

Validade interna em 20 estudos de caso comportamentais brasileiros sobre terapia infantil¹

Internal validity in 20 behavioral brazilian case studies on children behavior therapy

Giovana Del Prette²
Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras³
Sonia Beatriz Meyer⁴
(Universidade de São Paulo)

Resumo

A avaliação diagnóstica é um processo que envolve diversas atividades, realizadas pelo psicólogo, visando a uma análise funcional que oriente a seleção de objetivos e procedimentos de intervenção e forneça indicadores para avaliação posterior de sua efetividade. O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar os principais métodos utilizados na avaliação de crianças, em uma amostra de 20 estudos de caso comportamentais brasileiros publicados. Os estudos foram inicialmente classificados conforme os critérios de Kazdin (1982) para redução de ameaças à validade interna, em estudos naturalísticos, Tipo I, II e III, procedendo-se a uma análise descritiva e quantitativa dos métodos de avaliação utilizados. Houve uma predominância de estudos naturalísticos e do Tipo I e do uso de entrevistas iniciais com os pais, a criança e a observação direta de criança em terapia, com menor proporção de registros e instrumentos padronizados. São discutidos alguns fatores relacionados à escolha desses métodos e sugeridas questões de pesquisa.

Palavras-chave: avaliação diagnóstica; terapia comportamental infantil; estudos de caso, validade interna.

Abstract

The diagnostic evaluation is a process, requiring, from the psychotherapist, several activities in order to proceed a functional analysis. This kind of analysis is critical to select intervention goals and procedures as well as to supply indicators for its further effectiveness evaluation. This study is survey of 20 Brazilian behavioral case studies published, aimed to identify and analyze the main methods used in child evaluation. The studies were first classified, in naturalistic, I, II or III types, considering methodological criteria proposed by Kazdin (1982) to reduce internal validity threats. Then, a descriptive and quantitative analysis of the evaluation methods used was made. Most of

¹Este trabalho constitui uma reelaboração de trabalho escrito apresentado como um dos requisitos finais da disciplina "Atendimento clínico comportamental infantil", ministrada pela segunda autora. Essa reelaboração contou com a contribuição da terceira autora.

²Aluna de mestrado em Psicologia Clínica (PSC) - no Instituto de Psicologia (IP) - Email: gdprette@gmail.com

³Profa. Dra. no Instituto de Psicologia (IP)

⁴Profa. Dra. no Instituto de Psicologia (IP) - E-mail: sbmeyer@usp.br

the studies (75%) were classified as naturalistic and Type-I studies and the most frequent methods were initial interviews with parents or child and child's direct observation in therapy, with a smaller proportion of recording techniques and tests. Some possible factors related to the selection of these methods are discussed and research questions suggested.

Key words: diagnostic evaluation; child behavioral therapy; case studies, internal validity.

Apesar de o estudo de caso ser um método importante para o desenvolvimento da Análise do Comportamento, o pesquisador deve estar ciente do seu alcance e limitações. O estudo de caso tem caráter exploratório, uma vez que seus achados são pouco generalizáveis, mas ele abre perspectivas para a formulação de hipóteses, possibilitando investigações subsequentes com outros delineamentos.

Define-se estudo de caso como o "relato fiel e sistemático do que foi feito com o cliente durante o atendimento terapêutico, abrangendo também a história de vida do paciente e outras informações que possam levar a uma compreensão completa do caso atendido" (Silveiras & Banaco, 2000, p. 33). Seja do tipo narrativo ou sistemático (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Silveiras & Banaco, 2000), o estudo de caso deve ser conduzido com o máximo rigor possível, para que tenha validade interna, externa e de construto (Campbell & Stanley, 1979; Cozby, 2003) e, assim, contribuir para o acúmulo de conhecimentos sobre o comportamento humano. A questão da avaliação, foco do presente trabalho, está, em grande medida, associada à importância da validade interna, que se refere à "apropriação da atribuição causal das variáveis independentes destacadas no estudo" (Silveiras & Banaco, 2000, p. 41), ou como coloca Cozby (2003), a segurança de que os resultados de um experimento podem ser atribuídos à manipulação da variável independente e não a outras variáveis. Embora a maior parte dos estudos de caso não permita afirmações conclusivas sobre efetividade ou funcionalidade entre a intervenção e as mudanças no cliente, uma avaliação diagnóstica rigorosa, desde a etapa de coleta de dados de linha de base, é importante para encaminhar hipóteses sobre os componentes essenciais da intervenção e para

pesquisas posteriores de demonstração dessas relações (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Silveiras & Banaco, 2000).

A avaliação diagnóstica (inicial) inclui uma série de atividades com o objetivo de analisar funcionalmente a queixa e, com base nessa análise, definir as melhores estratégias comportamentais que serão utilizadas para alcançar o bem-estar psicológico do cliente. Na abordagem comportamental, é característica da avaliação a sua inter-relação com o tratamento e a sua realização durante toda a intervenção, e também após a mesma, o que possibilita verificar o impacto das mudanças comportamentais do cliente no ambiente.

