

# TREINAMENTO COMPORTAMENTAL: UMA ALTERNATIVA DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NÃO CLÍNICA\*

ALMIR DEL PRETTE  
Universidade Federal da Paraíba

Foi aplicado um programa de Treinamento Comportamental em um grupo de jovens com objetivo de desenvolvimento de repertório de comportamento de exercícios de direitos humanos. Os dados de registro de gravação e observação indicam a efetividade do programa.

A partir dos resultados obtidos são apresentadas justificativas sobre a utilização do Treinamento Comportamental no atendimento a população não clínica e são discutidas algumas questões de pesquisa. Finalmente são consideradas as implicações do trabalho na redefinição dos objetivos dos "serviços psicológicos" e no questionamento do papel social da Psicologia.

## 1. INTRODUÇÃO

O Treinamento Comportamental é uma abordagem recente na Psicologia, estando, ainda, do ponto de vista teórico, com muitas questões a serem resolvidas. Como afirma McFall (1976 p. 227), "não se trata de um conjunto bem definido e específico de técnicas de intervenção: ao invés disso, consiste de uma orientação geral de tratamento".

O Treinamento Comportamental se insere em um modelo de aquisição de resposta. Os modelos de intervenção em orientação comportamental podem ser classificados (McFall, 1976; Bandura, 1979) em: inibição de resposta, facilitação de resposta, desinibição de resposta e aquisição de resposta.

Os modelos de inibição e desinibição de resposta consideram os problemas clínicos como excessos de comportamentos. O primeiro supõe que, tendo os

---

\* Este artigo é resumo de parte da dissertação de mestrado apresentada junto ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob a orientação do Dr. Álvaro P. Duran, a quem o autor agradece.



comportamentos indesejáveis desaparecido, novos comportamentos apropriados aparecerão; o segundo preconiza a diminuição da ansiedade condicionada, que funciona como inibidora da ocorrência de comportamentos adaptativos, para que esses comportamentos apareçam. O modelo de facilitação de resposta considera os problemas clínicos como resultando de um controle inapropriado de estímulo. Um arranjo de dicas e contingências adequadas seria indicado para colocar o comportamento sob o controle apropriado de estímulos.

O modelo de aquisição de resposta considera os problemas clínicos como resultado de déficits de comportamentos, mesmo quando um problema particular possa ser identificado também como excesso de comportamento.

Pelo exposto verifica-se que um mesmo problema pode ser abordado através desses modelos de forma diferente. Suponha-se, como exemplo, a intervenção em relação a um alta frequência de comportamentos de chorar e de "medo" de situações interpessoais de uma criança. Esse "problema" seria definido diferentemente em cada um desses modelos, o que implicaria em seleção de técnicas diferentes, bem como em considerações diferentes sobre os dados relevantes de resultados. No modelo de inibição de resposta, técnicas de dessensibilização sistemática poderiam ser utilizadas. Já em um modelo de facilitação de resposta, técnicas de extinção e reforçamento diferencial poderiam compor o tratamento. Em um modelo de aquisição de resposta, técnicas de modelação simbólica ou ao vivo poderiam ser utilizadas.

A avaliação de resultados apresentaria ênfases diferentes. Nos modelos de inibição e desinibição de resposta o sucesso de intervenção seria atribuído ao decréscimo do comportamento de chorar. No modelo de facilitação de resposta, a ênfase de resultados seria sobre a mudança para um controle apropriado de estímulo. No modelo de aquisição de resposta o sucesso da intervenção indicaria emissão de alternativas de comportamento treinadas e o decréscimo do comportamento de chorar seria apenas um indicador a mais na avaliação de resultados.

Um aspecto importante que essa análise revela é que, nos modelos de desinibição, inibição e facilitação de respostas, a ocorrência de comportamentos alternativos de controle mais efetivo sobre o ambiente, por parte do "cliente", não é planejada. Além disso, os modelos que consideram o problema clínico como excesso de um comportamento particular tendem a uma prática questionável e freqüente que é a de ensinar pais, professores, enfermeiros, etc., a manejar técnicas para "eliminar" tais excessos. Prover pais e outros em habilidades de "manejo de técnicas de extinção" resulta, muitas vezes, no aumento do controle destes sobre a criança, acentuando, ainda mais, o desequilíbrio de reforçadores desfavorável à criança. Os comportamentos alternativos que "apareceriam acidentalmente" em decorrência da extinção do comportamento de chorar poderiam ser tão ou mais prejudiciais do que aquele que foi eliminado.

Do ponto de vista de déficits de resposta, o "problema" seria analisado como uma ausência de comportamentos alternativos para as situações onde o choro aparece, que estaria relacionado à inabilidade dos pais ou educadores para desenvolver outros comportamentos na criança. Esses déficits, por certo, não seriam tratados através do manejo de técnicas de extinção de comportamentos.

