

APLICAÇÃO DA MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DEFICIENTES MENTAIS EM SITUAÇÃO DE ESCOLA

Denise Maria Guisard*

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi o de empregar procedimentos de modificação de comportamento em crianças Deficientes Mentais Educáveis e Treináveis em situação de escola, para a alteração e eliminação de comportamentos indesejáveis. Foram relacionados 64 comportamentos disruptivos, classificados em 11 categorias a saber: (1) Agressividade; (2) Desobediência; (3) Auto-Estimulação; (4) Comportamento estereotipado e repetitivo; (5) Fala; (6) Alteração Motora; (7) Atenção; (8) Compulsividade; (9) Chamar a atenção sobre si; (10) Atividade Sexual; e (11) Fobias.

Para cada comportamento inadequado foram selecionados um ou vários procedimentos a serem empregados no ambiente escolar. Os resultados pareceram bastante satisfatórios, considerando-se que foram constatadas alterações em todas as categorias trabalhadas.

UMA VISÃO EVOLUTIVA DO DEFICIENTE MENTAL

A visão que o homem tem do mundo que o cerca e do próprio ser tem sofrido modificações acentuadas ao longo do tempo. Em função de novas interações homem-ambiente, o ser humano tem sido visto sob novos ângulos. Problemas têm sido resolvidos e outros têm sido levantados em todas as áreas, sem-

(*) O presente trabalho se constitui parte da dissertação de Mestrado defendida pela autora no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, sob orientação de Marilda Novaes Lipp, Ph. D.

pre forçando o homem a novas e diferentes interações, questionamentos e soluções. Através dessas escaladas, têm-se acumulado conhecimentos que se pretende sirvam para tornar nossa própria existência melhor.

A visão e o conceito que se têm feito sobre Deficiência Mental também têm sofrido grande metamorfose e, ainda assim, se está apenas no início de uma tarefa árdua: a de melhorar também a existência das pessoas portadoras de deficiência mental.

O conceito do homem como ser global, de valor infinito e dignidade potencial, formulado por Hipócrates, quatrocentos anos antes de Cristo, como mais adequado para o estudo da medicina, não subsistiu por muito tempo.

Hipócrates ensinou de modo simples e sistemático que a tarefa do médico era a de estudar o indivíduo doente e não a doença como entidade abstrata, o todo e não a parte (Stanford-Clark, 1972). Entretanto, o homem, com o tempo, reabriu o caminho da separação entre os problemas mentais e todos os outros tipos de doença. Assim sendo, aqueles cujo comportamento não se poderia entender geravam medo e repulsa, sentimentos esses que foram os fatores determinantes de seu tratamento: a segregação e o isolamento. Quando em 1793 Philippe Pinel, como médico superintendente do Hospital Bicêtre em Paris, removeu as cadeias dos doentes sob os seus cuidados, ele libertou não apenas o corpo de seus pacientes, mas também, em última instância, a mente das pessoas que estudava.

Essa "liberdade" custou ainda mais para chegar aos Deficientes Mentais, que, durante muito tempo, foram vistos como seres sub-humanos, que não tinham as mesmas necessidades básicas, sentimentos, atitudes e expectativas dos outros membros da sociedade. Os programas de tratamento, então desenvolvidos, limitavam-se a uma restrição de ambientes, onde a livre escolha não era possível e direitos de privacidade eram inexistentes.

O Deficiente Mental era olhado como uma pessoa que precisava ser vigiada e restringida para que não causasse problemas. Talvez, para que a segregação fosse justificada, novas conjecturas foram feitas a seu respeito e ele passou a ser também encarado como uma ameaça à sociedade, como tendo uma "dis-

posição interna" para cometer crimes. Os programas de tratamento continuavam a ser restritos. Quando verificações em contrário foram evidenciadas, o Deficiente Mental passou a ser objeto de pena. Esta visão mais humanizada, foi igualmente inútil. A "eterna criança" deveria ser sempre cuidada e protegida e não se esperava nada de seu desenvolvimento.

INFLUÊNCIA DA MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO NO TRATAMENTO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Muitos anos de estudo e progressos técnicos foram necessários para que alguns profissionais passassem a encarar o Deficiente Mental dentro de uma perspectiva mais otimista. Finalmente, após inúmeros estudos, chegou-se à visão atual do excepcional, que é a de um ser **capaz de desenvolvimento**. Assim, ao invés do ser estático mentalmente, o Deficiente Mental foi encarado como capaz de **aprendizagem**. A expectativa era de que ele evoluísse de alguma forma e incluísse novas respostas adaptativas em seu repertório inicial.

Esta visão nova originou-se a partir dos anos 50/60, quando estudos experimentais de modificação de comportamento foram realizados neste campo causando uma diminuição de intensidade do enfoque médico no tratamento do Deficiente Mental e um aumento de influência das técnicas advindas de Teoria de Aprendizagem.

Verificou-se que os pontos de vista pessimistas que foram mantidos tão amplamente, e por tanto tempo, com respeito à ineducabilidade do Deficiente Mental não tinham em muitos casos base científica. "O problema da Deficiência Mental é um exemplo clássico do imenso dano que se pode causar quando o modelo médico se aplica inadequadamente" (Yates, 1975, pág. 370). Com maior conhecimento dos procedimentos operantes, estes foram utilizados tanto para definir a natureza dos déficits nos repertórios de comportamento dos deficientes mentais, como para desenvolver técnicas sistemáticas que visavam a suprir esses déficits. A mudança dos métodos de abordagem ao problema de Deficiência Mental redefiniu-o e

reposicionou-o numa perspectiva melhor quanto à sua evolução. A falta de progresso das pessoas deficientes mentais, devia-se, portanto, muito mais à inadequação dos métodos empregados para sua recuperação do que devido às características inerentes à Deficiência Mental em si (Azrin, 1966).

