



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES
CURSO: PSICOLOGIA

ANÁLISE FUNCIONAL: UMA ALTERNATIVA AO DIAGNÓSTICO TRADICIONAL NO CONTEXTO ESCOLAR

Sara Alves Martins

Brasília
Junho de 2009

Sara Alves Martins

**ANÁLISE FUNCIONAL: UMA ALTERNATIVA AO
DIAGNÓSTICO TRADICIONAL NO CONTEXTO
ESCOLAR.**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – UNICEUB.

Prof^a. orientadora Dr^a. Eileen Pfeiffer Flores

Brasília, junho/ 2009



Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Orientadora: Prof^a. Dr^a Eileen Pfeiffer Flores

Examinador: Prof. Msc. Rogério Lopes de Souza

Examinadora: Prof^a. Msc. Marília de Queiroz D. Jacome

A Menção Final obtida foi:

Brasília, junho/ 2009

Agradecimentos

Agradeço a minha família por fazer parte da minha vida e em especial minha mãe pela sua dedicação e ao meu irmão Eugênio pela ajuda na formatação final.

Agradeço também aos colegas de faculdade que estiveram comigo ao longo do curso, pois contribuíram com meu desenvolvimento por meio de conversas sobre nossos trabalhos, sobre temas diversos e sobre a própria profissão de psicólogo.

Ao mais que companheiro (quixá) Adriano por todas as suas críticas e cobranças ao longo de todo o curso e principalmente durante a realização deste trabalho. Por seu tempo despendido para longas conversas sobre psicologia, textos e autores diversos e ainda por todo suporte emocional e técnico que me deu durante o processo monográfico.

Ao Guto que me proporcionou uma ótima experiência de estágio na área clínica comportamental e me fez gostar ainda mais da análise do comportamento.

Um agradecimento especial a minha orientadora Eileen, por ter me encorajado nessa empreitada e por toda sua generosidade em partilhar um pouco do seu conhecimento comigo.

Sumário

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	IV
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – A INFLUÊNCIA DA MEDICINA NA PSICOLOGIA	4
1.1. CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA E O SURGIMENTO DA MEDICINA	4
1.2. O SURGIMENTO E O USO DO DSM.....	6
CAPÍTULO 2 - A MEDICALIZAÇÃO DO FRACASSO ESCOLAR.....	12
CAPÍTULO 3 – BEHAVIORISMO RADICAL.....	21
CAPÍTULO 4 - UMA PROPOSTA PARA ORIENTAÇÃO DE TRATAMENTOS DOS ESCOLARES: O USO DA ANÁLISE FUNCIONAL	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

Resumo

O presente estudo discute as implicações do psicodiagnóstico baseado no uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – e propõe a análise funcional, baseada nos pressupostos do Behaviorismo Radical como solução aos problemas levantados. Para isso, contextualizam-se diferentes concepções de saúde e doença no curso da história, o surgimento da medicina, sua forma de atuação e sua influência na psicologia assim como as críticas dirigidas ao manual diagnóstico adotado pela psicologia. Faz-se um breve histórico da medicina na escola e a conseqüente medicalização do fracasso escolar assim como a problemática decorrente do uso do DSM neste ambiente. Em seguida, desfazem-se alguns mitos e equívocos a respeito do Behaviorismo Radical, apresentando suas idéias e ainda sua proposta de análise funcional e então, comparam-se os dois sistemas de investigação e intervenções comportamentais e as conseqüências de seu uso em escolas. Por fim, conclui-se que, mais importante que saber as topografias de um comportamento, é entender sua função e que uma forma mais prudente e eficaz de análise e intervenção do comportamento dito “problemático” em escolas, aponta para a análise funcional.

Palavras-chave: Análise Funcional, Behaviorismo Radical, DSM.

Introdução

A partir da minha experiência como estagiária em uma escola da rede pública de Ceilândia, cidade satélite do Distrito Federal, pude entrar em contato mais profundo com o contexto escolar. Durante esse período, vivenciei muitas questões e de todas elas, uma se sobressaiu: o psicodiagnóstico dos “alunos-problema”. Este diagnóstico parecia atestar a existência de uma doença no aluno e atribuía-se a essa doença o fato do aluno não aprender. Essa idéia era quase sempre acompanhada da crença de que o tratamento se daria pela intervenção médica/medicamentosa. Com isso, não haveria nada a ser feito pelos professores ou pela escola, que se colocavam confortavelmente fora dessa questão.

Contudo, os “problemas” apresentados pelos alunos nem sempre são de ordem fisiológica, mas dizem respeito às relações que são estabelecidas entre o estudante e a escola. A literatura mostra que o diagnóstico recebido pelo aluno não parece favorecer seu desenvolvimento pessoal e social. Pelo contrário, esses rótulos dados por meio do psicodiagnóstico são quase sempre denegridores e acabam por contribuir com tais “problemas”.

O presente trabalho se propõe discutir e refletir sobre as implicações do uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), manual que se vale de um sistema classificatório e objetiva auxiliar no psicodiagnóstico de indivíduos, assim como determinar estratégias de intervenção para cada tipo de patologia. Nesse sentido, apontam-se alguns dos erros que incorrem do psicodiagnóstico baseado no DSM e vislumbra-se, como alternativa, a

utilização da análise funcional, instrumento principal do Behaviorismo Radical, como uma forma mais prudente e eficaz de análise e intervenção nos ditos casos de problemas de aprendizagem.

O embasamento na teoria de Skinner, o Behaviorismo Radical, teve como objetivo envolver o contexto escolar na problemática do aluno, pois este ambiente é fundamental para o seu desenvolvimento. Neste caso, a responsabilidade seria dividida entre todos os indivíduos envolvidos, sejam eles o próprio aluno, seus pares, pais, professores, coordenadores, diretores e demais funcionários da escola. Dessa forma, não mais serão procurados nomes que definam o “problema” do indivíduo, mas serão buscados os contextos e as relações estabelecidas e envolvidas no comportamento do sujeito.

Esta monografia é composta de quatro capítulos. O primeiro apresenta diferentes concepções de saúde e doença no curso da história, apontando o surgimento da medicina, sua forma de atuação e sua influência na psicologia, principalmente na utilização de um manual diagnóstico. Esse primeiro capítulo ainda realiza uma reflexão acerca da adoção, pela Psicologia, do manual diagnóstico, inclusive adotado amplamente por psicólogos escolares, qual seja, o DSM. Segue-se um histórico da medicina na escola e a conseqüente medicalização do fracasso escolar no segundo capítulo, e a problemática decorrente do uso do DSM no ambiente escolar como as explicações orgânicas, a profecia auto-realizadora, baixo senso de auto-eficácia.

O terceiro capítulo pretende apresentar as idéias do Behaviorismo Radical, diferenciando-o do Behaviorismo Metodológico e desfazendo assim alguns mitos e equívocos a seu respeito. Define-se aqui a proposta de análise funcional que se pretende utilizar no contexto escolar.

O quarto capítulo diz respeito à aplicação da análise funcional no contexto escolar como forma de superar os problemas que o uso do DSM pode gerar. Contudo, não se trata de um roteiro prático, mas sim de uma indagação acerca do que implicaria, neste mesmo contexto, uma análise funcional do comportamento.

Capítulo 1 – A influência da medicina na psicologia

1.1. Concepções de saúde e doença e o surgimento da medicina

As representações de saúde e doença são tão antigas que remetem ao tempo dos povos sem escrita que, de acordo com Scliar (2005), entendiam-nas como tendo forte influência do sobrenatural, tendo a doença caráter de castigo ou maldição. Mesmo a morte, acidental ou não, era resultado dessas influências. Essa idéia enxerga as questões de saúde e doença através de um "olhar mágico", onde se trata "a patologia como faceta da mitologia" (Scliar, 2005). Neste contexto, compete "ao feiticeiro ou xamã curar o doente, isto é, reintegrá-lo ao universo total, do qual ele é parte" (Scliar, 2005). Os egípcios, há cerca de 5.000 anos, atribuíam um caráter natural à questão da saúde, não a relacionando somente à crença sobrenatural. Acreditavam que a saúde do corpo estava diretamente relacionada à absorção de um elemento real que provocava a putrefação do organismo. Esta concepção precedeu as idéias de Hipócrates, já na Grécia, que defendia que as doenças não são causadas por demônios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais. Dessa forma, a saúde dependia principalmente do modo de vida do indivíduo que deveria buscar equilíbrio através da higiene, alimentação e cuidados com o corpo. De Hipócrates nasce a medicina ocidental que, já nesse período, afasta-se do misticismo e do endeusamento e baseia-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo. (Scliar, 2005; Sevalho, 1993).