No caso exemplificado, pais, professores e o terapeuta poderiam tomar a decisão de que os objetivos comportamentais mais "adequados" para a criança poderiam ser: desenvolver comportamentos de "discordar", "solicitar mudanças no comportamento de outrem", "sugerir outras situações", etc. e que os "clientes" deveriam aprender habilidades para incrementar esses comportamentos. Pode-se dizer, no entanto, que nem sempre os problemas são semelhantes ao exemplificado e nem sempre os objetivos parecem tão evidentes.

McFall (1976), procura resolver o problema, apresentando primeiramente uma definição de déficit de comportamento. Supõe-se um déficit, não apenas quando há ausência de um comportamento específico, mas também quando, sendo um comportamento emitido em direção a um objetivo, não alcança certos índices de competência. Diz o autor citado, que competência é "a capacidade aprendida, adquirida através de treinamento ou experiência para desempenhar com proficiência tal, que produza um efeito que preencha as necessidades de uma situação de vida" (p. 234). Outros autores que utilizam o modelo de aquisição de resposta (Eisler, Hersen e Miller, 1973; Bellack, Hersen e Lamparski, 1979; Lange e Jakubowski, 1976; Liberman, 1972), não estabelecem nenhuma definição de competência, e Bandura (1979) chama a atenção para a natureza relativista do critério de competência.

Essa definição deve ser revista, pois ela se restringe às conseqüências do comportamento para uma das pessoas, não fazendo nenhuma referência às necessidades do interlocutor. Torna-se necessária uma definição de competência que abranja esses aspectos e que possa orientar o agente de mudança no sentido de que a intervenção possa estender resultados positivos para outros.

Uma definição alternativa de competência deveria se referir ao comportamento que produz um melhor efeito em relação a estímulos físicos do ambiente e, em relação ao interlocutor, no sentido de equilibrar reforçadores ou, no mínimo, assegurar direitos humanos básicos. O emprego do termo equilíbrio de reforçadores é caracterizado neste contexto, como a socialização dos bens naturais, culturais e de produção e troca de comportamentos com valores relativamente equitativos para as pessoas em uma relação diádica.

Essa definição de equilíbrio de reforçadores serviu de base para o programa de Treinamento Comportamental aplicado com o objetivo de desenvolvimento de repertório de comportamentos que possibilitassem aos sujeitos minorar possíveis desequilíbrios de reforçadores ou, que lhes assegurassem os direitos básicos.

## 2. MÉTODO

*Sujeitos.* Participaram deste treinamento, 12 jovens do sexo feminino, com uma média de idade de 16 anos. Apenas um dos sujeitos era casado. Dois não estudavam, um cursava o 1.º colegial e o restante 6.ª, 7.ª e 8.ª séries. Os pais dos sujeitos solteiros tinham as profissões de pedreiro, feirante, agricultor e operário



sem qualificação, enquanto que o cônjuge do sujeito casado era motorista. A renda familiar correspondia a menos de dois salários mínimos. As residências dos sujeitos agrupavam-se em local sem saneamento básico, com as ruas sem calçamento e iluminação.

**Ambiente e Material.** As sessões foram realizadas em uma sala tipo auditório. Os sujeitos sentavam formando um semi-círculo, com o terapeuta à frente. Dois microfones permaneceram suspensos no interior do grupo, ligados a um *tape-deck*, localizado em uma mesa. Todas as sessões foram gravadas e foi realizada observação sistemática por dois observadores treinados que permaneceram próximo ao grupo.

**Procedimento.** O treinamento foi realizado em 17 sessões. Cada sessão teve uma duração média de uma hora e trinta minutos, realizada duas vezes por semana. Dos 12 sujeitos, um abandonou o treinamento na sexta sessão, por motivo ignorado, um na oitava por ter encontrado emprego e o terceiro na nona sessão, devido a mudança para o sul do país. Com o objetivo de possibilitar uma maior clareza, essa parte (procedimento) será apresentada em tópicos:

#### *Verificação de repertório e interesse*

Antes do início do treinamento foram feitas entrevistas iniciais, gravadas, com objetivo de verificar queixas e identificar déficits de comportamentos. Ao final do treinamento foram feitas novas entrevistas, com o objetivo de verificar mudanças comportamentais relacionadas (ou não) com as queixas.

Além das entrevistas, utilizou-se a primeira sessão do treinamento, para uma discussão com os sujeitos com objetivo de verificar seus interesses. Alguns exemplos de assuntos foram: Saneamento (falta de água, esgoto etc.); dificuldade de viver (desemprego, carestia, violência, etc.); problemas da mulher (restrições, diferença de privilégios, etc.); criança abandonada, casamento, amor, etc.

