (1970), em que a dificuldade dos exercícios deve aumentar gradativamente e o programa deve passar por uma autoavaliação para melhoria contínua. Os exercícios foram reformulados e mais figuras instrucionais foram adicionadas ao Módulo 2.

Avaliação pré e pós-teste pelo Protocolo Geral de Avaliação

Ao todo, participaram 18 profissionais, sendo seis professoras e 12 de outras profissões relacionadas à área da saúde. Dessa amostra, 11 (61,11%) profissionais tinha conhecimento prévio em Análise do comportamento e sete (38,8%) não tinham.

Com a finalidade de avaliar o programa de ensino das profissionais, foi aplicado o Protocolo Geral antes do Módulo 1 e após a finalização do programa. Os dados do pré e pós são apresentados na Tabela 2. Observa-se que houve diferença significativa entre as duas avaliações (p=0,000), com média maior na segunda avaliação.

Tabela 2 Resultados médios dos pré e pós teste da avaliação geral.

	Mediana	**DP**	**Mínimo**	**Máximo**
Pré teste	7	1,23	5	9
Pós teste	9	1,32	5	10
P	0,000			

Teste: Wilcoxon
Fonte: A autora

A Tabela 3 apresenta a frequência de participantes que tiveram acertos no Protocolo no pré e no pós. Observa-se que 16 (88,9%) das participantes acertaram oito ou mais questões na segunda avaliação contra seis (33,3%) na primeira avaliação.

Tabela 3 Quantidade de acertos do Protocolo na amostra geral – pré e pós

Acertos	Protocolo-pré		Protocolo-pós	
	Frequência	**%**	**Frequência**	**%**
5	2	11,1	1	5,6
6	6	33,3	0	0
7	4	22,2	1	5,6
8	4	22,2	3	16,7
9	2	11,1	6	33,3
10	0	0	7	38,9

Fonte: A autora

Considerando que professoras compunham mais do que 30% da amostra e realizavam atendimentos em pequenos grupos, optou-se por separá-las dos profissionais da saúde. Comparou-se, então, o pré e o pós teste do Grupo 1 (professoras) e do Grupo 2 (profissionais da saúde). Observa-se que houve melhora da pontuação média do pré para o pós teste para os dois grupos. Todavia, a diferença significativa da avaliação do pré-teste para o pós-teste foi encontrada no grupo de outras profissionais (p=0,003), com pontuação média maior no pós teste, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 Comparação entre grupos de professores e profissionais antes e depois da participação no programa (Teste Wilcoxon)

Grupos	**Pré**			**Pós**			***p***
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Professores n=6	6.5	1,37	6,5	8,33	1,75	9,0	0,071
Profissionais da saúde n=12	7,8	1,16	7,0	9,16	1,02	**9,5**	**0,003**

Fonte: A autora

Das participantes, cerca de 60% já conheciam a Análise do Comportamento, apesar de afirmarem não usar seus princípios nos atendimentos realizados. Comparou-se, então, o desempenho pré e pós no teste geral considerando o conhecimento prévio ou não dos princípios de AC (Tabela 5). Houve diferença significativa tanto no grupo de profissionais com conhecimento prévio (p=0,007), tanto quanto no grupo de profissionais sem conhecimento prévio (0,024), com média maior no pós teste para os dois grupos.

Tabela 5 Comparação entre grupos de participantes que tinham conhecimento prévio de AC e de profissionais que tiveram contato pela primeira vez (Teste Wilcoxon)

Grupos	**Pré teste**			**Pós teste**			**p**
	Média	**DP**	**Mediana**	**Média**	**DP**	**Mediana**	
Conhecimento prévio AC (n=10)	7,2	1,3	7,5	9,2	1,0	**9,5**	**0,007**
Sem conhecimento prévio AC (n=8)	6,5	0,9	6,5	8,5	1,6	**9,00**	**0,024**

Fonte: A autora

Não houve repetições de módulos por nenhuma das participantes, todas atingiram o critério de 80% na primeira testagem. A média de tempo para leitura e execução dos exercícios pelas participantes foi de aproximadamente um mês.

Discussão

As adaptações realizadas no material do programa instrucional "Graves problemas de comportamento: Como lidar" tiveram, como objetivo aumentar a probabilidade de acertos e melhor aproveitamento das participantes. Houve um aumento no número de módulos e foram

elaboradas avaliações entre os módulos com critério de 80% de acertos para passar de um módulo a outro. Como Botomé (1981) e Keller e Sherman (1974) preconizaram, a autoavaliação realizada no material possibilitou a sua revisão, melhorando seus pontos deficitários, possibilitando um melhor aproveitando do módulo. Segundo Keller e Sherman (1974), a análise do material é tarefa do instrutor, caso seu conteúdo estiver inadequado. A inclusão de um protocolo geral, avaliando o desempenho dos participantes antes e depois possibilitou a análise da qualidade do curso oferecido, tanto considerando a especificidade do profissional, se da Saúde ou da Educação e, ainda, o conhecimento prévio sobre AC dos participantes.

Dado o formato do programa de ensino, ele possibilitou uma formação relativamente rápida para as profissionais que atendem as pessoas com deficiência intelectual, uma importante qualidade dos cursos autoinstrucionais (CONSTANCIO; NOGUEIRA; COSTA, 2016), atendendo assim, um de seus objetivos. Além disso, tal característica facilitou o acesso ao aprendizado, por ser um estudo autodirigido, dependendo da disciplina e dedicação do próprio aprendiz.

Considerando a amostra total das participantes observou-se melhoras após o contato com o material desenvolvido para este estudo, com média significativamente maior no pós-teste, o que sinaliza que a compreensão dos conceitos melhorou após participação no programa. Com o material anterior (YAZAWA, 2015), obteve-se o percentual de acertos de 91,75% na Unidade 1 (equivalente ao Módulo 1 deste estudo), 80,9% na Unidade 2 (equivalente ao Módulo 2) e 91,89% de acertos na Unidade 3 (equivalente ao Módulo 3). Os dados obtidos na Unidade II apontaram para a necessidade de mudanças, concretizadas no presente estudo.

Os conceitos estudados neste material auxiliam na aquisição contínua de conhecimentos, estes que inclusive podem auxiliar nas salas de aula, no manejo de comportamentos atípicos, lacuna apontada Koegel et al. (2012), e sendo uma competência mais

que necessária nos dias atuais. O material possibilitou que os participantes compreendessem como realizar a AF e, também, teoricamente como aplicar procedimentos de reforçamentos diferenciais, práticas que podem melhorar suas atividades laborais. Os dados levantados vão ao encontro do que Moore et al. (2002) sugeriram em seu estudo, que, com treino adequado, professores podem aprender a implementar AF de forma correta.

Considerando a formação dos participantes, os resultados obtidos por profissionais da saúde no pós teste foi significativamente melhor do que o das professoras. Além das participantes da Saúde, os participantes da Educação também obtiveram bons resultados e a literatura traz a importância de capacitá-los, por ser a linha de frente no atendimento à criança com deficiência (DIGENNARO et al.,2007). A proposta inicial do programa de intervenção se limitava aos profissionais da Saúde e, por solicitação das instituições, os professores também foram inseridos.

A média das participantes com conhecimento prévio em AC e sem conhecimento prévio em AC aumentou também, o que pode ser compreendido que as participantes sem conhecimento prévio se apropriaram dos conceitos ensinados. A variação foi maior na média do pós-teste das participantes que conheciam a AC, chegando quase à nota máxima da avaliação.

Três das quatro psicólogas participantes da pesquisa declaram-se de outras abordagens, duas psicanalistas, uma humanista e uma analista do comportamento.

Considerações finais

Este estudo teve por objetivo adaptar, implementar e avaliar um programa de ensino para profissionais da saúde e educação para manejo de comportamentos atípicos em atendimento individual, baseado em princípios da Análise do Comportamento.

Enquanto limitações deste estudo, a aprendizagem das participantes foi medida apenas pelo desempenho do conhecimento de conceitos da AC, AF e Reforçamento Diferencial nos protocolos Pré e Pós-teste. A diferença numérica dos grupos analisados também pode ser identificada como uma limitação, por não permitir análises mais robustas e generalização dos dados.

Sugere-se para estudos futuros que a aprendizagem dos participantes seja medida comparando a prática do profissional antes e após a participação no programa para observar se há melhorias.

A Análise do Comportamento é uma ciência que muito pode contribuir com a população em geral. Os conhecimentos produzidos pela academia devem chegar até àqueles mais necessitados e estudos como este desenvolvido pode melhorar a qualidade de vida das crianças atendidas e a prática laboral dos profissionais que atendem as crianças com deficiência intelectual e apresentam os comportamentos aberrantes, extrapolando o conhecimento além da Psicologia e perpassando para as demais áreas da Saúde e da Educação.

Referências

ATHENS, E. S.; VOLLMER, T. R. An investigation of Differential Reinforcement of Alternative Behavior without extinction. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 43, n. 2, p. 569-589, 2010.

BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some currents dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1, 91-97, 1968.

BAGAIOLO, L. F.; PACÍFICO, C. R.; MOYA, A. C. C.; MIZAEL, L. F.; JESUS, F. S.; ZAVITOSKI, M.,; SASAKI, T.; ASEVEDO, G. R. C. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 46-64, 2018.

BRASIL, L. S. B. Gamificação aplicada ao módulo autoinstrucional online "Saúde da população negra". **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, v. 4, n. 2, p. 299-301, 2016.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia (Natal),** v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARIANO, M. L. Práticas educativas de professores e comportamentos infantis, na transição ao primeiro ano do Ensino Fundamental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14 n. 3, p. 814-833, 2014.

BOTOMÉ, S. P. **Objetivos comportamentais no ensino: A contribuição da Análise Experimental do Comportamento,** (Tese de doutorado não publicada). Departamento de Psicologia Experimental do Instituto da Universidade de São Paulo, USP, 1981.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. Porto Alegre, Artmed, 1999.

CONSTANCIO, F. G., NOGUEIRA, D. X. P., COSTA, J. P. C. L. Proposta de modelo ADDIE estendido com aplicação nos cursos autoinstrucionais mediados por tecnologias na escola nacional de administração pública. **Anais do Encontro Virtual de Documentação em Software Livre e Congresso Internacional de Linguagem e Tecnologia Online**, 5, 1, p. 1-6. Disponível em: http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/anais_linguagem_tecnologia/article/view/10506, 2016.

COWDERY, G. E.; IWATA, B. A.; PACE, G. M. Effects and side effects of DRO as treatment for self-injurious Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.23, p. 497-506, 1990.

DE BONA, M. **Análise do treinamento autoinstrucional no ambiente de agência bancária: estudo de caso na agência T**. (Trabalho de conclusão de curso não publicado) Universidade do Rio Grande do Sul – RS, 2010.

DIGENNARO REED, F. D.; REED, D. D.; BAEZ, C. N.; MAGUIRE, H. Parametric analysis of errors of commission during discrete-trial training. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.44, p. 611-615, 2011.

FAÉ, R. Aprendizagem organizacional: um estudo de caso sobre Ensino à Distância. **Revista da FAE**, v.15 n.2, p. 68-83, 2012.

FRITZ, J. N.; IWATA, B. A.; ROLIDER, N. U.; CAMP, E. M.; NEIDERT, P. L. Analysis of self-recording in self-management interventions for stereotypy. **Journal of Applied Behavior Analysis,** v.45 n.1, p. 55-68, 2012.

FRYLING, M. J.; WALLACE, M. D.; YASSINE, J. N. Impact of treatment integrity on intervention effectiveness. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.45 n.2, p. 449-53, 2012.

FORNAZARI, S. A. **Redução de comportamentos inadequados em portadores de deficiência mental, no treino para o trabalho**. (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2000.

FORNAZARI, S. A. **Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental ou múltipla em ambiente educacional**. (Tese de doutorado não publicada), Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, SP, 2005.

HAMADA, R. A. **Comportamentos aberrantes: revisão de estudos sobre tema e elaboração de material didático para intervenção com pais**. (Dissertação não publicada) Universidade Estadual de Londrina, UEL, PR, 2014

HAMADA, R. A.; FORNAZARI, S. A. **Material didático de capacitação para pais em Análise do comportamento** (Material não publicado), 2014

HIGGINS, W. J.; LUCZYNSKI, K. C.; CARROL, R. A.; FISHER, W. W.; MUDFORD, O. C. Evaluation of a telehealth training package to remotely train staff to conduct a preference assessment. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.1, 50, p. 238-251, 2017.

HENKLAIN, M. H. O.; CARMO, J. S. Contribuições da Análise do Comportamento à Educação: um convite ao diálogo. **Cadernos de Pesquisa,** v.43 n.149, p. 704-723, 2013.

HEITZMAN-POWELL, L. S.; BUZHARDT, J.; RUSINKO, L. C.; MILLER, T. M. Formative evaluation of an ABA outreach training program for parents of children with Autism in remote areas. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v.14, p.23-38, 2013.

IWATA, B.; DORSEY, M. F.; SLIFER, K. J.; BAUMAN, K. E.; RICHMAN, G. S. Toward a functional analysis of self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 27, n.2, p. 197-209, 1994.

KAFROUNI, R. M., PAN, M. A. G. S. A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais e os impasses frente à capacitação dos profissionais da educação básica: um estudo de caso. **Interação em Psicologia,** v**.**5, p.31- 46, 2001.

KELLER, F. S., SHERMAN, J. G. **The Keller plan handbook**. Menio Park, W.A, Benjamin, 1974.

KIENEN, N.; KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. **Acta Comportamentalia**, v.21, n.4, p. 481-494, 2013.

KOEGEL, L., MATOS-FREDEN, R., LANG, R., KOEGEL, R. Interventions for children with autism spectrum disorders in inclusive school settings. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 19, n.3, p. 401–412, 2012.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, v. 5, p. 1-19, 2001.

KRASNO A.M. Noncontingent Reinforcement (NCI). In: VOLKMAR F.R. (eds) **Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders**. Springer, New York, NY, 2013

LUNA, S. V. A crise da educação e o Behaviorismo. Que parte nos cabe nela? Temos soluções a oferecer? In K. CARRARA (Org.), Educação, Universidade e Pesquisa. III **Simpósio em Filosofia e Ciência: Paradigmas do Conhecimento no Final do Milênio**. São Paulo: FAPESP/Unesp-Marília-Publicações, p.143-155, 2001.

LUISELLI, J. K.; BASS, J. D.; WHITCOMB, S. A. Teaching applied Behavior analysis knowledge competencies to direct-care service providers: outcome assessment and social validation of a training program. **Behavior Modification**, v. 34 n.5, p. 403-410, 2010.

MATOS, M. A. Análise funcional do comportamento. **Revista Estudos em Psicologia**, v.16, n.3, p. 8-18, 1999.

MATOS, D. C., MATOS, P. G. S. Intervenções em psicologia para inclusão escolar de crianças autistas: estudo de caso. **Revista Espaço Acadêmico**, 18, 211, 2018.

MAZALESKI, J. L.; VOLLMER, T. R.; ZARCONE, J. R.; SMITH, R. G. Analysis of the Reinforcement and extinction components in DRO contingencies with self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.26 n.2, p. 143-156, 1993.

MENDES, E. G. Comportamentos aberrantes ou desafiadores? In: MARQUEZINE, M. C., ALMEIDA, M. A., TANAKA, E. I. D., (orgs). **Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial II**. Universidade Estadual de Londrina, PR, 2001.

MUELLER, M. M.; PIAZZA, C. C.; MOORE, J. W.; KELLEY, M. E.; BETHKE, S. A.; PRUETT, A. E.; OBERDORFF, A. J.; LAYER, S. A. Training parents to implement pediatric feeding protocols. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.36 p.4, p. 545-562, 2003.

NASCIMENTO, G. A., SOUZA, S. F. A inclusão de alunos com transtorno do espectro autista (TEA): possibilidades de intervenção psicopedagógica através da Análise do comportamento aplicada, **Paidéia**, v. 13, n. 19, 163-185, 2018.

OLIVER, A. C.; PRATT, L. A.; NORMAND, M. P. A survey of functional Behavior assessment methods used by Behavior analysts in practice. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.48, p. 817-829, 2015.

OLTHUIS, J. V., MCGRATH, P. J., CUNNINGHAM, C. E., BOYLE, M. H., POTTIE-LINGLEY, P., REID, G. J., BAGNELL, A., LIPMAN, E. L., TURNER, K., CORKUM, P., STEWART, S. H., BERRIGAN, P., SDAO-JARVIE, K. Distance-Delivered Parent Training for Childhood Disruptive Behavior (Strongest Families™): A Randomized Controlled Trial and Economic Analysis. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 46 n.8, 1613-1629, 2018.

PADEN, A. R.; KODAK, T.; FISHER, W. W.; GAWLEY-BULLINGTON, E. M.; BOUXSEIN, K. J. Teaching children with autism to engage in peer-directed mands using a picture exchange communication system. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.45 n. 2, p. 425-429, 2012.

QUERIM, A. C.; IWATA, B. A.; ROSCOE, E. M.; SCHLICHENMEYER, K. J.; ORTEGA, J. V.; HURL, K. E. Functional analysis screening for problem Behavior maintained by automatic reinforcement. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.46, n. 1, p. 47-60, 2013.

SKINNER, B. F. **Tecnologia de Ensino.** Tradução de Rodolpho Azzi. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

STUMPHAUZER, J. S.; DAVIS, L. C. Training community-based, Asian-american mental health personnel in Behavior modification. **Journal of Community Psychology**, v.11, n. 3, p. 309-316, 1983.

_____. Training Mexican American mental health in personnel in Behavior therapy. **Journal of Therapy and Experimental Psychiatry**, v.14, n.3, p. 102-108, 1983.

YAZAWA, T. **Comportamentos aberrantes: revisão de procedimentos de intervenção, elaboração e avaliação de material didático para profissionais da saúde**. (Dissertação não publicada) Universidade Estadual de Londrina, UEL, 2015.

YAZAWA, T.; FORNAZARI, S. A. **Graves problemas de comportamento no atendimento em saúde: como lidar?** (Material de capacitação não publicado), 2015.

YAZAWA, T.; FORNAZARI, S. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. R. **Graves problemas de comportamento no atendimento em saúde: como lidar?** (Material de capacitação não publicado), 2018.

YOSHIY, S. M.; KIENEN, N. Elaboração de um livro autoinstrucional para desenvolver "gerenciamento de tempo" em estudantes universitários. In KIENEN, N.; GIL, S. R. S. A., LUZIA, J. C.; GAMBA, J. (org). **Análise do comportamento: conceitos e aplicações a processos educativos, clínicos e organizacionais**. Londrina, UEL, p. 66-84, 2018.

VOLLMER, T.; IWATA, B. A. Differential Reinforcement as treatment for Behavior disorders: procedural and functional variations. **Research in Developmental Disabilities**, v.13, 393-417, 1993.

VOLLMER, T.; IWATA, B. A.; ZARCONE, J. R.; SMITH, R. G.; MAZALESKI, J. L. The role of attention-maintaned self-injurious Behavior: noncontigent Reinforcement and Differential Reinforcement of Other Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.26, p. 9-21, 1993.

WILDER, D. A.; ATWELL, J.; WINE, B. The effects of varying levels of treatment integrity on child compliance during treatment with a three-step prompting procedure. **Journal of Applied Behavior Analysis,** v.39, p. 369-373, 2006.

ZIFFERBLATT, S. M. Increasing patient compliance through the applied analysis of Behavior. **Prevent Medicine,** v.4, p. 173-182, 1975.

ESTUDO 2. DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ATÍPICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COM TEA E OUTROS TRANSTORNOS, POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

Introdução

Pessoas com deficiência intelectual e TEA podem apresentar uma série de comportamentos atípicos com alta frequência e que causam estranhamento, resultando danos físicos em si mesmo e em outros, como os comportamentos destrutivos, manias (indução ao vômito, tricolomania, pica) e crises comportamentais. Para Iwata et al. (1994) e Mendes (2011) comportamentos de autolesão e outros comportamentos disruptivos graves são considerados aberrantes e prejudiciais, assim como as estereotipias graves e frequentes que, apesar de não trazerem prejuízos de fato, atrapalham na aprendizagem acadêmica e no desenvolvimento de outros comportamentos adaptativos (FORNAZARI, 2005). Tais comportamentos são indesejados e podem contribuir para o aumento da estigmatização social de pessoas com deficiência intelectual (FORNAZARI, 2000) e TEA (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007). Eles aparecem precocemente e se mantém no repertório da criança (EINFELD; TONGE, 1996). A peculiaridade destes comportamentos afeta, também, os cuidadores, que tendem a se isolar, o que limita a participação destes em atividades sociais (PEREIRA; BORDINI; ZAPPITELLI, 2017).

Os casos mais extremos de comportamentos aberrantes podem impactar negativamente ao longo do tempo. Eles acabam fazendo parte do repertório comportamental de pessoas com TEA e deficiência intelectual severa, interferindo na aprendizagem de comportamentos adaptativos e promotores do desenvolvimento, tais como comportamentos de autocuidados e verbalizações adequadas (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007). Tais defasagens impedem que tenham acesso a ambientes mais amplos que possibilitam a aprendizagem de comportamentos desejados socialmente, facilitando interações sociais produtivas. Estes

comportamentos tão característicos do TEA podem impactar no desenvolvimento de atividades de rotina, na adaptação, na comunicação e, em comportamentos sociais, que levam a outros comprometimentos (KLIN, 2006)

Algumas pessoas com deficiência intelectual severa e TEA precisam aprender a brincar, interagir com pares, comunicar-se, desenvolver amizades e, para isso, é necessário desenvolver comportamentos pré-requisitos para eles. Além de auxiliar para adquirir novos comportamentos, pessoas com deficiência necessitam de programas específicos para extinguir os comportamentos aberrantes (LOVAAS, 1981).

Para intervenções são necessários instrumentos de avaliação de repertórios comportamentais, sejam eles, emocionais, sociais, linguísticos, agressivos, ocupacionais e de autocuidado (LOVAAS, 2003). Ainda, de acordo com o autor, se os comportamentos podem ser observados podem, também, serem separados e avaliados com objetividade. Tal fator é imprescindível para verificar a evolução de um quadro de *déficit* ou excesso comportamental ou, os efeitos de intervenções sistemáticas. Considerando tais aspectos, alguns instrumentos podem auxiliar na quantificação de qualquer comportamento, inclusive os comportamentos atípicos. Ainda, há a importância de identificar precocemente os déficits ou excessos comportamentais, pois intervenções precoces intensivas e de longo prazo estão associadas a uma melhoria no prognóstico (ALCKMIN-CARVALHO, et al., 2014).

Losapio et al. (2011) traduziram uma escala para avaliação da eficácia do tratamento com pessoas com deficiência intelectual, que apresentam comportamentos aberrantes, a *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) (AMAN, et al., 1985). Ela foi desenvolvida em 1985, na Nova Zelândia, com o objetivo de avaliar resultados de intervenções comportamentais ou medicamentosas em pessoas com deficiência intelectual moderada ou severa. O instrumento serve de referência para avaliação de evolução de quadro clínico, podendo direcionar as estratégias utilizadas, fornecendo subsídios para elaboração de estratégias de intervenção. A

escala é composta de 58 itens que descrevem vários problemas de comportamento, agrupados em: categorias amplas: irritabilidade, agitação, choro, letargia, retraimento social, estereotipia, hiperatividade/desobediência e fala inapropriada. Entre os estudos que utilizaram o ABC para avaliar seus resultados, está o de Rojahn et al. (2013) que comparou três instrumentos de avaliação comportamental: o ABC, o *Behavior Problem Inventory* (BPI-01) e o *Repetitive Behavior Scale-Revised* (RBS-R) em um estudo longitudinal. Porém, cada instrumento era mais específico em algum aspecto particular do comportamento. O BPI-01 é mais sensível a resultados que envolvem estereotipia, por exemplo. Por este motivo, os autores sugerem o uso dos três instrumentos para um mapeamento mais completo do repertório comportamental do indivíduo.

Kerr et al. (2015) desenvolveram um protocolo para o uso do ABC-C (*Aberrant Behavior Checklist*-Community) para quantificar a melhora a partir de uma intervenção em participantes com Síndrome do X-Frágil. O instrumento foi utilizado para identificar e incluir sete dimensões do estado de saúde do participante. No contexto do tratamento do X-Frágil, há inúmeras razões pela preferência do uso do ABC e, entre elas, a de que o instrumento é capaz de estimar o impacto do X-Frágil no repertório comportamental do indivíduo.

O ABC-C é uma adaptação do ABC, para crianças com menos de cinco anos. Schmidt et al. (2013) realizaram uma avaliação do ABC-C em crianças muito novas para averiguar se o instrumento era sensível para identificar problemas de comportamentos em crianças. Os autores concluiram que o mesmo é adequado e sugeriam seu com crianças na primeira infância. Ishii et al. (2017) utilizaram o ABC-J (escala traduzida para o japonês) em crianças e jovens com Síndrome de Prader-Willi com o objetivo de avaliar as diferenças quanto à idade relacionados aos problemas de comportamentais e alimentares. Os resultados mostraram que, quanto aos problemas alimentares, não há diferenças significativas entre adolescentes e jovens

adultos. Já os comportamentos aberrantes são mais severos em jovens adultos que em adolescentes.

Ishii et al. (2017) e Salehi et al. (2018) compararam os comportamentos aberrantes de pessoas com Síndrome de Prader-Willi e Síndrome de Down com pessoas com Síndrome de Prader-Willi e TEA e, somente com TEA. Eles concluíram que as pessoas com Síndrome de Prader-Willi com comorbidade com Síndrome de Down e TEA apresentaram comportamentos semelhantes ao indivíduo que apresenta apenas TEA. O ABC indicou comportamentos mal adaptados mais sérios nos participantes com TEA, incluindo os comparados com os quadros com alterações genéticas.