No ocidente, durante a Idade Média, as representações de saúde e doença ganharam um caráter fundamentalmente religioso e eram profundamente influenciados pela Igreja Católica que desde então separava corpo e mente; carne e espírito. O catolicismo anunciava a cura para

todos os males pela religião, sendo mais importante que a saúde do corpo, a do espírito. Contudo, o corpo também deveria ser cuidado, pois é nele que habita a alma. O tratamento de doenças era feito em hospitais que funcionavam como retiros que objetivavam não a expurgação do mal em si, mas a segregação dos doentes do meio social como forma de conter a propagação da doença. Essa representação de saúde-doença modificou-se no período renascentista. O advento do mercantilismo no século XVI promoveu avanços no conhecimento europeu através do contato com outras culturas. Nesta época, ocorreu a retomada do pensamento pagão de Hipócrates, que defendia a inserção do homem no contexto da natureza, e, com o despertar do pensamento racional iluminista, os estudos que colocavam o homem em foco, dentre eles, a medicina. Outro contexto científico foi firmado, e com isso uma cisão entre o ser humano e a natureza foi estabelecida. O ser humano agora se diferencia da natureza, estando esta em função do homem (Sevalho, 1993).

Neste contexto, formaram-se os estados absolutistas que valorizavam o poder e a riqueza. Como forma de mensurar sua riqueza e seu poderio bélico, que supunha tanto a obtenção de mais riqueza, quanto a manutenção de poder, os estados precisavam conhecer sua população, a quantidade de riqueza em poder do estado e seu potencial expansivo. Para esse fim, um dos artifícios utilizados entre os séculos XVII e XVIII foi a classificação de doenças. Conhecendo os males dos quais a população sofria, poderiam se estudar formas de aumentar a capacidade de expansão do Estado. O processo classificatório se dava no agrupamento de sintomas e em sua catalogação segundo classes, ordens, gêneros e espécies, com foco na doença que se apropriava do doente, seu “objeto transitório” (Sevalho, 1993).

Neste período, a classificação de doenças foi inserida no desenvolvimento do modelo biomédico, que se apropriou do pensamento mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza pregado pelos filósofos Galileu, Descartes, Newton e Bacon. Estes concebiam o

mundo como uma máquina que, para ser compreendida, precisa ter suas partes desmontadas e separadas. Resumindo essa concepção, seria possível conhecer um organismo estudando as suas partes constituintes (seus órgãos) separadamente. A medicina moderna filia-se, em grande parte, a essa visão cartesiana. (Albuquerque e Oliveira, 2002).

No final do século XVIII, no início da revolução industrial, em decorrência das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção, epidemias tomaram as grandes cidades para onde as pessoas migravam e aglomeravam-se. As cidades tinham péssimas condições de saúde, o que facilitava a transmissão de doenças e causava muitas mortes. Neste período, na Europa, as epidemias permitiram o nascimento da medicina clínica e proporcionaram, por meio dos estudos de combate epidêmicos, progressos no desenvolvimento da teoria e prática médica. O modelo médico acabou caracterizando-se por sua tendência em reduzir os sistemas em pequenas partes, considerando-as separadamente. O indivíduo e sua singularidade deixaram de ser o centro da atenção médica, sendo substituído pelas características universais de cada doença (Albuquerque e Oliveira, 2002).

1.2. O surgimento e o uso do DSM

A influência da cultura médica no pensamento ocidental tem sido tão forte que a psicologia desenvolveu-se a partir de seu conceito dicotômico de saúde e doença, com ênfase na observação e descrição dos seus sintomas. Dessa maneira, muitos psicólogos têm se guiado por sistemas classificatórios e diagnósticos para sua intervenção. Para tanto, fazem uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (atualmente em sua quarta edição), que surgiu como forma de padronizar o grande número de sistemas de classificação

de doenças mentais que existiam na época e teve sua primeira edição em 1952 como uma variação da Classificação Internacional de Doenças – CID-6 (atualmente em sua décima edição) (Neno e Tourinho, 1998).

O DSM é um manual patrocinado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), que classifica, divide ou categoriza os transtornos mentais baseado em um conjunto de critérios específicos. Segundo Hersen (1988, em Neno e Tourinho, 1998), o sistema de classificação possui cinco funções: promover a organização com agrupamento das observações dos casos, tendo como base comportamentos ou sintomas; favorecer a comunicação entre os profissionais da área; identificar o tratamento através do diagnóstico e intervenção; proporcionar a determinação do status legal com o uso do esquema de classificação pelo Sistema Judiciário; e por último, possibilitar o reembolso pelas agências de seguro-saúde.

Segundo Neno e Tourinho (1998), apesar da APA defender que sua metodologia é validada empiricamente, a literatura mostra que os critérios que definiram o DSM foram votados sem consenso e em contradição com evidências científicas. Porém, embora a legitimidade desse sistema seja questionada, ela é amplamente utilizada pelos profissionais.

Várias são as críticas dirigidas ao sistema de classificação e diagnóstico de doenças. Hayes e Follette (1992, em Neno e Tourinho, 1998), apontam três restrições referentes ao uso do DSM. Na primeira restrição, a “classificação per si” perpetua uma redução de eventos dinâmicos a coisas estáticas, excluindo detalhes da vida de um indivíduo e sua diferença em relação aos outros, e a “estigmatização em função do rótulo” acaba por marcar um indivíduo de diversas maneiras pelas idéias que permeiam o rótulo recebido. A segunda restrição, a “busca de unidades verdadeiras”, se propõe a investigar aspectos topográficos do comportamento que caracterizem um quadro qualquer, privilegiando a categorização do

sujeito. A última restrição diz respeito à “utilidade prática do DSM”, que se propõe a auxiliar na identificação das origens e do desenvolvimento das doenças, determinando seu tratamento. Porém, nem todas as abordagens psicológicas compartilham dos mesmos princípios. Para os autores que partem do ponto de vista analítico comportamental, por exemplo, as categorias diagnósticas descritas no manual se limitam a topografar comportamentos, não produzindo conhecimento suficiente específico sobre o comportamento de cada sujeito, não sendo capaz de orientar o tratamento desse indivíduo de forma efetiva. Esse último tópico será discutido mais detalhadamente no último capítulo deste trabalho.

Com a mesma visão, Gonzales-Rey (2004) critica a forma despersonalizada de definir os processos de “doença” de alguém com base no DSM e aponta que o manual, com seu rol de doenças previamente classificadas, segue uma tendência em padronizar o indivíduo. A partir de sintomas previamente detectados, o sujeito é enquadrado em alguma categoria e, pior do que ser visto como possuidor de tais sintomas, passa a ser visto como um resumo deles: a “deficiência” substitui o “deficiente”, a “psicose” substitui o “psicótico”. O sujeito é resumido às características que o rótulo lhe dá. Essa visão favorece explicações circulares dos fenômenos, em que o adjetivo que se tem utilizado para descrever um fenômeno é usado para explicá-lo, por exemplo, dizer que um indivíduo se comportou de maneira “violenta” em uma situação porque ele é “violento”. Esse tipo de explicação, além de circular, coloca o problema dentro do sujeito e ignora o contexto. No exemplo citado, favorecem-se explicações que entendem a violência como sendo inerente ao sujeito, como uma característica que independe de seu histórico de vida, condição social e processos individuais, e destacam o sujeito como protagonista e unicamente responsável pelos seus atos.