#### *Uma sessão de treinamento*

As sessões de maneira geral compunham-se de três partes distintas. A parte inicial consistia de verificação de queixas, solicitação de tarefas específicas, verificação de generalização de comportamentos aprendidos em situação de treino para outros ambientes e proposta do terapeuta ou de algum sujeito para discussão de assunto, ou treino de alguma habilidade. Na parte central da sessão ocorria a aplicação de procedimentos relacionados às queixas, ou discussão de um tema proposto. Na parte de encerramento, o terapeuta apresentava *feedback* sobre o desempenho dos sujeitos e solicitava avaliação da sessão.

Nas sessões foram aplicados procedimentos para desenvolver habilidades básicas como por exemplo, descrever comportamentos, elogiar, avaliar, etc., e procedimentos para desenvolver habilidades mais complexas como por exemplo, solicitar emprego, solicitar atendimento em uma agência pública de atendimento à saúde, coordenar grupo para resolver problemas comunitários, etc.

Alguns procedimentos permitiram: a) treinar vários sujeitos simultaneamente, em uma mesma habilidade, quando o procedimento era aplicado a um grupo de sujeitos (por exemplo, treino de analisar a situação de desigualdade social da mulher), b) treinar vários sujeitos, simultaneamente, em habilidades diferentes, quando o procedimento era específico a um sujeito, mas podia envolver outros sujeitos (por exemplo, treino de solicitar emprego: enquanto um sujeito era treinado nessa habilidade complexa, outro sujeito participava do treino emitindo um comportamento específico solicitado).

#### *Um Exemplo de Treinamento*

Foi selecionado como exemplo o treinamento para desenvolver habilidade de solicitar emprego. As queixas específicas dos sujeitos sobre dificuldade de obter emprego apareceram nas entrevistas iniciais e foram recolocadas nas sessões. Uma verificação do desempenho do sujeito em solicitar emprego foi feita através de *role playing*, onde se evidenciaram déficits de comportamentos.

O treino, inicialmente, consistiu de uma discussão sobre os comportamentos prováveis que poderiam ser emitidos, na situação de solicitar emprego. Arranjou-se então uma situação de *role playing*, onde um dos sujeitos desempenharia o papel de solicitante de emprego, outros dois fariam o papel de funcionários e o terapeuta participaria como gerente. Especificaram-se também aspectos físicos do ambiente: a sala do gerente com mesas, cadeiras, telefone, etc. Aos demais sujeitos solicitou-se observação do desempenho do sujeito solicitante em relação aos comportamentos do gerente. A segunda parte do treino constituiu-se do desempenho em *role playing*. Um breve resumo ilustra o procedimento:

- Gerente (G): "... e nós estamos necessitando de vendedora na seção de confecção".
- Sujeito (S): "Eu gostaria de trabalhar como vendedora".
- G: "A senhora é casada?"
- S: "Sou".
- G: "Ah... Bem a firma não está contratando mulher casada".
- S: "Mas... acho que vai dar certo".
- G: "Precisar, precisamos, mas..."
- S: "Então não dá mesmo?"
- G: "Não".

Neste ponto o desempenho foi interrompido<sup>1</sup>, sendo solicitado que o sujeito destacasse aspectos positivos de seu próprio desempenho, descrevesse e identificasse comportamentos alternativos para responder às restrições do gerente à admissão de mulher casada. Os demais participaram avaliando os comportamentos do sujeito e as alternativas identificadas.

<sup>1</sup> Os desempenhos eram interrompidos após seqüências curtas com objetivo de utilizar o método de aprendizagem passo-a-passo, apresentar *feedback* temporalmente próximo ao desempenho e evitar que o sujeito se engajasse em comportamentos mal sucedidos.



Um resumo da análise dos sujeitos sobre o desempenho daquele que solicitava o emprego<sup>2</sup> aparece ilustrada abaixo:

- S<sub>4</sub>: "Achei que quando o gerente falou que precisar precisava, ela poderia insistir".
- Terapeuta (T): "E ela falou 'não dá mesmo'? Que tipo de resposta o gerente poderia ter dado?"
- S<sub>7</sub>: "Só o que ele falou né?"
- S<sub>4</sub>: "Ela deveria falar firme com ele".
- T: "Diga para ela o que é que você está querendo dizer com falar firme".

Os sujeitos identificaram alternativas como argumentar e questionar o gerente, mas o solicitante, embora julgasse as sugestões como desejáveis, afirmou sua dificuldade em emití-las. O terapeuta recolocou a situação de *role playing*, avisou que iria desempenhar o papel de solicitante de emprego e convidou outro sujeito para o papel de gerente, solicitando ao sujeito em treinamento que observasse o seu desempenho. Segue resumo desse desempenho:

- G: "... e temos vagas para vendedora..."
- T: "Eu gostaria de trabalhar como vendedora. Acho que aprenderei rapidamente".
- G: "A senhora é casada?"
- T: "Sou".
- G: "Olha, nós não damos emprego a mulher casada..."
- T: "Por quê?"
- G: "Porque acaba ficando grávida".
- T: "Algumas firmas não fazem essas restrições e estão satisfeitas com o trabalho das mulheres casadas... No momento não pretendo ter filho".
- G: "Bem..."
- T: "A firma está precisando. É uma época de muitas vendas".