O estudo de Soto, et al. (2018) teve como objetivo validar a versão em espanhol do ABC-C com clientes mexicanos com TEA. A tradução foi realizada e validaram o instrumento com mães, terapeutas e professoras de sete clientes, com idades entre cinco e nove anos. Os participantes responderam o instrumento e uma escala Likert para avaliar a clareza da tradução. Nenhum dos itens e instruções ficou abaixo de 80 pontos e os autores concluíram que a clareza do instrumento era boa ou excelente.

Considerando os estudos até aqui explicitados, a avaliação do repertório comportamental de crianças e adolescentes pode apresentar indicativos para programas de intervenção e, posteriormente, verificar sua validade. Uma vantagem do ABC é que é uma escala transcultural que possibilita ao usuário identificar comportamentos atípicos de seus clientes de forma objetiva, como relatado pelos pesquisadores citados anteriormente. Apesar de ter sido adaptada para o português brasileiro, o ABC não foi aplicado de maneira sistemática e extensa, com poucos estudos sobre ela (BAIAGOLO et al, 2018; BARALDI; et al, 2013, BENJAMIN, 2018, BOURGONDIERA; REICHLE; PALMER, 1997).

Apesar da relevância social do tema, poucos são os estudos brasileiros que avaliam o repertório comportamental de crianças e adolescentes em atendimentos individuais na

educação e, principalmente, na saúde. Conhecer como profissionais da Saúde e da Educação descrevem o comportamento atípico dos seus clientes e se avaliam diferente em função da patologia, pode dar pistas se as intervenções com participantes de diferentes etiologias e em contextos diferentes precisam ser adaptadas a esses aspectos. Portanto, este estudo pretende responder às questões de pesquisa: Quais os comportamentos mais frequentes em pessoas com comportamentos considerados atípicos? Há diferenças entre os comportamentos de pessoas com TEA e outros transtornos? Há diferenças entre as avaliações de profissionais da Saúde e da Educação?

Objetivos

Geral

Este estudo pretende descrever e comparar a caracterização de comportamentos atípicos de pessoas com TEA e outros transtornos a partir de relatos de profissionais da Saúde e da Educação.

Específicos

a) Descrever e comparar comportamentos atípicos de crianças a partir de relatos de profissionais da Saúde e da Educação;
b) Comparar e descrever os comportamentos atípicos de crianças em atendimento individual relatados por profissionais da saúde e da educação.

Método

Participantes:

a) Percurso amostral

Participaram deste estudo 25 profissionais da saúde (fonoaudiólogas, fisioterapeutas, psicólogas, enfermeiras, terapeutas ocupacionais) e pedagogos alocados em seis instituições e 25 crianças ou adolescentes com deficiências diversas que emitem os comportamentos aberrantes em atendimento individual. As instituições eram das cidades de Tupã, Pompéia, Presidente Prudente, Agudos, São Manuel e Pederneiras. Houve seis desistências durante o processo de capacitação. Os dados sociodemográficos das 25 participantes estão descritos na Tabela 1.

As profissionais participantes da pesquisa eram 100% do sexo feminino, sendo a maioria destas (48%) com mais de 41 anos. As professoras (36%) são a maioria das participantes da capacitação, seguidas por terapeutas ocupacionais e psicólogas (20%), fisioterapeutas e fonoaudiólogas (12%). Quanto à formação complementar, 76% delas realizaram especializações e 36% cursos de curta duração. Com relação ao tempo de atuação na área, 56% tem mais de seis anos de experiência na área. Delas 52% afirmaram não conhecerem a Análise do Comportamento. Estes dados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes

Aspectos	N	%
Sexo		
Masculino	0	0
Feminino	25	100%
Idade		
De 26 a 31 anos	6	24%
De 32 a 40 anos	7	28%
41 anos ou mais	12	48%
Formação		
Pedagogia	9	36%
Terapia ocupacional	5	20%
Fisioterapia	3	12%
Fonoaudiologia	3	12%
Psicologia	5	20%
Formação complementar		
Especialização	19	76%
Cursos de curta duração	9	36%
Tempo de atuação na área		
1 a 5 anos	10	40%
6 a 15 anos	13	48%
Mais de 15 anos	2	8%
Conhece Análise do Comportamento?		
Sim	12	48%
Não	13	52%

Fonte: A autora

Os clientes das instituições, escolhidos pelos profissionais, também participaram indiretamente desse estudo. Seus dados sociodemográficos estão descritos na Tabela 2. Deles 72% eram meninos, com idade entre um a 10 anos (64%). A maioria dos atendimentos ocorreram tanto eram recentes (48% entre um mês e um ano) ou há muito tempo (32% por mais de 5 anos). Os atendimentos eram predominantemente ambulatoriais (76%), ou seja, clientes que estudavam em outras escolas e realizavam os atendimentos das especialidades naquela instituição. O TEA foi o diagnóstico mais frequente (56%), com diferentes comorbidades. Deficiência intelectual foi o segundo diagnóstico mais comum (28%) seguido por Síndrome de Down (16%).

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos clientes.

Sexo	N	Outros transtornos	TEA	%
Masculino	18	5	13	72%
Feminino	7	2	7	28%
Idade				
De 1 a 10 anos	16	8	11	64%
De 11 a 15 anos	6	2	2	24%
16 anos ou mais	3	0	2	12%
Tempo de atendimento				
De 1 mês a 1 ano	12	7	11	48%
De 1 ano a 5 anos	5	2	2	20%
Mais de 5 anos	8	0	2	32%
Modalidade de atendimento				
Ambulatorial	19	11	9	76%
Escolar	6	0	4	24%
Tipo de diagnóstico *				
Autismo (TEA)	14			56%
Deficiência intelectual leve	3			12%
Deficiência intelectual média	4			16%
Síndrome de Down	4			16%
TDAH	1			4%
Não especificado	1			4%
Psicose orgânica (F.29)	1			4%

Fonte: A autora

* As nomenclaturas do tipo de diagnóstico utilizadas são as descritas nos prontuários dos clientes

Local

Os dados foram coletados em salas para atendimento individual das instituições de origem dos participantes profissionais, de forma a garantir o sigilo das informações coletadas.

Instrumentos e materiais

a) Questionário para levantamento de dados sociodemográficos dos profissionais e dos clientes/alunos

O Protocolo é composto de 19 questões, sendo estas: nome, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, área de atuação, tempo de atuação nesta área, tempo na instituição em que trabalha, curso de graduação, especializações, cursos de aprimoramento, cursos rápidos

e se conhecia Análise do Comportamento. Sobre o cliente atendido pelo participante, os dados coletados foram: nome da criança/cliente, idade, sexo, tempo de atendimento com a criança/cliente, modalidade do atendimento na instituição e tipo de diagnóstico da criança/cliente.

b) Para a Identificação de comportamentos atípicos

Foi utilizada o *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) de Aman et al. (1985) padronizada no Brasil por Losapio et al. (2011). É uma escala com 58 itens elaborada para avaliar a presença e a severidade de vários problemas de comportamento de pessoas com deficiência intelectual severa (Anexo 1). Cada item é avaliado de 0 (sem problemas), 1 (poucos problemas), 2 (moderadamente sérios problemas) e 3 (problemas severos). Os itens estão agrupados em cinco domínios: Irritabilidade, Agitação e Choro (15 itens); Letargia e Esquiva Social (16 itens); Comportamentos estereotipados (7 itens); Hiperatividade (16 itens) e, Fala Inapropriada (4 itens). Análises estatísticas mostraram que o ABC tem boas propriedades psicométricas e alta consistência interna entre as subescalas (alpha = 0.91), excelente confiabilidade de teste-reteste (r = 0.98) e moderada correlação com medidas de comportamento adaptativo (r = 0.60) (AMAN et al., 1985).

Procedimento

1. Para coleta dos dados

As instituições que atendem crianças com deficiência intelectual foram contatadas pela pesquisadora e, após o aceite, as coordenadoras marcaram reuniões para convidar os profissionais interessados na pesquisa. Aos profissionais participantes foi explanado o projeto e em que consistiria sua participação. Após a apresentação do projeto e respondidas as dúvidas,

os profissionais e pais dos clientes assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em seguida, os profissionais responderam ao protocolo sociodemográfico e o ABC.

2. Para análise dos dados

Para a correção do ABC, a folha de respostas estabelece pontuações máximas para cada domínio. E, para cada item, o respondente pode escolher de 1 a 5 pontos dependendo da frequência com que o comportamento ocorre. No domínio Irritabilidade o participante pode pontuar até no máximo 45, em Letargia, 48, em Estereotipia, 21, em Hiperatividade 48 e em Fala Inapropriada, 12. Para a descrição dos resultados do ABC na primeira aplicação, a pontuação máxima para cada domínio foi multiplicada para os 25 participantes. Por exemplo, cada item de cada domínio poderia ter até 75 pontos. Os dados de comparações intergrupos foram realizadas utilizando o Teste de Mann Whitney, considerando a formação do profissional (professores versus outras especialidades) e entre grupos de clientes dependendo do transtorno (TEA versus outros transtornos).

Resultados

Inicialmente serão apresentados os dados referentes aos cinco domínios gerais assinalados pelos profissionais na primeira aplicação do ABC. Os pontos obtidos se referem ao total assinalado pelos profissionais e a pontuação total se refere ao número de participantes multiplicado por 3, o valor máximo de cada item que pode ser atribuído pelo participante. Observa-se, na Tabela 3, as frequências para cada um deles. Os itens que mais pontuaram foram os do domínio “Hiperatividade”, com 55,6%, seguido por “Fala inapropriada” (45%). Os domínios “Irritabilidade” e Estereotipia” apareceram em 35% dos relatos.

Tabela 3 Porcentagem dos domínios gerais avaliados pelo ABC no pré-teste.

Itens do ABC	Pontos obtidos/total	%
Hiperatividade	779 (1425)	55,6%
Fala inapropriada	135 (300)	45%
Irritabilidade	397 (1125)	35%
Estereotipia	105 (300)	35%
Letargia	370 (1200)	30,8%

Fonte: A autora

A Tabela 4 mostra os dados do domínio Hiperatividade. Para cada item se os 25 participantes assinalassem o escore máximo (3) a pontuação total do item seria 75. Para cada item foi calculada a porcentagem de indicações. Dos comportamentos pertencentes à classe Hiperatividade 12 tiveram mais 50% de indicações. Entre os itens mais pontuados estão: "Desobediente, difícil de controlar", com 63 pontos; "Impulsivo, age sem pensar", com 58 pontos; "Distrai-se com facilidade", com 55 pontos; "Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar" e "Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)" que apresentaram 48 pontos cada e, "Não presta atenção às instruções" e "Ignora propositalmente as instruções" com 47 pontos cada.

Tabela 4. Pontuação dos comportamentos do domínio Hiperatividade.

Itens de hiperatividade	Pontos	%
Desobediente; difícil de controlar	63	84%
Impulsivo(a) (age sem pensar)	58	77,5%
Distrai-se com facilidade	55	73,3%
Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar	48	64%
Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)	48	64%
Não presta atenção às instruções	47	62,7%
Ignora propositalmente as instruções	47	62,7%
Incomoda os outros	42	56%
Não é cooperativo	42	56%
Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)	41	54,7%
Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições etc.	40	53,3%
Não presta atenção quando falam com ele(ela)	40	53,3%
Tende a ser excessivamente ativo(a)	37	49,3%
Constantemente corre ou pula em torno do cômodo	36	48%
Tumultua as atividades em grupo	34	45,3%
Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça	30	40%
Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente	28	37,3%
Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo	27	36%
Balança o corpo para trás e para frente repetidamente	16	21,3%

Fonte: A autora

A Tabela 5 mostra os dados do domínio Fala Inapropriada. Entre os itens mais pontuados estão: “Repete várias vezes uma palavra ou frase”, com 40 pontos; seguido por “Fala excessivamente”, com 34 pontos; “Fala repetitiva”, com 31 pontos e, “Fala sozinho(a) em voz alta”, com 30 pontos.

Tabela 5. Pontuação dos comportamentos do domínio Fala inapropriada.

Itens Fala inapropriada	Pontos	%
Repete várias vezes uma palavra ou frase	40	13,3%
Fala excessivamente	34	11,3%
Fala repetitiva	31	41,3%
Fala sozinho(a) em voz alta	30	40%

Fonte: A autora

A Tabela 6 mostra os dados do domínio Irritabilidade. Entre os itens mais pontuados estão: "Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado", com 45 pontos; "Crises de birra, acessos de fúria", com 42 pontos; o "O humor muda rapidamente", com 37 pontos e, "Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente" com 36 pontos.

Tabela 6. Pontuação dos comportamentos do domínio Irritabilidade.

Itens de Irritabilidade	Pontos	%
Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado	45	60
Crises de birra/acesso de fúria	42	56
O humor muda rapidamente	37	49,3%
Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente	36	48%
Grita em momentos inapropriados	33	44%
Irritável e queixoso(a)	32	42,6%
Chora por mínimos aborrecimentos e machucados	29	38,6%
Grita inapropriadamente	27	36%
Chora e grita inapropriadamente	27	36%
Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força	24	32%
Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)	19	25,3%
Causa machucados em si mesmo	15	20%
Pratica violência contra si próprio	14	18,6%
Depressivo(a)	10	13,3%
Fere-se de propósito	7	9,3%

Fonte: A autora

A Tabela 7 mostra os dados do domínio Estereotipia. Entre os itens mais pontuados estão: "Estranho, comportamento esquisito" com 36 pontos"; seguido por "Movimentos corporais repetitivos e sem sentido", com 30 pontos e, "Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos" com 28 pontos.

Tabela 7. Pontuação dos comportamentos do domínio Estereotipia.

Itens de Estereotipia	Pontos	%
Estranho, comportamento esquisito	36	48%
Movimentos corporais repetitivos e sem sentido	30	40%
Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos	28	37,3%
Movimenta ou balança a cabeça de trás para frente repetidamente	11	14,6%

Fonte: A autora

A Tabela 8 mostra os dados do domínio Letargia. Entre os itens mais pontuados estão: "Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)", com 39 pontos; "Demonstra pouca reação social aos outros", com 35 pontos e, "Preocupado(a), fixa o olhar no vazio" com 34 pontos.

Tabela 8 Pontuação dos comportamentos do domínio Letargia.

Itens de Letargia	Pontos	%
Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)	39	52%
Demonstra pouca reação social aos outros	35	46,6%
Preocupado(a), fixa o olhar no vazio	34	45,3%
Retraído(a); prefere atividades solitárias	28	37,3%
Isola-se de outras crianças ou de adultos	28	37,3%
Procura se isolar dos outros	25	33,3%
Expressão facial imóvel, fixa; falta de resposta emocional	24	32%
Prefere ficar sozinho(a)	24	32%
Reage negativamente ao contato afetivo	23	30,6%
Indiferente, lento(a), parado(a)	19	25,3%
Difícil alcançá-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)	19	25,3%
Resiste a qualquer forma de contato físico	18	24%
Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo	17	22,6%
Não tenta se comunicar por palavras ou gestos	15	20%
Não faz nada a não ser ficar sentado(a) e olhar os outros	11	14,6%
Inativo(a), nunca se move espontaneamente	11	14,6%

Fonte: A autora

Análises intergrupos também foram conduzidas. A Tabela 9 mostra a comparação dos comportamentos avaliados pelo ABC considerando a patologia dos clientes, neste caso autista versus outros transtornos. Entre os clientes com TEA, os domínios mais frequentes foram: Fala

inapropriada, Hiperatividade e Irritabilidade. Entre os clientes com outros transtornos a categoria mais frequente foi Hiperatividade.

Tabela 9. Frequência das categorias avaliadas pelo ABC, considerando TEA e crianças com outros transtornos

	TEA (n=14)		Outros transtornos (n=11)	
Itens do ABC	Pontos obtidos/total	%	Pontos obtidos/total	%
Irritabilidade	378 (630)	60%	189 (495)	38,2%
Letargia	209 (672)	31,1%	161 (528)	30,5%
Estereotipia	58 (168)	34,5%	47 (132)	35,6%
Hiperatividade	505 (798)	63,3%	274 (627)	43,7%
Fala inapropriada	97 (168)	89,8%	38 (132)	28,8%

Fonte: A autora

A Tabela 10 compara a pontuação média entre os dois grupos de clientes. Os clientes com TEA apresentaram significativamente maior pontuação Geral (p=0,000) e também para os domínios Irritabilidade (p=0,001), Hiperatividade (p=0,020) e Fala Inapropriada (p=0,020).

Tabela 10. Comparação entre os itens do ABC avaliados por profissionais da saúde e educação, considerando a patologia da criança.

Itens avaliados	**Média TEA**	**Média Outros transtornos**	**P**
Geral	75,69	41,31	**0,000****
Irritabilidade	21,03	9,97	**0,001***
Letargia	18,94	14,06	0,140
Estereotipia	4,5	4,5	1,000
Hiperatividade	27,47	11,53	**0,000****
Fala inapropriada	6,5	2,5	**0,020***

Fonte: A autora

Considerando o número de professores optou-se por analisar se haveria diferença na caracterização dos clientes por profissionais da Educação e da Saúde. A Tabela 11 mostra esses dados. Observa-se que tanto profissionais da Saúde como da Educação identificaram mais

comportamentos de Hiperatividade e de Irritabilidade. Para profissionais da Educação a Fala Inapropriada também chamou a atenção.

Tabela 11. Frequência das categorias avaliadas a partir do ABC, por profissionais da saúde e da educação.

	Profissionais Saúde (n=16)		**Profissionais Educação (n=9)**	
Itens do ABC	Pontos obtidos/total	%	Pontos obtidos/total	%
Irritabilidade	307 (720)	42,6%	260 (405)	64,2%
Letargia	258 (768)	33,5%	112 (432)	25,9%
Estereotipia	62 (192)	32,3%	43 (108)	39,8%
Hiperatividade	446 (912)	48,9%	333 (513)	64,9%
Fala inapropriada	71 (192)	37%	64 (108)	59,2%

Fonte: A autora

A Tabela 12 mostra a comparação da pontuação média dos dois grupos de profissionais. Observa-se que os profissionais da Saúde identificaram significantemente mais comportamentos gerais atípicos (p=0,001), Letargia (p=0,000) e Hiperatividade (p=0,024) do que os profissionais da Educação.

Tabela 12. Comparação entre os itens do ABC avaliados por profissionais da Saúde e Educação.

Itens avaliados	**Média Saúde**	**Média Educação**	**P**
Geral	69,16	47,84	**0,001***
Irritabilidade	16,73	14,27	0,441
Letargia	23,41	9,59	**0,000***
Estereotipia	5,25	3,75	0,386
Hiperatividade	23,55	15,45	**0,024***
Fala inapropriada	5,5	3,5	0,215

Fonte: A autora

Discussão

O presente estudo pretendeu identificar quais os comportamentos atípicos que profissionais da Educação e Saúde identificaram em seus clientes. Considerando as grandes classes de comportamentos a hiperatividade teve frequência mais alta, seguida pela fala inapropriada. Tais excessos comportamentais podem comprometer a aprendizagem e a socialização da criança, independente de seu diagnóstico e, casos extremos de comportamentos aberrantes podem impactar negativamente ao longo do tempo, tais como verbalizações inadequadas, desobediência, agitação excessiva (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007).

Das análises feitas dos comportamentos que compõe cada classe observamos que em Hiperatividade os itens mais pontuados foram: “Desobediente, difícil de controlar”; “Impulsivo, age sem pensar”; “Distrai-se com facilidade”; “Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar”; “Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)”; “Não presta atenção às instruções” e “Ignora propositalmente as instruções”. Para Klin (2006), acessos de ira são reações comuns enquanto reações às exigências ambientais impostas, como uma atividade acadêmica, alterações de rotina, ou frente a eventos inesperados. Sua comunicação precária pode gerar frustração, que além de agressividade, pode gerar comportamentos antissociais, sendo comum isolarem-se em ambientes sociais. Tais comportamentos, podem não gerar prejuízos físicos, porém atrapalham no desenvolvimento e aprendizagem de comportamentos adaptativos, além de isolarem socialmente as crianças com TEA, por trazerem estigmatização social (FORNAZARI, 2000).

A classe de comportamentos Fala Inapropriada está presente em pessoas com deficiência e é uma característica marcantes entre as pessoas com TEA. Os itens mais frequentes foram: “Repete várias vezes uma palavra ou frase”; “Fala excessivamente”; “Fala repetitiva”, com 31 pontos e, “Fala sozinho(a) em voz alta”. De acordo com Lovaas (1981), algumas crianças precisam de auxílio para aprender a se comunicar de forma adequada, alguns são mudos, enquanto outros não conseguem se expressar bem, ou seja, é possível observar

déficits ou excessos comportamentais neste quesito. Déficits na responsividade e na comunicação social também são relatadas enquanto marcadores precoces associados à diagnósticos de TEA (KALB et al., 2010). O desenvolvimento do interesse na comunicação está associado ao desenvolvimento da linguagem sendo, às vezes, necessário além das intervenções tradicionais, a utilização de modalidades alternativas de comunicação, como a linguagem de sinais ou o *Picture Exchange System* (PECS) (MONTENEGRO; CELERI; CASELLA., 2018).

A Irritabilidade foi outra classe de comportamento analisada. Os itens mais pontuados foram: "Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado"; "Crises de birra, acessos de fúria"; "O humor muda rapidamente" e, "Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente". Irritabilidade e hiperatividade são características constantes em crianças com TEA (PEREIRA; BORDINI; ZAPPITELLI, 2017), que podem também dificultar a aprendizagem e a socialização destas crianças, prejudicando o seu amplo desenvolvimento educacional e afetivo.

A Estereotipia é um comportamento que aparece com mais frequência entre as pessoas com TEA, mas pode também estar presente em pessoas com deficiência intelectual. Os itens mais pontuados foram: "Estranho, comportamento esquisito"; "Movimentos corporais repetitivos e sem sentido" e, "Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos". De acordo com Bagaiolo et al (2018), é comum a identificação de comportamentos relacionados à inflexibilidade e estereotipias motoras (balançar o corpo, *flapping*, entre outros). Tais comportamentos prejudicam a socialização das crianças com TEA, possibilitando um isolamento por tais comportamentos identificados como "esquisitos". Segundo a autora, tais aspectos podem influenciar negativamente, além do próprio indivíduo com TEA, a sua família, gerando um impacto negativo na saúde mental destes. Além destas implicações, envolver-se em comportamentos estereotipados podem dificultar o foco e a atenção da criança nas atividades estruturadas, muitas vezes pela função de esquiva que o

comportamento estereotipado pode apresentar. Ainda, Klin (2006) relata sobre os comportamentos estereotipados enquanto fonte de prazer ou formas de se autoacalmar após situações de estresse, e uma preocupação exacerbada por objetos que giram (ex: ventilador) podem implicar em perda de foco e interesse de atividades acadêmicas ou de reabilitação.

A Letargia foi a classe de comportamento menos frequente. A presença deste tipo de comportamento tem impacto no desenvolvimento das pessoas com deficiência. Entre os itens mais pontuados estão: "Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)"; "Demonstra pouca reação social aos outros" e "Fixa o olhar no vazio". Klin (2006) afirma que há uma falta de interesse pela face humana em bebês e jovens com TEA, em não se engajar em brincadeiras comuns da infância, como "esconde-esconde", preferindo ficar sozinho, na exploração sensorial de objetos. Não se interessar por socializações é um fator que dificulta a adesão às atividades lúdicas e/ou de especialidades dos profissionais da saúde e da educação. De acordo com Klin (2006), o interesse social pode aumentar com o tempo, porém, jovens com maior comprometimento podem ser arredios à interação e indivíduos mais velhos podem apresentar maior disposição em aceitar passivamente a interação, sem procura-la ativamente.

Uma outra questão de pesquisa era se os participantes percebiam diferenças de comportamento, de acordo com a patologia dos seus clientes. Os dados apontaram que os profissionais identificaram significativamente mais comportamentos atípicos em pessoas com TEA nos domínios de Irritabilidade, Hiperatividade e Fala inapropriada. Tais achados vão ao encontro das observações de Schmidt et al. (2013) sobre a prevalência de comportamentos mais graves em crianças com TEA, também encontrados por Ishii et al. (2017) e Salehi et al. (2018).

Um outro ponto analisado foi se haveria diferenças entre profissionais. Como professores eram maioria dentre as formações profissionais analisadas nos dois grupos e, também, atendiam em um contexto diferente dos profissionais da saúde, analisou-se a diferença na caracterização dos clientes por profissionais da educação e da saúde. Os dados indicaram

que os profissionais da Saúde perceberam mais comportamentos atípicos do que os da Educação e, entre eles, as diferenças foram significativas para o computo geral dos comportamentos atípicos, para Letargia e Hiperatividade. Este dado pode, possivelmente, ser explicado pelo fato que as profissionais da Saúde atendem individualmente as crianças, e as profissionais da Educação trabalham coletivamente, dividindo a atenção destas em mais crianças.

Considerações finais

O presente estudo pretendeu descrever comportamentos atípicos de crianças e adolescentes com deficiência por profissionais da Saúde e da Educação utilizando um instrumento, o *Aberrant Behavior Checklist* para este fim. Os resultados apontaram que os comportamentos que compõem a classe denominada Hiperatividade foram os mais frequentes para a amostra geral e, também, para cada um dos grupos de profissionais. Para a amostra geral prevaleceram os comportamentos de desobedecer, a impulsividade e a distração, comportamentos que dificultam a adesão às atividades tanto em atendimento individual, típicos de profissionais da Saúde, como em atendimento conjunto, próprio dos profissionais da Educação.