Outro autor que discute a respeito da naturalização de problemas sociais é o neurocientista Steven Rose (1997). Ele aponta em seu texto “A perturbadora ascensão do

determinismo neurogenético” a busca da neurogenética em mapear todo o DNA humano crendo que, com isso, seja possível se identificar os genes que afetam o comportamento. Essa tentativa de atribuição de causas biológicas ao comportamento leva a algumas simplificações que, segundo o autor, podem gerar erros graves. Rose utiliza a imagem de uma cascata para descrever as possíveis falácias reducionistas que podem se embasar nesses estudos. Essa cascata é composta de cinco quedas que se seguem: reificação, aglomeração arbitrária, quantificação inadequada, localização espúria e causalidade inadequada.

A “reificação” ou “coisificação” transforma processos dinâmicos em fenômenos estáticos, ignorando as relações que constituem o próprio fenômeno e que também o definem. Abstraindo o contexto dessa forma, elimina-se o significado de um comportamento, restando apenas o fato. Um comportamento tido como violento, por exemplo, descontextualizado, torna-se apenas um ato violento, um número na estatística que se criará nas próximas quedas da cascata. Prosseguindo, a queda seguinte será o agrupamento desses fatos reificados, agrupamento este que Rose denomina “aglomeração arbitrária”. Seguindo com o exemplo, não mais se questionando o tal ato violento e seu contexto, apenas se somarão a ele outros atos previamente descontextualizados e tidos como violentos. Essa aglomeração é o agrupamento das generalizações cometidas na “reificação”. A “quantificação inadequada”, terceira queda da cascata, trata de dar um valor numérico a tais aglomerações, possibilitando assim comparações entre indivíduos distintos, indagando, por exemplo, qual deles é mais violento ou não.

Em relação com esses três primeiros estágios da cascata, pode-se fazer referência a alguns estudos sobre pessoas portadoras de síndrome de Down. De acordo com Tunes, Flores, Silva e Souza (2007), o déficit cognitivo é tido, na literatura e no senso comum, como uma das características da Síndrome de Down e o teste de QI é o instrumento utilizado para

comprovar e mensurá-lo. Porém, este teste, de acordo com Binet, seu criador, só se atém a medir o desempenho de uma pessoa em dado procedimento, podendo, sim, ser comparado com os resultados de pessoas da mesma faixa etária no mesmo procedimento, mas nunca quantificando a capacidade ou potencialidade de um indivíduo. Da forma utilizada, para medir a capacidade cognitiva dos portadores de Síndrome de Down, o teste de QI se torna um aglomerado de reificações utilizado para quantificar e comparar a resultados do grupo controle, o grupo “normal”.

Voltando à cascata de Rose, a quarta queda também é observada por Tunes *et. al* (2007) em seu estudo. A “localização espúria” se dá na tentativa de explicar um dado reificado com a localização de sua causa numa parte específica do corpo do indivíduo, uma parte que passa a ser considerada doente ou defeituosa. No caso da síndrome de Down, a justificativa para o déficit é colocada, por exemplo, no tamanho, na curvatura, ou em outros aspectos de determinadas partes do cérebro do portador da síndrome (Rose, 1997; Tunes *et. al*, 2007).

A queda final da cascata, que Rose nomeia como “causalidade equivocada”, é uma operação em que se assume, como causa de um determinado comportamento, um dado que, apesar de estar relacionado com o fato ou a ação, de forma alguma foi seu determinante. Ao agir “violentamente”, é provável ou até certo que um indivíduo sofra uma descarga de adrenalina no seu organismo, contudo, essa alteração não pode ser considerada a causa do comportamento do sujeito. Partindo de equívocos como esse, a indicação medicamentosa pode ser desastrosa ou ineficiente. “Quando temos dor de dente, pode ser que aliviemos a dor tomando uma aspirina, mas a causa da dor de dente não é pouca aspirina no cérebro” (Rose, 1997, p.24).

O uso do DSM poderá incorrer em todos esses erros, podendo gerar consequências graves ao mascarar problemas com a “classificação per si” e sua busca por “unidades verdadeiras”, tentando enquadrar o indivíduo dentro de uma categoria, atendo-se a pontos gerais de seu comportamento, traçando tratamentos despersonalizados e ainda muitas vezes enfatizando causalidades equivocadas de seus “problemas” ou, em seu ponto mais absurdamente simplificado e equivocado, objetivando a massificação dos indivíduos baseado em paradigmas ora elitistas, ora moralistas, a fim de se obter um sujeito “normal”.

Não obstante a problemática gerada pelo DSM, este manual foi adotado no sistema escolar brasileiro como instrumento base do psicodiagnóstico de alunos que apresentam problemas escolares, legitimando a medicalização do fracasso escolar.

Capítulo 2 - A medicalização do fracasso escolar

A partir do final do século XIX e início do século XX, as entidades comprometidas com a saúde pública no Brasil assumiram um compromisso especial com a higienização das cidades e das populações, pois se reconhecia que a ordem e o progresso sociais dependiam dessa higienização. Por meio de campanhas de vacinação e erradicação de doenças, buscava-se eliminar epidemias que pudessem comprometer o desenvolvimento dos pólos urbanos ligados à atividade agroexportadora (Zucoloto, 2007; Werner, 2000). Uma das preocupações da higienização da sociedade era com a saúde da população infantil. Adota-se, então, o discurso médico nas escolas. Nestas instituições, instaurou-se um conjunto de regras de organização e funcionamento baseado em um modelo formulado por médicos, denominado Higiene Escolar. Esse conjunto de medidas a serem implementadas tinha o intuito de impedir a transmissão e propagação de doenças (Merhy, 1997 citado por Werner, 2000; Zucoloto, 2007). Segundo Lima (1985, citado em Zucoloto, 2007, p. 138), a Higiene Escolar é resultado de três doutrinas:

(...) A da polícia médica, pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a do sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; a da puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos e interferência em favor de uma pedagogia mais 'fisiológica', isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse. (p. 85)

Zucoloto (2007), por meio de seu estudo feito a partir da análise de conteúdo de cinco teses da Faculdade de Medicina da Bahia que traziam a questão da higiene das escolas e compreendiam o período de 1869 a 1898, apontou a incompatibilidade deste modelo com a

realidade das escolas brasileiras, pois o discurso médico embasava-se em estudos realizados em outros países:

Nota-se, então, todo um empenho em prescrever medidas de higienização das escolas alheio à realidade brasileira de falta de escolas e de uma política educacional, de professores mal remunerados e mal formados e de descaso do Estado brasileiro para com a educação do povo. (p.142)

A autora ainda afirma que essas teses médicas estão impregnadas de uma desvalorização dos integrantes das camadas populares, pois faziam uso de “teorias raciais”, teorias essas que estão intrinsecamente relacionadas com o determinismo biológico que facilmente perpetuava a idéia de se relacionar ao não branco, quase sempre pobre, termos pejorativos como “degenerados”, “selvagens”, “ignorantes”, “preguiçosos”, “irresponsáveis”, “rudes”, “libertinos”, “desocupados”, “criminosos”, dentre outros nomes que desqualificavam os sujeitos.

Werner (2000) acrescenta que, se o ideal dessa proposta de saúde escolar era o alcance de um ambiente saudável que proporcionasse o convívio de indivíduos sadios, aos que eram vistos como doentes, deficientes, que não aprendiam, restavam-lhes a exclusão. Ao definir o estado de perfeita saúde como pré-condição para o desenvolvimento do aprendizado, criaram-se bases para justificar o fracasso escolar como resultado da presença de alguma doença.

O discurso médico acerca da educação contribuiu para o que alguns autores chamam de “medicalização da educação” e outros de “patologização da educação”, onde se buscam causas e soluções médicas para problemas eminentemente sociais. Estas explicações incorrem no determinismo biológico. O determinismo biológico consiste em explicar a situação e o

destino de indivíduos e grupos através de suas características biológicas. Nessa visão, segundo Gould (1999), as diferenças sociais e econômicas entre os grupos sociais seriam decorrentes de distinções herdadas e inatas, e a sociedade seria um retrato fiel da biologia. Desse modo, a patologização da educação esconde os determinantes políticos e pedagógicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema social vigente e a instituição escolar. Como decorrência dessa concepção, seria o indivíduo o maior responsável por sua condição de vida e destino, e as circunstâncias sociopolíticas teriam influência mínima (Werner, 2000).