Nova interrupção e o sujeito foi solicitado a descrever os comportamentos verbais e não verbais do terapeuta. Após essa descrição, uma nova seqüência foi reiniciada, com o terapeuta permanecendo próximo ao sujeito, em condições de emitir comportamentos de aprovação contingentes a seu desempenho de solicitar emprego. Um outro sujeito participou como gerente.

- G: "A senhora é casada?"
- S: "Sou".
- G: "Então... não damos emprego a mulher casada".
- S: "Por quê?"
- G: (...)

2. O problema do desemprego e as restrições feitas às mulheres foram discutidas em outros procedimentos.

- S: "Em muitas lojas... as mulheres casadas trabalham e mostram um bom serviço. Eu preciso trabalhar e gostaria de trabalhar aqui na loja".

O treino dessa habilidade foi realizado ainda muitas vezes com outros e com o mesmo sujeito, porém envolveu variações no arranjo da situação de *role playing*.

### 3. RESULTADOS

Os dados das entrevistas inicial e final e dos registros de gravação e observação foram organizados em grupos de dados precedentes e subseqüentes ao treinamento de cada habilidade. Em relação à natureza das habilidades treinadas, foram obtidos dois conjuntos de resultados: o primeiro refere-se a déficits de comportamentos específicos, relacionados às queixas apresentadas pelos sujeitos ou às observações do terapeuta; o segundo não está relacionado a déficits específicos de comportamentos, mas a relatos de dificuldades existentes na vida dos sujeitos, algumas identificadas pelos sujeitos no decorrer do treinamento.

#### DESCRIÇÃO DE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS RELACIONADAS A DÉFICITS ESPECÍFICOS

Resumo das queixas da primeira entrevista e registro de gravação e obs.

Resumo de relato de mudanças: entrevista final e registro de grav. e obs.

##### 1. Problemas de relacionamento com os pais

Melhora no relacionamento com os pais

- a) déficits de comportamentos de expressar sentimentos positivos (S<sub>7</sub>, S<sub>12</sub>, S<sub>2</sub>).
- b) déficits de comportamentos de discutir com os pais sobre a própria habilidade de tomar decisão (S<sub>2</sub>, S<sub>6</sub>).

- a) aumento na freqüência de comportamentos de expressar sentimentos positivos (S<sub>7</sub>, S<sub>12</sub>, S<sub>2</sub>).
- b) emissão de comportamentos de discutir com os pais a própria habilidade de tomar decisão (S<sub>2</sub>, S<sub>6</sub>).

emissão de comportamento de elogiar retirada de restrições pelos pais.

##### 2. Relacionamento com irmãos

Melhora no relacionamento com irmãos

- a) déficit de emissão de comportamentos reforçadores (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>).

- a) aumento na freqüência de emissão de comportamentos reforçadores (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>).

aumento na freqüência de estimulação reforçadora recebida (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>).



- b) déficits de comportamentos de contracontrole à estimulação aversiva recebida (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - c) excesso de comportamento de chorar ante estimulação aversiva recebida (S<sub>6</sub>, S<sub>10</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - d) déficits de emissão de alternativas do comportamento (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>10</sub>, S<sub>11</sub>).
3. Relacionamento conjugal
- a) déficit na troca de comportamentos reforçadores (S<sub>7</sub>).
  - b) excesso na troca de comportamentos aversivos (S<sub>7</sub>).
4. Relacionamento com namorado
- a) déficit na troca de comportamentos reforçadores (S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - b) déficit de comportamento de contracontrole à estimulação aversiva recebida (S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
5. Dificuldade em falar em grupo
- a) déficits de comportamentos de fazer e responder perguntas em grupos de estudo (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) ansiedade condicionada (taquicardia, sudorese nas mãos) (S<sub>3</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>9</sub>).
  - c) expectativa de consequência desfavorável para emissão de comportamentos de perguntar e responder perguntas (S<sub>3</sub>, S<sub>9</sub>).
  - d) déficit de emissão de alternativas de comportamentos (S<sub>2</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>11</sub>).