Os resultados obtidos com os grupos específicos ou considerando os diferentes transtornos podem ser indicadores para intervenções pontuais que podem, a partir do manejo correto, diminuir a frequência desses comportamentos e aumentar a frequência de comportamentos incompatíveis que possibilitariam o engajamento no tratamento e, consequentemente, o desenvolvimento de repertórios que possibilitariam a convivência em ambientes mais amplos e diversificados. O ABC poderia, então, ser utilizado como uma medida de avaliação dos resultados dessas intervenções como mostra os estudos de Rojahn et al. (2013) e Kerr et al. (2015).

Portanto, é importante identificar os comportamentos atípicos dentro dos contextos de atendimentos em saúde/reabilitação e educação pois com estas informações é possível desenvolver tecnologias e estratégias, além de identificar melhorias ou agravamentos no repertório comportamental destes indivíduos. Pode-se inferir que outros profissionais não psicólogos que identificam comportamentos atípicos são de grande valia, constituindo uma vantagem para as instituições e organizações, pois assim os profissionais reavaliam suas práticas clínicas/educacionais dentro do âmbito de suas competências, aumentando a qualidade de seus atendimentos.

Uma das limitações deste estudo foi a amostra reduzida e composta com profissionais de fazeres diversos como os profissionais da Saúde e da Educação, assim como a variabilidade dos transtornos de adolescentes e crianças atendidas o que dificulta a generalização dos dados.

Para pesquisas futuras, sugere-se uma aplicação mais ampla do ABC para identificar comportamentos que os profissionais identificam e oferecer intervenções pontuais para modificá-los, para além da caracterização e iniciar intervenções dentro dos ambientes clínicos/educacionais.

Referências

AMAN, M. G.; SINGH, N. N.; STEWARD, A. W.; FIELD, C. The aberrant Behavior checklist: a Behavior rating scale for the assessment of treatment effects. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 89, n. 5, p. 485-491, 1985.

ALCKMIN-CARVALHO, F.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; STRAUSS, V. G.; PAULA, C. S. Identificação de Sinais Precoces de Autismo Segundo um protocolo de observação estruturada: um estudo de seguimento, **Psico**, Porto Alegre, v. 45, p. 502-512, 2014.

BAGAIOLO, L. F.; PACÍFICO, C. R.; MOYA, A. C. C.; MIZAEL, L. F.; JESUS, F. S.; ZAVITOSKI, M.; SASAKI, T.; ASEVEDO, G. R. C. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 46-64, 2018.

BARALDI, G. S.; MARTIN, M. A. F.; ROJAHN, J.; CARREIRO, L. R. R.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Indicadores de validade de conteúdo da versão brasileira do behavior problems inventory/BPI-01. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.13, n.2, p. 94-103, 2013.

BENJAMIN, E. M. R. B. **Efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em crianças com transtorno do espectro autista nos diferentes graus do espectro: um ensaio clínico randomizado** (Trabalho de conclusão de curso) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Natal, RN, 2018. Disponível em https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/7265

BOURGONDIERA, M. E. V.; REICHLE, N. C.; PALMER, A. Comportamento Sexual em Adultos com Autismo. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. 27, No. 2, 1997.

EINFELD, S.L.; TONGE, B.G. Population Prevalence of Psychopathology in Children and Adolescents with Intellectual Disability. II. Epidemiological Findings. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.40, p.99-109, 1996.

FORNAZARI, S. A. **Redução de comportamentos inadequados em portadores de deficiência mental, no treino para o trabalho**. (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2000.

FORNAZARI, S. A. **Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental ou múltipla em ambiente educacional**. (Tese de doutorado não publicada), Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, SP, 2005.

ISHII, A.; IHARA, H.; OGATA, H.; SAYAMA, M.; GITO, M.; MURAKAMI, N.; AYABE, T.; OTO, Y.; TAKAHASHI, A.; NAGAI, T. Autistic, Aberrant, and Food-Related Behaviors IN: Adolescents and Young Adults with Prader-Willi Syndrome: The Effects of Age and Genotype. **Behavioural Neurology**, v.3, p. 461-545, 2012.

IWATA, B.; DORSEY, M. F.; SLIFER, K. J.; BAUMAN, K. E.; RICHMAN, G. S. Toward a functional analysis of self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 27, n. 2, p. 197-209, 1994.

LOVAAS, O. I. **Teaching developmentally disabilities disabled children: The me book**. Austin, Texas, PRO-ED Books, Texas, 1981.

LOVAAS, O. I. **Ensinando indivíduos com atrasos no desenvolvimento: técnicas básicas para intervenção**. PRO-ED Books,Texas, 2003.

LOSAPIO, M. F.; SILVA, L. G.; PONDÉ, M. P.; NOVAES, C. M.; SANTOS, D. N.; ARGOLLO, N.; OLIVEIRA, I. M. S.; BRASIL, H. H. A. Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 n.5, p. 909-925, 2011.

KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n.1, 3-11, 2006.

KALB, L. G., LAW, J. K., LANDA, R., LAW, P. A. Onset patterns prior to 36 months in Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 40, n.11, 1389–1402, 2010.

KERR, C.; BREHENY, K.; LLOYD, A.; BRAZIER, J.; BAILEY, D. B.; BERRY-KRAVIS, E.; COHEN, J.; PETRILLO, J. Developing a utility index for the aberrant Behavior checklist (ABC-C) for fragile X syndrome. **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, v.24, n. 2, p. 305-320, 2014.

MATSON, J. L.; NEBEL-SCHWALM, M. S. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. **Elsevier**, v. 28, n.4, p. 341-352, 2007.

MENDES, E. G. Comportamentos aberrantes ou desafiadores? In: MARQUEZINE, M. C., ALMEIDA, M. A., TANAKA, E. I. D., (orgs). **Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial II**. Universidade Estadual de Londrina, PR, 2001.

MONTENEGRO, M. A., CELERI, E. H. R. V., CASELLA, E. B. Transtorno do espectro autista – TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro, **Thieme Revinter Publicações**, 2018.

PEREIRA, M. L., BORDINI, D., ZAPPITELLI, M. C. Relatos de mães de crianças com transtorno do espectro autista em uma abordagem grupal. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.17, n.2, 56-64, 2017.

ROJAHN, J.; SCHROEDER, S. R.; MAYO-ORTEGA, L.; OYAMA-GANIKO, R.; LEBLANC, J.; MARQUIS, J.; BERKE, E. Validity and reliability of the Behavior Problems Inventory, the Aberrant Behavior Checklist, and the Repetitive Behavior Scale-Revised among infants and toddlers at risk for intellectual or developmental disabilities: a multi-method assessment approach. **Research in Developmental Disabilities**, v. 34, n.5, p. 1-18, 2013.

SALEHI, P.; HERZIG, L.; CAPONE, G.; LU, A.; ORON, A. P.; KIM, S. J. Comparison of aberrant Behavior checklist profiles across Prader-Willi syndrome, Down syndrome and autism spectrum disorder. **American Journal of Medical Genetics,** v.21, p.1-9., 2018.

SOTO, I. A. L. C.; RODRÍGUEZ, H. G. H.; CALVILLO, M. E. N.; NAVARRO, F. G., ELÍAS, C. L. G.; GOLLAZ, G. G.; ORO, A. B. Validación de la versión en español de la aberrant Behavior checklist-community en pacientes autistas mexicanos. **Revista Mexicana de Neurociência,** v.19, n.2, p. 49-61, 2018.

ESTUDO 3. COMPORTAMENTOS ATÍPICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA E OUTROS TRANSTORNOS, ANTES E DEPOIS DE UMA INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

Introdução

Alguns comportamentos podem chamar a atenção por ocorrerem em alta frequência, causando dano físico em si próprio ou outros, tais como os comportamentos destrutivos e de autolesão ou manias (induzir vômito, pica, tricolomania, entre outros). Iwata et al. (1994) descrevem que a autolesão é a forma crônica de comportamentos atípicos, podendo oferecer sérios riscos àqueles que os emitem e sendo um desafio para os responsáveis para tratá-los.

Tais comportamentos podem atrapalhar no ensino acadêmico e na aquisição de um repertório comportamental adaptado às demandas sociais (FORNAZARI, 2005). São indesejados por aumentar a estigmatização social de pessoas com deficiência intelectual (FORNAZARI, 2000) e TEA (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007).

Os comportamentos atípicos podem ter função de comunicação e, por exemplo, um comportamento de autolesão pode ser uma forma de expressar “Preste atenção em mim” ou “Deixe-me em paz” (DONNELLAN, et al., 1984). Para Zarcone et al. (2001), comportamentos atípicos exibidos por pessoas com deficiência intelectual dificultam a reabilitação e requerem tratamento intensivo de alto custo. Além disso, são pouco pesquisados. Entre os transtornos que tem como comorbidade comportamentos atípicos estão as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

São sintomas de TEA o atraso na aquisição da fala, a estereotipia e a autolesão, que são mais intensos de acordo com a severidade do quadro (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007). Tais defasagens impedem que tenham acesso a ambientes mais amplos que possibilitam a aprendizagem de comportamentos desejados socialmente, facilitando interações sociais produtivas). Todavia, comportamentos atípicos estão presentes no repertório comportamental

de pessoas com Síndrome de Down, deficiência intelectual severa e outros transtornos (BARALDI, 2015; FORNAZARI et al., 2014). Para isso, programas de ensino podem auxiliar na aquisição dos novos comportamentos e extinção daqueles comportamentos indesejáveis (LOVAAS, 1981).

O primeiro passo para planejar intervenções é avaliar o repertório comportamental inicial, seja social, emocional, linguístico, ocupacionais e de autocuidado (LOVAAS, 1987). O autor ainda sinaliza que é necessário identificar os comportamentos e observá-los com objetividade. Para isso, é preciso usar instrumentos que auxiliem nesse processo, quantificando a frequência ou intensidade da emissão dos comportamentos atípicos, possibilitando estabelecer uma linha de base que permitiria verificar uma evolução ou uma regressão de quadros comportamentais atípicos pós intervenção.

O Aberrant *Behavior Checklist* (ABC) (AMAN, et al., 1985) tem como objetivo avaliar a emissão e a frequência de comportamentos atípicos ou aberrantes de pessoas com deficiência intelectual moderada ou severa. No Brasil foi adaptada por Losapio et al. (2011). O instrumento serve de referência para avaliação de evolução de quadro clínico, podendo direcionar as estratégias utilizadas, fornecendo subsídios para elaboração de estratégias de intervenção.

Pesquisas tem utilizado o ABC para compará-lo com outros instrumentos de avaliação comportamental (ROJAHN et al., 2013); adaptá-lo para crianças, o ABC-C (SCHMIDT et al., 2013); para avaliar o repertório comportamental de crianças e adolescentes japoneses com Síndrome de Prader-Willi (ISHII et al., 2017); para comparar os comportamentos aberrantes de pessoas com Síndrome de Down, Síndrome de Prader-Willi e TEA (SALEHI et al., 2018) e avaliar a pertinência do instrumento para avaliar repertório comportamental de clientes mexicanos com TEA (SOTO et al., 2018).

Kerr et al. (2015) desenvolveram um protocolo mais compacto para o uso do ABC-C (*Aberrant Behavior Checklist*-Community) com 349 participantes com Síndrome do X-Frágil,

menores de 18 anos. Os resultados apontaram que foi possível desenvolver este instrumento, porém com algumas limitações, como a necessidade de um estudo psicométrico mais aprofundado.

No estudo de Geraldo (2017), a autora aplicou o instrumento em 91 crianças para avaliação de problemas de comportamento e realizar uma correlação entre os problemas comportamentais da criança, níveis de estresse e práticas parentais adequadas. Além do ABC, foram aplicados o Inventário de problemas de comportamento (*The Behavior Problems Inventory* – BPI-01), em duas formas, para crianças de um ano e meio a cinco e, para crianças e adolescentes de seis a 18 anos. Isoladamente, o instrumento ABC que avaliou estereotipia/autolesão e irritabilidade não foram preditores dos desfechos de saúde mental e qualidade de vida dos pais. Já as queixas relacionadas à hiperatividade e agressividade foram preditores importantes nos escores dos problemas nas práticas parentais avaliadas.

Baraldi (2016), em seu estudo, verificou parâmetros psicométricos de validade e fidedignidade do Inventário de Problemas de comportamento/ BPI-01, associando-o ao ABC. Para isto, aplicou os instrumentos em 130 crianças e adolescentes com e sem transtorno do neurodesenvolvimento. O escore total do ABC foi considerado para possibilitar a realização de análises de correlação mediante o uso de coeficiente de correlação de Pearson. O BPI-01 apresentou evidências de validade convergente com o ABC, apresentando propriedades psicométricas adequadas para avaliar, reavaliar e identificar problemas de comportamento de pessoas com transtorno de neurodesenvolvimento no contexto clínico, pois todos os índices de de correlação entre as subescalas do BPI-01 foram positivos e estatisticamente significativos.

Aman et al. (2009) realizaram um tratamento combinado de treino de pais e o uso de Risperidona para o manejo comportamental em crianças com problemas severos de comportamentos por 24 semanas, randomizado, com 124 crianças, de idades entre quatro e 13 anos, que apresentavam estereotipia, agressão e autolesão. O ABC foi utilizado para verificar

os resultados desta intervenção, sendo aplicado antes e depois dos procedimentos de intervenção. Os autores compararam os resultados da condição medicamento e treino para pais (COMB) e do medicamento apenas (MED). O tratamento combinado mostrou benefícios na redução dos graves problemas de comportamento, diminuindo seus escores em Irritabilidade e Hiperatividade, o que possibilitou diminuir a dose de Risperidona na condição COMB.

Kaat, Lecavalier e Aman (2013) validaram o ABC com uma amostra de 1.893 participantes nos Estados Unidos e Canadá. Em conjunto com o ABC, foram aplicados, também, o *Autism Diagnostic Observation Schedule*, instrumento que classifica em "fora do espectro", "espectro do autismo" ou "autismo", o *Vineland Adaptative Behavior Scales II,* que avaliou as habilidades adquiridas e comportamentos adaptativos, o *Stanford Binet*, que avaliou o QI e o *Child Behavior Checklist* (CBCL), que identificou problemas de comportamento (entre eles os internalizantes e externalizantes). Comportamentos adaptativos, especialmente do domínio da comunicação foram associados positivamente com o QI e negativamente com o ABC. Baixa frequência de comportamentos adaptativos foram associados com elevada Irritabilidade, Hiperatividade, Letargia e Estereotipia.

Siegel, et al. (2013) avaliaram a viabilidade da administração do ABC, via telefone, para crianças com deficiência intelectual e TEA. Participaram da pesquisa, 14 cuidadores primários que responderam a forma escrita do ABC e 39 que responderam por telefone. De acordo com os autores, os resultados sugerem que a administração telefônica pode ser um meio viável de obter o ABC. Especificamente, a taxa de resposta para a administração telefônica (89,7%) foi substancialmente maior que a taxa de resposta para administração por correio (35,9%).

Considerando os estudos até aqui explicitados, a avaliação do repertório comportamental de crianças e adolescentes pode dar indicativos para programas de intervenção e, posteriormente, verificar sua validade. Uma vantagem do ABC é que é uma escala

transcultural que possibilita ao usuário identificar comportamentos aberrantes de seus clientes de forma objetiva, como relatado pelos pesquisadores citados anteriormente. Apesar de ter sido adaptada para o Brasil, o ABC não foi utilizado em estudos que avaliam a eficácia de intervenções junto a pessoas com deficiência ou TEA que apresentam queixas de comportamentos atípicos, tendo sido utilizado com instrumentos para validar outras escalas que avaliam problemas graves de comportamento (GERALDO, 2017; BARALDI, 2016).

A relevância social e científica do tema reside no fato do ABC ser utilizado e traduzido para diversos países como Japão (ISHII et al., 2017), México (SOTO, et al., 2018) e, também, ter sido adaptado para crianças (SCHMIDT et al., 2013) e comunidades (KERR et al., 2015) mas ainda tem sido pouco utilizado no Brasil. Utilizar medidas que avaliam repertórios comportamentais podem dar pistas para intervenções que podem ser universais ou pontuais. Intervenções universais são aquelas que são oferecidas para populações com risco iminente, mas não avaliado e as indicadas são para populações cujo risco já foi identificado (BIERMAN; ERATH, 2004). Tais intervenções podem auxiliar no desenvolvimento de uma ampla gama de comportamentos socialmente adequados, permitindo uma melhor convivência daqueles que estão envolvidos. No estudo de Bierman e Erath (2004), os autores afirmaram que competências socioemocionais podem ser desenvolvidas por meio de protocolos e uso sistemático de instruções e modelos, proporcionando oportunidades para feedback e reforçamento das práticas sociais positivas, além de apoio para o uso generalizado em outros contextos sociais.

Poucos são os estudos brasileiros que avaliaram o repertório comportamental de crianças e adolescentes com deficiência (BAGAIOLO et al., 2019, BENJAMIN, 2018, FREIRE, 2014, SILVA, 2016, MARCHEZAN, 2015, MARCHEZAN, 2018, SULZBACH, 2019) em atendimentos individuais na educação e, principalmente, na saúde (BARALDI, 2016; GERALDO, 2017). Para avaliar os possíveis resultados de intervenções comportamentais é

necessário avaliar o repertório dos participantes antes e depois da manipulação de variáveis. O ABC pode ser um instrumento que pode avaliar mudanças a partir da aplicação de programas que visem a alteração de comportamentos de profissionais que incidirão sobre comportamentos de seus clientes com deficiências que dificultam a sua aprendizagem e a sua socialização.

Objetivos

Geral

Este estudo pretendeu descrever e comparar a caracterização de comportamentos atípicos de clientes diagnosticados com TEA e com outros transtornos, antes e depois de um programa de intervenção sobre manejo comportamental para profissionais da Saúde e da Educação.

Específicos

a) Comparar e descrever comportamentos atípicos de todas as crianças da amostra (TEA e com outros transtornos), em atendimento individual, antes e depois de um programa de intervenção sobre manejo comportamental, por profissionais da Saúde e da Educação.
b) Comparar e descrever comportamentos atípicos de crianças com TEA (G1) e com outros transtornos (G2), em atendimento individual, antes e depois de um programa de intervenção sobre manejo comportamental, por profissionais da Saúde e da Educação.
c) Comparar comportamentos atípicos de crianças com transtornos diversos, em atendimento individual, por profissionais da saúde (G1) e da educação (G2), antes e depois de um programa de intervenção sobre manejo comportamental.

Método

Participantes:

Participaram deste estudo 18 profissionais da Saúde e da Educação e seus clientes. Os profissionais participantes são os mesmos descritos no Estudo 1, na página 38, incluindo a Tabela 1.

Os clientes das instituições, escolhidos pelos profissionais tem seus dados sociodemográficos descritos na Tabela 2. A orientação para a escolha dos clientes, dada pela pesquisadora, foi que eles definissem a criança que emitisse mais comportamentos atípicos. Deles 77,7% eram meninos, com idade entre um a 10 anos (77,7%). A maioria dos atendimentos que ocorreram teram recentes (72,2% entre um mês e um ano). Os atendimentos eram predominantemente ambulatoriais (66,6%), ou seja, clientes que estudavam em outras escolas e realizavam os atendimentos das especialidades naquela instituição. O TEA foi o diagnóstico mais frequente (66,6%), com diferentes comorbidades. Deficiência intelectual foi o segundo diagnóstico mais comum (22,2%) seguido por Síndrome de Down (16,6%).

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos clientes.

Sexo	N	Outros transtornos	TEA	%
Masculino	14	3	11	77,7%
Feminino	4	3	1	22,2%
Idade				
De 1 a 10 anos	14	5	9	77,7%
De 11 a 15 anos	3	1	2	16,6%
16 anos ou mais	1	0	1	5,5%
Tempo de atendimento				
De 0 mês a 1 ano	13	4	9	72,2%
De 1 ano a 5 anos	4	2	2	22,2%
Mais de 5 anos	1	0	1	5,5%
Modalidade de atendimento				
Ambulatorial	12	6	7	66,6%
Escolar	6	0	5	33,3%
Tipo de diagnóstico *				
Autismo (TEA)	12			66,6%
Deficiência Intelectual	2			11,1%
Deficiência intelectual média e Síndrome de Down	1			5,5%
Síndrome de Down	1			5,5%
Epilepsias e Síndrome Epilépticas e Transtorno Misto do desenvolvimento	1			5,5%
Psicose orgânica (F.29)	1			5,5%

Fonte: A autora

* As nomenclaturas do tipo de diagnóstico utilizadas são as descritas nos prontuários dos clientes.

Local

Os dados foram coletados em salas para atendimento individual das instituições de origem dos participantes profissionais, de forma a garantir o sigilo das informações coletadas.

Instrumentos e materiais:

Os instrumentos são os mesmos descritos no Estudo 2, na página 62.

Procedimento

1. Para coleta dos dados

As instituições que atendem crianças com deficiência intelectual foram contatadas pela pesquisadora e, após o aceite, as coordenadoras marcaram reuniões para convidar os profissionais interessados na pesquisa. Às profissionais participantes foi explanado o projeto e em que consistiria sua participação em suas diferentes etapas. Após a apresentação do projeto, descritas suas fases e resolvidas as dúvidas, as formalidades éticas foram cumpridas (assinatura do TCLE pelos profissionais e pelos pais dos clientes) e os profissionais responderam ao protocolo sociodemográfico e o ABC. Em seguida, foi entregue o material do Módulo 1, com instruções de como preenchê-lo e acordado com cada participante um prazo médio para a avaliação do Módulo. Feita a avaliação e obtido o critério de 80% de acertos, a participante recebia o material do Módulo 2. Se na avaliação do Módulo I o critério não fosse obtido, um novo prazo para a avaliação seria combinado. O mesmo procedimento foi utilizado para os Módulos II e III, que culminou com a avaliação geral do programa. Após a última avaliação as participantes responderam novamente o ABC sobre seus clientes.

2. Para análise dos dados

Para a correção do ABC, o manual estabelece pontuações máximas para cada item dos diferentes domínios. No domínio Irritabilidade o participante pode pontuar até no máximo 45, em Letargia, 48, em Estereotipia, 21, em Hiperatividade 48 e em Fala Inapropriada, 12. Para a descrição dos resultados do ABC foi considerada a pontuação máxima para cada domínio ou itens dos domínios para os 18 participantes. Os dados pré e pós-teste obtidos com o ABC (intragrupos), antes e depois do curso, foram comparados utilizando o Wilcoxon.

Resultados

Análises para avaliar a efetividade da intervenção foram conduzidas inicialmente considerando os dados da amostra total do ABC. A Tabela 3 mostra os dados percentuais de pré e pós teste considerando o total de pontos possível em cada um dos domínios. No Pré teste, os domínios Irritabilidade (49,1%), Hiperatividade (69%) e Fala inapropriada (50,5%) tiveram pontuação em torno ou pouco acima da média. Os demais domínios ficaram abaixo da média. No pós teste todos os domínios ficaram abaixo da média.

Tabela 3. Escore pré e pós da amostra geral

Itens do ABC	Mín. Máx. **Pontuação possível com 18 participantes**		PRÉ **Pontuação total da amostra real**		PÓS **Pontuação total da amostra real**	
			Pontos	%	Pontos	%
Irritabilidade	0	810	398	49,1%	232	28,6%
Letargia	0	864	280	32,4%	157	18,2%
Estereotipia	0	378	83	21,9%	39	10,3%
Hiperatividade	0	864	596	69%	360	41,7%
Fala inapropriada	0	216	109	50,5%	67	31%

Fonte: A autora

A Tabela 4 mostra a comparação entre pré e pós a partir da pontuação média em cada domínio avaliado pelo instrumento. Observa-se uma mudança estatisticamente significativa na avaliação dos profissionais entre os dois momentos em quatro dos cinco domínios avaliados: Irritabilidade (p=0,000); Letargia (p=0,003); Estereotipia (p=0,019) e, Hiperatividade (p=0,002). A dimensão Fala Inapropriada teve a média diminuída do pré para o pós teste mas a diferença não foi significativa.

Tabela 4. Comparação de diferença entre momento pré e pós na amostra geral – Wilcoxon

	Média pré	Média pós	Z	*P*
Irritabilidade	22,1	12,8	-3,530[b]	**0,000**
Letargia	15,5	8,7	-3,011[b]	**0,003**
Estereotipia	4,6	2,1	-2,351[b]	**0,019**
Hiperatividade	33,1	20	-3,159[b]	**0,002**
Fala inapropriada	6,0	3,7	-1,794[b]	0,073

Fonte: A autora

Considerando o expressivo número de crianças e adolescentes com TEA (n=12), optou-se por analisar os dados deste grupo comparando-os aos demais participantes com outros transtornos. Os dados percentuais podem ser observados na Tabela 5. Nos domínios. Irritabilidade e Hiperatividade os profissionais identificaram mais da metade da pontuação total no pré teste (respectivamente 51,3% e 66,5%). No pós teste, as pontuações destes mesmos domínios diminuíram para 27,4% e 37,7%. O domínio Fala inapropriada diminuiu para menos da metade da pontuação do pré para o pós teste, de 50% para 24,3%. Letargia também apresentou uma diminuição de quase metade da pontuação total do pré para o pós, com 40,3% e 21,7%.

Tabela 5. Pontuação pré e pós de crianças com Transtorno do espectro Autista (TEA).

