

the second started in 1974 to 1982, with a larger number of concessions (fifty-six) and the average time of less internments of 4,1 years. The most premature return to society resulting of a more favourable assistencial scheme, from an effort in the changing of the community and the prison administration attitudes, and of the social reintegration measures, didn't follow a significant difference in the number of readmissions.

One didn't realise a significant relation between the length of internment and the clinical diagnostics or the committed crimes, except the tendency to a longer term in the cases of homicide.

The fact that the Portuguese Penal Code (1982) orders the minimum time of internment depending on the crime, is contested by the authors, seeing that insanity means to take away all capacity and responsibility from the individual, therefore becoming non-significant the committed crime, moreover from a clinical point of view, there is no relation between the length of internment and the perspective of committing new crimes.

BIBLIOGRAFIA

- EY, H. — *Manuel de Psychiatrie*, 5.ª ed. (trad. cast., 8.ª ed., 1980, pág. 1045).
- SANTOS, J. A. CARNEIRO — *Saídas Terapêuticas* — Meio de Ressocialização dos Reclusos Inimputáveis. Relatório da experiência de 3 anos de saídas periódicas para a comunidade efectuadas em reclusos classificados de Inimputáveis Perigosos — «Anexo de St.ª Cruz do Bispo», 1978 (pp. 14).
- SANTOS, J. A. CARNEIRO — *Doença Mental e Delinquência* — Trabalho de síntese destinado aos médicos internos da Especialidade de Psiquiatria. Hospital Magalhães Lemos, Porto, 1982 (pp. 34).
- SANTOS, J. A. CARNEIRO; FONTE, ANIBAL — *Um caso de psicose induzida* — «Jornal do Médico», CXIII (2057) 694-698, Dez. 1983.

TERAPIA DO COMPORTAMENTO

Alguns comentários acerca da abordagem do atraso mental pelo modelo comportamental

FOR

JOSÉ PINTO GOUVEIA* e NATÁLIA RAMOS**

Os autores analisam alguns dos princípios em que se baseia a intervenção do modelo comportamental para o atraso mental, descrevendo em seguida as principais etapas de um programa de modificação comportamental e as áreas de intervenção mais usuais.

INTRODUÇÃO

Segundo a definição da Associação Americana para a Deficiência Mental, o atraso mental, é descrito como envolvendo um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, e existindo concomitantemente com défices no comportamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento (Grossman, 1973).

Dada a sua natureza essencialmente descritiva, esta definição não assume implicações etiológicas, e não estabelece afirmações de prognóstico, acerca da futura evolução do indivíduo assim rotulado, e se bem que passível ainda de algumas críticas, representa já, uma evolução positiva em relação a definições anteriores, que assumiam ser o Atraso Mental de origem constitucional, e essencialmente incurável.

Tradicionalmente, a conceptualização do Atraso Mental, foi fortemente influenciada pelos sistemas classificativos etiológico-categoriais, o que originou, que esta situação fosse largamente encarada como o resultado de alterações internas e levava

a interpretar os comportamentos da criança atrasada, como o resultado inexorável dessas mesmas condições ou aberrações internas.

Esta conceptualização, reflectia-se profundamente na abordagem terapêutica e no funcionamento das instituições para atrasados. De uma forma geral, os programas de recuperação da maioria destas instituições, eram primariamente dirigidos para o fornecimento de cuidados básicos e de estimulação geral.

A elaboração de programas educativos sistemáticos, e adaptados às condições individuais de cada criança, eram assim praticamente inexistentes, devido à atitude prevalecente acerca da não educabilidade desta população, e à falta de uma abordagem específica, orientada para a formulação de programas de recuperação eficazes (Whitman e Scibak, 1981).

A partir de 1960 a abordagem comportamental, veio questionar e alterar este estado de coisas.

A introdução de programas de modificação comportamental em algumas destas instituições, representou uma das principais determinantes na

Comunicação apresentada no I Encontro Internacional e III Nacional sobre Terapias Institucionais, realizado em Lisboa nos dias 25, 26 e 27 de Outubro de 1982.