Neste contexto surgem explicações acerca das desigualdades sociais como sendo desigualdades naturais, decorrentes de diferenças biológicas. Desse modo, a influência médica na escola contribuiu para traçar uma história de exclusão e preconceito que se propaga ainda nos dias de hoje na escola e sociedade brasileira. A medicalização do fracasso escolar ainda persiste, atribuindo patologias às crianças pobres com dificuldades de escolarização. A escola tira de si qualquer responsabilidade sobre o fracasso de seus alunos. Evoca-se a algum distúrbio, disfunção, problema, dificuldade, carência, desnutrição, entre outros fatores que não incluem o contexto escolar (Zucoloto, 2007; Salazar, 1996).

Guzzo (2005) refere-se à escola como estando “amordaçada” e levanta questões sobre esse contexto no processo de constituição do indivíduo. Aponta que a escola pública não tem promovido um espaço de igualdade entre as pessoas, de convivência respeitosa e ainda que insira a família e sociedade no ambiente escolar. Ao invés disso, tem promovido um ambiente domesticador em relação ao mundo, onde o aluno não tem espaço para sua livre expressão. Guzzo ainda denuncia a tendência em se estabelecer as classes dominantes sobre classes desfavorecidas no cotidiano da escola, acentuando desigualdades sociais que os próprios professores produzem dentro da sala de aula, até mesmo na forma com que se relacionam com

os alunos, desvalorizando, anulando e até ignorando suas realidades. Há uma grande expectativa por parte dos professores para com seus alunos e famílias que muitas vezes não podem corresponder. Esperam-se crianças limpinhas, com material cuidado, lições bem feitas, bem alimentadas, que respeitam uns aos outros, falam na hora certa, são educadas, que não se agridam e prestam atenção na professora. Da mesma forma, para Aquino (2008) a escola de antes, elitista e de acesso restrito a poucos, parece influenciar até hoje nossas escolas com a expectativa de um aluno idealizado sócio, histórico e economicamente.

As condições precárias de vida da população pobre brasileira tornam comum a visão preconceituosa de que “o aluno pobre é aquele cheio de vermes, anêmico e por ser portador dessas mazelas não consegue aprender. A desnutrição é apontada como a causa mais frequente para justificar o fracasso escolar.” (Werner, 2000, p. 53). É inegável que a desnutrição interfere no desenvolvimento da criança, porém é só um dos fatores, não podendo ser considerado um determinante único e isolado. O autor aponta que há muita controvérsia em relação às consequências da desnutrição frente ao desenvolvimento da criança (Werner, 2000).

Outro diagnóstico comumente atribuído às crianças das classes pobres da sociedade é o retardo mental leve. Para o diagnóstico de retardo mental, mantêm-se os preconceitos sociais e não se levam em consideração os comportamentos, habilidades e conhecimentos pertinentes ao grupo social e cultural da criança, que muitas vezes são diferentes dos apresentados nas classes mais favorecidas devido a seu modo de vida e condições sociais diferenciados. No caso dos alunos das camadas mais altas da sociedade, o autor aponta que, em geral, procura-se explicar o fracasso escolar e problemas de comportamento como consequência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ou ainda de Transtorno de Aprendizagem, e

estes, por sua vez, são considerados produtos de alguma disfunção ou imaturidade neurológica (Werner, 2000).

Outras explicações dadas como causa das dificuldades escolares do aluno, apontadas por Werner (2000), são: deficiências cognitivas, linguísticas e sensoriais, e ainda a imaturidade do aluno em aprender. Essas explicações estão perpassadas pela dicotomia de saúde e doença, normal e patológico, equilíbrio e desvio, que, como se disse antes, são categorias da medicina que influenciaram tanto a educação quanto a psicologia. Nessa relação de causa e efeito entre problemas de saúde e fracasso escolar, as escolas passam a reivindicar clínicas especializadas, ora em fonoaudiologia, ora em psicologia, ou no que for necessário para eliminar obstáculos no aprendizado. Tende-se então a acreditar que problemas escolares devem ser resolvidos fora da escola. O encaminhamento do aluno a psicólogos especialistas é uma forma de legitimar a idéia de que problemas pedagógicos têm como base problemas psicológicos e tira a responsabilidade da escola, culpando o aluno e até sua relação familiar (Werner, 2000; Salazar, 1996).

Salazar (1996) ainda aponta que esse encaminhamento a profissionais da saúde fortalece a idéia de doença que se apresenta como “distúrbio”, “disfunção”, “problema”, “dificuldade”, “carência”, “desnutrição”, etc., afastando ainda mais o papel e a importância da escola na resolução do problema da criança. O psicólogo é um desses profissionais que, requisitados pelas escolas, têm recebido crianças com problemas em seu contexto escolar e tem sido um dos responsáveis por designar rótulos às crianças; rótulos esses, que podem acompanhá-las por toda a sua vida escolar.

Os laudos psicológicos, que deveriam ser “em favor e em defesa do aluno (...) para promover, defender, preservar e garantir o seu desenvolvimento” (Salazar, 1996, p. 8), são

hoje um conjunto de erros, como aponta Souza (2005) em seu estudo sobre os bastidores de atendimento à queixa escolar em clínicas escola no estado de São Paulo. Erros que vão desde diagnósticos que não se confirmam com a realidade das crianças, até o desconhecimento dos processos de aprendizagem e do funcionamento das escolas e suas relações. Souza afirma que as práticas diagnósticas estão estruturadas em um conjunto de avaliações no qual os testes psicológicos são os principais instrumentos utilizados. Segundo os seus adeptos, os testes são os instrumentos que conseguem chegar o mais próximo do que se passa no psiquismo e nas áreas mentais do indivíduo. Segundo a autora, nessa concepção, os problemas percebidos pelos professores têm origem em problemas emocionais, neurológicos ou no rebaixamento intelectual. Legnani e Almeida (2008) acrescentam que muitas dessas explicações de natureza orgânica se difundiram tanto ao longo da nossa história que passaram a fazer parte do senso comum e são tidas como verdades cientificamente comprovadas, sendo recorrente a idéia de que as várias formas de sofrimento e mal estar podem ser tratadas e curadas biologicamente.

Outro problema que o diagnóstico pode gerar é a chamada “profecia auto-realizadora”, que Lopes, Lopes e Lobato (2006) consideram como um de seus problemas centrais. A profecia auto-realizadora opera da seguinte forma: ao se conceber que algo será de tal maneira, tende-se a não notar os aspectos que divergem da profecia e a valorizar o que converge com ela. Dessa forma, tende-se a confirmar tal profecia. Os autores citam o exemplo da pesquisa de Rosenhan, desenvolvida em 1972. Nela, pesquisadores que não possuíam qualquer histórico de doença mental se internaram em doze clínicas de saúde mental diferentes em cinco estados americanos. Na entrevista clínica inicial, os pseudopacientes usaram a mesma queixa: ouvir vozes, cujo conteúdo era confuso, mas que pareciam incluir as palavras “vazio”, “ovo” e “thud” (onomatopéia inglesa referente ao som de um ruído surdo). Todos deram nomes falsos e, os que trabalhavam na área da saúde mental, mentiram sobre

suas profissões, porém, nada ocultaram sobre seu passado. Todos foram internados com tempo de internação entre sete e cinquenta e dois dias. Durante todo o tempo, agiram normalmente sem apresentar nenhum sintoma. Os diagnósticos dados foram de esquizofrenia e esquizofrenia em regressão. Pode-se concluir que a expectativa ou o pré-conceito criado com relação aos pseudopacientes, se concretizou com o diagnóstico dado e comportamentos posteriores ganharam sentidos que comprovaram o rótulo recebido.

Na escola, a profecia também pode traçar destinos difíceis de serem contornados e o diagnóstico pode ser um grande empecilho, interferindo em todo o desenvolvimento da criança. Muitas vezes, como aponta Salazar (1996), “o profissional objetiva a crença da ‘criança doente’ – já cristalizada na escola” e “acaba contribuindo com os seus laudos para a discriminação que se faz das crianças consideradas problemas” (p.8). Outra autora que aponta este fenômeno é Patto (1990; 1988, citado em Salazar, 1996) que acredita que os laudos contribuem para a rotulação das crianças como “diferentes e deficientes” colaborando para a manutenção de estigmas e segregação e ainda justificando o fracasso escolar dos alunos.