	PRÉ			**PÓS**		
Itens do ABC	Pontuação total	Pontos obtidos	%	Pontuação total	Pontos obtidos	%
Irritabilidade	540	277	51,3%	540	148	27,4%
Letargia	576	232	40,3%	576	125	21,7%
Estereotipia	252	66	26,2%	252	23	9,1%
Hiperatividade	576	383	66,5%	576	217	37,7%
Fala inapropriada	144	72	50%	144	35	24,3%

Fonte: A autora

A comparação das medianas dos grupos nas pré e pós avaliações estão apresentadas na Tabela 6. Em todos os domínios observou-se diferenças significativas de um momento para o outro no grupo de crianças com TEA.

Tabela 6. Comparação entre crianças com TEA em dois momentos, pré e pós capacitação.

	Média pré	Média pós	*P*
Irritabilidade	25,18	13,45	**0,005**
Letargia	21,09	11,36	**0,008**
Estereotipia	6	2,09	**0,011**
Hiperatividade	34,82	19,72	**0,014**
Fala inapropriada	6,55	3,18	**0,038**

Fonte: A autora

A Tabela 7 mostra os dados percentuais de pontos obtidos no pré e pós teste para as crianças com outros transtornos. O domínio que apresentou maior pontuação no pré teste foi Hiperatividade (73,9%), seguido de Fala inapropriada (51,4%) e Irritabilidade (44,8%). Estes mesmos domínios apresentaram menor pontuação no pós teste, sendo 49,6% em Hiperatividade, 44,4% em Fala inapropriada e 31,1% em Irritabilidade. Resumindo, no pós teste, todos os domínios apresentaram pontuação abaixo da média.

Tabela 7. Pontuação pré e pós de crianças com outros transtornos (n=6).

	PRÉ			**PÓS**		
Itens do ABC	Pontuação total	Pontos obtidos	%	Pontuação total	Pontos obtidos	%
Irritabilidade	270	121	44,8%	270	84	31,1%
Letargia	288	48	16,6%	288	32	11,1%
Estereotipia	126	17	13,5%	126	16	12,7%
Hiperatividade	288	213	73,9%	288	143	49,6%
Fala inapropriada	72	37	51,4%	72	32	44,4%

Fonte: A autora

Considerando o grupo de crianças com outros transtornos apenas o domínio Irritabilidade teve diferença significativa entre os dois momentos, de pré e pós intervenção (p=0,041), conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8. Comparação entre crianças com outros transtornos em dois momentos, pré e pós curso.

	Média pré	Média pós	*P*
Irritabilidade	17,29	12	**0,041**
Letargia	6,86	4,57	0,246
Estereotipia	2,43	2,28	0,892
Hiperatividade	30,43	20,42	0,051
Fala inapropriada	5,29	4,57	0,684

Fonte: A autora

Para responder à questão se profissionais da Saúde e da Educação avaliavam diferente as crianças e se as avaliações mudavam após o curso foram feitas comparações entre os dois grupos de profissionais. Participaram da amostra 12 profissionais da Saúde e seis da Educação. A pontuação das professoras pode ser conferida na Tabela 9. Os domínios com as maiores pontuações pré teste foram Hiperatividade (82,6%), Irritabilidade (67,4%) e Fala inapropriada (63,8%). O domínio Hiperatividade teve sua pontuação diminuída pela metade no pós teste (42,7%), Fala inapropriada diminuiu para menos da metade da pontuação total (26,4%), assim como Irritabilidade (31,5%). Vale atentar que Estereotipia teve uma grande variância, no pré teste com 26,8% e no pós teste com 3,2%.

Tabela 9. Pontuações pré e pós das professoras (n=6)

	PRÉ			PÓS		
Itens do ABC	**Pontuação total**	**Pontos obtidos**	**% da amostra no max**	**Pontuação total**	**Pontos obtidos**	**% da amostra no max**
Irritabilidade	270	182	67,4%	270	85	31,5%
Letargia	288	106	36,8%	288	31	10,7%
Estereotipia	126	33	26,9%	126	4	3,2%
Hiperatividade	288	238	82,6%	288	123	42,7%
Fala inapropriada	72	46	63,8%	72	19	26,4%

Fonte: A autora

Para comparar as médias das avaliações pré e pós teste das profissionais da Educação foi utilizado Mann Whitney. Os resultados apontaram para diferença significativa no grupo das professoras entre o pré e pós em quatro dos cinco domínios, com média menor no pós teste para todos os domínios (Tabela 10).

Tabela 10. Comparação das professoras em dois momentos, pré e pós curso.

	Irritabilidade	Letargia	Estereotipia	Hiperatividade	Fala inapropriada
Média pré	**30,33**	**17,67**	**5,50**	**39,67**	7,67
Média pós	**14,16**	**5,16**	**0,666**	**20,50**	3,16
P	**0,027**	**0,027**	**0,041**	**0,046**	0,078

Fonte: A autora

Assim como as professoras, as profissionais da saúde (n=12) apresentaram diminuição da pontuação em todos os domínios, porém com uma variação menor. Todavia, no pré teste apenas a pontuação em Hiperatividade estava acima de 50% da pontuação total do teste. No pós teste todas diminuíram com percentual maior para Hiperatividade. As mudanças menores pontuações no pós-intervenção foram: Estereotipia e Fala Inapropriada.

Tabela 11. Pontuações pré e pós das profissionais da Saúde em dois momentos, pré e pós curso.

	PRÉ			PÓS		
Itens do ABC	Pontuação total	Pontos obtidos	% da amostra no max	Pontuação total	Pontos obtidos	% da amostra no max
Irritabilidade	540	188	34,8%	540	147	27,2%
Letargia	576	154	26,6%	576	126	21,9%
Estereotipia	252	38	15,1%	252	35	13,9%
Hiperatividade	576	313	54,3%	576	237	41,4%
Fala inapropriada	144	52	36%	144	48	33,3%

Fonte: A autora

Considerando as diferenças nas médias de pré para pós, para o grupo de profissionais da Saúde, como mostra a Tabela 12, observou-se diferenças significativas nos domínios de Irritabilidade (p=0,006) e Hiperatividade (p=0,011).

Tabela 12. Comparação das profissionais da Saúde, em dois momentos, pré e pós curso.

	Irritabilidade	Letargia	Estereotipia	Hiperatividade	Fala inapropriada
Média pré	**18,00**	14,50	4,17	**29,83**	5,25
Média pós	**12,25**	10,50	2,91	**19,75**	4,0
P	**0,006**	0,055	0,206	**0,011**	0,476

Fonte: A autora

Discussão

Os comportamentos atípicos podem atrapalhar durante o processo de socialização e escolarização das crianças que os emitem (FORNAZARI, 2005), por sua alta frequência ou "estranheza" (FORNAZARI, 2000). Os comportamentos mais observados neste estudo, ao considerar-se a amostra total, foram aqueles relacionados aos domínios Irritabilidade, Hiperatividade e Fala inapropriada. São comportamentos relacionados à autolesão e a heteroagressão (do domínio Irritabilidade), descritos por Lovaas (1987), Matson e Nebel-

Schwalm (2007) e Zarcone et al. (2001) como comportamentos atípicos, frequentemente presentes no repertório de pessoas com deficiência intelectual severa. Os comportamentos destes domínios também foram os mais encontrados em crianças com TEA no estudo de Aman et al. (2009) e Ishii et al. (2017).

Segundo Kaat, Lecavalier e Aman (2013) que validaram o ABC nos Estados Unidos e no Canadá, baixa frequência de comportamentos adaptativos estão associados com elevada Irritabilidade, Hiperatividade, Letargia e Estereotipia, domínios com pontuação alta neste estudo, mas que diminuíram de frequência após a participação dos profissionais no programa de intervenção. Além do comportamento hiperativo observado, outro domínio, o da Fala inapropriada, que também apareceu com relativa frequência na amostra desse estudo, é um repertório comum às crianças com TEA (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007; DONNELLAN, et al., 1984). O ABC mostrou-se um instrumento eficiente para avaliar a emissão e a frequência de comportamentos atípicos, apontando para a efetividade da intervenção realizada corroborando os resultados obtidos por Aman et al. (2009) que o utilizou para quantificar a melhora dos quadros comportamentais após estratégias de modificação comportamental e/ou de uso de medicamentos.

O número de crianças e adolescentes com TEA tem aumentado na população nos últimos anos (MATSON; KOZLOWSKI, 2011) e este dado também aparece neste estudo. É uma população que apresenta comportamentos que dificultam a interação e, provavelmente por isso, representam a maioria dos clientes escolhidos pelos profissionais. Dos 18, 12 eram autistas, o que possibilitou analisar separadamente os dados deste grupo e dos clientes com outros transtornos. Os domínios Irritabilidade, Hiperatividade e Fala inapropriada apareceram no pré teste para 50% ou mais da amostra com TEA. Estudos realizados com esta população também mostraram alta frequência deste tipo de comportamento em crianças e adolescentes com TEA (LOVAAS, 1987, MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007; DONNELLAN, et al.,

1984, SALEHI et al., 2018). Ainda que permanecessem percentualmente mais alto do que os outros domínios, esses comportamentos diminuíram significativamente após a intervenção. Aman et al. (2009) e Schmidt et al. (2013) também observaram a diminuição da frequência dos comportamentos inadequados de crianças com TEA após intervenção utilizando intervenção comportamental e intervenção comportamental combinada com Risperidona.

Considerando os comportamentos do grupo de crianças com outros transtornos a Hiperatividade, Fala inapropriada e Irritabilidade foram os domínios mais frequentes no pré teste e, também, no pós teste. Um dado interessante foi que apesar de terem diminuído percentualmente as mudanças só foram significativas para Irritabilidade. Uma possibilidade é que os profissionais aprenderam de manejo comportamental pode ter sido mais eficiente para lidar com as crianças com TEA do que com outros transtornos que podem apresentar comportamentos muito diferentes entre eles. Ishii et al. (2017) encontraram esses comportamentos em crianças com TEA e Prader-Willi.

Considerando a especificidade de atendimento individual para os profissionais da Saúde e, em pequenos grupos para os profissionais da Educação, optou-se por analisar os resultados separadamente. Os comportamentos mais observados pelas professoras tanto no pré como no pós teste foram Hiperatividade, Irritabilidade e Fala inapropriada e todos os domínios analisados diminuíram significativamente do pré para o pós teste com exceção de Fala Inapropriada. Uma hipótese é que professores podem não saber lidar com este comportamento não tendo recursos específicos para fazê-los, necessitando de auxílio pontual da fonoaudiologia (KRUGER, et al., 2013; CARNEVALE, et al., 2013).

As profissionais da Saúde apresentaram frequência menor em todos os domínios já no pré teste, quando comparadas com as professoras. Todavia, a frequência mais alta no pré e pós teste foram para os mesmos domínios (Hiperatividade, Irritabilidade e Fala inapropriada), com

diminuição significativa para Hiperatividade e Irritabilidade. Os dados apontam para uma maior efetividade para as profissionais da Educação.

Considerações finais

No presente estudo, observou-se que profissionais da Saúde e da Educação diminuíram significativamente a frequência de comportamentos atípicos tanto da amostra total como de segmentos (de crianças com TEA e com outros transtornos) depois da participação em um curso sobre manejo comportamental com base na Análise do Comportamento. Constatou-se, ainda, que o curso foi mais efetivo para os profissionais da Educação do que da Saúde. Enquanto limitação do estudo, a variabilidade tanto dos transtornos como dos profissionais envolvidos, quanto do tamanho da amostra impede que sejam feitas generalizações a partir dos dados obtidos.

Todavia, os resultados obtidos com o ABC mostraram que o curso pareceu eficiente na medida em que as participantes relataram mudanças nas frequências dos comportamentos atípicos pós curso, apontando para a efetividade do mesmo. Para estudos futuros sugere-se que além da proposta de cursos universais, que podem atender diferentes demandas, uma parte do curso poderia contemplar queixas especificas dos profissionais.

Referências

AMAN, M. G.; SINGH, N. N.; STEWARD, A. W.; FIELD, C. The aberrant Behavior checklist: a Behavior rating scale for the assessment of treatment effects. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 89, n. 5, p. 485-491, 1985.

AMAN, M. G., MCDOUGLE, C. J., SCAHILL, L., HANDEN, B., ARNOLD, L. E., JOHNSON, C., … WAGNER, A. Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious Behavior problems: Results from a randomized clinical trial. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 48, n.12, 1143–1154, 2009.

BARALDI, G.S. **Propriedades psicométricas da versão brasileira do Inventário de Problemas de comportamento** (BPI-01) 97f. Tese de Doutorado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

BAGAIOLO, L. F., BORDINI, D., CUNHA, G. R, SASAKI, T. N. D., NOGUEIRA, M. L. M., PACÍFICO, C. R., BRAIDO, M. TEA: capacitación de padres para manejo de conductas problemáticas. **Psicologia Teoria e Prática. [online]**, v.21, n.3, p. 456-472, 2019.

BENJAMIN, E. E. R. B. **Efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em crianças com transtorno do espectro autista nos diferentes graus do espectro: um ensaio clínico randomizado**, 108f**.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Natal, RN, 2018.

BIERMAN, K., L. ERATH, S. A. Programa de prevenção e intervenção que promovem relações positivas entre pares na primeira infância. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância,** 2004.

DONNELLAN, A. M.; MIRENDA, P. L.; MESAROS, R. A.; FASSBENDER, L. L. Analysing the communicative functions of aberrant Behavior. **The Association for Persons with Severe Handicaps**, v.9, n.3, p.201-212, 1984.

FREIRE, M. H. **Efeitos da musicoterapia improvisacional no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo**, 138f. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2014.

FORNAZARI, S. A. **Redução de comportamentos inadequados em portadores de deficiência mental, no treino para o trabalho**, 111f. (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2000.

FORNAZARI, S. A. **Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental ou múltipla em ambiente educacional**, 180f. (Tese de doutorado não publicada), Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, SP, 2005.

GERALDO, D. E. **Problemas de comportamento de criança com necessidades educacionais especiais, saúde e práticas educativas do cuidador**,192f. (Tese de doutorado não publicada), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

IWATA, B.; DORSEY, M. F.; SLIFER, K. J.; BAUMAN, K. E.; RICHMAN, G. S. Toward a functional analysis of self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 27, n.2, p. 197-209, 1994.

ISHII, A.; IHARA, H.; OGATA, H.; SAYAMA, M.; GITO, M.; MURAKAMI, N.; AYABE, T.; OTO, Y.; TAKAHASHI, A.; NAGAI, T. Autistic, aberrant, and food-related Behaviors IN: Adolescents and young adults with Prader-Willi Syndrome: The effects of age and genotype. **Behavioural Neurology**, v.3, p. 461-545, 2012.

KAAT, A. J., LECAVALIER, L., AMAN, M. G. Validity of the Aberrant Behavior Checklist in Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.44, n.5, 1103–1116, 2013.

KERR, C.; BREHENY, K.; LLOYD, A.; BRAZIER, J.; BAILEY, D. B.; BERRY-KRAVIS, E.; COHEN, J.; PETRILLO, J. Developing a utility index for the aberrant Behavior checklist (ABC-C) for fragile X syndrome. **Quality of Life Research**, v.24, n.2, p. 305-314, 2014.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n.1, p.3–9, 1987.

MARCHEZAN, J. **Uso do peptídeo liberador de gastrina em crianças com diagnóstico de autismo**, 87f. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, 2015.

MARCHEZAN, J. **Transtorno do espectro autista e neuroinflamação: busca por biomarcadores e alvos terapêuticos**, 201f. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, RS, 2018.

MARTELETO, M. R. F., SCHOEN-FERREIRA, T. H., CHIARI, B. M., PERISSONOTO, J. Problemas de comportamento em crianças com Transtorno Autista. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27, n.1, 5-12, 2011.

MATSON, J. L.; NEBEL-SCHWALM, M. S. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. **Elsevier**, v. 28, n.4, p. 341-352, 2007.

ROJAHN, J.; SCHROEDER, S. R.; MAYO-ORTEGA, L.; OYAMA-GANIKO, R.; LEBLANC, J.; MARQUIS, J.; BERKE, E. Validity and reliability of the Behavior Problems Inventory, the Aberrant Behavior Checklist, and the Repetitive Behavior Scale-Revised among infants and toddlers at risk for intellectual or developmental disabilities: a multi-method assessment approach. **Research in Developmental Disabilities**, v. 34, n.5, p. 1-18, 2013.

SALEHI, P.; HERZIG, L.; CAPONE, G.; LU, A.; ORON, A. P.; KIM, S. J. Comparison of aberrant Behavior checklist profiles across Prader-Willi syndrome, Down syndrome and autism spectrum disorder. **American Journal of Medical Genetics,** v.21, p. 1-9, 2018.

SCHMIDT, J. D.; HUETE, J. M.; FODSTAD, J. C.; CHIN, M. D.; KURTZ, P. F. An evaluation of the Aberrant Behavior Checklist for children under age 5. **Research in Developmental Disabilities**, v.34, n.4, p. 1190-1197, 2013.

SIEGEL, M., MILLIGAN, B., STEIN, H., TEER, O., SMITH, K. A. Telephone administration of the aberrant Behavior checklist. **Journal of Intellectual Disabilities**, v. 17, n. 3, 265–271, 2013.

SILVA, N. A. **Manejo de problemas de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista: estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental** 88f. Dissertação de mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2016.

SOTO, I. A. L. C.; RODRÍGUEZ, H. G. H.; CALVILLO, M. E. N.; NAVARRO, F. G., ELÍAS, C. L. G.; GOLLAZ, G. G.; ORO, A. B. Validación de la versión en español de la aberrant Behavior checklist-community en pacientes autistas mexicanos. **Revista Mexicana de Neurociência,** v.19, n.2, p. 49-61, 2018.

SULZBACH, S. L. F. **Sobrecarga materna nos cuidados de crianças com transtorno do espectro do autismo,** 175f**.** Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, 2019.

ZARCONE, J. R.; HELLINGS, J. A.; CRANDALL, K.; REESE, R. M.; MARQUIS, J.; FLEMING, K.; SHORES, R.; WILLIAMS D.; SCHROEDER, S. R. Effects of risperidone on aberrant Behavior of persons with developmental disabilities: I. A double-blind crossover study

using multiple measures. **American Journal on Mental Retardation**, v.106, n. 6, p. 525-538, 2001.

ESTUDO 4. COMPORTAMENTOS ADEQUADOS E INADEQUADOS DE PROFISSIONAIS E CLIENTES EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Introdução

Pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem maior probabilidade de apresentar comportamentos não adaptados que podem dificultar sua comunicação e aquisição de novos comportamentos impedindo-os de participar ativamente de atividades individuais ou grupais que promoveriam o seu desenvolvimento em ambientes sociais mais amplos. Entre os comportamentos não adaptativos estão os de autolesão e agressão a outros indivíduos. Tais respostas foram selecionadas e modeladas por muitos anos e, por sua topografia, torna-se mais difícil qualquer tipo de intervenção direta dada a gravidade de suas consequências (REY, 2018). Elas dificultam a interação social e aumentam a possibilidade de marginalização dessas pessoas.

Enquanto comportamentos atípicos, para Mazaleski et al. (1993), a autolesão é um problema sério apresentado por pessoas com deficiência intelectual. Os autores, ainda afirmam que, na maioria dos casos são comportamentos aprendidos e mantidos por específicas contingências de reforço, que podem ser identificadas por meio de análises experimentais sistemáticas. Assim que a variável é identificada, um procedimento terapêutico pode ser escolhido e implementado.

Os comportamentos atípicos podem ser definidos como autolesão (morder-se, bater-se, utilizando-se ou não de objetos, puxar os próprios cabelos, beliscar-se, coçar-se de maneira abrupta), agressão a terceiros (chutar, empurrar, morder, beliscar, bater com as mãos/corpo ou objetos, arremessar objetos em direção a terceiros), pica (ingerir objetos não comestíveis, como brinquedos, terra, cabelos), arremessar objetos com o objetivo de causar danos materiais, masturbar-se, provocar vômitos e evacuar/urinar na roupa. Esses comportamentos, que podem ser definidos como aberrantes, sendo eles considerados inapropriados e mal adaptativos

(NEWTON; STURMEY, 1988), quando emitidos em alta frequência que podem gerar estranheza (MENDES, 2001), com efeitos "colaterais" comportamentais que ocorrem em comorbidade com outros transtornos do desenvolvimento, como TEA (ROANE, et al., 2009, JI; CAPONE; KAUFMANN, 2011) e, também, comportamentos considerados desafiadores, como a autolesão e agressão (MENDES, 2001; TYRER et al., 2008).

O presente estudo utiliza a nomenclatura "atípico" pelas questões levantadas por Mendes (2001), que afirma haver, na nossa comunidade, uma conotação pejorativa do termo "aberrante". Estes comportamentos podem oferecer riscos à saúde daquele que o emite, e daquele que cuida. Os profissionais de serviços de saúde que cuidam ou atendem pessoas que apresentam comportamentos agressivos estão potencialmente expostos a injúrias físicas, devendo ser capacitados a reconhecer e evitar este tipo de episódio (CERCHIARO, 2015).

Os comportamentos atípicos costumam chamar mais a atenção da audiência pela intensidade ou alta frequência, acabando por rotular a criança, impedindo que se observe a emissão de outros comportamentos considerados adequados, por ocorrer em baixa intensidade e frequência. Entretanto, eles existem no repertório de pessoas com deficiência intelectual, TEA (FORNAZARI, 2005; HAASE et al., 2016; ROANE, et al., 2009), Síndrome do X-frágil (KERR et al.,2015) e outros diagnósticos, não sendo necessariamente uma característica da condição, mas, provavelmente do ambiente em que estão inseridos.

Entre as variáveis que podem manter problemas de comportamento em crianças atípicas ou não, estão as práticas educativas dos adultos significativos. Elas são definidas como uma série de competências comportamentais que estão relacionadas com a responsividade ao comportamento da criança (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008; PATTERSON, DEBARYSHE; RAMSEY, 1989). Falta de interação social positiva e consistência poderiam agravar o problema. Os adultos podem emitir comportamentos que oportunizam os problemas de comportamento a ocorrerem e os reforçam. A falta de

consistência no uso de reforçamento positivo após a emissão de comportamentos adequados, uso de punição, resultando em pouca interação positiva, podem favorecer o aparecimento de problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002). Portanto, ao comportar-se na interação com a criança, os adultos tanto emitem comportamentos considerados adequados, como empregar reforço positivo contingente aos comportamentos adequados emitidos, como inadequados, seja punindo ou ignorando os comportamentos adequados. Os comportamentos considerados adequados são aqueles que apresentam, para a criança condições para que elas também emitam comportamentos adequados, ou acontecem na sequência do comportamento adequado da criança, reforçando-o, ou apresentando uma consequência que tem como objetivo interromper um comportamento inadequado da criança. Por exemplo, a utilização de contenção física em caso de comportamento de auto ou heteroagressão.

Para Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989), disciplina rígida e inconsistente, pouco envolvimento parental positivo e falta de supervisão são fatores que influenciam negativamente os comportamentos de crianças com problemas de comportamento. A inconsistência destes pais acaba por se tornar em falta de contingência frente aos comportamentos mais adequados que estas crianças podem emitir, além de punir com maior frequência (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; OISHI, 2003; PETSCHER; REY; BAILEY, 2009), em uma relação de controle de comportamentos por coerção. Desta forma, os comportamentos adequados podem passar despercebidos pelos adultos, diminuindo a frequência da sua emissão e valorizando a emissão dos comportamentos atípicos.

Para intervir, com o objetivo de eliminar ou, pelo menos, diminuir a frequência desses comportamentos, a descrição da sua topografia é uma das abordagens mais pragmáticas, desde que inserida no ambiente físico, aliada a uma análise funcional do que os mantém e evocam

(REY, 2018). Para isso, o conhecimento, pelo profissional, dos princípios da Análise do Comportamento, pode auxiliar na identificação da topografia, mas também, das contingências que o mantém. Conhecer esses princípios básicos é fundamental para realizar uma boa análise funcional que possibilite determinar os procedimentos adequados de intervenção. Uma das formas de obter informações sobre a topografia dos comportamentos é por meio de instrumentos que utilizam o relato verbal, observação ou filmagem.

O relato verbal dos participantes, em geral os cuidadores significativos, pessoas que interagem sistematicamente e em períodos de tempo prolongados (pais, parentes próximos, cuidadores, professores, profissionais da saúde) auxilia na compreensão de quais contingências estão atuando sobre o comportamento da criança-alvo quando o pesquisador não tem conhecimento e/ou acesso direto a ela. O relato verbal pode ser obtido por meio de entrevistas com questões previamente elaboradas ou instrumentos já validados que permitem acesso a este tipo de dado. Bolsoni-Silva e Mariano (2014) pesquisaram, junto a 16 professoras, o repertório social de 32 alunos de desenvolvimento típico, com relação aos problemas de comportamento e habilidades sociais utilizando um roteiro estruturado de entrevista. Esse procedimento permitiu identificar comportamentos atípicos, possibilitando a intervenção.

Para identificar comportamentos atípicos, há alguns instrumentos que viabilizam essa tarefa, possibilitando captar o tipo e a frequência destes comportamentos, como o *Aberrant Behavior Checklist* (ABC), desenvolvido por Aman e Singh (1994). O ABC é uma escala desenvolvida empiricamente para medir sintomas psiquiátricos e comportamentais, classificada em cinco grandes domínios (irritabilidade, agitação e choro, letargia, isolamento social e comportamento estereotipado).

Uma outra possibilidade de acesso aos comportamentos da pessoa com deficiência que apresenta comportamentos atípicos ou aberrantes é por meio da observação, considerado um

procedimento mais fidedigno. “A ciência ainda valoriza a observação, pelo menos nas circunstâncias em que ela se faz possível” (DITTRICH, et al., 2009, p. 180).

