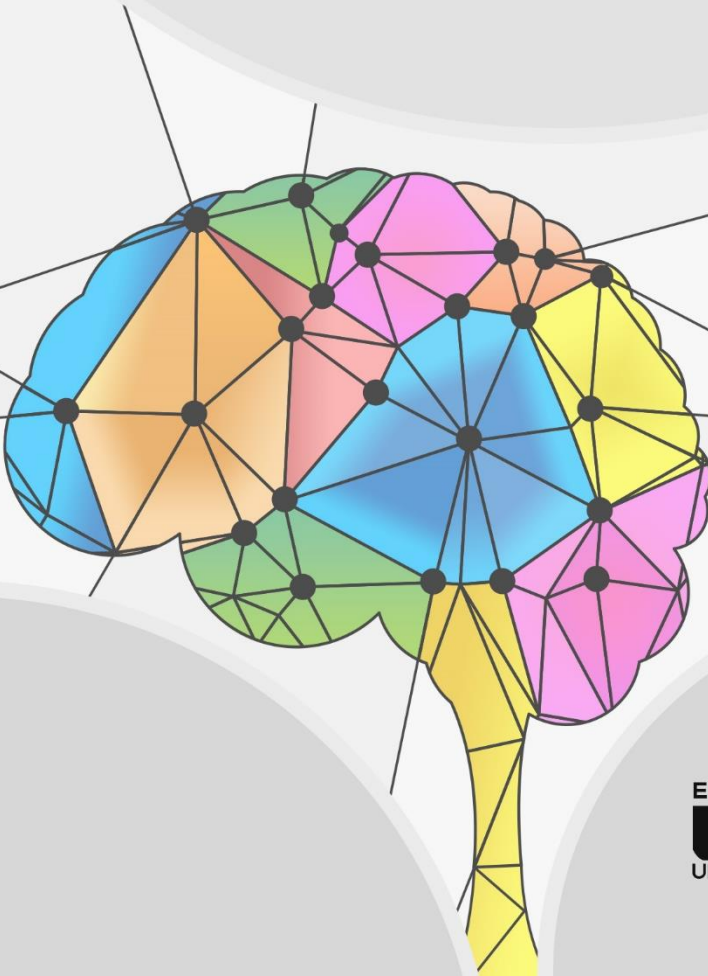


ISSN (em atribuição)



REVISTA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DO MINDELO
VOL. 3 (2) - 2016

CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
EDIÇÃO ESPECIAL



EDITORA DA

UNIVERSIDADE
DO MINDELO

Objectivos

A RUMUS – Revista Científica da Universidade do Mindelo – é propriedade da Editora da Universidade do Mindelo.

A RUMUS é um periódico técnico-científico, multidisciplinar e bianual, cujo objetivo é divulgar o conhecimento científico no âmbito das literaturas e ciências sociais, económicas e empresariais, ciências da saúde e da tecnologia e que se destina aos investigadores, docentes, estudantes e outros profissionais.

A RUMUS possui uma página na Internet que pode ser consultada em www.uni-mindelo.edu.cv/rumus.

E-mail da Rumus: contactos e submissões
rumus@uni-mindelo.edu.cv

ISSN (em atribuição)

© Editora da Universidade do Mindelo
Rua Patrice Lumumba, Caixa Postal 648
Mindelo
2110 São Vicente
Cabo Verde – Cape Verde
tel: +238 231 689 6
e-mail: editora@uni-mindelo.edu.cv

Copyright

Ao submeter o artigo a publicação, o Autor cede automaticamente os direitos de publicação e reprodução à Editora da Universidade do Mindelo.

Os artigos publicados na RUMUS não podem ser reproduzidos, parcialmente ou na íntegra, sem a autorização prévia da Editora da Universidade do Mindelo mediante um parecer do Editor-in-Chief.

Editor-in-Chief: Luis Maia
Coordenação Executiva: Dominika Swolkien
Assistentes da Edição: Yasmin Mártir e Tânia dos Santos
Projeto Gráfico e Capa: Filipe Mandl
Revisão Final: Autores/Editora da Universidade do Mindelo



Revista Científica da Universidade do Mindelo

VOL. 3 (2) - 2016

Editor-in-Chief

Luis Maia
(Universidade da Beira Interior)

Editor Auxiliar

Dominika Swolkien
(Universidade do Mindelo)

Conselho Editorial

Onésimo Silveira (Academia das Ciências e Humanidades de Cabo Verde, Cabo Verde)
Manuel Veiga (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)
Nicolas Quint (Centre National de la Recherche Scientifique, França)
José Fortes Lopes (Universidade de Aveiro, Portugal)
José Eduardo Pinto-da-Costa (Uni. Lusíada e Uni. Portucalense, Portugal)
Albertino Graça (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)
Manuel Joaquim Loureiro (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Juan Sánchez Rodriguez (Universidad de Salamanca, Espanha)
José Vasconcelos-Raposo (Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Portugal)
Pedro Guedes de Carvalho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Daniel Marinho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Luísa Branco (Universidade da Beira Interior, Portugal)
João Marques Teixeira (Universidade do Porto, Portugal)
Jorge Oliveira (Universidade Lusófona, Portugal)
Luísa Soares (Universidade da Madeira, Portugal)
Paula Saraiva Carvalho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Nuno Cravo Barata (Universidade Portucalense, Portugal)
Paulo Lopes (Universidade Lusófona, Portugal)
Pedro Gamito (Universidade Lusófona, Portugal)
Ricardo João Teixeira (Universidade de Aveiro, Portugal)
Graziela Raupp Pereira (Universidade Santa Catarina, Brasil)
Donizete Aparecido Rodrigues (Universidade da Beira Interior, Portugal)



Revista Científica da Universidade do Mindelo

VOL. 3 (2) - 2016

Editores Associados

Alcides Graça (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

Juscelino Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

João Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

João Rosa (Bridgwater State College, Estado Unidos da América)

Ana Cordeiro (Ilhéu Editora, Cabo Verde)

Liliana Inverno (Instituto Português do Oriente, Macau)

José Lopes da Veiga (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

Rosemeire Ambrozano (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal)

Lúcia Vaz Velho (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal)

José Almada Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

Ana Amaro (Universidade da Beira Interior, Portugal)

Clara Margaça (Universidade da Beira Interior, Portugal)

Ema Carolina Domingos (Universidade da Beira Interior, Portugal)

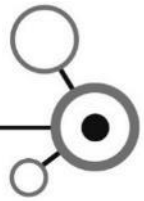
Mónica Sousa (Universidade de Aveiro, Portugal)

Sofia Silva (Universidade da Beira Interior, Portugal)



ÍNDICE

Mudança narrativa em psicoterapia breve: os momentos de inovação <i>João Batista e Miguel Gonçalves</i>	171
Análisis de la ansiedad ante la muerte en una muestra de profesionales de la enfermería <i>María H. Benavente Cuesta e María Paz Quevedo-Aguado</i>	193
A psicologia aplicada no treino de crianças em risco <i>Edgar Galindo</i>	215
Convive: un programa psicosocial de atención a personas con diabetes <i>María Teresa Vega Rodríguez</i>	241
A estatística, sua história e aplicações <i>Gilberto Alves Neves</i>	261
Psicologia: a ciência do comportamento e da mente humana <i>Luísa Soares</i>	281
A tirania da estética: sobre mulheres e seus corpos <i>Joana Novaes et al.</i>	297
As famílias e os desafios dos tempos modernos <i>Marta Cabral</i>	325
Parafilias / Autonepiofilia <i>Maria Calado Branco</i>	339
Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas (drogas – dependência química e álcool) <i>Paula Teixeira e Luis Alberto Maia</i>	355



A psicologia aplicada no treino de crianças em risco

Edgar Galindo
Universidade de Évora, Portugal
ecota@uevora.pt

Resumo

Este artigo apresenta a maneira como a psicologia tenta cumprir às três tarefas fundamentais relativas às crianças em risco, nomeadamente, a compreensão teórica das perturbações, a criação de formas de diagnóstico, e a criação de formas de tratamento para as perturbações. Com estes objetivos, explica o conceito de desenvolvimento desviante e os contributos da Análise Comportamental Aplicada (ACA) para o diagnóstico e o tratamento dos problemas das crianças em risco. Apresenta os trabalhos realizados pelo autor com crianças em risco de comunidades marginais, com alguns casos ilustrativos. A conclusão é que as técnicas da ACA podem ser aplicadas à reabilitação, treino e ensino especial de crianças com incapacidades intelectuais, sensoriais e motoras, e que as técnicas são eficazes e podem ser aplicadas com sucesso por pessoas com pouca formação. Finalmente, é apresentado também um modelo do ensino da psicologia mais adequado às realidades dos países em desenvolvimento, no qual é possível unir o ensino, a investigação e o serviço à comunidade.

