Universidade de São Paulo

Instituto de Psicologia

Rodrigo Nunes Xavier

**EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O
TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: EXPERIMENTO DE CASO ÚNICO**

(VERSÃO CORRIGIDA)

São Paulo

2017

Rodrigo Nunes Xavier

**EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O
TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: EXPERIMENTO DE CASO ÚNICO**

(VERSÃO CORRIGIDA)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a LD Sonia Beatriz Meyer

São Paulo

2017

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Xavier, Rodrigo Nunes

EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O
TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: EXPERIMENTO DE CASO
ÚNICO / Rodrigo Nunes Xavier; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo,
2017.

129 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Terapia comportamental. 2. Psicoterapia da criança. 3. Psicologia baseada em
evidências. 4. Transtornos mentais diagnosticados na infância. I. Meyer, Sonia
Beatriz, orient. II. Título.

Nome: Xavier, Rodrigo Nunes

Título: Eficácia da Psicoterapia Analítica Funcional para o Transtorno de Oposição

Desafiante: Experimento de Caso Único

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências. Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em 09 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora

Profa. LD Sonia Beatriz Meyer
Universidade de São Paulo

Dra. Jaíde Aparecida Gomes Regra
Prática Privada

Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná

PhD. Jonathan William Kanter
University of Washington

PhD. Mavis Tsai
University of Washington

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro, em forma de bolsa de doutorado, para a realização desta pesquisa.

A todos os colegas, amigos e familiares que se envolveram direta ou indiretamente no processo de elaboração deste trabalho. Nomes especiais, que certamente se referem a apenas uma parte das pessoas com as quais me sinto grato, incluem a minha amada orientadora Sonia e os igualmente amados Mavis, Adam, Jonathan, Bob, Gareth, Weslem, Laura, Desirée, Priscila, Juliete, Matheus, Mateus, Doralice, Henrique, Viviane, Ana Clara, Eleonora, Mariângela, Maria Benedita, Adelaide, Alaide, Marilaine e Bruno. Obrigado por me aturarem durante minhas difíceis batalhas internas para conseguir, sendo uma pessoa só, compreender behaviorismo, relação terapêutica, vinculação social, consciência, coragem e amor. Não que eu tenha entendido tudo, mas consegui, pelo menos, realizar um tratamento eficaz.

Fica também um agradecimento especial a Mavis por, durante a defesa, me pedir para dizer quais resultados não podem ser encontrados aqui. Respondi dizendo que aprendi a respeitar estas crianças, olhar para cada uma em seus olhos, de igual para igual, compreendendo suas dificuldades em termos da expressão da sua liberdade e entendendo que o problema está em nossa cultura hierárquica e coercitiva. Eu pessoalmente percebi que o transtorno de oposição desafiante é o resultado de um conflito entre contingências sociais e individuais. E este resultado não está nesta tese.

RESUMO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma abordagem clínica que objetiva a melhora dos relacionamentos do cliente por evocação e reforçamento de progressos terapêuticos em sessão. O transtorno de oposição desafiante (TOD) é um problema disruptivo, manifestado pela primeira vez na infância, sendo caracterizado por um padrão de humor raivoso e irritável, um padrão de comportamento de desafio e oposição a normas sociais e figuras de autoridade e uma índole vingativa. Está associado ao desenvolvimento posterior de outros transtornos mentais e carece de tratamentos com resultados satisfatórios para crianças acima de oito anos. O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados de uma aplicação da FAP para o tratamento de crianças com TOD. Para isso, foi realizada uma pesquisa de intervenção com delineamento experimental de caso único com linha de base múltipla entre participantes. Fizeram parte do estudo Carlos, Brandão e Júlio, com respectivamente nove, 10 e 11 anos e com diagnóstico de TOD, sendo os dois primeiros com nível clínico de sintomas e o terceiro, limítrofe. Júlio recebeu um tratamento de 32 sessões com a FAP, Carlos, 10 sessões de Análises de Contingências Externas (ACE) seguidas de 28 de FAP, e Brandão, 20 de ACE e 29 de FAP. As sessões foram agendadas com frequência semanal e duração estimada de 50 minutos. No tratamento ACE, as análises de contingências não deveriam envolver os comportamentos ocorridos durante a sessão, além de serem realizadas também orientações e brincadeiras livres. A frequência de comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) durante as sessões foi verificada com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS); o funcionamento global e o nível de estresse com o Questionário Infante-Juvenil de Resultados (Y-OQ 30.2); e os sintomas de TOD com o Inventário de Comportamentos da Criança e do Adolescente de 6 a 18 anos (CBCL). Os resultados demonstram aumento de CCRs de melhora relacionados à aplicação da FAP. Também foi registrada melhora no funcionamento global e no nível de estresse ao longo do tratamento para todos os clientes, mas não foi possível identificar efeitos diferenciais da ACE ou da FAP sobre estes resultados. A avaliação da mudança no nível de sintomas de TOD apresentou resultados inconsistentes, isto é, Júlio manteve o nível limítrofe nas avaliações anterior e posterior ao tratamento; Carlos mudou de nível clínico para normal; e Brandão de clínico para limítrofe. Ainda, foi verificado que as intervenções que caracterizam a FAP ocorreram com maior frequência na fase correspondente do que na ACE, indicando adesão ao protocolo. Também foram incluídas vinhetas clínicas com transcrições de falas do terapeuta e dos clientes destacando as intervenções centrais.

Palavras-chave: Terapia comportamental. Psicoterapia da criança. Psicologia baseada em evidências. Transtornos mentais diagnosticados na infância.

ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a clinical approach that aims to improve client relationships by evoking and reinforcing therapeutic progresses in session. Oppositional defiant disorder (ODD) is a disruptive problem manifested with onset at infancy characterized by an angry and irritable mood pattern, a pattern of challenging behavior and opposition to social norms and authority figures, and a vindictive nature. It is associated with the further development of other mental disorders and lacks treatments with satisfactory results. The objective of this study was to evaluate the results of an application of FAP to the treatment of children with ODD. Thus, a single-case intervention research with multiple baseline design between participants was done. Participated Charles, Brandon and Julian, respectively aged nine, 10 and 11 year-old, all diagnosed with ODD, being the first couple boys at clinical level of symptoms and the third, at borderline level. Julian received a treatment with 32 sessions of FAP, Charles, 10 sessions of External Contingency Analysis (ECA) followed by 28 of FAP, and Brandon, 20 of ECA and 29 of FAP. Sessions were scheduled on a weekly basis and with estimated duration of 50 minutes each. In ECA treatment, contingency analyzes should not mention behaviors occurred during session, being also delivered counseling and free play. Frequency of clinically relevant behaviors (CRBs) during sessions was evaluated with Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS); overall functioning and level of stress were also evaluated, using the Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ 30.2); and ODD symptoms, with Child Behavior Checklist (CBCL). Results demonstrated increasing in behavioral progresses (i.e., CRB2s) related to FAP condition. Also, improvement in overall functioning and stress level were observed for all clients throughout treatment, however it was not possible to identify differential effects of ECA or FAP to these results. ODD symptoms level registered inconsistent results; that is, Julian maintained a borderline level of symptoms at assessments pre and post-treatment; Charles changed from clinical to normal level; and Brandon from clinical to borderline. Furthermore, it was verified that FAP defining interventions occurred more frequently at the proper condition than in ECA, indicating adherence to the protocol. Clinical vignettes with transcriptions of therapist and client interactions highlighting central interventions were included.

Keywords: Behavior therapy. Child psychotherapy. Evidence-based psychology. Mental disorders onset in childhood.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
A oposição desafiante.....	8
A abordagem comportamental e a adoção do DSM	9
Transtorno clínico	10
Preditores dos transtornos da personalidade.....	12
Intervenções eficazes para problemas disruptivos.....	14
A análise funcional e o TOD	18
A demanda clínica para o TOD	31
A Psicoterapia Analítica Funcional.....	33
Operacionalização de comportamentos para fins de tratamento na FAP.....	34
A técnica da FAP enfatiza o reforçamento diferencial	36
A aplicação da FAP a adolescentes e crianças	40
A aplicação da FAP a adultos com TPB	43
Características definidoras relevantes para o tratamento do TOD	45
Hipótese	48
Objetivo primário	48
Objetivos secundários.....	48
MÉTODO.....	49
Participantes.....	49
Instrumentos	50
Conceituações de caso.....	56
Delineamento do estudo	61
Procedimento	62
Intervenções.....	64
Análise dos dados	68
Concordância entre observadores	69
RESULTADOS	71
Frequência dos CCRs: resultados imediatos	71
Nível de Funcionamento Global e Estresse: Resultados Intermediários	73
Avaliação do Nível de Oposição: Resultados Finais	74
Adesão ao protocolo e mecanismo de mudança.....	76
Vinhetas Clínicas	77
DISCUSSÃO	83
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de consentimento de Júlio	
APÊNDICE B – Termo de consentimento de Carlos e Brandão	
APÊNDICE C – Carta com a Racional da FAP	
APÊNDICE D – Frequências das Categorias	
ANEXOS	
ANEXO A – Youth Outcome Questionnaire	
ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética	

INTRODUÇÃO

De acordo com Cordioli (2008), as psicoterapias são uma parte do plano de tratamento para pessoas com transtornos mentais. Segundo o autor, elas são reconhecidamente eficazes para ajudar as pessoas a enfrentarem diversos problemas emocionais, interpessoais ou existenciais. O autor destaca a diversidade de teorias que orientam as psicoterapias, as preocupações com sua efetividade ao longo de seu percurso histórico e os fatores inespecíficos atualmente entendidos como comuns e fundamentais a todas elas: as variáveis pessoais do terapeuta e do cliente e o seu contexto interpessoal.

Assim, a psicoterapia é definida como um método de tratamento baseado na comunicação verbal e na relação terapêutica com o objetivo de influenciar um cliente ou paciente a modificar problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental. Para o autor, as principais características de uma psicoterapia são: a) tratar-se de um método de tratamento realizado por um profissional treinado para reduzir ou remover um problema, queixa ou transtorno definido; b) restringir-se a meios definidos como psicológicos; c) ser realizada em um contexto primariamente interpessoal; d) utilizar a comunicação verbal como principal recurso; e e) ser uma atividade iminentemente colaborativa (Cordioli, 2008).

A seguir, o autor introduz a questão da efetividade das psicoterapias, concluindo que a credibilidade da população em geral vem sendo conquistada. Ele acrescenta que um modelo de psicoterapia consolidado deve incluir os seguintes critérios: a) uma teoria sobre origem, manutenção e forma de eliminar sintomas; b) objetivos claramente especificados; c) evidências empíricas de efetividade; d) comprovação de que as mudanças observadas são atribuídas à técnica; e) resultados que se mantêm a longo prazo; e f) uma relação custo/benefício favorável (Cordioli, 2008).

Por fim, o autor apresenta uma diversidade de abordagens psicoterapêuticas e discorre brevemente sobre cada uma delas, incluindo a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, as psicoterapias de apoio, a terapia interpessoal, a terapia comportamental, a terapia cognitiva, a terapia familiar e de casal e a psicoterapia de grupo (Cordioli, 2008).

Partindo destas considerações, segue-se que o desenvolvimento do campo da psicoterapia parece estar organizado de acordo com a identificação de queixas e conjuntos

de técnicas específicas correspondentes, direcionadas ao alívio destas queixas. Assim, no presente trabalho a pesquisa debruça-se sobre um conjunto específico de problemas e uma psicoterapia que, como será argumentado, direciona a intervenção para o princípio ativo adequado ao tratamento de pessoas com o problema.

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), conforme descrito pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014) envolve principalmente um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante e/ou de índole vingativa. No TOD, destaca-se a centralidade das questões interpessoais tanto na descrição dos sintomas que o caracteriza, quanto nas considerações sobre sua etiologia e prognóstico. Tais características serão amplamente discutidas a seguir.

Seguindo-se a isto, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, Kohlenberg & Tsai, 1987) é um tratamento de abordagem comportamental que se apresenta como uma alternativa de tratamento que direciona seus esforços justamente para a melhora de interações interpessoais. As características da FAP e as propriedades dela que favorecem a aplicação ao TOD também serão levantadas.

Até o momento não foram encontrados trabalhos que explorem a aplicação da FAP a crianças com o TOD. Assim, tal possibilidade será explorada no presente trabalho.

A oposição desafiante

A oposição é entendida como uma ação de opor ou de opor-se. Ela implica em dificuldade e impedimento, sendo comparável a um obstáculo que se opõe à realização de alguma coisa. É vista como o caráter ou a natureza do que é oposto. Já desafiar inclui significados como chamar a desafio e provocar, propor duelo ou combate, incitar, instigar e provocar, afrontar e arrostar, desinquietar e tentar e, por fim, entrar em desafio (Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, 1998). Um exemplo clássico de oposição desafiante envolve uma interação entre uma figura de autoridade (ex., professor) e uma criança, na qual o professor solicita à criança que realize uma tarefa e esta se nega.

A seguir serão apresentadas revisões realizadas com a finalidade de melhor compreender a oposição desafiante para o desenvolvimento do presente trabalho. Foram incluídas (1) uma discussão sobre a abordagem comportamental e a adoção do DSM; (2) uma apresentação da oposição desafiante como um transtorno clínico; (3) uma revisão

que apresenta relações entre a ocorrência de oposição desafiante na infância e na adolescência ao surgimento de transtornos da personalidade; (4) uma revisão da demanda clínica para problemas relacionados à oposição desafiante; (5) outra sobre intervenções para problemas clínicos relacionados; e (6) uma revisão da literatura da análise funcional relacionada.

A abordagem comportamental e a adoção do DSM

Antes de uma discussão propriamente dita sobre o TOD, faz-se necessário apresentar uma discussão sobre a visão comportamental das categorias diagnósticas do DSM. Banaco, Zamignani e Meyer (2010) levantam a questão da utilização desta ferramenta por profissionais que se identificam com a abordagem comportamental e apontam inconsistências e concordâncias entre os pressupostos de ambos.

Primeiramente, os autores apontam que o DSM não deve ser um material desprezado por conter o resultado de observações de problemas clínicos, produzido por profissionais de diversas abordagens em constante diálogo e que busca consensos objetivos para a descrição dos fenômenos (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

Em seguida, os autores passam a considerar as possíveis fontes de rejeição ao DSM por analistas do comportamento. As discussões em torno da proposição de um manual, para a realização de um diagnóstico, que descreve transtornos, elaborado de maneira estatística, são problemáticos. O maior problema seria o comprometimento subjacente a esta formulação com o modelo explicativo internalista, ou seja, que há uma patologia interior que se manifesta exteriormente em forma de sintomas (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

No entanto, os autores defendem a interpretação dos sintomas descritos no DSM em termos de comportamentos, o que implica que devem analisados funcionalmente em termos da identificação dos eventos físicos e sociais aos quais estariam relacionados. Em outras palavras, a adoção do DSM não encerra a compreensão dos problemas clínicos do cliente, pois análises funcionais individualizadas continuam sendo indispensáveis (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

Segue-se que no presente trabalho a adoção da linguagem do DSM não implica em um compromisso com um modelo explicativo internalista. Sendo assim, termos como sintoma e outros serão utilizados somente para fins de preservação da linguagem corrente

na área da pesquisa. Em outras palavras, aqui sintomas serão vistos como comportamentos, podendo ser considerados termos intercambiáveis. Ainda, o compromisso com a análise funcional será notado ao longo de todo o trabalho.

Transtorno clínico

O TOD é descrito no capítulo sobre transtornos disruptivos, de controle de impulsos e da conduta do DSM-5 (APA, 2014). De maneira geral, tais transtornos descrevem condições envolvendo problemas no autocontrole das emoções e dos comportamentos, violando o direito dos outros e colocando o indivíduo em conflitos significativos com normas sociais ou figuras de autoridade.

O manual aponta que há uma relação entre o TOD e o transtorno de conduta (TC) em termos de desenvolvimento, isto é, que a maioria dos casos de TC preencheu previamente critérios para o TOD. Dessa forma, todos os transtornos deste capítulo, que também inclui o transtorno explosivo intermitente, o TC, o transtorno da personalidade antissocial, a piromania e a cleptomania estão sendo consideradas partes que integram um espectro externalizante (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos segundo o DSM-5 descrevem (A) os sintomas que devem ser observados, que estão organizados nas categorias “padrão de humor raivoso/irritável”, “comportamento questionador/desafiante” e “índole vingativa”, com duração de pelo menos seis meses; (B) que deve haver uma relação dos sintomas com algum estresse pessoal ou contexto social imediato; e (C) que a ocorrência do padrão disruptivo não se dá exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, de uso de substâncias e não se preenche critérios para o transtorno de desregulação do humor (APA, 2014). O padrão de sintomas (critério A) deve ser evidenciado pela ocorrência de pelo menos quatro deles e deve ser exibido durante interações com pelo menos uma pessoa que não seja um irmão da criança. Os sintomas do TOD são:

Humor Raivoso/Irritável

1. Com frequência perde a calma.
2. Com frequência é sensível ou facilmente irritado.
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento Questionador/Desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.

5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.

Índole Vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Não é raro que pessoas com o TOD apresentem os seus sintomas apenas em casa, com membros da família e com pessoas que a criança conhece bem. Ainda, as pessoas com o transtorno costumam não reconhecer seus comportamentos raivosos, opositores ou desafiadores, justificando-os como respostas a exigências ou circunstâncias. Por exemplo, é comum que as crianças com TOD tenham experimentado uma história de cuidados parentais hostis, dificultando a determinação de qual comportamento hostil (dos pais ou da criança) deu início a um episódio problemático específico. O curso do TOD tem sido associado ao desenvolvimento do TC e problemas de adaptação na idade adulta, como comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão (APA, 2014).

Em relação aos fatores de risco e prognóstico, são considerados fatores temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Os fatores temperamentais mais relevantes são problemas de regulação emocional, como a baixa tolerância à frustração. Entre os fatores ambientais, práticas parentais agressivas, inconsistentes ou negligentes são enfatizadas entre as teorias causais do transtorno. Entre os fatores genéticos e biológicos, marcadores neurobiológicos como a menor reatividade da frequência cardíaca, a reatividade reduzida do cortisol basal e anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala foram consistentemente observados em crianças com o TOD e o TC (APA, 2014).

As propriedades funcionais do transtorno indicam que a sua experiência ao longo da infância causa grande prejuízo ao ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional da pessoa com TOD devido a conflitos constantes com os pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos (APA, 2014).

O diagnóstico diferencial do TOD ressalta as diferenças com o TC, principalmente em termos da não ocorrência de agressão, destruição de propriedade e de um padrão de roubo ou falsidade. Também enfatiza que é frequente sua atribuição em comorbidade com

o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), principalmente quando a desobediência não é restrita a situações em que as tarefas demandam esforço e atenção continuados ou exijam que o indivíduo permaneça quieto (APA, 2014).

O diagnóstico de TOD não deve ser atribuído caso os sintomas do grupo humor raivoso/irritável ocorram exclusivamente durante o curso de um transtorno de humor. A cronicidade do humor negativo e das explosões de raiva, mesmo na presença dos demais sintomas do TOD, ocorre apenas em uma pequena parcela dos indivíduos e deve levar, alternativamente, à atribuição do diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Tal cronicidade, adicionada de agressão grave a outros, deve levar à atribuição do diagnóstico de transtorno explosivo intermitente (APA, 2014).

O diagnóstico de TOD somente é atribuído a pessoas com deficiência intelectual no caso de maior oposição desafiante do que a geralmente observada entre indivíduos de idade mental ou gravidade da deficiência intelectual comparável. Deve-se ainda avaliar se a oposição desafiante não pode ser explicada por um transtorno da linguagem. Por fim, o transtorno de ansiedade social também pode ser um diagnóstico alternativo, caso a oposição desafiante possa ser explicada, por exemplo, pelo medo de avaliações negativas (APA, 2014).

Por fim, em relação à comorbidade, registra-se uma alta ocorrência com o TDAH, prediz associação com o TC, aumenta o risco para combinação com os transtornos de ansiedade e com o transtorno depressivo maior e, finalmente, adultos com o TOD apresentam taxas mais altas de transtorno por uso de substância (APA, 2014).

Preditores dos transtornos da personalidade

Recentemente, foram documentadas relações entre a ocorrência do TOD e o desenvolvimento dos transtornos da personalidade. Assim, Stepp, Burke, Hipwell e Loebfr (2012) realizaram um estudo baseado em dados longitudinais anuais de um estudo de coorte com 1233 garotas adolescentes. Foram avaliadas associações prospectivas entre a gravidade de sintomas de TDAH dos 10 aos 13 anos e do TOD dos 8 aos 10 anos e sintomas agudos de TPB aos 14 anos em garotas adolescentes. Os autores descobriram que um nível alto aos oito anos e uma taxa crescente de sintomas do TDAH e do TOD durante os períodos avaliados funcionaram como preditores exclusivos para a ocorrência de sintomas agudos do TPB aos 14 anos.

Stepp, Olino, Klein, Seeley e Lewinsohn (2013) realizaram um estudo para determinar associações exclusivas entre mal funcionamento familiar precoce, diagnóstico psiquiátrico parental, primogênito com diagnóstico psiquiátrico com início precoce e sintomas do TBP na idade adulta a partir de um estudo longitudinal. Para isso, foram selecionados aleatoriamente 1709 adolescentes em uma escola local para duas avaliações. Então, foram identificados 360 adolescentes com histórico de depressão maior, 284 com transtornos diversos exceto transtornos de humor e 457 sem histórico de psicopatologia. A seguir eles foram convidados a participar de novas avaliações aos 24 e aos 30 anos. Os pais biológicos também foram avaliados.

Um modelo multivariado com todos os fatores de risco demonstrou associação entre discórdia entre mãe e filho, mãe com TPB, pai com transtorno por uso de substâncias e ser o filho mais velho com depressão, transtorno por uso de substâncias e tendência suicida com os sintomas do TPB. Ainda, análises univariadas demonstraram que o transtorno por uso de substâncias pela mãe e ser o primogênito com ansiedade, TC/TOD e TDAH também foram associados à ocorrência de sintomas de TBP no primogênito. Os autores discutem que a realização de avaliações com modelos multivariados é necessária para a identificação dos fatores precoces de risco (Stepp et al., 2013).

Fonseka et al. (2014) estudaram a significância dos sintomas do espectro da personalidade borderline entre adolescentes com transtorno bipolar. Participaram 90 adolescentes de 13 a 19 anos com transtorno bipolar. Eles foram classificados de acordo com ocorrência alta ou baixa de confusão de identidade, problemas interpessoais, impulsividade, e instabilidade emocional. Os participantes com ocorrência mais alta foram os mais novos, com maior severidade de episódios depressivos no passado e no presente e de episódios maníaco/depressivos atuais, menor idade para o surgimento de depressão e reduzido funcionamento global.

Além disso, os participantes com nível mais alto dos sintomas do espectro da personalidade borderline também tiveram maior probabilidade de apresentar transtorno bipolar do tipo II e apresentaram as maiores taxas para fobia, transtorno de ansiedade generalizada, TC, TOD, ideação homicida, agressão, autolesão não suicida, ideação suicida e abuso físico. Foram realizadas análises multivariadas, que identificaram como preditores mais robustos para o nível alto de sintomas a fobia social ao longo de toda a

vida, a autolesão não suicida, o funcionamento global reduzido e o TC e/ou o TOD (Fonseka et al., 2014).

Assim, além dos problemas relacionados ao curso do TOD já previstos no DSM-5 (APA, 2014), estudos recentes também têm documentado relações entre a ocorrência dos sintomas do TOD na infância e o desenvolvimento do TPB. Tal relação é importante para o presente trabalho pois encoraja a aplicação de intervenções que venham sendo utilizadas para o tratamento de pessoas com TPB também para as crianças com o TOD. Este ponto será melhor discutido mais adiante.

Intervenções eficazes para problemas disruptivos

Uma vez que o TOD é reconhecidamente um transtorno clínico, seria interessante verificarmos quais as intervenções atualmente disponíveis para o seu tratamento. Em uma revisão sobre a eficácia de tratamentos infantis, Christophersen e Mortweet (2013) identificaram as intervenções com evidências empíricas para três dos transtornos disruptivos do DSM-IV-TR (APA, 2000), o TOD, o TC e o TDAH. Os autores apresentam intervenções baseadas em orientação de pais que são recomendadas para todos os transtornos disruptivos, um treino de resolução de problemas interpessoais para problemas de comportamento mais severos, diversas intervenções para crianças com TDAH, e os tratamentos farmacológicos que são recomendados pela literatura.

As intervenções baseadas em orientações de pais são consideradas de abordagem comportamental (Christophersen & Mortweet, 2013). A primeira intervenção apresentada é o *Treino de Administração Parental de Paterson – Modelo de Oregon* (Forgatch & Patterson, 2010), desenvolvido para ensinar técnicas de manejo de crianças opositoras. O treino foi empiricamente validado como um método efetivo para diminuir o comportamento desafiador de meninos. Entre as técnicas ensinadas, os autores destacam a) o aumento da parentalidade positiva, da autoconfiança e do apego entre pais e filhos; b) o ensino de técnicas para treinar as crianças em habilidades acadêmicas e verbais, de persistência e de atenção prolongada, e de desenvolvimento social e emocional; e c) a redução da disciplina severa com um aumento de estratégias positivas, como ignorar, oferecer consequências lógicas, redirecionar, monitorar e resolver problemas.

Um segundo treino parental, *Ajudando a Criança Desobediente* (Long, Forehand, Wierson & Morgan, 1994), é apresentado. O treino é constituído de oito a 10 sessões em que os pais são ensinados a prestar atenção e recompensar comportamentos apropriados,

ignorar comportamentos minimamente inadequados, a dar ordens, a utilizar o reforçamento para a obediência e o timeout para a desobediência (Christophersen & Mortweet, 2013). As principais estratégias de ensino envolvem instruções didáticas, modelação, interpretação de papéis, interações com a criança na clínica e tarefas estruturadas para praticar as habilidades em casa. As crianças cujos pais receberam a intervenção apresentaram os mesmos níveis de funcionamento de amostras não clínicas em várias áreas, como delinquência, ajustamento emocional, desempenho académico e relacionamento com os pais. Avaliações de follow-up realizadas até 14 anos após a intervenção apoiam a sua efetividade.

A *Terapia de Interação entre Pais e Filho de Eyeberg* (Zisser & Eyeberg, 2010) ensina os pais a utilizarem elogios descritivos, reflexões e descrições de comportamento e a evitar ordens, questionamentos e afirmações críticas (Christophersen & Mortweet, 2013). Por exemplo, uma das instruções utilizadas para melhorar a obediência das crianças é descrita em três passos. O passo 1 diz “Quando for direcionar a criança, diga o nome dela e peça para que olhe pra você (ex.: “Hugo, olha pra mim”); o passo 2, “Agradeça a criança depois que ela te olhar”; e o passo 3, “Dê um comando simples, como ‘Por favor, feche a porta’”. Os pais das crianças em tratamento relataram melhora clinicamente e estatisticamente significativa imediatamente após o tratamento e em avaliação de follow-up realizada ao final de quatro meses.

Por fim, a intervenção *Anos Incríveis de Webster-Stratton* (Webster-Stratton & Reid, 2010), cujos componentes mais importantes da intervenção são o ensino de estratégias de disciplina positiva, de habilidades de parentalidade efetiva e demonstrações de habilidades sociais para as crianças em gravações de vídeo (Christophersen & Mortweet, 2013). Os autores afirmam que o apelo destes programas se dá pela implementação precoce, quando os problemas ainda podem ser considerados moderados e a intervenção é relativamente barata. As evidências de efetividade incluem vários estudos com delineamento de grupo, distribuição randomizada para grupos de tratamento e avaliações de follow-up de longo prazo.

Apesar da efetividade marcante destas intervenções baseadas em orientação e treinamento parental, Christophersen e Mortweet (2013) salientam que a idade das crianças representa uma barreira. Isto é, nenhum dos treinos apresentou resultados de efetividade para crianças maiores de oito anos. Pelo contrário, discute-se que os dados de pesquisa sugerem que famílias com crianças pequenas são aquelas com maior

probabilidade de aderir a este tratamento e de se beneficiar dele. Este ponto é essencial para o presente trabalho.

Além das orientações de pais, Christophersen e Mortweet (2013) apresentaram uma *Terapia Cognitiva-Comportamental*, baseada em um treino de habilidades de resolução de problemas interpessoais e desenvolvida para reduzir problemas severos de conduta em crianças entre sete e 12 anos (Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989). Nela são ensinados cinco passos para a resolução de problemas interpessoais, que são: 1) perguntar-se “o que eu deveria fazer?”, o que requer que a criança identifique e defina o problema; 2) verificar todas as possibilidades de ação, sendo que a criança deve criar uma solução possível; 3) prever consequências, ou seja, se concentrar e avaliar a solução criada (os passos 2 e 3 são repetidos para que haja pelo menos três alternativas); 4) fazer uma escolha entre as alternativas, qualquer uma que a criança considerar correta; e 5) verificar a solução, quando a criança deve dizer a si mesma “legal, deu certo” em caso de sucesso, ou “ai, não, eu errei”, em caso de falha.