Na possibilidade de visualizar o comportamento emitido em contrapartida do relato verbal e/ou instrumentos, observar o comportamento pode ser uma via mais fidedigna de obtenção de dados para análise e avaliação de procedimentos. A filmagem tem sido utilizada por permitir que os dados sejam revistos gerando análises mais confiáveis. Autores utilizaram a filmagem para obtenção de dados (PARADIS; KOESTER, 2015, STERLING; WARREN, 2014, FERREIRA, 2017; MEDEIROS; SALOMÃO, 2012). O uso de filmagens pode ser considerado um aprimoramento das técnicas de coleta, por ser um excelente fator de otimização da análise dos dados, permitindo ver e rever em câmera lenta ou congelar a cena, sendo, para o registro das relações sociais, um instrumento valioso (CANO; SAMPAIO, 2007).

Estudos que contemplam análises de díades entre profissionais/clientes são relacionados à Análise funcional (FIOARANTE, et al., 2007), relação médico-paciente (FERNADES; BRITTO, 2005, CASTRO, 2008), psicólogo-paciente (CACILHAS, 2018), enfermeiro-paciente (VASCONCELLOS; SILVA, 2011). Poucos são os estudos que analisam os comportamentos adequados e inadequados de díades (profissional-cliente/aluno) em interação durante atendimento especializado em saúde ou educação.

Foram poucos os estudos brasileiros encontrados que lançam mão da observação do comportamento em situação natural por meio de filmagens o que confere importância à realização deste estudo, que testa um procedimento e, também, analisa o comportamento do profissional e do cliente quando, em interação, durante o atendimento individualizado. Tais dados posteriormente podem subsidiar programas de intervenção pontuais, junto à díade ou com o profissional.

Este estudo pretendeu responder às seguintes perguntas de pesquisa: Quais comportamentos adequados e inadequados profissionais da Saúde e Educação emitem durante

atendimento especializado com crianças e adolescentes com deficiência? Quais comportamentos adequados e inadequados crianças e adolescentes com deficiência emitem durante atendimento especializado com profissionais da Educação e Saúde? Há relação entre os comportamentos adequados e inadequados de profissionais e clientes durante atendimento especializado?

Objetivos

O presente estudo pretendeu descrever e associar a frequência de comportamentos adequados e inadequados de crianças indicadas com comportamentos atípicos e o repertório comportamental adequado e inadequado de profissionais da saúde e da educação em atendimento especializado.

Objetivos específicos:

Descrever o repertório comportamental (adequado e inadequado) dos profissionais durante o atendimento a crianças com comportamentos atípicos;

Descrever o repertório comportamental (adequado e inadequado) das crianças com comportamentos atípicos durante o atendimento especializado;

Correlacionar comportamentos adequados e inadequados dos profissionais com comportamentos adequados e inadequados das crianças antes da intervenção.

Método

Participantes:

Os 50 participantes, 25 profissionais e seus respectivos clientes, são os mesmos do Estudo 2 desta tese, incluindo as Tabelas 1 e 2, apresentadas nas páginas 60 e 61, do Estudo 2.

Instrumentos e materiais:

a) Questionário para levantamento de dados sociodemográficos dos profissionais e dos clientes/alunos

O Questionário, elaborado para este estudo (Apêndice 7) é composto de 19 questões sobre dados sociais e educacionais do participante e dados sociais e de saúde do cliente, utilizados para a descrição dos participantes. O instrumento foi utilizado para a caracterização dos participantes.

b) Instrumentos e protocolos para a análise das filmagens

I. Filmagem dos comportamentos das díades profissional-criança

Para as filmagens dos comportamentos das díades profissional-criança em atendimento individual ou nas salas de aula, foram utilizados uma filmadora e um tripé.

Foram filmados pelo menos um encontro da díade. Cada encontro durou aproximadamente 30 minutos.

II. Para a análise das filmagens

Para a análise das filmagens foram elaborados, especificamente para este estudo, protocolos para observação dos comportamentos dos profissionais e as crianças, em atendimento individual ou escolar (Apêndice 8). Foram definidos, arbitrariamente, categorias de comportamentos adequados e inadequados, dos clientes e dos profissionais. Para os comportamentos dos profissionais, foram considerados comportamentos adequados, aqueles comportamentos esperados no atendimento da criança, desenvolvimento de tarefas, além de comportamentos socialmente esperados. Enquanto comportamentos adequados dos clientes, foram considerados comportamentos esperados no atendimento e comportamentos pró-sociais. Comportamentos inadequados dos profissionais, foram definidos comportamentos pouco habilidosos socialmente, assim como os comportamentos dos clientes.

Dos comportamentos dos profissionais foram elencados, enquanto comportamentos adequados: conter a criança quando envolvido em auto ou hétero agressão; ignorar o comportamento inadequado da criança; desenvolver atividades lúdicas com a criança (jogar cartas, bola, ler um livro, bater palmas e cantar); desenvolver atividades específicas da sua especialidade; conversar a criança; elogiar a criança após uma atividade completa; elogiar a emissão de outro comportamento que não seja o comportamento atípico; elogiar a emissão de outro comportamento incompatível com o comportamento atípico. E, enquanto comportamentos inadequados foram elencados: ignorar a criança quando envolvido em auto ou hétero agressão; reforçar o comportamento inadequado da criança (estimular, reforçar socialmente); interromper atividades-fins do atendimento com a criança, principalmente as de sua especialidade; não elogiar a emissão de outro comportamento que não seja o comportamento atípico; chamar o cuidador para conter a criança e, interromper o atendimento (Apêndice 8).

Das crianças, enquanto comportamentos atípicos foram elencados: comportamentos de hétero agressão (que causam dano à outra pessoa, como beliscar, dar soco, tapas, chutes, morder, empurrar, puxar cabelos, entre outros); comportamentos de autoagressão (que causam danos a si mesmo, como: beliscar, puxar cabelo, bater a cabeça na parede, morder-se, jogar-se no chão, entre outros); pica; estereotipia (movimentos repetitivos de girar mãos, pés, estalar dedos, ou emitir sons repetitivos); gritar; masturbar-se; destruir (jogar, quebrar, rasgar, entortar) objetos e móveis do ambiente (Apêndice 9). Dos comportamentos adequados foram elencados: aderir à atividade proposta; comunicar-se com o profissional adequadamente; responder às interpelações do terapeuta e, participar das atividades até o final da sessão.

Local

As entrevistas iniciais foram realizadas nas salas de atendimento das instituições de origem dos participantes. As filmagens foram realizadas nas salas de atendimento individual com os profissionais da Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia e em salas de aula com os professores.

Procedimento

1. Para coleta dos dados

As instituições que atendem crianças com deficiência intelectual e outros transtornos foram contatadas pela pesquisadora e, após o aceite, as coordenadoras marcaram reuniões para convidar os profissionais interessados na pesquisa.

Cumpridas as formalidades éticas (assinatura do TCLE pelos profissionais e pais dos clientes, Apêndices 1 e 2), os profissionais responderam ao protocolo sociodemográfico e, em horários previamente agendados, foram realizadas as filmagens de cada profissional e seu cliente em sessão de atendimento individual, com duração máxima de 30 minutos.

2. Para análise dos dados

Para a análise dos resultados das filmagens os dados dos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais e atípicos e adequados dos clientes foram codificados de acordo com os protocolos elaborados e quantificados, sendo submetidos à análise de frequência relativa. Os comportamentos dos profissionais e das crianças foram correlacionados utilizando-se o teste de Spearman.

Resultados

O primeiro conjunto de resultados se refere à descrição dos comportamentos adequados e inadequados apresentados por profissionais e crianças durante a filmagem da atividade.

A Tabela 3 se refere aos comportamentos adequados dos profissionais na filmagem. Os comportamentos mais frequentes foram: “Conversar com a criança” com 69,2%; seguido de “Desenvolver atividade específica”, com 13,4% e, “Desenvolver atividade lúdica”, com 8,9%.

Tabela 3. Distribuição dos comportamentos adequados dos profissionais participantes quando em atendimento individual de crianças com deficiência.

Comportamentos (n=25)	**N**	**%**
Conversar a criança	2299	69,2%
Desenvolver atividade específica	446	13,4%
Desenvolver atividade lúdica	296	8,9%
Elogiar atividade completa	181	5,5%
Elogiar emissão de outro comportamento	66	2,0%
Conter cliente em agressão	32	0,97%
Elogiar comportamento incompatível	1	0.03%
Total	3321	100

Fonte: A autora

A Tabela 4 se refere aos comportamentos inadequados dos profissionais na atividade filmada. Os comportamentos mais frequentes foram: “Ignorar qualquer comportamento da criança”, com 34,2%; seguido por “Reforçar comportamento inadequado”, com 31,3% e, “Interromper as atividades-fim”, com 21,5%.

Tabela 4. Distribuição dos comportamentos inadequados de profissionais participantes quando em atendimento individual de crianças com deficiência.

Comportamentos (n=25)	**n**	**%**
Ignorar qualquer comportamento da criança	165	34,2%
Reforçar comportamento inadequado	151	31,3%
Interromper as atividades-fim	104	21,5%
Ignorar o cliente em agressão	55	11,4%
Interromper atendimento	8	1,6%
Total	483	100

Fonte: A autora

A Tabela 5 se refere aos comportamentos adequados apresentados pelas crianças na filmagem. Foram mais frequentes os comportamentos de "Comunicar adequadamente", com 46,80% e, "Acatar a orientação", com 31,09%.

Tabela 5. Distribuição dos comportamentos adequados de crianças com deficiência em atendimento individual.

Comportamentos (n=25)	**n**	**%**
Comunicar adequadamente	694	46,80%
Acatar a orientação	461	31,09%
Aderir à atividade	328	22,11%
Total	1483	100

Fonte: A autora

A Tabela 6 se refere aos comportamentos inadequados apresentados pelas crianças na filmagem. Foram mais frequentes os comportamentos de "Chorar", com 26,8%; seguido por "Estereotipia", com 26,3% e, "Pica", o comportamento de comer objetos não comestíveis, apareceu em terceiro, com 18,09%.

Tabela 6. Distribuição dos comportamentos inadequados de crianças com deficiência em atendimento individual.

Comportamentos (n=25)	**n**	**%**
Chorar	163	26,8
Estereotipia	160	26,3
Pica	110	18,09
Gritar	72	11,86
Heteroagressão	51	8,4
Destruir ambiente	48	7,9
Autoagressão	4	0,65
Total	608	100

Fonte: A autora

Os comportamentos dos profissionais, tanto adequados, como inadequados, foram correlacionados com os das crianças, tanto os adequados como os inadequados. A Tabela 7 mostra as correlações significativas entre os comportamentos adequados das crianças e os comportamentos deles e dos profissionais, adequados e inadequados. Observa-se que o comportamento adequado das crianças de *Conversar adequadamente* correlacionou positivamente com os comportamento de *Aderir à atividade*. Também, o comportamento inadequado de *Estereotipia* correlacionou positivamente com os comportamentos adequados das crianças de *Acatar a orientação e Conversar*. Comportamento adequado das crianças de *Aderir à atividade* correlacionou positivamente com os comportamentos adequados dos profissionais de *Desenvolver a atividade específica, Conversar e Elogiar outro comportamento. Acatar a orientação* também correlacionou positivamente e moderadamente com o comportamento dos profissionais de *Elogiar a atividade completa*. O comportamento de *Conversar* correlacionou positivamente com o comportamento do profissional de *Interromper a atividade*.

Tabela 7. Distribuição das correlações entre os comportamentos adequados das crianças e as demais classes de comportamento observadas.

		Adequados clientes		**Inadequados clientes**	**Adequados profissionais**				**Inadequados profissionais**
		Aderir à atividade	Conversar adequadamente	Estereotipia	Desenvolver atividade específica	Conversar	Elogiar atividade completa	Elogiar outro comportamento	Interromper atendimento
Aderir à atividade					0,403* 0,042	0,417* 0,038		0,413* 0,040	
Conversar adequadamente	*r*	0,457*		0,438*					0,413*
	p	0,021		0,029					0,040
Acatar a orientação	*r*		0,408*	0,434*			0,523**		
	p		0,043	0,039			0,007		

Fonte: A autora

Os comportamentos inadequados das crianças foram correlacionados com os comportamentos dos profissionais, tanto os adequados quanto os inadequados. Foi possível visualizar correlações significativas positivas entre os comportamentos *Estereotipia* e os comportamentos adequados das crianças *Conversar adequadamente* e *Acatar as Orientações*. Também se observou correlação positiva e moderada entre os comportamentos inadequados das próprias crianças de *Destruir ambiente* com *Autoagressão* e *Gritar. Chorar* também se correlacionou positivamente com os comportamentos de *Estereotipia* e *Pica.* O comportamento inadequado das crianças de *Heteroagressão* correlacionou positiva e moderadamente com o comportamento adequados dos profissionais de *Conter o cliente em agressão. Estereotipia* correlacionou-se positivamente com o comportamento adequados dos profissionais de *Conversar. O* comportamento inadequado de *Pica* correlacionou positiva e moderadamente com o comportamento adequados dos profissionais de *Elogiar o comportamento incompatível.* Os comportamentos inadequados das crianças de *Heteroagressão* e *Destruir ambiente* correlacionaram positivamente com o comportamento inadequado dos profissionais de *Ignorar cliente em agressão*. O comportamento inadequado das crianças de *Estereotipia* correlacionou positivamente com o comportamento inadequado dos profissionais de *Interromper o atendimento*. Estes dados estão na Tabela 8.

Tabela 8 Distribuição das correlações entre os comportamentos inadequados das criançase as demais classes de comportamento observadas.

	Adequados cliente		**Inadequados clientes**						**Adequados profissional**			**Inadequados profissional**	
	Conversar adequada mente	Acatar orientação	Auto agressão	Destruir ambiente	Gritar	Estereo Tipia	Pica	Chorar	Conter o cliente em agressão	Conversar	Elogiar com-portamento incompatível	Ignorar o cliente em agressão	Interromper atendimento
Autoagressão				0,528**									
				0,007									
Heteroagressão									0,533**			0,446*	
									0,005			0,025	
Estereotipia										0,409*			
										0,042			
Destruir ambiente			0,528**		0,584**							0,474*	
			0,007		0,002							0,017	
Estereotipia	0,438*	0,434*						-0,417*					0,457*
	0,029	0,03						0,038					0,028
Pica											0,722**		
											0,000		
Chorar						-0,417*	0,437*						
						0,038	0,029						

Fonte: A autora

As correlações positivas significativas encontradas entre os comportamentos adequados dos profissionais e os demais comportamentos das crianças e deles mesmos estão apresentados na Tabela 9. Comportamentos adequados dos profissionais como *Desenvolver atividades específicas, Conversar*, *Elogiar atividade completa* e *Elogiar outro comportamento* correlacionaram positivamente com o comportamento adequados das crianças de *Acatar as orientações. Os comportamentos adequados dos profissionais de Conter agressão* e *Elogiar comportamento incompatível* correlacionaram positiva e moderadamente com os respectivos comportamentos inadequados das crianças de *Heteroagressão* e *Pica.* O comportamento adequado dos profissionais de *Conter agressão* correlacionou positivamente com comportamentos inadequados deles próprios como *Ignorar cliente em agressão*, *Interromper atividades-fim* e *Não elogiar emissão de outro comportamento. Elogiar comportamento incompatível* correlacionou com o comportamento *Pica*.

Tabela 9 Distribuição das correlações entre os comportamentos adequados dos profissionais e as demais classes de comportamento observadas.

	Adequados clientess	**Inadequados clientes**		**Adequados profissionais**		**Inadequados profissionais**		
	Acatar orientação	Hetero agressão	Pica	Conversar	Elogiar atividade completa	Ignorar o cliente em agressão	Interrom per atividades fim	Não elogiar emissão de outro comportamento
Conter agressão		0,533* 0,006				0,499* 0,011	0,434* 0,030	0,483* 0,014
Desenvolver atividades lúdicas				0,443* 0,027				
Desenvolver atividades específicas	0,403* 0,046							
Conversar	0,417* 0,038							
Elogiar atividade completa	0,523** 0,007							
Elogiar outro comportamento	0,413* 0,040				0,453* 0,023			
Elogiar comportamento incompatível			0,722** 0,000					

Fonte: A autora

Na Tabela 10 estão as correlações significativas encontradas nos comportamentos inadequados dos profissionais com os comportamentos das crianças e deles mesmos. O comportamento inadequado dos profissionais de *Interromper o atendimento* correlacionou positivamente com o comportamento adequados das crianças de *Conversar adequadamente*. O comportamento inadequado dos profissionais de *Ignorar o cliente em agressão* correlacionou positivamente com o comportamento inadequados das crianças de *Heteroagressão e Gritar.* O comportamento inadequado dos profissionais de *Interromper o atendimento* correlacionou positivamente com o comportamento inadequado das crianças de *Estereotipia.* Os comportamentos inadequados dos profissionais de *Ignorar cliente em agressão, Interromper o atendimento e Não elogiar emissão de outro comportamento* correlacionaram positivamente com o comportamento adequado deles mesmos de *Conter cliente em agressão.* O comportamento inadequado dos profissionais de *Interromper o atendimento* correlacionou positivamente com o comportamento adequado das crianças de *Conversar adequadamente*. O comportamento inadequado dos profissionais de *Interromper o atendimento* correlacionou positivamente com o comportamento inadequado deles mesmos de *Ignorar cliente em agressão.*

Tabela 10 Distribuição das correlações entre os comportamentos inadequados dos profissionais e as demais classes de comportamento observadas.

	Adequados	**Inadequados**			**Adequados**		**Inadequado**
	Conversar adequadamente	Heteroagressão	Gritar	Estereotipia	Conter o cliente em agressão	Conversar	Ignorar o cliente em agressão
Ignorar o cliente em agressão		0,446*	0,474*		0,499*		
		0,025	0,017		0,011		
Interromper atividades-específicas					0,434*		
					0,03		
Não elogiar emissão de outro comportamento					0,483*		
					0,014		
Interromper atendimento	0,413*			0,457*		0,444*	0,406
	0,040			0,022		0,026	0,444

Fonte: A autora

Discussão

O presente estudo pretendeu descrever comportamentos adequados e inadequados apresentados por profissionais da Educação e da Saúde e crianças em atendimento especializado. Os dados apontaram para uma alta frequência de comportamentos adequados dos profissionais (85,5%). Uma hipótese pode ter sido o fato de saberem que estavam sendo filmados. Todavia, observou-se pouca variabilidade dos comportamentos adequados considerando que o mais frequente foi *Conversar* com o cliente contabilizando cerca de 60% dos comportamentos dos profissionais observados. Outros mais frequentes foram: *Desenvolver atividade específica* e *Desenvolver atividades lúdicas*. Observa-se que são comportamentos diretamente ligados com o objetivo fim do atendimento que é desenvolver atividades. Possivelmente, por falta de conhecimento técnico e por fatores culturais, não há o hábito de elogiar os comportamentos adequados à tarefa ou utilizar os procedimentos de DRA, DRI para

diminuir a frequência de comportamentos inadequados. Tais dados apontam para a necessidade de desenvolver com os profissionais repertórios mais adequados e variados de interação positiva com seus clientes. Petscher, Rey e Bailey (2009) afirmam que o reforçamento positivo possibilita o aumento da frequência dos comportamentos adequados. Desta forma, um treino de manejo comportamental pode ser efetivo para redução e/ou prevenção de problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008)

Quanto aos comportamentos inadequados os mais frequentes foram: *Ignorar qualquer comportamento do cliente*; *Reforçar comportamento inadequado* e *Interromper as atividades-fim*. Ignorar o comportamento adequado do cliente pode ser uma estratégia positiva se for acompanhado de reforçar outros comportamentos, principalmente incompatíveis com o inadequado. Interromper a atividade fim pode ser uma estratégia utilizada para reforçar o comportamento do profissional para punir o cliente e, se significar interromper a sessão pode significar reforço negativo para o comportamento do profissional. Segundo Bolsoni-Silva e Marturano (2002) e Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989), adultos significativos tendem a não ser contingentes no reforçamento positivo de comportamentos adequados e fazem uso constante de punições para os comportamentos inadequados. Para Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989), ainda, os comportamentos negativamente reforçados (fuga de atividades) são os mais comuns nestas práticas educacionais. Ainda, segundo Patterson (1982), comumente os comportamentos adequados são ignorados ou não contingenciados adequadamente.

A análise dos comportamentos das crianças também mostrou que eles apresentaram mais comportamentos adequados do que inadequados, com cerca de 71% dos comportamentos observados. Esta frequência não era esperada uma vez que foi solicitado ao profissional que escolhesse, entre seus clientes, os mais difíceis de serem atendidos nas sessões. Foram mais frequentes os comportamentos de *Conversar adequadamente* e *Acatar a orientação.* Tais

comportamentos são esperados em atendimento de saúde ou dentro das salas de aula, inclusive são desejados pelos profissionais, para um bom andamento das atividades específicas a serem realizadas.

Quanto aos inadequados apresentados pelas crianças durante a filmagem da atividade os mais frequentes foram: *Chorar*; *Estereotipia* e *Pica* (comportamento de comer objetos não comestíveis). Possivelmente, tais comportamentos podem ser negativamente reforçados, por apresentarem a remoção de estímulos indesejados (como a solicitação de realização de uma atividade, por exemplo). Considerando que 56% da amostra era composta por clientes com TEA, comportamentos estereotipados são esperados para esta população (MATSON; NEBEL-SCHWALM, 2007). o que pode explicar a frequência dessa classe de comportamento.

A análise da correlação entre comportamentos das crianças e dos profissionais apontou para correlações significativas entres comportamentos das próprias crianças e dos profissionais. Considerando-se os comportamentos adequados das crianças observou-se correlação positiva entre todos os comportamentos adequados analisados apontando para coerência entre eles. Quanto aos comportamentos inadequados das crianças observou-se correlação positiva entre *Destruir o ambiente* com *Autoagressão e Gritar* e entre *Chorar* com *Estereotipia* e *Pica*. Especificamente a estereotipia tende a aumentar diante da impossibilidade de fazer algo que resulta em choro. De acordo com Haase et al., (2016) compreender as condições da criança com TEA ou deficiência intelectual é imprescindível para evitar demandas excessivas, estressoras e promotoras de diversos comportamentos desadaptativos. Desta forma, comportamentos inadequados geram mais comportamentos inadequados em um ciclo que se repete.

Dos comportamentos adequados dos profissionais observou-se correlação positiva entre os comportamentos de Elogiar atividade completa e Elogiar comportamentos incompatíveis, um

dado que aponta para a estreita relação entre os dois, podendo ser uma das temáticas em um programa de intervenção. Dos inadequados observou-se relação positiva entre *Ignorar o Cliente* em agressão e *Interromper o atendimento*, comportamentos que poderiam, também, ser objeto de intervenções, mostrando que o cliente não aprende a se comportar diante desse tipo de estratégia utilizada pelo profissional.

Comportamentos adequados também se relacionaram aos inadequados de cada segmento. Comportamentos adequados das crianças como *Conversar adequadamente* e *Acatar as orientações* correlacionaram positivamente com comportamento inadequado de *Estereotipia*. O grande número de autistas na amostra pode ser o responsável pela presença da desta relação, por apresentarem estereotipia em sua predominância (ROANE; PIAZZA; SGRO; VOLKERT; ANDERSON, 2009). Dos comportamentos adequados relacionados aos inadequados dos próprios profissionais observou-se relação positiva entre *Conter agressão* e os inadequados: *Ignorar o cliente; interromper as atividades e não elogiar a emissão de outros comportamentos.* Esse dado mostra que conter a agressão é tão frequente quanto outros inadequados. Ainda que conter a agressão seja um comportamento adequado para impedir a ocorrência do comportamento alvo do cliente, em programas de intervenção os profissionais podem aprender outras estratégias mais eficientes que previnam a ocorrência deste tipo de comportamento inadequado.

Relações também foram encontradas entre os comportamentos adequados dos profissionais e dos clientes. Comportamentos adequados dos profissionais como *Desenvolver atividades específica, Conversar, Elogiar outro comportamento* correlacionaram positivamente com comportamentos adequados das crianças de *Aderir à atividade* enquanto que o comportamento de *Elogiar a atividade completa* correlacionou positivamente com o comportamento de *Acatar a orientação*. Esse resultado seria promissor, se os comportamentos

positivos dos profissionais tivessem acontecido em alta frequência, mas apenas o comportamento de *Conversar* foi muito frequente, todavia, os demais existem no repertório dos profissionais, necessitando apenas de auxílio para que aumentem de frequência. Pois, comportamentos adequados dos profissionais geram comportamentos adequados das crianças, como observado na literatura sobre práticas educacionais positivas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002).

Considerando os comportamentos adequados dos profissionais e os inadequados das crianças observou-se correlação positiva entre o comportamento do profissional de *Conter agressão* e a *Heteroagressão* e o comportamento de *Elogiar comportamento incompatível* e o comportamento do cliente de *Pica*. Observa-se que nos dois casos são comportamentos apropriados para resolver a situação, pois, segundo Cerchiaro (2015), a pessoa que agride é um agente de risco e devem ser aplicados ações e procedimentos a fim de reduzir ou eliminar o risco à integridade deste e de quem o atende.