Palavras-chave: *desenvolvimento psicológico, desenvolvimento desviante, psicologia aplicada, crianças em risco, análise comportamental aplicada.*

Abstract

This paper presents the answers of Psychology to three urgent tasks related to children at risk, namely, a theoretical comprehension on the origins of disorders, diagnosis procedures and treatment procedures for children with disorders. To attain these goals, the paper explains the concept of deviated development and the contributions of Applied Behavior Analysis (ABA) for diagnosis and training of children at risk, as well as the work made by the author with slum children; some cases are shown. It is concluded that ABA techniques can be applied in the rehabilitation, training and special education of children with intellectual, sensorial

or motor disabilities; these techniques are efficient and can be applied successfully by non professional persons. Finally, the paper proposes a model to teach Psychology in the special conditions of developing countries, uniting teaching, research and community service.

Keywords: *psychological development, deviated development, applied Psychology, children at risk, Applied Behavior Analysis.*

Introdução

Os temas deste artigo são a psicologia aplicada e as crianças em risco. O conceito de crianças em risco deve ser entendido no contexto dos esforços da psicologia para explicar as perturbações da criança. Autores como Mash e Wolfe (2013, p. 15-16) defendem que o percurso do desenvolvimento psicológico é determinado por fatores de risco e fatores protetores:

Um fator de risco é a variável que precede a um resultado negativo de interesse e aumenta a probabilidade de o resultado acontecer de novo. Em contraste, um fator de proteção é uma variável pessoal ou situacional que reduz a probabilidade de a criança desenvolver uma perturbação (...) Os fatores protetores são variáveis pessoais ou situacionais que reduzem a probabilidade de uma criança desenvolver uma perturbação. Os fatores de risco fazem exatamente o contrário—aumentam a probabilidade de uma criança desenvolver um problema.

Um corpo são, um ambiente familiar estável e uma sociedade em paz são os melhores exemplos de fatores protetores. Pelo contrário, são exemplos de fatores de risco as deficiências orgânicas, a violência na comunidade, o divórcio dos pais, as situações stressantes, a adversidade crónica, a pobreza crónica, e a ausência de cuidados parentais. O termo “crianças em risco” (*children at risk*) é utilizado por expertos, organizações internacionais, organizações governamentais e organizações não governamentais para referir-se a crianças que têm uma maior probabilidade de ter problemas de saúde mental. Em termos gerais, são (Mash & Wolfe, 2013, p. 19):

- Crianças de famílias ou de ambientes sociais pobres;
- Crianças que crescem em famílias abusivas ou negligentes;
- Crianças que não recebem cuidados infantis adequados;

- Crianças nascidas com baixo peso devido a hábitos inadequados da mãe, como fumar, consumir drogas, fazer dietas ou abusar do álcool;
- Crianças de pais com problemas de doença mental ou abuso de substâncias;

Devemos acrescentar a este grupo as crianças que nascem com alguma deficiência orgânica, sensorial (cegueira), física (paralisia cerebral) ou genética (síndrome de Down).

Nas páginas seguintes analisaremos com maior detalhe estes temas e o contributo da psicologia para a explicação teórica, o diagnóstico e o tratamento destas crianças. Não obstante, ainda antes de abordar esses temas, é preciso fazer alguns apontamentos no que diz respeito ao desenvolvimento psicológico em geral; tentaremos traçar uma perspetiva do desenvolvimento, com o intuito de explicar a partir dela o “desvio do desenvolvimento” e o aparecimento de perturbações e incapacidades na criança.

O desenvolvimento do indivíduo humano é um processo de mudanças biológicas e psicológicas. Em termos biológicos, ocorre um amadurecimento das estruturas corporais, que dão lugar ao aparecimento de competências cada vez mais complexas. Em termos psicológicos, paralelamente com o desenvolvimento do sistema nervoso central, ocorre o aparecimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais cada vez mais complexas tanto em termos qualitativos como quantitativos. Nos primeiros meses de vida, o processo é rapidíssimo e mais tarde torna-se cada vez mais lento, até chegar a um ponto máximo no qual foram atingidas as maiores capacidades possíveis. Infelizmente, muitas crianças não conseguem desenvolver as suas capacidades e competência de uma maneira harmoniosa e continuada. Existe um largo leque de perturbações da criança: incapacidade intelectual, perturbações do espectro do autismo, perturbações da comunicação e da aprendizagem, hiperatividade/défice de atenção, perturbações da conduta, perturbações alimentares, etc., a lista é longa!

O que pode fazer a psicologia, perante um universo de crianças afetadas por perturbações? A psicologia tem três tarefas principais no âmbito da psicopatologia da criança:

1. A compreensão teórica do desenvolvimento desviante e da origem das perturbações subsequentes.
2. A criação de formas de diagnóstico e avaliação das perturbações.

3. A criação de formas de tratamento para as perturbações: terapia, treino ou educação especial, incluindo formas de prevenção.

As três tarefas da psicologia estão intimamente vinculadas. Assim, uma forma de diagnóstico implica um conceito teórico e, no melhor dos casos, o diagnóstico leva necessariamente a um tratamento. Infelizmente, na psicologia raramente encontramos uma unidade entre a base teórica, o diagnóstico e o tratamento. Por exemplo, o resultado de um teste de inteligência clássico leva a um “diagnóstico”, mas não indica qual é o tratamento. Pior ainda, durante muitos anos os psicólogos no campo limitaram-se a aplicar testes para escrever longos diagnósticos, sem oferecer nenhum tratamento aos seus pacientes. Nós, pelo contrário, partimos de pressuposto de que a psicologia aplicada não é apenas a elaboração de diagnósticos e de que o diagnóstico deve ser a base para uma intervenção: Numa psicologia aplicada não deve haver intervenção sem diagnóstico, nem diagnóstico sem intervenção.

Nas páginas seguintes ofereceremos uma compreensão teórica da psicopatologia da criança, através do conceito de desenvolvimento desviante, a qual será o fundamento para explicar logo as formas de diagnóstico e avaliação das perturbações da criança, bem como as formas de tratamento derivadas dessa avaliação. Para ilustrar a intervenção, apresentaremos alguns casos, tirados da experiência do autor no trabalho com crianças em risco dos bairros marginais da Cidade do México. Finalmente, faremos algumas reflexões sobre o papel da psicologia nos países em desenvolvimento.

Desenvolvimento desviante

Como dissemos, o desenvolvimento do indivíduo humano nem sempre acontece como foi explicado acima. Frequentemente ocorrem eventos que podem desviar o desenvolvimento e dar origem a uma perturbação. A perturbação pode ser cognitiva ou emocional, ou ambas.

Explicar a ocorrência dessas perturbações é uma das maiores preocupações dos psicólogos, já que o seu diagnóstico e eventual tratamento depende do conhecimento das causas. Autores como, Thomas Achenbach, Eric Mash, David Wolfe, Urie Bronfenbrenner, Lev Vygotsky e Sydney Bijou têm tentado encontrar uma explicação científica abrangente das perturbações da criança. As suas ideias formam a base do nosso conceito de desenvolvimento desviante.