* Psiquiatra dos H.U.C. Responsável pela consulta de Psicoterapia Comportamental do H.U.C.. Assistente Convidado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U. C.

** Psicóloga da Associação de Pais e Amigos das Crianças Diminuídas Mentais. Delegação de Coimbra.

profunda alteração do tipo de programas educativos que actualmente é possível oferecer a esta população clínica, e no desenvolvimento de uma atitude mais positiva em relação à sua educabilidade (Whitman e Scibak, 1981).

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL

A abordagem comportamental, procura fornecer uma conceptualização do atraso mental, orientada para o estabelecimento de uma intervenção terapêutica eficaz (Gardner, 1971).

Aquilo que distingue a criança com atraso, é o facto de ela não ter adquirido a gama de comportamentos, que as outras crianças da mesma idade habitualmente possuem. A ênfase é colocada no relatório de comportamentos específicos e na sua aprendizagem, e o facto de em condições ordinárias a criança com atraso não ter adquirido determinados comportamentos, não significa que os não possa aprender, se forem estabelecidas contingências adequadas à sua aprendizagem.

Nesta perspectiva, mais que valorizar condições etiológicas ou determinações do Q. I., o principal foco de interesse desta intervenção, é colocado na avaliação dos comportamentos que necessitam de ser alterados, e na estruturação das condições ambientais que possam facilitar ou promover essa modificação.

Isto não significa, que a abordagem comportamental ignore os determinantes fisiológicos ou sócio-culturais do atraso comportamental. O que não aceita, é que a existência de factores fisiológicos ou sócio-culturais dificultadores do desenvolvimento, permitam presumir «à priori», que a criança não possa vir a adquirir comportamentos adaptativos, se forem criadas condições especiais de aprendizagem (Kazdin e Straw, 1976).

Se o atraso mental, for então encarado como atraso no relatório de comportamentos da criança em vez do resultado de condições físicas ou psicológicas imutáveis, o papel a desempenhar pelos princípios gerais de aprendizagem no estabelecimento dos programas de reabilitação, torna-se claro.

Trata-se de colocar a criança atrasada numa situação de aprendizagem estruturada, que lhe permita aprender aptidões novas que não possuía, ou a aumentar a frequência de comportamentos que já possuía mas não utilizava com a frequência adequada. O papel do terapeuta consistirá pois, em estruturar esta situação de aprendizagem, utilizando uma metodologia comportamental.

Procederá então através de uma avaliação objectiva e rigorosa, à determinação dos «defeitos» comportamentais específicos de cada criança, e através da utilização de princípios operantes e da aprendizagem por modelamento, estabelecerá as condições ambientais que vão promover a aquisição desses comportamentos.

A sua acção será a de um observador participante. Ele determinará os reforços a utilizar, controlará os antecedentes e consequências contingentes ao comportamento que pretende incentivar, utilizará e reforçará aproximações sucessivas ao comportamento terminal, isto é estruturará a intervenção terapêutica.

Dois princípios fundamentais deverão dominar esta intervenção. O primeiro diz respeito à individualização do programa de reabilitação, ou seja, para cada criança, os objectivos a atingir com a reabilitação, deverão ser estabelecidos a partir da avaliação individual das suas aptidões e carências comportamentais. O segundo tem a ver com a estruturação do programa de reabilitação: quanto mais carenciada for a criança, e limitado o seu conjunto de aptidões, maior deverá ser o grau de estruturação das condições facilitadoras da aprendizagem (Giroux, 1981).

O diapositivo seguinte (Quadro I), mostra as principais etapas de um programa de modificação comportamental.

A estruturação de um programa deste tipo, tem como ponto de partida o processo de avaliação.

Em modificação comportamental, a avaliação é uma fase fundamental do programa terapêutico, e representa também uma exigência própria do modelo.

Contrariamente aos processos de avaliação tradicional de crianças atrasadas, cujos resultados são habitualmente apresentados sob a forma de pontuação atingida em testes de inteligência, utilizados para classificar o atraso em vários graus de profundidade, mas que não permitem prever adequadamente as potencialidades ocupacionais da criança testada, e não fornecem informação útil para o estabelecimento de um programa de intervenção terapêutica, a avaliação comportamental tem objectivos e características diferentes.