Outro fator que influencia e está intimamente ligado às expectativas em relação ao aluno é o senso de auto-eficácia. Este diz respeito à crença que o aluno tem sobre seu próprio desempenho, ou seja, o quanto o aluno se acha capaz e quais são suas expectativas frente a alguma tarefa. Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano (2003), puderam constatar em seu estudo, que crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem podem apresentar indicadores de senso de auto-eficácia mais rebaixados do que em relação às crianças com bom desempenho escolar, considerando-se pouco competentes para a execução com sucesso de atividades acadêmicas específicas. E concluem que “a auto-eficácia dos estudantes, juntamente com outras crenças e atitudes em relação à aprendizagem, tem sido considerado forte preditor de desempenho acadêmico” (Medeiros *et al*, 2003, p.94). Esta observação,

porém, não busca uma relação direta de causa, mas aponta a existência de uma correlação, entre o senso de auto-eficácia e o desempenho escolar.

Dentre os fatores que podem contribuir na formação de um baixo senso de auto-eficácia, os autores apontam os laudos psicológicos, os rótulos adquiridos na escola pelos colegas e professores e até mesmo em casa, assim como a própria experiência e observação de outras crianças:

Ao se defrontarem com dificuldades, como no caso de novas disciplinas ou até de novas exigências ou tipos de tarefas, os alunos assediados por dúvidas internas quanto às suas capacidades reduzem seus esforços ou interrompem prematuramente as tentativas, ao mesmo tempo em que decidem por soluções medíocres, ou seja, rebaixam o nível de seus objetivos pessoais (Medeiros et al., 2003).

Segundo Medeiros *et al.* (2003), as escolas deveriam se comprometer com a promoção de um ambiente favorável onde os alunos desenvolvam a crença de que possuem ou podem possuir certas competências e, desta maneira, sintam-se motivados a continuar seu processo de aprendizado e obterem êxito.

Souza (2005) mostra dados que indicam a necessidade de se repensar as práticas psicológicas nos casos encaminhados por problemas escolares. A autora investigou o processo de diagnóstico em cinco clínicas-escola do Estado de São Paulo. Em cada clínica-escola, pesquisou o referencial teórico utilizado, a abordagem dada à queixa escolar, os instrumentos utilizados para o levantamento de dados e os encaminhamentos realizados pelo psicólogo. Os dados colhidos pela autora mostram que grande parte das clínicas-escola pesquisadas utiliza roteiro de entrevista centrada em momentos da história de vida da criança, sem articulá-la de

maneira efetiva com a compreensão dos motivos do encaminhamento e do que se passa com a criança. Outra parte das clínicas-escola pesquisadas utiliza uma abordagem fenomenológico-existencial, e as perguntas partem do relato do cliente a fim de entender sua história e articular hipóteses que possam esclarecer a queixa inicial. Esta última abordagem ainda estimula o cliente a analisar os motivos que o conduziram ao atendimento. Porém, apesar das diferenças encontradas no início do atendimento, em todas as clínicas, percebe-se que o quadro apresentado por aqueles que encaminham o estudante não é questionado, o que revela um desconhecimento, por parte do psicólogo, do processo de escolarização da criança ou do adolescente. Além disso, as hipóteses explicativas “são centradas em aspectos individuais ou familiares de natureza física ou emocional”, e é possível observar “uma tendência a pesquisar os primeiros anos de vida e a acreditar que o que neles se passou seja a causa dos problemas escolares atuais” (Souza, 2005, p. 85).

Frente à problemática exposta, faz-se necessária uma abordagem que se aprofunde no contexto escolar em que um indivíduo se insere que não se atenha a busca de uma causa somente, mas que tenha uma visão mais ampla de todo o fenômeno que se pretende analisar. Historicamente, convivemos com um tipo de abordagem preconceituosa, porém preconceitos não deveriam interferir ou limitar a prática do psicólogo. O que se pode perceber é que os meios que, em geral, são utilizados na problemática escolar necessitam de atualização. É papel da psicologia, buscar novos conceitos e formas de atuação. Uma proposta nesse sentido será apresentada no próximo capítulo.

Capítulo 3 – Behaviorismo Radical

Frente ao exposto nos capítulos anteriores, faz-se necessário propor um modelo que objetive o afastamento dos rótulos, vistas as dificuldades que estes podem causar na história escolar e no desenvolvimento da criança. Neste capítulo, defender-se-á que a proposta de análise funcional, no contexto do Behaviorismo Radical, pode trazer importante contribuição nesse sentido.

Muitos autores de base não comportamental não distinguem os diversos tipos de behaviorismos e os entendem como sendo todos, variações do Behaviorismo Metodológico de Watson. Porém, desde a criação do primeiro Behaviorismo, muitos outros foram surgindo, dentre eles, o Behaviorismo Radical, no qual iremos focar neste estudo. Para tanto, será necessário entender as diferenças entre os dois tipos de behaviorismos, metodológico e radical, e desfazer alguns mitos com relação a este último.

O Behaviorismo Metodológico surgiu em 1913 com Watson (1879-1958) que, contrariando as bases psicológicas predominantes da época, que estudavam a mente, acreditava que a psicologia deveria se basear no estudo do comportamento. Autores como Baum (1999), consideram que o Behaviorismo Metodológico “baseava-se no realismo, visão segundo a qual toda experiência é causada por um mundo objetivo e real, fora e separado do mundo subjetivo e interno” (p. 19). Com isso, Watson acreditava que uma ciência do comportamento deveria se basear no que fosse possível observar empiricamente. Na concepção realista, o mundo real só pode ser observado através das nossas percepções dele e nunca diretamente. Por isso, o Behaviorismo Metodológico se preocupava em descrever o mundo objetivo em seus mínimos detalhes, e os eventos deveriam ser descritos da maneira mais fiel possível. O comportamento, especificamente, deveria ser detalhado em todos os seus

movimentos mecânicos, aproximando-se assim de descrições fisiológicas. Dessa forma, os experimentos psicológicos poderiam ser repetidos cientificamente, assim como os das outras ciências, a física e a química. Com isso, não se investigava o mundo tido como subjetivo, privado, devido à inacessibilidade à subjetividade do outro e à impossibilidade de validação deste tipo de observação. Watson foi fortemente influenciado por Pavlov e seus estudos sobre os reflexos condicionados que mostravam como uma resposta pode ser condicionada a um estímulo e quais as respostas que podem ser apresentadas a ele (Baum, 1999).

Após Watson, outros tipos de behaviorismos surgiram, entre eles o Behaviorismo Radical de B. F. Skinner (1904-1990). Skinner e Watson tinham o mesmo objetivo de estruturar uma ciência do comportamento, porém partiam de pressupostos divergentes. Enquanto Watson partiu da visão do realismo para formar sua teoria, Skinner foi influenciado pelo pragmatismo que “aponta a utilidade de tentar entender e buscar o sentido de nossas experiências” (Baum, 1999, p.19), para embasar o Behaviorismo Radical. Para o Behaviorismo de Skinner, o que importa é a compreensão dos significados dos comportamentos e não somente a descrição deles como comprovação de sua existência. A palavra *ato* descreve melhor a noção de comportamento advogada por Skinner, posto que um comportamento só tem sentido quando se compreende seu contexto e sua função. Com base nisso, o behaviorismo de Skinner busca a definição de termos que permitam a contextualização de um comportamento e como ele se relaciona em um contexto e suas possibilidades consequentes a partir da nossa experiência (Baum, 1999).