Achenbach 1990, e Mash e Wolfe 2013, autores da “psicopatologia desenvolvi mental” são relevantes porque salientam a importância de integrar

diferentes abordagens da Psicologia para formar um macroparadigma. De acordo com eles, há quatro pontos essenciais para compreender as perturbações da criança:

1. O desenvolvimento normal e o desenvolvimento anormal dependem das mesmas leis;
2. O contexto é importantíssimo;
3. O comportamento é multideterminado;
4. O comportamento e o ambiente influenciam-se mutuamente;

Bronfenbrenner (v. Cole & Cole, 1989) interessa pela sua abordagem ecossistémica, segundo a qual a disposição biológica da criança e as forças do ambiente atuam combinadamente para moldar o seu desenvolvimento. O nosso autor imaginou a criança no centro de uma serie de círculos concêntricos que representam o contexto ambiental, dividido em camadas sucessivas chamadas microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema, e cronossistema, que incluem os diversos ambientes sociais que afetam a criança, desde a família até a história cultural do seu grupo. As ideias de Bronfenbrenner impulsionaram a criação do Head Start 1997, um programa de treino para o desenvolvimento de crianças carenciadas e das suas famílias, baseado numa noção de intervenção precoce. Este modelo inspirou muitas outras intervenções, incluindo as minhas próprias nos bairros marginais da Cidade do México, que fazem objeto deste artigo.

Vygotsky é importante para nós devido à sua teoria do desenvolvimento perturbado (ver Galindo, 2007). A teoria defende que no desenvolvimento psicológico coexistem duas linhas, a biológica e a sociocultural, que mantem uma relação dialética. As funções psicológicas superiores, como o pensamento, surgem quando as duas linhas se reúnem, quando a maturação biológica e o desenvolvimento sociocultural coincidem. Nalgumas crianças, a existência de um dano ou uma lesão perturba o desenvolvimento e aparece uma divergência entre as duas linhas, e a consequência é uma incapacidade ou uma perturbação. Vygotsky considera que um dano ou uma lesão é um fator que transforma a relação da criança com o seu ambiente. A mudança negativa da relação organismo-ambiente repercute-se nas relações sociais. O treino, a educação ou a terapia é o estabelecimento de vínculos com as duas linhas do desenvolvimento através de uma compensação. Daqui deriva a conceção vygotkiana do desenvolvimento perturbado, baseada em três princípios centrais: o da compensação social, o do nível primário ou secundário dos

defeitos, e o da estrutura do desenvolvimento desviante. A compensação social depende daquilo a que Vygotsky chama estrutura do desenvolvimento desviante, que consiste em dois tipos básicos de defeitos, a saber: os defeitos primários, que são uma consequência direta dos danos originais, orgânicos ou ambientais, e os secundários, que são desencadeados pelos primários e dependem da situação específica da criança no contexto social. Os defeitos secundários são, pois, os efeitos sociais dos defeitos primários. Isto significa que o desenvolvimento da criança com perturbação ou incapacidade é determinado não apenas pela existência de particularidades primárias, que resultam da lesão, mas também de complicações secundárias, terciárias, etc., que derivam não do dano em si mas igualmente das particularidades primárias. A ausência de uma educação, treino ou terapia pode dar lugar a desvios e danos cada vez maiores, já que os danos secundários se multiplicam geometricamente. Em resumo, o contributo de Vygotsky para a educação de crianças com incapacidades é importante por duas razões. Em primeiro lugar, oferece o conceito de desenvolvimento perturbado pelo aparecimento de defeitos primários, secundários, terciários, etc. Em segundo, é um modelo de tratamento baseado na intervenção dirigida através da compensação, processo que é entendido como um fenómeno social.

A abordagem de Bijou 1963 é fundamental para os nossos propósitos, já que defende que o desenvolvimento psicológico é função de quatro fatores básicos:

1. Determinantes biológicos do passado;
2. Determinantes biológicos atuais;
3. História anterior de interação do indivíduo com o ambiente;
4. Condições ambientais atuais;

O desenvolvimento desviante obedece à mesma legalidade. Este é produzido quando há alterações extremas em uma ou várias das condições que determinam o desenvolvimento em geral. Por exemplo, uma alteração orgânica (lesão, disfunção ou doença) é importante porque perturba o contacto entre o organismo e o ambiente, ou seja, o processo de aprendizagem, e produz formas de comportamento inadequadas ou impede a aquisição de formas de comportamento adequadas. Uma alteração do ambiente também pode produzir padrões de comportamento que são indesejáveis ou que se afastam de uma norma: falamos então de um desvio no desenvolvimento e da existência de uma perturbação. Uma perturbação, como a incapacidade intelectual, pode dever -se

a fatores biológicos que delimitam a capacidade de resposta do indivíduo, como acontece no caso das doenças corporais. Ou pode ser causada por condições físicas e sociais, ou seja, o tipo de estimulação recebida pelo indivíduo, a qualidade do seu ambiente, a atenção recebida, as interações com os familiares, etc. A aprendizagem é um conceito-chave para a compreensão dos problemas da criança com incapacidades, dificuldades ou perturbações: como resultado da interferência nos processos de aprendizagem, a criança apresenta uma ausência de repertórios comportamentais adaptados ou a presença de repertórios inadaptados, o seja que o indivíduo não conseguiu apreender aquilo que a comunidade exige dos seus membros para viver em sociedade, devido a presença de certas condições extraordinárias de caráter biológico, físico ou social.

A partir das ideias dos autores citados, podemos concluir que o desenvolvimento psicológico do indivíduo é função de um conjunto de fatores internos e externos. Entre os internos estão as características biológicas do indivíduo, que abrangem os genes, o aparelho motor e sensorial, o sistema nervoso e a vulnerabilidade perante certas perturbações e doenças; podemos incluir também neste rol o temperamento e a história das experiências acumuladas pela pessoa durante a sua existência. Entre os externos estão a alimentação e a higiene, o ambiente físico, o ambiente familiar e o ambiente social em geral, que num primeiro nível abrange os pais, e logo os serviços públicos de saúde e educação, mas num nível superior inclui as características do grupo social, da sociedade e da cultura, por conseguinte, as condições da paz social.

O desenvolvimento psicológico do indivíduo é o resultado da interação dialética e a integração destes fatores internos e externos. Acontece um desenvolvimento ideal quando o indivíduo dispõe de um corpo minimamente sã e quando o seu ambiente lhe oferece um mínimo de bem-estar. Não sabemos exatamente o que é “mínimo” para cada ser humano, mas sabemos que todas as perturbações têm a ver com alterações num ou em vários dos fatores internos ou externos acima mencionados.

Ou seja, a mudança de um fator pode mudar o desenvolvimento e causar um desvio que se manifesta como uma perturbação. Um défice no sistema orgânico – como por exemplo uma lesão, uma disfunção, uma doença, a ausência de um sentido, a falta de um membro, ou a desnutrição—pode causar um desvio. Um défice de tipo ambiental -- como a existência de problemas psicossociais na família, a falta de serviços de saúde e educação, condições de miséria, marginalidade e exclusão social, situações de violência e guerra —

podem causar um desvio. A alteração de um dos fatores não produz, necessariamente, um desvio no desenvolvimento. A dimensão do desvio e, conseqüentemente, o aparecimento ou não de uma perturbação, depende ainda de outros fatores adicionais:

1. A magnitude ou a dimensão do déficit orgânico ou ambiental, no que diz respeito a uma norma;
2. O momento no qual ocorre o déficit orgânico ou ambiental;
3. O fornecimento ao indivíduo de apoio psicológico ou pedagógico na medida necessária;
4. O momento no qual se fornece esse apoio: quanto mais cedo, melhor;
5. A resiliência ou vulnerabilidade do indivíduo;

A resiliência é um conceito relativamente novo dentro da psicologia. É tomado do inglês "*resilience*" (elasticidade) e significa a capacidade do indivíduo de resistir, sem grandes perturbações, a situações de risco stressantes. A vulnerabilidade implica a ideia de que o indivíduo é especialmente sensível a certos eventos stressantes e pode reagir com o aparecimento de perturbações. O conceito surgiu a partir do "modelo diátese-stress" usado na psicologia clínica para explicar o aparecimento da esquizofrenia e outras perturbações (Nietzel, Bernstein & Milich, 1998, p. 64). São, ambos, fenômenos ainda pouco estudados.