- b) aumento na freqüência de comportamentos de contracontrole à estimulação aversiva recebida (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - c) diminuição na freqüência do comportamento de chorar ante estimulação aversiva (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - diminuição na freqüência de estimulação aversiva recebida (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - d) aumento na freqüência de emissão de alternativas de comportamento (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>)!
- Melhora no relacionamento conjugal
- a) aumento na freqüência de troca de comportamentos reforçadores (S<sub>7</sub>).
  - b) diminuição na freqüência de troca de comportamentos aversivos (S<sub>7</sub>).
- Melhora no relacionamento com namorado
- a) aumento na freqüência de troca de comportamentos reforçadores (S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - b) aumento na freqüência de comportamento de contracontrole a estimulação aversiva recebida (S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
- Aumento de participação em grupo de lazer e estudo
- a) aumento na freqüência de comportamentos de fazer e responder perguntas em grupos de estudo (S<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) diminuição de ansiedade condicionada na situação de grupo (S<sub>3</sub>, S<sub>9</sub>).
  - c) expectativa controlada pelo próprio desempenho (S<sub>3</sub>, S<sub>9</sub>).
  - d) aumento na freqüência de emissão de alternativas de comportamentos (S<sub>2</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>11</sub>).

6. Dificuldade de fazer amizade
- a) déficits de comportamentos de iniciar e manter conversação (S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) déficits de comportamentos de conversar assuntos de interesse do interlocutor (S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>9</sub>).
  - c) excesso de comportamento de relatar problemas pessoais (S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).
7. Dificuldade em falar com pessoas investidas de autoridade
- a) déficit de comportamento de descrever objetivos (S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>)
  - b) déficit de comportamento de fazer pergunta (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - c) déficit de comportamento de discordar (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - d) expectativa de consequência desfavorável para o comportamento iniciar conversação (S<sub>3</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>).
8. Dificuldade de recusar pedido irrazoável
- a) déficit de comportamento de recusar (S<sub>6</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) excesso de comportamento de justificar recusa (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
9. Dificuldade em perseverar nos objetivos
- a) déficit de insistir nos comportamentos que podem levar à consecução de objetivos (S<sub>3</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>).
  - b) excesso de comportamento de justificar as desistências diante dos primeiros obstáculos (S<sub>3</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>).

- Ampliação do círculo de amizades
- a) aumento na freqüência de comportamentos de iniciar e manter conversação (S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) aumento na freqüência de comportamentos de conversar assuntos de interesse do interlocutor (S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>9</sub>).
  - c) diminuição na freqüência de comportamento de relatar problemas pessoais (S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).
- Emissão de comportamento de solicitar informações, atendimento médico etc.
- a) aumento na freqüência de comportamento de descrever objetivos (S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - b) aumento na freqüência de comportamento de fazer pergunta (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
  - c) aumento na freqüência de comportamento de discordar (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>).
  - d) expectativa controlada pelo desempenho (S<sub>3</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>).
- expectativa controlada por indícios no comportamento do interlocutor (S<sub>3</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>9</sub>).
- Emissão de comportamento de recusar pedido irrazoável
- a) aumento na freqüência de comportamento de recusar (S<sub>6</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>11</sub>).
  - b) diminuição na freqüência do comportamento de justificar (S<sub>6</sub>, S<sub>11</sub>).
- Aumento na perseverança em objetivos
- a) aumento na freqüência de insistir nos comportamentos que podem levar à consecução de objetivos (S<sub>3</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>).
  - b) diminuição na freqüência de comportamento de justificar desistência (S<sub>3</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>).
- aumento na freqüência de auto-reforçamento (S<sub>3</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>).

\* Não há relato de mudança para S<sub>10</sub>, pois deixou o treinamento após ter obtido emprego.



10. Dificuldades em tomar decisão

- a) déficit de comportamento de definir problema (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>12</sub>).
- b) déficit de comportamento de apresentar alternativa de comportamento (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>12</sub>).
- c) déficit de comportamento de avaliar alternativa (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>).
- d) excesso de comportamento de escolher curso de ação controlado por opiniões de terceiros (S<sub>2</sub>, S<sub>12</sub>).

Emissão de comportamento de tomar decisão

- a) emissão de comportamento de definir problema (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>12</sub>).
- b) emissão de comportamento de apresentar alternativa de comportamento (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>12</sub>).
- c) emissão de comportamento de avaliar alternativa (S<sub>2</sub>, S<sub>5</sub>).
- d) diminuição na frequência de comportamento de solicitar de outrem indicação de curso de ação (S<sub>2</sub>, S<sub>12</sub>).

11. "Preocupações" com subsistência

- a) déficits de comportamentos de apresentar alternativas de possíveis soluções para os problemas de subsistência (S<sub>6</sub>).
- b) déficits de comportamentos de contribuir para a subsistência própria e da família (S<sub>10</sub>).

Busca de soluções para problemas de subsistência

- a) emissão de comportamentos de solicitar emprego (S<sub>6</sub>).  
emissão de comportamentos de treinar a irmã em solicitação de emprego (S<sub>6</sub>).
- b) contribuição para a própria subsistência e da família através de emprego conseguido (S<sub>10</sub>).

12. Autoapreciação negativa

- a) excesso de verbalizações sobre:
  - incapacidade para aprender (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>10</sub>).
  - má sorte e sujeição a um destino desfavorável (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>10</sub>).