O protocolo que apresenta os melhores resultados inclui, além do treino ensinado pelo clínico, atividades terapêuticas realizadas em diferentes ambientes. Kazdin (2010) ilustra a aplicação dos passos em um capítulo sobre a terapia cognitiva combinada com um treino parental para crianças com TOD e seus pais. Durante a sessão a criança é convidada a imaginar que está sendo provocada ou ameaçada por um de seus pares. Então o terapeuta pede à criança que utilize os passos do treino. Como resposta ao primeiro passo, a criança poderia responder “eu tenho que resolver isto sem bater e sem criar confusão”. Como resposta aos passos dois e três, a criança poderia dizer “eu poderia ignorar ele e continuar andando, porque daí ele pode parar de me provocar” e “eu também posso falar com a professora, aí ela vai ver que eu não fiz nada”. Então, a criança escolhe uma das alternativas e o clínico é desencorajado a discutir se alguma delas é superior às outras. Enfim, a criança pode avaliar os resultados de sua escolha e dizer para si mesma “eu fui muito bem”, o que deve ser acompanhado de elogios efusivos do terapeuta.

Segundo Christophersen e Mortweet (2013), a terapia promove redução significativa do comportamento antissocial e dos problemas gerais de comportamento, bem como aumento no comportamento pró-social. Porém, a maioria das crianças que recebeu a intervenção não reduziu o nível de comportamentos inadequados para o mesmo que o de amostras não clínicas (normativas). Os autores ainda relatam que o uso combinado da terapia com o treinamento de pais promove os melhores resultados, sendo

que o pior desempenho se dá para o uso do treinamento de pais sem a realização da terapia da criança.

Nesta revisão ainda são relatadas intervenções baseadas em estratégias de modificação de comportamento destinadas ao TDAH. O *Manejo de Contingências Comportamentais na Sala de Aula (Programa de Verão para o Tratamento do TDAH)* avaliado por Pelham et al. (2010) é um tratamento oferecido que possui duração de dois meses, com atividades diárias nos períodos matutino e vespertino. As crianças com TDAH recebem intervenções em sala de aula, treino de habilidades sociais e atividades recreativas acompanhadas, que incluem sistemas de gestão de contingências (ex., economia de fichas). Os pais são exigidos por contrato a frequentarem sessões semanais de orientação nos procedimentos do programa. Este preenche os critérios da Força Tarefa para a Promoção e Disseminação de Procedimentos Psicológicos dos Estados Unidos do ano de 1995 (Christophersen & Mortweet, 2013).

Christophersen e Mortweet (2013) ainda relatam o uso de *Estratégias Combinadas de Tratamento para o TDAH*, como a avaliada pelo Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Cooperative Group (*Grupo de Estudo Cooperativo do Tratamento Multimodal de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*, 1999). Foi aplicado um tratamento comportamental composto por treinamento parental, o mesmo programa de verão avaliado por Pelham et al. (2010) e um programa escolar com consultoria em gestão de sala de aula para o professor e acompanhamento para a criança. Um tratamento farmacológico também foi administrado.

As crianças foram distribuídas aleatoriamente em grupos em que foram avaliadas aplicações do tratamento comportamental, do farmacológico, de uma combinação destes. Um grupo controle também foi avaliado, sendo que a maioria das crianças do grupo também fazia uso de medicação com administração não determinada pelo estudo. Os grupos com tratamento comportamental foram os que mostraram maiores benefícios para comportamentos de oposição e de agressão, sintomas internalizantes, interações entre pares, relacionamento entre pais e filhos e aquisição de leitura. Os pais também relataram maior satisfação com o tratamento comportamental do que com o farmacológico. Resultados de follow-up após oito anos, porém, não apresentaram diferenças de acordo com a distribuição nos grupos de tratamento (Christophersen & Mortweet, 2013).

Com relação às intervenções farmacológicas, Christophersen e Mortweet (2013) ressaltam o uso e a pesquisa do metilfenidato (Ritalina®) para o tratamento de agressão combinada com o TDAH. Eles concluem que o tratamento comportamental combinado com o farmacológico deveria ser considerado o estado da arte atual. No caso específico do TOD sem comorbidades, eles afirmam que a revisão de Turgay (2009) conclui que não há evidência que sustente o uso de um tratamento desta natureza.

Os autores encerram sua revisão afirmando que o clínico dispõe de estratégias equilibradamente eficazes para lidar com os transtornos disruptivos. Apontam que, com exceção do TDAH, as terapias farmacológicas apresentam efetividade limitada e que as pesquisas com o TOD e o TC possuem delineamento experimental geralmente fraco. Assim, atualmente as melhores ferramentas para o tratamento do TOD seriam o treinamento de pais e a terapia cognitiva (Christophersen & Mortweet, 2013).

Dessa forma, é possível considerar a necessidade da identificação de uma intervenção que produza melhores resultados para as crianças com TOD. Conforme apontado, a gravidade dos problemas interpessoais destas crianças pode ser um fator determinante da ineficácia do treinamento de pais quando elas atingem a faixa dos oito anos. Além disso, é possível que o foco da terapia cognitiva no ensino de resolução de problemas que não estão ocorrendo entre a criança e o terapeuta possa estar relacionado à limitação dos seus resultados. É por isto que aqui se delineia a hipótese de que uma intervenção que concentre os seus esforços na promoção de comportamentos favoráveis a uma interação terapêutica satisfatória para o cliente e para o terapeuta potencializará os resultados.

A análise funcional e o TOD

Foi identificado que intervenções de abordagem comportamental dominam o campo das intervenções eficazes para os problemas disruptivos. A seguir, serão consideradas as contribuições da análise funcional do comportamento para os problemas disruptivos e para o tratamento de crianças com TOD e queixas relacionadas.

Ao explicar por que os organismos se comportam, Skinner (1953) propõe a análise funcional do comportamento, ou seja, a descrição das mudanças no comportamento de um indivíduo ocorridas em função de mudanças em variáveis independentes, que são, entre outras características, externas, imediatas e físicas.

Com o objetivo de compreender o TOD a partir de análises funcionais, foram realizadas revisões bibliográficas envolvendo a análise funcional. Assim, podem ser conferidos a seguir uma revisão da teoria dos *Processos Familiares Coercitivos* de Patterson (1982) e de alguns dos trabalhos citados na revisão seletiva de análises funcionais de Sturmey (1996). Também foi realizada uma busca no Journal of Applied Behavioral Analysis (JABA) por artigos que incluíssem participantes com TOD, o que levantou a necessidade de adicionar uma descrição do modelo de análise funcional multielementos de Iwata et al. (1994).

Patterson (1982) desenvolveu um modelo explicativo para a agressão infantil chamado *Processos Familiares Coercitivos*. O *Treino de Administração Parental de Patterson – Modelo de Oregon* (Forgatch & Patterson, 2010) anteriormente apresentado foi desenvolvido a partir desta proposta. A teoria foi fundamentada em dados empíricos, derivada de medidas objetivas do comportamento agressivo de crianças nos ambientes em que este é mais comum (i.e., casa, escola e comunidade). O seu objetivo é descrever e explicar todas as variáveis que aumentam a ocorrência da agressão em crianças.

Primeiramente, Patterson (1982) comparou crianças consideradas agressivas com crianças normais, e descobriu que elas apresentam comportamentos aversivos semelhantes (i.e., chorar, gritar, desobedecer, provocar, bater etc.). O autor aponta que o que diferencia as crianças é a maior frequência e duração destes comportamentos para as primeiras, ocorrendo principalmente em contextos interativos e durante explosões de raiva. Os comportamentos aversivos das crianças agressivas têm maior probabilidade de ocorrência após comportamentos específicos de outros membros da família, o que implica que eles são usados contingentemente e para causar impacto em uma vítima (i.e., para controlar o seu comportamento). Reações da vítima da agressão aumentam a duração da interação em curso e a predisposição para agir agressivamente.

Com relação ao comportamento dos pais de crianças agressivas, Patterson (1982) aponta que os “castigos” contingentes (i.e., surras e ameaças), também chamados de agressões irritantes, são a principal forma de consequência, mas que não funcionam como punidores efetivos. Análises sequenciais revelaram que os castigos raramente se mantêm e, na verdade, servem para imediatamente intensificar o comportamento agressivo da criança.

Como os castigos afetam o comportamento aversivo da criança exatamente na direção oposta daquela esperada pelos pais, o autor faz uma revisão da literatura em psicologia social e cognitiva sobre os determinantes da raiva e da agressão irritável. São identificadas como variáveis mediadoras da reação de castigar a excitação do sistema nervoso autônomo central (determinadas pelo temperamento, estado psicológico e histórico dos pais) e atribuições de má intenção ao comportamento da criança (Patterson, 1982).

A teoria dos processos familiares coercitivos avalia, ainda, que as consequências dos eventos mutuamente aversivos envolvem os pais se sentirem “pra baixo”, “deprimidos”, “ansiosos” ou “cansados”, a diminuição da satisfação conjugal, o isolamento dos membros familiares e pioras progressivas na habilidade de disciplinar as crianças (Patterson, 1982).

Com relação aos determinantes microsociais da agressão por parte da criança, o reforçamento positivo é o principal processo, observado em interações curtas (i.e., de duração máxima de 18 s) entre a mãe e o bebê em que comportamentos aversivos são reforçados pela recuperação da atenção (i.e., olhar para a criança). O segundo processo mais importante é o reforçamento negativo, pois comportamentos aversivos da criança serviriam à função de interromper intromissões aversivas dos membros da família, isto porque familiares de crianças agressivas são significativamente mais propensos a atacá-las sem provocação (i.e., apresentarem um antecedente aversivo). Esta provocação causa excitação emocional negativa (i.e., autônoma). Assim, quando a reação agressiva da criança produz a diminuição da excitação negativa e interrompe a provocação iniciada pelo outro membro da família, se instala um poderoso processo de reforçamento negativo que torna o comportamento da criança bastante resistente à extinção (Patterson, 1982).

Por fim, destacam-se afirmações de Patterson (1982), como “Se eu tivesse que selecionar apenas um conceito para treinar os pais de crianças antissociais, eu os ensinaria a punir mais efetivamente” (p. 111) e “Os pais precisam aprender a permanecer fora de interações coercitivas (...) e quando se envolverem, precisam usar punição (não violenta), sendo que devem vencer sempre” (p. 163).

No campo da psicologia clínica de abordagem comportamental, Sturmey (1996) realizou uma revisão seletiva da literatura sobre análise funcional em que demonstrou que esta pode se constituir de maneiras muito diversas, ser aplicada a um amplo leque de

situações e se apresentar em diferentes estilos. O autor apresenta análises funcionais de categorias diagnósticas (ex., anorexia nervosa), de casos individuais (ex., um caso de transtorno de ansiedade), de processos (ex., desenvolvimento infantil) e de sistemas (ex., interação entre médico e paciente). O autor conclui que as análises funcionais são utilizadas principalmente quando há interesse na mudança e explicação de comportamentos e de processos comportamentais.

Sturmey (1996) cita sete categorias de análises funcionais diagnósticas relacionadas à infância e à adolescência (ex., habilidades sociais), porém nenhuma foi explicitamente categorizada como “oposição desafiante” e o autor apresenta apenas a revisão dos trabalhos sobre recusa escolar. Assim, a seguir apresenta-se uma revisão desenvolvida a partir dos trabalhos citados pelo autor que pudessem ser relacionados aos critérios diagnósticos do TOD ou dos demais transtornos disruptivos e que descrevesse comportamentos e relações funcionais. Foram excluídas revisões bibliográficas (ex., um artigo sobre a efetividade do treinamento em habilidades sociais), artigos sobre análises funcionais de comportamentos não relacionados aos sintomas do TOD (ex., comportamento sexual de risco entre adolescentes) e artigos que não puderam ser recuperados.

Hartup (1974), investigou mudanças na qualidade funcional da agressão (i.e., instrumental ou hostil) eliciada pelo bloqueio de objetivos e pela depreciação, de acordo com a idade das crianças. Apesar da agressão não estar incluída entre os critérios do TOD, é uma resposta comumente tratada em intervenções com crianças com o transtorno e é um dos critérios do TC. No estudo, os comportamentos foram operacionalizados como eventos agressivos, que correspondem a respostas verbais ou físicas intencionais dirigidas contra um objeto (agressão instrumental) ou pessoa (agressão hostil) podendo danificar ou ferir. Os bloqueios de objetivos foram definidos como a limitação do acesso a pertences, espaço e atividades e a depreciação como comparações sociais negativas, espalhar rumores, ridicularizar e criticar.

Nos resultados foi identificado que as crianças mais velhas são menos agressivas, porém houve uma proporção significativamente maior de agressão hostil entre elas do que entre as crianças mais novas. As crianças menores utilizam mais agressão instrumental. Bloqueios produziram uma porcentagem significativamente maior de agressão instrumental entre as crianças menores do que entre as crianças maiores e uma combinação entre reações hostis e instrumentais entre crianças mais velhas. Também foi

encontrada uma diferença clara entre o tipo de comportamento hostil eliciado por deprecição de acordo com a idade das crianças. Entre as crianças menores, a deprecição eliciou 48% de ataque físico e 52% de deprecição de ameaças e ofensas recíprocas. Entre as crianças mais velhas, porém, a deprecição mostra uma tendência nítida de produzir deprecição recíproca. 22% das respostas hostis à deprecição envolveram bater e 78% envolveram algum tipo recíproco de insulto ou de ameaça à autoestima. Por fim, a proporção de respostas hostis a bloqueios não se alterou com a diferença de idade (Hartup, 1974).

Mace e West (1986) verificaram a utilidade de uma análise de condições em que ocorressem baixas taxas de fala (i.e., recusa a falar) para o delineamento de uma intervenção efetiva. Este trabalho foi incluído na presente revisão porque a recusa a falar diante de pedidos de figuras de autoridade pode ser percebida como desafio ou desobediência. Glen era um menino de quatro anos que foi selecionado para o estudo devido à dificuldade relatada por sua professora para avaliar seu conhecimento das habilidades requeridas na pré-escola devido à falta de respostas vocais durante avaliações. Foi relatado que Glen falava livremente em determinadas situações e durante interações com seus irmãos e pais.

O delineamento consistiu em verificar o número de palavras por minuto (p/m) ao longo de três fases; (a) análise das condições de demanda, (b) extensão do procedimento de repetição do pedido, ignorar e elogiar (RIE) para as demais condições de demanda e (c) teste de generalização para tarefas em sala de aula. As condições utilizadas no estudo foram *demanda fácil com fornecimento de resposta*, *demanda difícil com fornecimento de resposta*, *demanda difícil com permissão para atividade favorita*, *demanda fácil com RIE* e *demanda difícil com RIE* (Mace & West, 1986).

Segundo a análise das condições de demanda, aquelas que permitiam fuga produziram baixos níveis de fala em relação às condições sem fuga. Assim, em média Glen falou 4,3 p/m nas condições com fornecimento de resposta e que permitiam atividade favorita. Por outro lado, nas condições com RIE a média foi de 16,5 p/m. Durante a fase de replicação, ocorreu um aumento marcante na fala imediatamente após a introdução sequencial do procedimento de RIE à cada uma das três condições que permitiam fuga. Na última sessão dessa condição a média entre todas as condições foi de 25 p/m. Na fase final do estudo, os testes de generalização obtidos na escola em todas as condições indicaram contínua melhora na taxa de fala de Glen, que chegou à média de 33

p/m, considerada dentro dos níveis normais para as crianças da pré-escola durante a aula (Mace & West, 1986).

Kearney e Silverman (1990) desenvolveram um modelo de avaliação funcional do comportamento de recusa escolar para a prescrição de intervenções correspondentes. O modelo consiste em um questionário aplicado à criança, aos pais e aos professores. Sete crianças e adolescentes participaram por apresentarem comportamento de recusa escolar agudo, tendo perdido em média 24,8 dias de aula no ano corrente. Entre os sujeitos, cinco eram meninos e duas eram meninas, sendo a idade média dos participantes de 12,5 anos (entre 9-16). Este estudo foi incluído devido à recusa escolar tratar-se de um comportamento opositor. A frequência escolar e diversas escalas clínicas foram utilizadas para a avaliação dos sujeitos antes e depois da intervenção.

Para o Sujeito 1, foi avaliado que sua recusa escolar era melhor explicada devido à esquiva de medo específico ou alta ansiedade geral relacionada ao ambiente escolar (ex., medo da professora). O tratamento realizado foi a dessensibilização sistemática com relaxamento progressivo. Medidas de resultado indicaram que houve diminuição na pontuação da avaliação diária de desconforto realizada com a criança e nos níveis de ansiedade e desconforto diários de acordo com os pais (Kearney & Silverman, 1990).

As avaliações dos Sujeitos 2, 3, 4 e 5 indicaram que a recusa escolar servia à função de fuga de situações sociais aversivas (ex., relacionamento insatisfatório entre pares). O tratamento prescrito foi reestruturação cognitiva com modelação. Os resultados incluem diminuição no nível médio de ansiedade social e aumento no nível de competência social. Também foram relatadas melhoras em escalas de ajustamento social, hostilidade, isolamento com depressão e de ausência de comunicação (Kearney & Silverman, 1990).

A função da recusa escolar do Sujeito 6 foi avaliada como busca de atenção e comportamento ansioso devido à separação (ex., comportamentos produzem permanência em casa com uma pessoa específica). A intervenção prescrita foi a modelagem com o reforçamento diferencial de outro comportamento. O Sujeito 6 atribuiu menor pontuação para os itens sobre medo relacionados à separação, enquanto seus pais também o fizeram em uma escala de agressividade e no item específico “gosta de chamar a atenção” (Kearney & Silverman, 1990).

Por fim, para o Sujeito 7 foi avaliado reforçamento por tangível (ex., permanece em casa para ver tevê). O tratamento prescrito foi o contrato de contingências. Houve

melhora em escalas de oposição e problemas externalizantes. Seis crianças (com exceção do Sujeito 5) retornaram à escola em tempo integral durante pelo menos duas semanas após o tratamento, continuaram frequentando a escola regularmente nos seis meses seguintes e foram aprovadas ao final do ano escolar (Kearney & Silverman, 1990).

O delineamento de caso único multielementos (Iwata et al., 1994) foi utilizado para a análise funcional dos comportamentos problemáticos em diversos dos artigos do JABA que serão revistos adiante. Nestes trabalhos, é por vezes definido como um delineamento (Slocum & Vollmer, 2015) e em outras como análise funcional (Hanley, Piazza, Fisher & Maglieri, 2005; Masterller & Petter, 2014; Greer, Fisher, Saini, Owen & Jones, 2016).

A análise realizada pelos autores (Iwata et al., 1994) consistiu de quatro condições diferentes (reprovação social, tarefa acadêmica, brincadeira livre e sozinho) apresentadas cada uma em sala específica, em duas sessões diárias, em ordem aleatória. Cada sessão tinha duração de 15 minutos e, para as condições que exigiam a presença de um experimentador, pelo menos três pessoas foram treinadas para evitar vieses. O experimento foi realizado com nove crianças com atraso de desenvolvimento, idade entre três e 17 anos, que apresentavam comportamentos autolesivos.

Na condição *reprovação social*, o experimentador pedia à criança que brincasse enquanto ele terminava um trabalho. Então, o experimentador oferecia atenção social contingente a cada episódio de autolesão com afirmações de preocupação e reprovação (ex., “pare, você vai se machucar”). Todas as demais ações da criança eram ignoradas. Na condição *tarefa acadêmica*, foram propostas atividades educativas apropriadas, nunca antes realizadas espontaneamente pela criança, com um nível de dificuldade considerado alto para ela (ex., encaixar anéis plásticos em um suporte). Durante a sessão, o experimentador oferecia instruções segundo o procedimento de três comandos (i.e., comando verbal, com modelo e com orientação física). A realização correta da tarefa pela criança era seguida por elogios. Comportamentos autolesivos eram seguidos de interrupção da tarefa e um afastamento de 30 s do experimentador (Iwata et al., 1994).

Na condição de *brincadeira livre* a criança era autorizada a brincar sozinha ou cooperativamente com o experimentador e diversos brinquedos à sua disposição. O experimentador elogiava e realizava um breve toque físico na criança pelo menos a cada 30 s sem ocorrência autolesão. Comportamentos autolesivos foram ignorados nesta

condição. Na condição *sozinho*, a criança era deixada sozinha sem acesso a brinquedos ou atividades. Como resultados, houve menor ocorrência de autolesão na condição de brincadeira livre, maior ocorrência na condição sozinho para quatro crianças, na condição de tarefas de alta demanda para duas, na condição reprovação para uma e duas delas apresentaram um padrão indiferenciado entre as condições. Os autores discutem que estes resultados ofereceram uma evidência empírica direta de que a autolesão pode ser uma função de diferentes reforçadores (Iwata et al., 1994).

Em Ervin, DuPaul, Kern e Friman (1998) foram realizadas avaliações funcionais descritivas e adjuntas em sala de aula como uma abordagem proativa para a seleção de intervenções. Dois meninos com TOD e TDAH participaram do estudo, Joey de 13 anos e Carl de 14. O comportamento considerado problemático no estudo foi chamado de *ação fora da tarefa* e operacionalizado como qualquer comportamento problemático ocorrido dentro do intervalo (i.e., chamar, gesticular, falar com os colegas, brincar com objetos e fazer caretas) ou se o aluno não realizar tarefas da classe por 3 s ou mais. Já o comportamento a ser promovido foi chamado de *ação na tarefa* e operacionalizado como realizar a tarefa de classe ativamente (i.e., escrever, ler em voz alta, levantar as mãos ou comportamento verbal relevante para a tarefa) ou passivamente (i.e., direcionar os olhos para a tarefa ou para o professor durante explicações, olhar para a tarefa, leitura silenciosa).

A avaliação descritiva foi conduzida pelos experimentadores e consistiu de entrevistas estruturadas com os professores e as crianças, de observações diretas dos professores aplicando tarefas específicas e de situações previamente reportadas como problemáticas. Tal procedimento gerou hipóteses sobre a manutenção de baixos níveis de comportamentos problemáticos, que foram testadas em um delineamento de reversão em que a linha de base consistiu de condições típicas da sala de aula e a fase experimental de intervenções potenciais (Ervin et al., 1998).

As avaliações de Joey indicaram que suas ações fora da tarefa poderiam ser mantidas por fuga de lições de escrever com caneta em papel. O resultado de um teste experimental apoiou a hipótese de que o acesso a um computador para a redação de textos mais longos e uma discussão de ideias com um colega antes de textos curtos aumentaria as ações na tarefa. O delineamento de reversão ABAB mostrou que Joey se engajou em mais ações na tarefa nas fases experimentais com o acesso ao computador e com a

discussão do que nas condições de linha de base, sendo a média de comportamentos em cada fase 67,7%, 96%, 62,7% e 98,7% (Ervin et al., 1998).

As observações e os relatos da professora de Carl indicaram que as suas ações fora da tarefa eram mantidas por atenção dos pares (ex., risadas, sorrisos, comentários e gestos) e produzidas por solicitações dos pares (ex., olhar na direção dele, chamar seu nome, fazer gestos ou comentários engraçados). Foram testadas e confirmadas as hipóteses de que suas ações na tarefa aumentariam com a implementação de um procedimento de autoavaliação ou quando seus colegas recebessem consequências (pontos positivos ou negativos) por responder a comportamentos de busca de atenção. Como as ações na tarefa foram mais frequentes com o uso das autoavaliações, elas foram testadas nas aulas de matemática e de escrita com um delineamento de retirada ABAB e na aula de ciências com um delineamento AB. As ações na tarefa ocorreram mais frequentemente em todas as condições em que se utilizou o procedimento de autoavaliação, sendo que na linha de base apresentavam frequência média de 61,9% em matemática, 54,2% em escrita e 78% em ciências, e nas fases experimentais, 93,1%, 88,2% e 95,1%, respectivamente (Ervin et al., 1998).

Hanley et al. (2005) avaliaram a preferência de participantes por procedimentos baseados em extinção ou punição. Um dos participantes com TOD, Betty, era uma menina de 8 anos que também recebeu os diagnósticos de retardo mental leve a moderado e transtorno de déficit de atenção. O comportamento problema operacionalizado para Betty foi agressão (socar, chutar, beliscar, arranhar, morder, puxar o cabelo e jogar objetos nas pessoas). Na análise funcional, Betty demonstrou mais agressão nas condições de atenção e fuga. Em seguida, os comportamentos agressivos foram avaliados em um delineamento de retirada ABCBC, em que os comportamentos agressivos foram reforçados em A, foi realizado um treino de comunicação funcional em B e punição contingente a comportamentos agressivos foram adicionados em C.

O treino de comunicação funcional consistiu de 20 s de atenção (i.e., elogios verbais e brincadeiras interativas) contingente a respostas alternativas à agressão (ex., dizer “atenção por favor” e “com licença”). O procedimento de punição consistiu em o experimentador realizar de 30 s de imobilização de braços, mantendo-os esticados ao lado do corpo de Betty e de impedir a visão dela com a palma da mão contingente à agressão. Como resultados, houve alta taxa de comportamentos agressivos por minuto na linha de base (média de 21,4), que diminuiu na fase B (média 4,7) e teve redução ainda maior na

fase C (média 0,5). O retorno à fase B foi marcado por um aumento dos comportamentos agressivos (média 9), que diminuíram novamente na reapresentação da fase C (média 0,4) (Hanley et al., 2005).

Enfim, foi realizada uma avaliação de preferência que comparou a escolha de Betty pelo treino sem punição, com punição e apenas punição. O treino com punição foi preferido em todas as escolhas de Betty nas últimas cinco sessões. Os pesquisadores discutiram que a condição com punição permitiu maior frequência relativa de comportamentos incompatíveis e, conseqüentemente, maior acesso relativo aos reforçadores do que a condição sem punição, explicando sua escolha (Hanley et al., 2005).

Marsteller e Peter (2014) avaliaram se um esquema de tempo fixo com valor determinado a partir da taxa de reforçamento diferencial de comportamento incompatível (DRA) poderia prevenir a ressurgência de um comportamento problema. Uma das participantes tinha diagnóstico de TOD, Michele. Ela tinha seis anos e comorbidade com TDAH e Transtorno Bipolar. O seu comportamento problemático operacionalizado para o estudo foi a vocalização inadequada (i.e., reclamar, chamar, xingar, exclamar dor [“ai”] e utilizar volume vocal acima do nível de conversação). Segundo a análise funcional multielementos, sua vocalização inadequada era reforçada por tangíveis (brinquedos ou jogos de computador), fuga e atenção. Uma posterior avaliação de preferência resultou na seleção da atenção como reforçador para a intervenção.

A intervenção consistiu de DRA contingente a solicitações adequadas, como pedir por reforçadores (atenção, itens tangíveis ou pausas) com o volume e o tom de uma conversação normal, de maneira interrogativa ou usando a expressão “por favor”. A avaliação da intervenção para Michele se deu com uma linha de base em que se reforçava o comportamento problema, uma fase de DRA, uma fase de entrega do reforçador em um esquema de tempo fixo (TF) com taxa semelhante à da fase de DRA e uma fase de extinção. Como resultados, os comportamentos problemáticos foram reduzidos de uma taxa de duas respostas por minuto na linha de base a zero nas fases de DRA e TF. As solicitações adequadas aumentaram de zero, na linha de base, para em torno de duas respostas por minuto nas fases de DRA e TF. Na fase de extinção houve ressurgência dos comportamentos problema e uma nova fase de DRA foi introduzida e bem-sucedida. Os autores discutem a praticidade da utilização do esquema TF em relação ao DRA para a manutenção dos comportamentos alternativos (Marsteller & Peter, 2014).

Slocum e Vollmer (2015) procuraram comparar o reforçamento positivo e o negativo da obediência sem utilizar extinção de fuga durante o tratamento de comportamentos problema mantidos por fuga de demanda. Uma das participantes do estudo foi Ali, uma menina de sete anos com TOD e transtorno do espectro autista e TDAH. Seu comportamento problemático foi operacionalizado como protesto vocal (i.e., qualquer afirmação vocal acerca de não realizar uma tarefa, geralmente iniciado pela palavra “no”). A análise funcional demonstrou controle múltiplo por fuga e tangíveis (comestíveis e um brinquedo preferido).

Em seguida, foram avaliados dois tratamentos para o aumento da obediência, um reforçamento positivo e um reforçamento negativo. A obediência foi operacionalizada como se engajar em respostas topograficamente corretas após um comando vocal ou um comando vocal com modelação pelo terapeuta. No caso de Ali, as tarefas envolviam resolver problemas de adição e subtração. Os tratamentos foram comparados com um delineamento de reversão ABAB, com reforçamento negativo para protestos vocais na linha de base e um delineamento multielementos incorporado às fases B. Assim, as fases B incluíam sessões de reforçamento positivo, em que os experimentadores entregavam pedaços de itens comestíveis e de reforçamento negativo, com 30 s de descanso contingente à obediência. O reforçamento negativo contingente ao comportamento problema foi mantido nas fases B (Slocum & Vollmer, 2015).