Felizmente, a grande maioria das crianças mostra grande resiliência e é capaz de recuperar rapidamente um bom ritmo de desenvolvimento, apesar da existência de algum dos fatores negativos mencionados. Não obstante, há uma minoria que sofre os efeitos de um desvio no seu desenvolvimento e são eles os que nos interessam neste momento. Um desvio no desenvolvimento é o resultado da alteração de um ou vários fatores determinantes do desenvolvimento, o qual interfere diretamente com outros fatores através do tempo, para dar lugar a uma ou várias perturbações, que por sua vez podem produzir ainda outras perturbações. A perturbação resultante pode ser global, afetando como um todo o funcionamento cognitivo e emocional da pessoa, como no caso da incapacidade intelectual ou as perturbações do espectro do autismo; ou pode ser limitada a uma área do desenvolvimento, como na perturbação específica da aprendizagem. Pode ser essencialmente cognitiva, como no caso da incapacidade intelectual, ou essencialmente emocional, como nas fobias, ou simultaneamente cognitiva e emocional.

Evidentemente, todas as perturbações que fazem parte da psicopatologia da criança e do adolescente, ficam abrangidas dentro das perturbações produzidas por um desvio do desenvolvimento. Neste esquema é evidente a importância de fornecer uma terapia, um treino ou uma educação especial, o mais cedo possível, às crianças em risco de sofrer um desvio, devido à alteração de algum dos fatores determinantes do desenvolvimento.

A psicologia aplicada

A psicologia aplicada oferece várias formas de diagnóstico e formas de tratamento. Atualmente existe um largo leque de formas de avaliação aplicadas às crianças, algumas delas muito controversas (ver Mash e Wolfe, 2013, pp. 97-101), como os testes de inteligência e educacionais, os testes projetivos e de personalidade, os testes de desenvolvimento, os testes psiconeurológicos e os check-lists e escalas de avaliação. Algumas delas podem ser de utilidade para o tratamento, se utilizadas adequadamente.

Algumas formas de avaliação podem proporcionar informação relevante para o psicólogo aplicado, por exemplo, para identificar rapidamente as áreas do desenvolvimento nas quais existem problemas. Não obstante, uma intervenção bem-sucedida requer de uma série de observações mais precisas: Para elaborar uma estratégia de intervenção falta uma avaliação comportamental capaz de indicar detalhadamente qual é o problema da criança, e onde, como e quando intervir.

Entramos agora no tópico do comportamentalismo. O comportamentalismo clássico tem os seus limites, mas deu sem dúvida um grande impulso à psicologia do Século XX, através da ênfase na metodologia científica e através do seu interesse pela resolução de problemas da vida humana. Hoje, quando há necessidade de aplicar um tratamento, os psicólogos recorrem a procedimentos comportamentalistas. Isto é especialmente verdade quando o objetivo do psicólogo ou pedagogo é o tratamento de crianças com incapacidades ou deficiências.

A abordagem comportamental é simples: o objecto de estudo da psicologia é o comportamento observável e mensurável, que ocorre em condições ambientais definidas, o método de estudo é o método da investigação empírica (o das ciências naturais), aplicado para avaliar, desenvolver e modificar o comportamento; e a tarefa principal da psicologia é ajudar o ser humano a resolver problemas do foro comportamental. A atual abordagem cognitivo-comportamental, ou seja o comportamentalismo adicionado com uma perspectiva

que reconhece a importância dos processos de regulação interna do comportamento (ver Joyce-Moniz, 2002, Bandura, 1986, e Takaya, 2013) é a principal escola da psicologia moderna.

Neste contexto, a abordagem comportamentalista, conhecida na prática como a Análise Comportamental Aplicada (Applied Behavior Analysis), chamada também modificação do comportamento (ver Miltenberger, 2012), é especialmente importante para nós, devido à sua imensa contribuição para o diagnóstico e tratamento de pessoas com incapacidades e/ou deficiências. A Análise Comportamental Aplicada (ACA), parte do pressuposto de que o comportamento normal e o “anormal” (as chamadas “perturbações”) obedecem às mesmas leis e podem ser explicados da mesma maneira. Para explicar uma forma particular de comportamento, a ACA procura relações funcionais entre o comportamento e os seus antecedentes ou as suas consequências, sem fazer suposições sobre eventos internos, necessidades ou propósitos. Toda forma de comportamento é modelada (shaping) através de quatro princípios básicos: reforço positivo e reforço negativo, que incrementam as respostas, punição e extinção, que têm a tarefa de diminuir a resposta.

A partir destas ideias, os autores comportamentalistas têm criado uma psicologia aplicada para o treino, ensino e reabilitação de pessoas com diferentes tipos de incapacidades. O resultado é uma grande quantidade de estudos aplicados destinados ao ensino de competências diversas: desde lavar-se (Horner & Keilitz, 1975) e vestir-se (Azrin, Schaeffer & Wesolowski, 1976) até deslocar-se de metro (Galindo e Flores, 2009), desde falar algumas palavras (Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquistio & LeBlanc, 1998) até resolver problemas matemáticos (Whitman & Johnston, 1983), desde comportamento social básico (Halle, Marshall & Spradlin, 1979) até manter uma conversação (Bannerman, Sheldon & Sherman, 1991), desde leitura (Saunders, O'Donnell, Vaidya & Williams, 2003) até manusear um computador (Jerome, Frantino & Sturmey, 2007). A redefinição radical das formas de diagnóstico e a vinculação indissolúvel do diagnóstico com o tratamento têm resultado transcendentais para o progresso da psicologia aplicada às pessoas com deficiências e da psicologia clínica em geral. A partir destes princípios foram elaboradas técnicas de diagnóstico baseadas na observação do comportamento e das condições nas quais ocorre; existe uma vinculação essencial entre diagnóstico e tratamento. Foram criadas técnicas refinadas para o tratamento, treino e ensino, como por exemplo a definição de objetivos comportamentais, a análise de tarefas, a divisão do comportamento em unidades para o treino e formas de registo e elaboração de gráficos que permitem a análise dos resultados da intervenção. Adicionalmente, quando o psicólogo tem uma criança com algum problema do

desenvolvimento, a probabilidade de encontrar um estudo aplicado comportamentalista sobre o tema é grande (ver, por exemplo, a revista *Journal of Applied Behavior Analysis*); estes estudos são o fundamento do trabalho realizado por nós e será o tema seguinte. A grande contribuição do comportamentalismo para a psicologia, a pedagogia e a educação especial é, então, a criação de toda uma tecnologia eficaz para o ensino, treino, terapia ou reabilitação de pessoas com incapacidades ou deficiências. Não é pouco!

A eficácia dos procedimentos da ACA tem sido evidente na sua aplicação em programas de prevenção destinados às crianças em risco ou seja as crianças nascidas em condições desfavoráveis ou com alguma deficiência orgânica, que correm o risco de sofrer alguma perturbação durante o desenvolvimento. Consequentemente, grandes projetos sociais destinados a comunidades marginalizadas, como o Portage Project (Sampon & Wollenburg, 1998), e o Carolina Abecedarian (Campbell & Ramey, 1995) têm utilizado programas baseados na ACA. Os trabalhos realizados por este autor com crianças desfavorecidas no México e em Portugal que veremos a seguir, foram inspirados por esses projetos sociais e realizados com ferramentas tiradas da Análise Comportamental Aplicada.

Treino e reabilitação de crianças em risco

Os nossos primeiros trabalhos dirigidos ao tratamento dos problemas de crianças em risco foram realizados com crianças com incapacidade intelectual (Galindo, Galguera, Taracena & Hinojosa, 2013). Numa segunda etapa, os procedimentos de treino e reabilitação foram aplicados a crianças cegas¹, (Galindo, 2009). A terceira etapa, a decorrer atualmente, está dedicada ao ensino de crianças com problemas de insucesso escolar e por razões de espaço não será abordada neste artigo (ver Galindo, 2015). Nas três etapas foram aplicadas as mesmas técnicas e estratégias de intervenção, com algumas adaptações, segundo o tipo da problemática da criança. Consequentemente, a primeira etapa será revista mais alargadamente, a fim de explicar com detalhe as técnicas e estratégias de intervenção.