Melhora na autoapreciação

- a) diminuição de verbalizações sobre:
  - incapacidade para aprender (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).
  - má sorte e sujeição a destino desfavorável (S<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>10</sub>).
- b) aumento na frequência de:
  - auto-elogio (S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).
  - fazer referência aprendizagem no grupo e acadêmica (S<sub>1</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).

13. Outras queixas

- a) excesso de verbalizações sobre doenças (S<sub>4</sub>).
- b) excesso de comportamentos não verbais estereotipados e repetitivos (S<sub>4</sub>).
- c) excesso de comportamento de chorar (S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>10</sub>).

- a) diminuição na frequência de comportamentos de queixar-se sobre doenças (S<sub>4</sub>).
- b) aumento na frequência de comportamentos não verbais variados e relacionados ao conteúdo verbal (S<sub>4</sub>).
- c) diminuição na frequência de comportamento de chorar (S<sub>4</sub>, S<sub>9</sub>).

O segundo conjunto de dados refere-se às habilidades treinadas com o objetivo de permitir aos sujeitos uma forma mais eficiente para lidar com situações difíceis. Dentre essas situações algumas exigiam uma aprendizagem instrumental, pois relacionavam-se mais diretamente com comportamentos que deveriam provocar mudanças nas condições de vida dos sujeitos. Outras estavam relacionadas a mudança nos sistemas explicativos para os fenômenos da vida social. Os dados referentes à aprendizagem instrumental são apresentados a seguir:

1) Trabalho. Todos os sujeitos pretendiam trabalhar e a maioria necessitava de emprego com alguma urgência para auxiliar na manutenção da família. Alguns sujeitos relataram que haviam procurado alternativas como "comer menos para diminuir o orçamento doméstico", ou "sair pelo mundo". Por outro lado a situação era agravada pelo problema generalizado de desemprego.

Os déficits de comportamentos para solicitar emprego envolviam: iniciar conversação (cumprimentar, apresentar-se, solicitar atenção), descrever os próprios objetivos, falar das próprias habilidades, discordar, argumentar, sugerir e dar atenção seletiva ao entrevistador.

As mudanças observadas no treinamento e relatadas nas entrevistas, mostraram aquisição das habilidades que estavam em déficit. Além disso um dos sujeitos treinado para solicitar emprego encontrou trabalho e deixou o grupo na oitava sessão. Três sujeitos, na 15.<sup>a</sup> sessão, relataram haver passado pelas primeiras entrevistas de seleção em uma fábrica de adesivos. Outro sujeito relatou, no final do treinamento, ter feito a seleção para uma loja. Após uma semana do término do treinamento, um outro sujeito foi encontrado pelo terapeuta, trabalhando em uma loja de departamentos.

2. Atendimento à saúde. Todos os sujeitos eram dependentes do I.N.P.S. e necessitavam de seus serviços. A discussão sobre esse assunto revelou que, além da precariedade dos serviços de atendimento, ocorria uma excessiva demora para se conseguir uma consulta.

Os sujeitos foram treinados em habilidades de fazer perguntas que deveriam ser controladas por indícios da situação, como por exemplo: "agora é minha vez?" é na primeira sala à direita?". Ou questionar informações recebidas: "por que não é possível fazer a ficha?" Desenvolveu-se ainda, habilidades de argumentar e afirmar direitos, "mas o cartão está correto, veja novamente"; "eu tenho direito, pois o meu pai paga o instituto".

Vários sujeitos relataram, consequência favorável para o comportamento de solicitar atendimento. Três sujeitos obtiveram atendimento médico-hospitalar. Dois reiniciaram tratamento odontológico com o contrato explicitado de "não tirar os dentes". Um outro sujeito relatou obter atendimento em situação considerada por ele como "muito difícil", pois foi em momento de um jogo de futebol da seleção brasileira.

3. Saneamento. A falta de saneamento, principalmente a ausência de coleta de lixo foi revelada como bastante incômoda. Os sujeitos foram treinados a participar e coordenar grupos para discussão de tais problemas. Nesses treina-



mentos, os sujeitos desenvolveram habilidades de promover a participação de todos do grupo na análise de problemas ("gostei da maneira como a senhora falou sobre as doenças que o lixo traz"), solicitar alternativas ("além de falar com o prefeito o que pode ser feito?"), de selecionar um problema de cada vez, explicar direitos e distribuir tarefas ("... direito é uma coisa que todos devem ter"; "a senhora fica responsável por chamar o pessoal de outra rua".).

4. Desigualdade social. Os sujeitos explicavam a desigualdade social, em termos de sorte, determinação divina, indolência do pobre e esforço do rico: "o rico vai em frente, já o pobre não luta"; "umas pessoas têm sorte outras não"; "Deus quer assim". Esse tema foi discutido durante o treinamento e os sujeitos identificaram que essas explicações dificultavam mudanças na situação, favorecendo a desigualdade em benefício de grupos privilegiados. As explicações finais dos sujeitos indicam mudanças em direção a uma maior realidade: "O rico aproveita o trabalho do pobre"; "O trabalhador deixa no serviço um pouco de sua vida e leva em troca o salário mínimo"; "Se a gente achar que Deus fez assim, a gente acaba não fazendo nada para mudar".