O tratamento passa então, para muitos profissionais, a ser norteado por um ideal de "normalização", termo este bem definido por Nirje como: tornar viáveis ao retardamento mental condições e padrões de comportamento da vida diária, que sejam os mais próximos possíveis daqueles que são preponderantes na sociedade (Nirje, 1966).

Seria, portanto, inevitável que também o problema de classificação e diagnóstico do deficiente mental fosse reavaliado sob o enfoque do conceito de normalização das técnicas operantes. O deficiente mental passou a ser considerado de modo diferente daqueles em que era visto como portador de doenças psiquiátricas e emocionais e seu tratamento passou a diferenciar-se dos demais. Deve-se considerar, entretanto, que não existe uma distinção na prática entre desenvolvimentos emocionais e mentais. Conflitos emocionais podem competir com a aprendizagem de comportamentos adequados, levando a criança a parecer deficiente mental, da mesma forma que retardo mental frequentemente produz conflito emocional. Além disso, a privação cultural em períodos iniciais da vida pode também causar uma pseudo-deficiência mental.

Considera-se o termo Deficiência Mental como abrangendo uma gama de pacientes; de um lado, os totalmente dependentes; de outro, aquelas crianças com um bom nível de repertório adaptativo, cujo déficit intelectual se torna aparente somente na escola, quando se dá o início da alfabetização. Da mesma forma que varia o grau do retardo, também variam as características físicas e de personalidade a ele associadas. Crianças deficientes variam entre si, da mesma forma que as crianças normais. O denominador comum entre elas é a lentidão da aprendizagem.

Isto de certa forma as tira da linha mestra da educação geral ou das metas a serem atingidas normalmente. Esta característica também as restringe vocacionalmente e as retira de uma competição aberta no mercado de trabalho. Entretanto,

(Lipp, 1981) assinala que uma educação especial poderia minimizar essa diferença e maximizar a capacidade do retardado mental no desempenho das tarefas comuns.

Uma ampla variedade de técnicas comportamentais tem sido usada com pessoas de todos os níveis de retardamento. Também tem sido muito ampla a variedade de tipos de comportamentos para os quais essas técnicas são efetivas. A partir de 1960, na Universidade de Washington e na Universidade do Arizona, princípios de Modificação de Comportamento começaram a ser usados também para crianças deficientes mentais. Essas técnicas foram utilizadas tanto em tratamentos individuais como para grupos, em salas de aula (Bijou, 1976).

A maioria das técnicas de modificações de Comportamento usadas em pessoas deficientes se baseiam em princípios de condicionamento operante. Elas têm sido especialmente úteis para se desenvolver padrões específicos de comportamento que suprimirão respostas deficitárias (déficits comportamentais), bem como para eliminar comportamentos problemáticos ou inadequados (excessos comportamentais).

Na seleção dos procedimentos a serem usados no trabalho com crianças deficientes mentais tem sido dada preferência ao uso máximo de reforçamento positivo, principalmente os naturais, em detrimento dos procedimentos de punição. Também são usados procedimentos tais como esquemas de fichas, modelagem e modelação e "prompts" para a instalação de comportamentos e "time-out", isolamento social e algumas formas de punição, como a prática negativa, "over-correction" e retirada do reforço positivo para diminuição de comportamentos inadequados.

Inúmeras pesquisas têm comprovado a eficácia do emprego dessas técnicas: (Azrin e Foxx, 1971; Azrin e Wesowski, 1974; Neisworth e Smith, 1978; O'Brien, Bugle e Azrin, 1972).

UMA DEFINIÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Tem sido difícil obter-se concordância quanto a um termo que englobe a gama de "desenvolvimento incompleto da mente", ou funcionamento intelectual "abaixo da média". Al-

guns estudiosos como Sarason e Gladwin (1958) debateram longamente o tópico da diferenciação entre **Retardo e Deficiência Mental**, restringindo o termo "deficiência" para aqueles com uma patologia neurológica demonstrável e "retardo", para os que não tivessem dano orgânico demonstrável. Teoricamente, esta é uma distinção bastante lógica, mas que na prática se demonstra quase impossível de ser feita. O termo "Anormalidade Mental" foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (1973) como um termo genérico que incluiria tanto o retardo como a deficiência, sugestão que acabou por não ser aceita. A palavra "excepcional" também tem sido comumente empregada para se referir à pessoa com desempenho abaixo da média, embora na realidade ela também se refira a indivíduos com desempenho muito acima da média, bem como àquelas portadoras de deficiência auditiva, visual e outras. Neste trabalho usar-se-ão esses termos como sinônimos. Atualmente, qualquer termo que indique que uma criança é lenta em aprendizado é quase sempre sentido como insultuoso, principalmente pela família da criança, e acaba por se tornar indesejável. Provavelmente não se está lidando com uma questão de nomenclatura, mas sim de **atitude** sobre a qual um termo ganha valorização. Quando esta atitude frente ao deficiente mental for realmente modificada, qualquer tipo de nomenclatura usada não será sentida com conotação pejorativa.

Desta forma a definição de retardo mental tem sido modificada e hoje a American Association on Mental Deficiency (A.A.M.D.) aceita como principais características que definem a Deficiência Mental: (1) funcionamento intelectual geral significativamente rebaixado; (2) resultante de, ou associado a deficiência e incompetência no comportamento adaptativo; (3) que tenha sido estabelecida antes dos 18 anos. Esse diagnóstico deve ser dado ao coexistir ou não com outra desordem física ou mental.

O funcionamento intelectual geral é definido pelo quociente de inteligência obtido pela aplicação individual de um ou mais testes de inteligência. Assim a deficiência intelectual fica definida por um Q.I. de 70 ou inferior a este, permitindo-se um desvio padrão de 5 (65-75).