Os trabalhos da primeira e segunda etapa foram realizados no México, no contexto do curso de psicologia da Universidade Nacional Autónoma do México, em centros de atenção para a comunidade situados nos bairros

¹ Outros autores do nosso grupo trabalharam com crianças surdas, com problemas de autismo, vítimas de paralisia e/ou e vítimas de exclusão social (ver Hinojosa & Galindo, 2006).

desfavorecidos, chamados Centros de Educação Especial e Reabilitação (CEERs). O primeiro deles foi fundado em 1976 e atualmente existem pelo menos dois. Estes centros são ao mesmo tempo núcleos para o ensino da psicologia, instituições para dar serviços à comunidade e centros de investigação; em geral são organizados pela universidade com o apoio de entidades governamentais ou privadas (como organizações de pais); os trabalhos de ensino, treino e reabilitação são realizados gratuitamente pelos alunos de psicologia, supervisionados pelos seus professores. A maioria das crianças tem entre 4 e 12 anos; muitas delas não receberam antes atenção pedagógica especializada. Geralmente, um aluno “adota” uma criança e fica como tutor encarregado do seu tratamento. O tutor analisa o dossier da criança (diagnósticos psicométricos, relatórios médicos ou pedagógicos, etc.), fala com os pais ou familiares (entrevista comportamental), observa o comportamento da criança (as vezes, na casa da família); faz uma primeira definição das áreas do desenvolvimento em que a criança tem défices ou problemas. Logo começa o trabalho aplicado propriamente dito, nomeadamente, fazer as suas próprias avaliações sobre problemas muito concretos da criança; conseqüentemente, elabora e aplica provas de diagnóstico comportamental; avalia as competências existentes da sua criança e as competências que devia ter de acordo com a sua idade e o seu contexto, mas não tem; dito de outra maneira, o que interessa é o que a criança pode fazer e que não pode fazer, mas deveria fazer de acordo com a sua idade e as exigências do seu meio familiar e social. Com a informação recolhida, formula o diagnóstico comportamental da criança, estabelece uma hierarquia de problemas a tratar, elabora os programas de treino a medida dos défices de aptidões da criança e aplica os programas de treino.

O diagnóstico comportamental

O diagnóstico comportamental é um procedimento que permite avaliar objetivamente as competências de uma pessoa num dado momento ou situação. O diagnóstico comportamental limita -se a observar apenas certos aspetos do comportamento que se consideram relevantes, isto é, em certas situações estruturadas são esperadas determinadas respostas, de acordo com o estímulo apresentado à pessoa avaliada, ou em certas situações do meio natural é observada a resposta da criança perante determinados estímulos. O diagnóstico comportamental tem subjacentes dois pontos:

1. A atenção centrada no comportamento da pessoa avaliada;

2. A procura das relações funcionais que regem o comportamento da pessoa avaliada, ou seja, as relações entre os estímulos do ambiente e as respostas da pessoa.

Um aspeto importante é a descrição das características do meio onde a pessoa está inserida. O resultado é um conjunto de quantificações do comportamento e descrições das condições em que é observado. Esta maneira de avaliar permite comparar os resultados obtidos antes do tratamento com os resultados produzidos após a aplicação dos procedimentos reabilitativos.

O diagnóstico deve responder as perguntas seguintes:

1. Que comportamento específico requer alterações na sua frequência de ocorrência, na sua intensidade ou na sua duração, e em que condições ocorre?
2. Quais as condições em que este comportamento foi adquirido e quais os fatores que o mantem atualmente?
3. Quais os melhores meios práticos para promover alterações no comportamento?

O diagnóstico comportamental implica, então, um juízo sobre os aspetos de uma determinada situação que devem mudar e os ganhos que se podem retirar dessa mudança. Há muitas maneiras de fazer um diagnóstico comportamental.

No CEER, o diagnóstico é composto por dois elementos. O primeiro é um conjunto de provas comportamentais: observa-se a criança em situações de prova e avaliam-se três áreas, nomeadamente os comportamentos básicos (i.e., repertórios básicos), as capacidades sociais e de adaptação (i.e., higiene pessoal, linguagem e comportamento social, incluindo problemas de conduta) e as condutas académicas. O segundo elemento é uma entrevista com os pais, dirigida a identificar as competências e os défices da criança, de acordo com o seu entorno familiar. As provas têm uma estrutura básica, mas os itens podem variar segundo a criança. Cada item é uma pergunta ou uma situação na qual a criança deve dar uma resposta definida.

O número de itens deve permitir obter um resultado quantitativo, nomeadamente uma percentagem de respostas corretas. No CEER existe um conjunto de provas para diferentes comportamentos, mas são apenas modelos:

cada tutor deve elaborar as suas próprias provas à medida da sua criança. Alguns exemplos de provas existentes são:

1. Comportamentos básicos (atenção, imitação motora e seguir instruções).
2. Capacidades sociais e de adaptação (comportamento motor grosso e fino, imitação vocal, reconhecimentos de objetos, conversação, e problemas de articulação).
3. Aptidões académicas e pré-académicas (discriminação de cores, reconhecimento de objetos complexos e leitura de letras e palavras).

O objetivo da entrevista aos pais é verificar o funcionamento da criança no seu entorno familiar no que diz respeito à higiene pessoal, as competências interpessoais, o comportamento de autoconservação, o comportamento verbal (comunicação) e comportamento social (incluindo comportamentos problemáticos).

Os programas de treino

O diagnóstico é a base para elaborar um ou vários programas de treino. O tutor, conjuntamente com os pais, faz uma hierarquia de problemas, afim de intervir nas áreas prioritárias em termos das necessidades de desenvolvimento da criança e das exigências do meio: Os programas são feitos à medida da criança. Cada programa é diferente, mas o CEER tem um conjunto de programas de treino que foram aplicados com sucesso e que servem como modelo para a elaboração de outros programas específicos. Existem programas de repertórios² básicos, linguagem, comportamento social, leitura, escrita, Matemática, higiene pessoal, etc. São muito simples de compreender e, de acordo com a experiência largamente demonstrada, podem ser aplicados por pessoas sem formação profissional.

Os programas de repertórios básicos são a base de todos os outros programas. As competências de atenção, imitação e seguimento de instruções são essenciais para o ensino de outras competências mais complexas; consequentemente, devem ser ensinadas primeiro.

Os programas de capacidades sociais e de adaptação apenas são aplicados à aquelas crianças que apresentam os repertórios básicos, mas que

² Um repertório é um conjunto de competências.

possuem alguns problemas nos campos social, verbal, higiene pessoal e coordenação motora. Os programas acadêmicos e pré-acadêmicos pretendem preparar a criança para a escola. Há programas para a eliminação de comportamentos problemáticos, que pretendem garantir a interação social positiva da criança. É evidente que o alvo destes programas é dotar a criança de competências para a independência, a autonomia e à adaptação ao meio familiar, social e à escola.

Como foi dito, estes programas de treino mas podem ser transformados e adaptados às necessidades de cada caso; não obstante, todos têm uma estrutura básica derivada dos conhecimentos derivados da ACA:

1. Análise de tarefas - Antes de elaborar o programa, o tutor deve observar com detalhe a competência que quer treinar e descrever as diferentes respostas que formam parte dela. Por exemplo, o comportamento de “lavar as mãos” e composto por uma sequência de respostas: abrir a torneira, molhar as mãos, ensaboar, passar outra vez as mãos por água, fechar a torneira e secar as mãos.
2. Definição de objectivos - É essencial definir claramente os objetivos a atingir em termos observáveis e específicos. Um objetivo corretamente definido deve ser adequado a essa criança, ser observável, e especificar os critérios da sua implementação. Um objetivo pode ser geral, por exemplo, “a criança deve ser capaz de lavar as mãos sem ajuda, na sua casa de banho, num tempo máximo de 5 minutos, e cumprir todos os elos da análise de tarefas”. Além do objetivo geral, os programas englobam objetivos específicos definidos nos termos das respostas que formam o objetivo geral, ou seja, as observadas na análise de tarefas: cada elo da análise de tarefas é um objetivo específico. Os objetivos específicos dos programa definem um 100% de respostas corretas: Cada avaliação realizada deve mostrar a percentagem de respostas corretas que são atingidas pela criança.
3. Repertório de entrada (pré-requisitos) - Antes de aplicar um programa, é fundamental que o tutor verifique quais são as competências necessárias para o aprender com sucesso a nova tarefa. As competências que são condição necessária para aprender a nova tarefa recebem o nome de “repertório de entrada”. Por exemplo, para a criança aprender a lavar as mãos, constitui um pré-requisito que ela saiba se mexer autonomamente, imitar e seguir instruções, além de não ter problemas de motricidade fina. A definição do repertório de entrada é de

importância vital para o treino ser bem-sucedido. Assim, a primeira fase de todos os programas é composta pela avaliação das competências já existentes na criança no domínio que vai ser treinado (pré-teste ou linha de base).