Na primeira fase e usualmente através de uma observação informal, no meio natural da criança, vai determinar as carências comportamentais, e seleccionar as aptidões específicas que vão ser objecto da avaliação e intervenção terapêutica.

Estes comportamentos seleccionados, vão ser definidos operacionalmente e não em termos de conceitos globais. Por exemplo, definição de

ETAPAS DE UM PROGRAMA DE MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO

1. Observação informal do relatório de comportamentos da criança e escolha dos comportamentos que vão ser alvo de avaliação.
2. Avaliação
 - Definição operacional das respostas escolhidas para avaliação
 - Escolha da técnica de avaliação que vamos utilizar
 - Avaliação dos comportamentos e das condições de estímulos desses comportamentos
 - Representação gráfica dos dados observados (Estabelecimentos de uma linha de base)
3. Definição dos objectivos da intervenção
 - Formulação dos objectivos operatórios da intervenção
 - Escolha do prazo de intervenção
4. Programa de intervenção
 - Escolha dos procedimentos e técnica de intervenção
 - Escolha do sistema de reforço
 - Delimitação do quadro da intervenção
 - Aplicação do programa
5. Análise dos resultados e da evolução do programa
 - Avaliação contínua dos resultados da intervenção
 - Avaliação do nível de realização e do progresso registado
 - Modificação do programa, se for necessário
6. Ebatimento do sistema estruturado de incentivo e criação de condições facilitadoras da generalização.

problemas em termos de: agressividade, défice de socialização, ou comportamento autista, são inadequados para este tipo de avaliação.

Como regra geral, a definição do comportamento a avaliar deve ter três características: ser *objectiva* referindo-se a características observadas do comportamento e dos acontecimentos ambientais, ser *clara*, não permitindo ambiguidades, e ser *completa* delineando as condições limites da definição, de forma a que as respostas a incluir e a excluir dela, sejam enumeradas (Hawkin & Dobs, 1975).

Uma vez assim definido o comportamento alvo, a sua avaliação deverá fornecer dados que obedeam aos seguintes parâmetros: serem quantitativos, podendo ser expressos de uma forma numérica, terem como critério de referência o objectivo a atingir, e resultarem de observações repetidas.

A importância e o cuidado colocado pelo modelo comportamental nesta fase de avaliação,

resulta do reconhecimento que o problema de intervenção terapêutica, é primariamente um problema de avaliação, sendo a partir desta que vai ser possível formular o objectivo preciso da intervenção, definir o programa terapêutico, e objectivar a sua evolução e resultados.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Os objectivos terapêuticos, estabelecidos pela maioria dos programas de base comportamental, têm visado a aquisição de comportamentos adaptativos e a diminuição de comportamentos inapropriados.

As áreas de problemas mais frequentemente abordados com este objectivo, têm sido: A Aquisição de Aptidões de Vida Diária, que permitam autonomia a independência pessoal, (controlo de esfínteres, vestir, lavar, alimentação) a Aquisição e Desenvolvimento de Comportamentos Sociais, o Desenvolvimento da Linguagem, a Aquisição de Aptidões Pré Académicas, Pré Vocacionais e de Trabalho, e ainda a diminuição de comportamentos inapropriados, de Auto-Estimulação e Auto-Agressão.

Os métodos utilizados nestas intervenções, resultam na maior parte dos casos da aplicação de princípios operantes: reforço positivo, aprendizagem por aproximações sucessivas, reforço diferencial de comportamentos apropriados e de aprendizagem por modelamento, dependendo a sua utilização do tipo de comportamento alvo da intervenção, e das condições impostas pelo local onde se realiza o programa.

São na sua maioria métodos relativamente simples, que facilmente poderão ser apreendidos e aplicados por educadores, professores e até pelos próprios familiares da criança, desde que convenientemente supervisionados.

A sua utilização, tem sido realizada com sucesso em Hospitais, Instituições para deficientes, Escolas, e algumas vezes na própria casa da criança.