5. Direitos. Esse foi um tema discutido em função de verbalização do terapeuta sobre atendimento médico. Para alguns a palavra era desconhecida, outros identificaram como "fazer tudo certo"; "andar na linha". A educação, o atendimento à saúde, saneamento etc. eram entendidos como privilégios concedidos, tanto por instituição, como governo. A deficiência de repertório nessa área, dificultava aos sujeitos avaliarem as funções do governo, por exemplo, "ele faz o que tá certo, ele é o governo"; "se o caminhão não vem tirar o lixo é porque não dá".

As observações, ainda durante o treinamento, indicaram mudanças na direção de identificar algumas funções do governo, sendo uma delas a de garantir os direitos das pessoas. Os sujeitos passaram a identificar direitos como educação, assistência à saúde, moradia adequada, saneamento, participação nas decisões da sociedade: "É um direito do pessoal do bairro exigir que o caminhão retire o lixo"; "Tem que perguntar se a gente quer uma praça ou uma escola". Alguns dos sujeitos relataram emissão de comportamentos instrumentais como função da "compreensão" sobre os direitos: "Eu fiquei na marcação até conseguir o atendimento, era o meu direito"; "Eu fui e falei e consegui, pois era o meu direito".

6. Problema da mulher. Esse assunto foi discutido por solicitação do sujeitos já na primeira sessão. Alguns dos sujeitos relataram, na entrevista inicial, sofrer restrições familiares relacionadas a seu papel feminino. Essas restrições, impostas pelos pais ou irmãos do sexo masculino, consistiam de proibição relacionadas a namoro, amizade, escolha de roupas, controle rígido sobre horário de chegar em casa, etc.

As explicações dos sujeitos sobre a desigualdade social da mulher em relação ao homem eram justificadas em termos da suposta superioridade física e intelectual do homem sobre a mulher: "A mulher é mais fraca que o homem";

"O homem é mais inteligente". As explicações justificavam, para os sujeitos, a situação de desigualdade da mulher e também as próprias condições pessoais em que viviam.

As observações no treinamento mostraram mudanças, inicialmente na identificação da atribuição de papéis diferenciados ao homem e à mulher e nos controles que o homem exerce sobre a mulher através de códigos sociais: "O homem é educado para fazer coisas diferentes da mulher"; "O homem faz as leis"; "As leis feitas pelo homem beneficia a ele mesmo". Outras verbalizações indicaram mudanças nas explicações: "O homem não é mais inteligente do que a mulher"; "A inteligência depende do que a pessoa aprende na vida".

Alguns sujeitos relataram, na entrevista final, emissão de comportamentos instrumentais para mudar a situação familiar de restrição como função da "compreensão" da desigualdade social da mulher: "Eu disse a minha mãe, pode deixar que eu decido. Ela falou, 'é, você está mudada'"; "Antes mainha escolhia tudo para mim, até vestido que eu fosse usar, agora não, eu estou decidindo bastante coisa"; "Meu irmão não manda mais em mim".

#### 4. DISCUSSÃO

Há muita dificuldade em avaliar resultados quando os comportamentos terminais se constituem de comportamentos complexos. Os métodos usuais de avaliação baseiam-se em medidas de auto-relato, tipo lápis-papel. A observação direta do comportamento na situação de treino, em arranjo de *role playing*, e o relato dos sujeitos sobre seu desempenho na situação real também têm sido freqüentemente utilizados.

Além da observação direta do comportamento na situação de treino e do relato dos sujeitos sobre seu desempenho na situação real, um outro método foi utilizado neste trabalho. Os próprios sujeitos observaram e avaliaram seus "colegas de grupo". Estes apresentaram, enquanto avaliadores, concordância entre si, e em relação ao terapeuta, na indicação dos sujeitos que apresentaram mudanças comportamentais mais relevantes.

Todos os sujeitos se beneficiaram do treinamento. Muitos dos objetivos estabelecidos pelos próprios sujeitos foram alcançados. A maioria dos sujeitos que apresentou mudanças mais relevantes correspondia àqueles que relataram mais queixas e solicitaram mais treinamentos específicos. Outro aspecto a ser considerado refere-se à indicação de que os sujeitos apresentaram generalização dos comportamentos específicos treinados, para a situação de vida. A generalização ocorreu ainda com relação às habilidades aprendidas, que foram utilizadas em situação de vida diferente daquelas enfocadas no treinamento.