4. Fases - O treino poderá ocorrer em uma ou mais fases. A primeira fase é sempre o pré-teste e a última constitui o pós-teste. O número e as características das fases do treino dependem da análise da tarefa: cada elo da análise de tarefas é uma fase de treino com o seu objetivo específico. Na prática é evidente que algumas crianças avançam mais rapidamente do que outras. Consequentemente, no percurso do treino às vezes é preciso mudar o número e a dimensão das fases, de acordo com as características da criança. Finalmente, todo programa deve incluir uma fase de seguimento após o tratamento, ou seja, é necessário avaliar de novo a criança uma semana, um mês, ou um semestre após o treino, afim de averiguar se as competências adquiridas pela criança ainda persistem.
5. Procedimentos - Os procedimentos fundamentais a aplicar para o estabelecimento de comportamentos são o reforço positivo, o reforço negativo, a extinção, a punição, a moldagem (shaping) por aproximações sucessivas e a modelagem (modeling) por imitação (ver Joyce-Moniz, 2002). Como todo psicólogo sabe, reforços são estímulos que incentivam um determinado comportamento. A moldagem refere-se ao reforço administrado em pequenos passos ou aproximações, em direção a uma resposta final. Na modelagem (modeling), o indivíduo observa o comportamento modelo e pode aprender a responder sem que, na prática, tenha de executar qualquer resposta. A imitação é considerada um repertório básico, justamente porque através dela é possível aprender outros comportamentos mais complexos.
6. Formas de avaliação - Os resultados da avaliação devem ser quantitativos, em termos da percentagem de objetivos específicos (respostas corretas) atingidas pela criança. Todos os programas de treino integram um pré-teste (ou linha de base ou pré-avaliação) e um pós -teste (ou pós-avaliação); às vezes, a prova aplicada durante o diagnóstico pode servir também como pré -teste. Após o treino, e feita uma avaliação final, que consiste na repetição deste teste inicial. A comparação dos resultados de ambos testes permite verificar se o programa foi bem sucedido. No momento de apresentar os resultados

de uma intervenção, o dado principal é justamente as diferenças obtidas entre o pré-teste e o pós-teste.

7. Aspectos motivacionais: economia de fichas - A economia de fichas (Ayllon & Azrin, 1968) é um procedimento que serve para controlo dos comportamentos de uma pessoa ou de um grupo. Este controlo implica ensinar comportamentos novos, alterar a frequência de comportamentos ou eliminar os comportamentos problemáticos. É baseada no reforço positivo de comportamentos desejáveis (ou seja, entrega de fichas a criança pelas respostas corretas obtidas) e punição negativa de comportamentos indesejáveis (i.e., retirada de fichas à criança conseqüente aos comportamentos incorretos). Assim, e estabelecido um sistema de reforço por meio de fichas (pontos, estrelas, etc.) para recompensar os comportamentos desejados. As fichas são trocadas mais tarde por objetos ou privilégios, nos termos combinados com o tutor. Geralmente, este procedimento consegue resolver os problemas de motivação das crianças.
8. Formas de registo - Na maioria dos programas, as respostas corretas e as respostas incorretas são registadas com o intuito de calcular a percentagem das respostas corretas em cada sessão de trabalho: Os resultados diários podem ser apresentados num gráfico que mostra no eixo vertical a percentagem de respostas corretas obtidas por sessão e no eixo horizontal as sessões.
9. Materiais - O programa deve especificar os materiais a utilizar durante a aplicação dos procedimentos: canetas, lápis, cartões com imagens, brinquedos, jogos, fichas, entre outros. É recomendável usar materiais baratos e fáceis de adaptar, que se podem encontrar no ambiente da criança. Não é preciso comprar brinquedos ou jogos educacionais especiais.

Os procedimentos de diagnóstico e os programas de treino para crianças com incapacidade intelectual aqui explicados foram publicados num manual (Galindo *et al.*, 2013) para proporcionar as pessoas interessadas um conjunto de ferramentas simples e fáceis de aplicar em qualquer contexto. Não é preciso ter uma formação profissional para aplicar estas técnicas.

Treino de crianças cegas

A ausência de visão pode causar uma perturbação no desenvolvimento psicológico, conforme foi explicitado anteriormente; a alteração no sistema

orgânico perturba a interação da criança com o seu ambiente. No caso da cegueira, é evidentiíssimo que a ausência de treino, educação especial ou ensino pode causar desvios no desenvolvimento e perturbações. De acordo com a literatura (ver Galindo e Flores, 2009), a criança cega apresenta problemas constantes nas áreas de desenvolvimento seguintes:

1. Mobilidade e orientação;
2. Socialização (higiene pessoal, interação social, linguagem e desenvolvimento emocional);
3. Desenvolvimento motor e sensorial;
4. Desenvolvimento escolar e, conseqüentemente, intelectual;

Podemos partir do pressuposto de que estes problemas não são produto da cegueira, mas sim da educação e do tratamento que recebe a criança cega. O trabalho realizado no CEER para invidentes (Galindo & Flores, 2009) teve em consideração algumas destas recomendações. Atualmente, existe toda uma tecnologia ao serviço da educação das pessoas cegas, que inclui o uso de computadores especialmente adaptados. Não obstante, subsistem muitos problemas educativos para resolver no processo de inclusão das crianças cegas no sistema escolar e, adicionalmente, em muitos países do mundo há milhares de crianças cegas que não tem acesso aos métodos modernos de ensino e ainda menos as novas tecnologias.

Com o intuito de preparar as crianças para assistir de maneira autónoma a uma escola regular, partimos do pressuposto de que os invisuais devem ser educados num centro de treino, para aprenderem as competências necessárias com vista a desenvolverem-se no meio dos visuais. O objetivo geral do CEERI é dotar a criança cega de capacidades que lhe permitam desenvolver-se com independência primeiro no meio familiar, depois no meio social e, por ultimo, no ambiente escolar. Conseqüentemente, os investigadores do CEERI definiram os repertórios comportamentais imprescindíveis para o funcionamento da criança nesses meios. A definição dos repertórios conduziu a definição de objetivos comportamentais, assim como a elaboração de programas de intervenção em 4 áreas de desenvolvimento, nomeadamente 1) autossuficiência básica, 2) mobilidade e orientação, 3) socialização, e 4) desenvolvimento académico. Da mesma maneira que no treino de crianças com incapacidade intelectual, os pontos fundamentais são o diagnóstico e o tratamento comportamentais. O diagnóstico é também o resultado da aplicação de diferentes instrumentos de recolha de dados, nomeadamente provas de avaliação comportamentais,

entrevista familiar e relatórios multidisciplinares. A avaliação comportamental está repartida nas quatro áreas mencionadas. Cada área esta subdividida em 4 níveis, sendo que cada um avalia competências diferentes:

- Nível I: Competências básicas necessárias para que a criança invisual estabeleça uma relação mínima com a família o ambiente imediato.
- Nível II: Competências mínimas necessárias para que a criança invisual possa ingressar no primeiro ano da escola primaria.
- Nível III: Competências que são imprescindíveis para que a criança invisual possa progredir no sistema educativo e tenha um desenvolvimento adequado.
- Nível IV: Competências necessárias para funcionar adequadamente na sociedade.