Skinner propõe a existência de três níveis de interações do indivíduo com seu meio que são determinantes para seus comportamentos: a filogênese, a ontogênese e a cultura. A filogênese diz respeito à história de evolução da espécie e é responsável por nossas características físicas assim como alguns aspectos comportamentais como os reflexos e os

padrões fixos de ação. Ao longo de milhões de anos as espécies têm mudado por meio do processo de seleção natural proposto por Darwin em que indivíduos que possuem características mais vantajosas em relação àquele ambiente específico predominam em relação aos que possuem características menos vantajosas. Com relação aos aspectos comportamentais na filogênese, os reflexos dizem respeito a respostas imediatas do organismo frente a algum estímulo externo a ele, como exemplo tremer quando se sente frio ou tossir ao engasgar. Os padrões fixos de ação também são fruto da seleção natural e também fazem parte da manutenção da saúde e sobrevivência em que situações ambientais específicas são tidas como estímulos para a apresentação de uma resposta, como por exemplo, os filhotes de certa espécie de pássaro que, quando a mãe pousa no ninho, abrem a boca e recebem comida da mãe, ou outra espécie que cisca o bico da mãe e esta coloca a comida no chão. Os reflexos e os padrões fixos de ação, frutos da filogênese, podem, no entanto, receber, na vida do indivíduo, influências da aprendizagem. Esses processos foram estudados por Pavlov, mais tarde por Watson, e desenvolvidos por Skinner e outros e são conhecidos como condicionamento clássico ou respondente. Esse tipo de aprendizagem diz respeito à aquisição de um reflexo condicional que se dá por meio do emparelhamento de um estímulo neutro seguido do estímulo condicionado. Um exemplo seria o caso do cachorro estudado por Pavlov que, depois de várias situações quando, no momento de ser alimentado, disparava-se uma campainha ao mesmo tempo em que a comida era servida, o animal passou a salivar a partir do momento que a campainha era disparada, antes mesmo da comida ser servida. É importante notar que o que determina o comportamento reflexo é seu estímulo antecedente, pois sem ele não haveria a resposta reflexa. Esse tipo de emparelhamento pode ser observado em inúmeras outras situações incitando respostas como excitação, mudança nos batimentos cardíacos, suor excessivo, entre outros, devido a uma história prévia de exposição a certas

contingências. A filogênese fornece então, aparato fisiológico e padrões comportamentais úteis para a sobrevivência e que por sua vez são úteis na aquisição de novos comportamentos (Baum, 1999).

No segundo nível de interação do indivíduo com seu meio, a ontogênese, ocorre outro tipo de aprendizagem e interação com o ambiente, chamado comportamento operante, que se diferencia do comportamento reflexo. O que determinará a ocorrência deste comportamento será sua consequência e não mais seu estímulo antecedente. De fato, o primeiro termo usado por Skinner foi “operante livre”, justamente para enfatizar a não existência de um estímulo anterior que eliciaria o comportamento. A consequência de um comportamento o afetará de modo que aumente ou diminua a probabilidade desse comportamento voltar a ocorrer no futuro. Portanto, as consequências comportamentais podem possuir funções que reforcem ou punam o comportamento, ou seja, podem aumentar ou diminuir a probabilidade de sua ocorrência. Neste nível, o indivíduo adquire uma forma única de se relacionar com o mundo devido a sua história singular de aprendizado diferenciando-se da filogênese (Baum, 1999).

O terceiro e último nível de interação comportamental diz respeito às práticas culturais. A partir da interação social, em que os indivíduos fazem trocas de experiências aprendendo uns com os outros, a imitação tem um papel importante no processo de seleção e adaptação, pois auxilia na aquisição de comportamentos adequados para a sobrevivência em determinado contexto não sendo necessário “reinventar a roda” a cada nova geração. Contudo, neste nível, as interações e evolução das práticas culturais estão relacionadas aos efeitos delas sobre o grupo e não aos seus membros individualmente.

Além da confusão com o Behaviorismo Metodológico, outro mal-entendido comum é o de que o Behaviorismo Radical seria mecanicista. Skinner (1981) entendia o comportamento

como sendo "um processo, e não uma coisa" (p. 27). Influenciado pelo físico Ernst Mach (1838-1916), apropria-se do seu conceito da análise funcional – conceito desenvolvido em resposta ao sistema mecanicista de causa e efeito – na compreensão do comportamento. Na explicação mecanicista entende-se uma "conexão necessária", uma causa para uma consequência, onde um evento causa outro. Segundo Laurenti (2004, citado em Cruz & Cillo, 2008), "Isto significa que todos os eventos da natureza são explicados de forma que uma causa antecedente sempre irá causar um efeito de forma inexorável, ou seja, um evento sempre depende de outro para ocorrer" (p.376). Mach, se opondo a esse modelo mecanicista de ciência, apresenta a relação entre eventos como relações funcionais, onde eventos acontecem em função de outros; eles se relacionam e influenciam sua ocorrência mutuamente. O conceito de comportamento operante de Skinner serve para explicar o afastamento do Behaviorismo Radical da concepção de causa e efeito, pois, observa-se que o estímulo antecedente ao comportamento, é visto como parte da relação comportamental e não como causa. O estímulo antecedente serve como um contexto para que o comportamento ocorra e só pode ser analisado mediante a história prévia do sujeito com relação às consequências de dado comportamento. O estímulo antecedente pode apresentar diferentes funções dependendo da relação comportamento–consequência e, além disso, não determina respostas, mas aumenta sua probabilidade de ocorrência (Cruz & Cillo, 2008).

A análise funcional, segundo Borges e Medeiros (2007) "nada mais é do que a identificação das relações entre o indivíduo e seu mundo, ou seja, é observar um comportamento e saber que tipo de consequência ele produz", identificando com isso as relações existentes entre o comportamento e suas variáveis consequentes.

O conceito de contingência proposto por Skinner (1975, citado em Costa & Marinho, 2002) é fundamental para se compreender a análise funcional. Contingência é a relação entre

três fatores: o contexto em que um comportamento ocorre, o comportamento em si e suas consequências, ou seja, sua função. De acordo com Skinner:

É apenas quando analisamos o comportamento sob contingências conhecidas de reforço que podemos começar a ver o que ocorre na vida cotidiana. Fatos que inicialmente desprezamos começam a comandar a nossa atenção, e coisas que inicialmente nos chamavam a atenção aprendemos a descontá-las ou ignorá-las. (...) Em outros termos, não mais encaramos o comportamento e o ambiente como coisas ou eventos separados, mas nos preocupamos com a sua inter-relação. Procuramos as contingências de reforço. Podemos então interpretar o comportamento com mais sucesso. (Skinner, 1975, p.184 citado em Costa & Marinho, 2002)

Portanto, a análise funcional é um referencial para a interpretação do comportamento e busca compreender as variáveis das quais o comportamento é função a partir das relações contingenciais do comportamento e, dessa maneira, evita descrições mentalistas do comportamento, evita a ênfase na topografia do comportamento e ainda evita análises nomotéticas (Medeiros & Araújo, 2003; Costa & Marinho, 2002).

A ênfase na função, como a análise do comportamento propõe, vai além do uso de topografias (descrição do comportamento baseada em sua forma e estrutura. Teixeira Júnior e Souza, 2006), pois a topografia nada diz a respeito das circunstâncias em que este comportamento ocorre e nem sobre sua relação com as consequências, ou seja, conhecer as topografias comportamentais não é suficiente para se fazer uma análise funcional. Comportamentos de topografias semelhantes podem possuir funções distintas, assim como funções iguais podem ter topografias diferentes: um aluno que permanece calado durante uma

aula e não faz questionamento à professora pode ser taxado como desinteressado. Porém essa mesma topografia comportamental pode ser explicada de outras maneiras. O aluno pode simplesmente ter compreendido o conteúdo não sentindo necessidade de se pronunciar. O exemplo mostra funções completamente diferentes para o mesmo comportamento, para tanto, a análise do comportamento enfatiza o entendimento das funções comportamentais a fim de não se fazer interpretações errôneas do comportamento (Medeiros & Araújo, 2003).

A análise do comportamento, por meio da análise funcional, procura fazer análises idiográficas do comportamento e não análises nomotéticas. Ou seja, procura fazer a análise de casos individuais de acordo com a história contingencial daquele indivíduo em particular ao invés de analisar casos com base em categorias pré-determinadas e agrupadas conforme suas características como, por exemplo, faz o DSM (Medeiros & Araújo, 2003).