A aplicação do programa de Treinamento Comportamental em grupo leva a algumas considerações que julgamos importantes. A análise experimental do comportamento questiona o modelo clínico utilizado na Psicologia, contrapondo-o ao modelo comportamental, que rejeita o conceito saúde-doença. Apesar da rejeição do modelo clínico, a grande maioria dos trabalhos publicados



se caracteriza como "tratamento" junto a população clínica. Isso parece indicar a dificuldade de se descartar totalmente esse modelo.

O trabalho junto à população não clínica traria, a nosso ver, contribuições relevantes. Uma destas seria a implementação de programas de intervenção a nível de "profilaxia". Poder-se-ia pensar em programas orientados para ajudar as pessoas a adquirir maior habilidade em resolver problemas; desenvolver relações interpessoais mais gratificantes no casamento, no trabalho; definir escolhas profissionais; exercitar direitos; definir objetivos para associações comunitárias, sindicatos, etc.

Um outro aspecto decorrente do trabalho com população não clínica, seria o conhecimento sobre comportamentos considerados como "desempenho proficiente" na resolução de problemas, na educação de crianças, nas situações interpessoais familiares ou sociais, etc. Esse conhecimento poderia indicar elementos para um referencial na elaboração de objetivos, tanto para o sujeito "não clínico", quanto para as situações particularizadas como clínica.

A prática do trabalho efetuado poderia também indicar questões sobre as quais se fazem necessárias reflexões relacionadas ao papel social da Psicologia. Embora nem sempre a orientação básica dos programas esteja explicitada, ela pode e deve ser identificada de modo a permitir essa reflexão. Um programa dirigido ao desenvolvimento de habilidades que inclui exercícios de direitos não pode prescindir de estudos, mesmo que não aprofundados, sobre o sistema social, formas de participação nos processos decisórios e na distribuição de riqueza, de modo a permitir se basear em dados específicos sobre a população com a qual o terapeuta deve trabalhar, por um lado; e por outro, de modo a desenvolver, concomitantemente às habilidades, uma compreensão dos processos sociais mais complexos, nos quais o sujeito e seu grupo estão envolvidos, e sobre os quais, suas habilidades, recém adquiridas, deverão buscar ressonância.

No presente trabalho, três questões interdependentes, equilíbrio de reforçadores, exercício de direitos e controle, podem ser objeto do questionamento anteriormente sugerido.

Uma questão que parece pertinente é sobre a responsabilidade social do terapeuta ao desencadear um processo bem sucedido de habilidades de defesa e reivindicação de direitos. Até que ponto ele pode ou deve atuar sobre as prováveis conseqüências, a médio e longo prazos, de tal processo? Como avaliar a função do programa sobre estes desdobramentos? São questões que merecem, não apenas respostas empíricas, mas reflexões anteriores a essas respostas sobre a direção da contribuição da Psicologia para modificar a situação de desequilíbrio de reforçadores a nível mais amplo.

Outra questão refere-se à definição da prática em Psicologia. Até que ponto o questionamento da prática pode contribuir para uma definição do papel social da Psicologia? Como lidar com os valores e a posição pessoal do profissional na aplicação de um programa de intervenção com grupos sociais mais amplos? Até que ponto seria importante o confronto de valores?

Além desses aspectos os programas de intervenção com grupos sociais implicam necessariamente em participação do profissional nos processos dos

quais ele é agente e aí, questões técnicas, de como levar o grupo a estabelecer seus próprios objetivos e valores, parecem requerer uma forma diferenciada de participação que minimize a influência dos valores do terapeuta. A definição de critérios para explicitar situação de equilíbrio de reforçadores, pelo grupo, esbarra também necessariamente nos problemas teóricos inerentes à própria questão. Como caracterizar essa situação de equilíbrio? Quais seus elementos essenciais?

As questões acima referidas implicam na necessidade de uma contínua revisão crítica dos programas de intervenção, especialmente aqueles destinados à população não clínica.

Acreditamos ainda que o questionamento e o desenvolvimento de referenciais para uma atuação mais consciente do profissional não pode estar desvinculada de uma definição cada vez mais precisa, sobre sua função, enquanto classe, inserida no processo social.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. *Modificação de Comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- Bellack, A., Hersen, M. e Lamparski, S. Role Play Test for Assessing Social Skills: Are They Valid? Are They Useful? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47 (2): 335-342.
- Eisler, N., Hersen, M. e Miller, R. Effects of Modeling on components of Assertive Behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1973, 4 1-6.
- Lange, A. J. e Jakubowski, P. *Responsible Assertive Behavior*. Illinois: Research Press, 1976.
- Liberman, R. P. *A guide to Behavior Analysis and Therapy* New York: Pergamon Press, 1972.
- McFall, R. M., Behavioral Training: Skill-Acquisition Approach to Clinical Problems. In: Spence, J. T. et al. *Behavioral Approaches To Therapy*. Morristown: General Learning Press, 1976.