Como resultados, os níveis de comportamento problema de Ali foram altos nas duas condições de linha de base. Tais comportamentos permaneceram no nível zero na condição de reforçamento positivo e nos mesmos níveis da linha de base e na condição de reforçamento negativo. Ali se engajou em altos e estáveis níveis de obediência na condição de reforçamento positivo e raramente obedeceu na condição de reforçamento negativo. Os autores discutiram que a redução do comportamento problema de Ali na condição de reforçamento positivo foi socialmente significativa (i.e., 90% de redução). Ainda, afirmaram que o mecanismo pelo qual o reforçamento positivo diminuiu os comportamentos problema foi desconhecido, sendo possível, entre outras hipóteses, que a entrega de reforçadores positivos tenha diminuído a qualidade aversiva da apresentação de demandas e o efeito evocativo das instruções (Slocum & Vollmer, 2015).

Em Greer et al. (2016) o procedimento de afinar o esquema (*schedule thinning*) no treino de comunicação funcional evitando explicitamente o uso de esquemas de reforçamento atrasado foi avaliado em 25 aplicações. Um tipo de procedimento para

afinar o esquema envolve o uso de esquemas encadeados (ou esvanecimento da demanda) no qual atingir um aumentado critério de responder permite solicitar o reforçamento. O Caso 1 se tratou de uma criança de seis anos com TOD e TDAH, de gênero não relatado e que recebeu duas aplicações do procedimento estudado. Os comportamentos destrutivos operacionalizados para este caso foram agressão (i.e., bater, chutar, empurrar, puxar ou jogar objetos em outra pessoa) e disrupção (i.e., jogar, bater em ou chutar objetos, derrubar a mobília e furtar materiais das mesas).

Foi realizada uma análise funcional multielementos e utilizado um delineamento de retirada BABCD para avaliar as duas aplicações. Na fase B foi realizado um treino de comunicação funcional em que um pedido pelo reforçador utilizando uma forma alternativa de comunicação (i.e., cartão de pausas) produzia a oportunidade de pedir por uma pausa de 60 s (i.e., um cartão de pausas era oferecido em esquema de reforço contínuo). As fases C e D representaram o procedimento de afinar o esquema. A partir do cálculo da duração média do componente de trabalho para a solicitação do reforçador na fase B, a fase encadeada C foi convertida em um esquema múltiplo de valor comparável em que uma pausa se tornava disponível independentemente da obediência (i.e., um esquema de tempo). O esquema foi afinado na fase encadeada D para um esquema múltiplo de valor determinado clinicamente a partir da fase C. Reforçadores tangíveis foram utilizados como procedimento suplementar, no caso, permitir a pausa para a criança usar um item de sua preferência e foi programada extinção para os comportamentos destrutivos em todas as fases experimentais (Greer et al., 2015).

A análise funcional revelou que os comportamentos destrutivos da criança do Caso 1 eram mantidos por esquiva, sendo que a taxa de comportamentos destrutivos nesta condição foi de 4,4 respostas por minuto e, na condição controle, foi zero. Houve diminuição de 82,4% destes comportamentos na fase B nas duas aplicações, sendo que na fase D da primeira aplicação a diminuição dos comportamentos destrutivos chegou a 99,1% e, na segunda aplicação, a 88,6%. Sobre afinar o esquema, o tempo médio de trabalho foi consistentemente de 300 s para cada pedido de pausa, valor que foi utilizado no esquema de tempo fixo na fase C e convertido para 600 s na fase D (Greer et al., 2015).

Greer et al. (2015) ainda discutiram os aspectos relevantes adotados em seu trabalho. O primeiro ponto se refere à sinalização da disponibilidade do reforçador (ex., informar o início do período de pausa), que tem sido recomendada por reduzir comportamentos destrutivos. Ressaltam ainda que o afinar do esquema foi realizado até

que a criança conseguisse tolerar 4 min sem reforçamento e sem produzir aumentos significativos de comportamentos agressivos, o que em muitos casos chegou a 10 min. Outro ponto destacado é que este trabalho é a única pesquisa de coorte grande até o momento que avaliou casos consecutivos nos quais foram aplicados um treinamento de comunicação funcional com afinar do esquema.

Nesta revisão, diversos comportamentos problemáticos relacionados ao TOD foram analisados para a investigação de relações funcionais. Destaca-se a operacionalização de comportamentos considerados como problemáticos ou similares (ex. destrutivos), geralmente correspondentes aos critérios diagnósticos do TOD (i.e., uma ação fora da tarefa pode corresponder ao critério “Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade”). Também houve análise de comportamentos agressivos, para os quais não há critério diagnóstico correspondente na lista de sintomas do TOD, mas que foram extensamente investigados na literatura e foram tratados em crianças com o transtorno. Ainda, nos trabalhos aqui revistos os comportamentos problemáticos foram considerados tanto justificativa para as intervenções, como o seu objetivo de tratamento.

Outro ponto de destaque foi a utilização de análises funcionais experimentais, como as análises de condições de demanda e as análises funcionais multielementos. Avaliações funcionais baseadas em questionários também foram realizadas. Foi identificado que os comportamentos problemáticos podem ser mantidos por reforçadores diversos, porém a função fuga foi a mais recorrente. Por exemplo, na revisão dos artigos do JABA, os comportamentos problemáticos mostraram estar pelo menos sob controle parcial da fuga em cinco casos, sendo a atenção identificada em três casos e tangíveis em dois.

Ainda, em todos os trabalhos foram adotadas intervenções baseadas no ensino de comportamentos alternativos determinados a partir de sua relevância social (ex., obediência). A estratégia de intervenção mais utilizada foi o reforçamento diferencial de comportamento alternativo, destacando-se o treino de comunicação funcional adotado explicitamente em quatro casos. Foram exploradas variações no treino, incluindo o uso de reforçadores não funcionais e o afinar do esquema. Apenas um caso incluiu uma intervenção considerada punição que, porém, contou com uma ampla discussão sobre a especificidade de sua adoção (ex., aversividade relativa). Por fim, é interessante notar que mesmo nos casos em que a fuga foi identificada como o reforçador do comportamento

problema, reforçadores positivos foram utilizados para a promoção dos comportamentos a serem ensinados.

A demanda clínica para o TOD

Com o objetivo de identificar a demanda para o tratamento psicoterápico do TOD, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na plataforma online da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores “oppositional defiant disorder” e “transtorno desafiador opositivo” entre os anos 2000 e 2015. Os títulos e resumos foram lidos para a identificação dos trabalhos de interesse. Foram excluídos artigos, por exemplo, sobre a eficácia do tratamento com o metilfenidato. Ainda, os resultados aqui apresentados concentram-se em torno da faixa etária de oito a 12 anos, principalmente por causa da literatura sobre o TOD como preditor do TPB e da limitação na efetividade das intervenções com treinamento de pais para as crianças desta idade.

É importante destacar que foram encontrados poucos trabalhos de caracterização e que apenas um deles avaliou a ocorrência específica do TOD. Aqueles que identificaram demanda para o tratamento do TDAH e do TC foram incluídos devido à alta ocorrência de comorbidade entre estes transtornos. Também foram incluídos trabalhos sobre a demanda para o tratamento de transtornos comportamentais e problemas disruptivos por envolverem sintomas semelhantes aos do TOD.

Fernández e González (2002) estudaram o perfil de problemas dos adolescentes que realizam consultas em um centro de atenção especializada. Dentre as diversas categorias de problemas, os autores avaliaram a ocorrência de transtornos comportamentais, descritos como aqueles que alteram a convivência social (familiar, escolar, etc.) de maneira desagradável e conflitiva, com agressividade direta ou indireta. Assim, foi demonstrado que os transtornos comportamentais ocupam o terceiro lugar das queixas psicológicas, totalizando 4,3% da procura por atendimento na clínica e que 15,4% desta procura se deu para atendimento a crianças de 12 anos.

Também no Chile, Recart, Castro, Alvarez e Bedregal (2002) verificaram os diagnósticos realizados em uma clínica de psiquiatria, identificaram que a maior parte foi classificada como TDAH e comportamento disruptivo, correspondendo a 19,7% dos casos, e que as faixas de idade entre seis e nove anos e entre 10 e 14 anos corresponderam a 33,2% cada dos casos registrados.

Em um estudo de caracterização de uma clínica escola de psicologia do sul do Brasil, Delvan, Portes, Cunha, Menezes e Legal (2010) descobriram que a maior prevalência de procura por atendimento se deu para queixas envolvendo TDAH e comportamento disruptivo, totalizando 28%, sendo que a maior procura se deu para o atendimento de crianças matriculadas na segunda série, em 22,7% dos casos.

Andrade, Assumpção, Teixeira e Fonseca (2011) avaliaram a prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro. Participaram 47 adolescentes do sexo feminino de 12 a 21 anos de uma instituição governamental. A ocorrência de transtornos foi avaliada em uma entrevista semiestruturada. Foram identificados o TDAH (33%), o TC (77%), o TOD (50%), o abuso de drogas ilícitas (70%) e o abuso de álcool (52%). Os autores discutem o papel do tratamento destes transtornos para a prevenção de atos infratores, para a recuperação e para a ressocialização.

Em um centro cubano de atendimento especializado em problemas de comportamento, González, Hernández, Guerra e del Rey (2013) encontraram que a maior parte da população de crianças com TC considerada disfuncional ou severamente disfuncional tinha entre nove e 11 anos, o que corresponde também a 50% dos casos atendidos na instituição.

Como pudemos observar, há uma alta demanda por tratamento (potencialmente clínico) para crianças com problemas que podem estar associados ao TOD. Assim, pode-se concluir que é necessária a identificação de um tratamento clínico que venha a ajudar essas crianças a desenvolverem relacionamentos interpessoais satisfatórios.

Em resumo, o TOD representa um problema clínico sendo, portanto, um objeto de tratamento para as psicoterapias. O curso do TOD pode levar a resultados preocupantes, como a criminalidade, e é interessante para o presente trabalho que os sintomas do TPB possam ser preditos pela ocorrência de sintomas do TOD na infância. Foi possível identificar que intervenções baseadas em treinamento de pais são altamente eficazes para crianças de até oito anos, porém a terapia da criança parece ser o elemento mais fraco, uma vez que seus melhores resultados indicam que a maioria das crianças não reduz os níveis de disrupção para o mesmo que o das crianças de amostras normativas. A adoção de modelos explicativos baseados na análise funcional e intervenções baseadas no reforçamento positivo direto de comportamentos incompatíveis parecem diretrizes

promissoras para a adoção de uma abordagem psicoterápica para a criança com TOD. A seguir, será apresentada uma proposta cujas características convergem para os pontos destacados nas presentes considerações sobre o TOD.

A Psicoterapia Analítica Funcional

A FAP é uma terapia que visa à criação de uma relação intensa e curativa entre o cliente e o terapeuta. Ela foi desenvolvida a partir da tentativa de uma análise funcional skinneriana de intervenções bem-sucedidas para clientes ambulatoriais com queixas envolvendo problemas difusos de relacionamento, como no caso de pessoas com transtorno da personalidade. A FAP assume que sua filosofia fundamental é o behaviorismo radical, o que implica em entender dificuldades interpessoais em termos de problemas de comportamento. A FAP possui como uma de suas hipóteses centrais a afirmação de que os problemas interpessoais do cliente ocorrem durante as sessões, bem como que as melhoras obtidas na terapia se estendem para seus outros relacionamentos, o que é definido pelos autores como generalização (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Para os fins do presente trabalho, é possível considerar que esta hipótese é coerente com o modelo explicativo de Patterson (1982). Assim, é possível entender que o engajamento do cliente em comportamentos interpessoais problemáticos durante a sessão com o terapeuta provém dos processos familiares coercitivos.

Já com relação à extensão dos ganhos terapêuticos, será verificado mais adiante como a proposta da FAP implica no reforçamento direto de comportamentos de melhora. Esta característica aproxima a FAP das intervenções baseadas na análise funcional que foram revistas e a distancia de intervenções mais indiretas, como o treinamento de pais e o ensino de resolução de problemas interpessoais que não estão ocorrendo no momento presente.

Assim, além disso, diversas outras características da FAP parecem convergir para sua aplicação ao tratamento de crianças com o TOD. Os aspectos considerados mais relevantes no presente trabalho envolvem a operacionalização de comportamentos para fins de tratamento, a ênfase no reforçamento diferencial dada na técnica da FAP, as aplicações já realizadas da FAP para crianças e adolescentes, as aplicações para o tratamento de pessoas com o TPB e, por fim, são apresentadas algumas das características definidoras da FAP aqui julgadas relevantes para o tratamento do TOD.

Operacionalização de comportamentos para fins de tratamento na FAP

O conceito de *comportamento clinicamente relevante* (CCR; Kohlenberg & Tsai, 1987) foi introduzido pela FAP e descreve os comportamentos do cliente que são de interesse para a intervenção. Um CCR acontece na interação com o terapeuta, mas deve ser funcionalmente semelhante aos comportamentos que geraram os motivos pelos quais o cliente procurou por psicoterapia. Os CCRs são classificados em três subtipos. Os CCR1s descrevem problemas de comportamento que devem diminuir ao longo do tratamento, os CCR2s se referem a melhoras correspondentes e os CCR3s correspondem a interpretações funcionais sobre as causas dos CCRs 1 e 2. Originalmente, se propôs que os CCRs fossem delineados individualmente e diversos exemplos e modelos foram apresentados (Kohlenberg & Tsai, 1991). Porém, foram desenvolvidos um sistema para o auxílio na identificação de CCR1s e um modelo para a proposta de CCR2s que serão a seguir apresentados.

Para facilitar o reconhecimento e a intervenção sobre CCR1s comumente observados em intervenções clínicas com a FAP, Callaghan (2001) desenvolveu o Sistema de Avaliação Individual Funcional (do inglês *Functional Idiosyncratic Assessment Template*, FIAT) que avalia cinco classes de comportamento do cliente, Classe A – Afirmação de Necessidades, Classe B - Comunicação Bidirecional, Classe C - Conflitos, Classe D - Autorrevelação e Classe E - Experiência e Expressão Emocional. O sistema classifica grupos de comportamentos clinicamente relevantes que obtém um determinado efeito independentemente da forma da resposta (ex., atacar, chorar ou pular sessões podem ter como objetivo evitar perguntas sobre intimidade).

Todas as classes são definidas por comportamentos que resultam em inibição ou piora de uma interação entre o cliente e o terapeuta ou o cliente e outras pessoas. O manual do sistema também conta com uma descrição de comportamentos do cliente de acordo com cada classe, interpretações potenciais sobre os comportamentos, um questionário a ser respondido pelo cliente e outro pelo terapeuta (Callaghan, 2001).

Assim, a Classe A – Afirmação de Necessidades avalia como o cliente expressa o que quer, precisa ou valoriza para o outro. Um exemplar dos comportamentos que compõe a classe seria “faz um pedido de maneira tão desagradável que deixa o ouvinte propenso a não atender”, explicado como parte de um estilo aversivo de responder. A Classe B – Comunicação Bidirecional, avalia como o cliente discrimina ou responde ao impacto que ele provoca no outro e problemas em falar sobre o comportamento do outro,

por exemplo, “o cliente é hipersensível ao impacto que observa ou ao retorno que recebe de outros”, explicado como parte de um repertório de fuga (Callaghan, 2001).

Já na Classe C – Conflito, se avalia como o cliente responde a conflitos interpessoais, desenvolve e mantém relacionamentos, por exemplo “falta de vontade de participar de um conflito como um esforço para permanecer certo”, explicado pela esquiva de emoções ou por reforçamento positivo. A Classe D – Autorrevelação e Proximidade Interpessoal avalia comportamentos que previnem o estabelecimento e a manutenção de suporte social ou de alguma outra forma restringem o acesso do cliente a reforçadores sociais. Por exemplo “falha em responder às tentativas dos outros em estabelecer interações interpessoais próximas incluindo não responder a pedidos”, explicado como um problema no reconhecimento da oportunidade de responder. Por fim, na Classe E – Experiência e Expressão Emocional, avalia a tolerância para a experiência emocional, por exemplo “expressa emoções excessivamente”, um problema na modulação da resposta afetiva (Callaghan, 2001).

Kanter et al. (2015) apresentaram o modelo *Awareness, Courage e Love* (ACL) como um resumo ou uma definição alternativa dos objetivos e processos fundamentais da FAP, incluindo os CCR2s do cliente. Segundo este modelo, interações sociais bem-sucedidas seriam caracterizadas pela ocorrência de comportamentos com as qualidades descritas em seu título (i.e., consciência, coragem e amor).

Consistentemente com Kanter et al. (2015), comportamentos que exibem consciência seriam verbalizações abertas ou encobertas sob o controle de estimulação privada, dos valores e do impacto imediato produzido pela interação para os dois participantes dela. Em termos de classes de respostas, a consciência inclui descrições acuradas sobre o self atual (incluindo o estado do próprio corpo e os sentimentos e comportamentos, que são contínuos); dos próprios valores, necessidades e objetivos; e do impacto sobre o outro. Assim, uma simples descrição que o cliente faça sobre as próprias dificuldades (ex., “eu gosto que façam as coisas do meu jeito”) pode ser considerada uma demonstração de consciência que deveria ser reforçada na sessão.

Comportamentos que exibem coragem ocorreriam sob o controle de reforçamento positivo apesar de uma probabilidade de também produzirem consequências aversivas. Classes de resposta de coragem envolveriam expressar vulnerabilidade e emoção; afirmar a própria verdade; e afirmar as próprias necessidades, incluindo a necessidade de

proximidade e conexão, de estabelecimento de limites, de opiniões e de valorização. Pedidos gerais ao terapeuta (ex., “vamos brincar com este jogo?”) em geral são vistos como demonstrações de coragem (Kanter et al., 2015).

Por fim, comportamentos que exibem amor ocorreriam para produzir e manter a aproximação do outro na interação. As classes de respostas de amor envolveriam aceitação, dar segurança e vulnerabilidade recíproca; expressão de entendimento, empatia e validação; e dar ao outro o que ele precisa, incluindo proximidade e conexão, respeito a limites, provisão de apoio ou promessas e expressão de valorização. Um exemplo de amor pode ser agradecer ao terapeuta por atender a um pedido (Kanter et al., 2015).

Assim, a centralidade da operacionalização dos comportamentos alvo problemáticos (CCR1s), considerando suas funções de dificultar as interações interpessoais, é central na FAP. É possível considerar que esta característica aproxima a FAP das intervenções comportamentais para as crianças com TOD, que contavam com uma análise funcional individual dos comportamentos problemáticos que, em geral, impactavam negativamente a relação da criança com seus professores e pares.

Outra possível aproximação se refere à seleção de comportamentos alvo que facilitam as interações, como os treinos de comunicação funcional no caso das intervenções comportamentais, e o modelo ACL de objetivos para progressos terapêuticos (CCR2s) no caso da FAP. Esta seleção de comportamentos que podem ser considerados incompatíveis ou alternativos aos comportamentos problemáticos possibilita a adoção da estratégia do reforçamento diferencial, que será problematizada a seguir.

A técnica da FAP enfatiza o reforçamento diferencial

O procedimento da FAP pode ser resumido às chamadas cinco regras terapêuticas (Tsai et al., 2009). A Regra 1 diz que o terapeuta deve prestar atenção à ocorrência de CCRs, sendo que ela seria de fundamental importância para a aplicação das demais regras e serviria para aumentar o controle dos CCRs sobre os comportamentos do terapeuta. A Regra 2 diz que o terapeuta deve evocar CCRs, ou seja, modificar o seu comportamento de maneira a tornar a ocorrência de CCRs mais provável. A Regra 3 especifica que o terapeuta deve apresentar consequências aos CCRs, sendo que aquelas apropriadas aos CCR1s podem envolver extinção e/ou punição e aos CCR2 e CCR3 resumem-se ao reforçamento positivo natural. A Regra 4 orienta o terapeuta a observar os efeitos de suas

intervenções, tanto em termos de aproximação e afastamento do cliente durante a intervenção quanto em aumento e diminuição da frequência dos CCRs ao longo do tempo. Por fim, a Regra 5 diz respeito à generalização das melhoras para o cotidiano, e descreve intervenções como realizar interpretações dos comportamentos do cliente, sugerir comparações (paralelos) entre as interações que aconteceram entre o cliente e o terapeuta e entre o cliente e as pessoas significativas da sua vida e recomendar tarefas de casa.

Apesar da técnica ser complexa, envolvendo diversos princípios comportamentais, Weeks, Kanter, Bonov, Landes e Busch (2012) afirmam que a FAP possui um mecanismo de mudança poderoso, o responder contingente do terapeuta aos comportamentos alvo do cliente no momento de sua ocorrência, isto é, o reforçamento positivo natural do comportamento interpessoal efetivo do cliente. Assim, o processo de reforçamento é destacado entre as regras da FAP.

Uma forma de organizar a aplicação das cinco regras da FAP é conhecida como Interação Lógica ou 12 Passos (Tsai et al., 2009). A interação lógica deve ser iniciada quando o terapeuta observar a ocorrência de um possível CCR. O primeiro passo se trata da aplicação da Regra 1, o segundo prevê uma resposta do cliente e assim por diante. Observe a seguir um sumário da Interação Lógica juntamente com um exemplo de cada passo fornecido por Weeks et al. (2012) para a sua melhor compreensão.

1. Regra 1. O terapeuta avalia se o comportamento observado é um CCR. Ex., “Você está parecendo um pouco desconfortável. Você sente que também tem que se proteger de mim?”
2. O cliente responde à avaliação do terapeuta. Ex., “Não muito, mas sinto um pouco.”
3. Regra 2. O terapeuta evoca um CCR. Ex., “Ao invés de se proteger, você poderia, agora, se abrir um pouco mais e nos permitir uma relação mais verdadeira? O que você poderia dizer ou fazer agora para facilitar sermos mais verdadeiros um com o outro?”
4. O cliente se engaja em um CCR1. Ex., “Não consigo imaginar qualquer coisa pra eu dizer ou fazer.”
5. Regra 3/Regra 2. O terapeuta responde ao CCR1 com um pedido direto por um CCR2. Ex., “Essa foi rápida, né? Eu só acho que isto tem a ver com os seus

objetivos de querer deixar os seus relacionamentos mais significativos. Eu sei que isto assusta, mas eu estava pensando se você consegue pensar um pouco sobre o que você poderia fazer agora aqui comigo que levasse a este objetivo. O que você poderia fazer de diferente?”

6. O cliente se engaja em um CCR2. Ex., “[Depois de um minuto de silêncio] eu entendi o que você disse e eu quero fazer, mas não sei como. Eu me sinto tão burro.”
7. Regra 3. O terapeuta responde ao (reforça o) CCR2. Ex., “Quando você diz que se sente burro, eu quero que você saiba que eu sei que é difícil para você admitir isto, e isto realmente me aproxima de você. Todos nós nos sentimos burros às vezes, incluindo eu, e compartilhar isto comigo apenas mostra que você é um ser humano e me lembra que nós somos iguais.”
8. O cliente se engaja em mais CCR2. Ex., “Meu deus, eu queria que não fosse tão difícil para mim assumir que me sinto burro. Eu sei que é bom abaixar minha guarda e deixar as pessoas participarem da minha vida, mas isto é muito difícil pra mim.”
9. Regra 4. O terapeuta pede por uma avaliação da interação. Ex., “Você disse que se sentiu burro agora. Eu estou preocupado com a forma que te respondi – eu facilitei ou dificultei a sua revelação?”
10. O cliente indica que a interação foi reforçadora. Ex., “Não, você facilitou.”
11. Regra 5. O terapeuta aplica uma estratégia de generalização. Ex., “Posso resumir o que parece ter acabado de acontecer? No começo você se sentiu um pouco desconfortável, você se protegeu e eu forcei você a se abrir um pouco e a ser mais verdadeiro. Você não conseguiu imaginar nada que pudesse fazer e se sentiu burro, o que na verdade deixou você mais verdadeiro, né? Nós falamos sobre isso por uns minutos, eu parei, e se eu estou entendendo direito, você disse que isto realmente tornou as coisas mais fáceis para nós, de alguma forma nos aproximou, e ficou mais fácil pra você suportar isto. No fundo, me contar que você estava se sentindo burro deixou as coisas mais fáceis para você – isto não é interessante? Você acha que isto também funcionaria com outras pessoas da sua vida?”

12. O cliente expressa disposição em se engajar em uma tarefa de casa. Ex., “Bem, eu gostaria de tentar!”

O modelo ACL também pode ser aplicado às regras (Tsai et al., 2009). Assim, para o terapeuta a consciência deveria corresponder às Regras 1 e 4, a coragem à Regra 2 e o amor à Regra 3.

Assim, seriam objetivos do terapeuta para aplicar as Regras 1 e 4, estar alerta às situações terapêuticas que mais frequentemente evocam CCRs, usar as próprias reações como um barômetro, identificar as classes de comportamento avaliadas pelo FIAT (Callaghan, 2001), detectar significados ocultos no comportamento verbal e o efeito potencialmente reforçador das intervenções (Tsai et al., 2009).

Para o terapeuta, ser corajoso corresponde às suas tentativas de evocar CCRs (Regra 2). Isto envolve estruturar a terapia para ser evocativa, usar métodos evocativos como a associação livre e usar a si como instrumento de mudança (Tsai et al., 2009). Porém, a coragem também pode fazer parte das Regras 1, 4 e 5 quando as tentativas do terapeuta de pedir descrições de aspectos contínuos da interação, e da Regra 3, quando tentativas de reforçar melhoras puderem ocasionar problemas de comportamento no cliente. Assim, tais intervenções do terapeuta são corajosas porque o colocam em risco de ter seus comportamentos punidos pelo cliente.

Finalmente, o amor terapêutico deveria corresponder às tentativas de reforçar as melhoras do cliente (Regra 3). Ressalta-se a importância de responder efetivamente a CCR1s, ou seja, conceituar os problemas do cliente em termos de fatores históricos e ambientais e do bloqueio e redirecionamento para CCR2s. Exibir amor terapêutico ainda envolve ser direcionado pelos interesses do cliente e reforçado pelas melhoras dele, possuir os comportamentos alvo escolhidos para o cliente, equilibrar as expectativas do tratamento com o repertório atual do cliente e expressar os próprios sentimentos (Tsai et al., 2009).

Assim, a técnica da FAP pode ser promissora em relação ao TOD principalmente por envolver a intervenção direta sobre os comportamentos do cliente, o que é diferente do que se faz em uma intervenção para cuidadores (ex., Forgatch & Patterson, 2010) e em uma terapia cognitiva (ex., Kazdin, 2010). Assim, uma hipótese que pode ser levantada para os fins deste trabalho é que a técnica da FAP irá possibilitar o reforçamento direto de comportamentos alternativos ou incompatíveis aos problemas descritos pelo

TOD. Principalmente, espera-se que tal reforçamento tenha um impacto maior do que o treinamento dos pais e a reestruturação cognitiva em termos da diminuição da ocorrência dos problemas.

A aplicação da FAP a adolescentes e crianças

Outra razão pela qual a aplicação da FAP ao TOD parece interessante parte de publicações sobre o tratamento de crianças e adolescentes. A literatura é breve, porém traz resultados promissores. Serão considerados a seguir todos os artigos já publicados e também alguns capítulos de livros selecionados e uma tese de doutorado sobre aplicações a crianças e adolescentes.

Newring, Parker e Newring (2010) afirmam que para um terapeuta se tornar uma pessoa importante na vida de um adolescente ele deve tentar não parecer importante, ser sincero, ser consistente, ser funcional (i.e., responder da melhor forma para o cliente e não da melhor forma para o terapeuta) e se importar. Além disso, eles ainda discutem que os temas mais recorrentes neste tipo de tratamento são questões familiares, auto revelações (ex., o adolescente quer auto revelar sua própria identidade para os pais), valores, abuso de substâncias, sexualidade, transtornos da infância, depressão e ansiedade.

Newring e Wheeler (2012) elaboraram uma proposta de aplicação da FAP para o tratamento em grupo de adolescentes que tenham cometido crimes sexuais. Os autores delineiam CCRs baseados nas necessidades dinâmicas de risco, ou seja, necessidades que surgem momentaneamente, mas que colocam o adolescente em risco para o crime. As necessidades dinâmicas de risco podem ser antissociais ou erotopáticas.

As necessidades antissociais podem ser déficits de autorregulação geral, incluindo CCR1s como agressão verbal ou física e CCR2s como revezar turnos para falar, e déficits no funcionamento pró-social, com CCR1s que interrompem as intervenções e CCR2s de autorrevelação. As necessidades erotopáticas são os déficits de autorregulação sexual, com CCR1s de exibir excessivo conteúdo sexual em conversas típicas e CCR2s como discutir apetites e práticas sexuais saudáveis, e déficits de intimidade romântica, com CCR1s como não conseguir interagir com o terapeuta e CCR2s como aumentar tentativas e sucesso em interagir com o terapeuta e o grupo (Newring & Wheeler, 2012).

Cattivelli, Tirelli, Berardo e Perini (2012) demonstraram que a adição das estratégias da FAP a um treinamento em habilidades sociais realizado em um grupo de adolescentes e crianças de 11 anos aumentou a expressão das habilidades sociais aprendidas no treino nos contextos cotidianos dos adolescentes.