O comportamento adaptativo se refere à efetividade com que o indivíduo atinge os padrões de independência pessoal

e responsabilidade social esperada para sua idade e seu grupo cultural. Existem escalas para quantificar o comportamento adaptativo, mas nenhuma considerada suficientemente fidedigna e válida para ser usada sozinha. Assim, o julgamento clínico é também necessário, levando-se em consideração a idade do indivíduo para a melhor avaliação da sua capacidade adaptativa. O Q.I. 70 foi escolhido como limite superior de Retardamento Mental, porque a maioria das pessoas com Q.I. inferior a 70 são tão limitados em seus repertórios adaptativos que requerem proteção e serviços especiais, principalmente durante a fase da escolarização (D.S.M., III, 1980).

Segundo a A.A.M.D., existem expectativas de comportamento adaptado normal que variam com a idade, e o seguinte referencial é adotado:

a) Durante a primeira infância:

- padrões de desenvolvimento sensório-motor;
- padrões de comunicação — incluindo fala e linguagem;
- auto-ajuda;
- socialização — desenvolvimento da habilidade de interação.

b) Segunda infância e início da adolescência:

- aplicação de padrões acadêmicos básicos nas atividades da vida diária;
- padrões sociais — relacionamento interpessoal e atividade em grupo.

c) Adolescência adiantada e fase adulta:

- habilidade e responsabilidade sociais e vocacionais.

Desta forma, ao se pretender que o comportamento adaptativo de uma criança Deficiente Mental se aproxime o mais possível do que é esperado para sua idade, todas as áreas funcionais devem ser igualmente consideradas e trabalhadas especificamente.

Neste trabalho, a classificação funcional foi instalada e treinada em cada sujeito visando a sua maior independência na área de (1) locomoção; (2) comunicação; (3) área social; (4) área econômica; (5) área de comunicação; (6) área de direção ou

auto-governo. Paralelo ao treino de modificação de comportamento, oferece-se também aos sujeitos um treino de Psicomotricidade que não foi incluído neste relato.

2. MÉTODO

2.1 – Sujeitos:

Para o presente trabalho foram selecionadas as quatorze primeiras crianças aceitas para o treinamento.

O sujeito número um foi retirado do treinamento logo após o seu início, em função de graves desordens orgânicas que o acometeram. Restaram, portanto, treze sujeitos que permaneceram até o final deste trabalho.

Os critérios de aceitação iniciais dos sujeitos para o treinamento foram:

1. idade cronológica acima de três anos, sem limite superior;
2. ausência de deficiência motora que exigisse ajuda constante de outras pessoas;
3. ausência de surdez ou cegueira que impedisse o sujeito de acompanhar as atividades normais propostas;
4. quociente intelectual acima de 30 e inferior a 70, idade mental acima de 2a 5m no teste inicial. O Q.I. foi considerado como parte do critério de aceitação inicial, visando ao encaminhamento feito por outras instituições locais que trabalham nesta base.

Problemas de fala e linguagem não foram levados em consideração, uma vez que treinamento fonoaudiológico era fornecido na clínica como parte das atividades cotidianas.

Os sujeitos deram início ao programa de treinamento em diferentes datas, sendo quatro em 1979, três em 1980, quatro em 1981 e dois em 1982.

Dos sujeitos, seis eram do sexo masculino e sete do sexo feminino, sendo que seis foram diagnosticados como Deficientes Mentais Leves e sete como Deficientes Mentais Moderados.

Para cada sujeito foram estabelecidas metas individuais, modificações de comportamento, sendo esta subdividida em modificações dos comportamentos emocionais inadequados e treinamento de habilidades básicas.

2.2 – Ambiente:

Os sujeitos foram treinados em uma clínica, contendo sala de espera, biblioteca, banheiros, cozinha, quatro salas de aula, uma das quais específica para psicomotricidade com todo material necessário e espelhos.

Existia um pátio externo, parcialmente coberto, com chão de cimento e partes de areia e grama.

Para o presente trabalho, nenhuma modificação especial foi feita no ambiente normal da Clínica.

2.3 – Recursos:

a) **Recursos Humanos** – A equipe que trabalhou com as crianças constituiu-se de uma fonoaudióloga e seis professoras, e uma psicóloga. As professoras eram: duas de Primeiro Grau; duas estudantes de pedagogia especial e duas estudantes de Psicologia. Nenhuma delas tinha até então qualquer tipo de experiência quer em magistério, quer em treinamento com crianças normais ou deficientes.

Outros profissionais consultados, tais como médicos, dentistas, foram livremente escolhidos pelos sujeitos e não tiveram interferência direta neste trabalho.

b) **Recursos Materiais Usados com Alunos** – Nos treinamentos foram empregados todos os materiais normalmente usados em escolas comuns, tais como quadro-negro, giz, cartelas (em forma de mesas individuais), além de material de consumo para a criança, como lápis de diversos tipo, colas, tintas, papéis, etc.

Materiais específicos para os treinos de psicomotricidade também foram utilizados, tais como cordas, bolas, jogos pedagógicos e materiais específicos dos vários métodos adotados (Frostig; Poppovic e outros).

Os testes utilizados foram os seguintes:

- Escala de Maturidade Mental Colúmbia;
- Terman-Merril — Forma I — M;
- Prova gráfica perceptiva para crianças de quatro e cinco anos;
- Prova gráfica de Organização Perceptiva;
- Teste Metropolitano de Prontidão Forma R;
- Reversal Test;
- Escola de Maturidade Social Vineland;
- Teste de Lateralidade;
- Inventário de Avaliação de Comportamento Emocional;
- Inventário de Avaliação de Habilidade Social Geral.

Os dois últimos inventários foram elaborados pela própria equipe para o presente trabalho, sendo que o Inventário de Avaliação do Comportamento Emocional teve seus itens formulados a partir de observações não sistemáticas da psicóloga em: a) sua experiência anterior com trabalho em outras instituições que cuidavam de Deficientes Mentais e b) em seu próprio trabalho clínico, de atendimento individual às crianças deficientes, onde verificou o aparecimento da maioria destes itens nas queixas formuladas pelos pais. Os comportamentos emocionais inadequados foram então classificados em 11 (onze) itens com sub-divisões que facilitassem sua operacionalização e que pudessem ser respondidos "sim ou não". Esta forma de marcação visou a simplificar o trabalho das professoras que utilizaram o inventário.