Com relação às descrições mentalistas do comportamento, Skinner acreditava que são explicações que nada explicam, e exemplifica da seguinte maneira: “suponha que você pergunte a um amigo por que ele comprou um par de sapatos e a resposta seja ‘comprei por impulso’, ou ‘comprei porque quis’. Embora essas afirmações soem como explicações, em relação à pergunta, na verdade nada esclarecem.” (Baum, 1999, p.47). Essas explicações são circulares e, portanto insuficientes para se entender o comportamento. Skinner substitui essas pseudo explicações por uma perspectiva que, segundo Medeiros e Araújo (2003), “explica o comportamento a partir de uma perspectiva relacional, ou seja, a relação do indivíduo como um todo com eventos que lhes são externos” (p.188). Contudo, Skinner não ignora a existência de aspectos subjetivos e os investiga indiretamente a partir de relatos verbais que são aprendidos ao longo da vida por meio de convívio social. Com isso, os aspectos privados do comportamento são vistos como outro comportamento qualquer a ser analisado. O que é relevante para o Behaviorismo Radical é o estudo da relação entre o homem e seu ambiente e

isso se aplica também aos estados subjetivos, que não podem ser compreendidos fora do contexto em que ocorrem e fora da sua relação com a história de vida do sujeito (Baum, 1999; Skinner, 1974/2006).

Capítulo 4 - Uma proposta para orientação de tratamentos dos escolares: o uso da análise funcional

Mediante toda a problemática exposta com relação ao uso do DSM como orientação ao psicodiagnóstico e intervenção na resolução de problemas escolares e ao que foi exposto com relação ao Behaviorismo Radical, vislumbra-se a possibilidade do uso da análise funcional no contexto escolar como base para a avaliação e planejamento da intervenção do psicólogo.

Segundo Gonzalez-Rey (1997), a escola é essencial na promoção da saúde, considerando que “promover saúde é antes de tudo educar um modo de vida diferente, no qual as atividades desenvolvidas pelo sujeito estejam comprometidas com seu desenvolvimento e bem estar” (p.286). Entretanto, a definição de saúde não parece ser consenso. De acordo com o modelo médico, a patologia se dá nos indivíduos que fogem da normalidade estatística. Dessa forma, a busca pela saúde decorre da tentativa de se enquadrar à média, objetivando a eliminação do sintoma e da doença (Banaco, 1999). Ao absorver esse pensamento a psicologia admite a existência de um padrão, um ponto ideal, de uma “normalidade saudável”.

Contudo, ao afirmar que a escola tem o dever de promover a saúde, Gonzalez-Rey (1997) reflete sobre os riscos do enquadramento do aluno dentro de um padrão ideal, considerando que, “quando a criança na escola e na família está livre de medo, ansiedade e insegurança, estados estes que negam sua legitimação individual, na verdade estas instituições estão promovendo saúde, porque a saúde é um processo histórico que se garante na continuidade da vida do sujeito concreto” (p. 286). Não se pode pensar sobre a saúde de um indivíduo sem entender seu contexto e sua história, caso contrário, corre-se o risco de incorrer nas mesmas falhas do sistema de saúde escolar iniciado no Brasil na virada do século XX que se baseava no padrão escolar europeu, uma realidade completamente diferente da brasileira.

Apesar de ter o intuito de proporcionar um ambiente saudável, esse sistema carregava e disseminava preconceitos, não tolerando os alunos que não atingiam a normalidade dita “saudável”. (Gonzalez-Rey, 1997; Zucoloto, 2007). Atualmente, esse preconceito é percebido nos discursos que induzem o pensamento de que o aluno pobre, quase sempre negro, por ser geneticamente desprivilegiado, desnutrido, vagabundo, preguiçoso, sujo, enfim, por este ou por aquele motivo não consegue aprender; justificando o fracasso escolar por um viés determinista biológico e reducionista (Werner, 2000).

A idéia que o DSM carrega está intimamente ligada a esse preconceito, enquanto o behaviorismo quebra esse paradigma de saúde como normalidade, pois não lida com a dicotomia saúde-doença. Compreende que todo e qualquer comportamento, seja ele tido socialmente como “saudável” ou “doente”, é fruto de aprendizado e mantido de acordo com as mesmas regras de contingência. Dessa forma, todo comportamento se configura a partir de um histórico complexo que o define, já que as consequências desse comportamento o determinarão. Isto quer dizer que quando um aluno se comporta de tal maneira, é devido a sua história de interação com o mundo, de forma sempre “normal”, em oposição à idéia de comportamento “anormal” (Banaco, 1999).

A utilização do DSM como parte do processo de psicodiagnóstico em escolas baseia-se nas descrições de comportamento dos alunos, ou seja, nas topografias comportamentais, podendo resultar dessas análises, as reificações, aglomerações arbitrarias, quantificações inadequadas, localizações espúrias e causalidades equivocadas descritas por Rose (1997). Por outro lado, uma abordagem analítico-comportamental prioriza a função do comportamento e percebe o aluno em seu ambiente; analisa o que ele faz e não o que ele “tem”. Por meio da análise funcional, procura-se entender o contexto em que o aluno se comporta, seu

comportamento em si e as consequências destes. Dessa forma, não há margem para simplificações ou reduções (Banaco, 1999).

Por se embasar em estatísticas, o DSM não representa nenhum indivíduo específico, mas tenta abranger, abarcar a todos com precisão. Dessa maneira, o DSM comete o erro que alguns autores chamam de “classificação per si” enquanto outros chamam de “reificação”: erro que transforma os fenômenos dinâmicos, possuidores de contexto, consequências, além de outras particularidades, em coisas estáticas ocultando detalhes que o caracterizam como tal. Dessa forma, não se analisa a função de dado comportamento e, ademais, dificulta-se a compreensão do que realmente se passa com aquele aluno específico, pois apenas se procura uma causa. “Ao se classificar um indivíduo como ‘possuindo’ um transtorno nada se diz sobre esse indivíduo, mas de seu desempenho em relação ao grupo com o qual foi construído o manual de classificação e diagnóstico” (Skinner, 1953/2000 citado em Medeiros & Araújo, 2003, p. 188). Numa abordagem analítico-comportamental, o indivíduo é comparado somente com ele mesmo, o que faz com que a análise esteja comprometida com a singularidade de cada aluno em particular, não interessando, portanto, a média dos alunos ou da população. Não há motivo para se fazer o uso de manuais que guiem o diagnóstico e a intervenção nesses comportamentos “problemáticos”. Utiliza-se a própria história do aluno em particular, levando-se sempre em consideração os três níveis de interação dele com o mundo: a filogênese, a ontogênese e a cultura, ou seja, considera-se o indivíduo como tendo certas características de sua espécie, assim como relações de aprendizagem específicas adquiridas ao longo de sua vida e, ainda, um meio sociocultural no qual ele se insere. Não se generaliza mais o aluno dentro de categorias ou rótulos (Rose, 1997; Neno & Tourinho, 1998; Medeiros & Araújo, 2003).

Os rótulos levantados por esses sistemas de classificação de doenças, como dito anteriormente, são carregados de significados negativos, estigmatizando seus portadores, segregando-os em classes especiais e atribuindo-lhes baixo senso de auto-eficácia. Mediante as críticas que lhe são dirigidas e os rótulos atribuídos, seja por um profissional, seja pela família, pelos professores, ou até mesmo percebido pela própria experiência, o aluno não se sente capaz de realizar alguma tarefa com êxito, optando às vezes por não realizá-las. Com isso, o Manual, que deveria ser direcionado a solucionar algum problema, acaba por atrapalhar o processo de escolarização.

O DSM, que se propõe ser um manual universal, podendo ser utilizado por todas as abordagens, não consegue atingir essa universalidade, assim como não possui o conhecimento absoluto do que trata, como pretende, pois se compõe de uma mescla de números estatísticos e generalizações. Contudo, ainda hoje, nota-se que seu uso é estrela-guia, referência básica nos psicodiagnósticos de escolares. É papel dos profissionais em psicologia ter uma visão mais crítica acerca do DSM e de seu uso e das conseqüências desse uso.