Apesar de não estar no âmbito do presente trabalho a descrição em pormenor destes métodos, gostaríamos de fazer uma breve referência a dois deles — o método da *Aprendizagem Guiada Gradual* e o método da *Seqüenciação*, dada a sua utilidade, quando se pretende a aprendizagem de comportamentos complexos que não fazem parte do relatório habitual do indivíduo (em crianças com dificuldades severas).

O método de *Aprendizagem Guiada Gradual* descrito por Azrin e col. em 1973, é um método

de instrução programada, que utiliza a maioria dos princípios operantes (Watson e Uzzel, 1981). As suas características, são: o estabelecimento de uma aprendizagem sem erro, a utilização quase permanente do reforço social durante o treino, e a programação do esbatimento gradual da ajuda, de forma a diminuir a dependência do terapeuta e facilitar a generalização.

Tem sido utilizado para aquisição de aptidões de vida diária, especialmente na aprendizagem do vestir e de auto-alimentação, onde Azrin, obteve 100% de resultados positivos, com crianças classificadas como atrasos mentais severos e profundos.

O treino de vestir as calças, pode servir de exemplo para a ilustração deste método.

A criança é sentada numa cadeira à frente do educador, e este segurando as calças chama-a pelo nome e pede-lhe para as vestir.

Este incitamento verbal a vestir as calças, é acompanhado dum incitamento físico em que o educador guia as mãos da criança a segurar as calças. Continuando a incitar verbalmente a criança vai guiando fisicamente todos os movimentos desta, até as calças estarem vestidas (enfiar uma perna, depois a outra, puxar as calças para cima, etc.). Em cada uma destas etapas, o terapeuta incita verbalmente o movimento adequado e deverá estar atento à iniciativa da criança. Se esta iniciar o movimento correcto após o incitamento, retira o contacto físico, aprova verbalmente, e acompanha o movimento com as mãos a alguns centímetros de distância das mãos da criança, de forma a poder corrigir se houver erro.

O esbatimento da ajuda, é depois realizado de uma forma progressiva na parte final do treino, obedecendo à seguinte ordem. Inicialmente retira a ajuda física, depois o incitamento verbal à realização de cada etapa, e só por último retira o incitamento por gestos que acompanham os movimentos da criança.

O treino termina, quando a criança veste sózinha as calças, ao pedido de o fazer.

Utilizando este método com dois terapeutas em cada sessão de treino, Azrin ensinou a sete crianças com atraso profundo, um programa completo de aptidões de vestir e despir adequadamente, num tempo médio de 10 horas para cada criança (4 a 20 h). (Watson e Uzzel 1981).

No método da *Sequenciação*, o comportamento terminal é decomposto nas suas respostas elementares, e estas são aprendidas segundo a ordem natural da sua realização.

A aplicação estruturada deste método, foi descrita por Lent em 1975, através da exempli-

ficação do ensino, da utilização de um desodorizante (Watson e Uzzel, 1981).

Esta aprendizagem foi decomposta nas seguintes etapas: 1 — pegar o desodorizante; 2 — agitar o desodorizante; 3 — retirar a tampa; 4 — segurar a embalagem verticalmente; 5 — esfregar o desodorizante na axila; 6 — passar o desodorizante para a outra mão; 7 — segurá-lo verticalmente; 8 — esfregar o desodorizante na outra axila; 9 — voltar a colocar a tampa.

O seu ensino foi realizado do seguinte modo.

Com a criança sentada numa mesa, o educador coloca a embalagem do desodorizante à sua frente. Se esta não faz qualquer tentativa de pegar nele, após cerca de 5 segundos de espera, o educador incita-a verbalmente a pegar no desodorizante. Se a criança pegar na embalagem, o educador reforça verbalmente com aprovação, e espera 5 segundos antes de passar à fase seguinte, em que procede do mesmo modo.

Algumas crianças com atraso profundo ou severo, podem não responder a estas instruções, e se tal acontecer, ao fim de 10 segundos o educador poderá usar instigação gestual, ou modelar a resposta correcta. Se a criança responder a esta estimulação, o educador reforça verbalmente, e espera que ela inicie espontaneamente a fase seguinte, e só se tal não acontecer fará a incitação verbal.