De acordo com Silveiras (2000), a avaliação pode ser classificada em quatro fases: (1) identificação do problema, em que se investiga a natureza das dificuldades do cliente e se tais dificuldades implicam em tratamento; (2) análise funcional, em que se verificam os fatores mantenedores da condição problemática; (3) seleção do tratamento, em que se avaliam quais os pré-requisitos comportamentais do cliente e do terapeuta, os recursos ambientais e a melhor estratégia frente a isso; (4) avaliação do tratamento, em que se avalia o tratamento, as mudanças, os possíveis efeitos colaterais da intervenção, a relação entre as mudanças e o tratamento, os benefícios e a necessidade ou não de finalizá-lo ou alterá-lo. Alguns dos principais procedimentos de avaliação amplamente enfatizados na literatura sobre clínica comportamental infantil são abordados brevemente a seguir:

a) Entrevista com os pais: A entrevista inicial com os pais é, via de regra, o primeiro contato que o psicoterapeuta estabelece com a família, visto que usualmente a criança chega ao consultório por intermédio destes. Nesta entrevista, podem-se observar comportamen-

tos relevantes dos pais e, também, coletar informações sobre o ambiente da criança. Conte e Regra (2000, p. 118) destacam os aspectos que deveriam, sempre que possível, ser abordados em uma entrevista comportamental com os pais:

⊗ **Queixa principal:** para identificação do problema;

⊗ **Histórico da queixa:** para identificação de eventos críticos, desencadeadores, mantenedores, competitivos, tentativas de solucionar o problema, reações da criança, habilidades e déficits parentais;

⊗ **Variáveis organísmicas:** para identificar variáveis orgânicas potencialmente relacionadas à queixa;

⊗ **Ambiente e contexto atual:** para identificar antecedentes e conseqüentes atuais da queixa e como o contexto é favorável ou não para a criança e a família;

⊗ **Recursos e comportamentos do cliente:** para verificar os recursos pessoais do cliente que podem ajudar na superação do problema;

⊗ **Fontes de gratificação:** para identificar os eventos que podem conseqüenciar positivamente os comportamentos apropriados da criança;

⊗ **Expectativas quanto à terapia:** para avaliar o nível de exigência, viabilidade, compatibilidade de metas entre pais, filhos e terapeuta.

b) Entrevista com a criança. Na primeira entrevista o psicoterapeuta tem a oportunidade de explorar, com a criança, com que objetivo fará psicoterapia, ou seja, fazê-la relatar o que ou em que gostaria de mudar e, além disso, obter informações a respeito dos itens já citados em (a) (Kamphaus & Frick, 2002; Merrell, 1999).

c) Entrevista com outros significantes. Muitas vezes, é necessário também coletar informações junto a outros significantes, como professores, avós, diretores, psicólogo da escola, psiquiatra, neurologista ou outros especialistas. Além disso, algumas das pessoas que fazem parte do ambiente cotidiano da criança podem fornecer pistas adicionais ao terapeuta sobre as contingências a que a criança está exposta.

d) Avaliação médica. Em muitos casos, é necessário que a criança seja avaliada não apenas pelo psicólogo, mas adicionalmente por especialistas como psiquiatras, neurologistas ou outros profissionais da saúde, dependendo da queixa apresentada.

e) Observação direta. A observação direta é o método por excelência para o acesso direto ao comportamento da criança e, por isso mesmo, o mais valorizado na terapia comportamental infantil. As observações do psicoterapeuta incluem, além do comportamento da criança, as condições e comportamentos estabelecidos pela família e cuidadores. A observação ocorre desde o primeiro contato com a família, durante todo o tratamento e também em sessões de seguimento (*follow-up*). Ela pode ser realizada com o auxílio de registros feitos pelo próprio terapeuta ou, de maneira mais fidedigna, por meio da gravação de sessões em áudio ou em vídeo. Além disso, muitas vezes é necessário realizar a observação não apenas na clínica, como no ambiente natural da criança (escola, casa), o que permite avaliar como esse ambiente atua na manutenção do problema e as possibilidades de generalização.

Neste trabalho, faz-se uma diferenciação entre *observação direta sem referência a registros* (quando o estudo relata a realização de uma observação informal, ocasional, independente de registro sistemático em protocolos organizados) e *observação direta com registros*. Os registros feitos antes do início da intervenção terapêutica fornecem informações para estabelecer a linha de base, isto é, constituem uma maneira *sistemática* de avaliar o repertório de entrada do paciente e da família quando buscam tratamento. Segundo Conte e Regra (2000), os registros são geralmente vistos como uma estratégia custosa, mas quando utilizados também ao longo do tratamento e após o término, podem ajudar a criança e a família a observarem as próprias dificuldades e progresso.

f) Uso de testes. Os testes padronizados são instrumentos utilizados pelo terapeuta para quantificar rapidamente, em geral com base em respostas verbais da criança ou de seus

significantes, um conjunto de informações sobre características psicológicas e/ou de funcionamento adaptativo do cliente e, com base nelas, inferir seus recursos ou dificuldades, associados à queixa trazida pela família (Kamphaus & Frick, 2002; Merrell, 1999). Os resultados produzidos pelos testes permitem: (a) situar as características do cliente em relação a seu grupo de referência; (b) fazer uma avaliação diagnóstica mais prontamente quantitativa e padronizada sobre os recursos e dificuldades do cliente ao iniciar a terapia e (c) se aplicado ao final da intervenção, verificar alterações que indicam mudanças de comportamento ou de percepção dos respondentes

entre as fases de início (linha de base), durante e após a intervenção.

O uso de diferentes instrumentos e procedimentos, bem como o rigor utilizado na avaliação diagnóstica, estão intrinsecamente relacionados à questão da validade interna de um estudo. Segundo Kazdin (1982), os estudos de caso podem ser classificados em Tipo I, Tipo II ou Tipo III, conforme os cuidados em reduzir as ameaças à validade interna, tais como os efeitos da história, maturação, teste, instrumentação etc. (Campbell & Stanley, 1979). Os critérios estabelecidos por Kazdin são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1. Tipos hipotéticos de estudos de caso, segundo a presença (+) ou ausência (-) de características que reduzem as ameaças à validade interna (Kazdin, 1982).