Considerações finais

Por meio deste estudo, foi possível observar a frequência dos comportamentos adequados e inadequados de profissionais da saúde e da educação que atendem crianças que apresentam comportamentos atípicos. Os resultados obtidos possibilitaram observar que o comportamento mais frequente utilizado pelos profissionais foi o de conversar, apontando para pouca variabilidade comportamental deles quando em interação com seus clientes. Além deste dado, os profissionais desenvolviam atividades específicas de suas competências e atividades lúdicas. Tais atividades são as esperadas para o desenvolvimento de atividades educacionais e de reabilitação. É importante atentar que comportamentos que podem ser considerados

reforçadores enquanto consequências para comportamentos adequados das crianças foram emitidos em taxas mais baixas, como os comportamentos de elogiar atividades, e/ou elogiar emissão de outros comportamentos. Enquanto comportamentos inadequados dos profissionais, o mais frequente foi *Ignorar qualquer comportamento da criança*, sendo este, um comportamento problemático por possivelmente colocar em extinção comportamentos adaptativos das crianças durante o atendimento de saúde ou educação. O segundo comportamento mais frequente foi o de *Reforçar comportamento inadequado*, sendo um erro comum nas relações sociais.

Com relação aos comportamentos das crianças, os adequados mais emitidos foram *Conversar adequadamente* e *Acatar a orientação*, comportamentos pré-requisitos para o desenvolvimento de atividades educacionais e de saúde. Os comportamentos inadequados mais frequentes foram *Chorar* e *Estereotipia*, e, ao avaliar as classes comportamentais observadas, podem ser considerados como comportamentos menos problemáticos. Tal fato pode ser justificado pela presença da pesquisadora e a da câmera filmadora que, possivelmente, alterou a dinâmica do atendimento/aula no dia da coleta de dados.

Por meio da observação, foi possível verificar correlações positivas entre comportamentos adequados dos profissionais e comportamentos adequados dos clientes/alunos. Tais dados vão ao encontro com a literatura encontrada sobre práticas educativas, sinalizando que uma maior emissão de comportamentos adequados gera comportamentos adequados em contrapartida. Ainda há um grande déficit no quesito de oferecer consequências adequadas aos comportamentos incompatíveis e/ou alternativos, fato que pode ser trabalhado em um treinamento para professores/profissionais da saúde. Seria interessante desenvolver programas de intervenção com foco nas defasagens observadas no grupo, aliadas aos princípios da Análise do comportamento, possibilitando que os profissionais provessem consequências adequadas aos

comportamentos das crianças. Tal iniciativa aumentaria o repertório adequado dos clientes/alunos, medida que por si só diminuiria a emissão dos comportamentos atípicos.

Ainda, outro dado interessante observado neste estudo é a correlação positiva entre comportamentos adequados do profissional e comportamentos adequados do cliente/aluno, possibilitando a este, realizar atividades mais adaptativas com consequências reforçadoras.

Enquanto limitação a ser observada, encontrou-se pouca aderência dos profissionais ao estudo, possibilitando um número relativamente pequeno de participantes. Para estudos futuros, sugere-se uma avaliação antes e após um programa de ensino para manejo de comportamentos atípicos por profissionais, com base nas defasagens observadas.

Referências

AMAN, M. G.; SINGH, N. N.; STEWARD, A. W.; FIELD, C. The aberrant Behavior checklist: a Behavior rating scale for the assessment of treatment effects. **American Journal of Mental Deficienc*y***, v. 89, n. 5, p. 485-491, 1985.

BOLSONI-SILVA, A. T., MARTURANO, E. M. (2002) Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T., SILVEIRA, F. F., MARTURANO, E. M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 10, n. 2, p. 125-142, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. B., DEL PRETTE, A., OISHI, J. Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento nos filhos. **Psicologia Argumento**, v. 9, p. 11-29, 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T., MARTURANO, E. M., PEREIRA, V. A., MAFRINATO, J. W. S. Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: Comparando avaliações de mães e de professoras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, 460-469, 2006.

CANO, D. S., SAMPAIO, I. T. A. O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. **Interação em Psicologia**, v. 2, p. 199-210, 2007.

CASTRO, C. G. M. **Histórias infantis como promotoras de comunicação em psicologia pediátrica,** 104f. Dissertação de mestrado – Universidade de Brasília, 2008.

CACILHAS, L. F. S. **O uso de sistemas de feedback em psicoterapia: Um estudo sobre a perspectiva da díade terapêutica**, 93f. Dissertação de mestrado. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2018.

CERCHIARO, L. C. **Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado**, 105f. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

DITTRICH, A., STRAPSSON, B. A., SILVEIRA, J., ABREU, P. R. Sobre a Observação enquanto Procedimento Metodológico na Análise do Comportamento: Positivismo Lógico,

Operacionismo e Behaviorismo Radical. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 179-187, 2009.

FIOARANTE, D. P., SOARES, Z. M. R., SILVEIRA, M. J., ZAKIR, S. N. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 267-277, 2007.

FORNAZARI, S. A. **Redução de comportamentos inadequados em portadores de deficiência mental, no treino para o trabalho**, 111f. (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2000.

FORNAZARI, S. A. **Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental ou múltipla em ambiente educacional**, 180f. (Tese de doutorado não publicada), Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, SP, 2005.

HAASE, V. G., OLIVEIRA, L. F. S., PINHEIRO, M. I. S., ANDRADE, P. M. O., FERREIRA, F. O., FREITAS, P. M., JAEGER, A., TEODORO, M. L. M. Como a neuropsicologia pode contribuir para a educação de pessoas com deficiência intelectual e/ou autismo? **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, 2016 (online).

JI, N. Y., CAPONE, G. T., KAUFMANN, W. E. Autism spectrum disorder in Down syndrome: cluster analysis of Aberrant Behaviour Checklist data supports diagnosis. **Journal of Intellectual Disabilities Research**, v. 55, n. 11, p. 1064-1077, 2011.

LIDDON, C. J., KELLEY, M. E., REY, C. N., LIGGET, A. P., RIBEIRO, A. A translational analysis of ABA and ABC renewal of operant Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 51, n. 4, p. 819-830, 2018.

KERR, C.; BREHENY, K.; LLOYD, A.; BRAZIER, J.; BAILEY, D. B.; BERRY-KRAVIS, E.; COHEN, J.; PETRILLO, J. Developing a utility index for the aberrant Behavior checklist (ABC-C) for fragile X syndrome. **Quality of Life Research**, v.24, n. 2, p. 305-317, 2014.

MAZALESKI, J. L.; VOLLMER, T. R.; ZARCONE, J. R.; SMITH, R. G. (1993) Analysis of the Reinforcement and extinction components in DRO contingencies with self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 26, n. 2, p. 143-156, 1993.

MEDEIROS, C. S., SALOMÃO, N. M. R. Interação mãe-bebê com deficiência visual: estilos comunicativos e episódios interativos. **Estudos de Psicologia. (Campinas),** v. 29, supl. 1, p. 751-760, 2012.

MENDES, E. G. Comportamentos aberrantes ou desafiadores? In: MARQUEZINE, M. C., ALMEIDA, M. A., TANAKA, E. I. D., (orgs). **Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial II.** Universidade Estadual de Londrina, PR, 2001.

NEWTON, J. L., STURMEY, P. The aberrant Behavior checklist: a british replication and extension of its psychometrics properties. **Journal of Intellectual Disabilites Research**, v.32, n.2, p. 312-324, 1988.

PATTERSON, G. R., DEBARYSHE, B. D., RAMSEY, E. A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. **American Psychologist**, v. 44, n. 2, p. 329-335, 1989.

PARADIS, Grace; KOESTER, Lynne Sanford Emotional availability and touch in deaf and hearing dyads. **Am Ann Deaf**, v. 160, n. 3, p. 303-15, 2015.

PETSCHER, E. S., REY, C., BAILEY, J. S. A review of empirical support for Differential Reinforcement of Alternative Behavior. **Research in Developmental Disabilities**, v.30, n. 3, p. 409-425, 2009.

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

ROANE, H. S. ;PIAZZA, C. C., SGRO; G. M. ,VOLKERT, V. M.; ANDERSON, C. M. Analysis of aberrant Behavior with Rett Syndrome. **Disability and Rehabilitation**, v.23, p. 139-148, 2009.

STERLING, A., WARREN, S. F. Maternal responsivity in mOthers of young children with Down syndrome. **Journal Developmental Neurorehabilitation**, v. 17, n. 5, p. 306-317, 2014.

TYRER, P., OLIVER-AFRICANO, P. C., AHMED, Z., BOURAS, N., COORAY, S., DEB, S., MURPHY, D., MPHIL, M. H., MEADE, M., REECE, B., KRAMO, K., BHAUMIK, S., HARLEY, D., REGAN, A., THOMAS, D., RAO, B., NORTH, B., ELIAHOO, J., CRAWFORD M. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive

challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. **The Lancet**, v.371, p. 57-63, 2008.

VASCONCELLOS, S. C., SILVA, A. B. H. C. Um estudo psicológico sobre a interação do auxiliar de enfermagem e o paciente crônico. **Rev. SBPH [online],** v. 14, n. 2, p. 112-141, 2011.

ESTUDO 5. COMPORTAMENTOS ADEQUADOS E INADEQUADOS DE PROFISSIONAIS E CLIENTES ANTES E DEPOIS DE UM PROGRAMA DE MANEJO COMPORTAMENTAL

Introdução

Para modificar comportamentos atípicos ou inadequados, é necessário observar para compreender e analisar o comportamento alvo de mudança, procedimento conhecido como *avaliação comportamental* (MILTENBERGER, 2018). Segundo o autor, a avaliação comportamental fornece informações para verificar a eficácia do tratamento e se realmente houve mudanças comportamentais. Para ele, na avaliação direta, o comportamento é observado e registrado à medida em que ocorre e, para isso, utiliza-se métodos de registro. Para comportamentos atípicos, a partir da observação é possível identificar a sua função e iniciar estratégias de modificação comportamental apropriadas.

Das estratégias de intervenções comportamentais mais frequentemente descritas na literatura, estão a análise funcional e os reforçamentos diferenciais. Segundo Boutot e Tincani (2009), dentre os reforçamentos diferenciais, há o *Differential Reinforcement of Alternative Behavior* (DRA) ou Reforçamento diferencial de comportamento alternativo, o *Differential Reinforcement of Incompatible Behavior* (DRI) ou Reforçamento diferencial de comportamento incompatível e o *Differencial Reinforcement of Other Behavior* (DRO) ou Reforçamento diferencial de outro comportamento. No DRA um comportamento específico, alternativo, é escolhido e será reforçado imediatamente após sua ocorrência. Neste caso, ela não precisa ser necessariamente incompatível topograficamente com o comportamento que se pretende extinguir ou diminuir de frequência. No DRI são reforçados comportamentos incompatíveis e apropriados considerando o comportamento que se deseja extinguir. No DRO, outro

comportamento emitido, diferente do comportamento inadequado, será reforçado, no momento de sua ocorrência.

Cowdery, Iwata e Pace (1990) chamaram a atenção para a importância dos reforçamentos diferenciais para diminuição de autolesão. O estudo realizado por eles teve como participante um menino de nove anos que apresentava autolesão. Quando hospitalizado, Jerry foi tratado com punição (com uma breve aplicação de gelo contingente ao arranhão) que reduziu a autolesão em 30%. Na primeira fase foram coletados dados para a linha de base de análise funcional com o objetivo de identificar as propriedades funcionais da autolesão de Jerry. Esta fase foi realizada nos moldes de um estudo anterior (IWATA, et al., 1982), utilizando quatro condições, atenção, demanda, sozinho e brincar, acrescida de mais uma, sozinho com brinquedos. Na análise dos resultados, Jerry arranhava-se quando estava sozinho. A autolesão não ocorreu em nenhuma das demais condições. Tais resultados sugerem que outras formas de estimulação (social, brinquedos, atividades acadêmicas) serviam como distratores efetivos para a autolesão, provendo condições para um comportamento concorrente. Desta maneira, iniciou-se a segunda fase de tratamento, utilizando fichas em um esquema de reforçamento em DRO, conduzida com Jerry sozinho com o terapeuta em uma sala sem acesso a brinquedos. O terapeuta disse a Jerry que "sairia da sala por alguns minutos e que ele não deveria arranhar-se". Se Jerry não se arranhasse e emitisse qualquer outro comportamento adequado, ganhava uma moeda e reforçadores sociais. Ao final era permitido a Jerry trocar as moedas por acesso à TV, salgadinhos, videogames e outros materiais. O comportamento de autolesão zerou, voltando às taxas de 78% quando revertido o procedimento.

Mueller, Edwards e Trahant (2003) realizaram um estudo com três crianças, uma menina e dois meninos de sete anos, com problemas comportamentais mantidos por reforçamento negativo (fuga de atividades). Professores foram treinados para implementação das práticas

analítico-comportamentais durante seus períodos de planejamento ou por instrução escrita. Após serem realizadas as análises funcionais dos comportamentos-alvo, foram efetuadas avaliações de preferências de estímulos e foi elaborado um procedimento de pareamento de fichas com reforçadores. Três condições foram realizadas, com duração de 10 minutos: DRA, DNRA (*Differential negative Reinforcement of Alternative Behavior* ou Reforçamento negativo de comportamento alternativo) e NCR (*Noncontingent reinforcement*). Para os autores, o DRA e o NCR apresentaram melhores resultados que o DNRA, tanto pelos números apresentados, quanto pela aplicabilidade avaliada pelos professores.

Vollmer et al. (1993) reiteraram que os reforçamentos diferenciais são os procedimentos mais utilizados para diminuição da emissão de comportamentos indesejados em pessoas com atrasos no desenvolvimento, sendo o mais utilizado, o DRO e, que, junto com o DRA são efetivos porque os reforços são apresentados contingentemente a outra resposta, alternativa. Assim, comportamentos atípicos como autolesão, perturbação, agressão, que podem ser reforçados socialmente, porque a natureza grave de tais comportamentos frequentemente requer atenção, conforto, reforçadores tangíveis e reprimendas dos cuidadores, são passíveis de serem objetos de procedimentos como o DRA e o DRO. Ainda, segundo os autores, o DRO pode não ser tão efetivo contra autolesão e, por tal motivo, associaram o DRO com o NCR (*Noncontingent reinforcement)* em um experimento com três mulheres adultas, que apresentavam autolesão severa. Foram descritos, enquanto comportamentos atípicos: bater a cabeça, balançar a cabeça com força, bater com o corpo e morder as mãos. Após realizada a análise funcional (AF), foram implementadas duas condições: DRO e NCR. Comparados com a linha de base, em ambas as condições diminuíram as taxas de autolesão, porém o NCR apresentou taxas mais baixas, próximas de zero.

A análise funcional, em conjunto com os procedimentos de reforçamentos diferenciais podem ser ensinados a profissionais não psicólogos para contribuir na inclusão social, escolar e laboral das pessoas com deficiência que precisam aumentar seu repertório comportamental adequado. Querim, et al. (2013) também realizaram um experimento com 26 participantes, com diagnóstico predominante de TEA, em comorbidade de deficiência intelectual, que apresentavam os comportamentos atípicos. Eles foram descritos como estereotipia, agressão e autolesão e problemas de comportamento. Estes comportamentos foram identificados utilizando instrumentos de rastreamento associado à análise funcional. As intervenções foram realizadas em um programa educacional que os participantes frequentavam. Após compararem os resultados de uma AF típica com o instrumento de rastreamento, encontraram correspondência entre os resultados, sendo tal ferramenta um otimizador de espaço e recursos.

Os procedimentos desenvolvidos pela AC podem ser utilizados dentro das salas de aula e de salas de atendimento individual. DiGennaro, Martens e Kleinmann (2007) realizaram procedimentos de ensino para professores e afirmaram que o uso de práticas baseadas em evidências é particularmente importante durante a frequência escolar com um psicólogo, enquanto consultor, trabalhando em conjunto com o professor no planejamento, implementação e avaliação de um plano de intervenção para o aluno. Ainda, os autores afirmaram que a responsabilidade pelo plano de intervenção é primariamente do professor, o que exige que estes adquiram novas habilidades a serem incorporadas em seu repertório acadêmico.

A Psicologia é uma ciência que muito tem a contribuir com os educadores (HENKLAIN; CARMO, 2013) mas ainda existem muitas barreiras e rótulos. A Análise do Comportamento, dado ao desconhecimento dos seus princípios, tem sido considerada tecnicista e redutora do homem a despeito de outros autores demonstrarem o contrário (CARMO; BAPTISTA, 2003; CARRARA, 2005; LUNA, 2000; TEIXEIRA, 2006; TODOROV; MOREIRA, 2008;

RODRIGUES, 2011; SKINNER, 1969, 1972 [1968], 1991 [1989]). Segundo Henklain e Carmo (2013) há uma demanda para identificação de práticas que facilitem o ensino, sendo necessário estudar o comportamento por meio de uma análise experimental que "permitam a proposição e aplicação de práticas e ensinos eficientes e eficazes" (p. 707).

O trabalho direto com a população tem apontado para êxito na utilização de DRO e a AF como ferramentas para avaliar e intervir em comportamentos inadequados. No entanto, preparar profissionais para utilizar esta tecnologia auxilia na ampliação de estratégias que os profissionais têm disponíveis para auxiliar a execução do seu trabalho-fim.

Oliver, Pratt e Normand (2015) treinaram professores a aplicar um instrumento análogo à AF, o FBA (*Functional Behavior Assessment*) para identificação da função dos problemas de comportamento de alunos. O FBA é uma série de estratégias utilizadas para identificar variáveis ambientais que estão funcionalmente relacionadas a algum comportamento. Pode ser realizada por informantes, por meio de escalas ou entrevistas estruturadas. Mais da metade dos professores afirmaram que a AF é mais útil que o FBA. Porém, 25% dos professores afirmaram encontrar barreiras para executar uma AF em seus ambientes de trabalho. A maioria dos professores afirmaram que usaram frequentemente o FBA em sua prática, e que raramente iniciaram tratamentos sem usar tal método sistematicamente. Ainda, os professores afirmaram que o instrumento funcionou primariamente com pessoas com TEA ou atrasos no desenvolvimento, quando o foco principal era a redução de problemas de comportamento.

Relacionado ao treinamento de profissionais da saúde, Stumphauzer e Davis (1983) realizaram alguns estudos relacionados a treinamentos de profissionais no atendimento de minorias nos Estados Unidos (hispânicos e asiáticos). Em 10 semanas, por duas horas, 14 profissionais passaram por treinamento com um psicólogo mexicano com uma instrução programada de Princípios da Modificação Comportamental. Os autores identificaram mudanças

significativas nos escores de princípios básicos em pré e pós testes. Após a finalização do curso, 77% dos participantes afirmaram que estavam utilizando os princípios estudados nos atendimentos clínicos e o número aumentou para 80% após o follow-up em seis meses.

Luiselli e Whitcomb (2010) afirmaram que o treinamento de pessoal é um ponto crítico na performance e nas melhorias quando se trata de saúde e organizações. Eles realizaram um estudo para avaliar um programa de treino sistemático de conhecimentos em ACA ou ABA (Análise do Comportamento Aplicada ou *Applied Behavior Analysis*) em funcionários de um Hospital Dia e residência terapêutica para adultos com deficiência intelectual. Segundo os autores, o treinamento de pessoal em ABA inclui métodos como leituras de instruções ou instruções verbais, feedback de performance, videoconferência e *checklists*. O objetivo do estudo foi implementar um programa de treinamento compreensivo para ensinar à equipe sobre princípios do ABA, terminologias e aplicações. Os 35 participantes foram divididos em cinco grupos e realizaram atendimentos monitorados por quatro meses. Eles foram responsáveis por conduzir atividades com os adultos, ensinando-os habilidades de vida diária e adaptativas e implementando estratégias comportamentais. Após o programa, os autores observaram uma alta taxa de acertos no pré-teste (M=83%) e levantaram a hipótese que a maioria dos participantes já possuíam muitos anos de experiência com tal população e em suas pós-graduações aprenderam conceitos sobre ABA.

Yazawa (2015) desenvolveu um material autoinstrucional baseado em princípios da AC para ensino de profissionais da saúde. Participaram da pesquisa 11 profissionais da saúde, que foi validado socialmente pelo TAI adaptado. Os participantes acertaram 88,2% do material e 80% dos participantes avaliaram o material como acima da média. Dentre os relatos dos participantes, foi frisado que o material auxilia o profissional a observar o comportamento do cliente de forma mais sistemática. compreendendo funcionalmente os comportamentos atípicos.

Observar e descrever topograficamente os comportamentos permite escolher as principais respostas-alvo da intervenção e a escolha de estratégias emergenciais de intervenção, com o objetivo de manter a segurança dos envolvidos, no caso de agressões e autolesões, voltadas para o enfraquecimento ou eliminação de respostas agressivas a médio ou longo prazo (REY, 2018). Compreender funcionalmente as respostas emitidas pelos clientes é uma das premissas da capacitação que eles estão envolvidos.

Observar e descrever topograficamente, tanto o comportamento dos clientes, quanto o comportamento dos profissionais seria, então, uma medida mais objetiva da aprendizagem dos participantes. A filmagem é uma forma de armazenar o dado para ser visualizado e analisado posteriormente, possibilitando inclusive o reexame do dado caso seja necessário.

Estudos têm utilizado filmagens para obter dados sobre a topografia e frequências de emissão de comportamentos antes e após intervenções. Em seu estudo, Del Prette, Del Prette, Pontes e Torres (1998) examinaram a influência de um programa de desenvolvimento interpessoal profissional (PRODIP) sobre aspectos topográficos do desempenho de professores participantes. O programa tinha, enquanto objetivo, melhorar as habilidades interpessoais dos participantes. Seis professores participaram da pesquisa, e os dados foram coletados por meio de filmagens pré e pós intervenção de duas aulas consecutivas. Para o tratamento dos dados, dividiu-se o registro em intervalos de cinco minutos e os comportamentos foram decompostos em subclasses dos componentes moleculares dos comportamentos (ex. contato visual). Enquanto resultados, os participantes apresentaram mais comportamentos valorados como "positivos" no pós-intervenção.

Boas, Rodrigues e Yamada (2006) realizaram um estudo para promover a interação mãe-criança com implante coclear. Uma díade foi filmada em quatro sessões de observação: brinquedo e cotidiano antes e após a intervenção. A mãe assistiu as filmagens e foi orientada

para reforçar os comportamentos comunicativos do filho. Os resultados apontaram para um aumento das verbalizações maternas e infantis quando comparadas as medidas pré e pós testes observadas. Os autores utilizaram as filmagens como fonte de dado direto do fenômeno a ser estudado, possibilitando a manipulação das variáveis independentes e a avaliação da eficácia de procedimentos.

Os estudos brasileiros encontrados filmaram os comportamentos dos participantes (professores e pais) antes e após intervenções comportamentais para identificar se houve ou não mudanças significativas no repertório comportamental dos envolvidos (DEL PRETTE; DEL PRETTE; PONTES; TORRES, 1998; BOAS; RODRIGUES; YAMADA, 2006). Não foram encontrados estudos que analisam comportamentos adequados e inadequados de profissionais e clientes, quando em atendimento individual, antes e depois do profissional realizar um curso sobre manejo comportamental. Tal metodologia é importante para verificar se houve mudança no repertório comportamental dos participantes. Se o comportamento, antes em baixa frequência, ou inexistente, é emitido em frequência maior após a intervenção, é possível deduzir que a aprendizagem teve êxito. Assim, é possível avaliar, utilizando a filmagem, se houve mudança comportamental após uma intervenção.

Objetivos

O presente estudo pretendeu descrever e comparar a frequência de comportamentos adequados e inadequados de crianças que apresentavam comportamentos atípicos em atendimento individual e, o repertório comportamental adequado e inadequado de profissionais da saúde e da educação no manejo destes comportamentos, antes e depois da participação em um programa de ensino baseado em Análise do Comportamento.

Objetivos específicos:

Descrever e comparar o repertório comportamental (adequado e inadequado) dos profissionais que atendem crianças que emitem comportamentos atípicos. antes e depois de um programa de intervenção.

Descrever e comparar o repertório comportamental dos clientes (adequado e inadequado) em atendimento individual, antes e depois dos profissionais realizarem um programa de intervenção.

Método

Delineamento

O delineamento utilizado foi o quase experimental, com os participantes como seu próprio controle em comparações antes e depois de uma intervenção em um delineamento ABC: sendo A, a Linha de Base 1 (identificação de comportamentos atípicos das crianças e filmagens dos comportamentos dos profissionais e clientes em sessões de atendimento), B a intervenção (curso) e a condição C, a Linha de Base 2 (identificação de comportamentos atípicos das crianças e filmagens dos comportamentos dos profissionais e clientes em sessões de atendimento).

O delineamento utilizado permitiu a proposição de hipóteses:

1. Haveria aumento significativo de comportamentos adequados dos profissionais nos atendimentos individuais pós intervenção.
2. Haveria aumento significativo de comportamentos adequados dos clientes nos atendimentos individuais pós intervenção.

Participantes:

b) Participantes

Os participantes são os mesmos do Estudo 1, incluindo a Tabela 1 na página 38 e Estudo 2 na Tabela 2, na página 84.

c) Instrumentos e materiais

Os instrumentos e materiais são os mesmos descritos no Estudo 4 nas páginas 105 e 106.

d) Para o Programa de Ensino dos Profissionais (PEP)

O material utilizado é o mesmo descrito no Estudo 1, nas páginas 39 e 40, incluindo o Quadro 1.

Local

Os mesmos do Estudo 4, na página 106.

Procedimento de coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu em quatro etapas:

Etapa 1

As instituições que atendem crianças com deficiência intelectual e outros transtornos foram contatadas pela pesquisadora e, após o aceite, as coordenadoras marcaram reuniões para convidar os profissionais interessados na pesquisa. O projeto foi apresentado aos profissionais

das instituições e, aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE (Apêndice 1). Os profissionais indicaram, então, o cliente que participaria com ele das filmagens por apresentar comportamentos atípicos durante os atendimentos. Os pais dos clientes foram contatados e depois de cientes do projeto, concordando com a participação dos filhos também assinaram o TCLE (Apêndice 2). Após o aceite os profissionais responderam ao protocolo sociodemográfico (Apêndice 4).