A criança vai assim percorrendo sequencialmente as diversas etapas do comportamento a aprender, e as sessões de treino continuam até o realizador sem intervenção do educador.

De notar que a sequência dos processos de instigação, é neste método diferente da do método anterior, e aqui inicia-se com incitação verbal, que se não for suficiente é seguida de instigação gestual ou modelamento, e a instigação física em que o terapeuta guias as mãos da criança para a tarefa, só é realizada depois das outras formas de incitamento falharem.

Durante todo o processo, o educador utiliza apenas o reforço social, através de aprovação verbal, sorriso ou contacto físico.

Programas utilizando pequenas variações deste método, têm sido realizados por outros autores, (Watson, 1978) e têm-se mostrado eficazes, para o ensino de uma larga variedade de Aptidões de Auto-Ajuda, a crianças com atraso severo e moderado. Algumas destas aptidões ensinadas incluem: higiene diária, utilização de utensílios domésticos, utilização de aspiradores e máquinas de lavar, encomendar refeições em restaurantes, tratamento e limpeza de roupa e sapatos, telefonar a pedir ajuda, etc..

As áreas da linguagem, comportamentos sociais, dificuldades escolares, e aptidões pré-vocacionais e de trabalho, têm sido abordadas utilizando princípios semelhantes, e com idênticos objectivos.

Muitos destes programas, incluem contribuições fornecidas por outras perspectivas teóricas, que se mostraram úteis para a resolução das dificuldades existentes.

Algumas destas intervenções, são ainda limitadas nos seus objectivos e de difícil generalização, morosas na sua execução, e enfrentam por vezes, resistências originadas pela atitude social em relação à educabilidade desta população.

A problemática da criança com atraso mental, ultrapassa largamente a dificuldade da sua abordagem terapêutica, e tem a ver com decisões sócio-culturais e administrativas, que muitas vezes dificultam ou impedem, uma intervenção

funcional, flexível e eficaz, realizada dentro do sistema ecológico da criança.

A avaliação rigorosa dos resultados obtidos com a utilização de métodos de modificação comportamental, tem vindo a mostrar, que mesmo as crianças classificadas com atraso mental severo e profundo, podem aprender comportamentos que aumentam a sua independência pessoal, promovem a sua socialização, e criam condições que facilitam a sua aceitação e integração comunitária.

Só através de uma investigação contínua, virada para as dificuldades objectivas destas crianças, será possível o desenvolvimento de programas mais eficazes, que originem uma modificação na atitude sócio-cultural em relação à sua recuperação.

Reconhecer os direitos da criança com atraso mental, será também, criar as condições necessárias, para que lhes seja possível oferecer, o mais eficaz sistema educativo possível.

BIBLIOGRAFIA

- GARDNER, W. I. (1971) — Citado por Kazdin, A. E. e Straw, M. K., ref.
 GIROUX, N. (1981) — *Le Modèle Behavioral: ses fondaments, ses modalités, sa valeur* — *Neuropsychia trie de l'enfance*, 1981, 29:65-80.
 GROSSMAN, H. (ed.) (1973) — *Manual on terminology and classification in mental retardation* (Rev. ed.) — *American Association on Mental Deficiency* — Washington, D. C.
 HAWKINS, R. P., DOBES, R. W. — Citado por Kazdin e Straw, ref.
 KAZDIN, A. E., STRAW, M. K. (1976) — *Assessment of Behavior of the Mentally Retarded* — Cap. 12 do livro *Behavioral Assessment: a Practical Handbook*, ed. por Michel Hersen e Allan Bellack — Pergamon Press.
 WATSON JR., L. S., UZZEL, R. (1981) — *Teaching self-help skills to the mentality retarded* — Cap. 5 do livro *Hand Book of Behavior modification with the Mentally retarded*, Ed. por Johnny Watson e John McCartney — Plenum Press.
 WHITMAN, T. L. e SCIBAK, J. W. (1981) — *Behavior Modification Research with the Mentally Retarded. Treatment and Research Perspectives*, cap. 1 do livro *Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded*, ed. por Johnny Matson e John McCartney — Plenum Press.