Com relação à adaptação da FAP para o tratamento de crianças, Moura e Conte (1997) afirmam que a proposta da FAP intensifica os efeitos dos tratamentos derivados da análise do comportamento, uma vez que as reações do terapeuta enquanto reforço natural funcionariam melhor do que os reforçadores arbitrários tradicionalmente utilizados (ex., balas e brinquedos) em intervenções comportamentais infantis.

Conte (2001) realizou um estudo de caso em que uma criança de 10 anos com enurese teve seus relatos sobre sonhos e pedidos assertivos de ajuda à terapeuta conceituados como CCR2s e foram reforçados naturalmente pela terapeuta. A autora relata melhora da autonomia da criança e do relacionamento dela com os seus pais.

Gosch e Vandenberghe (2007) relataram uma intervenção baseada na FAP com um menino de nove anos com comportamento desafiador e agressivo, sendo que comportamentos de paciência ao jogar damas foram conceituados como CCR2s e os resultados relatados foram melhoras para as queixas de agressividade, teimosia e mau desempenho escolar. Também foi realizada biblioterapia com a mãe com o livro *Convivendo com as crianças: novos métodos para pais e professores* (Patterson, 1991).

Em dois trabalhos sobre Terapia Analítico-Comportamental infantil, Xavier, Kanter e Meyer (2012) e Del Prette (2011) observaram a ocorrência de CCRs durante as sessões. Em Xavier et al. os participantes foram duas terapeutas em formação e dois clientes – uma menina de 12 anos com dificuldades escolares e um menino de nove anos também com dificuldades escolares e comportamentos desafiadores e opositores. As terapias foram realizadas sob supervisão comportamental e intervenções FAP não foram utilizadas sistematicamente. Em Del Prette os participantes foram duas terapeutas comportamentais renomadas e dois clientes – um menino de seis anos e uma menina de nove anos, ambos com queixa de agressividade e oposição. A inspeção visual dos dados nos dois trabalhos revelou expressiva diminuição da ocorrência de CCR1s e aumento de CCR2s e CCR3s para pelo menos um dos dois participantes em cada um dos estudos.

Em um primeiro trabalho quasi-experimental sobre a FAP com crianças, Velandia (2012) investigou o efeito deste tratamento sobre comportamentos considerados

problemáticos. Participaram três crianças, dois meninos e uma menina cujos pais procuraram por atendimento em uma clínica. O primeiro participante era um garoto de 10 anos com dificuldade de interação, caracterizada por permanecer em silêncio, olhar para a mãe, rir etc. enquanto os outros tentavam falar com ele. O Participante 2 era um garoto de 11 anos cuja queixa era ignorar pedidos e ordens de adultos. A Participante 3 era uma garota de oito anos que ia mal na escola.

As sessões foram categorizadas com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (Callaghan, Follette, Ruckstuhl, & Linnerooth, 2008) e os resultados foram avaliados com a utilização de estatística descritiva e de inspeção visual. Os CCR1s conceituados para o Participante 1 foram permanecer em silêncio, olhar em outra direção que não a da pessoa que lhe fez perguntas, rir quando lhe fazem perguntas, buscar os olhos da mãe, mexer em objetos próximos com as mãos e fingir não ouvir quem fala com ele (Velandia, 2012).

Para o Participante 2, os CCR1s foram permanecer em silêncio ou dar respostas monossilábicas a perguntas da terapeuta sobre suas atividades ou sobre seus pensamentos, emoções e experiências. Para a Participante 3, os CCR1s foram descrições autodepreciativas, responder “não sei” ou permanecer em silêncio após perguntas e fechar a cara, sorrir ou chorar quando a terapeuta respondia de maneira não esperada (Velandia, 2012).

O Participante 1 recebeu cinco sessões de linha de base e 15 de FAP e seus resultados indicaram maior frequência de CCR2s do que CCR1s nas seis últimas sessões. O Participante 2 teve 10 sessões de linha de base e 19 de FAP, sendo que não houve estabilidade de prevalência de CCRs. A Participante 3 teve três sessões de linha de base e 12 de FAP, sendo que os CCR2s tiveram prevalência sobre os CCR1s apenas em duas das sessões FAP. Ressalta-se que os resultados não foram conclusivos e que há uma necessidade de se realizar esclarecimentos conceituais sobre as regras e os comportamentos clinicamente relevantes para a FAP e um aumento nos estudos empíricos com a população infantil (Velandia, 2012).

Assim, esta revisão das aplicações da FAP a crianças e adolescentes é animadora no sentido em que relata sucesso terapêutico para o tratamento na faixa etária que se pretende estudar na presente pesquisa.

A aplicação da FAP a adultos com TPB

Desde o primeiro manual de aplicação da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991), esta é proposta como uma intervenção que se ajusta a cliente que “têm dificuldades em estabelecer relações de intimidade e/ou têm problemas difusos, pervasivos, tais como os que recebem diagnósticos tipificados pelos do Eixo II do DSM-III-R” (p. 2). Assim, a FAP tem sido utilizada para o tratamento de pessoas com o diagnóstico de TPB. A seguir, exemplos destas aplicações foram retirados dos três trabalhos mais recentes listados na página de referências do site da FAP (www.functionalanalyticpsychotherapy.com). Esta revisão se justifica devido ao TOD poder funcionar como um preditor para o TPB, conforme anteriormente apontado (Stepp et al., 2012; Stepp et al., 2013; Fonseka et al., 2014). Seu objetivo é demonstrar possibilidades de procedimentos e resultados que também sejam interessantes para o caso de crianças com o TOD.

Lizarazo, Muñoz-Martinez, Santos e Kanter (2015) avaliaram os efeitos da FAP em comportamentos do cliente em sessão e fora da sessão. No estudo, um delineamento A/A+B foi realizado para avaliar a intervenção. Na fase A o terapeuta deveria privilegiar a Regra 2 e, na fase A+B, as Regras 2 e 3. O cliente era um homem de 25 anos, desempregado, diagnosticado com TPB. Foram avaliados comportamentos de fora da sessão relacionados a se esquivar ou fugir de situações avaliativas nas quais havia risco de que os outros poderiam o criticar ou questionar. Os CCR1s foram definidos como resistir a entrar em um tópico e omitir informação para evitar ou fugir de questionamentos e críticas. OS CCR2s foram definidos como discutir sentimentos (medo e tristeza) e identificar o impacto sobre comportamentos.

Os resultados incluem mudanças de comportamento na sessão e na vida cotidiana. Assim, houve um nível baixo e estável de CCR2 e um nível alto de CCR1 durante a linha de base. Na fase FAP, um aumento estável na frequência dos CCR2s foi observado. Os CCR1s tiveram um aumento nas duas primeiras sessões para em seguida diminuir de maneira estável. Comportamentos fora da sessão foram estáveis durante a linha de base, diminuíram durante a FAP e permaneceram baixos durante o período de follow-up. Os autores discutem a melhora em objetivos individualmente definidos para dois dos três participantes do estudo como um resultado da aplicação do reforçamento, referido no estudo como o componente ativo da FAP (Lizarazo et al., 2015).

Machado e Vandenberghe (2014) discutiram dificuldades encontradas em aplicar técnicas cognitivas como oportunidades para intervenções vivenciais da FAP. Foi

realizado um estudo de caso qualitativo. Participou Dara, uma cliente de 38 anos com TPB. Os problemas destacados para a cliente foram autoimagem instável, esforços frenéticos para evitar rejeição imaginária, impulsividade na alimentação e no sexo sem segurança, instabilidade afetiva e explosões de raiva inapropriadas, sentimentos crônicos de vazio e relacionamentos intensos e instáveis. O tratamento teve 58 sessões de 50 minutos realizado duas vezes na semana e foi considerado bem-sucedido.

As técnicas cognitivas que se mostraram problemáticas nesta terapia foram o questionamento socrático e o empirismo colaborativo, a disputa lógica e o relacionamento terapêutico. Durante o questionamento socrático e o empirismo colaborativo para incentivar a cliente a se abrir com as pessoas, ela respondia consistentemente que caso se abrisse, seria abandonada. Este padrão de responder foi considerado de fuga e esquiva e a terapeuta propôs intervir trazendo a paciente de volta para o assunto quando percebesse afastamentos devido a sua carga emocional em conversas nas sessões (Machado & Vandenberghe, 2014).

Durante as disputas lógicas para a reestruturação cognitiva, a terapeuta considerou que o histórico de abandonos traumáticos da cliente não permitia um convencimento no nível emocional. Então, a estratégia adotada foi discordar da cliente sem encerrar a terapia, o que permitiu a vivência da aceitação. O relacionamento terapêutico foi dificultado pelos problemas interpessoais de Dara, sendo que expressões de frustração com o padrão interpessoal negativo da cliente sem agressões por parte da terapeuta ofereceu um modelo de como procurar melhorar um relacionamento. Os autores discutem as vantagens da descrição do procedimento no método qualitativo e reconhecem as limitações em termos de generalidade dos resultados e imparcialidade do terapeuta (Machado & Vandenberghe, 2014).

Oshiro e Meyer (2014) discutiram os desafios metodológicos na pesquisa clínica em terapia com clientes difíceis com dois estudos de caso de delineamento experimental ABCBC. Na fase A as intervenções não foram sistemáticas, na fase B houve aplicação integral da FAP e, na fase C, retirada do procedimento. Uma das participantes foi Roberta, de 47 anos, com o diagnóstico de TPB. Os CCR1s descritos foram verborragia, falar sem correspondência com a fala da terapeuta, falar superficialmente e agredir verbalmente. Foi realizada uma categorização dos comportamentos na interação terapêutica.

Nos resultados, destacaram-se maior ocorrência de comportamentos de interpretar, aprovar e solicitar reflexão por parte da terapeuta nas fases B. Por parte da cliente, houve maior estabelecimento de relações e concordâncias com a terapeuta. Também houve menos oposições da cliente a partir da primeira aplicação da FAP, que permaneceram em nível inferior ao da linha de base em todas as demais fases. Entre as oposições, destacam-se diminuições de queixa sobre a terapia e ironia e aumento de desvios de assunto. As autoras discutem que a robustez dos dados encontrados fortaleceu a hipótese da modelagem direta dos comportamentos em sessão, o mecanismo de mudança clínico envolvido na FAP (Oshiro & Meyer, 2014).

Dessa forma, é esperado que os problemas de oposição desafiante sejam impactados positivamente pelas intervenções características da FAP. Chamam à atenção a ênfase na empatia com os comportamentos considerados problemáticos e as estratégias para promoção de interações positivas e da construção de um repertório de comportamentos que ajudem o cliente a se relacionar de maneira mais satisfatória com o terapeuta e as outras pessoas.

Características definidoras relevantes para o tratamento do TOD

Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman e Loudon (2012) destacaram as características definidoras da FAP para facilitar a adesão a sua prática por profissionais psicoterapeutas experientes. Os autores detalham os princípios fundamentais da terapia e adotam o modelo ACL como parte integral do tratamento. Entre as características destacadas, a importância do ambiente e da história, emoções e sentimentos, intimidade e apego, do significado oculto, da terapia como um relacionamento real e da criação de um espaço sagrado de confiança e segurança serão brevemente revistas. Relações com aspectos aqui considerados relevantes para o tratamento do TOD também serão incluídas.

A importância dos ambientes e da história. Os autores afirmam que a visão de mundo comportamental da FAP direciona o olhar do terapeuta para as causas ambientais do comportamento, incluindo tanto o ambiente atual como a história de interações do cliente com o seu próprio ambiente (Tsai et al., 2012). Esta visão favorece a consideração da teoria dos *processos familiares coercitivos* (Patterson, 1982) para a condução do tratamento.

Emoções e sentimentos. A FAP traz diferenças de perspectiva com relação ao tratamento das emoções e sentimentos em termos da (1) compreensão do que são os

sentimentos; (2) afirmação de que os sentimentos não causam comportamentos problemáticos, mas sim a tentativa de se esquivar de senti-los; e (3) explicação de porque é importante para o cliente ser emocional durante a terapia (Tsai et al., 2012).

Aplicando tal perspectiva ao grupo de sintomas de humor raivoso e irritável do TOD, o terapeuta FAP irá explorar a expressão de raiva e irritação para (1) tratá-las como a ação de sentir reações no corpo; (2) encorajar comportamentos adaptativos para lidar com as causas da raiva e irritação sentida; e (3) encorajar a consciência das interações que despertam tais sentimentos no cliente durante a sessão e na vida em geral.

Intimidade e apego. Coloca-se que participar de um relacionamento íntimo satisfatório é a fonte mais importante de felicidade e bem-estar. Para os autores, o apego das crianças aos seus cuidadores, dos adultos aos parceiros românticos e dos clientes aos terapeutas representam funções semelhantes em diferentes contextos. Assim, a intimidade e o apego se dariam a partir de segredos íntimos sendo revelados por uma pessoa e reforçados por aumento de interesse, atenção focada e autorrevelação recíproca. A revelação de sentimentos de tristeza seria reforçada pela revelação do outro sobre suas experiências com suportar tal sentimento e pela disposição em permanecer ouvindo. Dessa forma, o terapeuta FAP sempre solicita, de maneira implícita ou explícita, que o cliente se arrisque e confie que ele não será punido por ele. Por fim, destaca-se que o cliente também precisa aprender a reforçar o comportamento interpessoal íntimo dos outros para criar e manter relacionamentos próximos (Tsai et al., 2012).

Como os sintomas do TOD potencialmente indicam uma história de coerção na família, é possível que o que autorrevelações íntimas do cliente em sessão se refiram a tais processos. Além disso, os sintomas do TOD costumam ser alvo de punição social, sendo que a própria expressão deles em sessão poderia ser tratada como uma autorrevelação. Quando o terapeuta se interessa, presta atenção e se autorrevela em resposta, ele tanto reforça o componente íntimo do comportamento (i.e., “deixar escapar” que fica com raiva), quanto dá modelo de comportamentos incompatíveis com os sintomas. Além disso, quando o cliente faz o mesmo, ele se engaja em comportamentos muito próximos dos incompatíveis dos sintomas (ex., acalmar-se, colaborar, negociar, acalmar o outro, reconhecer e corrigir erros e perdoar).

Significado oculto. De acordo com a visão comportamental da FAP, o significado de uma afirmação é a sua função, ou seja, o efeito que a afirmação tem no mundo. Assim,

algo que o cliente diz pode ter funções que o terapeuta não está atento, sendo encorajada a exploração dos seus contextos e efeitos. Os autores enfatizam que o significado pode estar oculto de maneira não deliberada e inconsciente. Ainda, os autores afirmam que significados ocultos devem ser avaliados com gentileza por parte do terapeuta. Por fim, sugerem perguntas que podem ajudar o terapeuta a entender os significados ocultos, sendo elas “como outras pessoas têm reagido a tais afirmações?”; “como estas afirmações foram reforçadas ou modeladas?”; “há algum pedido oculto?”; “em que situações tais afirmações ocorrem?”; “que tópicos semelhantes podem estar na mente do cliente?”, “que temas são levantados por esta afirmação?”, e “há algum incômodo entre nós? Esta afirmação pode estar relacionada ao incômodo?” (Tsai et al., 2012, p. 51).

Significados ocultos comuns para sintomas do TOD, como expressão de raiva ou recusa a obedecer, podem incluir, por exemplo, repertório limitado, sobrecarga, privação de afeto ou expectativa de punição. A exploração de possibilidades de significado diferentes daquelas atribuídas pelos cuidadores podem ajudar o terapeuta a planejar a intervenção. Além disso, a atribuição de más intenções ao comportamento agressivo da criança é uma das variáveis que mais afetam a contra-agressão dos seus pais (Patterson, 1982). Então, pode ser interessante conceituar a investigação de significados ocultos como um comportamento incompatível para a atribuição de más intenções.

A criação de um espaço sagrado. Os autores afirmam que a importância de criar confiança e segurança na FAP nunca é repetida demais. A definição de espaço sagrado é apresentada como um lugar dedicado, separado, apropriado exclusivamente para uma pessoa ou propósito especial, protegido da injúria e invasão. São apresentados comportamentos para a construção da confiança, sendo eles (1) oferecer reflexões empáticas e corretas; (2) ser honesto e genuíno; (3) manter a palavra; (4) ser consistente e previsível ou explicar até fazer sentido pro cliente; (5) reconhecer as expectativas do outro; (6) admitir não saber a resposta; (7) procurar o melhor para o outro e não tirar vantagem; (8) se lembrar de revelações importantes; (9) corresponder à vulnerabilidade do outro; (10) admitir e se responsabilizar por erros; e (11) tratar as verdades do cliente com cuidado e reverência.

Mais uma vez destacam-se a proteção ao cliente de ser punido em sessão por apresentar os sintomas (i.e., “protegido de injúria”) e a oferta de modelos de comportamentos incompatíveis com eles. A injúria pode tomar a forma de afirmações que o cliente possa sentir como pejorativas. Além disso, a individualização do tratamento

também é incentivada (i.e., “lugar dedicado, separado, apropriado exclusivamente”), o que também é coerente com as intervenções derivadas de análises funcionais anteriormente revistas.

Hipótese

A hipótese principal deste estudo é que ocorrem mudanças na frequência dos CCRs associados à aplicação da FAP a crianças com sintomas de TOD, especificamente o aumento de progressos terapêuticos (CCR2s). Além disso, são esperadas melhoras no funcionamento global e no nível de estresse da criança e diminuição dos sintomas do TOD.

Objetivo primário

Demonstrar a mudança nos CCRs associada à aplicação da FAP com crianças com sintomas do TOD.

Objetivos secundários

Verificar melhoras no funcionamento global e no nível de estresse.

Avaliar mudança no nível de sintomas do TOD.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de intervenção com delineamento de caso único (Kratochwill et al., 2014) para avaliar a relação funcional da Psicoterapia Analítica funcional (FAP) com o aumento de progressos comportamentais em sessão. Ainda, foram verificadas melhoras no funcionamento global e no nível de estresse e diminuição nos sintomas do Transtorno de Oposição desafiante com a metodologia de estudo de caso (Kazdin, 2002).

Participantes

Júlio (nome fictício inspirado em Júlio César, o imperador romano) é um menino que na época tinha 11 anos, estava matriculado na 8ª série do ensino fundamental de uma escola particular da cidade de São Paulo e que vivia com sua mãe e irmã de quatro anos. Ele recebia e fazia visitas semanalmente ao pai.

O cliente não possuía nenhum diagnóstico psiquiátrico prévio ao estudo. Foi procurado atendimento devido a preocupações de sua mãe com um possível sofrimento devido a sua separação do marido (pai de Júlio). Além disso, ela estava preocupada pois recentemente o garoto vinha contando mentiras, corria o risco de reprovar na disciplina de Língua Portuguesa, vinha apresentando mau comportamento em casa e na escola e mal humor. Na avaliação inicial, Júlio apresentou nível limítrofe de oposição na escala orientada pelo DSM do CBCL.

Na entrevista inicial, foi acordado com a mãe de Júlio que reuniões de aconselhamento seriam agendadas quando fosse julgado necessário devido a limitações de tempo dela. Assim, todas as suas solicitações para se encontrar com o terapeuta foram prontamente atendidas.

Carlos (nome fictício derivado de carinhoso) tinha nove anos no início de seu tratamento. A queixa principal registrada na triagem, e ressaltada durante a entrevista inicial, envolveu a ocorrência de explosões de raiva que incluíam agressão a pares e a adultos, por exemplo, pouco tempo antes da procura arremessou um banco de madeira sobre a mãe durante uma discussão.

Outros objetivos colocados por sua mãe envolviam ajudar Carlos a melhorar a realização das tarefas escolares enviadas para casa e passar a dormir mais frequentemente em sua própria cama à noite, isto é, diminuir as idas para a cama da mãe no meio da noite.

A avaliação inicial também possibilitou identificar nível clínico de sintomas para problemas afetivos, de ansiedade, somáticos, déficit de atenção/hiperatividade e nível limítrofe/sub clínico para problemas de conduta.

A mãe e o irmão de Carlos contribuíram respondendo aos instrumentos de avaliação. Além disso, ela também compareceu para sessões de individuais de orientação e outras com a participação do filho após o encerramento da FAP.

Brandão (nome fictício derivado de bravo) estava com 10 anos quando começou a receber a intervenção, sendo que foram trazidas como queixas principais da avó sua agitação, dificuldade de socializar com pares e desobediência. Sua tia, que é sua cuidadora, e sua avó realizaram as avaliações com os instrumentos. O cliente também apresentou nível clínico de sintomas para problemas afetivos e de déficit de atenção e hiperatividade, tendo sido previamente diagnosticado com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e recebia tratamento médico com medicação (Ritalina®).

Terapeuta/pesquisador. O terapeuta é o autor do estudo. Possui 10 anos de experiência profissional em psicologia, tendo atuado como terapeuta e professor, também possui mestrado em psicologia clínica e treinamento como terapeuta FAP. Seu treinamento incluiu a participação em três workshops de FAP, um estágio de três meses no Center for the Science of Social Connection (CSSC) da University of Washington e participação em um treinamento online para terapeutas FAP nível 1. Os workshops foram ministrados e o estágio foi supervisionado pelo Ph.D. Johnathan Kanter, treinador certificado em FAP. No CSSC são realizadas pesquisas básicas e clínicas sobre a FAP. O curso online foi ministrado pelo Ph.D. Gareth Holman e pela Ph.D. Holly Yates, treinadores certificados de FAP.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa podem ser verificados a seguir.

Functional Idiosyncratic Assessment Template (FIAT, Callaghan, 2001). É um sistema de classificação dos comportamentos problemáticos do cliente de acordo com cinco categorias: Afirmação de Necessidades, Comunicação Bidirecional, Conflitos, Autorrevelação e Expressão e Experiência Emocional. O instrumento conta com uma seção explicativa dos conceitos, uma lista de comportamentos exemplares de cada classe, um questionário aberto a ser respondido pelo cliente e outro pelo terapeuta.

Em relação à sua utilidade clínica, o instrumento é teoricamente orientado e individualizado, tendo sido utilizado em pesquisas de resultado e de processos em FAP (ex., Callaghan, Summers & Weidman, 2003). Foram encontradas propriedades psicométricas e estruturais na medida de autorrelato pela avaliação da confiança com teste e reteste e validade preliminar discriminante e convergente a partir de correlações com outras medidas de saúde mental e problemas (Darrow, Callaghan, Bonow & Follette, 2014). O formulário para o terapeuta foi utilizado no presente estudo, que conta com perguntas sobre suas impressões acerca da ocorrência das classes durante a sessão, por exemplo, “O cliente tem problemas para fazer suas necessidades serem atendidas?”.

Formulário de Conceituação de Caso (Tsai et al., 2007). Desenvolvido para auxiliar a elaboração da conceituação de caso que orienta o tratamento FAP, deve ser preenchido pelo terapeuta colaborativamente com o cliente. Inclui os itens *Histórico relevante, Problemas da vida diária, Variáveis mantenedoras dos problemas, Vantagens e pontos positivos, CCR1s, CCR2s, Objetivos para a vida diária, Intervenções planejadas, Problemas do terapeuta e Objetivos do terapeuta*.

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS, Callaghan et al., 2008). Foi desenvolvida para a avaliação de gravações em áudio ou vídeo de sessões FAP pela classificação dos comportamentos do cliente e do terapeuta. A FAPRS permite a verificação de mudanças no comportamento do cliente comparando-se medidas realizadas em diferentes sessões e a integridade do tratamento pela ocorrência de intervenções características. O procedimento de aplicação da FAPRS envolve a atribuição de uma de suas categorias a falas ocorridas durante uma sessão de FAP. A escala possui propriedades psicométricas de validade e transportabilidade e suporte genérico para a hipótese de que o responder contingente do terapeuta promove a melhora do cliente (Busch et al., 2010).

No manual para a FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) são apresentadas 24 categorias, sendo sete para a categorização de falas do cliente e 15 para falas do terapeuta. Um exemplo de categoria do cliente é o CCR1, descrito como “engajamento do cliente em um comportamento problemático durante a sessão no contexto da relação terapêutica”. Um exemplo de categoria de fala do terapeuta é a Regra 2, descrita como “tentativa do terapeuta de evocar um comportamento clinicamente relevante 1, 2 ou 3 do cliente”.

O manual ainda oferece uma hierarquização para o caso de falas contendo trechos classificáveis segundo diferentes categorias, por exemplo, CCR1, CCR2 e CCR3 > CTR, O1, O2 e CPR, que especifica que as categorias que descrevem os comportamentos mais específicos para a FAP são atribuídas com prioridade sobre as que descrevem os menos específicos (Callaghan et al., 2008).

As categorias do cliente da FAPRS que foram utilizadas incluíram CCR1, CCR2, CCR3, O1, O2, Regra-4POS, CTR e CPR. As categorias do terapeuta foram Regra 2, Regra 3-1, Regra 3-2, Regra 3-3, Regra 3-Inf, Regra 4, Regra 5, RO1, RO2, TPR e TTR. Cincomp e Tincomp foram atribuídas a falas do cliente e do terapeuta, respectivamente, que não puderam ser compreendidas mesmo se ouvidas pelo menos três vezes. Definições e exemplos do presente estudo são oferecidas a seguir.

A categoria CCR1 foi atribuída quando o cliente se engajou em um comportamento problemático durante a sessão no contexto da interação terapêutica. Por exemplo, quando o terapeuta propõe ao Júlio ler uma carta durante a sessão o cliente responde “Não sei”.

Comportamentos do cliente considerados melhoras ou progressos, ocorridos no contexto da interação terapêutica, foram categorizados como CCR2. Por exemplo, quando o terapeuta pediu para Júlio contar algo ocorrido e o cliente disse “Tá. Hum, só um minutinho só pra mim pensar”.

A categoria CCR3 foi atribuída quando o cliente descrevia como diferentes variáveis controladoras afetam os seus comportamentos alvo, em sessão ou de fora da sessão. Por exemplo, em uma conversa sobre situações em que Carlos obedece e desobedece a ordens da sua mãe, o terapeuta diz “Eu to anotando aqui que você obedece quando sua mãe ameaça por que eu lembrei disso”, ao que Carlos responde “É, ela me ameaça e eu preciso fazer, se não dá ruim pra mim”.

Regra 4-Pos foi utilizada quando o cliente relatou receber positivamente uma intervenção do terapeuta, especialmente após o terapeuta fazer uma Regra 4. Em sua única ocorrência, o terapeuta perguntou “O que você achou de fazer essa atividade comigo?” e Carlos respondeu “Legal”.

Discussões ou descrições do cliente acerca de comportamentos problemáticos abordados no tratamento, mas que não ocorrem na relação terapeuta receberam a

categoria O1. Por exemplo, Carlos relata sobre como lida com ordens quando está jogando videogame na seguinte fala “Aí, quando eu preciso tomar banho eu falo espera, por que assim a partida só acaba se todos os jogadores forem mortos pelos zumbis (...)”.

Quando o conteúdo se refere a progressos abordados pelo tratamento e que não ocorrem na relação terapêutica, a categoria atribuída foi O2. Por exemplo, quando Carlos relata uma solicitação realizada de maneira adequada ao seu irmão, da seguinte forma “Teve uma vez que eu joguei uma partidinha do jogo que eu consegui convencer o meu irmão, eu comecei a falar Manoel, vamos vamos e ele pensou ‘se eu não ir ele vai continuar’ (...)”.

CTR foi atribuída a falas do cliente relacionadas à relação terapêutica, mas que não se tratavam de uma resposta específica da FAP. Por exemplo, quando o terapeuta pergunta sobre o que estavam falando a respeito da relação de Júlio com o pai e o cliente diz “Acho que tava falando dele que ele estudava comigo se eu não me engano”.

CPR foi utilizada quando o cliente se engajou em comportamentos genéricos da terapia que facilitavam a discussão e que não puderam ser categorizados utilizando alguma das categorias específicas da FAP. Por exemplo, quando o terapeuta pergunta sobre atividades com o pai e Júlio responde “(...) A gente saiu esses dias e hoje eu acho que a gente sai de novo. Mas só eu e ele”.

As tentativas do terapeuta de evocar um CCR do cliente foram categorizadas como REGRA 2. Por exemplo, quando o terapeuta pergunta “O que você está sentindo agora?”.

A Regra 3-1 foi utilizada quando terapeuta respondeu ao CCR1 do cliente de maneira considerada efetiva. Por exemplo, durante uma conversa em que o terapeuta apresenta para Júlio uma proposta de convidar sua mãe para uma sessão e o cliente se nega a explicar seus motivos para ser contra, o terapeuta diz “Eu gostaria muito de saber o porquê que você não queria e dependendo de como a nossa conversa continuar pode não acontecer mesmo”.

A Regra 3-2 foi atribuída a respostas do terapeuta consideradas reforçadoras ao CCR2. Por exemplo, quando Brandão responde afirmativamente sobre estar um pouco nervoso durante uma interação com o terapeuta, sendo que a pergunta foi feita contingente

a um grito do cliente, o terapeuta responde com um tom calmo “Está? Deixa eu anotar mais um ponto [do sistema de fichas] aqui”.

A categoria Regra 3-3 foi atribuída a falas do terapeuta em resposta aos CCR3 quando considerada efetiva para o efeito de sua modelagem (função reforçadora) ou como um modelo a ser seguido. Por exemplo, enquanto conversava com Carlos sobre uma dificuldade para dormir sozinho em sua cama, o terapeuta resume diversas afirmações dizendo “depois de ver o vídeo [do Fred Krueger] você começou a ter medo à noite”.