CARACTERÍSTICAS PRESENTES	TIPOS DE CASO		
	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Dados objetivos	+	+	+
Avaliação contínua	-	+	+
Estabilidade do problema	-	-	+
Efeitos imediatos e acentuados	-	+	-
Múltiplos casos	-	-	+

De acordo com os critérios de Kazdin, os estudos de caso do Tipo I são aqueles que apresentam um grau mínimo de validade interna, uma vez que, se baseiam apenas em dados objetivos, ainda que não atendam aos demais critérios. Os estudos de Tipo II são aqueles que, além dos dados objetivos, também apresentam uma avaliação contínua das variáveis dependentes (uso de medidas repetidas) o que permite a especificação de alterações ao longo do tratamento e, portanto, a demonstração dos seus efeitos imediatos e acentuados da intervenção. Finalmente, para o estudo ser classificado como Tipo III, com maior grau de validade interna, além das características anteriores, precisa conter múltiplos casos sobre a relação entre ação terapêutica e mudanças no cliente, ainda que não apresente indicadores de efeitos imediatos e acentuados da intervenção (o que o aproxima de um delineamento de replicação sistemática ou de Linha de Base Múltipla) possibilitando maior

generalização das conclusões. Quando o estudo de caso não atende a nenhum destes critérios, é denominado simplesmente de *naturalístico* (Silveiras e Banaco, 2000). De acordo com estes autores, quando não se pode (ou não se consegue) fazer uma manipulação experimental no estudo de caso, o delineamento de estudo de caso naturalístico pode ser utilizado.

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar os métodos de avaliação de uma amostra de estudos de caso publicados na literatura nacional de clínica comportamental infantil e classificá-los segundo os critérios de proteção à validade interna definidos por Kazdin (1982). Com base nesta amostra de publicações, buscou-se analisar o rigor com que estes casos foram relatados na literatura psicológica especializada.

Método

Base documental

O resultado de uma primeira busca, em base de dados, de publicações nacionais dos últimos três anos, mostrou certa escassez de estudos de caso no enfoque da Análise do Comportamento. Em um site de busca na Internet (www.bvs-psi.org.br), utilizando-se as palavras chave “caso” e “comportamental”, apenas dois artigos foram encontrados. Diante disso, optou-se por uma coleta em obras disponíveis, como os dois volumes organizados por Silveiras (2000) e edições atuais da coletânea anual da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, intitulada “Sobre Comportamento e Cognição”. Obteve-se, assim, uma amostra de 20 relatos de estudos de caso que foram tomados como a base documental deste artigo. Dessa base, 15 estudos de autores diversos estão publicados em Silveiras (2000), três na coletânea “Sobre Comportamento e Cognição” e dois recuperados da base de dados. As referências completas dos artigos estudados encontram-se no **Anexo 1**.

Tratamento de dados

Como o rigor da avaliação diagnóstica está intimamente relacionado à validade interna,

os estudos de caso foram inicialmente classificados em função dos tipos propostos por Kazdin (1982). Os estudos classificados em cada um dos tipos (naturalísticos, tipo I, II e III) foram analisados, listando-se os procedimentos utilizados na avaliação diagnóstica. O conjunto de estudos de cada foi organizado em uma tabela que apresentava, também, a frequência com que cada procedimento foi utilizado e em qual(is) das quatro fases do tratamento: linha de base, durante, após ou no seguimento (*follow-up*).

Resultados

Dos 20 estudos, oito foram classificados como naturalísticos, sete como do Tipo I, quatro como Tipo II e apenas um como Tipo III. Os métodos de avaliação utilizados em cada um desses tipos de estudos estão descritos a seguir:

1. Estudos de caso naturalísticos (oito estudos)

Oito estudos foram classificados como “naturalísticos” por não apresentarem dados objetivos de avaliação diagnóstica, condição mínima para que pudessem ser classificados como Tipo I. A Tabela 2, a seguir, apresenta tais estudos, bem como a idade das crianças e a queixa trazida para a terapia.

Tabela 2. Estudos de caso naturalísticos, queixa e idade das crianças participantes.

ESTUDOS NATURALÍSTICOS	IDADE DA CRIANÇA E QUEIXA
Amaral e Albuquerque (2000)	2 anos, escafocefalia e esquiva de fotografia
Conte (1997)	9 anos com dificuldade de aprendizagem
Hübner e Marinotti (2000)	7 anos, com dificuldades escolares
Lipp (2000)	4 anos, com dermatite generalizada
Löhr (2000)	7 anos, com leucemia mielóide, em quimioterapia
Miyazaki (2000)	9 anos, retraída, “chateada”
Wielenska (2000)	10 anos, TOC
Williams (2002)	6 anos, abuso sexual

Todos os estudos desse grupo relataram avaliação inicial, efetuada com as crianças e familiares, utilizando diferentes instrumentos. Entretanto, nenhum desses estudos faz referência à avaliação final ou uso de outros métodos além da observação. O seguimento do caso (*follow-up*) foi feito em apenas dois estudos (Lipp, 2000; Miyazaki, 2000), mas sem uma descrição dos procedimentos utilizados. Em Wielenska (2000), a criança ainda estava em atendimento e, nos cinco demais, nada consta sobre *follow-up*.

Quanto às avaliações feitas no início do atendimento, os sete estudos de caso naturalísticos da Tabela 1 realizaram a entrevista inicial com os pais. Hübner e Marinotti (2000) não descreveram nenhum outro método de avaliação a não ser este; os outros estudos utilizaram a entrevista em combinação com outros métodos, em função principalmente da queixa inicial; em cinco estudos, as crianças passaram por uma avaliação médica ou psiquiátrica, já que as queixas descreviam sintomas físicos (Lipp, 2000), designação de doenças (Amaral

& Albuquerque, 2000; Löhr, 2000), transtornos psicológicos (Wielenska, 2000) e abuso sexual (Williams, 2002).

O uso de instrumentos padronizados fez parte da avaliação de quatro estudos, a maioria aplicada com a criança (Löhr, 2000; Conte, 1997; Williams, 2002) e um com a mãe (Lipp, 2000), mas os resultados dos testes não foram apresentados. A observação da criança em interação com os pais foi relatada em Löhr (2000) e Conte (1997). Já em Lipp (2000), foi feita uma observação do casal de pais, em interação, e em Amaral e Albuquerque (2000), descreveu-se a observação no contexto hospitalar, onde ocorriam os comportamentos-problema.