A informação assim reunida é organizada num relatório de diagnóstico, onde de acordo com as regras da Análise Comportamental Aplicada, é prescrito o tratamento, nomeadamente, as áreas, os níveis e os programas nos quais a criança deve ser treinada. O treino comportamental está repartido nas quatro áreas e os 4 níveis mencionados. Para cada área existe um conjunto de programas de treino que, como foi já dito, são modelos que devem ser adaptados a cada caso particular. Os programas estão ordenados sequencialmente, de modo que cada programa depende sempre do seu precedente; ao conjunto destes programas chama-se currículo para invisuais. O currículo está organizado da maneira seguinte:

- Autossuficiência básica: Programas que promovem a autonomia da criança no ambiente familiar, desde repertórios básicos (atenção e discriminação), até aos de ordenamento do ambiente, passando pelos de cuidado pessoal, etc.
- Mobilidade e orientação: Programas para ensinar as capacidades de deslocação; desde a deslocação em ambientes familiares sem o uso de qualquer tipo de prótese ou guia até a utilização dos serviços públicos de transporte.
- Socialização: Programas que promovem repertórios de interação verbal, física e social com outras pessoas, assim como a eliminação dos comportamentos problemáticos. O treino da linguagem está incluído neste domínio.

- Acadêmica: Programas para estabelecer repertórios necessários para a criança ingressar na escola primária regular, para aí se desenvolver adequadamente. Entre os vários programas referidos, saliente-se a leitura e escrita em Braille e a escrita a branco e preto.

Os procedimentos de diagnóstico e os programas de treino para crianças invisuais aqui explicados foram publicados (Galindo & Flores, 2009) para proporcionar as pessoas envolvidas na educação do cego – profissionais ou não profissionais -- um conjunto de ferramentas simples e fáceis de aplicar.

Casos

No percurso dos anos, centos de crianças com incapacidade intelectual, deficiências sensoriais ou físicas, perturbações do espectro do autismo e com problemas produzidos pela exclusão social têm recebido atenção nos CEERs (Galindo *et al.* 2013). Apresentaremos dois casos como exemplo da aplicação das estratégias explicadas.

O caso 1 é uma menina, “C”, de 6 anos de idade, com síndrome de Down. De acordo com a entrevista aos pais e os relatórios apresentados por eles, a criança não tinha problemas de saúde, mas passava o dia isolada em casa e nunca havia recebido atenção pedagógica; foi rejeitada pelo jardim da infância por causa do seu aspeto. A família vivia em condições de pobreza, mas conseguia manter uma boa dinâmica interna e a criança era bem tratada. A avaliação comportamental das competências de C (tabela 1) mostrou competências suficientes em atenção (90%), seguimento de instruções (80%) e coordenação motora (100%), mas deficiências em imitação motora (0%) e verbal (40%). No que diz respeito à linguagem, a criança era capaz de responder a perguntas (80%), mas mostrava deficiências em articulação (40%) e em reconhecimento de objetos (37.5%), incluindo reconhecimento de cores (40%). De acordo com este diagnóstico, foi feita uma hierarquia de problemas. Visto que um resultado de 80% numa prova é considerado suficiente, foi decidido iniciar a intervenção com os repertórios básicos de imitação motora e verbal, e continuar logo com treino verbal para resolver problemas de articulação e ensinar o reconhecimento de objetos. C obteve 100% de respostas corretas no programa de imitação motora em 5 sessões (10 horas) de treino; a imitação verbal resultou ser mais complicada, já que a criança precisou de 16 sessões (32 horas) para atingir 100%. Os problemas de articulação da criança foram resolvidos (passou de 40% a 100% de respostas corretas) em 15 sessões (30 horas). Também aprendeu a nomear objetos da vida diária (reconhecimentos de objetos passou de 37.5 a 100%) em 21 sessões (42 horas). O programa de reconhecimento de

cores não foi aplicado por falta de tempo. Os resultados mostram que a criança C aprendeu 4 competências importantes para o seu desenvolvimento num total de 61 sessões (114 horas) de treino. Neste momento, a criança foi considerada apta para aprender outros repertórios de habilidades sociais e de adaptação.

Tabela 1 - Caso 1: Menina de 6 anos com síndrome de Down.

A tabela mostra as percentagens de respostas corretas obtidas pela criança antes do treino (1ª avaliação) e após o treino (2ª avaliação) em várias competências.

Competência	1ª avaliação (%) rs corretas	Treino (1 sessão= 2 horas)	2ª avaliação (%) rs corretas
Atenção	90	----	
Imitação motora	0	5 Sessões	100
Instruções	80	----	
Coordenação motora	100	----	
Imitação verbal	40	16 Sessões	100
Articulação	40	15 Sessões	100
Reconhecimento objetos	37.5	21 Sessões	100
Responder perguntas	80	---	
Reconhecimento de cores	40	Sem treino	

Tabela 2 - Caso 2: Rapaz de 15 anos.

“J”, cego por causa de uma doença. A tabela mostra as 3 avaliações realizadas com intervalo de um ano. A primeira foi qualitativa e visava principalmente a área social. As duas avaliações quantitativas mostram a percentagem de respostas corretas atingidas pela criança nos programas treinados, antes e após a intervenção, com um ano de intervalo (Galindo & Flores, 2009).

Área	Programa	Avaliação Qualitativa	1ª avaliação Quantitativa % rs corretas	2ª avaliação Quantitativa % rs corretas
Socialização	Socialização básica e assertividade	Sem dados quantitativos		
Autosuficiência básica	Discriminação audtiva		60	100
	Discriminação olfativa		14	100
Mobilidade e orientação	Relações espaço-temp I		75	100
	Reconhecimento objetos		50	100
	Deslocação sem guia		0	100
	Deslocação com guia		75	100
	Deslocação bengala		50	100
	Autocarro & metro		0	100
	Serviços da comunidade		0	100
Acadêmica e Pré-acadêmica	Relações espaço-temp II		100	100
	Compreensão de leitura		100	100
	Género e número		50	100
	A oração		0	100
	Escrita branco e preto		0	100
	Tocar e sentir		100	100
	Coisas naturais e feitas		100	100
	Como nascem plantas		60	100
	Como nascem animais		0	100
	Sol, água, ar		60	100
	Formas geométricas		0	100
	Agrupamento dezenas		70	70
	Agrupamento elementos		100	100
Numeração decimal		0	0	

O caso 2 é um rapaz de 15 anos, “J”, que ficou cego por causa de uma doença à idade de 6 anos, sem educação escolar. A criança chegou ao CEERI com problemas sociais e emocionais, já que acreditava que podia recuperar a visão, era tímida, isolada, dependente, com deficiências de higiene pessoal e sem competências de mobilidade e orientação. A família, de baixos recursos económicos, mostrou uma boa dinâmica, mas comportamentos de sobreproteção da criança. Durante o primeiro ano, J recebeu aconselhamento e terapia para aceitar a condição de cego, além de aprender competências de assertividade e leitura em Braille; os dados deste período são principalmente qualitativos. Só no segundo ano foi iniciado um treino sistemático de competências de autonomia e preparação para a inclusão na escola. A primeira avaliação quantitativa (ver a tabela 2) mostrou deficiências nas áreas seguintes:

a) Autossuficiência básica, com problemas de discriminação auditiva (60%), e de discriminação olfativa (14%); a criança não conseguia identificar objetos ou situações de importância vital através do ouvido e do olfato.

b) Mobilidade e orientação, com problemas em relações espaço-temporais I (reconhecer espaços com a bengala) (75%), reconhecimento de objetos (com bengala) (50%), deslocação com guia (75%) e deslocação com bengala (50%); sobre tudo, era totalmente incapaz de se deslocar sem guia (0%), viajar de autocarro e metro (0%) e de utilizar os serviços da comunidade (lojas, supermercados, bancos, etc.) (0%).

c) Comportamento académico e pré-académico. Não teve problemas nas competências pré-académicas de relações espaço-temporais II e compreensão de leitura. No que diz respeito aos temas do curriculum escolar do primeiro ano da escola, obteve 100% em tópicos como “Tocar e sentir”, “Coisas naturais e coisas feitas pelo ser humano”, e “Agrupamento de elementos”, mas mostrou algumas dificuldades em “Género e número” (50%), “Como nascem as plantas” (60%), “Sol, água, ar” (60%) e “Agrupamento por dezenas” (70%), bem como ignorância total (0%) de “Como nascem os animais”, “Formas geométricas” e “Numeração decimal”.