A análise apresentada por Souza (2005), sobre o psicodiagnóstico feito em clínicas-escola de São Paulo, nos permite fazer uma relação muito estreita com o que foi apresentado neste trabalho, retratando a situação e as implicações do diagnóstico para a vida escolar de crianças e adolescentes. O modelo teórico predominante, implícito ou explícito, percebe a “doença” do aluno — o seu comportamento que incomoda — como tendo suas origens no próprio indivíduo, com seus conflitos e problemas de ordem fisiológica, ou em sua família. Porém, as chamadas “dificuldades escolares” são fenômenos produzidos por uma rede de relações que incluem a escola, a família, a própria criança e ainda diversos contextos: social, econômico, histórico, etc. Assim, o psicólogo deve levar em conta todos esses segmentos no processo de atendimento psicológico escolar, buscando, ainda, uma intervenção colaborativa,

onde todos têm influência sobre o aluno assim como se influenciam, mutuamente. Neste trabalho em conjunto, resultam reflexões e sugestões sobre o problema, de forma contextualizada, com o objetivo de buscar soluções diversas para cada caso específico (Freller, *et al.* 2001).

Considerações Finais

A psicologia em seu atendimento à queixa escolar, com a influência que ainda hoje carrega do modelo médico, tende a cometer equívocos ao explicar o fracasso escolar por meio da patologização, utilizando como ferramenta o DSM, Manual Estatístico de Transtornos Mentais, para emitir seus psicodiagnósticos. Em oposição a esse tipo de atuação, este trabalho apresentou a proposta de análise funcional defendida pelo Behaviorismo Radical.

Verificaram-se restrições ao uso do DSM, assim como implicações errôneas. A partir da comparação de sua proposta com a análise funcional, percebe-se que o DSM, ao se vincular à idéia de saúde e doença advinda da medicina, assim como às médias estatísticas que se baseiam num padrão topográfico de comportamento de dada população, corre o perigo de enfatizar a forma externa do comportamento, ou seja, incorre justamente no erro que é, com frequência, erroneamente atribuído ao behaviorismo. De fato, o DSM parece pouco acrescentar ao entendimento da história singular do sujeito e do contexto e função dos sintomas. Diferentemente, uma abordagem baseada no Behaviorismo Radical propõe uma análise contextualista e funcional, ou seja, procura não só conhecer a topografia, mas também entender qual a função de dado comportamento no contexto das interrelações construídas na vida do indivíduo. Além disso, enquanto o DSM traça critérios arbitrários para diferenciar comportamentos patológicos e não-patológicos, o Behaviorismo Radical não trabalha com

essa dicotomia, já que assume que todo comportamento é funcional, no sentido de ter sido selecionado pelas contingências. Desse modo, o importante não é decidir se um padrão comportamental caracteriza-se ou não como um “transtorno”, e sim compreender as contingências singulares que selecionaram esse padrão. No contexto escolar, em que há forte busca por diagnósticos baseados no modelo médico, uma proposta de compreensão baseada no behaviorismo radical pode contribuir para a contextualização das ações e interrelações, não só dos alunos, mas de todos os envolvidos, entendendo os seus antecedentes e suas consequências, fugindo dos riscos que os rótulos podem trazer.

É possível concluir de acordo com as idéias apresentadas, que, apesar do DSM se propor universal, podendo ser utilizado por todas as abordagens psicológicas, sua aplicação não é compatível com as teses do Behaviorismo Radical. Observa-se ainda que, devido aos erros e reduções que o DSM pode gerar, sua utilização torna-se questionável. O psicólogo, com seu poder de influenciar tanto positiva quanto negativamente na vida de um indivíduo, têm a responsabilidade de agir cautelosamente para evitar equívocos. Portanto, sugere-se a implementação da análise funcional para uma compreensão mais aprofundada e ampla dos ditos “problemas escolares”, assim como para orientação de intervenção. Este trabalho, contudo, se limitou a fazer uma investigação teórica conceitual, sugere-se, pois, um posterior estudo a respeito da concretização dessa proposta.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, C. M. de S. e O. e Oliveira, C. P. F. de. (2002). *Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança*. Millenium - Revista do ISPV - n.º 25.
- Aquino, J. G. (2008). *A desordem na relação professor-aluno: indisciplina, moralidade e conhecimento*. In: Julio Groppa Aquino. (Org.). *Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas*. 14ª ed. v. 1, p. 39-55 São Paulo: Summus.
- Banaco, R. A. (1999). *Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional*. In: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (Org.): *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 4, (pp. 75-82). Santo André: Arbytes.
- Baum, M. W. (1999). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Borges, M. M. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. 1ª ed. v. 1, 224p Porto Alegre: Artmed.
- Costa, S. E. G. de C., Marinho, M. L. (2002). *Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento*. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 19, n. 3, pp. 43-54.
- Cruz, R.N., Cillo, E. N. P. de. (2008). *Do mecanicismo ao selecionismo: uma breve contextualização da transição do Behaviorismo Radical*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol. 24 n. 3, pp. 375-385.
- Freller, C. C., Souza, B. P., Angelucci, C. B., Bonadio, A. N., Dias, A. C., Lins, F. R. S. e Macêdo, T. E. C. R. de. (2001). *Orientação à queixa escolar*. Psicologia em Estudo, 6(2), 129-134.
- Gould, S. J. (1999). *A Falsa medida do Homem*. 2ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Guzzo, R. S. L. (2005). *Escola amordaçada: Compromisso do psicólogo com este contexto*. In: Martinez, A. M. (Org.). *Psicologia escolar e compromisso social*. pp. 17-29. Campinas: Alínea.
- Legnani, V. N. e Almeida, S. F. C. (2008.) *A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (tda/h): uma discussão crítica*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. v. 60, p. 2-13
- Lopes, E. J., Lopes, R. F. F. e Lobato, G. R. (2006). *Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica*. Psicol. Estud. vol.11, n.1, pp. 45-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100006&lng=en&nrm=iso. Acessado em 17 de Abril de 2009.

- Medeiros, C. A.; Araújo, J. R. (2003). *Classificação Diagnóstica: o que a análise do comportamento tem a dizer?* In: Sadi, H. de M. e Castro, N. M. dos S. de (Org.). *Ciência do comportamento: conhecer e avançar*. Santo André: ESETec, v. 3, pp. 185-194.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2003). *O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem*. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1), 93-105.
- Neno, S. e Tourinho, Z. E. (1998). *Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental*. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, Brasília-DF, V. 14, no. 2, pp. 139-147.
- Gonzales-Rey, G. F. (1997). *Psicologia e saúde: desafios atuais*. *Psicol. Reflex. Crít.*, Porto Alegre, v. 10, no. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721997000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 de Março de 2009.
- Gonzales-Rey, G. F. (2004) *Psicologia social e saúde*. In: Maria de Fátima de Sena e Silva; Cássio Adriano Braz de Aquino. (Org.). *Psicologia social: desdobramentos e aplicações*. 1ª ed., pp. 115-135. São Paulo: Escrituras.
- Rose, S. (1997). *A perturbadora ascensão do determinismo neurogenético*. *Ciência Hoje São Paulo*, v. 21, n. 126, pp. 18-27.
- Salazar, R. M. (1996). *O laudo psicológico e a classe especial*. *Psicol. Ciênc. Prof.* vol.16, no. 3, pp. 4-11. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000300002&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 27 de Março de 2009.
- Sevalho G. (1993). *Uma abordagem histórica de representações sociais de saúde e doença*. *Cadernos de Saúde Pública*. 9(3): 349-365.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. 10ª ed. São Paulo: CULTRIX.
- Skinner, B. F. (1953/1981). *Ciência e Comportamento Humano*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, M. P. R. (2005). *Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar*. *Estilos Clín. Jun.* vol. 10, no. 18, pp. 82-107. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000100008&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 16 de Abril de 2009.
- Scliar, M. (2005). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ª ed. São Paulo: Senac.
- Teixeira, R. R., Júnior e Souza, M. A. O. de. (2006) *Vocabulário de Análise do Comportamento: um manual de consulta para termos usados na área*. 1ª ed. v. 1. 104p. Santo André: ESETec editores associados.

Tunes, E., Flores, E. P., Silva, E. G., Souza, C. B. A. (2007). *Aspectos biológicos y sociales en el funcionamiento intelectual de personas con síndrome de Down*. Ciências & Cognição (UFRJ), v. 10, p. 156-163.

Werner, J. (2000). *Saúde & Educação: Desenvolvimento e Aprendizagem do Aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus (Educação em diálogo; 5).

Zucoloto, P. C. S. do V. (2007). *O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar*. Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum. vol. 17, no. 1, pp. 136-145. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100014&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 25 de Março de 2009.