O Inventário de Avaliação de Habilidade Social Geral foi embasado no Teste de Maturidade Social Vineland. Os itens contidos neste teste foram operacionalizados e outros itens julgados pertinentes ao aprendizado social geral da criança foram introduzidos. Tais itens foram retirados dos livros: *Modificação de Comportamento, Novos Modos de Ensinar Novas Habilidades* (Panyam, 1974) e *Modificação de Comportamento Infantil* (Krumboltz e Krumboltz, 1972).

Tanto a operacionalização dos itens como a marcação "sim" — "não" utilizadas visaram a facilitar e dar confiabilidade ao uso do mesmo pelo professor. Este inventário foi empregado pelas professoras, ao invés da utilização direta do Vineland, que foi utilizado pela própria psicóloga, pois este último requereria

maior treinamento por parte das professoras na marcação da folha de resposta.

2.4 – Procedimento:

A modificação foi dividida em duas partes:

- a) Modificação de comportamento indesejável e
- b) Treino de habilidade básica. Obs.: Aqui somente os procedimentos de modificação de comportamento indesejável serão relatados.

MODIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INDESEJÁVEIS

Para a verificação da presença de comportamento inadequado no repertório de cada criança, utilizou-se do Inventário de Comportamento Emocional, que se constituiu de uma relação de sessenta e cinco (65) comportamentos inadequados observados em crianças deficientes mentais em situação livre, em várias instituições, e relatos pelos pais como parte do repertório das crianças em casa. Estes 65 comportamentos foram subdivididos em 11 áreas, a saber:

- (1) Agressividade
 - a) verbal
 - b) física
- (2) Desobediência e/ou Desacato à Autoridade
 - a) ativa
 - b) passiva
- (3) Auto-Estima
- (4) Comportamentos estereotipados
- (5) Fala
 - a) excesso
 - b) déficit
- (6) Alteração Motora
 - a) excesso
 - b) déficit
- (7) Atenção

- (8) Compulsividade
- (9) Chamar atenção sobre si
- (10) Atividade sexual inadequada
- (11) Fobias

Após a triagem dos sujeitos e na posse dos dados obtidos acerca do repertório adequado e inadequado de cada criança, elaborou-se um plano para a necessária modificação dos comportamentos indesejáveis, com a seleção prévia de um ou vários procedimentos que deveriam ser aplicados no sujeito que agisse daquela forma. Caso esse conjunto de procedimentos dos técnicos não resultasse na modificação desejada, um novo estudo de caso seria feito e novos técnicos seriam escolhidos. Em seguida, seriam relacionados os procedimentos usados para cada comportamento inadequado presente. Cumpre-se dizer que o reforçamento do comportamento adequado incompatível foi feito para cada item, em todos os momentos possíveis, de tal forma que não foi necessário incluí-lo como procedimento usado na listagem a seguir.

Os conjuntos de procedimento foram os seguintes:

1. AGRESSIVIDADE

1.1 – Verbal

1.1.1 – Xingar usando as palavras de baixo calão ou ofensivas.

– “Time out”.

– Esquema de reforçamento positivo para falar adequadamente, em esquema de intervalo fixo de acordo com a linha de base da criança.

1.1.2 – Ameaçar Verbalmente de bater ou prejudicar, de alguma forma, outras pessoas ou material próprio ou alheio.

– Isolamento social.

– Retirada do reforço positivo (atividade do momento).

– Esquema de reforçamento positivo para falar adequadamente.

1.1.3 – Ameaçar Verbalmente de jogar objetos no chão ou em pessoas.

- Isolamento social.
- Esquema de fichas para portar-se adequadamente.
- “Time-out” quando a ameaça da criança se processa.

1.1.4 – Gritar, sozinha, ou dirigindo-se a outro.

- Ordem para que a criança cessasse o grito.
- Modelo adequado dado pela professora.
- Reforço positivo para a imitação adequada.
- “Time-out” quando a ordem não era obedecida.

1.1.5 – Emitir sons incompatíveis com a situação do momento.

- Ordem de parada do comportamento e reforço para obediência.
- Isolamento social se necessário.
- Esquema de reforço para comportamentos adequados incompatíveis.

1.2 – Física

1.2.1 – Cuspir em outras pessoas ou objetos.

- “Time-out”.
- Punição caso o “time-out” não seja efetivo.
- “Over-correction”.
- Reforçamento positivo.

1.2.2 – Morder pessoas ou objetos.

- “Time-out”.
- Punição local (em caso do “time-out” não ser efetivo).

1.2.3. Mostrar a língua.

- “Time-out”.
- Punição local.
- “Over-correction”.
- Esquema de reforçamento positivo para não mostrar a língua.

1.2.4 – Agredir pessoas ou objetos fisicamente, dando pontapés, tapas, beliscões ou empurrão.

- “Time-out”.
- “Over-correction”.
- Esquema de ficha para comportar-se adequadamente.

OBS.: para um dos sujeitos, além dos procedimentos acima descritos, foi necessária a instalação de um repertório de brincar, até então inexistente.

1.2.5 – Ameaçar fisicamente de bater ou jogar objetos.

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

1.2.6 – Jogar objetos em pessoas ou em outros lugares.

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

1.2.7 – Fazer gestos obscenos ou ameaçadores.

– “Time-out”.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

– **OBS.:** Nenhum sujeito apresentou este comportamento na clínica durante este trabalho.

1.2.8 – Jogar-se no chão.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento positivo para comportamento adequado.

1.2.9 – Auto-agressão de qualquer forma.

– “Time-out”.

– Punição caso o “time-out” não fosse efetivo.

1.2.10 – Fazer caretas para outras pessoas.

– Isolamento social.