2. Estudos de caso Tipo I (sete estudos)

Sete estudos foram classificados como Tipo I, por explicitarem dados objetivos de avaliação diagnóstica. A Tabela 3, a seguir, apresenta tais estudos, bem como as características das crianças atendidas.

Tabela 3. Estudos de caso Tipo I e características das crianças atendidas.

Estudos Tipo I	Idade da criança e queixa
Conte e Regra (2002)	7 anos: choro e ansiedade
Domingos e Riso (2000)	9 anos, TDAH
Gomes (1998)	3 anos e 6 meses, encoprese
Melo, Silveiras e Conte (2000)	9 anos, desobedecia e contrariava mãe
Moraes e Murari (2000)	4 crianças filhas de pais separados
Regra (2000)	3 crianças: 9, 5 e 9 anos: agressividade infantil
Windholz e Meyer (2000)	2 anos e 10 meses a 5 anos, autismo

Os relatos de estudo de caso Tipo I permitiram inferir um maior compromisso com a avaliação diagnóstica do que os classificados como naturalísticos. Em três deles (Conte & Regra, 2002; Moraes & Murari, 2000; Melo, Silveiras & Conte, 2000), os instrumentos utilizados no início do tratamento foram replicados ao final. Somente em dois estudos (Domingos & Riso, 2000; Gomes, 1998), a observação (sem referência a registro sistemático) da mudança de comportamento da criança continuou a ser a

única forma de avaliação final descrita.

Quanto ao seguimento (*follow-up*), apenas quatro dos estudos Tipo I o mencionaram. Moraes e Murari (2000) e Melo, Silveiras e Conte (2000) relataram terem realizado o *follow-up*, mas não detalham os procedimentos utilizados. Windholz e Meyer (2000) relataram um seguimento regular, com visitas semestrais à criança atendida por dois anos, obtendo informações sobre a manutenção dos ganhos obtidos com o atendimento, o que foi

tomado como indicador da manutenção da melhora. Gomes (1998) relatou a realização de seguimento por meio de contatos telefônicos com a mãe. Nos demais estudos, não houve referência ao seguimento, sendo que em Regra (2000) e Domingos e Risso (2000) fazem menção à tentativa de seguimento, que não ocorreu devido à mudança de moradia e ao não comparecimento da criança, respectivamente. O uso de instrumentos padronizados na avaliação ocorreu na maioria dos estudos, sendo que o *Child Behavior Checklist* (CBCL) foi utilizado em quatro (Conte & Regra, 2002; Moraes & Murari, 2000; Melo, Silveiras & Conte, 2000; Domingos & Risso, 2000). Outros testes também foram utilizados, como: *TRF* (Conte & Regra, 2002); *Walker Checklist* (Moraes & Murari, 2000); *WISC* e *IDATE-C* (Domingos & Risso, 2000); *Merrill-Palmer* (Windholz & Meyer, 2000).

O uso de registros sistemáticos de comportamentos foi utilizado somente em dois estudos: Regra (2000) e Gomes (1998), que os

utilizaram na avaliação inicial, mas não há referência à continuidade do uso até o final do atendimento. Com relação à observação da criança em outros ambientes, em Windholz e Meyer (2000) foi realizada uma visita domiciliar e em Gomes (1998) foram feitas observações no ambiente escolar e também na casa da criança. Em Regra (2000), a criança foi observada e atendida na própria instituição em que vivia. Por fim, Melo, Silveiras e Conte (2000) observaram a criança em interação com os pais, em sessão, por meio de filmagens em todas as sessões de atendimento.

3. Estudos de caso Tipo II (quatro estudos)

Quatro estudos de caso puderam ser classificados como Tipo II, por conterem, além dos dados objetivos, uma avaliação contínua da criança e uma descrição dos efeitos acentuados e imediatos do tratamento. A Tabela 4, a seguir, apresenta tais estudos juntamente com as características das crianças atendidas.

Tabela 4. Estudos de caso Tipo II e características das crianças atendidas.

Estudos Tipo II	Idade da criança e queixa
Casares e Caballo (2000)	11 anos e 9 meses, com timidez e retraimento social
Ingberman (2000)	9 anos, encoprese
Queiroz e Guilhardi (2002)	10 anos, hiperatividade e agressividade
Silveiras (1999)	8 anos, encoprese

No estudo de Casares e Caballo (2000), realizou-se uma avaliação contínua da criança, no início, durante e ao final do tratamento, incluindo quatro sessões de seguimento após o término. Inicialmente, a criança foi avaliada com instrumentos de avaliação sociométrica pelos colegas da escola e por meio de entrevista e instrumento de avaliação do desempenho social pelos professores e pais. A criança foi entrevistada, submetida a um teste de representação de papéis, observada na escola e se auto-avaliou em um questionário de autoconceito de comportamento assertivo e de ansiedade estado-traço, além de um auto-registro da frequência de contatos sociais. A observação da criança na escola, com o uso de

ficha de registro, foi feita ao longo de todo o tratamento, e os resultados foram apresentados em um gráfico de frequência. Os auto-registros também foram mantidos e, ao fim do tratamento, todos os testes foram reaplicados. No estudo de caso de Ingberman (2000), a avaliação também se deu nos quatro momentos do atendimento (início, durante, ao final e seguimento). Além da entrevista inicial com a mãe e com o filho, ambos fizeram registros da frequência de “escapes” (evacuações acidentais) do início ao fim do tratamento, e tais registros mostraram a superação da encoprese da criança ao final. As sessões foram gravadas em áudio. No estudo de Silveiras (1998), também sobre encoprese, a avaliação diagnóstica

foi realizada de forma semelhante à de Ingberman (2000), ou seja, por meio de registros feitos pelos pais. Adicionalmente, foi aplicado o CBCL no início do tratamento. Entretanto, não há descrição de seguimento.