Etapa 2

Em horários previamente agendados, foram realizadas as filmagens de cada profissional e seu cliente em sessão de atendimento individual, com duração máxima de 30 minutos (Linha de Base 1).

Etapa 3:

Os profissionais da Saúde e da Educação realizaram o Curso "Graves problemas no atendimento em Saúde – Como lidar?" descrito no Estudo 2, na página 43.

Etapa 4

Após a finalização do curso, foi agendada outra sessão de atendimento dos profissionais, ou um período na sala de aula, para filmagem e obtenção de dados do pós teste (Linha de Base 2).

2. Para análise dos dados

Para a análise dos resultados das filmagens do pré e do pós teste, os dados dos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais e adequados e inadequados dos clientes foram codificados e quantificados, sendo submetidos à análises de frequência relativa nos dois momentos, antes e depois da intervenção e análise estatística comparativa , utilizando o teste não paramétrico Wilcoxon.

Resultados

O primeiro conjunto se refere aos resultados do pré-teste e pós-teste das classes de comportamentos adequados dos profissionais. A Tabela 3 apresenta a porcentagem de ocorrência dos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais. Considerando os valores totais obtidos no pré-teste e no pós-teste, observa-se que no pré teste 75,5% dos comportamentos emitidos pelos profissionais eram adequados e, no pós teste eram 95%

Tabela 3 Comportamentos totais adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa.

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**	
	n	%	n	%
Adequados	1828	75,5%	2512	95%
Inadequados	591	24,5%	131	5%
Total	2419	100%	2643	100%

Fonte: a autora

A Tabela 4 apresenta os valores médios dos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais nos pré e pós teste. A análise estatística mostrou que houve diferença significativa tanto nos comportamentos adequados quanto nos inadequados (p=0,010 e p=0,001)

Tabela 4. Comparação das médias dos comportamentos totais adequados e inadequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste (Teste Wilcoxon).

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**p**
	Média	DP	Média	DP	
Adequados	101,56	41,88	139,56	49,17	**0,010**
Inadequados	32,83	55,19	7,28	13,14	**0,001**

Fonte: a autora

Considerando os valores totais obtidos no pré-teste e no pós-teste, para cada comportamento é possível visualizar um aumento de 1828 para 2512 comportamentos totais contabilizados. O comportamento de *Elogiar outro comportamento* aumentou a frequência absoluta de 34 para 184, assim como *Elogiar atividade completa* aumentou de 112 para 252 e *Conversar* aumentou de 1175 para 1560 (Tabela 5).

Tabela 5. Comportamentos adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa.

Comportamentos adequados	**Pré teste**		**Pós teste**	
Conter o cliente em agressão	21	1,15%	4	0,16%
Desenvolver atividades lúdicas	193	10,55%	234	9,31%
Desenvolver atividades específicas	292	15,97%	278	11,07%
Conversar	1175	64,28%	1560	62,11%
Elogiar atividade completa	112	6,13%	252	10,03%
Elogiar a emissão de outro comportamento	34	1,86%	184	7,32%
Elogiar comportamento incompatível	1	0,06%	0	0,00%
Total	1828	100,00%	2512	100,00%

Fonte: A autora

A Tabela 6 mostra as médias dos comportamentos adequados antes e depois da intervenção. Observa-se que quatro dos sete comportamentos tiveram medias maiores no pós teste. A análise estatística mostrou que a classe de comportamento *Elogiar atividade completa* apresentou mudança significativa do pré para o pós teste (p=0,031).

Tabela 6. Comparação pré e pós de profissionais por classes de comportamentos adequados.

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**Z**	**p**
	Média	DP	Média	DP		
Conter o cliente em agressão	**1,17**	3,31	0,22	0,64	-1,62	0,1
Desenvolver atividades lúdicas	10,72	8,51	**13**	12,54	-0,76	0,44
Desenvolver atividades específicas	**16,22**	18,69	15,44	11,3	-0,04	0,96
Conversar	65,28	39,15	**86,67**	38,58	-1,72	0,08
Elogiar atividade completa	6,22	8,427	**14**	13,31	-2,15	**0,031****
Elogiar a emissão de outro comportamento	1,89	2,96	**10,22**	20,87	-1,82	0,06
Elogiar comportamento incompatível	**0,06**	0,23	0	0	-1	0,31

Fonte: A autora

Com relação aos comportamentos inadequados, quase todos os comportamentos diminuíram de frequência, com exceção do *Interromper atendimento*, que permaneceu com os mesmos valores no pré e no pós teste. Estes dados estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7. Comportamentos inadequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa.

Comportamentos inadequados	**Pré teste**		**Pós teste**	
Ignorar o cliente em agressão	88	14,89%	19	14,50%
Reforçar o comportamento inadequado	210	35,53%	31	23,66%
Interromper atividades-fim	108	18,27%	28	21,37%
Não elogiar DRO	117	19,79%	45	34,35%
Interromper o atendimento	8	1,35%	8	6,10%
Total	591	100%	131	100%

Fonte: A autora

Investigou-se, também, as mudanças nas médias pré e pós intervenção. Dos cinco comportamentos observados, quatro tiveram médias menores no pós teste do que no pré. Os dados indicaram que três delas diminuíram significativamente sendo *Reforçar comportamento inadequado* (p=0,001), *Interromper atividade-fim de sua especialidade* (p=0,002) e *Não elogiar emissão de DRO* (p=0,013), como podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8. Comparação pré e pós de profissionais por classes de comportamentos inadequados.

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**Z**	**p**
	Média	DP	Média	DP		
Ignorar agressão	4,89	13,17	**1,06**	2,64	-1,36	0,17
Reforçar inadequado	11,67	21,96	**1,72**	2,63	-3,10	0,001**
Interromper atividade-fim	6,00	9,24	**1,56**	3,14	-3.10	0,002**
Não elogiar emissão de outro comportamento	9,83	14,00	**2,50**	4,89	-2,48	0,013**
Interromper atendimento	0,44	0,78	0,44	1,65	-0,97	0,33

Fonte: A autora

Os comportamentos dos clientes também foram analisados considerando o total dos comportamentos adequados e inadequados no pré e pós teste e, depois, os comportamentos específicos analisados para cada classe. Observa-se que aumentaram os comportamentos adequados, de 69% para 84,7% e, diminuíram os inadequados de 30,8% para 15,3%.

Tabela 9 Comportamentos totais adequados dos profissionais no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa.

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**	
	n	%	n	%
Adequados	997	69,2%	1073	84,7%
Inadequados	443	30,8%	193	15,3%
Total	1440	100%	1266	100%

Fonte: a autora

A Tabela 10 apresenta os valores médios dos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais nos pré e pós teste. A análise estatística mostrou que os comportamentos inadequados (p=0,024) diminuíram significativamente do pré para o pós teste.

Tabela 10. Comparação das médias dos comportamentos totais adequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste (Teste Wilcoxon).

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**p**
	Média	DP	Média	DP	
Adequados	55,39	41,77	59,61	40,76	0,76
Inadequados	24,61	33,93	10,72	19,00	**0,024**

Fonte: A autora

Referente aos comportamentos adequados específicos dos clientes, apresentados na Tabela 11 é possível identificar aumento na categoria *Aderir à atividade* e no total dos comportamentos emitidos.

Tabela 11. Comportamentos adequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa

Comportamentos adequados	**Pré teste**		**Pós teste**	
Aderir à atividade	174	17,45%	365	34,01%
Comunicar adequadamente	512	51,35%	487	45,38%
Acatar à orientação	311	31,19%	221	20,59%
Total	997	100,00%	1073	100,00%

Fonte: A autora

Foram comparadas, também, as médias dos comportamentos adequados nos dois momentos. Deles, apenas a classe de comportamento *Aderir à atividade* teve uma diferença estatisticamente significativa (p=0,003), aumentando do pré para o pós teste, como pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação pré e pós de clientes por classes de comportamentos adequados.

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**Z**	**p**
	Média	DP	Média	DP		
Aderir à atividade	9,67	5,85	29,28	12,37	-3,00	0,003***
Comunicar adequadamente	28,44	28,60	27,06	38,76	-0,37	0,70
Acatar orientação	17,28	15,79	12,28	10,08	-1,19	0,23

Fonte: A autora

Os comportamentos inadequados podem ser visualizados na Tabela 13. Apenas a categoria *Masturbar-se* não diminuiu do pré para o pós-teste, sendo que as demais categorias diminuíram em suas frequências.

Tabela 13 Comportamentos inadequados dos clientes no pré-teste e no pós-teste em frequência absoluta e relativa.

Comportamentos inadequados	**Pré teste**		**Pós teste**	
Autoagressão	13	2,93%	2	1,03%
Heteroagressão	17	3,83%	0	0%
Masturbar-se	0	0%	31	16,06%
Evacuar	1	0,22%	0	0%
Destruir Ambiente	67	15,12%	26	13,47%
Gritar	100	22,57%	47	24,35%
Estereotipia	239	53,95%	87	45,07%
Pica	3	0,67%	0	0
Chorar	3	0,67%	0	0
Total	443	100,00%	193	100,00%

Fonte: A autora

Investigou-se, também, mudanças significativas nas médias dos comportamentos inadequados. Dos comportamentos observados, oito deles tiveram médias menores no pós teste, mas apenas uma das classes de comportamentos inadequados, *Estereotipia* (p=0,007), teve diferença significativa entre os dois momentos de avaliação, como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14. Comparação pré e pós de clientes por classes de comportamentos inadequados (Teste de Wilcoxon)

Comportamentos	**Pré teste**		**Pós teste**		**Z**	**p**
	Média	DP	Média	DP		
Autoagressão	0,72	2,6	0,11	0,32	-0,73	0,46
Heteroagressão	0,94	2,46	0	0	-1,84	0,06
Masturbar	0	0	1,72	7,3	-1	0,31
Evacuar	0,06	0,23	0	0	-1	0,31
Destruir ambiente	3,72	9,15	1,44	5,17	-1,95	0,051
Gritar	5,56	13,12	2,61	7,6	-1,48	0,13
Estereotipia	13,28	23,25	4,83	10,46	-2,68	**0,007***
Pica	0,17	0,51	0	0	-1,34	0,18
Chorar	0,17	0,38	0	0	-1,73	0,08

Fonte: a autora

Discussão

Os dados obtidos apontam para mudanças significativas após a intervenção. Com relação aos comportamentos adequados e inadequados dos profissionais nos pré e no pós teste, ambos apresentaram diferenças significativas fortes, sinalizando aumento de comportamentos adequados e diminuição considerável dos comportamentos inadequados no pós teste, confirmando as hipóteses levantadas.

Os dados encontrados relacionados aos comportamentos adequados dos profissionais na primeira filmagem nos trazem um panorama geral dos comportamentos iniciais dos participantes, como *Conversar*, sendo o comportamento que mais apareceu, seguido de *Desenvolver atividade específica* e *Desenvolver atividade lúdica*. Tais comportamentos são observados no repertório inicial destes participantes, por fazerem parte do repertório laboral destes profissionais. Após conhecerem os conceitos da AC, AF e DRA e DRI por meio do PEP,

esperava-se um aumento nas categorias de comportamentos como *Elogiar atividade completa*, *Elogiar emissão de outro comportamento*, e *Elogiar comportamento incompatível*. A classe de comportamento *Elogiar atividade completa* apresentou significância estatística, o que pode ser inferido como uma tentativa de reforçar comportamentos adequados dos clientes/alunos. Destes, apenas *Elogiar comportamento incompatível* não apresentou aumento, o que pode sinalizar que os participantes compreenderam a necessidade de consequenciar apropriadamente os comportamentos adequados que seus clientes emitiam. De acordo com Cowdery, Iwata e Pace (1990), os reforçamentos diferenciais tem bons resultados na autoagressão. Outro resultado esperado é que ao reforçar outros comportamentos mais adequados, os inadequados diminuem de frequência, aumentando o repertório comportamental.

Os comportamentos inadequados também apresentaram resultados esperados após os participantes entrarem em contato com o material, diminuindo sua frequência, apenas *Interromper atendimento* manteve-se com a mesma pontuação. Com relação aos comportamentos inadequados dos profissionais, as classes que diminuíram significativamente no pós teste foram: *Reforçar comportamento inadequado*; *Interromper atividade-fim de sua especialidade* e, *Não elogiar emissão de DRO.* Estes dados sugerem que, após tomar conhecimento de conceitos da AC, os profissionais atentaram às consequências emitidas por estes aos comportamentos de seus clientes, com diminuição do reforçamento de comportamentos inadequados, de interromper as atividades realizadas e não elogiar outros comportamentos adequados que pudessem surgir durante o atendimento. Com relação às classes de comportamentos que apresentaram diferença significativa, *Estereotipia* apresentou uma diferença significativa forte, que indica uma diminuição dos comportamentos desta classe do pré para o pós teste.

Relacionado aos comportamentos adequados das crianças, *Aderir à atividade* e os totais de comportamento apresentaram um aumento. Os comportamentos adequados totais aumentaram de frequência e as crianças passaram a aderir mais às atividades propostas pelos profissionais. Este mesmo dado apresentou diferença significativa forte na análise estatística. Para Boutot e Tincani (2009), ao possibilitar que as crianças se comportem mais adequadamente, os seus comportamentos irão aumentar de frequência por meio dos reforçamentos diferenciais.

Os comportamentos inadequados das crianças apresentaram diminuição em quase todas as categorias, exceto em *Masturbar-se*. Infere-se que houve uma variável não identificada, ambiental ou medicamentosa, que alterou o comportamento da criança com relação à esta classe comportamental. Uma diminuição significativa moderada pôde ser observada nos comportamentos inadequados das crianças, o que sugere uma diminuição dos comportamentos inadequados do pré para o pós teste. Os dados obtidos com os clientes mostram que a melhora nas práticas educativas dos profissionais refletiu rapidamente no comportamento dos seus clientes, possibilitando melhores condições de aprendizagem nos atendimentos terapêuticos ou pedagógicos.

Alguns comportamentos, como *Elogiar atividade completa*, *Elogiar a emissão de outro comportamento*, são comportamentos em que o emissor deve estar atento para ser contingente. Emitir tais comportamentos de maneira adequada exige a aprendizagem de algumas habilidades, como a de realizar a Análise Funcional, e desta forma, fazer a discriminação correta dos comportamentos do cliente e comportar-se apropriadamente.

Considerações finais

O presente estudo pretendeu descrever e comparar comportamentos adequados e inadequados de profissionais e crianças com comportamentos atípicos após a realização do PEP. Enquanto resultados esperados, houve um aumento significativo de comportamentos adequados e uma diminuição significativa de comportamentos inadequados tanto dos profissionais, quanto das crianças envolvidas. Os profissionais, aparentemente, preocuparam-se em prover consequências reforçadoras aos comportamentos de seus clientes, aumentando os elogios, assim como foi possível visualizar um aumento na aderência às atividades pelas crianças. Os profissionais também reforçaram menos comportamentos inadequados e interromperam menos as atividades-fim que estavam sendo desenvolvidas com as crianças.

Enquanto limitações deste estudo, um maior número de participantes poderia prover dados mais generalizáveis para as práticas laborais. Outra limitação se refere ao fato de que o programa de ensino utilizado era universal, não associado diretamente às necessidades deles, Também, não foi possível prever e controlar variáveis estranhas que podem ter influenciado alguns comportamentos como o comportamento de masturbar-se, no pós teste, que foi emitido por um único participante. Para estudos futuros, sugere-se a realização de *follow-up* para verificar se há mudanças nos resultados. Sugere-se, ainda, na intervenção a realização de encontros presenciais, para o uso do videofeedback que possibilita que o participante visualize seu próprio comportamento e o do seu cliente, tanto em situações adequadas com inadequadas, possibilitando a reflexão conjunta com o pesquisador sobre como utilizar as estratégias de reforçamento diferencial nas situações onde o comportamento inadequado ocorreu, tanto do profissional como do cliente.

Referências

BOAS, A. C. V. B. V.; RODRIGUES, O. M. P. R.; YAMADA, M. O. Promovendo a interação mãe-criança com implante coclear: um estudo de caso. **Psicologia, Teoria e pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 259-268, 2006.

BOUTOT, A.; TINCANI, M. T**he complete guide to autism spectrum disorders: autism encyclopedia**. Prufrock Press Inc., 2. Ed. Waco, Texas, 2009.

CARRARA, K. **Behaviorismo radical: crítica e metacrítica**. São Paulo: Unesp, 2005.

CARMO, J. S., BAPTISTA, M. Q. G. Comunicação dos conhecimentos produzidos em análise do comportamento: uma competência a ser aprendida? **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, 499-503, 2003.

COWDERY, G. E.; IWATA, B. A.; PACE, G. M. Effects and side effects of DRO as treatment for self-injurious Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 23, p. 497-506, 1990.

DEL PRETTE, A., DEL PRETTE, Z. A. P., PONTES, A. C., TORRES, A. C. Efeitos de um programa de intervenção sobre aspectos topográficos das habilidades sociais de professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 2, p. 11-22, 1998.

DIGENNARO, F. D.; MARTENS, B. K.; KLEINMANN, A. E. Comparison of performance feedback procedures on teachers' threatment implemention integrity and students' innapropriate Behavior in special education classrooms. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.40, p. 447-461, 2007.

HENKLAIN, M. H. O.; CARMO, J. S. Contribuições da análise do comportamento à educação: um convite ao diálogo. **Cadernos de Pesquisa,** v.43, n. 149, p. 704-723, 2013.

IWATA, B.; DORSEY, M. F.; SLIFER, K. J.; BAUMAN, K. E.; RICHMAN, G. S. Toward a functional analysis of self-injury. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 27, n. 2, p. 197-209, 1994.

KELLER, F. S., SHERMAN, J. G. **The Keller Plan Handbook: Essays on a personalized system of instruction**. W. A. Benjamin, Inc, California, 1974.

LUISELLI, J. K.; BASS, J. D.; WHITCOMB, S. A. Teaching applied Behavior analysis knowledge competencies to direct-care service providers: outcome assessment and social validation of a training program. **Behavior Modification**, v. 34, n. 5, p. 403-410, 2010.

LUNA, S. V. A crise da educação e o Behaviorismo. Que parte nos cabe nela? Temos soluções a oferecer? In: CARRARA, K.(Org.), Educação, Universidade e Pesquisa. III **Simpósio em Filosofia e Ciência: Paradigmas do Conhecimento no Final do Milênio**. São Paulo: FAPESP/Unesp-Marília-Publicações, p.143-155, 2001.

MILTENBERGER, R. G. **Modificação do comportamento: Teoria e prática**. Cengage, São Paulo., 2018.

MUELLER, M. M.; PIAZZA, C. C.; MOORE, J. W.; KELLEY, M. E.; BETHKE, S. A.; PRUETT, A. E.; OBERDORFF, A. J.; LAYER, S. A. Training parents to implement pediatric feeding protocols. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.36(4), p. 545-562, 2003.

OLIVER, A. C.; PRATT, L. A.; NORMAND, M. P. A survey of functional Behavior assessment methods used by Behavior analysts in practice. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.48, p. 817-829, 2015.

QUERIM, A. C.; IWATA, B. A.; ROSCOE, E. M.; SCHLICHENMEYER, K. J.; ORTEGA, J. V.; HURL, K. E. Functional analysis screening for problem Behavior maintained by automatic reinforcement. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.46, n. 1, p. 47-60, 2013.

RODRIGUES, M. E. Behaviorismo: mitos, discordâncias, conceitos e preconceitos, **Educere et educare**, v.1, n. 2, p. 141-164, 2006.

REY, D. D. Avaliação e intervenção em casos de comportamento agressivo e autolesivo. In: DUARTE, C. P.; COLTRI E SILVA, L.; VELLOSO, R. L. (org) **Estratégias da Análise do comportamento aplicada para pessoas com transtorno do espectro do autismo**. Memnon, Publicações científicas, 2018.

STUMPHAUZER, J. S.; DAVIS, L. C. Training community-based, Asian-american mental health personnel in Behavior modification. **Journal of Community Psychology**, v.11, n. 3, p. 309-316, 1983.

TEIXEIRA, A. M. S. **Análise de contingências em programação de ensino infantil: liberdade e efetividade na educação**, Santo André, São Paulo, ESETec Editores Associados, 2006.

TODOROV, J. C., MOREIRA, M. B. Psicologia, comportamento, processos e interações, **Psicol. Reflex. Crit. [online],** v. 22, n. 3, p. 404-412, 2009.

VOLLMER, T.; IWATA, B. A.; ZARCONE, J. R.; SMITH, R. G.; MAZALESKI, J. L. The role of attention-maintaned self-injurious Behavior: noncontigent Reinforcement and Differential Reinforcement of Other Behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.26, p. 9-21, 1993.

YAZAWA, T. **Comportamentos aberrantes: revisão de procedimentos de intervenção, elaboração e avaliação de material didático para profissionais da saúde**. (Dissertação não publicada) Universidade Estadual de Londrina, UEL, 2015.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A AC é uma área diversificada em suas aplicações, e o objetivo da ciência aplicada é trazer o conhecimento produzido pela academia para a comunidade, cumprindo assim, o seu papel social e devolvendo o investimento público realizado. Desta forma, o material adaptado para este estudo foi disponibilizado para os profissionais da Saúde e da Educação, permitindo assim a educação continuada de equipes multiprofissionais que atendem crianças que emitem comportamentos atípicos.

Nesta tese, foi discutida a adaptação do material desenvolvido por Yazawa (2015) no Estudo 1, com a finalidade de aperfeiçoá-lo e ser aplicado nos Estudos 4 e 5. Nos Estudos 2 e 3, com a aplicação do ABC, foi possível identificar o a capacidade de descrever os comportamentos atípicos dos profissionais participantes do estudo.

Enquanto resultados encontrados, os profissionais apresentaram melhores escores nos pós-testes dos protocolos de avaliação, o que pode ser inferido enquanto uma melhora em seu repertório, fato este que pode ser correlacionado com um aumento dos comportamentos adequados dos profissionais no pós-teste, observado no Estudo 5.

Tanto professores quanto profissionais da saúde puderam aproveitar o conhecimento produzido para este estudo, enquanto públicos-alvo necessários no atendimento da pessoa que apresenta os comportamentos atípicos. Os procedimentos baseados em reforçamentos diferenciais foram ensinados, sendo possível perceber uma melhora no repertório comportamental do profissional e dos clientes após contato com o material desenvolvido.

Considerados os conceitos de efetividade, eficiência e eficácia, sendo efetividade a capacidade de promover os resultados pretendidos, eficiência; capacidade de produzir resultados com recursos mínimos e eficácia, os resultados desejados em condições controladas

(MARINHO; FAÇANHA, 2001), o Programa de Ensino realizado neste estudo alcançou os quesitos necessários para ser identificado enquanto efetivo e eficaz.

Enquanto limitações desta tese, pode-se observar o número de participantes, uma amostra muito heterogênea, que dificulta generalização dos dados, além de não ter sido desenvolvido um estudo com juízes para uma observação com maior fidedignidade dos comportamentos dos Estudos 4 e 5.

Referências

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. Porto Alegre, Artmed, 1999.

DIGENNARO REED, F. D.; REED, D. D.; BAEZ, C. N.; MAGUIRE, H. Parametric analysis of errors of commission during discrete-trial training. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.44, p. 611-615, 2011.

FORNAZARI, S. A. **Comportamentos inadequados e produtividade em pessoas com deficiência mental ou múltipla em ambiente educacional**. (Tese de doutorado não publicada), Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, SP, 2005.

LUISELLI, J. K.; BASS, J. D.; WHITCOMB, S. A. Teaching applied Behavior analysis knowledge competencies to direct-care service providers: outcome assessment and social validation of a training program. **Behavior Modification**, v. 34 n.5, p. 403-410, 2010.

KOEGEL, L., MATOS-FREDEN, R., LANG, R., KOEGEL, R. Interventions for children with autism spectrum disorders in inclusive school settings. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 19, n.3, p. 401–412, 2012.

MARINHO, A. ; FAÇANHA, L. O. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. IPEA, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf

MATOS, M. A. Análise funcional do comportamento. **Revista Estudos em Psicologia**, v.16, n.3, p. 8-18, 1999.

MENDES, E. G. Comportamentos aberrantes ou desafiadores? In: MARQUEZINE, M. C., ALMEIDA, M. A., TANAKA, E. I. D., (orgs). **Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial II**. Universidade Estadual de Londrina, PR, 2001.

MUELLER, M. M.; PIAZZA, C. C.; MOORE, J. W.; KELLEY, M. E.; BETHKE, S. A.; PRUETT, A. E.; OBERDORFF, A. J.; LAYER, S. A. Training parents to implement pediatric feeding protocols. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.36 p.4, p. 545-562, 2003

STUMPHAUZER, J. S.; DAVIS, L. C. Training community-based, Asian-american mental health personnel in Behavior modification. **Journal of Community Psychology**, v.11, n. 3, p. 309-316, 1983.

VOLLMER, T.; IWATA, B. A. Differential Reinforcement as treatment for Behavior disorders: procedural and functional variations. **Research in Developmental Disabilities***,* v.13, 393-417, 1993.