A Regra 3-Inf foi atribuída a respostas do terapeuta aos CCRs que não puderam ser consideradas efetivas, ou seja, que punissem CCR2s e reforçassem CCR1s. Por exemplo, o terapeuta pede a Júlio que explique as regras de um jogo, ele se diz ruim de explicar e o terapeuta diz “É? Eu vou ler então”.

Quando o terapeuta faz perguntas sobre o efeito de sua intervenção na relação terapeuta sobre o comportamento do cliente, registra-se a ocorrência da REGRA 4. Em sua única ocorrência nas sessões analisadas, o terapeuta perguntou “O que você achou de fazer essa atividade comigo?” e Carlos respondeu “Legal”.

Regra 5 é uma categoria aplicável a tentativas de generalizar melhoras do cliente, podendo ocorrer de três diferentes formas: quando o terapeuta descreve os aspectos funcionais dos comportamentos alvo do cliente (CCRs ou Os), mas isto não é feito de maneira contingente ao CCR3; quando o terapeuta recomenda tarefas de casa; quando o terapeuta estabelece paralelos entre CCRs e O2s. Por exemplo, ao final de uma sessão de Carlos em que a demanda por aumentar a realização de tarefas escolares para casa, o terapeuta pergunta “Você consegue esta semana tentar fazer as tarefas antes da diversão?”.

RO1 e RO2 foram aplicadas, respectivamente, a respostas do terapeuta a O1 e O2 do cliente quando consideradas efetivas para a sua modelagem (função reforçadora). Por exemplo, em uma conversa em que Carlos afirma ter diminuído os ataques de raiva, o cliente afirma “Eu já superei isso”, ao que o terapeuta responde “Você já superou isso. (...) Eu fico muito feliz que você já superou isso”.

Falas do terapeuta sobre o comportamento em sessão do cliente que não podem ser categorizadas como uma das regras da FAP receberam a categoria TTR. Por exemplo,

após Júlio abordar o tema faltas, o terapeuta responde “É hoje faz duas semanas que a gente não se vê”.

Por fim, a categoria TPR foi utilizada quando o terapeuta se engajou em comportamentos genericamente efetivos, mas que não envolviam diretamente a relação terapêutica. Por exemplo, quando Júlio relatava ter ocorrido uma discussão em sua casa quando o seu pai estava presente, o terapeuta pergunta “Dele com a sua mãe?”.

Além disso, também foram avaliados o nível de funcionamento global e de estresse e o nível de sintomas de oposição, medidos com os instrumentos apresentados a seguir.

Youth Outcome Questionnaire 30.2 (Y-OQ 30.2, Anexo A, Burlingame, Dunn, Hill, Lambert & Brown, 2004). Se trata de um formulário a ser preenchido por cuidadores de crianças de quatro a 17 anos (relato dos pais) ou pelo próprio adolescente de 11 a 18 anos (autorrelato) que esteja recebendo qualquer tipo de tratamento de saúde mental. O instrumento foi construído para avaliar a ocorrência de comportamentos observáveis ou mudanças em sintomas de problemas somáticos, isolamento social, problemas de conduta, agressão, hiperatividade/distração e depressão/ansiedade.

O Y-OQ 30.2 (Burlingame et al., 2004) deve ser preenchido ao início do tratamento para o estabelecimento de um nível de linha de base da gravidade dos sintomas e novamente em sessões posteriores em períodos regulares para acompanhar o progresso da criança. O instrumento contém 30 itens que incluem afirmações como “Tenho dificuldade para confiar em amigos, na família ou em outros adultos”. A pontuação é realizada pela adição simples do valor dos itens respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos, correspondente a alternativas que vão de nunca a sempre, sendo que quanto maior a pontuação, maior o estresse reconhecido pelo respondente.

A nota de corte e o índice de mudança confiável podem ser usados para determinar se os sintomas da criança atingiram o nível considerado normal. O instrumento possui propriedades psicométricas de confiabilidade, validade concorrente e validade discriminativa. Seu resultado é interpretado como uma medida do nível de funcionamento global e estresse da criança (Burlingame et al., 2004). Um estudo de validação cultural conduzido pelo autor do presente trabalho está em andamento.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL, Anexo D, Achenbach, 1991). É um formulário padronizado que os pais preenchem para descrever os problemas emocionais e comportamentais de seus filhos. O CBCL possui itens sobre competência e problemas. Entre os itens sobre problemas, o respondente deve registrar sua opinião sobre a criança em uma escala Likert de três pontos, de acordo com as alternativas *não é verdadeira*, *um pouco verdadeira* ou *muito verdadeira*, em 112 itens que contém afirmações como “Discute muito/é respondão”. Os dados obtidos com o CBCL são resumidos em um perfil que exhibe as avaliações dos pais e a posição da criança em escalas de problemas derivadas de análises estatísticas a partir de grandes amostras clínicas.

No perfil que exhibe os resultados do CBCL (Achenbach, 1991), podem ser encontradas as *Escalas orientadas pelo DSM*, que combinam itens específicos com os problemas descritos pelo DSM-IV. A *escala opositiva* possui questões que avaliam se a criança discute, desobedece em casa e na escola, teima e tem crises de birra. O resultado é apresentado em um percentil que classifica o nível de sintomas em normal, limítrofe e clínico. As escalas orientadas pelo DSM possuem validade em comparação com entrevista clínica (Ebesutani et al., 2009), propriedades psicométricas de confiabilidade e validade convergente e discriminativa (Nakamura, Ebesutani, Bernstein & Chorpita, 2009) e validação cultural para o Brasil (Bordin et al., 2013).

Conceituações de caso

A partir do preenchimento do Formulário de Conceituação de Caso (para todos os clientes) e das aplicações do FIAT (para Júlio), foram conceituados os CCRs para os clientes.

Júlio. Os CCR1s identificados para o cliente foram genericamente nomeados de *fuga e esquiva de intervenções*, e incluem *responder superficialmente*, *negar-se a relatar o próprio comportamento e sentimentos* e *recusar intervenções*. A principal função identificada foi a fuga e esquiva de intervenções. Os comportamentos surgiram em topografias muito diferentes, sendo que se apresentaram como passividade, autodepreciação, questionamento intimidador, confrontação/provocação, distração, culpar outros, desorganização, edição, desencorajamento, invenção de regra de jogo e insistência.

Os CCR2s que foram conceituados para o cliente foram genericamente denominados como *cooperação* e formulados a partir do modelo ACL. Incluem *descrever seus comportamentos e sentimentos em situações problemáticas (consciência)*, *afirmar opiniões (coragem)*, *considerar e responder aos interesses do terapeuta (amor)* e *considerar seus próprios limites para planejar decisões (amor próprio)*. Tais comportamentos também tiveram diversas topografias, que apareceram nas sessões como dialogar, ler regras de jogo, se explicar, negociar, pedir ajuda, agradecer, falar ou responder sobre comportamentos problemáticos, demonstrar flexibilidade (ex., afirmar mudança de opinião ou decisão), discutir opiniões e admitir não saber.

Carlos. Os CCR1s identificados para Carlos foram *agitar-se/distrair-se* e *desobedecer/recusar*.

Agitar-se/distrair-se envolve a retirada da atenção da discussão sobre ou da tentativa de resolver problemas e preocupações para entreter-se com assuntos ou em atividades mais agradáveis ou prazerosas, desviando-se do tema em questão. Na sessão, ocorriam como desistências súbitas de atividades em curso, desvios de assunto e tentativas de ignorar perguntas do terapeuta procurando por jogos ou falando sobre detalhes de um jogo de videogame.

Trata-se de um paralelo funcional para problemas do cotidiano como falar alto, fazer barulho, correr e pular sobre móveis em lugares fechados e ambientes silenciosos. A agitação/distração pode ser mantida tanto por reforçamento negativo, permitindo a fuga e a esquiva de demandas apresentadas, quanto por reforçamento positivo, quando está disponível uma grande variedade de atividades que podem concorrer com a tarefa necessária. Carlos costumava fazer bastante barulho para brincar na recepção da clínica de psicologia onde esta pesquisa foi realizada antes de entrar para cada sessão.

Por exemplo, em uma conversa para identificar atividades que Carlos poderia realizar em casa além de jogar videogame, o cliente passa a relatar detalhes sobre as brincadeiras que fazia com o irmão anos atrás. No diálogo, o terapeuta afirma “Eu acho que não tem mais brinquedo pra sua idade, tá ficando sem graça já. Eu acho que na sua idade, como você tá ficando cada vez mais velho...”, ao que Carlos responde “É tipo o Manuel, ele não brinca de nada comigo, só quando ele era menor, eu tipo eu tinha quatro anos e ele tinha no máximo 10, como ele não tinha videogame e nada ele resolvia brincar comigo e eu tinha quatro anos, aí ele brincava aí às vezes eu chamava ele e falava ‘Manu

vamos brincar?’ aí ele ia brincar comigo lá, às vezes a gente descia pra piscina. Aí quando eu tinha seis anos ele tinha acho que 15 aí ele aí ele descia aí ele descia com a piscina pra piscina comigo é sem a mãe precisar ir junto porque ela sabia que ele podia cuidar de mim e às vezes eles brincavam de uma brincadeira assim tipo bem difícil aí eu tinha vontade de brincar, só que eles falavam que eu não podia ser pego porque era mais difícil pra me pegar, ou eles avisavam que até podia pegar eu, mas tem que às vezes deixar eu poder pegar, não pode ser tipo apressado senão pra mim fica difícil e eu não ia gostar, porque é chato quando você é menor e seu irmão vai lá e brinca de uma brincadeira e ele não avisa pros seus amigos pegarem leve, aí cê vai lá cê não consegue pegar ninguém”. Neste exemplo fica bem nítida a forma como as lembranças e pensamentos de Carlos podem distraí-lo do engajamento na atividade em curso.

Desobedecer/recusar se trata da transgressão intencional de uma ordem dada ou de normas sociais implícitas, podendo ocorrer a concordância expressa e posterior proceder diferente do que foi concordado ou que era esperado, com a afirmação de discordância e negação ou com a afirmação de empecilhos ou dificuldades para o cumprimento da solicitação. Por exemplo, em uma interação o terapeuta solicitou “Cê pode fazer pra mim um desenho sobre a hora de dormir? Daí a gente aproveita e conversa sobre isso”, o que Carlos respondeu dizendo “Isso eu tenho dificuldade pra desenhar”, caracterizando uma instância de recusa.

Tais comportamentos foram considerados problemáticos pressupondo-se um contexto terapêutico em que atividades eram planejadas em benefício do cliente, aproximando a desobediência/recusa neste contexto àquelas ocorridas em casa e na escola. Funcionalmente, tais comportamentos poderiam ser mantidos pela remoção de demandas aversivas para o cliente ou pelo reforço obtido em uma atividade concorrente.

Os CCR2s conceituados para Carlos foram *concentrar-se*, *solicitar interrupção ou ajuda/negociar* e *obedecer/colaborar*. *Concentrar-se* significa fixar a própria atenção em um determinado tópico ou atividade. É categorizada quando o cliente atende uma solicitação do terapeuta para o retorno a um tópico desviado ou para continuar uma atividade terapêutica que foi interrompida.

Por exemplo, após distrair-se contando problemas com o irmão durante uma conversa para identificar atividades disponíveis que Carlos poderia realizar, o terapeuta rapidamente retorna para a discussão resumindo a fala anterior do cliente e iniciando uma

pergunta “Bom, outros amigos na vizinhança...”, ao que o cliente interrompe já retornando ao tema em questão “Tipo, no videogame eu fiz uns amigos assim em partidas, às vezes, quando eu não tinha quase nenhum, eu pensei em jogar partida pública, aí eu fui ganhando uns amigos, por exemplo o André, o Gilmar e o Vieira [continua]”.

Solicitar interrupção ou ajuda/negociar é apresentar um pedido para o encerramento de um tópico ou uma atividade apresentando uma justificativa. Este comportamento foi proposto com o propósito de prevenir irritações e explosões de raiva. Por exemplo, em uma das sessões que foram categorizadas, Carlos diz “Agora que tem quinze minutos [para acabar a sessão] eu quero pegar um jogo”.

Obedecer/colaborar implica em aceitar solicitações e intervenções do terapeuta sem resistir. Por exemplo, após afirmar dificuldade em realizar uma tarefa, o terapeuta respondeu dizendo “Eu posso te ajudar de alguma forma? Eu posso ir perguntando aí você desenha ou me fala, não sei...”, sendo que em seguida Carlos disse “Vou tentar”, o que foi categorizado como um progresso.

Brandão. Os CCR1s observados, semelhantes aos de Carlos, foram agitar-se e desobedecer/impor-se/recusar propostas, sendo que também foram observados outros, como agredir verbalmente/hostilizar, irritar-se e revidar. Definições e exemplos destes CCR1s exibidos apenas por Brandão são listados a seguir.

Agredir verbalmente/hostilizar são considerados um tipo de agressão ou violência por exercer força e poder contra o terapeuta, podendo resultar em lesão, dano psicológico ou privação. A lesão aos direitos, como o de defesa ou integridade, é comum no caso de comportamentos agressivos mais sutis como a hostilidade. É uma classe ampla caracterizada por dirigir palavras ofensivas, injuriar, insultar e não considerar ou refutar o que é incontestável, resultando em sensação de desagrado no outro. Ocorre principalmente diante de negação de pedidos, solicitação de engajamento em tarefas com um nível de dificuldade maior do que as dominadas pelo cliente, de conflitos de interesse e após a contemplação do comportamento do outro. Ex., Brandão cruza os braços e chama o terapeuta de chato por que foi solicitado que termine o desenho para a realização da próxima atividade.

Irritar-se possui um componente respondente e outro operante. O componente respondente, ou seja, a irritação que é eliciada por um estímulo aversivo, como uma ofensa vinda de outra pessoa, não é considerado um CCR1. Já o componente operante,

que é definido como agravar ou exacerbar ativamente uma irritação causada por outra pessoa ou situação, é considerado um CCR1. Pode ser identificado como um tipo de agressão quando “força” o outro a atender suas demandas ou exigências. Por exemplo, era comum que Brandão aumentasse a voz, chegando diversas vezes ao ponto de gritar, ao ter solicitações negadas pelo terapeuta.

Revidar significa vingar-se, imediatamente ou posteriormente, com uma agressão ou violência. É geralmente antecedido por uma ação do terapeuta que é percebida como aversiva por ele. Supõe-se que se trata de uma classe de respostas de fuga e de esquiva, reforçada ao interromper e evitar novas ocorrências do comportamento do outro. Por exemplo, quando Brandão parava de conversar, interrompia o contato visual, parava de brincar e dizia que não era mais amigo do terapeuta devido a uma recusa para jogar futebol de botão.

Os CCR2 propostos incluíram *obedecer/colaborar*, como no caso de Carlos, e *reconhecer/controlar a raiva e perdoar*.

Reconhecer/controlar a raiva envolve perceber ou reconhecer em si mesmo as características do sentimento de raiva e o estado físico que o acompanha, como um acesso de fúria, cólera e ira, ou um estado de rancor causado por irritação, aborrecimento ou rejeição. Em geral era suficiente para o engajamento em alguma estratégia de controle de raiva, como induzir o corpo ao relaxamento ou esperar por um estado de calma. Ex., Brandão diz que está ficando bravo enquanto negocia as atividades da sessão com o terapeuta.

Perdoar é uma ação alternativa ao revide. Envolve a compreensão de uma ação do terapeuta primeiramente percebida como aversiva por Brandão e subsequente disposição de interagir controlando a própria raiva e sem hostilidade ou agressão. Se diferencia de obedecer/colaborar por ocorrer após uma instância de agressão ou revide. Por exemplo, após reclamar em tom de voz elevada com o terapeuta por este afirmar as infrações das regras do jogo de futebol que Brandão cometeu, este passa a interagir normalmente, seguindo as regras do jogo.

Delineamento do estudo

O estudo se constitui uma pesquisa de processo-resultado porque avalia resultados imediatos, intermediários e finais da aplicação de uma intervenção psicoterápica (Greenberg, 1986).

Assim, os resultados imediatos medidos nesta pesquisa correspondem à frequência dos CCRs (segundo avaliação com a FAPRS); os resultados intermediários, ao nível de funcionamento global e estresse (de acordo com a avaliação com o Y-OQ 30.2); e os resultados finais, ao nível de sintomas de oposição (de acordo com o CBCL). A avaliação do processo se traduz na verificação da ocorrência das categorias Regra 2 e Regra 3, o que corresponde ao mecanismo de mudança proposto para a FAP.

Com os clientes Carlos e Brandão, foram adicionadas estratégias da pesquisa de validação empírica de terapias (Chambless et al., 1998) e de intervenção de caso único (Kratochwill et al., 2013) em um delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos (Cooper, Heron & Reward, 2007).

Os critérios estabelecidos por Chambless et al. (1998) para a validação empírica de terapias em séries de casos com delineamento experimental afirmam que a intervenção estudada deve ser comparada com outra, deve possuir um manual de tratamento e deve ser realizada com clientes com características claramente especificadas.

Dessa forma, a FAP pode ser selecionada para o estudo porque conta com três manuais de aplicação (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009; e Tsai et al., 2012). A Terapia Analítico-Comportamental foi adaptada e utilizada para comparação, sendo que as intervenções derivadas desta abordagem estão descritas adiante. As características específicas dos clientes correspondem a se tratar de crianças entre oito e 12 anos, estarem cadastradas para tratamento em uma clínica de psicologia e apresentar nível clínico de sintomas de TOD antes da intervenção.

Segundo Kratochwill et al. (2013), as pesquisas de intervenção de caso único devem conter a manipulação sistemática da introdução da intervenção como uma variável independente. Os autores afirmam que devem ser realizadas pelo menos três tentativas de demonstrar o efeito da intervenção. Também devem ser analisados cinco pontos de dados em cada fase, com medidas sistemáticas das variáveis de resultado por mais de um avaliador e concordância válida em pelo menos 20% dos pontos de dados em cada condição.

O delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos descrito por Cooper, Heron e Reward (2007) demonstra o controle experimental e a relação funcional se o comportamento muda de um estado estável na linha de base para um novo estado estável na condição experimental, que é caracterizada pela introdução da variável independente.

Assim, um comportamento alvo é selecionado para dois ou mais sujeitos em um mesmo ambiente. Após o registro de um responder em estado estável ser alcançado em uma condição de linha de base, uma variável independente é aplicada para um dos sujeitos enquanto a condição de linha de base permanece em efeito para os demais. Quando o primeiro sujeito exibe um nível de critério ou um responder estável, a variável independente é aplicada para o segundo sujeito e assim por diante. Alterações sistemáticas na variável dependente consistentes com a aplicação da variável independente indicam uma relação funcional entre as variáveis (Cooper, Heron & Reward, 2007).

Portanto, a FAP foi primeiramente oferecida a Júlio. Carlos e Brandão, diferentemente, receberam inicialmente um tratamento denominado de Análises de Contingências Externas (ACE). A avaliação dos CCRs de Júlio permitiu a introdução da FAP para Carlos. Posteriormente, a avaliação dos CCRs de Carlos permitiu a introdução da FAP para Brandão.

A estratégia de estudo de caso conforme descrita por Kazdin (2002), que implica em uma coleta sistemática de dados, com avaliação em múltiplas ocasiões, consideração de projeções passadas e futuras de desempenho, consideração do tipo de efeito associado ao tratamento e utilização de instrumentos de avaliação, foi aplicada para a avaliação dos resultados intermediários e finais.

Procedimento

Apreciação ética. Primeiramente, um projeto foi submetido para apreciação ética e aprovado. O parecer consubstanciado gerado pode ser conferido no Anexo B.

Seleção. Júlio foi encaminhado para avaliação e tratamento a partir da indicação da terapeuta de sua mãe, cuja psicoterapia era realizada à época do encaminhamento na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Sua queixa indicava problemas de oposição desafiante e uma avaliação inicial do caso indicou nível limítrofe de sintomas para o transtorno correspondente.

A inclusão do tratamento do cliente na presente pesquisa foi proposta à sua mãe mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Júlio recebeu 32 sessões de FAP.

Carlos e Brandão foram selecionados a partir da avaliação das fichas triagem de 16 crianças e adolescentes com idade entre oito e 12 anos em lista de espera para atendimento na Clínica Psicológica Durval de Marcondes. Foram identificadas sete fichas que incluíam queixas que poderiam indicar o diagnóstico de TOD, por exemplo, “pais e/ou professores se queixam que a criança é muito desobediente”.

Os responsáveis e as crianças foram convidados para uma reunião para explicação e assinatura de um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Além disso, o nível de sintomas para o TOD foi avaliado com o CBCL.

Quatro das crianças avaliadas preencheram os critérios para o diagnóstico de TOD, atingindo o nível clínico de sintomas segundo a avaliação padronizada respondida por pelo menos um cuidador e foram convidadas para receber o tratamento do estudo. Os pais de todas as crianças avaliadas, selecionadas ou não para o estudo, receberam o feedback da avaliação. Aquelas com nível normal de sintomas de TOD foram encaminhadas para tratamento com outro estagiário da Clínica.

Em seguida, o tratamento foi iniciado, sendo que as crianças foram designadas aleatoriamente para quatro arranjos em que um número específico de sessões de ACE precederia um tratamento sem número de sessões previamente definido de FAP. Houve a desistência de uma das crianças ao longo do estudo e a outra, devido a atrasos durante o tratamento, não pode ser devidamente avaliada para ser incluída no estudo. Assim, Carlos recebeu 10 sessões de ACE e 28 sessões de FAP. Brandão recebeu 20 sessões de ACE e 29 de FAP.

Coleta de dados. Os CCRs foram avaliados em cinco sessões selecionadas entre aquelas conduzidas de acordo com uma das modalidades de tratamento oferecidas no estudo. O nível de funcionamento global e de estresse foi avaliado ao longo do tratamento, tendo sido enviados formulários para serem preenchidos para os respondentes uma vez por mês. A devolução com o devido preenchimento possibilitou a avaliação em seis ocasiões para Júlio e para Carlos e em quatro ocasiões para Brandão.

O nível de sintomas para o diagnóstico do Transtorno do Oposição Desafiante foi avaliado em encontros pessoais com os respondentes em uma sessão anterior ao início do tratamento e outra posterior à sua conclusão, com os respondentes de todos os clientes.

Delineamento experimental. A variável experimental, isto é, a FAP, foi aplicada primeiramente para Júlio, enquanto Carlos e Brandão recebiam a condição de tratamento para comparação, ou seja, a ACE. Os resultados observados permitiram a introdução sistemática da FAP para os demais participantes. A Tabela 1 exibe as sessões nas quais os instrumentos de coleta de dados foram utilizados com cada cliente.

Intervenções

Análises de Contingências Externas (ACE). Carlos e Brandão receberam uma intervenção anteriormente utilizada por Mangabeira (2014). Se trata de uma versão da Terapia Analítico-Comportamental (Meyer, Del Prette, Zamignani, Neno & Tourinho, 2010), em que foram combinadas a elaboração de análises funcionais/de contingências dos comportamentos dos clientes que ocorriam em seu cotidiano, exceto de comportamentos ocorridos na sessão, orientações para ação, orientações para encobertos e prescrições de tarefas (Meyer & Donadone, 2002) e brincadeiras livres.

Tabela 1. Ocasião de avaliação de resultados de acordo com o instrumento utilizado com cada cliente.

	Júlio	Carlos	Brandão
Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale	Sessões 4, 8, 12, 16 e 20.	Sessões 2, 4, 6, 8, 10, 15, 20, 25, 30 e 35.	Sessões 3, 8, 12, 16, 20, 24, 30, 36, 43 e 45.
Young Outcome Questionnaire	Avaliação pré-tratamento e sessões 4, 8, 12, 16 e 20.	Sessões 1, 8, 13, 29 e 35.	Sessões 1, 32, 35 e 39.
Inventário de Comportamentos da Criança e do Adolescente	Avaliação pré e pós-tratamento.	Avaliação pré e pós-tratamento.	Avaliação pré e pós-tratamento.

Segundo Meyer et al. (2010) as análises de contingências correspondem à principal estratégia de avaliação na terapia analítico-comportamental. Elas devem incluir a descrição operacionalizada de pelo menos uma operação estabelecadora, pelo menos

um estímulo antecedente, pelo menos uma resposta e pelo menos uma consequência mantenedora da resposta.

Meyer e Donadone (2002) descreveram intervenções relacionadas ao controle por regras em atendimentos conduzidos por terapeutas analítico-comportamentais. As orientações para ação (específica ou genérica), se tratam de recomendações para que o cliente se comporte de uma forma indicada pelo terapeuta em seu cotidiano. Se as ações são específicas, o terapeuta descreve o comportamento a ser desenvolvido e, se forem genéricas, apenas o resultado é especificado. As orientações para encoberto envolvem pedir ao cliente que reflita sobre um tema proposto ou observe suas ações e pensamentos. A prescrição de tarefas envolve pedir ao cliente que execute uma tarefa proposta durante a sessão em seu cotidiano.

Brincadeiras livres, selecionadas pelo terapeuta ou solicitadas pelo cliente, foram realizadas durante as sessões com o propósito principal de identificar CCRs. Os CCR1s identificados na linha de base eram prioritariamente seguidos de extinção, bloqueios e redirecionamentos. Quando ocorriam CCR2s, eram observados e as intervenções contingentes a eles envolviam a continuidade natural da interação, sendo que autorrevelações, aprovações e interpretações relacionadas foram reservadas para a fase experimental. Foram realizadas diversas atividades lúdicas e brincadeiras (ex., colagens, brincadeiras com massinha, desenhos, brincadeiras com bonecos, jogos de mesa etc.) como as descritas em Silveira e Silvaes (2003), em Silvaes (2012) e em Silvaes (2006).

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Os livros da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009; e Tsai et al., 2012) e o Modelo ACL (Kanter et al., 2015) foram utilizados como manuais para a definição dos objetivos e a condução do tratamento oferecido a todos os clientes.

Uma das intervenções realizadas em função desta modalidade de tratamento foi a definição conjunta entre o cliente, os responsáveis e o terapeuta, dos objetivos comportamentais a serem alcançados na própria relação terapêutica pelo cliente (isto é, os CCR2s). Assim, todos os clientes tiveram objetivos para o cotidiano definidos desde o início do tratamento, por exemplo, diminuir os sintomas do TOD ou melhorar o desempenho escolar. Mas a conceituação de caso FAP e a definição conjunta dos CCR2s era realizada apenas durante a fase FAP. Com relação aos CCR1s, estes eram definidos a partir das observações do comportamento do cliente em sessão. As definições realizadas

para a aplicação da FAP também foram utilizadas para a categorização dos comportamentos no tratamento de dados da pesquisa

A principal diferença entre a FAP e a ACE foi o direcionamento das intervenções para problemas do cotidiano (ACE) e para os comportamentos em sessão (FAP). Assim, na FAP, as análises de contingências, as orientações e as brincadeiras foram organizadas de maneira a evocar CCRs e reforçar CCR2s. Isto implica em uma intervenção limitada com a ACE, mas que atende a uma das maiores preocupações na preparação do projeto de pesquisa, ou seja, tentar oferecer duas intervenções com diferenças suficientes para a produção dos resultados esperados.

Retomando, na fase ACE a intervenção é a elaboração de análises funcionais/de contingências, as orientações para ação/encobertos e prescrições de tarefas e brincadeiras livres. Já na fase FAP, adiciona-se o componente da evocação e do reforçamento, sistemáticos, de CCR2s. Na prática, os CCR1s ocorriam mesmo sem o terapeuta evocar e foi necessário responder efetivamente a eles para ser possível realizar as intervenções na própria condição da ACE. Porém a evocação e o reforçamento de CCR2s foi reservada para a fase FAP com sucesso.

Estratégias semelhantes já foram utilizadas em outras pesquisas com pacientes adultos (ex., Oshiro & Meyer, 2012), porém a reprodução no caso do trabalho com crianças parecia ser problemática, principalmente porque já é usual trabalhar durante brincadeiras e com ensino escolar, aplicando sistemas de fichas e reforçadores sociais. Aqui, talvez a idade das crianças tenha ajudado a permitir a diferenciação nos procedimentos, pois elas mantinham diálogos longos, relatavam os acontecimentos com detalhes e realizavam análises bem interessantes.

Para a realização das intervenções FAP, diversas atividades foram realizadas, como as exemplificadas a seguir.

Jogo Consciência, Coragem e Amor (ACL). O tabuleiro, os peões e o dado do jogo de ludo foram utilizados para um jogo com propósitos terapêuticos. Foram criadas cartas que ficaram dispostas em duas pilhas, uma pilha com cartas sobre problemas e outra com cartas sobre consciência, coragem e amor (ACL). As cartas de problemas continham os sintomas relatados pelo cliente na última vez que respondeu ao Y-OQ 30.2. As cartas ACL continham perguntas com o propósito de evocar os comportamentos descritos no modelo. Exemplos das cartas incluem “Eu me sinto irritado” (carta sobre problemas),

“Houve consequências ruins?” (carta de consciência), “Você tem uma opinião?” (carta de coragem) e “Tente entender uma opinião do terapeuta” (carta de amor). O jogo foi utilizado nas sessões dois, três e quatro do Júlio.