– Retirada de ficha ou atividade reforçadora no momento.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado incompatível com essa atividade.

1.2.11 – Destruir ou inutilizar material (rasgar, rabiscar, etc.).

– “Time-out”.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado incompatível com essa atividade.

1.2.12 – Fazer barulhos incompatíveis com a situação presente. batendo palmas ou provocando barulho com objetos.

– Isolamento social.

– “Time-out” caso o sujeito persista na atividade.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

2. DESOBEDIÊNCIA E/OU DESACATO À AUTORIDADE

2.1 – Ativa

2.1.1 – Negar-se expressamente a cumprir alguma ordem (... “não vou”, ... “não faço”).

– Isolamento social.

– Retirada do material de trabalho no momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para toda participação voluntária da atividade.

2.1.2 – Resistir fisicamente ao cumprimento de uma ordem, ou correndo ou ficando imobilizado no lugar.

– Isolamento social.

– Retirada do material referente à atividade do momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para obediência de ordem.

2.1.3 – Ironizar, fazer brincadeiras jocosas ou imitar pessoas perante uma solicitação, não cumprindo a mesma.

– Isolamento social.

– “Time-out” caso o isolamento não seja efetivo.

– Retirada do material do momento.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento de comportamentos incompatíveis com esses comportamentos.

2.2 – Passiva

2.2.1 – Negar-se a responder ou atuar, quando chamado pelo nome ou solicitado para alguma atividade.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado, em aproximações sucessivas, se necessário.

2.2.2 – Ficar “emburrado” sem cumprir a ordem dada.

– Isolamento social.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

2.2.3 – Demorar-se para atender a alguma ordem dizendo “já vou” ou “espera um pouco”.

– Retirada de todo material ou atividade do momento.

– “Time-out” se necessário.

– “Over-correction”.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

3. AUTO-ESTIMAÇÃO

3.1 – Balançar ou mexer com uma ou várias partes do corpo de modo constante ou funcionalmente inútil.

– Instalação e/ou reforçamento de toda atividade útil incompatível com a auto-estimulação.

– Extinção sensorial quando possível (segundo Rincover).

– Impedimento físico quando necessário.

3.2 – Esfregar partes do corpo em outras partes do próprio corpo ou em outros objetos.

– Instalação ou reforçamento de atividade útil incompatível com tal comportamento.

– Extinção sensorial quando possível.

– Impedimento físico quando necessário.

4. COMPORTAMENTO EXTERIOTIPADO E REPETITIVO

4.1 – Fechar os olhos ou piscar repetitivamente enquanto fala.

– Prática negativa.

– Esquema de reforçamento para a atividade adequada, iniciando-se com aproximações sucessivas do comportamento final.

4.2 – Estalar os dedos.

– Esquema de reforçamento para o comportamento adequado.

4.3 – Outros

Os sujeitos não apresentaram qualquer tipo de comportamento que pudesse ser enquadrado nesta classificação.

5. FALA

5.1 – Excessos

5.1.1 – Falar demasiadamente durante atividades programadas ou convívio social informal.

– Aproximações sucessivas ao comportamento final, usando-se reforço positivo.

– Ausência total de atenção para a fala inadequada.

– Esquema de ficha.

5.1.2 – Mudar constantemente de um assunto para outro, de forma incoerente.

– Ordem de parada com novo assunto.

– Exigência de conclusão do assunto anterior.

– Modelo de conclusão dado pela professora, se necessário, ou de "dicas" para a conclusão do mesmo.

– Esquema de reforçamento para conclusão dos assuntos de forma coerente.

5.1.3 – Interromper conversas alheias constantemente com palpites ou falas inadequadas.

– Ausência total de atenção para a fala inadequada, com aviso prévio da professora.

– Esquema de ficha com retirada da mesma quando ocorresse o comportamento inadequado.

5.2 – Déficit

5.2.1 – Não participar oralmente das atividades do mesmo quando solicitado.

- Reforço positivo em aproximações sucessivas de acordo com cada sujeito.

- Esquema de reforçamento para manutenção do comportamento adequado.

- **OBS.:** Para alguns sujeitos foi necessária a instalação deste comportamento, um treino individual e feita a generalização para o grupo.

5.2.2 – Responder em voz baixa de forma a não ser ouvido.

- Aproximações sucessivas do comportamento final.

- Esquema de reforçamento para manutenção do comportamento.

6. ALTERAÇÃO MOTORA

6.1 – Excesso

6.1.1 – Mudar de uma atividade para outra.

- Reforçamento para permanecer tempos maiores na mesma atividade.

- Exigência do término de uma atividade para que outra seja iniciada, com a retirada da atividade posterior, caso a anterior não tenha sido cumprida.

- **OBS.:** Para este treino as atividades escolhidas foram bastante curtas de início, prolongando-se à medida que o sujeito progredia no treino.

6.1.2 – Sair do lugar sem ter sido mandado.

- Esquema de reforçamento para permanecer sentado.

- Ajuda física se necessário.

- Esquema de ficha com retirada da mesma para crianças com compreensão suficiente.

6.1.3 – Mexer em material não utilizado para atividade que estiver sendo executada no momento.

- Esquema de reforçamento para o comportamento incompatível adequado.

- Princípio de Premack para sujeitos novos em grupo (que ainda não se haviam acostumado ao ambiente e ao material).

– Retirada de todo material da atividade quando o esquema acima era insuficiente.

6.1.4 – Ficar mexendo na própria roupa ou tirar partes da mesma.

– Esquema de reforçamento para o comportamento incompatível adequado.

– Impedimento físico, caso o esquema de reforçamento somente não fosse suficiente.

6.1.5 – Iniciar atividade dos outros colegas deixando de lado sua própria atividade.

– Impedimento físico.

– Esquema de reforçamento para efetuar sua própria atividade.

6.2 – Déficit

6.2.1 – Não efetuar a parte motora das atividades nem mesmo quando diretamente solicitado.