Por fim, Queiroz e Guilhardi (2002), além das entrevistas com os pais e psicóloga da escola, fizeram uso de registros dos comportamentos, feitos pela criança e pela psicóloga, computando a frequência de comportamentos hiperativos a cada três minutos, o que relatam ter auxiliado no planejamento da intervenção. Após a fase inicial (linha de base), a psicóloga passou a oferecer, à criança, cinco segundos de prazo para a correção de seu comportamento hiperativo. Na próxima fase, aumentou o intervalo de registro para seis minutos e, na última, eliminou o tempo de correção (de cinco segundos para zero segundo). Além da apresentação dos dados sobre a redução dos comportamentos hiperativos, em forma de gráfico ilustrativo, o estudo menciona relatos da criança sobre mudanças e generalização dos comportamentos ao final da intervenção, porém não há descrição de seguimento.

4. Estudo de caso Tipo III (um estudo)

Apenas um estudo pôde ser classificado como Tipo III (Oliveira, Santos & Silveiras, 2000), por ser o único que continha múltiplos casos, além dos dados objetivos e avaliação contínua da criança. Trata-se de um relato sobre atendimento de duas crianças com enurese noturna. Neste estudo, inicialmente os pais das crianças responderam a um questionário para cole-

ta de dados, as crianças foram entrevistadas e submetidas a sessões lúdicas, e pais e crianças fizeram registros diários de frequência da enurese noturna. Os registros foram mantidos ao longo do tratamento, e os resultados foram apresentados sob a forma de gráfico de frequência. Houve seguimento de dois anos com uma criança e de seis meses com a outra.

5. Os métodos de avaliação utilizados nos 20 estudos

A identificação dos métodos utilizados nos 20 estudos de caso referidos nos subgrupos das seções anteriores requereu certa estimativa, pois, algumas vezes, os estudos não explicitavam claramente os procedimentos empregados. Por exemplo, dos poucos estudos nos quais houve seguimento, muitas vezes não ficou explicitado se o contato foi feito apenas com os pais ou se houve uma sessão com a criança (na qual se poderia realizar observação direta). Por outro lado, convém lembrar que os casos apresentados nos dois volumes do livro "Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil" (Silveiras, 2000) foram elaborados tendo, como modelo, o livro "Casebook of child and pediatric psychology" (Roberts & Walker, 1989), o qual também ainda não tinha a preocupação de sistematizar a avaliação diagnóstica.

A Tabela 5, a seguir, apresenta a frequência de uso dos principais métodos de avaliação diagnóstica em cada fase dos estudos descritos na seção anterior.

Tabela 5. Frequência de uso dos principais métodos de avaliação diagnóstica na linha de base, durante, após e no *follow-up* dos 20 estudos de caso.

AVALIAÇÃO		INÍCIO	DURANTE	APÓS	FOLLOW-UP
Entrevista com os pais (relato)		20	20	-	7
Entrevista com a criança		12	-	-	-
Entrevista com outros significantes		7	-	-	-
Avaliação médica		7	-	-	-
Registro	Pela psicóloga	3	4	-	-
	Pelos pais	3	4	3	1
	Pela criança	3	4	2	1
Observação (sem registro)	Em sessão	13	13	20	2
	Em ambiente natural	5	5	20	-
Instrumento padronizado	Com pais	7	-	4	-
	Com a criança	7	-	3	-
	Com outro(s) significante(s)	3	-	1	-

Os resultados apresentados na Tabela 5 indicam uma maior diversidade de métodos no início dos tratamentos, com predominância de entrevistas e observações em sessão. Os demais métodos de avaliação (entrevista com outros significantes, avaliação médica, registros, observação em ambiente natural e uso de instrumentos padronizados) ocorreram em menos da metade dos estudos analisados.

Durante o atendimento, os métodos mais utilizados foram a observação direta e a entrevista com os pais. O uso de instrumentos padronizados aparece com baixa frequência, e somente nos momentos pré e imediatamente após o tratamento. Notou-se uma menor frequência de utilização de instrumentos padronizados na avaliação diagnóstica após o término do tratamento, quando comparada com a frequência nas sessões iniciais. Já os registros sistemáticos, embora tenham ocorrido em uma parcela pequena de estudos, estão presentes em todas as etapas dos tratamentos, o que permitiu procedimentos objetivos de coleta de dados, de forma mais contínua, o que é característico da abordagem comportamental.

Discussão

Este trabalho permitiu verificar as práticas mais usuais de terapeutas comportamentais quanto à avaliação dos casos clínicos que conduzem e relatam. As características dessas avaliações têm impacto sobre a validade interna dos estudos de caso, demonstrando a aplicabilidade dos critérios de Kazdin (1982) e a necessidade ou possibilidade de aperfeiçoamento da validade interna desses estudos. Conforme os dados obtidos na análise, os principais métodos de avaliação da criança foram a entrevista com os pais e a observação direta da criança em sessão, seguidos da entrevista inicial com a criança. Sem dúvida, a entrevista com pais e a observação direta constituem elementos-chave de um processo de avaliação na medida em que ambos permitem coletar dados relevantes para uma

análise funcional que vai direcionar todo o processo de intervenção. Conforme os relatos, a entrevista com a criança nem sempre era possível, certamente devido à sua idade e nível de desenvolvimento. Embora essas entrevistas sejam, também, condição importante para a relação inicial e para a coleta de dados de comportamentos verbais e não-verbais da criança, que podem trazer informações importantes na análise funcional prévia, é certo que, com tais crianças, isso acabe ocorrendo nas primeiras sessões de intervenção.