Durante a partida, o cliente e o terapeuta jogavam o dado e andavam o número de casas com o peão. Ao alcançar a casa especial do ludo, o jogador retirava duas cartas, cada uma de uma pilha. As cartas eram lidas e, em seguida, o jogador respondia à pergunta da carta ACL relacionando-a com o problema da outra carta.

Carta com racional da FAP. Nas sessões iniciais, uma carta escrita pelo terapeuta especificamente para cada cliente apresentando a racional da FAP foram entregues para os clientes. A carta entregue para Júlio na quarta sessão de sua terapia está no Apêndice C.

Quadro branco. Era utilizado para facilitar o entendimento de explicações complexas e para registrar lembretes. Por exemplo, na quarta sessão de Júlio foi utilizado um quadro branco para escrever orientações sobre como responder a interrupções. As orientações escritas foram as seguintes: “1. Pedir um minutinho e explicar o motivo para não ouvir; se a pessoa aceitar, lembrar de perguntar depois; se a pessoa insistir, reafirmar ou ir para a segunda opção. 2. Ouvir e retornar ao que estava fazendo; se for curto, responder e continuar; se for longo, explicar que o que está fazendo é importante”.

Economia de fichas. É uma estratégia comportamental muito utilizada para introduzir contingências de reforço para comportamentos alvo. Por exemplo, nas sessões quatro, cinco e seis de Júlio foi proposta uma brincadeira de conversar olhando nos olhos. Foram criadas duas máscaras de papel com o desenho de um par de olhos estilizado. Também foram usadas etiquetas adesivas para codificação e uma folha de papel. A brincadeira consistia de, enquanto conversavam, o cliente e o terapeuta continuamente colar etiquetas adesivas ao reparar que o outro estava olhando nos seus olhos. Caso um dos dois reparasse no desvio do olhar do outro, poderia trazer a máscara sobre os próprios olhos para chamar a atenção do interlocutor de volta.

Tabela de compromissos. Na sétima sessão de Júlio foi confeccionada uma tabela com os dias da semana dispostos em colunas, os períodos do dia (manhã, tarde e noite) em linhas e preenchida com as atividades do cliente.

Algumas atividades foram realizadas nas duas condições, como as seguintes.

Agenda da sessão. A maioria das sessões era organizada colaborativamente e tal organização era memorizada ou registrada em uma folha de papel. Por exemplo, a partir da quinta sessão de Júlio, foram utilizadas as inscrições “Assuntos do Júlio” e “Assuntos do Rodrigo” seguidas, cada uma, de cinco linhas numeradas para serem preenchidas, sendo que o terapeuta convidava o cliente para que eles registrassem os assuntos que tinham interesse de compartilhar naquela sessão.

Relaxamento progressivo. A técnica de relaxamento progressivo (Vera & Vila, 1996) foi utilizada com todos os clientes para as finalidades de ensinar as crianças a reduzirem a excitação do corpo em situações de irritação e de identificar o próprio estado corporal. Por exemplo, no caso de Júlio, foi utilizado um cartão com uma face vermelha e outra verde para sinalizar mudanças percebidas, mostrando a face verde para comunicar o estado de relaxamento e a face vermelha para comunicar o estado de tensão física.

Orientação de pais/cuidadores. Foram oferecidas cinco sessões presenciais para a mãe de Júlio, dez para a mãe de Carlos e duas para a avó e a tia de Brandão. Inicialmente, foi planejado oferecer uma sessão por mês, porém dificuldades de agenda impediram os responsáveis pelas crianças de comparecerem aos encontros. O conteúdo das orientações envolveu acolher queixas para conversas com os clientes, aconselhamentos para a diminuição de interações coercitivas e para o aumento da realização de acordos e negociações.

Sessões conjuntas. Foram realizadas seis sessões conjuntas com Júlio e sua mãe e 12 com Carlos e sua mãe. A terapeuta da mãe de Júlio participou de quatro das sessões. O conteúdo delas envolveu conversar sobre diversos problemas do dia a dia, com ênfase na procura por soluções não agressivas e no estabelecimento de acordos. Não houve sessões conjuntas com Brandão e suas cuidadoras.

Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva (Babei, 2013) e da análise por inspeção visual (Kazdin, 2002). Segundo Babei (2013), a estatística descritiva aplica diversas medidas, como a definição das médias, e técnicas, como a elaboração de gráficos para sumarizar e descrever um conjunto de dados.

De acordo com Kazdin (2002), a inspeção visual serve para identificar efeitos marcantes da intervenção. Suas características incluem mudanças nas médias, mudanças de nível, mudanças de inclinação (tendência) e latência de mudanças.

As mudanças de médias envolvem diferenças em alguma dimensão média do comportamento, em diferentes condições, na direção esperada. A mudança de nível envolve uma mudança na frequência do comportamento a partir último dia de uma fase (ex., linha de base) para o primeiro dia da outra fase (ex., intervenção), sendo que mudanças abruptas facilitam a interpretação. Mudanças na inclinação envolvem a diferença entre a inclinação de um gráfico de linhas em uma fase (ex., uma linha horizontal) para uma inclinação ascendente durante a fase de intervenção. Por fim, a latência da mudança envolve a velocidade com que a mudança ocorre a partir da troca de condições (Kazdin, 2002).

Assim, gráficos contendo a exibição da frequência dos CCRs e o tipo de intervenção oferecido permitirão a inspeção visual para a determinação da relação funcional do tratamento com os resultados.

Concordância entre observadores

De acordo com Kratochwill et al. (2013), a concordância da variável dependente foi documentada com o coeficiente Kappa de Cohen para cada caso em 20% dos pontos de dados de cada condição, cumprindo os requisitos do delineamento. Assim, duas sessões representativas da ACE, a segunda sessão de Carlos e a 16ª de Brandão, e três da FAP, a 16ª de Júlio, a 25ª de Carlos e a 36ª de Brandão foram avaliadas. As observações independentes que possibilitaram o cálculo da concordância foram realizadas pela orientadora do projeto, que possui extensa experiência com pesquisas em psicoterapia.

Como a concordância relevante se refere à variável dependente do estudo, somente as falas dos clientes foram categorizadas independentemente e apenas em três categorias, CCR1, CCR2 ou Outro. Por exemplo, se uma mesma fala fosse categorizada como CPR pelo pesquisador e Outro pela observadora independente, era registrada uma concordância.

A concordância geral da amostra foi $k = .76$, concordância considerada substancial (Landis & Koch, 1977) e aceitável (Hartmann, Barrios, & Wood, 2004). A concordância na condição ACE foi $k = .69$, considerada substancial e aceitável, sendo que

especificamente a segunda sessão de Carlos teve $k = .13$, pobre e inaceitável, e a 16ª sessão de Brandão teve $k = .76$, substancial e aceitável. A condição FAP teve $k = .78$, considerada substancial e aceitável, sendo que a 16ª sessão de Júlio teve $k = .64$, substancial e aceitável, a 25ª de Carlos teve $k = .78$, substancial e aceitável, e a 36ª de Brandão teve $k = .88$, quase perfeita e aceitável.

RESULTADOS

Frequência dos CCRs: resultados imediatos

Foram analisadas 1702 falas em cinco sessões de terapia de Júlio, 3205 falas em 10 sessões de Carlos e 6208 em também 10 sessões de Brandão. As frequências das categorias por sessão, por fase, por participante e totais podem ser conferidas no Apêndice D. Os resultados de mudança na frequência dos CCRs podem ser observados na Figura 1.

Júlio. É possível verificar um nível maior de CCR2s em relação aos CCR1s em todas as sessões. Entre a quarta e a oitava sessão, houve um aumento expressivo de CCR2s, sendo que eles se mantiveram estáveis até o final da coleta de dados. Os CCR1s ocorreram com frequência baixa ao longo da terapia, sendo que na sessão 16 esta foi superior às demais. Estes dados estão exibidos na porção superior da Figura 1.

O aumento nos CCR2s indica o efeito do reforçamento, que corresponde ao princípio ativo da FAP. A baixa ocorrência de CCR1s pode ser explicada pela evitação explícita de que processos coercitivos ocorressem durante a interação terapêutica, incluindo o uso de redirecionamento e explicações como consequências para os CCR1s. Outra possível explicação pode envolver o nível limítrofe de sintomas do TOD apresentado pelo cliente na avaliação inicial. Na sessão 16, foram negociados com o cliente a possibilidade de o terapeuta realizar um contato com o pai dele e com a coordenadora da escola. O cliente se opôs às duas intervenções, porém foi acordado que o terapeuta poderia ir à escola conversar com a coordenadora.

Carlos. Na porção central da Figura 1 é possível verificar que houve um aumento significativo de CCRs na fase FAP. Ainda, nesta fase é observada predominância de CCR2s, sendo que na fase ACE os CCRs possuem valores próximos. Isto quer dizer que na FAP os progressos passam a apresentar frequência superior à dos problemas. É indicada latência curta dos efeitos da FAP sobre a mudança nos resultados, tendo em vista o aumento dos progressos terapêuticos registrados no primeiro ponto de dados coletados na fase FAP. Finalmente, também é possível concluir que houve demonstração da relação funcional entre a variável independente/experimental e as variáveis dependentes/resultados a partir dos dados de mudança nos CCRs.

Figura 1. Resultado da pesquisa de experimento de caso único com delineamento de linha de base múltipla. Legenda. FAP: Psicoterapia Analítica Funcional. ACE: Análise de Contingências Externas. CCR1: Comportamento Clinicamente Relevante Problemático. CCR2: Comportamento Clinicamente Relevante de Progresso.

Brandão. Ainda na Figura 1, na porção inferior, está exibida uma diferenciação mais dramática do efeito das diferentes abordagens sobre os CCRs. Na fase ACE, os comportamentos problemáticos predominam sobre os de melhora e apresentam tendência ascendente. O inverso ocorre com a frequência dos progressos terapêuticos, que registram aumento no primeiro ponto de dados da fase FAP e, no ponto de dados seguinte, passam a predominar sobre os CCR1s. Apesar da última sessão registrar resultados conflitantes, ou seja, ocorrem mais CCR1s do que CCR2s, a inspeção visual permite afirmar que a FAP teve efeito sobre o aumento de progressos terapêuticos. Combinados, os resultados dos três clientes demonstram a relação funcional entre a FAP e o aumento de progressos clínicos em sessão.

Nível de Funcionamento Global e Estresse: Resultados Intermediários

A Figura 2 apresenta os resultados da aplicação do Y-OQ 30.2 aos clientes em diferentes sessões ao longo de seu tratamento. Os resultados de Júlio provêm da versão de autorrelato respondida por ele mesmo, os de Carlos, dos formulários respondidos por sua mãe e os de Brandão dos respondidos por sua tia. Os resultados de Carlos e Brandão estão apresentados em segmentos diferentes de acordo com a abordagem clínica oferecida na ocasião da coleta dos dados.

Júlio. É possível observar uma mudança na percepção do cliente sobre o seu nível de funcionamento global e de estresse nas avaliações ao longo do seu tratamento. Nas três primeiras avaliações, a pontuação no Y-OQ indica nível próximo à nota de corte para uma classificação disfuncional (nos termos do instrumento). A partir da sessão 12, o cliente registra uma percepção comparável às amostras não clínicas coletadas a partir de avaliações com crianças da comunidade que não recebem serviços de saúde mental (Burlingame et al., 2004).

Tal mudança na percepção do cliente foi precedida pelo aumento de CCR2s nas sessões com o terapeuta. Isto é, primeiramente o cliente apresentou melhoras na cooperação em sessão e, em seguida, passou a se perceber com nível funcional de funcionamento global e estresse.

Carlos. Os dados indicam uma tendência decrescente entre o início e o final do tratamento. É notada a marcada mudança de nível de acordo com a modalidade de tratamento, ou seja, pior funcionamento global e maior estresse nas avaliações coletadas durante o tratamento com ACE e melhoras correspondentes durante o tratamento com

FAP. Também se evidencia uma latência curta entre a inserção da FAP (ocorrida na 10ª sessão) e a melhora nos níveis de funcionamento global e estresse comparando-se o resultado registrado na 12ª sessão). Além disso, ao final do tratamento Carlos apresenta nível abaixo da nota de corte para a faixa normal.

Brandão. Os resultados registrados na Figura 2 indicam uma pior avaliação ao início do tratamento, na fase ACE, acima da nota de corte, e melhores resultados ao final do tratamento, correspondente à fase FAP, abaixo da nota de corte. Os resultados não permitem, porém, identificar diferenças nos resultados como uma função do tratamento como um todo ou de acordo com as fases.

Avaliação do Nível de Oposição: Resultados Finais

O nível de oposição foi avaliado com o CBCL tendo sido preenchido um formulário pelas mães de Júlio e de Carlos e pela tia de Brandão, em uma sessão de avaliação inicial (pré), e outro formulário pelas mesmas pessoas, em uma sessão de encerramento depois da conclusão do tratamento (pós). Os resultados estão exibidos na Figura 3.

Figura 2. Resultado da avaliação do nível de funcionamento global e estresse ao longo do tratamento. Legenda. ACE: Análise de Contingências Externas. FAP: Psicoterapia Analítica Funcional.

Figura 3. Resultado da escala de problemas de oposição do Inventário de Comportamentos da Criança e do Adolescente entre 6 e 18 anos respondidos pelos responsáveis dos clientes em uma avaliação anterior (pré) e em outra depois do tratamento (pós).

Júlio. Nas duas avaliações, o resultado indicou nível limítrofe dos sintomas de oposição do cliente, ou seja, de acordo com a percepção de sua mãe, o tratamento foi inócuo para a modificação destes problemas.

Carlos. O nível de sintomas de acordo com a percepção da mãe de Carlos indica que o tratamento, como um todo, promoveu melhoras. Antes da intervenção, seus sintomas encontravam-se em nível clínico, passando para nível normal após a intervenção.

Brandão. Seus resultados indicam melhora, porém seu nível de sintomas mudou de clínico para limítrofe, implicando que este cliente não atingiu o nível normal. Devido à periodicidade estabelecida para a aplicação deste instrumento (i.e., a cada seis meses), não foi possível avaliar efeitos diferenciais da ACE e da FAP sobre os problemas de oposição.

Figura 4. Frequência das categorias Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2 de acordo com o tipo de tratamento (ACE ou FAP) e com o cliente. Legenda. ACE: Análise de Contingências Externas. FAP: Psicoterapia Analítica Funcional.

Adesão ao protocolo e mecanismo de mudança

A Figura 4 exibe os dados de frequência das falas do terapeuta categorizadas como Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, respectivamente, evocação de comportamentos clinicamente relevantes, responder adequado a problemas de comportamento e responder adequado a progressos terapêuticos. Tais dados permitem uma avaliação da adesão ao protocolo, ou seja, se houve maior ocorrência dos comportamentos do terapeuta representativos da intervenção FAP na fase apropriada.

É evidente a maior frequência das categorias nas fases de FAP em relação às fases de ACE, comparando-se os dados obtidos, destacam-se claramente a categoria Regra 3.2, que representa o princípio ativo proposto pela FAP, isto é, reforçar progressos terapêuticos em sessão. Também é o caso de atentar à alta frequência de intervenções categorizadas como Regra 3.1 nas duas condições para Brandão. Tal dado pode ser explicado pela alta ocorrência de CCR1s, muito superior à dos demais clientes. Tão alta que sem responder de forma a bloquear os comportamentos problemáticos do garoto, sequer as intervenções da ACE poderiam ser aplicadas corretamente.

Vinhetas Clínicas

A seguir, são apresentadas vinhetas de interações consideradas emblemáticas das intervenções realizadas durante o estudo. Os trechos selecionados exibem as transcrições das falas do terapeuta, do cliente e a categoria da FAPRS atribuída a cada uma delas. A vinheta apresentada na Figura 5 foi extraída da quarta sessão do tratamento de Júlio, em que o CCR1 conceituado para o caso como resistência passiva ocorre após um convite do terapeuta para ler uma carta escrita para o cliente. Em seguida, o terapeuta responde com uma reflexão da resposta dada pelo cliente que pode ter funcionado como um bloqueio que resultou em um CCR2, entendido como uma tentativa de negociação por parte do cliente. O CCR2 gerou uma concordância do terapeuta, categorizada aqui como uma consequência reforçadora.

Terapeuta: Hoje é... eu tenho uma coisa pra te dar. (TTR)
Cliente: Ah é aquela carta que você falou. (CTR)
Terapeuta: É. (TTR)
Cliente: Legal! Ah... (CTR)
Terapeuta: Ce quer ler? (Regra 2)
Cliente: Não sei. (CCR1)
Terapeuta: Eu gostaria que você quisesse ler, mas se você não quiser tudo bem. (Regra 3-1)
Cliente: Eu queria ler em casa. (CCR2)
Terapeuta: Ce queria ler em casa? (TTR)
Cliente: Arram. (CTR)
Terapeuta: Tá bom então. Não tem problema. É, eu vou com certeza perguntar o quê que cê achou. (Regra 3-2)

Figura 5. Vinheta clínica extraída da quarta sessão de Júlio: redirecionamento de CCR1 e reforçamento de CCR2. Legenda. CCR1: Comportamento Clinicamente Relevante problemático. CCR2: Comportamento Clinicamente Relevante de progresso. CTR: Cliente enfatiza a relação terapêutica. Regra 2: Terapeuta evoca CCRs. Regra 3-1: Terapeuta responde efetivamente ao CCR1. Regra 3-2: Terapeuta responde efetivamente ao CCR2. TTR: Terapeuta enfatiza a relação terapêutica.

Terapeuta: (...) É... vamo montar a agenda de hoje? Tem alguma coisa que você pensou que você quer conversar comigo hoje? (Regra 2)

Cliente: Não. (CCR1)

Terapeuta: Aconteceu com você e você quer contar... (Regra 3-1)

Cliente: Não. (CCR1)

Terapeuta: Não? (TTR)

Cliente: Não. (CTR)

Terapeuta: Tá. Então as minhas sugestões são essas aqui, ó. Um, conversar sobre isso, né, o nível atual de controle ou abertura pra intimidade com o seu pai. A outra coisa que eu marquei foi conversar sobre o menino que sofreu bullying por ser de outro país, né o menino turco. (...) Qual cê quer primeiro? Do seu pai ou do menino? (Regra 3-1)

Cliente: Pode ser do menino. (CCR2)

Terapeuta: Eu queria te pedir pra me contar de novo. (Regra 2)

Cliente: O que aconteceu? (CTR)

Terapeuta: É. A história. (TTR)

Cliente: Tá. Hum, só um minutinho só pra mim pensar. (CCR2)

Terapeuta: Tá. (Regra 3-2)

Cliente: Tá. É... tava eu e mais dois amigos conversando. Tava uma rampa, normal. Aqui essa caneta. Tava uma rampa aqui e aqui. Aí tava eu aqui e mais dois amigos, a gente tava aqui. Aí desceu dois professores. Aí esse pessoal daqui tava falando zoando o menino. A gente tava falando de outra coisa, a gente nem tava conversando com eles. Aí começou assim o que aconteceu foi que o professor chegou escutou ou alguém falou pra Carol, aí a coordenadora foi conversar com eles. Aí eles falaram que eles não falaram nada. E aí tudo o que eles falaram eles colocaram a culpa em mim e nos meus amigos. Aí me chamaram pra conversar, chamaram eu e mais um amigo... (CCR2)

Figura 6. Vinheta clínica extraída da oitava sessão de Júlio: repetições entre CCR1s e Regra 3-1. Legenda. CCR1: Comportamento Clinicamente Relevante problemático. CCR2: Comportamento Clinicamente Relevante de progresso. CTR: Cliente enfatiza a relação terapêutica. Regra 2: Terapeuta evoca CCRs. Regra 3-1: Terapeuta responde efetivamente ao CCR1. Regra 3-2: Terapeuta responde efetivamente ao CCR2. TTR: Terapeuta enfatiza a relação terapêutica.

Na Figura 6 foi incluído um exemplo de repetições entre CCR1s e tentativas do terapeuta de redirecionar o cliente para se engajar em um CCR2 de cooperação, ocorridos na oitava sessão do tratamento do Júlio. Como é possível observar, o cliente claramente resiste a cooperar com o progresso da sessão, afirmando não haver conteúdo para ser discutido com o terapeuta. As tentativas iniciais de redirecionamento do terapeuta, baseadas em refletir as respostas do cliente, resultam em novos CCR1s. Em seguida, o terapeuta apresenta possibilidades de tópicos que poderiam ser discutidos.

A escolha do cliente por um dos tópicos proposto pelo terapeuta, a solicitação de tempo para pensar e, em seguida, a apresentação de um relato bem construído e claro, foram considerados CCR2s de cooperação. A continuação da interação, que pode ser conferida na Figura 7, consistiu em o terapeuta demonstrar interesse continuado pelo relato dos acontecimentos e demonstrar aprovação, o que foi considerado como reforçamento natural para a cooperação do cliente.

Terapeuta: Teve mais algum desdobramento depois? (Regra 3-2)

Cliente: Teve. Assim, é, depois eu fui de novo conversar com ela. (CCR2)

Terapeuta: Por espontânea vontade ou por que ela chamou? (Regra 3-2)

Cliente: Não, por que eu quis mesmo. Por que depois ela foi na minha sala conversar e aí tava todo mundo falando que eu era preconceituoso aí eu fui lá conversar com ela. Aí eu falei com ela aí ela acreditou. Aí ela chamou os quatro que tava falando do menino de verdade, aí todos eles tomaram ocorrência. (CCR2)

Terapeuta: E você não. (Regra 3-2)

Cliente: Não. (CCR2)

Terapeuta: Nossa. Uau. Uau. Como foi a conversa com a coordenadora? (Regra 3-2)

Cliente: (risos) Ah! Eu só falei o que tava acontecendo na sala. Que eu não tinha falado nada. Aí chamaram mais duas pessoas que hum que tavam vendo quem tava falando acho. E aí falaram que eu não tava falando mesmo. (CCR2)

Terapeuta: Nossa cê resolveu. (Regra 3-2)

Figura 7. Vinheta clínica extraída da oitava sessão de Júlio: Reforçamento Natural de CCR2s. Legenda: CCR2. Comportamento Clinicamente Relevante de progresso. Regra 3-2. Terapeuta responde efetivamente ao CCR2.

Terapeuta: Aqui você já escreve sua descoberta? (Regra 2; uma tentativa de evocar uma instância de concentrar-se na tarefa proposta para a sessão)   Carlos: É. (CCR2; uma instância de concentrar-se na tarefa)   Terapeuta: E você sabe qual é a sua descoberta no texto? (Regra 3-2; tentativa de reforçar a comportamento concentrado)   Carlos: Então, a minha descoberta é que elas são boas pra ser plantadas, embelezam, ajudam a reduzir os ruídos. (CCR2)   Terapeuta: Você sabia disso? (Regra 3-2)   Carlos: Não, dessa parte eu não sabia. (CCR2)   Terapeuta: Isso pra mim é uma novidade. Que que cê não sabia aí que é uma descoberta, né? Fala tudo que cê não sabia. (Regra 3-2)   Carlos: É. Não sabia que ela reduzia os ruídos, eu já sabia que elas embelezam as ruas, óbvio, e assim “ao plantar uma árvore alguns cuidados precisam ser observados” eu não pensava nisso. (CCR2)   Terapeuta: Nossa e você escreveu de um jeito que vai ficar muito, cê falou de um jeito, que tem tudo a ver com a pergunta, com a orientação, né. Então a minha descoberta é, ou eu descobri que... que que cê descobriu? (Regra 3-2)   Carlos: É que eu fico às vezes é não tem aqueles barulho lá de relógio aí eu fico falando, aí na minha casa quando o meu primo Gabriel [trecho incompreensível] a máquina [de lavar] começa a fazer isso “vrum vrum vrum vrum”, aí ele começa a dançar... (CCR1; o cliente se distrai da atividade proposta)   Terapeuta: Vamos lá, o que que você descobriu? (Regra 3-1; tentativa de evocar o CCR2 correspondente aplicada contingente ao CCR1)

Figura 8. Vinheta clínica com o mecanismo de mudança proposto pela Psicoterapia Analítica Funcional em uma interação com Carlos. Legenda. Legenda. CCR1: Comportamento Clinicamente Relevante problemático. CCR2: Comportamento Clinicamente Relevante de progresso. Regra 2: Terapeuta evoca CCRs. Regra 3-1: Terapeuta responde efetivamente ao CCR1. Regra 3-2: Terapeuta responde efetivamente ao CCR2.

Brandão: Cadê o Cirilo? (CPR)

Terapeuta: O Cirilo tá lá no mercado... (TPR)

Brandão: (interrompendo) Não! Aí cê falou “Num sei”. (CCR1)

Terapeuta: Eu sei sim, ele tá lá no mercado. (Regra 3-1)

Brandão: Então eu não vou nem brincar. Finge que não se não eu não sou mais seu amigo! (CCR1)

Terapeuta: Mas que coisa! Vamos, é meu amigo sim! Então, o Cirilo tá lá no supermercado. Ah! Vamos! Concorde comigo uma vez! (Regra 3-1)

Brandão: (gritando) Não! (CCR1)

Terapeuta: Quero te fazer uma pergunta. (TPR)

Brandão: Tá. Que que foi? (CPR)

Terapeuta: Cê sempre manda em tudo? (TPR)

Brandão: Não. (CPR)

Terapeuta: Não? Que que acontece quando cê fala isso pra outras pessoas? Tipo assim “se você não brincar comigo eu não sou mais seu amigo”, “se você não fizer o que eu quero, eu vou embora”, o que acontece? (TPR)

Brandão: Eu fico triste. (O1)

Terapeuta: Cê fica triste? Por que você fica triste? (Regra 2)

Brandão: Porque as pessoas brigam comigo. (CCR3)

Terapeuta: Brigam com você. Eu não vou brigar com você não, tá? (Regra 3-3)

Figura 9. Vinheta clínica com a elaboração de uma análise de contingências em uma interação com Brandão em uma sessão de Terapia Analítico-Comportamental. Legenda. Legenda. CPR: Cliente Colabora com o Progresso da Sessão. CCR1: Comportamento Clinicamente Relevante problemático. CCR3: Comportamento Clinicamente Relevante de Interpretação. O1. Relato de Problemas de Comportamento no Cotidiano. TPR: Terapeuta Colabora com o Progresso da Sessão. Regra 2: Terapeuta evoca CCRs. Regra 3-1: Terapeuta responde efetivamente ao CCR1. Regra 3-3: Terapeuta responde efetivamente ao CCR3.

A Figura 8 contém uma vinheta de uma sessão de FAP de Carlos, em que o cliente trouxe uma tarefa escolar para ser realizada juntamente com o terapeuta, ressaltando que a conceituação de caso incluiu a determinação de comportamentos de distração como problemas em sessão e de concentração como progressos. O mecanismo de mudança da FAP corresponde ao reforçamento contingente dos progressos terapêuticos, sendo proposto que o terapeuta evoque e reaja adequadamente aos CCRs.

Na Figura 9, ocorrem problemas em uma sessão com Brandão, porém a intervenção consiste na elaboração de uma análise de contingências de fora da sessão. No caso, Brandão se comporta de maneira agressiva com o terapeuta, que questiona se tais comportamentos também são direcionados a outros e o que acontece nestas situações. A transcrição completa desta interação foi editada para uma versão mais curta, sendo que diversas falas das mesmas categorias (ex., CCR1s) foram retiradas, tendo sido, porém, empregados esforços para que o trecho aqui apresentado representasse o original da maneira mais fiel possível.

Ao contrário das vinhetas anteriores que exemplificaram processos da FAP, esta se destina à demonstração de uma intervenção característica da versão da Terapia Analítico-Comportamental oferecida neste estudo.

DISCUSSÃO

Este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento do campo da psicoterapia nos termos de Cordioli (2008), ou seja, pela identificação de uma queixa e de um conjunto de técnicas específicas para a promoção de alívio. Assim, crianças com o TOD foram tratadas com a FAP e os resultados foram documentados de acordo com uma metodologia científica consistente e sistemática, produzindo resultados empíricos de eficácia genericamente favoráveis.

Com relação à própria categoria diagnóstica do TOD (APA, 2014), os sintomas foram abordados em termos de excessos comportamentais e puderam ser contemplados na conceituação de caso da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991). Por exemplo, do grupo de sintomas denominado humor raivoso/irritável, falas demonstrando irritação (CCR1s), identificadas pelo terapeuta e no procedimento de categorização, foram alvo de intervenções como bloqueios e redirecionamentos para comportamentos de progresso.

A revisão dos problemas relacionados ao curso do TOD, inclusive o desenvolvimento posterior de problemas como o transtorno da personalidade borderline (ex., Stepp, Burke, Hipwell & Loebfr, 2012), ajudou na eleição destes problemas como o foco do tratamento em meio a diferentes possibilidades. Por exemplo, no caso de Brandão, também ficou evidente a necessidade de trabalhar problemas de escolarização/alfabetização, mas o foco escolhido resultou nas melhoras evidenciadas nos resultados. É possível, inclusive que as melhoras relacionadas ao TOD facilitem a interação da criança com os educadores. Na sessão para o encerramento do tratamento, a avó e a tia de Brandão relataram um episódio em que ele chegou em casa contando com orgulho que tirou nota cinco em uma prova. Sua avó ressaltou as melhoras implicadas nesta situação, que envolviam o menino se sujeitar a realizar uma prova, tirar nota cinco diante de um histórico de boletim somente com zeros ao longo de seis anos na escola, e a própria demonstração de satisfação dele ao relatar o episódio.