– Ajuda física (prompt) com esvanecimento da mesma (fading out).

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

– Treino específico de obediência a ordens, se necessário (Este treino foi feito de acordo com o Treino de Imitação Motora de Striefel, 1975).

6.2.2 – Não ter iniciativa para execução das tarefas.

– Ajuda física, com esvanecimento da mesma.

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

7. ATENÇÃO

7.1 – Não atender às instruções dadas, embora seja capaz de o fazer.

– Esquema de reforçamento em aproximações sucessivas.

– Ajuda física associada ao item acima.

– Esquema de ficha em intervalo de tempo.

– Treino individual de atenção concentrada quando o esquema acima era insuficiente.

7.2 – Dispensar atenção imediatamente após as instruções, deixando de iniciar a tarefa, embora seja capaz de fazê-la.

– Esquema de reforçamento para efetuar a tarefa explicada após a instrução.

– Esquema de ficha para terminar a tarefa explicada em determinado período de tempo.

7.3 – Deixar tarefas inacabadas.

– Esquema de reforçamento para terminar as tarefas.

– Retirada de toda atividade reforçadora, enquanto a anterior não tivesse sido terminada.

– Impedimento físico para iniciar outra atividade, se necessário.

7.4 – “Esquecer-se” de ordens dadas.

– Esquema de reforçamento para executar a atividade imediatamente.

– Refazer a atividade esquecida. “Over correction”, se necessário.

8. COMPULSIVIDADE

8.1 – Permanecer demasiado tempo tentando fazer a mesma tarefa ou melhorar sua qualidade.

– Ordem de parada associada a reforço pelo que já foi efetuado.

– Retirada do material que esteja sendo utilizado ou retirada da criança da situação.

– Esquema de reforçamento para o término em tempo determinado

8.2 – Não trocar de tarefa quando solicitado.

– Esquema de reforçamento para terminar a tarefa dentro de um tempo determinado.

– Impedimento físico para continuar efetuando a mesma coisa.

– Esquema de reforçamento para toda e qualquer atividade efetuada pela criança sem compulsividade (na escola e no lar).

8.8 – Cheirar objetos, cabelos, etc.

– Impedimento físico.

– Esquema de reforçamento para não cheirar.

9. CHAMAR A ATENÇÃO SOBRE SI

9.1 – Emitir atividades motoras ou verbais com aparente intuito de chamar a atenção sobre si.

9.2 – Interromper conversas ou atividades alheias de forma não verbal, cutucando ou puxando as pessoas.

– Esquema de reforçamento para não interrupção da conversa, iniciando-se com pequenos períodos (sempre com pedido prévio do adulto para que a criança não interrompa).

– Isolamento social para quando a criança interromper.

10. ATIVIDADE SEXUAL

10.1 – Agarrar, abraçar e beijar pessoas todo o tempo.

– Esquema de reforçamento para fazê-lo com moderação.

– Orientação verbal sobre namoro, beijo, abraço e os locais adequados para essa atividade.

– Retirada de uma atividade reforçadora quando a criança não se controlava.

10.2 – Ficar tocando seu próprio órgão sexual.

– Orientação verbal sobre local adequado para atividade sexual.

– Orientação verbal para que a criança se dirija ao banheiro quando estivesse nessa atividade.

10.3 – Exibir-se sem roupa.

– Orientação verbal quanto ao local adequado para desnudar-se.

– Reforçamento do comportamento incompatível com esse comportamento.

– Exigir da criança que se vista novamente.

– Retirada de uma atividade reforçadora caso o esquema acima não fosse suficiente.

10.4 – Tentar olhar ou tocar órgão sexual dos outros.

– Reforçamento de comportamento incompatível com esse comportamento.

– Orientação de acordo com o nível da criança.

– “Time-out” caso o comportamento tenha-se transformado em birra.

10.5 – Masturbar-se em lugar inadequado.

– Orientação de acordo com a criança (nível).

– Orientação quanto ao local adequado para isso.

10.6 – Trazer consigo e mostrar revistas ou objetos pornográficos.

– Orientação verbal quanto ao local adequado para isso, para que a aula não seja prejudicada.

– Professora olhar abertamente junto com as crianças e conversar a respeito, com naturalidade.

10.7 – Levantar ou abaixar roupas alheias.

– Orientação quanto ao respeito alheio.

– “Time-out” se a criança persistir no comportamento.

– Esquema de reforçamento para comportamento adequado.

11. FOBIAS

11.1 – Visuais

– Dessensibilização sistemática.

– Modelação.

11.2 – Auditivas

– Dessensibilização sistemática.

– “Role Play” (imitar o som).

– Modelação.

11.3 – Espaciais

– Dessensibilização sistemática.

– Modelação.

11.4 – Pessoas

– Dessensibilização sistemática.

– Generalização.

– Modelação.

11.5 – Solidão

– Dessensibilização sistemática.

11.6 – Animais

– Dessensibilização sistemática.

— Modelação.

11.7 — Machucados Físicos ou Doenças

— Retirada de modelo negativo, se houver algum.

— Dessensibilização sistemática de atividades que possam causar ferimentos (correr, saltar, etc.).

— Dessensibilização sistemática para cuidar dos ferimentos ou ser medicada.

11.8 — Morte

— Associação com “paraíso” lugar perfeito.

— Associação com deixar o corpo como quem deixa ou troca de roupa.

11.9 — Sobrenatural

— “Role-play”.

RESULTADOS

A verificação dos treinos de Modificação de Comportamentos Indesejáveis (resultados) foi feita através da comparação da presença ou ausência desses comportamentos na avaliação inicial e avaliação final dos comportamentos relacionados nos critérios de avaliação de comportamentos emocionais.

Discutiremos em seguida os resultados obtidos em relação aos sessenta e cinco (65) comportamentos indesejáveis aí relacionados.