Considerando-se todos os momentos avaliação, a observação foi o procedimento mais frequentemente referido nos relatos. No entanto, nem sempre os estudos especificavam qual a sistematização empregada na realização dessas observações por exemplo, se eram acompanhadas de registros manuais, de áudio ou de vídeo-gravação, com ou sem protocolos, etc. De modo geral, os relatos referem-se à observação nas sessões ou no ambiente natural, dependendo de como foi feita a intervenção, pois havia casos em que a intervenção foi toda feita fora do consultório. Muitos estudos não registraram a ocorrência de *follow-up* ou apenas o mencionaram, o que impossibilitou qualquer análise sobre os procedimentos e condições em que ocorreram.

O uso de instrumentos padronizados foi referido exclusivamente nas fases pré e pós-intervenção, com maior proporção na fase inicial, possivelmente para se obter um quadro inicial abrangente do repertório comportamental de entrada da criança (dificuldades e recursos). O uso de tais testes ao final do tratamento (que ocorreu em uma parcela mínima dos estudos), embora pouco explorado na Terapia Comportamental, poderia ter a finalidade de auxiliar na avaliação sistemática das mudanças produzidas pelo atendimento. O atual desenvolvimento dos testes (com informações psicométricas e normativas mais válidas e confiáveis) justificaria sua aplicação após a intervenção, para se obterem dados adicionais, facilmente quantificáveis, sobre mudanças ocorridas entre diferentes momentos da intervenção, pelo menos na perspectiva dos

respondentes. Por meio de procedimentos estatísticos específicos, esses dados poderiam ser utilizados para avaliar o quanto a criança se aproximou dos padrões esperados para sua faixa etária, sexo e outras características (validação social) e a significância clínica e/ou estatística das diferenças de resultados entre a pré e a pós-intervenção (Jacobson & Truax, 1992).

Em resumo, pôde-se constatar a diversidade de métodos utilizados na avaliação das crianças, possivelmente em função do tipo de queixa. Assim, por exemplo, em queixas que envolviam sintomas médicos, as crianças passaram por avaliação médica; em queixas que envolviam escola, houve entrevista com professora ou observação da criança na escola, com ou sem especificação de registro; em queixas como enurese e encoprese, houve o uso de registros de frequência.

Alguns estudos justificaram a falta de dados objetivos e sistemáticos com base na argumentação sobre a “ênfase dada ao atendimento e não à pesquisa”. Essa argumentação é apenas parcialmente justificável, para os casos em que a intervenção sobre alguns comportamentos requer urgência, os dados sobre os controles estão suficientemente definidos e as informações são confiáveis. Entretanto, outros estudos, como em Casares e Caballo (2000) chamam a atenção sobre justamente a importância da precisão na avaliação para o estabelecimento de uma boa análise funcional, o que garantiu o sucesso do tratamento.

Segundo Ulian e Silveiras (2003), “não é de surpreender o pequeno número de trabalhos nos quais o clínico casualmente implementa o controle que lhe permite relacionar sua ação com as mudanças comportamentais do cliente à medida que se processa o tratamento, pois é quase impossível na prática exercer tal controle”. Ainda assim, foi constatado que, com exceção do único estudo de caso identificado como Tipo III, os estudos analisados poderiam ter sido mais favoravelmente classificados, segundo os critérios de Kazdin (1982), se os dados tivessem sido apresentados de forma mais detalhada, com o relato

dos procedimentos e objetivos utilizados. Quando isso não ocorre, há um prejuízo na avaliação da validade interna dos mesmos.

É importante reconhecer que, às vezes, pode ser difícil realizar uma avaliação sistemática e exaustiva. Dependendo da natureza da queixa, da urgência da intervenção e de várias condições, também pode ser difícil fazer um seguimento. Por exemplo, podem ocorrer imprevistos, como a mudança da família ou o não comparecimento do cliente. Ainda assim, a avaliação é importante por diversos aspectos: (a) na garantia de bons resultados, para verificar se o procedimento foi efetivo e pode ser entendido como fator das mudanças; (b) na pesquisa em clínica, por garantir uma inspeção empírica, diminuindo o risco de possíveis vieses de avaliação decorrentes de características, limites e critérios usados para publicação, tanto pessoais como dos editores; (c) para oferecer modelo de atendimento controlado por evidências (Meyer & Vermes, 2001; Kazdin & Weisz, 2003) para outros psicólogos.

Independentemente da classificação obtida, é importante salientar que a publicação do conjunto de estudos analisados neste trabalho reflete um investimento no sentido de produzir conhecimento nesta área. Estas publicações podem contribuir para a redução do hiato entre teoria e prática em relação aos estudos de caso (Ulian e Silveiras, 2003) e constituem uma importante amostra da divulgação dos atendimentos feitos nesta área. Ao mesmo tempo, permitem levantar questões de pesquisa pertinentes para o melhoramento da qualidade de estudos de caso futuros.

Uma questão inicial refere-se à relação entre os tipos de problemas infantis e a metodologia diagnóstica utilizada. É possível que, para determinados tipos de problemas do cliente, a seleção de instrumentos e procedimentos de avaliação possa ser mais racional e econômica enquanto que, para outros problemas, haja necessidade de maior detalhamento e diversidade metodológica, como meio para uma análise funcional mais definida e norteadora da intervenção. Essa questão certamente vai

dependem do acúmulo de estudos de caso disponíveis na literatura, que permita a análise em relação a diferentes transtornos psicológicos.

Outra questão diz respeito a como se apresentam os estudos de caso nacionais em relação a outros disponíveis na literatura internacional. Este trabalho focalizou exclusivamente (e ainda assim, não exaustivamente) estudos nacionais e pode ser tomado como uma amostra da metodologia empregada em nosso país. No entanto, se essa amostra fosse ampliada e examinada comparativamente com estudos de caso realizados em outros países, poderia indicar novas direções para o aperfeiçoamento desse delineamento de pesquisa no campo da clínica comportamental.