Com relação às diferentes intervenções com eficácia consolidada para o tratamento de crianças com o TOD, o resultado inconsistente na mudança de nível de sintomas, diferente para cada participante, é comparável àquele alcançado por Kazdin et al. (1989) segundo a revisão de Christophersen e Mortweet (2013). Seus resultados indicaram que apesar do registro de melhoras significativas, a maioria das crianças que recebeu a terapia cognitiva não atingiu o mesmo nível de comportamentos inadequados

de amostras não clínicas. No presente estudo, dois clientes apresentaram nível limítrofe de sintomas ao final do tratamento, sendo que apenas um apresentou nível normal.

Outra questão relevante é que não foi realizado um treinamento parental sistemático concomitante às terapias dos clientes. Ao contrário, houve dificuldades em solicitar a participação dos adultos responsáveis pelas crianças. No caso de Júlio, sua mãe realizava sua terapia pessoal no mesmo horário que o cliente e afirmava ter pouco tempo para atender aos convites do terapeuta para sessões de orientação. No caso de Brandão, sua avó e sua tia afirmavam não dispor de tempo para comparecer a orientações. Apenas a mãe de Carlos participou consistentemente de sessões para orientação. É discutível, portanto, se a aplicação de um treinamento parental sistemático poderia ampliar o alcance dos resultados, conforme recomendado também para o caso da terapia cognitiva (Christophersen & Mortweet, 2013)

Uma discussão cabível se refere aos resultados conflitantes nas diferentes medidas utilizadas. Se por um lado o nível de sintomas do TOD permaneceu limítrofe para Júlio e Brandão, por outro, o nível de funcionamento global e de estresse ficou abaixo da nota de corte para todos os clientes no final do tratamento.

Ainda sobre a terapia cognitiva de Kazdin et al. (1989), o procedimento de avaliação de alternativas agressivas/passivas/assertivas diante de contextos conflitivos pôde ser incorporado às intervenções em sessão ou às análises das contingências do cotidiano. Dessa forma, uma intervenção padronizada foi alterada para ser aplicada a situações individuais. Isto foi feito em todos os tratamentos e ressalta a integração de intervenções possibilitada pela FAP.

A análise funcional desenvolvida por Paterson (1982) ajudou na previsão da ocorrência de processos familiares coercitivos no caso dos clientes. Tais processos puderam ser identificados para todos os clientes, porém de diferentes formas. No caso de Júlio, a separação conflituosa dos pais impediu que ele buscasse a ajuda do pai para conter excessos de sua mãe e também o contrário, levando-o a uma sobrecarga de atividades. No caso de Carlos, seu temperamento explosivo levou ao afastamento de sua mãe, que respondia com isolamento, agressividade e hostilidade, perpetuando o ciclo de coerção. Brandão também tinha os comportamentos agressivos respondidos com mais agressão, o que resultava em isolamento.

Ressalta-se a semelhança entre as intervenções baseadas em análise funcional, tanto as revistas por Sturmey (1996) como as encontradas no JABA, a exemplo de Marsteller e Peter (2014), em que solicitações consideradas adequadas eram reforçadas, e a conceituação de caso da FAP, em que foram propostos comportamentos alvo considerados progressos terapêuticos. Por exemplo, colaborar com os objetivos da sessão, seja selecionando temas relevantes para relatar na sessão, como no caso de Júlio, seja se concentrando nos temas que contribuem para as intervenções, como no caso de Carlos, seja simplesmente aderindo a regras em jogos, como no caso do Brandão, foram categorias de comportamentos observáveis que possibilitaram as intervenções da FAP.

Outro ponto relevante foi a adaptação da Terapia Analítico-Comportamental (Meyer et al., 2010) de maneira a possibilitar um tratamento infantil que se diferenciasse da FAP. Como a ACE é aplicada a crianças em meio a brincadeiras e explicitamente adota o procedimento de modelagem como uma técnica de modificação de comportamento, no presente trabalho buscou-se privilegiar intervenções sobre objetivos para o cotidiano durante a condição em que este tratamento era oferecido.

Em razão disto, é possível considerar que talvez a idade das crianças que participaram do estudo, ou seja, crianças maiores de oito anos, tenha ajudado na implementação destas intervenções. Talvez com crianças menores ou que não realizem relatos ou análises, tal aplicação seja mais difícil. Porém, nem todas as intervenções da FAP puderam ser evitadas, mesmo com essa adaptação da ACE. Como foi observado na seção de resultados, a categoria Regra 3.1 também foi muito frequente na fase de ACE, principalmente porque os CCR1s ocorriam mesmo sem serem intencionalmente evocados pelo terapeuta e porque estes atrapalhavam inclusive as intervenções desta condição. Por outro lado, foi bastante possível restringir as categorias Regra 2 e Regra 3.2 para a fase de FAP, garantindo a administração de dois tratamentos diferenciados.

O presente estudo pode passar a integrar o corpo de evidências empíricas da FAP juntamente a diversos outros trabalhos, como o de Lizarazo, Muñoz-Martinez, Santos e Kanter (2015) e outros citados na introdução. Além disso, contribui com a demonstração da relação funcional entre a aplicação da FAP e o aumento de CCR2s, quando comparada com a aplicação da ACE. Oshiro e Meyer (2014) fizeram uma contribuição semelhante ao utilizar um delineamento de retirada ABCBC com clientes adultos. Outros trabalhos que realizaram demonstrações semelhantes podem ser conferidos na introdução.

Também, é o primeiro estudo a utilizar a FAP em um delineamento experimental com crianças, avançando na metodologia utilizada por Velandia (2012), que realizou três estudos de caso independentes com delineamento quasi-experimental de retirada AB. A introdução controlada a diferentes clientes em diferentes momentos permite a inferência de uma relação funcional entre a intervenção e os resultados.

Além disso, em Velandia (2012) os resultados não foram conclusivos, ao contrário do que ocorreu neste trabalho, em que todos os clientes tiveram melhoras previstas pela FAP e relacionadas à sua introdução.

Em relação à necessidade, apontada em Velandia (2012), de se realizar esclarecimentos conceituais sobre as regras e os comportamentos clinicamente relevantes para a FAP, o modelo ACL (Tsai et al., 2012) pode ser útil para direcionar a proposta dos progressos terapêuticos (CCR2s) e o delineamento das intervenções como evocação e reforçamento. Por exemplo, no caso de Brandão, a identificação da própria irritação (ex., dizer “eu estou ficando nervoso”) foi conceituada como um progresso terapêutico, tendo em vista a categoria consciência do modelo. Intervenções como registrar esta tomada de consciência em um sistema de fichas ou auto revelações do terapeuta sobre seus próprios sentimentos em situações semelhantes foram características do procedimento FAP.

Uma discussão potencialmente relevante se refere à possibilidade na FAP de integrar intervenções mais semelhantes às utilizadas em publicações do JABA, como reforçamento de afirmações assertivas, posicionamentos empáticos diante de problemas de comportamentos e da afirmação de sentimentos considerados indesejados, como a raiva e a irritação.

Também foram investigados resultados externos à sessão, porém os dados não permitiram atribuir efeitos diferenciais à FAP ou à ACE. Kohlenberg e Tsai (1994) utilizaram o Inventário Beck de Depressão e foram bem-sucedidos em demonstrar que a FAP promoveu melhoras adicionais nos sintomas depressivos em comparação com a Terapia Cognitiva. No presente trabalho, uma dificuldade encontrada foi a baixa adesão para o preenchimento dos formulários, o que prejudicou a identificação clara dos progressos. Estratégias para aumentar a adesão do preenchimento de formulários semelhantes podem ser adotadas em estudos futuros que pretendam utilizar este tipo de avaliação.

Finalmente, o presente trabalho representa uma aplicação bem-sucedida de um delineamento de linha de base múltipla entre participantes (Cooper, Heron & Reward, 2007) em ambiente clínico. Pesquisas experimentais são abundantes em ambientes escolares e potencialmente úteis para a produção de evidências também na clínica, uma vez que os resultados de diversas pesquisas podem ser reunidos para a determinação de estimadores em meta-análises (Kratochwill et al., 2013). Dessa forma, a partir do sucesso neste trabalho, recomenda-se a reprodução de pesquisas clínicas com delineamentos de linha de base múltipla entre participantes.

CONCLUSÃO

Uma aplicação da FAP a crianças com diagnóstico de TOD foi avaliada em um delineamento experimental. Os resultados da ACE, uma condição em que é oferecida uma versão da Terapia Analítico-Comportamental que enfatiza análises de contingências no cotidiano, foram comparados com os da FAP.

Foi verificado aumento de CCR2s, ou seja, progressos terapêuticos em sessão, e sua predominância sobre CCR1s, problemas de comportamento em sessão, relacionado à FAP. Nas condições ACE, houve predominância de CCR1s sobre CCR2s.

Os resultados intermediários derivaram de uma avaliação do nível de funcionamento global e de estresse que indicou melhora ao longo do tratamento, porém não foi possível verificar resultados diferenciais de acordo com a condição, se ACE ou FAP.

Já a avaliação dos resultados finais, isto é, do nível de sintomas de oposição, apresentou resultados diferentes para os três participantes. Dessa forma, a comparação de todos os resultados avaliados neste estudo indica ambiguidade nos resultados de eficácia desta intervenção, porém registrando mais resultados favoráveis do que desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, R. C., Assumpção, F., Teixeira, I. A. & Fonseca, V. A. S. (2011). Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n. 4, pp. 2179-2188. Recuperado em 13 de fevereiro de 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400017>
- Babie, E. R. (2013). *The practice of social research*. 13ª Ed. Belmont: Wadsworth.
- Banaco, R. A, Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas Analítico-Comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho, & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-192). São Paulo: Roca.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. et al. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. 2ª Ed. Porto Alegre: Art Med.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. & Silveiras, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) e Teacher's Report Form (TRF): uma visão geral sobre o desenvolvimento das versões originais e brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 29, n.1, pp. 13-28.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a Replication and Extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 40, n. 1, pp. 11-19.
- Burlingame, G. M., Dunn, T., Hill, M., Cox, J., Wells, M. G., Lambert, M. J. & Brown, G. S. (2004). *Administration and Scoring Manual for the Y-OQ™-30.2 (Youth Outcome Questionnaire™-30 Version 2.0)*. Salt Lake City: OQ Measures L.L.C.
- Callaghan, G. M. (2001). *The FIAT System: Functional Idiographic Assessment Template*. Recuperado em 29 de maio de 2015, de <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/fiat.pdf>
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E. & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9, 98-116.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 33, pp. 321-339.
- Carletta, J. (1996). Assessing agreement on classification tasks: the kappa statistics. *Computational linguistics*, vol. 22, n. 2, pp. 249-254.

- Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F. & Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life contexts using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, n. 2-3, pp. 25-32.
- Chambless, D. L. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, vol. 51, n. 1, pp. 3-16.
- Conte, F. C. S. (2001). A Psicoterapia Analítica Funcional e um sonho de criança. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 351-360). Santo André: ESETec.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis*. 2nd Edition. New Jersey: Pearson.
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. Em A. V. Cordioli e Cols., *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 19-41). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cristophersen, E. R. & Mortweet, S. (2013). *Treatments that work with children: empirically supported strategies for managing childhood problems*. 2º Ed. Washington, DC: VanScoyoc.
- Darrow, S. M., Callaghan, G. C., Bonow, J. T. & Follette, W. C. (2014). The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire (FIAT-Q): Initial Psychometric Properties. *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 3, n. 2, pp. 124–135. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.02.002>
- Delvan, J. S., Portes, J. R. M., Cunha, M. P., Menezes, M. & Legal, E. J. (2010). Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, n. 20, vol. 2, pp. 228-237.
- Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis* (Tese de Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B. J., Chorpita, B. F., Higa-McMilan, C. K. & Weirz, J. R. (2009). Concurrent validity of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales: Correspondence with DSM Diagnosis and Comparison to Syndrome Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 32, n. 3, pp. 373-384.
- Ervin, R. A., DuPaul, G. J., Kern, L. & Friman, P. C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, n. 31, vol. 1, pp. 65-78.
- Fernández, O. M. G. & González, P. H. (2002). Hacia un perfil de morbilidad de los adolescentes que consultan en un centro de atención especializada. *Boletín de la*

Sociedad de Psiquiatria y Neurologia de la Infancia y Adolescencia, vol. 13, n. 1, pp. 12-20.

- Fonseka, T. M., Swampillai, B., Timmins, V., Scavone, A., Mitchell, R., Collinger, K. A. & Goldstein, B. I. (2014). Significance of borderline personality-spectrum symptoms among adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, n. 170, pp. 39-45.
- Forgatch, M. S. & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training - Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, vol. 2, n. 1, pp. 159-178.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, n. 1, pp. 4-9.
- González, E. G., Hernández, L. G., Guerra, D. M. & del Rey, D. G. (2013). Comportamiento de los desórdenes de la conducta en un grupo de niños de la enseñanza primaria. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, n. 19, vol. 1. Recuperado em 20 de abril de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh131e.pdf>
- Gosch, C. S. & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. VI, n. 2, pp. 173-181.
- Greer, B. D., Fisher, W. W., Saini, V., Owen, T. M. & Jones, J. K. (2016). Functional communication training during reinforcement schedule thinning: An analysis of 25 applications. *Journal of Applied Behavior Analysis*, n. 49, vol. 1, pp. 105-121.
- Hanley, G. P., Piazza, C. C., Fisher, W. W. & Maglieri, K. A. (2005). On the effectiveness of and preference for punishment and extinction components of function-based interventions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, n. 38, vol. 1, pp. 51-65.
- Hartmann, D. P., Barrios, B. A., & Wood, D. D. (2004). Principles of behavioral observation. In S. N. Haynes & E. M. Hieby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, behavioral assessment* (Vol. 3, pp. 108-127). New York, NY: John Wiley.
- Hartup, W. W. (1974). Aggression in childhood: Developmental perspectives. *American Psychologist*, vol. 29, n.5, pp. 336-341.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, n. 27, v. 2, 197-209.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior modification*, vol. 14, n. 13, pp. 340-366.
- Kanter, J., Holman, G., Wetterneck, C., Villas-Boas, A., Xavier, R. N., Oshiro, C., Loudon, M. P., Meyer, S., Tsai, M. & Kohlenberg, R. (2015). Awareness, Courage and Love in Functional Analytic Psychotherapy. Artigo em preparação.

- Kazdin, A. E. (2002). *Research Design in Clinical Psychology*. 4th Edition. Boston: Allyn and Bacon (Pearson).
- Kazdin, A. E. (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 241–262). 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A., Bass, D., Siegel, T. & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 57, n. 4, pp. 522-535.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadish, W. R. (2013). Single-case Intervention Research Designs Standard. *Remedial and Special Education*, vol. 24, n. 1, pp. 26-38.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1994). Improving Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Theory and Case Study. *The Behavior Analyst*, v. 17, n. 2, pp. 305-319.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, vol. 33, pp. 159-174.
- Lichtenberg, J. W., Heck, E. J. (1986). Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, v. 33, n. 2, pp. 170-181.
- Lizarazo, N. E., Munhõz-Martinez, A. M., Santos, M. M, & Kanter, J. W. (2015). A Within-Subjects Evaluation of the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on In-Session and Out-of-Session Client Behavior. *Psychological Record*, vol. 65, pp. 463-474.
- Long, P., Forehand, R., Wiersen, M. & Morgan, A. (1994). Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour research and therapy*, vol. 32, n. 1, pp. 101-107.
- Machado, A.A.C. & Vandenberghe L. (2014). A Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente borderline. *Psychologica*, vol. 57, pp. 95-109.
- Mangabeira, V. (2014). Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional. *Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Marsteller, T. M. & Peter, C. C. St. (2014). Effects of fixed-time reinforcement schedules on resurgence of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 47, n. 3, pp. 455-469.

- Marinho, M. L. (2000). Intervenção comportamental para pais e crianças em clínica-escola: efetividade, limitações e prevenção da desistência. Em: R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, Pesquisa e Aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André: SET, pp. 247-256.
- Meyer, S.B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia comportamental. Em: E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.). *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas*. São Paulo: Roca.
- Meyer, S. B. & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 4, n. 2, pp. 79-90.
- Michaelis Moderno *Dicionário da Língua Portuguesa*. (1998). Recuperado em 1 de fevereiro de 2016, de <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Moura, C. B. & Conte, F. C. S. (1997). A Psicoterapia Analítico-Funcional aplicada à terapia comportamental infantil: a participação da criança. *Torre de Babel* (UEL), vol. 4, n. 1, pp. 131-144.
- Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Cooperative Group. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n. 1, pp. 1073-1086.
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A. & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-Oriented Scales. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, vol. 31, pp. 178-189.
- Newring, K. A. B. & Wheeler, J. G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy with juveniles who have committed sexual offenses. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, n. 2-3, pp. 102-110.
- Newring, R. W., Parker, C. R. & Newring, K. A. B. (2010). FAP strategies and ideas for working with adolescents. In J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 187-204). New York: Springer.
- Oshiro, C. K. B. & Meyer, S. B. (2014). Desafios metodológicos na pesquisa clínica: Terapia com clientes difíceis. Em D. R. Zamignani & S. B. Meyer (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia. Estudos a partir do Instrumento SiMCCIT: Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica* (pp. 105-143). Vol. 2. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe

- interpersonal problems. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, n. 2-3, pp. 111-116.
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach: 3. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1991). *Convivendo com as crianças: novos métodos para pais e professores*. Campinas: Pontes.
- Pelham, W. E, Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Waschbusch, D. A., Fabiano, G. A. & Burrows-MacLean, L. (2010). Summer treatment programs for attention deficit/hyperactivity disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 277-292). 2nd ed. New York: Guilford Press
- Recart, C., Castro, P., Alvarez, H. & Bedregal, G. (2002). Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, vol. 130, n. 3, pp. 295-303.
- Shadish, W. R., Rindskopf, D. M. & Hedges, L. V. (2008). The state of the science in the meta-analysis of single-case experimental designs. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, vol. 2, n. 3, pp. 188-196.
- Silvares, E. F. M. (2006). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil Vol. II. 6ª Ed. Campinas: Papirus Editora.
- Silvares, E. F. M. (2012). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil Vol. I. 7ª Ed. Campinas: Papirus Editora.
- Silveira, J. M. & Silvares, E. F. M. (2003). Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. In M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Olliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (pp. 260-281). Santo André: ESETec.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Slocum, S. K. & Vollmer, T. R. (2015). A comparison of positive and negative reinforcement for compliance to treat problem behavior maintained by escape. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 48, n. 3, pp. 563-574.
- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E. & Loeber, R. (2012). Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, n. 40, vol. 1, pp. 7-20.
- Stepp, S. D., Olino, T. M., Klein, D. N., Seeley, J. R. & Lewinsohn, P. M. (2013). Unique influences of Adolescent Antecedents on Adult Borderline Personality Disorder Features. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatments*, n. 4, vol. 3, pp. 223-229.

- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Suen, H. K. & Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. Nueva York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: The CBT Distinctive Features Series*. New York: Routledge.
- Velandia, C. A. (2012). *Efecto de la psicoterapia analítica funcional sobre el comportamiento problemático de tres niños*. Maestría en psicología clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Bogotá, Colombia.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. (2010). Adapting The Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. *Journal of Children's Services*, vol. 5, n. 1, 25-42.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonov, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2012). Translating the Theoretical Into Practical: A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training and Clinical Purposes. *Behavior Modification*, Vol. 36, n. 1, pp. 87-119.
- Xavier, R. N., Kanter, J. S. & Meyer, S. B. (2012). Transitional probability analysis of two child behavior analytic therapy cases. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 7, n. 2-3, pp. 182-188.
- Zisser, A. & Eyberg, S. M. (2010). Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. Em J. R. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 179-193). New York: Guilford Press.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre de Júlio.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O
TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE

Pesquisadores:

Rodrigo Nunes Xavier - Psicólogo — CRP 6/85886, pesquisador responsável

Telefone de contato: (11) 94281-6297

Sonia Beatriz Meyer - Livre docente, orientadora

Departamento de Psicologia Clínica

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)

Você e seu filho estão sendo convidados a participar de uma pesquisa. O propósito deste termo de consentimento é fornecer as informações necessárias para que você se decida sobre esta participação. Por favor, leia o termo atentamente. Ao longo deste presente encontro o termo será explicado e você poderá fazer perguntas sobre o propósito da pesquisa, o que será solicitado a você durante ela, os possíveis riscos e benefícios de participar e os seus direitos enquanto voluntário. Após sanar todas as dúvidas, você poderá decidir se quer ou não participar deste estudo. Este processo é chamado de “consentimento informado”. Ao final deste encontro você poderá levar esta cópia do termo para o seu registro.

PROPÓSITO DESTE ESTUDO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma intervenção comportamental que entende que os relacionamentos interpessoais são fundamentais tanto como causa como para o tratamento dos problemas psicológicos. Porém ela tem sido muito mais estudada em adultos e apenas possui poucas pesquisas sobre sua aplicação com crianças. Até agora os resultados têm sido considerados interessantes e os pesquisadores acreditam que novos estudos podem ajudar a entender melhor como ela funciona e o alcance dos resultados.

Assim, o propósito deste estudo é descrever os procedimentos adotados em um tratamento FAP com uma criança e registrar os resultados alcançados durante o tratamento.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Neste estudo serão realizados dois procedimentos, um de avaliação e um de intervenção. O estudo terá a duração de 20 semanas, sendo necessário o comparecimento semanal da criança para encontros de uma hora. O comparecimento de pelo menos um responsável também será necessário uma vez antes do início do tratamento, outra vez a cada quatro sessões ao longo de 20 semanas e uma última vez seis meses depois para avaliação. Caso necessário, o tratamento terá continuidade mesmo após a conclusão do estudo. Todos os procedimentos serão realizados em uma sala de atendimento da Clínica Psicológica Durval Marcondes da USP, localizada no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, São Paulo, SP.

Avaliação

O procedimento de avaliação envolve mensurar o nível dos sintomas do transtorno de oposição desafiante antes, imediatamente após e seis meses após o tratamento, o comportamento da criança durante as sessões e o funcionamento global e do nível de estresse ao longo do tratamento.

Para a avaliação da mudança do nível dos sintomas do transtorno de oposição desafiante será utilizado o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL). O CBCL é um instrumento com 112 questões sobre comportamentos e é respondido por um dos responsáveis para identificar transtornos infantis em pesquisas, diagnósticos e tratamentos. O resultado do CBCL classifica o nível dos sintomas da criança em *clínico*, o que indica nível semelhante ao de crianças que recebem tratamento; *limítrofe*, que indica necessidade potencial de tratamento; e *normal*, com nível de sintomas semelhante ao das crianças que não recebem nenhum tipo de serviço de saúde mental (ex., acompanhamento psicológico, medicação psiquiátrica). Um exemplo das questões que serão realizadas é a questão 21, que apresenta a afirmação “Destroí coisas de sua família ou de outros” e que dispõe de três opções de resposta, “não é verdadeira”, “um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira” e “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. O CBCL será aplicado antes do início do tratamento, após 20 sessões e seis meses após a 20ª sessão. O tempo necessário para responder o

questionário é de cerca de uma hora e será solicitado à pelo menos um dos pais que o responda em um encontro previamente marcado juntamente com o pesquisador.

É muito importante destacar que a criança somente receberá o tratamento oferecido nesta pesquisa caso apresente nível de sintomas clínico ou limítrofe para o TOD na avaliação anterior à intervenção. Caso apresente nível de sintomas normal, sua ficha retornará novamente para a fila de espera de atendimento, e a família deverá aguardar o atendimento regular da Clínica Psicológica Durval Marcondes. Os pais receberão retorno da avaliação inicial com o CBCL independentemente da participação posterior da criança neste estudo.

A Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS) será utilizada para a mensuração dos comportamentos durante as sessões. A FAPRS foi criada para avaliar gravações em áudio ou vídeo de psicoterapia, sendo que os pesquisadores a utilizam para verificar se houve mudanças no comportamento da criança durante as sessões ao longo do tratamento. As avaliações com a FAPRS serão realizadas em oito sessões do tratamento (as quatro primeiras e a oitava, 12^a, 16^a e 20^a). A utilização deste instrumento implica no armazenamento de arquivos de áudio e de vídeo com gravações das sessões de atendimento.

Para avaliar a mudança no funcionamento global e no nível de estresse ao longo do tratamento será utilizado o Youth Outcome Questionnaire (“Questionário Infanto-Juvenil de Resultados”; Y-OQ 30.2), que se trata de um formulário com 30 questões que deve ser respondido pelos responsáveis (quando a criança possui entre quatro e 12 anos) ou pelo próprio adolescente (quando ele possui entre 12 e 17 anos). Um resultado com pontuação inferior a 30 indica funcionamento global e nível de estresse semelhante ao de crianças que não recebem serviços de saúde mental e, acima de 30, ao das que recebem. O tempo necessário para responder ao questionário é de cerca de dez minutos e ele será aplicado a um responsável antes da sessão ou à criança durante ela. Um exemplo das perguntas que serão realizadas é a questão 13 em que se lê “Não consigo confiar em amigos, familiares ou outros adultos” e diante da qual se deve indicar uma das cinco opções de respostas que vão de “Nunca” a “Sempre”. O Y-OQ 30.2 será aplicado antes do tratamento, na quarta, oitava, 12^a, 16^a, 20^a sessão e seis meses após a 20^a sessão. O responsável ou a criança poderá se recusar a responder qualquer questão sem sofrer nenhum prejuízo.

Intervenção

O procedimento de intervenção envolverá a realização de duas modalidades de terapia: a FAP, que será realizada diretamente com a criança; e a Orientação de Pais, que será realizada com os responsáveis.

A FAP será oferecida em encontros semanais. Durante as sessões, o terapeuta irá incentivar e recompensar a criança a se engajar em demonstrações de consciência, coragem e amor durante a sessão com demonstrações semelhantes. Um exemplo comum é quando o terapeuta pede pra criança ter a coragem de contar um comportamento que ela tenha feito e que considere “mau”. Geralmente, o terapeuta reage a este tipo de demonstração de coragem da criança agradecendo-a por ter compartilhado este segredo e ressaltando a importância da comunicação. A terapia será realizada incluindo brincadeiras.

A Orientação de Pais será realizada em encontros esporádicos de acordo com solicitações realizadas pelo terapeuta, pela criança ou pelos responsáveis. Esta intervenção se dá a partir de recomendações sobre estratégias de manejo do comportamento da criança. Perguntas sobre práticas parentais (ex., “Você dá palmadas no seu filho quando ele se comporta mal?”) serão realizadas, mas é importante ressaltar que os responsáveis podem se recusar a respondê-las sem o risco de sofrer nenhum prejuízo.

RISCOS, ESTRESSE OU DESCONFORTO

O principal risco deste estudo envolve o tratamento. É possível que os problemas que te fizeram procurar por terapia não melhorem ou, ainda, que piorem. Também é possível que a criança se sinta desconfortável durante a sessão. É importante saber que você tem o direito de retirar a criança da terapia a qualquer momento caso sinta que os problemas estão piorando ou que há muito desconforto. Porém, se considera importante lembrar que este é um risco natural de qualquer tratamento.

Já em relação ao processo de avaliação necessário para este trabalho, é preciso alertar que serão realizadas perguntas sobre comportamentos, emoções e saúde mental que às vezes produzem desconforto ou causam a sensação de invasão da privacidade em quem está respondendo. Mas se você tiver alguma com a natureza de qualquer uma das questões, você está convidado a conversar sobre elas e também será empenhado um

esforço constante para que as avaliações sejam conduzidas de forma a garantir o seu conforto e o do seu filho.

Também é necessário alertar sobre os riscos envolvidos nas gravações de áudio e vídeo. Apesar de que os arquivos que contém tais gravações serão identificados com nomes fictícios, é possível que haja reconhecimento no material gravado a partir da voz ou pela menção de informações pessoais durante as sessões em caso, por exemplo, de roubo deste material. Todos os cuidados serão tomados para evitar este tipo de problema, por exemplo, mantendo as gravações trancadas dentro de uma sala especial da USP. Apesar da existência de possibilidades extremas, como violação da vigilância da USP e arrombamento, até hoje a sala de arquivamento de materiais nunca sofreu nenhuma perda.

A participação neste estudo é voluntária. É possível se retirar dele a qualquer momento sem perder nenhum benefício. A decisão de não participar ou de se retirar desta pesquisa não afeta as relações futuras entre os participantes e a USP ou a Clínica Psicológica Durval Marcondes, nem irá influenciar a disponibilidade de serviços disponíveis fora destas unidades. Se você decidir se retirar o seu filho do estudo, mas ainda quiser continuar que ele continue com o tratamento, isto será permitido ou será oferecida ajuda para que se realize um encaminhamento que atenda às suas necessidades para os serviços disponíveis na Clínica Psicológica Durval Marcondes.