Com respeito ao item 11 — Fobias, dois (02) comportamentos não foram tratados. Foram o medo da morte e o medo do sobrenatural. A razão para isso foi a de estarem ambos os comportamentos profundamente associados com a presença ou ausência de crenças religiosas específicas de seus pais. Em entrevistas individuais com eles, verificou-se uma diferença significativa entre a opinião sobre “morte” entre os pais católicos e espíritas e ainda entre estes e alguns pais ateus. Não foi possível encontrar uma explicação sobre a morte, genérica o suficiente para atender à expectativa de todos os pais e ao mesmo tempo efetiva na extinção do medo da morte com os sujeitos. Preferiu-se então tentar uma orientação individual para esses sujeitos, abordando apenas o medo do sintoma físico (medo de doenças,

ferimentos, sangramentos, etc.) como uma primeira alternativa viável na abordagem do problema. Da mesma forma, o medo do sobrenatural estava tão presente no repertório de certos pais, suas crenças tão arraigadas, que teria sido impossível abrandar o medo dos sujeitos frente a tais modelos de medo fornecidos pelos próprios pais. Os medos da morte e do sobrenatural não foram trabalhados com nenhuma criança. O medo de ficar sozinha foi trabalhado e nenhum resultado positivo foi evidenciado. Constatou-se depois que este comportamento também estava associado aos medos relatados acima e além disto não contava com o apoio de nenhum pai para seu treinamento em casa. As razões para esse "não apoio" pareceu advir do sentimento de "super-proteção" dos pais para com as crianças e também algumas vezes do receio dos pais (mães especificamente) de ficarem sozinhos eles próprios.

Também permaneceram inalterados dois (02) outros comportamentos: item 3 – Auto-Estimulação: balançar ou mexer partes do corpo de modo repetitivo e funcionalmente inútil e do item 4 – Comportamento Estereotipado ou Repetitivo – piscar repetidamente enquanto fala.

Ambos os comportamentos pareciam estar intimamente associados à ansiedade dos sujeitos, aumentando visivelmente de frequência na presença de pessoas estranhas ou frente a situações de difícil solução. No início do tratamento, houve certa dificuldade por parte dos professores em estabelecerem uma linha de base fidedigna para tais comportamentos, de tal forma que não foi possível nem sequer avaliar se houve qualquer melhora real ou não. Também para esses sujeitos foi sugerido um tratamento individualizado para esses comportamentos específicos. Ainda na classificação dos comportamentos, o item – cheirar objetos, cabelos etc., pareceu inalterado. Entretanto, o único sujeito que o apresentava mudou as características do próprio comportamento, tornando-o mais próximo de um repertório social aceitável. O sujeito após cheirar algum objeto, ou cabelo, etc., acrescentava comentários tais como – "Hum, tia, seu cabelo está cheirando bom!" ou – "Que delícia de perfume", ou ainda – "Isto está cheirando sabonete!". Muitos desses comentários feitos pelos sujeitos suscitaram agradecimentos ou até mesmo elogios dos outros, o que servia como reforço positivo para o comportamento de cheirar.

Os próprios pais pareceram se agradar da mudança topográfica do comportamento e o reforçaram constantemente.

O item 7.3 — deixar tarefas inacabadas — foi alterado em 12 sujeitos, dos 13 que o apresentaram. O sujeito que não apresentou alteração pareceu ter um nível de atenção concentrada menor que os outros sujeitos e uma hiper-atividade bem mais acentuada. Preferiu-se seguir com orientação dos pais e sessões individuais de modificação de comportamento para o próprio sujeito.

Alguns comportamentos inadequados relacionados nunca foram detectados nos sujeitos, nem em ambiente escolar, nem em ambiente do lar (segundo relato dos pais). Foram eles: a) trazer consigo revistas ou objetos pornográficos; b) fazer gestos obscenos e c) estalar os dedos compulsivamente.

Os outros cinqüenta e sete (57) comportamentos inadequados relacionados foram todos extintos dos repertórios dos sujeitos que o apresentaram, assim sendo:

— Item 1 — Agressividade: todos os 12 comportamentos classificados como agressividade foram eliminados no final do tratamento.

— Com relação ao item 2 — Desobediência: todos os comportamentos inadequados relacionados estiveram presentes na avaliação inicial do grupo e foram completamente eliminados durante o treinamento.

— Quanto ao item 5 — Fala: todos os seus cinco itens encontravam-se presentes em sujeitos do grupo e foram completamente eliminados até o final do treinamento. Da mesma forma, todos os sete sub-itens do item 6 — Alteração Motora: foram completamente eliminados até o final do treinamento.

— Do item 7 — Atenção: dois sub-itens foram completamente eliminados.

— Do item referente à Compulsividade (item 8) o sub-item 8.3 — cheirar objetos, cabelos, etc., não foi eliminado do único sujeito que o apresentou durante o treinamento.

— Do item 9 — seus dois sub-itens foram completamente eliminados para todos os sujeitos que os apresentaram.

— Do item 10 — Atividade Sexual: seis sub-itens foram eliminados completamente até o final do treinamento. Quanto ao item 11 — Fobias: o sub-item 11.5 — Medo de solidão: não foi alterado embora fosse tratado, e os itens 11.8 — Medo da Morte e 11.9 — Medo do Sobrenatural: não foram tratados embora fossem constatados no grupo.

Assim sendo, pareceu-nos que os procedimentos de modificação de Comportamento foram bastante efetivos na eliminação de comportamentos indesejáveis (inadequados) em crianças Deficientes Mentais dentro de uma situação escolar.

Durante o treinamento das crianças, os pais receberam orientações individuais e pareceram bastante entusiasmados com a melhora de seus filhos em situações de clínica. Essa melhora motivou-os a seguirem as instruções no sentido de se conseguir uma generalização daquelas modificações para o ambiente do lar e, à medida que as crianças se apresentavam melhores, estas e os pais foram também muito reforçados por vizinhos e parentes. A diminuição desses comportamentos inadequados, motivou os pais a fornecerem diversas experiências novas para os sujeitos, principalmente na área social, tais como levarem a parques, restaurantes ou lanchonetes, em lojas para experimentar roupas, etc. Com o incremento do que se chamaria "VIDA SOCIAL" dos sujeitos, sua própria aparência física passou a ser visivelmente mais bem cuidada. As crianças passaram a se vestir melhor, cortes de cabelo "caseiros" foram substituídos por cortes profissionais e fivelas, fitas e presilhas começaram a aparecer com maior freqüência.

Segundo relato dos pais, o ambiente do lar pareceu ficar muito mais "agradável" e livre de tensões.

Estes resultados, não diretamente programados, confirmaram ainda mais a eficácia dos procedimentos de Modificação de Comportamento aplicados a Deficientes Mentais em ambiente escolar e reforçaram a tentativa de generalizar toda e qualquer aquisição para outros ambientes. A facilidade do emprego de tais técnicas, para sujeitos classificados como Deficientes Mentais, e o resultado com eles alcançados, deveriam ser um incentivo para seu uso em qualquer escola ou instituição que lide com tais sujeitos.

SUMMARY

The objective of the present work was to apply behavior modification procedures to Mental Deficient children from educable and trainable levels in school situations, with the objective of producing alterations and elimination of undesired behaviours. Sixty-four disruptive behaviours were classified in 11 categories, namely: (1) Agressivity; (2) Disobidience; (3) Auto-Estimulation; (4) Stereotyped and repetitive behaviour; (5) Speech; (6) Motor Alteration; (7) Attention; (8) Compulsivity; (9) To call attention upon himself; (10) Sexual Activity; and (11) Phobias.

For each inappropriate behaviour one or various procedures were selected to be applied in the school environment. The results were very satisfactory considering that changes happened in all the performed categories.

BIBLIOGRAFIA

- AZRIN, N. H., HUTCHIGSON, R. R., and HAKE, D. F. Extinction – induced aggression. *J. exp. Anal. Behav.* 1966, 9, 191-204.
- AZRIN, N. H. e FOXX, R. M. A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1971, 4-89-99.
- AZRIN, N. H. e WESOLOWSKI, M. D. Theft reversal: an over correction procedure for eliminating stealing by retarded person. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1974, 7-577-581.
- BEE, H. *A criança em Desenvolvimento*. S. Paulo Harper and Row do Brasil, 1977.
- BIJOU, S. W. *Child Development: The Basic Stage of Early childhood*, by Prentice – Hall, Inc. Englewood. Chiffs, New Jersey, 1976.

- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER, by the American Psychiatric Association, 1980, 3th Edition.
- FREIRE, P. *Introdução à Psicologia Escolar* de M. H. S. Patto (organização) S. P. T. A. Queiroz, 1981.
- GESELL, A. *Diagnóstico del Desarrollo*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1976.
- HALL, R. V. *Manipulação de Comportamentos: Modificação de Comportamento*. Vol. 3, 4, 5, E. P. U., São Paulo, 1973.
- KOTHE, S. *Pensar é divertido*. Ed. E. P. U., São Paulo, 1973.
- KRUMBOLTZ, J. KRUMBOLTZ, H. *Modificação do Comportamento Infantil*, Ed. E. P. U., São Paulo, 1972.
- LIPP, M. N. *Terapia Comportamental: Implicações Éticas para seu Exercício*. *Estudos de Psicologia*. 1984, Vol. 1 (2) 39-50.
- LIPP, M. N. *Sexo para Deficientes Mentais: sexo e excepcional dependente e não dependente*. Ed. Cortez: Autores Associados, S. Paulo, 1981.
- MACINTYRE, R. W. *Diretrizes para o Uso de Modificação de Comportamento na Educação (tradução)* in Ulrich, R. Satachnick, T., Malby, J. *Control of Human Behavior*. Ed. Scott, Foresman and Company, 1974.
- MACINTYRE, R. W. *Guidelines for Using Behavior Modification in Education*, extraído de Ulrich, R.; Stachnick, T.; Malby, J. *Control of Human Behavior*, Scott, Foresman and Company, 1974.
- NIRJE, B. *The normalization principle and its human management implications*. In Kessler, I. W. — *Psychopathology of childhood*, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1986.
- O'BRIEN, F.; BUCLE, C. e AZRIN, N. H. *Trining and Mantaining a retarded child's proper eating*. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1972, 5, 67-72.
- PANYAN, C. M. *Modificação de comportamento — Novas formas de ensinar novos comportamentos*. E. P. U. São Paulo, 1974.

- RATHS, L. E.; ROTHSTEIN, A. M.; JONAS, A. e WASSERMANN, S. *Ensinar a Pensar*. Ed. E. P. U., São Paulo, 1977.
- RINCOVER A. Sensory Extinction: A procedure for Eliminating Self-Stimulatory Behavior in Developmentally Disabled Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 6, nº 3, 1978, págs. 299-310.
- SARASON, M. T. Gladwin. Mental Deficiency in Gossman, H. J. M. D. *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, 1973 — Revision by American Association on Mental Deficiency.
- STANFFORD CLARK, D. *Introdução à Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Agir, 1972.
- STRIESEL, S. *Manipulação de Comportamento: como ensinar uma criança a imitar*, E. P. U., São Paulo, 1975.
- SUBSÍDIOS para implantação do Guia Curricular de Língua Portuguesa para 1ª série de 1º grau. Nicolau, M. L. M. e outros. Projeto: Desenvolvimento de novas metodologias aplicáveis ao processo de ensino. Aprendizagem para ensino de 1º grau. Editado pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, 1977.
- WINETT, R. A. e WINKLER, R. C. Atual Modificação de Comportamento na Sala de Aula: Fique Quietos, Fique Calado, Seja Obediente, *Jornal of Applied Behavior Analysis*, 1972, (5) 499-504.
- YATES, Abrey. J. *Terapia del comportamento*. Ed. Trilhas, México, 1975.