Conclusões

No percurso deste artigo, apresentamos a maneira como a psicologia tenta cumprir às três tarefas fundamentais relativas à psicopatologia da criança, nomeadamente, a explicação teórica das perturbações, o seu diagnóstico e o seu tratamento. Explicámos o conceito de desenvolvimento desviante e os contributos da Análise Comportamental Aplicada para o diagnóstico e o tratamento dos problemas das crianças em risco. A parte central deste artigo foram os trabalhos realizados pelo autor e os seus colaboradores com crianças em risco das comunidades marginadas. As técnicas da ACA que foram revistas neste artigo podem ser aplicadas a um largo leque de problemas; por exemplo, atualmente estamos a trabalhar com estas técnicas no ensino de crianças com problemas de insucesso escolar. Obviamente, estas técnicas têm também limitações; as mais importantes parecem ser evidentes no tratamento de problemas emocionais que são comuns em crianças negligenciadas, maltratadas ou com baixa autoestima, assim como também no treino de competências mais complexas em crianças de maior idade, necessárias para um bom funcionamento no ensino médio e superior.

Não obstante, a nossa prática com as técnicas comportamentais aplicadas à reabilitação, treino e ensino especial de crianças com incapacidades intelectuais, sensoriais e motoras, tem mostrado que 1) as técnicas são eficazes, 2) permitem começar a trabalhar imediatamente, 3) é possível obter resultados rápidos, 4) as técnicas podem ser aplicadas com sucesso por pessoas com pouca formação, 5) através da difusão das formas de diagnóstico e tratamento, é possível atingir grupos cada vez maiores de pessoas com interesse na reabilitação de pessoas com diferentes tipos de incapacidades.

Neste contexto, foi apresentado também um modelo do ensino da psicologia mais adequado às realidades dos países em desenvolvimento. As possibilidades de ensino, investigação e serviço à comunidade do modelo aqui explicado são especialmente interessantes para países em desenvolvimento, já que oferece a possibilidade de vincular o ensino das ciências com os problemas urgentes da sociedade; propostas neste sentido já foram apresentadas em eventos científicos internacionais (ver Marques, Sardinha, Dadá. e Centeio, 2008).

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T., M. 1990, Conceptualization of developmental psychopathology. Em M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of developmental psychopathology. New York: Plenum.
- Ayllon, T. & Azrin, N. J. 1968, The token economy; a motivational system for therapy and rehabilitation. Appleton Century Crofts.
- Azrin, N. H., Schaeffer, R. M., & Wesolowski, M. D. 1976, A rapid method of teaching profoundly retarded persons to dress by a reinforcement - guidance method. *Mental Retardation*, 14 (6), 29 -33.
- Bandura, A. 1986, Social foundations of thought and action. New Jersey: Prentice Hall.
- Bannerman, D. J., Sheldon, J. B., & Sherman, J. A. 1991, Teaching adults with severe and profound retardation to exit their homes upon hearing the fire alarm. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (3), 571 -577. DOI: 10.1901/jaba.1991.24-571
- Bijou, S.W. 1963, Theory and research in mental (developmental) retardation. *The Psychological Record*, 13, 95-110.
- Campbell, F.A., & Ramey, C.T 1995, Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow/up study of children from low income families. *Child Development*, 65 (2 special number), 684-698.
- Cole, M. & Cole, S., R. 1989, The development of children. New York: Freeman.
- Galindo, E. 2015, Tratamento do insucesso escolar com técnicas da psicologia: Manual prático. Lisboa: Livros Horizonte.

- Galindo, E., Galguera, M. I., Taracena, E. & Hinojosa, G. (4.a Ed. Rev.) 2013, La modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas. Mexico: Editorial Trillas.
- Galindo, E. 2007, El concepto de desarrollo desviado en L.S. Vygotsky. *Estudios de Psicología*, 28 (1), 47-63.
- Galindo, E. (ed.) 2009, *Psicología y educación especial* (2ª. Ed.). México: Ed. Trillas.
- Galindo, E. e Flores, A. 2009 La educación de los niños invidentes. En E. Galindo (ed.) *Psicología y educación especial* (2ª ed.), México: Ed. Trillas, 11-86.
- Hagopian, L. P., Fisher, W., Piazza, C. C., & Wierzbicki, J. J. (1993) . A water – prompting procedure for the treatment of urinary incontinence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26 (4), 473-474. doi: 10.1901/jaba.1993.26-473
- Halle, J. W., Marshall, A. M., & Spradlin, J. E. 1979, Time delay: A technique to increase language use and facilitate generalization in retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12 (3), 431-439. doi: 10.1901/jaba.1979.12-431
- Head Start 1997, First progress report on the head start program performance measures. Prepared for: Administration on Children, Youth and Families, Head Start Bureau, by Caliber Associates, Ellsworth Associates, Westat, Mathematica Policy Research. Tirado de: http://www2.acf.dhhs.gov/programs/hsb/html/final_report.html.
- Heward, W.L. 2013, *Exceptional children*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Hinojosa, G. & Galindo, E. 2006, *La enseñanza de los niños impedidos* (2ª ed.). México:Trillas.
- Horner, R. D., & Keilitz, I. 1975, Training mentally retarded adolescents to brush their teeth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8(3), 301–309. <http://doi.org/10.1901/jaba.1975.8-301>
- Jerome, J., Frantino, E. P., & Sturmey, P. 2007, The effects of errorless learning and backward chaining on the acquisition of internet skills in adults with developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 185-189.
- Joyce -Moniz, L. 2002, *A modificação do comportamento. Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques, S., Sardinha, E, Dadá, C. & Centeio, D. 2008, School failure in Angola, Mozambique and Cape Verde: A project for Africa. In *International Journal of Psychology*, Vol. 43, No. 3- 4, 568-568.
- Mash, E. J. & Wolfe, D. A. 2013, *Abnormal Child Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.

- Miltenberger, R.G. 2016, Behavior modification. Principles and procedures (6th edition). Boston: Cengage Learning.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., & Milich, R. 1998, Introduction to clinical Psychology. New Jersey: Prentice Hall International.
- Sampon, M. A. & Wollenburg, K. 1998, Portage Project/CESA 5, Portage, Wisconsin. Tomado de: <http://www.portageproject.org/model.htm>.
- Saunders, K. J., O'Donnell, J., Vaidya, M., & Williams, D. C. 2003, Recombinative generalization of within-syllable units in nonreading adults with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36 (1), 95–99. <http://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-95>
- Takaya, K. 2013, Jerome Bruner. Developing a sense of the possible. Heidelberg: Springer.
- Whitman, T., & Johnston, M. B. 1983, Teaching addition and subtraction with regrouping to educable mentally retarded children: A group self-instructional training program, *Behavior Therapy*, 14 (1), 127-143.

Política Editorial

A Revista está aberta a contribuições de Autores provenientes de todos os países. Os artigos para publicação poderão ser redigidos em português, inglês, espanhol ou francês. Os trabalhos serão revistos por dois Editores e/ou Editores Associados (*peer reviewers*) independentes antes de ser tomada uma decisão sobre a sua publicação. Os manuscritos devem ser enviados para o endereço eletrónico da Revista (rumus@uni-mindelo.edu.cv) apenas em formato digital editável, junto com um resumo na língua original do artigo bem como em inglês e uma lista de palavras-chave. Os textos deverão estar em estrita conformidade com o estilo adotado pela RUMUS especificado em <http://www.uni-mindelo.edu.cv/rumus>. Cabe aos autores verificar cuidadosamente os manuscritos antes de os enviar, para evitar possíveis gralhas e consequentes demoras na fase da revisão de provas. No manuscrito devem constar obrigatoriamente o nome, o contacto e a filiação dos Autores. O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade de seus Autores.



REVISTA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DO MINDELO

VOL. 3 (2) - 2016

www.uni-mindelo.edu.cv/rumus

e-mail: rumus@uni-mindelo.edu.cv