Pesquisas futuras podem investigar quais as dificuldades objetivas que os terapeutas relatam para proceder a uma maior sistematização do processo diagnóstico sob a perspectiva adotada neste trabalho e qual a relação custo-benefício para a eficiência clínica de suas intervenções. Este tipo de análise certamente deveria ir além da inspeção dos relatos da literatura e voltar-se para uma investigação empírica (tipo *survey*) junto aos terapeutas pesquisadores que relatam seus estudos em

veículos científicos.

Quanto mais os terapeutas aceitarem seus trabalhos de intervenção como um empreendimento científico, dentro da perspectiva de terapia baseada em evidências, tal como proposta por Kazdin e Weisz (2003) tanto maior será a quantidade de relatos de estudo de caso. Isso auxiliará, também, a identificar variáveis independentes relevantes dos procedimentos (geralmente formulados e descritos enquanto “pacotes” com muitas variáveis), para estabelecer novos procedimentos terapêuticos.

Além de disponibilizar alternativas metodológicas para o estudo de caso, espera-se que a preocupação do presente estudo com a validade interna possa facilitar, aos terapeutas, a análise de seus próprios atendimentos e os relatos desses atendimentos, de modo a torná-los mais precisos e válidos, aproximando a terapia de um empreendimento científico, conforme sugerem Ulian e Silveiras (2003). Entende-se que a exposição de um panorama de estudos de caso na literatura nacional mostra a sua importância no contexto da pesquisa em Terapia Comportamental, o que por muito tempo foi relegado a segundo plano.

Referências

- Barker, C.; Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counseling psychology*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa* (Renato Alberto T. Di Dio, Trad.). São Paulo: EPU: EDUSP.
- Casares, M. I. M. & Caballo, V. E. (2000). A timidez infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, pp. 11-42). São Paulo: Papirus.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp. 79-136). São Paulo: Papirus.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em Ciências do Comportamento* (Paula Inês Gomide e Emma Otta, Trad.). São Paulo: Atlas.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: H. E. Kazdin: *Methodological issues and strategies in Clinical Research* (pp. 631-648). Washington: American Psychological Association.
- Kamphaus, R. W. & Frick, P. J. (2002). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior*. Boston (MA): Allyn & Bacon.

- Kazdin A. E. (1982). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (Orgs.), (2003). *Evidencebased psychotherapies for children and adolescent*. New York: The Guilford Press.
- Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In: B. Rangé (Org), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Artmed, p. 101-110.
- Merrell, K. W. (1999). *Behavioral, social, and emotional assessment of children*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Roberts, M. C. & Walker, C. E. (1989). *Casebook of Child and Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Silveiras, E. F. M. (2000). Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, p.13-29). São Paulo: Papyrus.
- Silveiras, E. F. M. & Banaco, R. A. (2000). O estudo de caso clínico comportamental. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp. 31-48). São Paulo: Papyrus.
- Ulian, A. L. A. O. & Silveiras, E. F. M. (2003). O papel do estudo de caso no hiato teoriaprática. In: M.Z.S. Brandão e colaboradores (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (vol. 11, p. 216-225). São Paulo: ESETEc.

Recebido em: 09/04/2005

Primeira decisão editorial em: 30/05/2005

Versão final em: 09/06/2005

Aceito em: 15/06/2005

ANEXO 1

Referências Bibliográficas dos artigos estudados

- Amaral, V. L. A. R. & Albuquerque, S. R. T. P. (2000). Crianças com problemas crônicos de saúde. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp. 219-232). São Paulo: Papyrus.
- Casares, M. I. M. & Caballo, V. E. (2000). A timidez infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, pp. 11-42). São Paulo: Papyrus.
- Conte, F. C. S. (1997). A criança em seu processo terapêutico: reflexões a partir de um estudo de caso. In: M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (ARBytes, vol 2, pp. 147-154). São Paulo.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp. 79-136). São Paulo: Papyrus.
- Domingos, N. A. M. & Risso, K. R. (2000). O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 63-83). São Paulo: Papyrus.
- Gomes, L. S. (1998). Um estudo de caso de encoprese em ludoterapia comportamental. *Psicologia: ciência e profissão*, 18(3): 54-61.

- Hübner, M. M. & Marinotti, M. (2000). Crianças com dificuldades escolares. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 259-304). São Paulo: Papirus.
- Ingberman, Y. K. (2000). A encoprese infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 85-119S). São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2000). O tratamento do stress infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, p. 263-288). São Paulo: Papirus.
- Löhr, S. S. (2000). Crianças portadoras de câncer. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, p. 223-262). São Paulo: Papirus.
- Melo, M.; Silveiras, E. F. M. & Conte, F. C. S. (2000). Orientação preventiva de um grupo de mães de crianças com dificuldades de interação. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, p. 199-216). São Paulo: Papirus.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2000). A depressão infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 43-62). São Paulo: Papirus.
- Moraes, C. G. A. & Murari, S. C. (2000). A intervenção clínica em grupo de crianças filhas de pais separados. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, p. 175-198). São Paulo: Papirus.
- Oliveira, D. S.; Santos, G. T. & Silveiras, E. F. M. (2000). A enurese infantil e o uso de alarme no seu controle. In: E. F. M. Silveiras (org), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 121-155). São Paulo: Papirus.
- Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2002). Redução da agressividade e hiperatividade de um menino pelo manejo direto das contingências de reforçamento: um estudo de caso conduzido de acordo com a Terapia por Contingências. In: H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz, M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e Cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (vol. 10, p. 249-270). São Paulo: ESETec.
- Regra, J. A. G. (2000). A agressividade infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p. 157-194). São Paulo: Papirus.
- Silveiras, E. F. M. (1999). Tratamento de encoprese envolvendo medicação e terapia comportamental: relato de um caso clínico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (7): 291-297.
- Wielenska, R. C. (2000). O transtorno obsessivo-compulsivo infantil. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol. 2, p.195-222). São Paulo: Papirus.
- Williams, L. C. A. (2002). Abuso sexual infantil. In: Guilhardi, H. J.; Madi, M. B. B. P.; Queiroz, P. P. & Scoz, M. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (vol 10, p. 155-162). São Paulo: ESETec.
- Windholz, M. H. & Meyer, S. B. (2000). Crianças com problemas de desenvolvimento. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 2, p.223-258). São Paulo: Papirus.



especialização em CLÍNICA ANALÍTICA COMPORTAMENTAL

Pós-graduação Lato Sensu em 4 semestres
13 disciplinas e atendimento supervisionado
Grupos de supervisão e de orientação de
monografia compostos por no máximo 7 alunos
início em março de 2006

DISCIPLINAS

Conceitos operantes
Pressupostos filosóficos e conceituais da análise do comportamento
Técnicas operantes aplicadas à clínica
A relação terapêutica sob a ótica analítica comportamental
Conceitos e técnicas respondentes e interação operante-respondente
Avaliação Comportamental
A vida em grupo e a determinação cultural do comportamento
A pesquisa como subsídio para o trabalho do terapeuta
Bases biológicas do comportamento
O atendimento em ambiente extra-consultório
História da prática do analista do comportamento
Modelos experimentais de problemas de comportamento
Comportamento verbal
Prática supervisionada
Orientação de monografia

PROFESSORES:

Profa. Dra. Alice Maria de Carvalho Delitti
Profa. Cássia Roberta da Cunha Thomaz
Prof. Denis Roberto Zamignani
Profa. Joana Singer Vermes
Prof. Luiz Guilherme Gomes Cardim Guerra
Prof. Dr. Marcelo Frota Benvenuti
Profa. Dra. Maria Amalia Pie Abib Andery
Profa. Maria Luisa Guedes
Profa. Dra. Miriam Marinotti
Prof. Nicolau Kuckartz Pergher
Profa. Dra. Nilza Micheletto
Profa. Paola Espósito de M. Almeida
Profa. Dra. Paula Suzana Gioia
Prof. Ricardo Corrêa Martone
Profa. Roberta Kovac
Prof. Dr. Roberto Alves Banaco
Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer
Profa. Dra. Tereza Maria de Azevedo Pires Serio
Profa. Yara Claro Nico

SUPERVISORES CLÍNICOS:

Alice Maria C. Delitti
Denis Zamignani
Luis Guilherme Guerra
Miriam Marinotti
Paola Almeida
Roberto Banaco
Roberta Kovac

COORDENAÇÃO:

Ms. Denis Roberto Zamignani
Prof. Dr. Roberto Alves Banaco

LOCAL:

Rua Monte Alegre, 428,
conjunto 43, Perdizes
São Paulo, SP, CEP: 05014-00

HORÁRIO:

Sextas-feiras, das 8 às 19h

CARGA HORÁRIA:

585 horas-aula, distribuídas em quatro semestres sequenciais, das quais 400 horas-aula serão dedicadas às disciplinas, incluindo a orientação de monografia, e 185 horas-aula a atividades de atendimento clínico supervisionado. O certificado de Especialização será obtido mediante aprovação em cada disciplina e na monografia e avaliação do atendimento clínico supervisionado.

entre em contato

(11) 3675-7944

nucleoparadigma@terra.com.br
www.nucleoparadigma.com.br

CURSO: TÓPICOS AVANÇADOS EM CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL: DA BASE CONCEITUAL AOS ESTUDOS DE CASO

Coordenação: Roberto Alves Banaco

A idéia de um curso sobre tópicos avançados em clínica analítico-comportamental surgiu da demanda de profissionais que já se encontram em um estágio avançado de conhecimento e prática clínicos por um aprofundamento teórico e direcionamento científico de seus trabalhos.

Com este propósito, o curso pretende, em encontros periódicos, abranger temas e estratégias metodológicas de forma a dar subsídios para que terapeutas experientes

possam reciclar seus conhecimentos e se apropriar de ferramentas para a produção de conhecimento a partir de sua prática clínica.

Estrutura do curso: cinco encontros aos sábados, das 09:00 hs às 17:00 hs.

Estrutura de cada encontro: Das 09:00 às 12:00 hs, discussão teórica; das 14:00 hs às 17:00 hs, discussão sobre pesquisa em clínica. Cada módulo contará com professores convidados especialistas no tema.

Professores confirmados:

Denis Roberto Zamignani
Helio José Guilhardi
Marcelo Benvenuti
Maria Amalia Andery
Maria Martha Hübner
Maria Teresa Araújo
Roberto Alves Banaco
Sérgio Vasconcelos de Luna
Sonia Beatriz Meyer
Teresa Maria Pires Sério

MÓDULOS:

17/09/2005;
Condicionamento clássico - inibição latente
Relato de caso: compatível ou incongruente com a pesquisa científica?
08/10/2005
Condicionamento clássico - inibição recíproca
Comportamento verbal como fonte de dados em estudos de caso
29/10/2005
Interação operante-respondente: ansiedade
Sistematização e representação gráfica da avaliação e do tratamento nos estudos de caso
19/11/2005
Reconceitualizando o reforçamento positivo
O estudo de caso e os delineamentos de pesquisa de caso único
10/12/2005
Contingência e contiguidade
História e formulação de estudos de caso.
Identificação e operacionalização de comportamentos-alvo

Requisitos mínimos para participação no curso: (1) Especialização ou mestrado em áreas afins à análise do comportamento e/ou clínica ou cinco anos de experiência clínica. (2) Conhecimento prévio dos pressupostos teóricos e filosóficos básicos da análise do comportamento. (3) disponibilidade para leitura prévia dos artigos (em língua inglesa) a serem discutidos nas aulas.

Valor do curso: R\$ 750,00 divididos em cinco parcelas de 150,00 ou R\$ 200,00 cada encontro.
Informações: nucleoparadigma@terra.com.br