ALTERNATIVAS À PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO

A Clínica Psicológica Durval Marcondes possui diversos serviços terapêuticos que não estão vinculados a nenhuma pesquisa. Se não houver interesse em participar desta pesquisa, é possível consultar o responsável para identificar a melhor forma de atender às suas necessidades. Algumas das alternativas disponíveis podem ser pagas.

BENEFÍCIOS DO ESTUDO

É esperado alívio dos problemas que motivaram a procura por atendimento, porém não é possível garantir sucesso. Além disso, a sociedade poderá ser beneficiada caso os resultados desta pesquisa forem positivos, pois será disponibilizada uma terapia efetiva para o tratamento destes problemas.

SIGILO DAS INFORMAÇÕES DO ESTUDO

Todos os seus dados de pesquisa (resultados dos instrumentos de avaliação, gravações de áudio e vídeo, anotações geradas a partir do atendimento etc.) são

confidenciais. Isto significa que será atribuído um nome fictício a eles. Os materiais produzidos a partir das avaliações e intervenções serão armazenados por tempo indeterminado, identificados pelo nome fictício.

Apenas o pesquisador responsável terá acesso aos dados de identificação. Todo o material utilizado será armazenado em uma sala trancada na USP.

A terapia oferecida também é confidencial. Isto significa que o terapeuta somente compartilhará informações sobre a criança com a orientadora da pesquisa ou em supervisão profissional. É importante destacar, porém, que há exceções para o sigilo. Por exemplo, pode ser necessário informar às autoridades caso haja suspeitas de abuso infantil ou de intenções de prejudicar a si ou a outros.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Apesar da duração pré-estabelecida do estudo, o tratamento somente será encerrado após acordo mútuo entre os responsáveis pela criança e o terapeuta. Isso significa que seu filho receberá tratamento enquanto for do seu interesse e dos demais responsáveis e enquanto for possível para o terapeuta. Caso o terapeuta necessite encerrar o tratamento serão oferecidas opções semelhantes às descritas na seção “alternativas à participação neste estudo”.

Você pode se recusar a participar deste estudo ou desistir dele a qualquer momento sem nenhuma sanção ou perda de benefícios.

Caso surjam novas preocupações sobre o tratamento ou sobre a sua participação no estudo o pesquisador responsável estará totalmente disponível para discuti-las.

Nome do pesquisador

Assinatura

Data

Declaração do participante

Recebi explicações sobre a pesquisa. Eu aceito ser voluntário nesta pesquisa. Eu tive oportunidade de fazer perguntas. Se surgirem novas dúvidas sobre a pesquisa ou se eu me prejudicar participando deste estudo, poderei entrar em contato com o pesquisador.

Se surgirem dúvidas sobre os meus direitos como um participante de pesquisa, posso consultar o Conselho de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde pelo site <http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/>. Eu recebi uma cópia impressa deste termo de consentimento.

Nome escrito do responsável

Assinatura

Data

Cópias: Pesquisador

Participante

APÊNDICE B – Termo de consentimento de Carlos e Brandão.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O
TRANSTORNO DESAFIADOR E DE OPOSIÇÃO

Pesquisadores:

Rodrigo Nunes Xavier - Psicólogo — CRP 6/85886, pesquisador responsável

Telefone de contato: (11) 94281-6297

Sonia Beatriz Meyer - Livre docente, orientadora

Departamento de Psicologia Clínica

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)

Você e seu filho estão sendo convidados a participar de uma pesquisa. O propósito deste termo de consentimento é fornecer as informações necessárias para que você se decida sobre esta participação. Por favor, leia o termo atentamente. Ao longo deste presente encontro o termo será explicado e você poderá fazer perguntas sobre o propósito da pesquisa, o que será solicitado a você durante ela, os possíveis riscos e benefícios de participar e os seus direitos enquanto voluntário. Após sanar todas as dúvidas, você poderá decidir se quer ou não participar deste estudo. Este processo é chamado de “consentimento informado”. Ao final deste encontro você poderá levar esta cópia do termo para o seu registro.

PROPÓSITO DESTE ESTUDO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma intervenção comportamental que entende que os relacionamentos interpessoais são fundamentais tanto como causa como para o tratamento dos problemas psicológicos. Porém ela tem sido muito mais estudada em adultos e apenas possui pesquisas sobre sua aplicação com crianças. Até agora os resultados têm sido considerados interessantes e os pesquisadores acreditam que novos estudos podem ajudar a entender melhor como ela funciona e o alcance dos resultados.

Assim, o propósito deste estudo é descrever os procedimentos adotados em um tratamento FAP com algumas crianças e registrar os resultados alcançados por causa do tratamento.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Neste estudo serão realizados dois procedimentos, um de avaliação e um de intervenção. As avaliações serão aplicadas em momentos diferentes para cada criança, o que implicará também em uma diferença na duração mínima do tratamento. Por isso, cada criança será sorteada para uma *condição* específica, que será mais bem descrita a seguir. Todos os procedimentos serão realizadas na Clínica Psicológica Durval Marcondes da USP, localizada no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, São Paulo, SP.

Avaliação

O procedimento de avaliação envolve mensurar o nível dos sintomas do transtorno de oposição desafiante antes, imediatamente depois e seis meses após o tratamento, o comportamento da criança durante as sessões e o funcionamento global e o nível de estresse ao longo do tratamento.

Para a avaliação da mudança do nível dos sintomas do transtorno de oposição desafiante será utilizado o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL). O CBCL é um instrumento com 112 questões sobre comportamentos e é respondido por um dos responsáveis para identificar transtornos infantis em pesquisas, diagnósticos e tratamentos. O resultado do CBCL classifica o nível dos sintomas da criança em *clínico*, o que indica nível semelhante ao de crianças que recebem tratamento; *limítrofe*, que indica necessidade potencial de tratamento; e *normal*, com nível de sintomas semelhante ao das crianças que não recebem nenhum tipo de serviço de saúde mental (ex., acompanhamento psicológico, medicação psiquiátrica). Um exemplo das questões que serão realizadas é a questão 21, que apresenta a afirmação “Destroí coisas de sua família ou de outros” e que dispõe de três opções de resposta, “não é verdadeira”, “um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira” e “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. O CBCL será aplicado antes do início do tratamento, após 20 sessões e seis meses após a 20ª sessão. O tempo necessário para responder o questionário é de cerca de uma hora e será solicitado à pelo menos um dos pais que o responda em um encontro previamente marcado juntamente com o pesquisador.

É muito importante destacar que a criança somente receberá o tratamento oferecido nesta pesquisa caso apresente nível de sintomas clínico ou limítrofe para o TOD na avaliação anterior à intervenção. Caso apresente nível de sintomas normal, sua ficha retornará novamente para a fila de espera e a família deverá aguardar o atendimento regular da Clínica Psicológica Durval Marcondes. Os pais receberão retorno da avaliação inicial com o CBCL independentemente da participação posterior da criança neste estudo.

A Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS) será utilizada para a mensuração dos comportamentos durante as sessões. A FAPRS foi criada para avaliar gravações em áudio ou vídeo de psicoterapia, sendo que os pesquisadores a utilizam para verificar se houve mudanças no comportamento da criança durante as sessões ao longo do tratamento.

Para avaliar a mudança no funcionamento global e no nível de estresse ao longo do tratamento será utilizado o Youth Outcome Questionnaire (“Questionário Infanto-Juvenil de Resultados”; Y-OQ 30.2), que se trata de um formulário com 30 questões que deve ser respondido pelos responsáveis (quando a criança possui entre quatro e 12 anos) ou pelo próprio adolescente (quando ele possui entre 12 e 17 anos). Um resultado com pontuação inferior a 30 indica funcionamento global e nível de estresse semelhante ao de crianças que não recebem serviços de saúde mental e, acima de 30, ao das que recebem. O tempo necessário para responder ao questionário é de cerca de dez minutos e ele será aplicado a um responsável antes da sessão ou à criança durante ela. Um exemplo das perguntas que serão realizadas é a questão 13 em que se lê “Não consigo confiar em amigos, familiares ou outros adultos” e diante da qual se deve indicar uma das cinco opções de respostas que vão de “Nunca” a “Sempre”. O Y-OQ 30.2 será aplicado antes do tratamento, na quarta, oitava, 12ª, 16ª, 20ª sessão e seis meses após a 20ª sessão. O responsável ou a criança poderá se recusar a responder qualquer questão sem sofrer nenhum prejuízo.

Intervenção

Em pesquisas sobre psicoterapia é recomendado que se compare o efeito de um tratamento em relação à uma linha de base. Dessa forma, neste estudos serão realizados três tipos de intervenção: uma terapia infantil convencional sem os elementos principais da FAP como linha de base; a FAP; e uma Orientação de Pais. A linha de base e a FAP

serão conduzidas diretamente com a criança em formato semanal e a Orientação de Pais com os responsáveis, porém sendo possível a participação da criança.

A terapia infantil convencional que será realizada durante a linha de base será caracterizada pela realização de brincadeiras livres e de recomendações para que a criança se engaje em comportamentos pró-sociais durante a semana com as pessoas com quem ela convive. Perguntas pessoais (ex., “Você ficou raiva da sua professora?”) serão realizadas durante as sessões, mas a criança poderá se recusar a responder a qualquer uma delas sem sofrer nenhum prejuízo.

Durante as sessões de FAP, o terapeuta irá incentivar e recompensar a criança a se engajar em demonstrações de consciência, coragem e amor com demonstrações semelhantes. Um exemplo comum é quando o terapeuta pede para a criança ter a coragem de contar um comportamento que ela tenha feito e que considere “mau”. Geralmente, o terapeuta reage a este tipo de demonstração de coragem da criança agradecendo-a por ter compartilhado este segredo e ressaltando a importância da comunicação. A terapia será realizada incluindo brincadeiras.

A Orientação de Pais será realizada em encontros esporádicos de acordo com solicitações realizadas pelo terapeuta, pela criança ou pelos responsáveis. Esta intervenção se dá a partir de recomendações sobre estratégias de manejo do comportamento da criança. Perguntas sobre práticas parentais (ex., “Você dá palmadas no seu filho quando ele se comporta mal?”) serão realizadas, mas é importante ressaltar que os responsáveis podem se recusar a respondê-las sem o risco de sofrer nenhum prejuízo.

Condições

Este é um estudo experimental e por isso os procedimentos devem ser realizados em momentos diferentes para cada criança. Todos os procedimentos deste estudo irão acontecer em um momento previamente determinado, sendo que todos os participantes receberão o tratamento que está sendo testado pelo mesmo período mínimo. Neste estudo foram elaboradas três condições diferentes, que podem ser conferidas a seguir.

Na *condição 1*, o estudo terá duração de 25 sessões. As sessões serão avaliadas com a FAPRS nas nove sessões iniciais e na 13ª, 17ª, 21ª e 25ª sessão. O funcionamento

global e os níveis de estresse da criança serão avaliados com o Y-OQ 30.2 na primeira, quinta, nona, 13^a, 17^a, 21^a e 25^a sessão.

Na *condição 2*, o estudo terá duração de 28 sessões. As sessões serão avaliadas com a FAPRS na segunda, quarta, da sexta até a 12^a, na 16^a, 20^a, 24^a e na 28^a sessão. O funcionamento global e os níveis de estresse da criança serão avaliados com o Y-OQ 30.2 na quarta, oitava, 12^a, 16^a, 20^a, 24^a e 28^a sessão.

Na *condição 3*, o estudo terá duração de 31 sessões. As sessões serão avaliadas com a FAPRS na terceira, sexta, da nona até a 15^a, e na 19^a, 23^a, 27^a e 31^a sessão. O funcionamento global e os níveis de estresse da criança serão avaliados com o Y-OQ 30.2 na terceira, sétima, 11^a, 15^a, 19^a, 23^a, 27^a e na 31^a sessão.

O CBCL será aplicado para a avaliação de nível de sintomas antes do início do estudo, ao final dele e seis meses depois em todas as condições.

RISCOS, ESTRESSE OU DESCONFORTO

O principal risco deste estudo envolve o tratamento. É possível que os problemas que te fizeram procurar por terapia não melhorem ou, ainda, que piorem. Também é possível que a criança se sinta desconfortável durante a sessão. É importante saber que você tem o direito de retirar a criança da terapia a qualquer momento caso sinta que os problemas estão piorando ou que há muito desconforto. Porém, se considera importante lembrar que este é um risco natural de qualquer tratamento.

Já em relação ao processo de avaliação necessário para este trabalho, é preciso alertar que serão realizadas perguntas sobre comportamentos, emoções e saúde mental que às vezes produzem desconforto ou causam a sensação de invasão da privacidade em quem está respondendo. Mas se você tiver alguma com a natureza de qualquer uma das questões, você está convidado a conversar sobre elas e também será empenhado um esforço constante para que as avaliações sejam conduzidas de forma a garantir o seu conforto e o do seu filho.

Também é necessário alertar sobre os riscos envolvidos nas gravações de áudio e vídeo. Apesar de que os arquivos que contém tais gravações serão identificados com nomes fictícios, é possível que haja reconhecimento no material gravado a partir da voz ou pela menção de informações pessoais durante as sessões em caso, por exemplo, de roubo deste material. Todos os cuidados serão tomados para evitar este tipo de problema,

por exemplo, mantendo as gravações trancadas dentro de uma sala especial da USP. Apesar da existência de possibilidades extremas, como violação da vigilância da USP e arrombamento, até hoje a sala de arquivamento de materiais nunca sofreu nenhuma perda.

A participação neste estudo voluntária. É possível se retirar dele a qualquer momento sem perder nenhum benefício. A decisão de não participar ou de se retirar desta pesquisa não afeta as relações futuras entre os participantes e a USP ou a Clínica Psicológica Durval Marcondes, nem irá influenciar a disponibilidade de serviços disponíveis fora destas unidades. Se você decidir se retirar o seu filho do estudo, mas ainda quiser continuar que ele continue com o tratamento, isto será permitido ou será oferecida ajuda para que se realize um encaminhamento que atenda às suas necessidades para os serviços disponíveis na Clínica Psicológica Durval Marcondes.

ALTERNATIVAS À PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO

A Clínica Psicológica Durval Marcondes possui diversos serviços terapêuticos que não estão vinculados a nenhuma pesquisa. Se não houver interesse em participar desta pesquisa, é possível consultar o responsável para identificar a melhor forma de atender às suas necessidades. Algumas das alternativas disponíveis podem ser pagas.

BENEFÍCIOS DO ESTUDO

É esperado alívio dos problemas que motivaram a procura por atendimento, porém não é possível garantir sucesso. Além disso, a sociedade poderá ser beneficiada caso os resultados desta pesquisa forem positivos, pois será disponibilizada uma terapia efetiva para o tratamento estes problemas.

SIGILO DAS INFORMAÇÕES DO ESTUDO

Todos os seus dados de pesquisa (resultados dos instrumentos de avaliação, gravações de áudio e vídeo, anotações geradas a partir do atendimento etc.) são confidenciais. Isto significa que será atribuído um nome fictício a eles. Os materiais produzidos a partir das avaliações e intervenções serão armazenados por tempo indeterminado, identificados pelo nome fictício.

Apenas o pesquisador responsável terá acesso aos dados de identificação. Todo o material utilizado será armazenado em uma sala trancada na USP.

A terapia oferecida também é confidencial. Isto significa que o terapeuta somente compartilhará informações sobre a criança com a orientadora da pesquisa ou em supervisão profissional. É importante destacar, porém, que há exceções para o sigilo. Por exemplo, pode ser necessário informar às autoridades caso haja suspeitas de abuso infantil ou de intenções de prejudicar a si ou a outros.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Apesar da duração pré-estabelecida do estudo, o tratamento somente será encerrado após acordo mútuo entre os responsáveis pela criança e o terapeuta. Isso significa que seu filho receberá tratamento enquanto for do seu interesse e dos demais responsáveis e enquanto for possível para o terapeuta. Caso o terapeuta necessite encerrar o tratamento serão oferecidas opções semelhantes às descritas na seção “alternativas à participação neste estudo”.

Você pode se recusar a participar deste estudo ou desistir dele a qualquer momento sem nenhuma sanção ou perda de benefícios.

Caso surjam novas preocupações sobre o tratamento ou sobre a sua participação no estudo o pesquisador responsável estará totalmente disponível para discuti-las.

Nome do pesquisador

Assinatura

Data

Declaração do participante

Recebi explicações sobre a pesquisa. Eu aceito ser voluntário nesta pesquisa. Eu tive oportunidade de fazer perguntas. Se surgirem novas dúvidas sobre a pesquisa ou se eu me prejudicar participando deste estudo, poderei entrar em contato com o pesquisador. Se surgirem dúvidas sobre os meus direitos como um participante de pesquisa, posso consultar o Conselho de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde pelo site <http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/>. Eu recebi uma cópia impressa deste termo de consentimento.

Nome escrito do responsável

Assinatura

Data

Cópias: Pesquisador

Participante

APÊNDICE C – Carta com a Racional da FAP.

Oi, Júlio! Tudo bem?

Estou em minha casa pensando um pouco sobre você e sobre o seu tratamento. Eu gostaria que algumas coisas ficassem marcadas pra você e ficarei muito feliz se você abrir o seu coração para o que escrevi nesta carta.

Eu acredito muito mesmo que você pode ser mais feliz se melhorar suas habilidades de consciência, coragem e amor. Eu estou aqui pra te ajudar a treinar estas habilidades comigo.

Agora eu vou explicar o que eu quero dizer com isso:

Treinar a consciência é entender porque as coisas acontecem com você. Por exemplo, nós sabemos que suas emoções mudam rapidamente, então eu vou pedir pra você me contar quando suas emoções mudarem rapidamente na hora que estamos juntos e vou tentar descobrir por que elas mudaram - pode ser que elas mudaram por alguma coisa que eu disse!

Treinar a coragem é fazer alguma coisa para ser feliz apesar dos problemas. Por exemplo, se eu fizer alguma coisa que mexa com as suas emoções, eu gostaria que você me contasse como se sentiu e o que você quer que eu faça.

E treinar o amor é fazer alguma coisa para deixar os outros felizes apesar dos problemas. Por exemplo, quando eu mexer com suas emoções durante a sessão, me conte isso com calma e paciência. Farei o meu melhor pra te entender e ajudar!

Espero que nossa terapia juntos te ajude a viver muito feliz!

Um grande abraço do seu psicólogo.

APÊNDICE D – Frequências das Categorias

Tabela 2. Resultado em frequência da avaliação do caso Júlio com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS).

	Psicoterapia Analítica Funcional					Total/ categoria
Sessão	4	8	12	16	20	
Problemáticos	3	9	4	26	3	45
Progressos	34	60	53	62	60	269
CPR	51	48	55	34	103	291
CTR	96	33	20	63	32	244
Total/cliente	184	150	132	185	198	849
Regra 2	18	23	12	28	12	93
Regra 3-1	2	5	4	15	3	29
Regra 3-2	21	48	50	54	52	225
Regra 3-Inf	1	2	0	0	0	3
TPR	47	45	53	33	101	279
TTR	96	27	13	58	30	224
Total/terapeuta	185	150	132	188	198	853
Total/sessão	369	300	264	373	396	1702

Tabela 3. Resultado em frequência da avaliação do caso Carlos com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS).

	Terapia Analítico-Comportamental					Psicoterapia Analítica Funcional					Total/categoria
Sessão	2	4	6	8	10	15	20	25	30	35	
Problemáticos	1	8	3	1	2	7	0	18	7	11	58
Progressos	0	10	3	0	1	18	4	14	27	15	92
Interpretações	3	7	6	2	3	3	2	8	8	0	42
Relato de problemas	15	18	7	0	3	0	0	3	0	1	47
Relato de progressos	0	0	1	1	10	0	12	0	1	0	25
Regra 4-Pos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CPR	77	69	134	218	262	181	172	49	82	55	1299
CTR	3	3	1	0	1	1	17	6	4	1	37
Cincomp	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Total/cliente	99	116	155	222	282	211	207	98	130	84	1604
Regra 2	0	7	1	0	0	8	1	3	7	1	28
Regra 3-1	1	4	2	0	0	2	0	9	7	11	36
Regra 3-2	0	5	3	0	1	14	3	12	20	13	71
Regra 3-3	2	4	1	0	2	2	2	7	9	0	29
Regra 3-1 Inf	0	3	1	1	1	5	0	10	0	1	22
Regra 3-2 Inf	0	0	0	0	0	3	1	0	2	0	6
Regra 4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Regra 5	0	2	0	0	2	0	2	1	3	8	18
R01	8	5	1	0	3	0	0	2	0	0	19
RO2	0	0	1	1	10	0	11	0	0	0	23
TPR	87	76	144	222	257	175	168	53	74	49	1305
TTR	1	6	0	0	2	0	20	2	9	3	43
Total/terapeuta	99	112	154	224	278	210	208	99	131	86	1601
Total/sessão	198	228	309	446	560	421	415	197	261	170	3205

Tabela 4. Resultado em frequência da avaliação do caso Carlos com a Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS).

	Terapia Analítico-Comportamental					Psicoterapia Analítica Funcional					Total/ sessões
Sessão	3	8	12	16	20	24	30	36	43	45	
Cincomp	2	15	12	4	13	9	17	2	1	0	75
CPR	216	231	254	216	119	189	297	305	264	199	2290
Problemáticos	12	31	48	35	72	62	15	26	12	78	391
Progressos	3	15	25	9	7	25	24	53	111	21	293
Interpretações	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6
CTR	0	3	0	1	0	0	0	15	4	0	23
O1	5	3		0	0	0	4	0	1	0	13
O2	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13
Total/ cliente	240	300	341	265	211	285	357	401	406	298	3104
Regra1	0	0	2		0	0	0	0	0	0	2
Regra2	0	1	5	3	4	5	7	5	8	4	42
Regra3.1	9	22	42	33	53	54	15	24	10	73	335
Regra3.1-Inf	2	5	6	3	15	9	0	1	0	2	43
Regra3.2	1	14	20	9	5	26	24	55	107	21	282
Regra3.2-Inf	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Regra3.3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Regra5	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Tincomp	1	4	3	2	1	0	0	0	0	0	11
TO1	2	4	0	0	0	0	3	0	1	0	10
TO2	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12
TPR	219	241	260	215	132	188	308	301	261	196	2321
TTR	0	0	0	0	0	5	1	18	6	0	30
Total/ terapeuta	239	298	341	265	211	287	358	404	405	296	3104
Total/ sessão	479	598	682	530	422	572	715	805	811	594	6208

ANEXOS

ANEXO A – Youth Outcome Questionnaire.

Questionário Infanto-Juvenil de Resultados

(Y-OQ 30.2 Português)

Nome: _____ ID: _____ Data: ____/____/____

Propósito: O Y-OQ 30.2 foi criado para descrever muitas situações, comportamentos e humores problemáticos para crianças e adolescentes. Você pode perceber que alguns itens não se aplicam à sua situação. Neste caso, por favor não deixe o item em branco, mas assinale na categoria “Nunca ou quase nunca”. Quando começar a responder, você perceberá que pode se fazer parecer saudável ou não de acordo com seu interesse. Por favor, não faça isto. Se você for o mais correto possível, é mais provável que você receba a ajuda que está procurando.

	Nunca ou quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Tenho dores de cabeça ou sinto tonturas.					
2. Não participo mais de atividades que costumava achar divertidas.					
3. Discuto ou falo grosseiramente com os outros.					
4. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas ou as faço de qualquer jeito.					
5. Minhas emoções são intensas e mudam rapidamente.					
6. Entro em brigas físicas (socos, chutes, mordidas ou arranhões) com familiares ou outros da minha idade.					
7. Fico preocupado e não consigo tirar pensamentos da cabeça.					
8. Roubo ou minto.					
9. Não consigo parar sentado (ou sou muito agitado).					
10. Uso álcool ou drogas.					
11. Sou tenso e me assusto com facilidade.					
12. Fico triste ou infeliz.					
13. Não consigo confiar em amigos, familiares ou outros adultos.					
14. Acho que as pessoas tentam me prejudicar mesmo quando não tentam.					
15. Ameaço ou já fugi de casa.					
16. Brigo fisicamente com adultos.					
17. Meu estômago dói ou me sinto mal mais do que os outros da minha idade.					
18. Não tenho ou não mantenho amigos por muito tempo.					
19. Penso em suicídio ou sinto que seria melhor morrer.					
20. Tenho pesadelos, dificuldade para pegar no sono, durmo demais ou acordo muito cedo.					
21. Questiono ou reclamo de regras, expectativas alheias ou responsabilidades.					
22. Quebro regras, leis ou não atinjo as expectativas dos outros de propósito.					
23. Me sinto irritado.					
24. Fico com raiva a ponto de fazer ameaças.					
25. Arrumo confusão quando estou entediado.					
26. Destruo as coisas dos outros de propósito.					

27. Não consigo me concentrar, pensar claramente ou terminar tarefas.					
28. Me isolo da minha família e amigos.					
29. Ajo sem pensar e não me preocupo com o que vai acontecer.					
30. Sinto que não tenho amigos ou que ninguém gosta de mim.					

Instruções: Leia cada afirmação com atenção. Decida quanto cada afirmação é válida de acordo com a última semana. Assinale a opção que mais corretamente descreve a semana passada. Utilize apenas uma resposta para cada afirmação e corrija marcações incorretas com nitidez.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA O TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: EXPERIMENTO DE CASO ÚNICO

Pesquisador: RODRIGO NUNES XAVIER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52357315.4.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.427.412

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de doutorado, com financiamento da FAPESP, que investiga a eficácia da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) para o tratamento do transtorno de oposição desafiante (TOD), por meio de 4 estudos. Serão pesquisados 20 participantes, sendo que 16 participarão do Estudo II, um participará do Estudo III e três participarão do Estudo IV. Os convidados a participar da pesquisa serão crianças de oito a 12 anos, cujos pais tenham solicitado atendimento psicológico na Clínica Psicológica Durval Marcondes do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, a queixa principal deve ser relacionada aos sintomas de TOD e, após ser avaliada pelo CBCL - Child Behavior Checklist, a criança deve apresentar nível de sintomas de TOD clínico ou limitrofe. Na introdução teórica são caracterizados tanto a FAP quanto o TOD, bem como diversos estudos a respeito.

"ESTUDO I :revisão bibliográfica para identificação de estratégias da terapia comportamental infantil coerentes com as técnicas da FAP, a serem utilizadas no presente estudo.

ESTUDO II: tradução e a adaptação cultural do Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ 30.2), que é um instrumento de avaliação de progressos terapêuticos de usuários de serviços de saúde mental.

ESTUDO III: estudo de caso piloto de delineamento quase-experimental em que a FAP

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 1.427.412

será aplicada em sessões semanais de 50 minutos a uma criança de oito a doze anos com classificação para TOD.

ESTUDO IV: pesquisa com delineamento experimental de caso único com linha de base múltipla entre três participantes, em que a intervenção é aplicada sistematicamente a três diferentes participantes em diferentes momentos e serve para verificar se existe uma relação funcional entre a intervenção e os resultados.

As fases do experimento serão uma linha de base (Fase A), em que serão realizadas sessões semanais de 50 minutos com brincadeiras livres e orientações para a criança se engajar em comportamentos de melhora, e uma fase experimental em que a FAP será introduzida (Fase B), também em sessões semanais de 50 minutos".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claramente descritos, quais sejam:

- "- Demonstrar a eficácia de uma aplicação da FAP para o tratamento do TOD.
- Descrever intervenções derivadas da clínica comportamental infantil coerentes com as técnicas da FAP.
- Traduzir e adaptar culturalmente um instrumento de acompanhamento de progressos para usuários de serviços de saúde mental."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados os riscos previsíveis e as estratégias para minimizar seus efeitos, caso deflagrados. Estes estão descritos tanto no projeto, quanto nos TCLEs.

São informados os benefícios diretos para os participantes, em virtude da intervenção proposta, a qual "tem sido utilizada por terapeutas experientes", mas também indireta, uma vez que tal estudo pretende "em termos científicos, (...) apresentar estudos conclusivos sobre sua efetividade". Também "é esperado que esta intervenção seja útil para a diminuição dos sintomas de TOD das crianças (...) e melhorias para a FAP enquanto intervenção para o TOD."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O conjunto dos documentos apresentados estão descritos de forma clara e suficiente à apreciação ética do projeto proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos estão apresentados de modo adequado, permitindo a apreciação das implicações éticas deste projeto de pesquisa. Foi elaborado um TCLE para cada fase da pesquisa, dirigido aos

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 1.427.412

responsáveis pelas crianças participantes. Todos eles encontram-se adequados, com todas as informações necessárias à decisão livre e esclarecida sobre a participação na pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_501949.pdf	04/01/2016 18:47:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil_FINAL.docx	04/01/2016 18:46:55	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_PB.pdf	04/01/2016 18:45:40	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_estrutura.pdf	04/01/2016 18:45:17	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEs_Plataforma_Brasil.docx	04/01/2016 18:44:08	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.427.412

Justificativa de Ausência	TCLes_Plataforma_Brasil.docx	04/01/2016 18:44:08	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	01/12/2015 13:40:15	RODRIGO NUNES XAVIER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br