APÊNDICES

Apêndice 1

PROTOCOLO GERAL DE AVALIAÇÃO

Leia as situações abaixo e escolha a alternativa que mais lhe pareça ser a correta:

Situação 1
Na hora do atendimento de Fisioterapia, Mariana sempre tem dor de cabeça e a mãe desmarca a consulta. A parte sublinhada é correspondente a: a) Reforço b) Punição c) Consequência d) Generalização

Situação 2
Quando Araceli faz bagunça enquanto come, sua mãe a deixa sem sobremesa. A parte sublinhada é correspondente a: a) Reforço b) Punição c) Consequência d) Generalização

Situação 3
Quando João Victor vê a mãe, faz birra e se joga no chão. A parte sublinhada é correspondente a: a) Comportamento b) Punição c) Consequência d) Generalização

Situação 4
Maria todos os dias participa das atividades da instituição. Nos dias que chove, Maria não quer sair ir para a escola. A mãe insiste, mas Maria é irredutível. A oração sublinhada corresponde a: a) Resposta b) Antecedente c) Comportamento

Situação 5

Luizinho vai todas às quartas-feiras no atendimento com a fisioterapeuta. Porém, quando Luizinho sente-se desconfortável, ele arranha a mão da profissional, que o deixa de lado. A oração sublinhada corresponde a:

a) Resposta

b) Consequência

c) Antecedente

Situação 6

Aline está realizando atividades na sala de aula sozinha, enquanto os outros alunos bagunçam. A professora chama a atenção de Pedro, que está do lado de Aline. Aline observa Pedro ser repreendido, e de repente, começa a provocar vômitos. A professora contém Aline. Qual é, aparentemente, a função do comportamento de "provocar vômitos" de Aline?

a) Fuga

b) Atenção

c) Sem função aparente

Situação 7

Jéssica estava no atendimento com a fisioterapeuta, quando uma outra criança chega na sala e começa a conversar e rir com a fisioterapeuta. Jéssica então, começa a morder os dedos até sangrar. O que a fisioterapeuta pode fazer para que Jéssica pare de morder os dedos?

a) Pedir para que Jéssica pare;

b) Pedir para que Jéssica cante e bate palmas com ela;

c) Brigar com Jéssica;

d) Ignorar

Situação 8

Kely não gosta de água, mas a hidroterapia é importante para sua reabilitação. Sempre no dia de terapia, ela se joga no chão, grita, chuta as pessoas. O que se pode fazer para que Kely participe da terapia?

a) Reforçar outro comportamento que não seja o de agredir, mesmo que seja uma tentativa de "pedir" para não participar da terapia, por enquanto;

b) Segurar Kely com força e jogá-la na piscina;

c) Reforçar outro comportamento de Kely, como o comportamento de correr, por exemplo.

d) Ignorar

Situação 9

Fabrício, durante os atendimentos com a terapeuta ocupacional, gosta muito de determinada atividade, o livro sensorial. Ao sentar na mesinha, bate a cabeça nesta, até receber o livro. O que a terapeuta pode fazer, para modificar o comportamento de Fabrício?

a) Conter Fabrício e dar o livro para ele;

b) Conter Fabrício e reforçar o comportamento de falar “livro”, ou uma palavra semelhante;

c) Reforçar o comportamento de Fabrício de levantar e andar até o armário

d) Ignorar o comportamento

Situação 10
Amanda gosta de determinada bola vermelha. Quando vê a bola com outra criança, Amanda se debate, e só para quando dão a bola para ela. O que pode ser feito para que Amanda pare de se debater? a) Segurar Amanda e reforçar o comportamento de conversar com o colega. b) Conter Amanda e reforçar o comportamento de apontar para a bola c) Conter Amanda e reforçar o comportamento de seguir a bola d) Ignorar Amanda.

Apêndice 2

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MÓDULO 1

Leia as situações abaixo e escolha a alternativa que mais lhe pareça ser a correta:

Situação 1
Na hora do atendimento de Fisioterapia, Mariana sempre tem dor de cabeça e a mãe desmarcar a consulta. A parte sublinhada é correspondente a: e) Reforço f) Punição g) Consequência h) Generalização

Situação 2
Luciano gostava de brincar com Maurício todo o dia, na hora do intervalo. Após uma briga, Luciano parou de brincar com Maurício. O comportamento "Brincar com Maurício" entrou em ( ) a) Reforço b) Punição c) Extinção d) Discriminação

Situação 3
Juninho gosta de chamar todas as professoras de "tia". A parte sublinhada é correspondente a qual princípio? a) Reforço b) Discriminação c) Consequência d) Generalização

Situação 4
Pedro gosta muito de estudar, e vai sempre muito bem na escola. A parte sublinhada é correspondente a: a) Punição b) Contingência c) Discriminação d) Generalização

Situação 5
Quando Araceli faz bagunça enquanto come, sua mãe a deixa sem sobremesa. A parte sublinhada é correspondente a: e) Reforço f) Punição

g) Consequência

h) Generalização

Situação 6

Quando João Victor vê a mãe, faz birra e se joga no chão.
A parte sublinhada é correspondente a:

e) Comportamento

f) Punição

g) Consequência

h) Generalização

Situação 7

Antônio é fisioterapeuta e atende crianças e adolescentes.
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Discriminação

b) Extinção

c) Comportamento

d) Generalização

Situação 8

Ângela fala com a mãe de uma maneira, e com a professora de outro.
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Discriminação

b) Reforço

c) Consequência

d) Generalização

Situação 9

A mãe de Joana sempre a elogia quando ela vem com o boletim com boas notas, Joana fica feliz e continua estudando bastante.
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Reforço

b) Punição

c) Consequência

d) Generalização

Situação 10

Na véspera do aniversário, Cláudio sempre fica mais triste.
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Generalização

b) Punição

c) Consequência

d) Antecedente

Situação 11

Eugênia fez os exercícios da Fisioterapia certinho e está andando melhor.
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Reforço

b) Contingência

c) Consequência

d) Punição

Situação 12

Quando Lúcia ouve o barulho do motorzinho do dentista, chora de medo
A parte sublinhada é correspondente a:

a) Comportamento

b) Punição

c) Antecedente

d) Discriminação

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MÓDULO 2

Leia as situações abaixo e escolha a alternativa que mais lhe pareça ser a correta:

Situação 1

Maria todos os dias participa das atividades da instituição. Nos dias que chove, Maria não quer sair ir para a escola. A mãe insiste, mas Maria é irredutível. A oração sublinhada corresponde a:

d) Resposta

e) Antecedente

f) Comportamento

Situação 2

Maria todos os dias participa das atividades da instituição. Nos dias que chove, Maria não quer sair ir para a escola. A mãe insiste, mas Maria é irredutível. A oração sublinhada corresponde a:

e) Resposta

f) Antecedente

g) Contingência

Situação 3

Luizinho vai todas às quartas-feiras no atendimento com a fisioterapeuta. Porém, quando Luizinho sente-se desconfortável, ele arranha a mão da profissional, que o deixa de lado. A oração sublinhada corresponde a:

a) Resposta

b) Consequência

c) Antecedente

Situação 4

Luizinho vai todas às quartas-feiras no atendimento com a fisioterapeuta. Porém, quando Luizinho sente-se desconfortável, ele arranha a mão da profissional, que o deixa de lado. A oração sublinhada corresponde a:

d) Resposta

e) Consequência

f) Antecedente

Situação 5

Luizinho vai todas às quartas-feiras no atendimento com a fisioterapeuta. Porém, quando Luizinho sente-se desconfortável, ele arranha a mão da profissional, que o deixa de lado. A oração sublinhada corresponde a:

a) Resposta

b) Consequência

c) Antecedente

Situação 6

Aline está realizando atividades na sala de aula sozinha, enquanto os outros alunos bagunçam. A professora chama a atenção de Pedro, que está do lado de Aline. Aline observa Pedro ser repreendido, e de repente, começa a provocar vômitos. A professora contém Aline. Qual é, aparentemente, a função do comportamento de "provocar vômitos" de Aline?

d) Fuga

e) Atenção

f) Sem função aparente

Situação 7

Emerson está realizando as atividades com a terapeuta ocupacional, porém ele não gosta muito de pintar. Quando a profissional vem com o lápis de cor, ele começa a se morder e chutar, o que ocasiona a desistência da atividade proposta pela profissional. Qual é, aparentemente, a função do comportamento de "morder e chutar" de Emerson?

a) Fuga

b) Atenção

c) Sem função aparente

Situação 8

Sheila gosta muito de giz de cera. Durante os atendimentos com a terapeuta ocupacional, Sheila morde a profissional e só para quando recebe os gizes de cera para pintar desenhos. Qual é, aparentemente, a função do comportamento de Sheila?

a) Fuga

b) Atenção

c) Obtenção

Situação 9
Lúcio é um menino que gosta de estar junto com as meninas. Quando todos estão juntos, Lúcio morde e arranha as meninas próximas e só para quando alguma delas interage com ele. Qual é, aparentemente, a função do comportamento de Lúcio? a) Fuga b) Atenção c) Obtenção

Situação 10
Eugênia gosta de comer maçãs. Quando Eugênia observa que serão servidas maçãs na merenda, ela chuta a merendeira e grita. Aparentemente, qual é a função do comportamento de Eugênia? a) Atenção b) Obtenção c) Sem função aparente

Situação 11
Lucélia come os cabelos durante os atendimentos da fisioterapeuta, da terapeuta ocupacional, da fonoaudióloga. As profissionais tentam conter Lucélia, oferecem doces, mudam as atividades, porém o comportamento perdura. Aparentemente, qual é a função do comportamento de Lucélia? a) Atenção b) Obtenção c) Sem função aparente

Situação 12
Gisele não gosta de piscinas. Quando é dia de hidroterapia, Gisele se joga no chão e bate em todas as pessoas que se aproximam dela. Aparentemente, qual é a função do comportamento de Gisele? a) Atenção b) Sem função aparente c) Fuga

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MÓDULO 3

Leia as situações abaixo e escolha a alternativa que mais lhe pareça ser a correta:

Situação 1
Jéssica estava no atendimento com a fisioterapeuta, quando uma outra criança chega na sala e começa a conversar e rir com a fisioterapeuta. Jéssica então, começa a morder os dedos até sangrar. De acordo com o DRI, o que a fisioterapeuta pode fazer para que Jéssica pare de morder os dedos? e) Pedir para que Jéssica pare; f) Pedir para que Jéssica cante e bate palmas com ela; g) Brigar com Jéssica; h) Ignorar

Situação 2

Kely não gosta de água, mas a hidroterapia é importante para sua reabilitação. Sempre no dia de terapia, ela se joga no chão, grita, chuta as pessoas. De acordo com o DRA, o que se pode fazer para que Kely participe da terapia?

e) Reforçar outro comportamento que não seja o de agredir, mesmo que seja uma tentativa de "pedir" para não participar da terapia, por enquanto;

f) Segurar Kely com força e jogá-la na piscina;

g) Reforçar outro comportamento de Kely, como o comportamento de correr, por exemplo.

h) Ignorar

Situação 3

Rodolfo não gosta de aulas de desenho. Sempre que a professora aparece com os lápis de cor, Rodolfo começa a morder a mão. O que a professora pode fazer, de acordo com o DRA, para que Rodolfo pare de morder a mão?

a) Brigar com Rodolfo

b) Conter Rodolfo e reforçar o comportamento de pintar o desenho

c) Conter Rodolfo e reforçar o comportamento de cantar enquanto pinta

d) Deixar Rodolfo sozinho

Situação 4

Angelo gosta muito de Doritos. Quando vê qualquer outra criança comendo Doritos, Angelo grita, chuta, arranha a criança que come o Doritos. De acordo com o DRA, o que se pode fazer para que Angelo pare de agredir o colega?

a) Brigar com Angelo e não dar Doritos nunca mais

b) Conter Angelo e deixa-lo sem Doritos

c) Reforçar o comportamento de Angelo de "pedir" pelos Doritos

d) Reforçar o comportamento de Angelo de puxar o colega

Situação 5

Laís tem estereotipia, e faz movimentos repetitivos e constantes com o braço direito. Durante a fisioterapia, Laís fica mexendo o braço sem parar e a fisioterapeuta não consegue fazer os movimentos. O que esta pode fazer para que Laís fique quieta, de acordo com o DRI?

a) Dar uma bolinha/brinquedo para que Laís segure, enquanto conversa com ela;

b) Conter Laís, enquanto conversa com ela;

c) Reforçar o comportamento de Laís de cantar;

d) Ignorar o comportamento de Laís.

Situação 6

Fabrício, durante os atendimentos com a terapeuta ocupacional, gosta muito de determinada atividade, o livro sensorial. Ao sentar na mesinha, bate a cabeça nesta, até receber o livro. O que a terapeuta pode fazer, de acordo com o DRA, para modificar o comportamento de Fabrício?

e) Conter Fabrício e dar o livro para ele;

f) Conter Fabrício e reforçar o comportamento de falar "livro", ou uma palavra semelhante;

g) Reforçar o comportamento de Fabrício de levantar e andar até o armário

h) Ignorar o comportamento

Situação 7

Thainá gosta muito da coordenadora Luiza. Quando Thainá vê Luiza conversando com outras crianças, ela arranha e morde a última. De acordo com o DRA, o que pode ser feito para que Thainá pare de arranhar e morder?

a) Ignorar o comportamento de Thainá

b) Reforçar o comportamento de Thainá de conversar também

c) Reforçar o comportamento de segurar na mão de Thainá

d) Fugir de Thainá

Situação 8

Alisson, quando fica sozinho, enfia a mão na fralda e mexe em seus dejetos. De acordo com o DRI, o que pode ser feito para que Alisson não faça mais isso?

a) Reforçar o comportamento de brincar com massinha de modelar

b) Reforçar o comportamento de cantar

c) Dar atenção a Alisson

d) Ignorar

Situação 9

Gilson, quando fica no pátio, fica sozinho. Ele, então, começa a provocar vômitos, e a criançada toda grita, chama a tia, para conter Gilson. O que pode ser feito, de acordo com o DRA, para que Gilson dminuia esse comportamento?

a) Conter o comportamento de Gilson e brigar com ele;

b) Conter o comportamento de Gilson e reforçar um comportamento de interação social

c) Conter o comportamento de Gilson e puní-lo.

d) Ignorar o comportamento.

Situação 10

Amanda gosta de determinada bola vermelha. Quando vê a bola com outra criança, Amanda se debate, e só para quando dão a bola para ela. O que pode ser feito, de acordo com o DRI, para que Amanda pare de se debater?

e) Segurar Amanda e reforçar o comportamento de conversar com o colega.

f) Conter Amanda e reforçar o comportamento de apontar para a bola

g) Conter Amanda e reforçar o comportamento de seguir a bola

h) Ignorar Amanda.

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ensinopara profissionais da saúde para o manejo de comportamentos atípicos

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **Comportamentos atípicos em atendimento individual: influência de um curso de ensinode profissionais da saúde para seu manejo"**, realizada na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; no Departamento da Faculdade de Ciências, em Bauru.

O objetivo da pesquisa é: avaliar se a ensino"Problemas no atendimento clínico em saúde: como lidar" pode auxiliar no manejo de comportamentos atípicos de crianças com deficiência intelectual.

Neste estudo, consideram-se comportamentos atípicos aqueles que uma pessoa faz e são incomuns para o padrão de normalidade social, além de causar prejuízos para a saúde, tanto para a sociedade quanto para o próprio indivíduo e sua família.

A sua participação é muito importante e necessitaremos de sua colaboração para ler e realizar as atividades de um material didático impresso, e após a leitura do mesmo, realizar provas de avaliação do conhecimento adquirido. Serão gravados dois atendimentos em sua especialidade com uma criança, antes e depois da capacitação, com a finalidade de verificar se a aprendizagem ocorreu. Será realizado também, um questionário para avaliar o seu conhecimento sobre os comportamentos atípicos.

Devemos esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O questionário respondido, as filmagens e avaliações ficarão arquivados sigilosamente e terão acesso a ele apenas os pesquisadores envolvidos, sendo este documento a fonte de dados para análise e elaboração do material didático.

Os benefícios esperados são: disponibilização um material autodidático à população acerca de manejo de comportamentos atípicos; oferecer informações contidas no material de acordo com as necessidades da comunidade; informar as pessoas interessadas sobre os procedimentos existentes na Análise do Comportamento acerca de manejo de comportamentos atípicos.

Enquanto possíveis riscos, pode-se considerar não oferece nenhum risco à saúde física ou emocional do participante.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará, nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Thais Yazawa, telefone (14) 99162-8828; e-mail: tatayazawa@gmail.com; ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Seção Técnica Acadêmica, cepesquisa@fc.unesp.br

Este termo é preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

_____, ___ de _____de 2017.

_____
Thais Yazawa
Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

(nome por extenso)_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

_____
Assinatura (ou impressão dactiloscópica)
do participante

_____, ____ de _____ de 2017.

Apêndice 4

Protocolo de dados sociodemográficos

Dados do participante:

1. Nome: _____
2. Data de nascimento:_____
3. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro
4. Estado civil:_____
5. Escolaridade:_____
6. Área que atua:_____
7. Tempo que atua na área;_____
8. Tempo na instituição: _____
9. Curso de graduação: _____
10. Especialização (360 horas):

_____
_____

11. Aprimoramento/aperfeiçoamento (120 horas):

_____
_____

12. Cursos rápidos (4 a 50 horas):

_____
_____

13. Conhece Análise do Comportamento?

( ) Sim
( ) Não

Dados do cliente:

14. Nome da criança/cliente: _____
15. Idade: _____
16. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro
17. Tempo de atendimento com a criança/cliente: _____
18. Modalidade do atendimento da instituição:

( ) Internato ( ) Semi internato ( )Ambulatorial

19. Tipo de diagnóstico da criança/cliente:

( ) Autismo (TEA)
( ) Deficiência intelectual leve
( ) Deficiência intelectual média
( ) Deficiência intelectual severa
( ) Transtorno Global do desenvolvimento
( ) Sem diagnóstico definido
( ) Síndrome de Down
( ) Outros

Apêndice 5

Protocolo de comportamentos adequados - Profissional

Profissional/tempo	conter o cliente em agressão	desenvolver atividades lúdicas	atividades específicas	Conversar	elogiar atividade completa	elogiar a emissão outro cpt
0						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Apêndice 6

Protocolo de comportamentos inadequados – Profissional

Profissional/tempo	ignorar o cliente em agressão	reforçar o comportamento inadequado	interromper as atividades-fim de sua especialidade	não elogiar a emissão DRO	interromper o atendin
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Apêndice 7

Protocolo de comportamentos adequados – criança

cliente/tempo	aderir à atividade	comunicar adequadamente	acatar à orientação
0			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Apêndice 8

Protocolo de comportamentos inadequados – criança

cliente	auto agressão	hetero agressão	masturbar	evacuar	destruir ambiente	Chorar	Estereotipia
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

ANEXOS

Anexo 1 - ABC

Escala de Comportamento Atípico
(ABC – *Aberrant Behavior Checklist*)

Nome do paciente:_____ Nome do avaliador:_____

Sexo (circular): Masculino / Feminino

Data de nascimento:____/____/____
Dia Mês Ano

Relação com o paciente (marque uma alternativa):
( ) Pais
( ) Professor
( ) Treinador/Supervisor
( ) Outro (especifique): _____

Data de hoje:____/____/____
Dia Mês Ano

Onde o paciente foi observado:
( ) Casa
( ) Escola
( ) Creche
( ) Consultório
( ) Outro (especifique): _____

Caso esteja na escola, qual o tipo (marque uma alternativa):
( ) Escola para portadores de necessidades especiais.
( ) Escola para portadores de autismo.
( ) Escola de inclusão
( ) Escola comum
( ) Outros (especifique): _____

Grupo étnico (marcar):
( ) Branco
( ) Negro
( ) Pardo
( ) Outros (especifique): _____

Situação clínica do paciente (por favor, circule):

a. Surdez?	Não	Sim	? (Não sei)
b. Cegueira?	Não	Sim	? (Não sei)
c. Epilepsia?	Não	Sim	? (Não sei)
d. Paralisia cerebral?	Não	Sim	? (Não sei)

e. Outro _____

MEDICAÇÕES EM USO ATUALMENTE (Por favor, liste todas as medicações e sua dosagem)
1. _____
2. _____
3. _____

INSTRUÇÕES

A escala de sintomas ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo *paciente* é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

0 = não é problema;
1 = o comportamento é um problema, mas em grau leve;
2 = o problema tem gravidade moderada;
3 = o problema é grave.

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os pontos a seguir:

a) Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente tem em média mais acessos de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conhece, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.

b) Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você, tente levar em conta a situação de maneira geral.

c) Tente considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balançar o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

1.	Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar	0	1	2	3
2.	Fere-se de propósito	0	1	2	3
3.	Indiferente, lento(a), parado(a)	0	1	2	3
4.	Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)	0	1	2	3
5.	Procura se isolar dos outros	0	1	2	3
6.	Movimentos corporais repetitivos e sem sentido	0	1	2	3
7.	Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)	0	1	2	3
8.	Grita inapropriadamente	0	1	2	3
9.	Fala excessivamente	0	1	2	3
10.	Crises de birra/acesso de fúria	0	1	2	3
11.	Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos	0	1	2	3
12.	Preocupado(a), fixa o olhar no vazio	0	1	2	3
13.	Impulsivo(a) (age sem pensar)	0	1	2	3
14.	Irritável e queixoso(a)	0	1	2	3
15.	Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)	0	1	2	3
16.	Retraído(a); prefere atividades solitárias	0	1	2	3
17.	Estranho, comportamento esquisito	0	1	2	3
18.	Desobediente; difícil de controlar	0	1	2	3
19.	Grita em momentos inapropriados	0	1	2	3
20.	Expressão facial imóvel, fixa; falta de resposta emocional	0	1	2	3

21. Incomoda os outros	0	1	2	3
22. Fala repetitiva	0	1	2	3
23. Não faz nada a não ser ficar sentado(a) e olhar os outros	0	1	2	3
24. Não é cooperativo	0	1	2	3
25. Depressivo(a)	0	1	2	3
26. Resiste a qualquer forma de contato físico	0	1	2	3
27. Movimenta ou balança a cabeça de trás para frente repetidamente	0	1	2	3
28. Não presta atenção às instruções	0	1	2	3
29. Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente	0	1	2	3
30. Isola-se de outras crianças ou de adultos	0	1	2	3
31. Tumultua as atividades em grupo	0	1	2	3
32. Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo	0	1	2	3
33. Fala sozinho(a) em voz alta	0	1	2	3
34. Chora por mínimos aborrecimentos e machucados	0	1	2	3
35. Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça	0	1	2	3
36. O humor muda rapidamente	0	1	2	3
37. Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)	0	1	2	3
38. Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições etc.)	0	1	2	3
39. Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo	0	1	2	3
40. Difícil alcançá-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)	0	1	2	3
41. Chora e grita inapropriadamente	0	1	2	3
42. Prefere ficar sozinho(a)	0	1	2	3
43. Não tenta se comunicar por palavras ou gestos	0	1	2	3
44. Distrai-se com facilidade	0	1	2	3
45. Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente	0	1	2	3
46. Repete várias vezes uma palavra ou frase	0	1	2	3
47. Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força	0	1	2	3
48. Constantemente corre ou pula em torno do cômodo	0	1	2	3
49. Balança o corpo para trás e para frente repetidamente	0	1	2	3
50. Causa machucados em si mesmo	0	1	2	3
51. Não presta atenção quando falam com ele(ela)	0	1	2	3
52. Pratica violência contra si próprio	0	1	2	3
53. Inativo(a), nunca se move espontaneamente	0	1	2	3
54. Tende a ser excessivamente ativo(a)	0	1	2	3
55. Reage negativamente ao contato afetivo	0	1	2	3
56. Ignora propositalmente as instruções	0	1	2	3
57. Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado	0	1	2	3
58. Demonstra pouca reação social aos outros	0	1	2	3

Nota: tradução de Mirella Fiuza Losapio, Lis Gomes Silva e Milena Pereira Pondé.

Anexo 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamentos atípicos em atendimento individual: influência de um curso de capacitação de profissionais da saúde para seu manejo

Pesquisador: Thais Yazawa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76995717.2.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.491.752

Apresentação do Projeto:

Adequado e atendendo as solicitações do CEP após avaliação de primeira submissão.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descreve o autor, o objetivo da pesquisa é "descrever e comparar a frequência de comportamentos atípicos em atendimentos individuais de crianças com déficit intelectual severo, antes e depois de profissionais realizarem um programa de capacitação de manejo comportamental baseado em Análise Experimental do Comportamento.

Comparar a identificação de comportamentos atípicos de profissionais da saúde antes e depois de um programa de capacitação de profissionais em serviço".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme consta no projeto de pesquisa: Riscos: Os profissionais podem se sentir intimidados pelo uso da câmera durante as gravações de suas atividades com as crianças. Podem se sentir incomodados com a leitura do material desenvolvido, que têm exemplos cotidianos de comportamentos atípicos. Benefícios: Os participantes aprenderão a manejar os comportamentos atípicos e poderão desempenhar as atividades de sua competência sem as interrupções na tentativa de conter os comportamentos de seu cliente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada e atendendo as solicitações do CEP após avaliação de primeira submissão.

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Continuação do Parecer: 2.491.752

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Inserir nos documentos TCLE e TALE, além do e-mail do CEP, também seu endereço e telefone de contato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881182.pdf	09/12/2017 18:36:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	09/12/2017 18:36:08	Thais Yazawa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes.docx	08/12/2017 17:53:31	Thais Yazawa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpais.docx	08/12/2017 17:52:55	Thais Yazawa	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/08/2017 15:23:57	Thais Yazawa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_plataforma.docx	14/03/2017 00:07:47	Thais Yazawa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Continuação do Parecer: 2.491.752

BAURU, 08 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador)