



TUDO SE DEVE ÀS CONSEQÜÊNCIAS...¹

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI

**Instituto de Análise de Comportamento
e
Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento
Campinas - SP**

Desde os primeiros trabalhos de Modificação de Comportamento até a proposta de Terapia por Contingências de Reforçamento houve um longo processo de seleção de comportamentos produzida por complexa rede de contingências comportamentais que se influenciaram reciprocamente através dos anos... Falaremos das mais explícitas. Um pouco da minha história profissional.

Em 1969 eu e mais quatro colegas* do quinto ano do curso de Psicologia da PUC-Camp, em conjunto com o professor Luis Otávio de Seixas Queiroz, criamos em Campinas (SP) a primeira Clínica do Comportamento do país. O mais interessante é que nem pensávamos em trabalhar em clínica no início de nossa carreira profissional. Estávamos todos interessados na carreira acadêmica e na pesquisa em Análise Experimental do Comportamento. Era fácil entender porque ninguém planejava trabalhar na área aplicada. Tudo que nós alunos conhecíamos, então, eram textos fundamentais da análise do comportamento. O livro de F. S. Keller e W. N. Schoenfeld (1950), *Princípios de Psicologia*, havia sido publicado em português e foi introduzido como nosso texto básico desde o 2º ano. Foi fascinante entrar em contato com um livro de psicologia geral e experimental completamente diferente daqueles que haviam sido publicados até aquela época. O texto de K-S permitiu, pela primeira vez, o estudo sistemático de áreas clássicas da Psicologia, tais como motivação, percepção, emoção, comportamento social etc., dentro de um referencial conceitual absolutamente inovador, harmônico, integrado e que, ainda mais, revelava a metodologia de pesquisa com o sujeito único, até então desconhecida por nós. O livro ia além ao introduzir conceitos revolucionários, tais como comportamento operante e comportamento verbal. Foi uma mudança tão radical de enfoque que caberia a pergunta: o livro nos traz uma *nova psicologia*? Ao invés dos enfadonhos experimentos de percepção e limiares absolutos e diferenciais, tínhamos uma intensa atividade no laboratório, onde trabalhávamos com ratos brancos nas gaiolas de condicionamento operante, as quais vinham sendo desenvolvidas e produzidas no Brasil. Não havia apenas a excitação de manejar diretamente comportamentos do sujeito experimental, mas também a de improvisar soluções caseiras para completar o equipamento, ainda em fase de desenvolvimento.

¹ Outubro de 2003.

Lembro-me de ter fixado uma lâmpada numa lata vazia de leite em pó para poder iniciar o experimento de discriminação, uma vez que o componente produzido pelo IBEC, fabricante das caixas operantes, não ficou pronto no prazo planejado. O ano era 1966, o Luís Otávio e eu montávamos o laboratório, enquanto o Brasil era eliminado da Copa do Mundo da Inglaterra por Portugal... Brincávamos de ser pesquisadores: cuidávamos dos ratos no biotério, manejávamos contingências na caixa experimental para instalar comportamentos, colocávamos os comportamentos modelados sob diferentes controles de estímulos, adaptávamos e completávamos os equipamentos de laboratório, fazíamos gráficos dos dados comportamentais, escrevíamos relatórios etc. O texto de J. G. Holland e B. F. Skinner (1961), *A Análise do Comportamento: Um Programa para Auto-instrução*, foi o primeiro livro de instrução programada que tivemos em mãos. Estava traduzido, mas não havia sido editado, de tal maneira que o estudamos na forma de apostilas. Da mesma maneira, o livro de B. F. Skinner (1953), *Ciência e Comportamento Humano*, também traduzido, mas não editado, foi lido na forma de apostilas. O livro de M. Sidman (1960), *Tactics of Scientific Research*, só era conhecido em sua edição original em inglês, mas foi reservado para cursos mais avançados e optativos no 5º ano. Enquanto isso, um livro de A. J. Bachrach (1969), *Introdução à Pesquisa Psicológica*, circulava entre nós e permitia um excelente e inovador contato com as táticas da pesquisa, antecipando o livro de Sidman de maneira um tanto resumida. A primeira frase do capítulo 1 anunciava a característica dos delineamentos experimentais que seriam discutidos pelas páginas seguintes: “Pesquisa *não* é estatística.” (p. 1). E, no prefácio, o autor definia o objetivo do livro: “Em geral não se faz pesquisa da maneira pela qual os que escrevem livros sobre pesquisa dizem que elas são feitas”. O livro se propunha ensinar a fazer como se faz.

Todos os textos foram usados num sistema único e original de ensino descrito pelo prof. Keller (1968) no artigo *Good-Bye, Teacher...* Estava no apogeu o PSI (Personalized System of Instruction, Sistema Personalizado de Ensino) criado pelo prof. Keller com incisiva colaboração da profa. Dra. Carolina M. Bori e prof. Rodolfo Azzi, na Universidade de Brasília, conforme ele próprio narrou no referido artigo. Trata-se de uma programação de curso totalmente baseada nos princípios operantes. Uma revolução no ensino para aquela época e um privilégio para quem - como eu - foi estudante e professor do PSI. Respirávamos textos, exercícios de laboratório, sistema de ensino... tudo operante. O meu envolvimento e o dos colegas de curso com a proposta operante, porém, foram fortemente determinados pelas contingências sob as quais entramos em contato com o mundo da análise do comportamento. O prof. Luís Otávio, nos intensos contatos que mantinha com os alunos, sempre empregou, de maneira espontânea, contingências positivas amenas. Pode-se dizer que a interação que tínhamos com ele foi decisiva na intensidade com que nos vinculamos com a abordagem. Um inesquecível mestre que se comportou com os alunos de acordo com o que de melhor nos ensinam os princípios de comportamento.

Livros de princípios de comportamento com maior ênfase nos estudos com humanos apareceram bem mais tarde. O livro de C. B. Ferster, S. Culbertson e M. C. P. Boren (1968) só veio a ser traduzido e publicado no Brasil em 1978, quando alcançou ampla divulgação entre nós. No texto os autores tiveram preocupação em introduzir explicitamente a operação dos princípios básicos com humanos. Veja como Ferster concebeu o livro:

“O ímpeto primordial para escrever o livro originou-se da necessidade de ensinar aos clínicos do “Lindwood Children’s Center” (Instituição para cuidar e tratar crianças autistas) como observar e descrever objetivamente seus procedimentos clínicos. Com o prosseguimento da experiência que estávamos desenvolvendo, no meio clínico de Lindwood, logo descobrimos que, para resolver os problemas clínicos, tornava-se necessário recorrer à mesma estruturação básica e aos mesmos princípios adotados em outras áreas da Psicologia... Dr. John L. Cameron, co-diretor do Projeto Lindwood, leu criticamente o manuscrito em todas as fases de seu desenvolvimento. Devido a sua larga experiência clínica e a seus conhecimentos especializados na teoria e na prática psicanalítica, deu-nos confiança para confirmar que os fenômenos que descrevíamos, tipicamente, eram aplicáveis a problemas humanos.”
(p. XXI, 1978).

Embora a aplicação dos princípios operantes com humanos nos fosse familiar, foi uma pena que o texto de Ferster *et al.*, tão rico e inovador à época, não tivesse chegado às nossas mãos mais cedo, pois as descrições do desempenho de Miss Simmons com as crianças autistas, feitas por Ferster numa linguagem comportamental, são encantadoras e servem até hoje como exemplo a ser adotado. Foram os primeiros relatos elaborados por um psicólogo comportamental de um processo clínico que eu, arbitrariamente, chamaria de “natural” num sentido específico, pois não se trata da descrição de procedimento experimental, mas descreve uma interação espontânea entre terapeuta e paciente num contexto clínico e, explicitamente, tem por objetivo ajudar o desenvolvimento da criança. Teria sido extremamente útil ter conhecido tais relatos na época em que eu e meu grupo de colegas de 5º ano atendemos Eleno, um menino com diagnóstico de esquizofrenia infantil, nosso primeiro caso clínico atendido na clínica da PUC-Camp. O livro de Ferster, ainda na forma de apostila, foi adotado como texto básico para os alunos do 2º ano de Psicologia da PUC-SP. No ano de 1970, graças ao convite da profa. Dra. Maria do Carmo Guedes tornei-me professor da cadeira de Psicologia Experimental, na qual, com outros colegas, dávamos um curso de introdução à análise experimental do comportamento. A oportunidade que a profa. Maria de Carmo me propiciou foi fundamental para meu desenvolvimento profissional pois, enquanto iniciava o trabalho de Modificação de Comportamento na Clínica do Comportamento em Campinas, dava aulas na PUC-SP. Graças ao espontâneo empenho pessoal da profa. Maria de Carmo, tive o privilégio de expor-me, desde o início de minha formação, às contingências de reforçamento do mundo acadêmico. Tal oportunidade não foi um detalhe; foi a essência da modelagem de meu desenvolvimento como professor e como terapeuta.

Ainda durante meu 5º ano, lemos alguns textos com humanos publicados no *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, um periódico de referência na área comportamental para publicação de experimentos privilegiados pelo rigor metodológico. Assim, os estudos de T. Ayllon e J. Michael (1959), *A Enfermeira*

Psiquiátrica como Engenharia Comportamental; T. Ayllon e E. Haughton (1962), *Controle do Comportamento de Pacientes Esquizofrênicos pela Comida*; T. Ayllon e N. Azrin (1964), *Reforçamento e Instruções com Pacientes Mentais*; N. Azrin (1958), *Alguns Efeitos do Ruído sobre o Comportamento Humano*; foram lidos e estudados – nós não tínhamos dúvidas de que os princípios e procedimentos eram aplicáveis com humanos –, mas controlavam mais especificamente comportamentos de pesquisadores e professores e não comportamentos de psicólogos clínicos. Os estudos enfatizavam os aspectos metodológicos e o interesse clínico estava restrito a ambientes institucionalizados. O texto de D. L. Whaley e R. W. Malott (1968) só chegou as nossas mãos na sua terceira edição ainda em inglês. Os autores rompiam radicalmente com o estilo sisudo dos livros anteriores de princípios (Keller-Schoenfeld e Ferster *et al.*), introduzindo mais estudos com humanos, reduzindo ao mínimo os relatos de experimentos com animais e adotando uma linguagem descontraída, completamente comprometida com a nova geração (já havíamos passado a revolução cultural de 1968 iniciada pelos jovens franceses...). Veja como W-M apresentaram seu livro:

“A teoria do reforço tem demonstrado com autoridade inquestionável que a aprendizagem não precisa ser dolorosa, chata, nem restrita a um grupo seleto de pessoas cujas histórias pessoais específicas as modelaram para serem “heróis acadêmicos”. A aprendizagem pode progredir fluentemente e ser, inclusive, divertida. Um indivíduo que aprende não tem que ser acima de tudo um herói. Este livro pretende ensinar os princípios de psicologia para os estudantes comuns: nem tão dedicados, nem tão brilhantes, nem tão inspirados... Rigor não precisa ser sacrificado em favor de fácil e divertido. Pretendemos demonstrar que os dois lados não são mutuamente exclusivos... O estilo é intencionalmente informal e propositalmente se aproxima mais das revistas populares do que dos livros introdutórios. Estamos tentando evitar a barreira da linguagem, a qual, freqüentemente, cria dificuldades na comunicação entre professores e alunos... Finalmente, mais importante que o estilo popular é a ênfase no ‘conteúdo de vida’. A maioria dos estudos relatados estão voltados para a aplicação da análise do comportamento aos problemas humanos”. (1970, p.i)

A universidade brasileira passava por ampla reforma na década de 70 e o Ministério da Educação conduziu os cursos a pelo menos dobrarem o número de alunos em sala de aula. Na PUC-SP em 1972 ocorreu a unificação dos dois cursos de Psicologia - S. Bento e Saedes Sapientia - e tínhamos em torno de 120 alunos. Foi o momento para introduzir o texto de W-M para uma abrangente comunidade de jovens universitários. O livro de W-M parecia ter sido especialmente preparado para aquele momento da Universidade brasileira. Foi um sucesso... mas isso diz mais respeito ao caminho acadêmico.

Já na década de 60 haviam sido publicados alguns livros que sistematizavam, dentro de um arcabouço teórico mais abrangente, dados produzidos pela ciência do

comportamento. Tais livros talvez pudessem orientar, em algum nível, os estudantes preocupados com atuação clínica dentro do modelo operante. No entanto, não eram facilmente acessíveis e eram praticamente desconhecidos. Além disso, estávamos no 5º ano; o curso estava programado para seis, portanto não sentíamos urgência para o preparo clínico (o aluno sempre acredita que o semestre que está cursando ainda não é momento para aprender... “lá para a frente, no próximo ano, aprendo o que preciso para ser um bom profissional...”). Assim, S. W. Bijou e D. M. Baer (1961) já haviam publicado o primeiro volume do *Child Development: a Systematic and Empirical Theory* e, em 1965, o segundo volume do *Child Development: the Universal Stage of Infancy*; A. W. Staats e C. K. Staats (1963) publicaram *Complex Human Behavior*, procurando integrar os conhecimentos da aprendizagem com a compreensão do funcionamento humano; no ano seguinte A. W. Staats (1964) estendeu tais preocupações um passo além com o *Human Learning: Studies Extending Conditioning Principles to Complex Behavior*; A. W. Staats (1971) publicou *Child Learning, Intelligence and Personality* no qual escreveu no prefácio:

“Meu primeiro objetivo é o desenvolvimento de uma concepção de comportamento humano geral, unificada – comportamento de criança e adulto, normal e anormal, individual, grupal ou cultural – baseada em princípios de aprendizagem estabelecidos em laboratório. Esta tarefa tem que se estender dos princípios fundamentais até o objeto de estudo das ciências sociais e incluir métodos abrangendo desde experimentação em laboratório até observações naturalistas e clínicas... As teorias científicas são valiosas em grande parte porque, além de proverem compreensão conceitual, elas nos habilitam a prever eventos nos quais estamos interessados e também nos permitem afetar tais eventos... O presente livro objetiva construir uma estrutura que provê compreensão conceitual, tão bem quanto produtos práticos.” (p. vii).

A preocupação com a intervenção prática está explícita, mas não se pense que o livro apresenta diretrizes para a atuação clínica. Longe disso. O livro de R. Ulrich, T. Stachnik e J. Mabry chamado *Control of Human Behavior* (1970) vol. 2 tinha como sub-título *From Cure to Prevention*, o que acenava para preocupações com tratamento (cura) e prevenção. No prefácio os autores escreveram:

“Este volume é dedicado àquelas agências e organizações – psiquiátricas, hospitalares, *clínicas para pacientes não institucionalizados* (grifos meus), serviços educacionais e de treinamento, lares de convivência sob supervisão, instituições penais e outras – cuja origem e manutenção se baseiam no desejo da sociedade de alterar o comportamento de seus membros. O propósito deste volume é explorar e documentar o impacto da análise experimental de comportamento nas suas aplicações para o homem, particularmente em relação aos conceitos de cura e prevenção. *Control of Human Behavior* focaliza os

esforços teóricos e de pesquisa, passados e presentes, que objetivam desenvolver uma *ciência e metodologia* (vejam o enfoque acadêmico subjacente nos termos que grifei) para orientar, direcionar e construir comportamento humano. Os objetivos de tal *ciência*, e deste volume, são dirigir a atenção para a melhora daqueles comportamentos que se acredita serem disruptivos para as vidas individuais e para o bem social mais abrangente. Mais importante, no entanto, para a ciência e para a sociedade, é o crescente grau de consciência do potencial das mesmas técnicas para os propósitos de prevenção e para orientação do comportamento humano, ao longo daquelas diretrizes capazes de resultar na aquisição de padrões socialmente definidos de sucesso. Deste modo, deveria se tornar possível prevenir o desenvolvimento daquelas aberrações sociais para as quais a sociedade atualmente busca medidas de correção.”

Como se pode aferir pela citação acima, os objetivos são admiráveis, revelam uma entusiástica confiança no potencial da proposta comportamental para prevenir e melhorar o sofrimento humano individual e da sociedade e se mantêm fiéis aos procedimentos científicos. Mais especificamente explicitam a preocupação com o paciente *não institucionalizado*. Quando, porém, alcançamos no livro a unidade 6 denominada: *Pacientes não institucionalizados na clínica*, nos deparamos com os seguintes artigos: *Gagueira: um modo de eliminá-la e de explicá-la*; *Modificação de Comportamento e a Síndrome de “brat”* (“brat” é uma criança que se engaja freqüentemente em comportamentos de birras, ataques agressivos e ameaças que são extremamente aversivos e subjagam as pessoas, que se sentem impotentes para controlá-los); *Condicionamento de esquiva para alcoolistas*; e *Condicionamento operante em psicoterapia de grupo com crianças*. Todos os estudos eram essencialmente tecnológicos e descreviam a aplicação de técnicas operantes específicas contingentes a problemas específicos (o procedimento de esquiva, inclusive, adotou o uso de choque elétrico como parte essencial do procedimento). Sem desmerecer a seriedade científica dos procedimentos, e sem desfocar os estudos do momento histórico da abordagem comportamental em que foram realizados, ficava claro que não era exatamente o tipo de atuação clínica que estávamos procurando. Na unidade 7 denominada: *Nos Ambientes Não Institucionais*, os artigos tratavam de: *Engenharia Comportamental: Controle Postural através de um Aparelho Portátil*; *Controle comportamental de Comer Excessivo* (que foi a base dos procedimentos atualmente empregados no projeto dos “Vigilantes do Peso”); *Engenharia Comportamental: a Redução do Comportamento de Fumar através de um Aparelho e Procedimento de Condicionamento*; *O Projeto Hartwig: uma Abordagem Comportamental para Tratamento de Delinqüentes Juvenis*. Novamente, a ênfase repousava em procedimentos operantes específicos aplicados a comportamentos específicos. Uma boa frase para descrever tais estudos poderia ser: procedimentos que modificam comportamentos, mas que não englobam todo o processo terapêutico. Não se trata de uma crítica, mas de uma constatação. O livro tinha seus objetivos; nós tínhamos

os nossos. Não eram iguais. Outros livros poderiam ser citados, que tinham um ponto em comum: expandir os princípios básicos de comportamento revelados em condições controladas de laboratório para a compreensão e manejo do comportamento humano complexo. Nenhum deles, porém, conseguiu extrapolar tais preocupações para um modelo de atuação clínica conforme a comunidade do cliente no Brasil esperava. Um segundo problema foi que tais livros – que poderiam nos dar maior confiança para perseguirmos nosso objetivo de criar uma clínica operante – nos eram absolutamente desconhecidos na época de sua publicação. Só tomamos conhecimento deles muitos anos depois. Naquela época a importação de livros e revistas especializados era complexa por causa das leis de importação e mesmo a divulgação do que estava sendo publicado no exterior era restrita. O conhecimento dos textos vinha do contato direto, usualmente com alguém do Brasil estudando nos Estados Unidos. De qualquer maneira, a realidade brasileira impunha contingências muito próprias e específicas para nosso contexto profissional: não seria possível encontrar uma solução pronta para os nossos objetivos. O modelo de atuação em clínica, usando exclusivamente o modelo operante, baseado na Ciência do Comportamento e Behaviorismo Radical, teria que ser criado e elaborado. Tal tarefa exigia um repertório comportamental extraordinariamente complexo e para modelá-lo só estavam disponíveis contingências sutis, assistemáticas e, às vezes, antagônicas, provindas umas da comunidade do cliente e outras da comunidade dos acadêmicos e pesquisadores. Ufa: nada fácil!

O curso de Psicologia da PUC-Camp até 1969 tinha algumas características que o tornavam diferente de outros cursos daquela época. Assim, o curso de formação profissional, previsto para dois anos, era totalmente programado por uma comissão formada por alunos e professores em igual número (Comissão Paritária); os alunos registravam numa agenda individual todas as suas atividades e os professores examinavam tais anotações, não havendo, portanto, controle de presença em sala de aula; os desempenhos nas atividades deveriam ser cumpridos até o critério definido pela comissão e, como tal, não havia necessidade de notas; os professores integravam as respectivas especialidades: assim, por exemplo, o professor de dinâmica de grupo organizava atividades de grupo em sala de aula, usando diferentes técnicas de dinâmica grupal para ensinar um tema específico, qual seja Psicologia do Desenvolvimento, cujo conteúdo era ensinado pela professora de tal disciplina; o estágio de modificação de comportamento era supervisionado diretamente e, em seguida, os casos discutidos com os alunos, tanto pelo professor de comportamental, como pela diretora da clínica psicológica, uma terapeuta de outra orientação teórica. Fica claro por que tal experiência educacional incomodava os ritos acadêmicos da Universidade. Tais características agradavam a professores e alunos, mas nem tanto à administração superior da Universidade. Houve um conflito entre o corpo docente, apoiado pelos alunos, e a reitoria, o qual culminou com uma abrupta ruptura de todo o curso de Psicologia com a Universidade. O reitor demitiu sumariamente o prof. Luis Otávio do cargo de Diretor do Instituto de Psicologia, alegando desordem administrativa no Instituto. De fato, a “desordem” a que se referia o reitor nada mais era que a ousadia lúcida de professores e alunos que investiam no aprimoramento da formação universitária brasileira. Em apoio ao prof. Luís Otávio e em defesa do projeto de ensino que vinha sendo executado, todos os professores do curso se demitiram. Para evitar indesejáveis alterações no projeto do curso de formação de psicólogos, a comissão

paritária, responsável pela programação dos dois anos de formação profissional do curso, terminou os trabalhos e encaminhou o projeto para reconhecimento oficial do Curso, com uma drástica alteração de emergência: o curso previsto para seis anos foi reduzido para cinco, uma vez que “não sabemos o que esse reitor poderá vir a fazer com nossos alunos...”.

Os planos profissionais de professores e alunos foram interrompidos e mudaram radicalmente. Eu e mais quatro colegas de curso éramos muito unidos e próximos do prof. Luís Otávio. Juntos concluímos que as circunstâncias impunham iniciarmos de imediato um trabalho em clínica. Tal foi a condição estabelecida fundamental para a criação de uma clínica de Terapia Comportamental. Paralelamente, o vínculo que eu e um grupo de quase 10 colegas tínhamos com o ensino e a pesquisa em análise experimental do comportamento permaneceu sólido. Como nada mais podíamos esperar do Curso de Psicologia da PUC-Camp (que havia se desmoronado e que foi concluído tão somente para preencher as exigências legais de formação acadêmica), ainda no 2º semestre do nosso 5º ano, todos nos inscrevemos no curso de mestrado em Psicologia Experimental na USP. No ano de 1970 comecei meu mestrado sob orientação da profa. Dra. Maria Amélia Matos, recém chegada com o título de Ph. D., obtido na Universidade de Columbia, nos Estados Unidos sob orientação do prof. Schoenfeld (o mesmo do livro). Ela foi a influência científica mais decisiva e construtiva de minha vida (não quero responsabilizá-la por meus desvios, deixo claro) e a considero a mais importante formadora de talentos comportamentais no Brasil (ao lado da Dra. Carolina Bori e do Dr. João Cláudio Todorov, dos quais me orgulho de ter sido aluno). Com a Dra. Maria Amélia, prossegui minha formação científica e apresentei minha dissertação de mestrado realizada em pesquisa básica com ratos. Na minha tese, pela primeira vez entrei em contato com o fenômeno comportamental de supressão do comportamento operante através de *reforço positivo* (liberado não contingente, no lugar do choque livre, num paradigma de supressão condicionada). Era a mágica que se impunha aos meus olhos: a de que não se deve atentar para o estímulo (seja ele descrito como reforçador ou aversivo), mas para as contingências segundo as quais os estímulos são manejados. Comecei definitivamente, a partir daí (o ano foi 1975), a *ficar sob controle das contingências*. Fui profundamente marcado por uma “aula” (para mim inesquecível) da Profa. Maria Amélia. Não se espantem, a aula se resumiu a *uma frase dita por ela* que, por sinal, me salvou e me iluminou. No meu exame de qualificação no mestrado, o prof. Dr. Walter Cunha (querido e inesquecível mestre que, para nos ensinar observação, nos levou a amar as formigas), após uma longa exposição crítica, me propôs alguns problemas com os procedimentos operantes, a partir do referencial etológico. A fala do prof. Walter mais me pareceu uma aula do que uma pergunta. Fiquei mudo. A prof. Maria Amélia evitou o nocaute, interferindo a meu favor: “Walter, nós não trabalhamos com pressão a barra e água... Nós estudamos *contingências de reforçamento*...” Valeu... por uma vida profissional, Maria Amélia.

A clínica surgiu como resultado de comportamentos de fuga-esquiva de pessoas sem emprego e sem perspectiva de continuar na carreira acadêmica. Esse início fez com que os profissionais que iniciavam a atividade clínica em Terapia Comportamental tivessem um desafio inédito: por um lado, desenvolver uma proposta clínica para a realidade brasileira e, por outro, vinculá-la a uma área teórica e de pesquisa específica (a aprendizagem, num sentido abrangente; a análise

comportamental, num sentido particular), até então pouco direcionada para a atuação terapêutica.

O que se esperava à época, pouco diferente da realidade atual, é que o psicólogo clínico tivesse uma atuação terapêutica de cura, fortemente influenciado pelo modelo médico de atendimento. Assim, o psicólogo era pressionado a responder às contingências produzidas pela comunidade do cliente. O que se esperava dele era, essencialmente, que ajudasse a aliviar sofrimento das pessoas que o procurassem.

O grupo de psicólogos do qual eu fazia parte respondia, porém, prioritária e simultaneamente, a uma outra comunidade, composta por acadêmicos e pesquisadores. As contingências geradas por esta comunidade produziam comportamentos diferentes e até antagônicos aos evocados pelas contingências do cliente. A comunidade acadêmica, se assim a podemos chamar, exigia um mínimo de rigor científico: demonstração confiável de relações funcionais, parcimônia nas interpretações dos dados, manejo de procedimentos empíricos, apego aos dados observados etc. Já pensaram em como fazer isso dentro de uma sala de atendimento clínico?

A solução encontrada pela maioria dos psicólogos inicialmente envolvidos com a Terapia Comportamental foi fugir do conflito. Uns acabaram se afastando da comunidade científica e passaram a responder, exclusivamente, à expectativa do cliente. Como consequência, seu repertório se tornou cada vez mais determinado pelas contingências próprias desta comunidade. Não se viu mais tais profissionais em Congressos, nada mais publicaram, pararam de estudar textos “acadêmicos”, se afastaram do ensino e se tornaram especificamente psicólogos clínicos. Quase todos abandonaram a identificação (terapeuta) comportamental e, inclusive, se aconchegaram em abordagens mais tradicionais da psicologia clínica. Isso não significa que não venham realizando um trabalho respeitável; apenas deixaram de ser analistas de comportamento.

Outros, como eu, que se mantiveram ligados à Universidade, não se livraram do conflito produzido pelas contingências. Passaram a responder àquelas que eram comuns a ambas ou às mais fortes em cada contexto. Assim, o mesmo profissional, na Universidade, ensinava Ciência do Comportamento e sistemas behavioristas; no laboratório, fazia análise experimental do comportamento; na clínica, aplicava análise conceitual (não experimental) do comportamento. Embora existissem nos três contextos - sala de aula, laboratório e clínica - elementos comuns unificadores, cada qual reivindicava repertórios comportamentais únicos. A área clínica era a mais carente de um modelo de atuação eficaz, que pudesse originar controles de estímulos apropriados sobre os comportamentos terapêuticos. Como resultado, os comportamentos dos recém iniciados terapeutas, naquela época chamados modificadores de comportamento, eram selecionados basicamente pelas consequências naturais provindas da interação terapeuta-cliente e pelas consequências arbitrárias geradas pela comunidade comportamental mais ampla. É incrível constatar o quanto do repertório profissional é instalado e mantido por reforçamento negativo...

A busca de um modelo para atuação em clínica, exclusivamente vinculado com os princípios e procedimentos operantes, revelou-se inútil. Nos Estados Unidos, o grupo operante realizava trabalhos de condicionamento com humanos, com ênfase primeira nos requisitos metodológicos. Sua preocupação não era com a clínica, no mesmo sentido que a palavra tinha no contexto brasileiro, mas em fazer pesquisa

com humanos. Naquele dado momento histórico, a disciplina comportamental estava voltada para a demonstração de que os procedimentos e princípios revelados pelos trabalhos experimentais em laboratório com animais podiam ser generalizados para o ser humano. Os primeiros estudos preocupados em produzir mudanças comportamentais com dimensão socialmente significativa em seres humanos estavam sendo conduzidos em instituições, em hospitais psiquiátricos ou em residências para deficientes mentais, delinquentes etc., não estando, portanto, voltados para a questão clínica que se propunha por aqui: trabalhar em consultório com pessoas que procuram ajuda para dificuldades, mas que não possuem nem excessos, nem limitações comportamentais e afetivas extremas. Preocupações de tal natureza foram as que levaram B. L. Hopkins (1970) a dar o seguinte título a um artigo que publicou sobre o trabalho de modificação de comportamento realizado em hospital psiquiátrico: *“Os primeiros vinte anos são os mais difíceis”*. Ele encerrou o texto da seguinte maneira:

“Nos dez anos que a modificação de comportamento tem existido como uma disciplina identificada, os que trabalham nesta área têm produzido uma extensa gama de técnicas que são bastante efetivas para modificar os comportamentos de populações anormais. Sua efetividade para desenvolver técnicas para modificar produtivamente os comportamentos de profissionais de pessoal administrativo não é tão aparente. Talvez, venha a ocorrer um progresso com este problema durante os próximos dez anos. Afinal, os primeiros vinte anos são os mais difíceis.”
(p. 365)

O grupo de Wolpe na Filadélfia, o único que trabalhava com preocupações mais próximas às da nossa clínica, era regido por outros modelos teóricos, não vinculados ao condicionamento operante. Oferecia à atuação clínica técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática, treino de assertividade etc., ao lado de alguns inventários e questionários de avaliação, que instrumentavam o terapeuta para atuar no consultório. Todos estes recursos terapêuticos tinham a seu favor o credencial de serem derivados de teorias da aprendizagem e corroborados por dados de pesquisa. A adoção do modelo clínico de Wolpe, na ausência de outras opções, ocorreu, no entanto, como comportamento de fuga-esquiva e não como constatação de que havia sido encontrado um modelo terapêutico satisfatório.

A Clínica do Comportamento foi se tornando também uma clínica-escola. Em âmbito local, ausente da Universidade, tal foi a forma encontrada pelo meu grupo para manter uma chama que iluminasse a escuridão em que se colocou a Ciência do Comportamento, o Behaviorismo e sua derivação aplicada, a Modificação de Comportamento em Campinas. Esta nomeação, aliás, por vários anos caminhou paralelamente com outra, Terapia Comportamental que, por ter outra origem histórica, conceitual e metodológica, se manteve por perto, mas nem tanto... (É interessante salientar que quem cunhou a expressão “terapia comportamental” foi o próprio Skinner.). Assim, além de atender clientes, a Clínica tinha um outro objetivo: ensinar a ciência do comportamento. Era uma maneira de oferecer à comunidade universitária uma opção de formação em análise de comportamento, uma vez que as possibilidades de avançar no estudo científico do comportamento,

com raras exceções, eram precárias nas instituições acadêmicas. Por outro lado, o ensino criava para os clínicos, que davam aulas, uma fonte adicional e complementar de contingências para modelar comportamentos, que não seriam modelados numa atividade exclusivamente clínica. Era uma maneira particular de colocar os comportamentos dos psicólogos clínicos sob controle *concomitante* das contingências geradas pelas comunidades do cliente e do pesquisador-acadêmico. Esses cursos, à época, revelavam a coexistência das duas classes de contingências. Havia cursos de Princípios Básicos do Comportamento, Metodologia de Pesquisa com Sujeito Único, Técnicas de Observação de Comportamento, ao lado de cursos sobre Técnicas de Terapia Comportamental: Dessensibilização Sistemática, Treino de Assertividade, Terapia Sexual etc.

Podem ser interessantes alguns dados históricos. A comunidade comportamental envolvida com o comportamento operante, sob influência de B. F. Skinner, denominava as atividades aplicadas de *Modificação de Comportamento*. Testemunha tal tendência um livro de coletânea de estudos operantes com humanos organizado por L. P. Ullmann e L. Krasner (1965), chamado *Case Studies in Behavior Modification*, no qual os organizadores escreveram o primeiro capítulo sobre “O que é *Modificação de Comportamento*?” (Aliás, nesse mesmo ano L. Krasner e L. P. Ullman organizaram um outro livro intitulado *Research in Behavior Modification*, o qual testemunhava o rápido e abrangente crescimento da pesquisa na área.) A. Bandura (1969, 1979)², no livro *Principles of Behavior Modification*, situou “os princípios de modificação de comportamento” dentro do “arcabouço conceitual da aprendizagem social”. Bandura integrou as investigações derivadas da influência de Skinner, de Wolpe e do grupo britânico, representado por Eysenck, e deu especial ênfase à pesquisa que ele próprio vinha desenvolvendo dos processos *vicariantes*, *simbólicos* e *auto-reguladores*. Não se deve estranhar, portanto, que Bandura tenha no seu livro os capítulos: Controle Positivo, Controle Aversivo, Extinção (influência de Skinner), Dessensibilização Sistemática por Contracondicionamento (influência de Wolpe) e Modelação e Processos Vicários (influência de sua própria área de pesquisa em aprendizagem social). A. J. Yates (1970) publicou o livro *Behavior Therapy*, com admirável abrangência para a época. Os capítulos incluíam: enurese, gagueira, fobias, obsessão-compulsão, tics, transtornos sexuais, delinquência e psicopatia, psicoses, alcoolismo, deficiência mental etc. No prólogo do livro Yates escreveu:

“A Terapia Comportamental (nome pelo qual é conhecida na Inglaterra) ou Modificação de Comportamento (termo preferencialmente usado nos Estados Unidos) tornou-se nos últimos anos um dos temas mais controvertidos da psicologia moderna... Não é fácil determinar o progresso significativo que se alcançou ao longo deste breve espaço de tempo (uns 15 anos), porém, sem dúvida, seria importante fornecer informações aproximadas sobre os resultados, as limitações, os defeitos e as perspectivas futuras da terapia do comportamento... Meu trabalho neste livro começou em 1964, porém, felizmente, meu progresso foi lento e intermitente até 1967. Digo felizmente porque

² * A primeira data se refere à publicação original; a segunda, à edição brasileira.

nos últimos cinco anos ocorreu uma verdadeira explosão de trabalhos na área. Não seria exagero dizer que são publicados cerca de 300 artigos por ano sobre terapia comportamental...”

Yates sofreu influências diretas de M. B. Shapiro e H. J. Eysenck. Teve, ainda, contatos com J. Wolpe e A. Lazarus, de tal maneira que incorporou contribuições destes autores à sua obra. Apesar disso, as contribuições inglesas não exerceram qualquer influência entre nós nessa época. Na década de 80, o Dr. Harald W. Lettner, que havia completado o doutoramento na Inglaterra, veio lecionar na PUC-Rio e apresentou à comunidade de psicólogos comportamentais do Brasil vários procedimentos de Terapia Comportamental, em especial a técnica de *prevenção de respostas* para lidar com transtorno obsessivo-compulsivo, que vinha sendo pesquisada e desenvolvida para aplicação clínica na Escola Médica do Middlesex Hospital da Universidade de Londres. Foi com ele que apliquei pela primeira vez a técnica com um cliente portador de TOC, ininterruptamente durante 5 dias. O Dr. Lettner era apaixonado pelo trabalho clínico e mobilizou fortemente a comunidade de terapeutas comportamentais, catalisando alguns Encontros clínicos no Rio de Janeiro e em Campinas no ano de 1982. Tais Encontros foram, do meu ponto de vista, o germe dos futuros Encontros anuais da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Ele editou, em parceria com o Dr. Bernard Rangé, o primeiro livro de terapia comportamental no nosso país, chamado *Manual de Psicoterapia Comportamental* (1988). Escrevi dois capítulos para o livro. O primeiro, sobre metodologia de pesquisa usando sujeito único, expunha a metodologia operante, num livro essencialmente voltado para as técnicas terapêuticas, e enfatizava a importância da pesquisa em clínica (Guilhardi, 1988a). O segundo tratava da formação de terapeutas comportamentais nas Universidades brasileiras e questionava, à época, a tendência de simplificar o processo terapêutico, resumindo a terapia ao emprego de técnicas de manejo de comportamentos (Guilhardi, 1988b).

Foram bastante influentes os livros de J. Wolpe que, em 1958, publicou *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, no qual ele lançou as bases conceituais e procedimentos clínicos que passaria a pesquisar e a desenvolver sistematicamente desde então. Importante livro, que serviu de referência para o início do nosso trabalho, foi publicado em 1966 por J. Wolpe e A. Lazarus, *Behavior Therapy Techniques*, o qual Wolpe reviu, ampliou e publicou sozinho em 1969, sob o título *The Practice of Behavior Therapy*. Existiam algumas revistas especializadas em Terapia Comportamental. A primeira delas foi a *Behaviour Research and Therapy*, publicada desde 1963. Vejam os objetivos da revista:

“Em anos recentes tem havido um interesse crescente na aplicação de teorias modernas de aprendizagem para o controle de comportamento mal ajustado e para o progresso da eficácia da aprendizagem. As teorias de Hull, Skinner, Mowrer, Spence e Wolpe em particular têm estimulado fortemente a pesquisa em vários tópicos, tais como o tratamento racional das neuroses, a manipulação experimental de sintomas psicóticos, “máquinas de ensinar”, tratamento por condicionamento operante de gagueira e outros defeitos da fala, a terapia de enuresis,

tratamento de descondicionamento, terapia aversiva, métodos de dessensibilização por ‘inibição recíproca’, terapia comportamental e muitas outras. A aplicação da teoria de aprendizagem e do método experimental à psicologia clínica também promete levar esta disciplina além da mera psicometria e diminuir a distância entre o laboratório e a clínica.

A principal concepção unificadora de todas essas diferentes abordagens tem sido a crença de que as desordens comportamentais dos tipos mais divergentes são essencialmente respostas aprendidas e a teoria moderna de aprendizagem (usando o termo no sentido mais abrangente) tem muito a nos ensinar em relação à aquisição e extinção de tais respostas.”

A revista *Behavior Therapy* surgiu em 1970, publicada pela Association for Advancement of Behavior Therapy, associação que existia desde 1966. Na sua caracterização a revista revela uma superposição, natural para a época, entre áreas distintas de pesquisa e de vínculo teórico:

“É uma revista interdisciplinar basicamente para a publicação de resultados de pesquisa original de natureza experimental ou clínica que contribua para a teoria ou prática da *terapia comportamental* ou *modificação de comportamento* em qualquer contexto.” (os grifos são meus para destacar a coexistência das duas terminologias).

A revista *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* também apareceu em 1970. Como um dos seus objetivos:

“Publicar trabalhos originais nos campos indicados por seu título. Um dos seus objetivos é trazer a terapia comportamental solidamente para o domínio do psiquiatra. Ao lado da publicação de trabalhos originais também publicará material visando preencher a lacuna de treinamento em terapia comportamental para os terapeutas formados em medicina.”

Somente em 1968 apareceu, formalmente, o nome *Análise Aplicada do Comportamento*, que era, no entanto, pouco apropriado para caracterizar à época uma clínica de psicoterapia no Brasil. Foi iniciada naquele ano a publicação da revista *Journal of Applied Behavior Analysis*, a qual pode ser considerada a versão aplicada do JEAB. Embora a atenção para a aplicação estivesse formalmente estabelecida, os artigos do JABA pouco tinham a oferecer para a clínica. As preocupações de J. Wolpe e seguidores eram completamente diferentes. Wolpe, psiquiatra com treino experimental, adotou a aprendizagem como pressuposto básico para a atuação clínica com pacientes adultos neuróticos não institucionalizados. Note que as preocupações terapêuticas de Wolpe, nas décadas de 50 e 60, eram próximas às dos terapeutas, que começavam a se multiplicar no nosso país, a grande maioria dos quais era composta por psiquiatras (os cursos

reconhecidos de Psicologia no Brasil estavam se iniciando), exceto que os profissionais no Brasil adotavam o modelo psicanalítico, quase sem exceção. Os livros de Wolpe, consolidaram o termo *Terapia Comportamental*. Na década de 70, adotar um termo ou outro revelava um compromisso específico: Modificação de Comportamento estava associada ao modelo operante de Skinner; Terapia Comportamental estava associada ao modelo de inibição recíproca de Wolpe. Sob a direta influência de Garry Martin, o grupo operante no Brasil fundou a primeira associação comportamental no Brasil: Associação de Modificação de Comportamento (AMC), em 1974, nas dependências da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Exatamente neste ano, na PUC-SP, a profa. Dra. Maria do Carmo coordenou um grupo de trabalho, do qual fiz parte, que com a assessoria do prof. Martin, criou o primeiro curso no Brasil de formação de modificadores de comportamento, como uma área de formação profissional em nível de graduação. A criação desse curso está descrita num artigo, publicado por Maria do Carmo, Luís Otávio, Garry Martin e por mim, na revista *The Psychological Record*, intitulado *A University Program in Brazil to Develop Psychologists with Specialization in Behavior Modification*, em 1976. Neste mesmo ano a Associação de Modificação de Comportamento publicou o primeiro número de sua revista intitulada: *Modificação de Comportamento – Pesquisa e Aplicação*.

Aos poucos, a denominação Modificação de Comportamento foi caindo em desuso, enquanto a Terapia Comportamental consolidou sua adoção tanto pelos modificadores de comportamento, como pelos terapeutas comportamentais. A denominação deixou de identificar o modelo conceitual e experimental subjacente aos profissionais que se denominavam terapeutas comportamentais. Com a criação da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC), em 1991, consolidaram-se entre nós as denominações Terapia Comportamental e Terapia Cognitivo-Comportamental, sendo que esta última revela novas influências conceituais e adoção de procedimentos terapêuticos específicos não operantes.

Os primeiros ensaios para levar a Congressos alguns trabalhos produzidos na clínica apareceram timidamente. Pesquisas realizadas em uma instituição para deficientes profundos de comportamento (Associação Morumbi Assistência ao Excepcional, AMAE) eram apresentadas com desenvoltura. Eram trabalhos aplicados produzidos em estágios da disciplina Tratamento de Deficientes Institucionalizados, a qual eu ministrada na PUC-SP, como uma das atividades do recém criado curso de formação de Modificadores de Comportamento. Tais estudos estavam perfeitamente sintonizados com a literatura operante da área e foram apresentados por mim e por meus alunos, por vários anos sucessivos, na Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto (atualmente, Sociedade Brasileira de Psicologia, SBP). O mesmo não ocorria com os trabalhos clínicos. Inicialmente, não eram apresentados quaisquer casos terapêuticos. Eram selecionados aqueles que melhor se adequavam ao modelo operante, basicamente casos clínicos com crianças, tais como estudos sobre dificuldades escolares, enfraquecimento de comportamentos inadequados, instalação de repertórios comportamentais adequados no lar e na escola, orientação para pais manejarem o comportamento do filho. Um exemplo de estudo com criança realizado em contexto clínico foi realizado em colaboração com M. Estela Betini, pedagoga e M. Cecília dos Santos Camargo, professora, intitulado *Aumento de Frequência de Respostas Acadêmicas para Alterar a Lentidão e Eliminar Comportamentos Inadequados em*

um Aluno de Primeiro Grau e publicado em 1977, na revista *Modificação de Comportamento: Pesquisa e Aplicação*. Outro trabalho que publicamos, este em colaboração com Luís Otávio, foi *Use of Mediators in a Behavior Modification Clinic in Brazil*, publicado em 1980, no livro de G. J. Martin e J. G. Osborne (Ed.) *Helping in the Community - Behavioral Applications*. Estes trabalhos eram expostos como estudo de caso, não como pesquisa experimental. Era uma ousadia para a época enfrentar um público, ciente da importância de procedimentos metodológicos sistemáticos, com estudos clínicos quase (ou nada) experimentais. Escondia-se, por assim dizer, o lado não operante da clínica, basicamente os estudos feitos com clientes adultos. A reação da comunidade científica foi suficientemente reforçadora para manter o comportamento de se apresentar em Congressos e favoreceu, num grau relevante, a variabilidade comportamental, até que começaram a ser apresentados estudos de casos com adultos, analisados e tratados de maneira pouco familiar à comunidade operante (na verdade, eram estudos clínicos que usavam componentes operantes, conceitos de inibição recíproca, alguma dose de mentalismo... Mas, fazer o quê? Precisávamos ser modelados!...) Talvez essa demora e vacilação se devessem mais a esquivas do terapeuta em levar seus estudos aos congressos, do que à identificação correta de contingências que, hipoteticamente, seriam aversivas! Ou seja, quando os terapeutas começaram a apresentar os estudos que realizavam na clínica, os acadêmicos e pesquisadores passaram a contribuir para modelar os comportamentos “clínicos” e não para puní-los. Gradualmente, os procedimentos que incluíam técnicas e conceitos operantes, bem como técnicas e conceitos provindos de Wolpe e seguidores, foram sendo modelados e caminharam na direção de unificar todos os procedimentos sob o arcabouço da análise do comportamento. Não há razão para se falar em treino de *assertividade*, *dessensibilização sistemática* etc., uma vez que os procedimentos podem ser reorganizados e aplicados pelo terapeuta, exclusivamente, de forma operante e serem compreendidos da perspectiva de uma sistematização conceitual puramente operante. Finalmente, a clínica estava nos Congressos... A Clínica do Comportamento encerrou suas atividades em 1979. Exatamente 10 anos após sua criação, ela se desmembrou em vários sub-grupos. Foi aí que iniciei com a Bia Madi o nosso Instituto de Análise de Comportamento.

O próximo passo natural foi dar continuidade e aprimorar a aproximação entre o ambiente acadêmico e a clínica. Na posição de professor, senti bem de perto a maneira pela qual contingências próprias do ambiente universitário (por exemplo, alunos interessados na Análise do Comportamento pressionavam para que lhes fossem dados modelos de atuação no cotidiano da prática profissional) foram modelando os repertórios comportamentais dos professores. Havia momentos em que ficava claro que a análise do comportamento lidava com aspectos relevantes para a compreensão do ser humano, mas, ao mesmo tempo, dava excessiva ênfase à metodologia operante, o que afastava o profissional, que a adotasse, do contexto clínico. Os alunos hesitavam em optar pelos estágios de clínica comportamental e as preocupações deles se expressavam através de questões: Como vou reforçar meu cliente nas sessões? O modelo operante abrange os problemas humanos mais complexos? etc. O que nos escapava na época é que o potencial conceitual e a disponibilidade de técnicas oferecidas para o analista clínico podiam dar conta de *qualquer* fenômeno humano que ocorresse na relação terapêutica. Faltava, porém, uma adequação metodológica: na clínica não parecia possível mensurar

fidedignamente o comportamento - como se fazia em ambientes aplicados mais controlados -; não se podia introduzir uma variável experimental de cada vez - o que era feito em estudos experimentais -; não se podia escolher os comportamentos mais convenientes para estudo - tinha-se que lidar com os comportamentos problemáticos trazidos pelo cliente -; não se podia escolher quais variáveis experimentais se preferia manipular, nem o contexto mais isento de variáveis estranhas - tinha-se que lidar com as variáveis determinantes dos problemas da queixa, sem escolha preferencial, e no próprio ambiente em que ocorria o problema, não naquele mais conveniente para estudo -; finalmente, a amplitude das mudanças comportamentais tinha que ter uma relevância social, isto é, de fato ajudar o cliente e não apenas melhorá-lo - diferentemente de um estudo de pesquisa no qual qualquer extensão de mudança pode bastar para indicar os efeitos das variáveis manipuladas. Em suma, havia dificuldades para transpor a metodologia da análise do comportamento para dentro do consultório, mas a ciência do comportamento, enriquecida pelo alcance conceitual que lhe deu o behaviorismo radical, continha as respostas para todas as dificuldades alinhadas. Faltava encontrar tais respostas. Temas desprezados começaram a ser revitalizados, estudados e ensinados. Os escritos de Skinner foram retomados, o *Comportamento Verbal* (1957) ganhou merecida importância e muitos conceitos, que pareciam intrusos na Universidade, começaram a ser citados, discutidos, aprofundados: mundo interno, sentimentos, consciência... Isso interessava à clínica e tornava oportuna a reaproximação.

Dentro do contexto clínico, aprimoramos um modelo universitário dentro do nosso Instituto (o termo “Instituto” substituiu a denominação “clínica” porque os nossos objetivos abrangiam: atender clientes ao lado de ensinar e realizar pesquisa. O nome Instituto parece mais apropriado para acomodar todos os objetivos). Multiplicaram-se os cursos dados no Instituto por especialistas acadêmicos, teóricos e pesquisadores da análise do comportamento. A aproximação do Instituto com a Associação Brasileira de Terapia e Medicina Comportamental produziu uma notável integração entre as comunidades do cliente e do pesquisador. Os Encontros anuais da ABPMC foram uma extensão mais ousada e abrangente daquilo que já germinava no Instituto numa dimensão mais modesta. Nunca a integração entre a clínica e a Universidade foi tão tranqüila e profícua.

Dentro do Instituto, as conseqüências provindas dos clientes, dos alunos, dos demais profissionais e professores foram produzindo variabilidade comportamental que gerou como produtos: novos cursos, reorganização dos cursos que vinham sendo oferecidos, mais oportunidades para estágios - como a intensificação de serviços de acompanhamento terapêutico -, estágio acadêmico formal - a partir de Convênios firmados com as Universidades Federais de São Carlos e de Porto Alegre -, eventos profissionais oferecidos à comunidade acadêmica, aos profissionais e para a comunidade, na forma de palestras e cursos de curta duração. Todas as atividades vêm sendo realizadas com número crescente de participantes e têm produzido maior integração do Instituto com estudantes de Psicologia, com professores, com profissionais e com a comunidade (escolas, pais e público interessado em temas psicológicos). As contingências em operação, modelando todo o processo de desenvolvimento dos objetivos do Instituto...

O que, em suma, pôde ser observado foi que a aproximação da Universidade com a Clínica fez com esta também se aproximasse do mundo acadêmico. As novas contingências universitárias, agora menos dogmáticas no seu rigor metodológico,

fortaleceram um importante investimento, por parte da Clínica, qual seja o de tentar incorporar o Behaviorismo Radical ao seu cotidiano. Ela afastou-se do modelo de Wolpe e reinterpreto os procedimentos dele à luz do referencial operante. Além disso, abandonou o modelo cognitivo-mentalista. Iniciou, então, um sistemático esforço de analisar suas práticas tendo como referência a Ciência do Comportamento e o Behaviorismo Radical. Estou convencido que nada além é necessário. O caminho para alcançar tal definição foi longo. Duas atividades, basicamente acadêmicas e complementares entre si, foram as condições necessárias para o processo de caracterização do almejado modelo clínico.

A primeira delas começou a ser conduzida por mim a partir de 1992. Estimulado por um grupo de meus alunos da PUC-Camp, interessados em Terapia Comportamental, comecei a dar dentro do Instituto um curso de *Formação de Terapeutas Comportamentais*, que desde então se mantém em constante desenvolvimento e contínua renovação. Os grupos são compostos por alunos de Psicologia e psicólogos. O objetivo do curso era formar terapeutas comportamentais a partir de duas atividades paralelas: discussões dos textos de Skinner e supervisões de casos clínicos. Foi a contínua exposição às contingências geradas pelos sucessivos semestres do Curso - associada a ininterrupta interação com os clientes - que modelou de forma mais refinada meus comportamentos para integrar de maneira consistente a teoria e a pesquisa com a ação clínica. Fui me tornando mais habilitado para empregar terminologia, conceitos e procedimentos estritamente operantes. Exatamente, abandonei os conceitos de Wolpe, bem como os procedimentos propostos por ele. Adotei explicitamente a Ciência do Comportamento e o Behaviorismo Radical como bases conceituais, metodológicas e de procedimentos terapêuticos. O processo foi gradual: no início faltava-me consistência conceitual para adotar plena e corretamente o modelo comportamental e o behaviorismo radical de Skinner. Fui ensinando e aprendendo. A comunidade dos alunos dos Cursos de Formação foi essencial no processo de seleção dos meus comportamentos na direção de criar um modelo clínico que estava em gestação, mas que eu próprio não tinha claro quais dimensões viria a ter.

A segunda atividade não era tão nova. Eu já vinha realizando cursos e proferindo palestras em muitas cidades pelo Brasil há vários anos. Adotei, então, em tais cursos e palestras a maneira de discutir casos clínicos, de dar supervisão e de apresentar conteúdos teóricos, os quais eu que vinha desenvolvendo sistematicamente nos Cursos de Formação que conduzia no Instituto. Foi uma maneira de testar junto a outras comunidades profissionais o modelo em processo de desenvolvimento. Meus comportamentos de fazer terapia e de ensinar continuavam a ser selecionados, agora por comunidades mais amplas e variadas.

A denominação Terapia Comportamental estava consolidada no meio profissional, no entanto ela carregava um pesado fardo de preconceitos e, principalmente, não abrangia aquilo que eu vinha realizando. Para mim a denominação Terapia Comportamental não servia mais. A primeira idéia foi nomear o que eu vinha fazendo de *Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências*. Era um nome provisório, talvez, um tanto desajeitado, mas sem dúvida mais representativo do trabalho que eu vinha desenvolvendo. No ano de 1997, em Londrina, dei um curso de 14h, promovido pela Universidade Estadual de Londrina, intitulado *Terapia Comportamental: Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências*. Nesse mesmo ano no VI Encontro da ABPMC,

realizado em Santos, apresentei um trabalho intitulado *Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências: Um Estudo Clínico*. O resumo de tal estudo bem ilustra os primeiros estágios do desenvolvimento do modelo clínico em processo de elaboração:

O modelo conceitual e experimental em que se baseia a forma de atuação clínica adotada é o behaviorismo radical de Skinner e a análise experimental do comportamento. A identificação do comportamento com o qual se vai trabalhar envolve a descrição das contingências que o mantém e a modificação dos padrões comportamentais requer a alteração dessas contingências, substituindo-as por outras mais adequadas para o cliente. O papel do terapeuta consiste em identificar as contingências atuais em operação na vida do cliente, reconhecer sua funcionalidade à luz da história de condicionamento do indivíduo, sugerir possíveis mudanças na configuração das contingências atuais e estabelecer contingências que possam controlar os comportamentos do cliente, com o objetivo de alcançar as mudanças no seu repertório comportamental na direção desejada pelo cliente e terapeuta. O cliente tanto pode ter seu comportamento controlado por regras (descrições de contingências feitas pelo terapeuta), como por conseqüências naturais produzidas pelo seu comportamento em ambiente natural. Espera-se que o cliente, com o desenvolvimento do processo terapêutico, venha a ser capaz de descrever as contingências que controlam seu comportamento (tornar-se “consciente” de seus comportamentos e de seus determinantes) e de vir a rearranjar essas contingências, de modo a diminuir o controle aversivo a que vem respondendo e passar a ter seu repertório comportamental mais sob controle de reforçadores positivos. Técnicas comportamentais específicas (dessensibilização, treino de assertividade, prevenção de respostas, etc.) podem ser introduzidas como instrumentos que auxiliam e possibilitam os processos de identificação e alteração das contingências. (*Notem que não havia abandonado completamente a terminologia original da Terapia Comportamental, embora os procedimentos que eu usava já fossem estritamente operantes.*) A presente proposta é ilustrada com um estudo de caso em que uma mulher adulta com queixas de “pânico”, fobias, sintomas físicos (tontura, mal-estar), dificuldades múltiplas (para andar, dirigir, se alimentar), isolamento social e depressão foi tratada de acordo com o modelo de identificação e reorganização de contingências de comportamento.

Alguns alunos de tais Cursos de Formação, me acompanharam sistematicamente por vários anos (e, continuaram estudando comigo mesmo depois de formados) e, como tal, foram importantes fontes de controle sobre meus

comportamentos de elaborar um modelo de atuação clínica. Diria melhor, foram essenciais. Merecem ser citados Maria Cristina Fadigas (que coordenou e fez acontecer o primeiro Curso de Formação), Wilton de Oliveira, Giuliana César e Patrícia Piazzon Queiroz, ao lado de muitos outros que poderiam ainda ser lembrados.

Uma mudança sutil, porém extremamente importante, foi uma mudança do termo *paciente* para *cliente*. Foi a forma de reconhecer a participação ativa na produção e alteração das contingências de reforçamento em jogo, na relação terapeuta-cliente, por parte do outro. O “paciente” não é passivo, mas um participante ativo e operante do processo terapêutico. Ele modela comportamentos do terapeuta: estabelece conseqüências selecionadoras e controle de estímulos que atuam o tempo todo nas sessões. Pena que o termo “cliente” não consiga transmitir toda a importância da pessoa com quem o terapeuta interage... quem sabe se chegará a um termo melhor. Em reconhecimento à importância do papel do cliente na condução do processo terapêutico, em alguns trabalhos que apresentei em Congressos, coloquei ao lado do meu nome, como co-autor, “e o cliente”. Nem sei bem porque abandonei tal prática. O justo seria mantê-la.

O processo de elaboração do modelo clínico nunca cessou. Várias características do modelo se consolidaram passo a passo. A proposta de trabalho em clínica amadureceu sob influência da história de contingências com as quais interagi durante anos. Do ponto de vista filosófico, aderi ao modelo de seleção do comportamento pelas suas conseqüências e ao Behaviorismo Radical de Skinner. Do ponto de vista da atuação terapêutica adotei os procedimentos desenvolvidos e experimentalmente testados pela Ciência do Comportamento. Não recorro a nenhum outro modelo conceitual, nem experimental. Não uso o adjetivo cognitivo, embora analise e lide com as manifestações comportamentais a que tal adjetivo se refere. Assim, por exemplo, o modelo clínico proposto lida com pensamentos irracionais, mas não lhes atribui papel causal; atribui-lhes o *status* que devem ter, ou seja, são comportamentos regidos pelas mesmas leis que governam qualquer outra classe de comportamentos; dispensa o atributo “irracional”, pois tal termo não é qualidade, nem propriedade do comportamento, mas deve ser explicado pelas contingências que deram origem ou mantêm o pensamento. O modelo terapêutico que venho desenvolvendo merecia um novo nome, que fôsse descritivo da maneira de atuação do terapeuta: ***Terapia por Contingências de Reforçamento***. No IX Encontro da ABPMC, realizado em Campinas em 2000, ministrei um curso em que o termo aparece explicitamente: *Terapia por Contingências: Proposta Behaviorista Radical de Análise Terapêutica Selecionada no Contexto Clínico*.

Restava ainda um problema a ser resolvido. Que contingências poderiam ser criadas para instalar, manter e desenvolver todas as classes comportamentais que definem o terapeuta comportamental que adota o modelo de *Terapia por Contingências de Reforçamento*? Começamos a responder a questão tão fundamental criando, paralelamente ao atendimento dos clientes (a relação terapeuta-cliente gera importantes contingências para modelar comportamentos clínicos), cursos nos quais os profissionais, completamente engajados dentro do modelo, são ora professores, ora alunos (a relação professor-aluno gera importantes contingências para modelar comportamentos acadêmicos e científicos). Assim, dentro do modelo de *Terapia por Contingências de Reforçamento* passaram a ser oferecidos cursos e estágios para preparar alunos de Psicologia e profissionais

interessados em terapia comportamental. Tais atividades de formação produzem contingências para manter e modelar repertórios acadêmicos nos profissionais-professores, que deixam de ser exclusivamente clínicos, uma vez que as atividades acadêmicas produzem contingências, ausentes no contexto exclusivamente clínico, para levar o profissional a desenvolver repertório próprio do ambiente acadêmico: estudar, pesquisar, ensinar, relatar trabalhos em Encontros, Congressos etc. para alunos e para uma platéia especializada. Cada uma dessas classes comportamentais são modeladas e selecionadas pela comunidade verbal à qual o clínico-professor se submete. Faz parte do modelo de atuação profissional que desenvolvi e adotei que não exista a separação absoluta entre as duas atividades profissionais. *O nosso psicólogo deve ser ambos: clínico e acadêmico*. Tal contexto de ensino e estudo solicita a organização de novos cursos de atualização e de aprofundamento dados por especialistas convidados. O nosso profissional é um eterno aluno. A promoção de Congressos e Encontros profissionais tornou-se uma conseqüência natural – uma complexa, porém viável extensão desses cursos –, através da qual ocorrem, simultaneamente, o acesso a novos conhecimentos e a exposição da produção de conhecimento dentro da Instituição para uma comunidade científica e clínica capaz de conseqüenciar diferencialmente o produto apresentado. Quer os eventos científicos sejam promovidos por nós ou por Associações científicas, os nossos profissionais são encorajados a participar ativamente, preferencialmente apresentando alguma contribuição (painéis, palestras, mesas redondas). Realizamos também – em Convênio com a Universidade Federal de São Carlos – um Curso de Especialização, ministrado pelo prof. Dr. Silvio P. Botomé, com nossa colaboração, que obteve reconhecimento oficial da Universidade e do MEC, intitulado *Análise e Síntese Comportamentais em Contextos Terapêuticos*. Pode-se assim aquilatar o nível de sofisticação das contingências que temos programado para o desenvolvimento profissional de nossa equipe e de outros psicólogos afins. A somatória de todas as contingências incluídas nas atividades acima relacionadas tem produzido um terapeuta com adequado preparo conceitual, habilitado para utilizar procedimentos estritamente comportamentais e apto para responder às contingências geradas pela comunidade do cliente e pela comunidade científica. Acrescente-se a todas as atividades mencionadas mais uma, que pela relevância social que lhe é inerente, descrevo com destaque.

Faltava a oportunidade para oferecer estágio sistemático para a formação de alunos de graduação de Psicologia. Ela se concretizou com o acordo de cooperação recíproca firmado entre o Instituto e a Universidade Federal de São Carlos. Este estágio era ambicionado por duas razões diretas: treinar alunos para virem a atuar na Psicologia dentro de um dos modelos teóricos e metodológicos mais relevantes da Psicologia; e criar uma real possibilidade para atender uma comunidade carente que pode se beneficiar dos serviços da Psicologia. A existência do aluno estagiário permite uma distribuição viável de tempo profissional, isto é, a distribuição dos custos dos serviços de Psicologia entre alunos, supervisores e professores é suportável para todos e beneficia muitos. (O aluno, ao atender o cliente carente, ajuda a comunidade e é conseqüenciado pelo treino que recebe; os supervisores e professores do estágio ensinam os alunos e, indiretamente, a comunidade, e são conseqüenciados pelos alunos para desenvolverem os comportamentos de ensinar o que, em última análise, auxilia no seu próprio desenvolvimento profissional. Tudo isso sem custos: todos doam, todos ganham com a experiência).

O estágio também era desejado por duas razões indiretas. Alunos recebendo um treinamento específico dessa natureza criam contingências adicionais para o desenvolvimento acadêmico, científico e clínico dos profissionais do Instituto. Estes passam a ficar, necessariamente e de forma mais sistemática, sob controle das duas comunidades: a acadêmica e a do cliente. Responder às duas comunidades já não é aversivo como costumava ser. O contexto acadêmico-científico mudou: as contingências aí geradas não são menos exigentes do que sempre foram, mas são mais amenas. O repertório de atuação do terapeuta comportamental está mais diferenciado para atender a ambas as comunidades. Atualmente, ele é um psicólogo clínico com um repertório mais afinado com o seu referencial teórico-conceitual e com os procedimentos de intervenção derivados da ciência do comportamento. Do ponto de vista metodológico, também evoluiu: suas descrições de estudos de casos melhor se aproximam de um modelo de estudo comportamental aplicado. Assim, seus trabalhos têm se mostrado comportamentais, conceituais, tecnológicos, bem como produzem mudanças socialmente relevantes e demonstram generalidade. Falta ainda atingir o necessário status de demonstrar, de forma confiável, as relações funcionais entre os procedimentos terapêuticos e as mudanças comportamentais observadas. Busca-se um modelo de atuação em clínica que permita um controle de variáveis capaz de produzir estudos comportamentais experimentais aplicados.

A outra razão indireta diz respeito ao desenvolvimento de uma Psicologia menos elitizada, mais voltada para a realidade brasileira. As características da comunidade carente são, em si mesmas, contingências para desenvolver uma psicologia clínica com sabor brasileiro. Ela ainda está em processo lento, mas progressivo, de desenvolvimento. Os clientes estão começando a modelar o comportamento dos profissionais nessa direção.

Nota:

* Meus colegas foram:

Ilka da Veiga Moroni, Ana Teresa de Abreu Ramos, Maria Elisa Cardoso Guimarães e Erb Luís Lente Cruz.

Referências

Ayllon, T. e Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and Instructions with Mental Patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 327-331.

Ayllon, T. e Houghton, E. (1962). Control of the Behavior of Schizophrenic Patients by Food. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 5, 343-352.

- Ayllon, T. e Michael, J. (1959). The Psychiatric Nurse as a Behavioral Engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-334.
- Azrin, N. T. (1958). Some Effects of Noise on Human Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 183-200.
- Bachrach, A. J. (1965, 1969). *Introdução à Pesquisa Psicológica*. Editora Herder, São Paulo.
- Bandura, A. (1969, 1979). *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Behaviour Research and Therapy*, publicada desde 1963 pela Pergamon Press, Oxford, England.
- Behavior Therapy*, publicada desde 1970, sob auspício da Association for Advancement of Behavior Therapy, pela Academic Press, New York.
- Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, publicada desde 1970 pela Pergamon Press, Oxford, England.
- Bijou, S. W. e Baer, D. M. (1961). *Child Development: a Systematic and Empirical Theory*. (Vol. 1). Appleton-Century-Crofts, New York.
- Bijou, S. W. e Baer, D. M. (1965). *Child Development: the Universal Stage of Infancy*. (Vol. 2). Appleton-Century-Crofts, New York.
- Ferster, C. B. Culbertson, S. e Boren, M. C. P. (1968, 1978). *Princípios do Comportamento*. Ed. Hucitec, São Paulo. Na primeira edição apenas C. B. Ferster e M. C. P. Boren.
- Guilhardi, H. J. (1988a). Método Científico e Prática Clínica. In H. W. Lettner e B. P. Rangé (Eds.). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. Ed. Manole, São Paulo.
- Guilhardi, H. J. (1988b). A Formação do Terapeuta Comportamental. Que Formação? In H. W. Lettner e B. P. Rangé (Eds.). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. Ed. Manole, São Paulo.
- Guilhardi, H. J., Betini, M. E. e Camargo, M. C. S. (1977). Aumento de Frequência de Respostas Acadêmicas para Alterar a Lentidão e Eliminar Comportamentos Inadequados em um Aluno de Primeiro Grau. *Modificação de Comportamento: Pesquisa e Aplicação*, 1 (2), 1-30.
- Holland, J. G. e Skinner, B. F. (1961, 1969). *A Análise do Comportamento: um Programa para Auto-Instrução*. Editora Herder, São Paulo.

- Hopkins, B. L. (1970). The First Twenty Years are the Hardest. In R. Ulrich, T. Stachnik e J. Mabry (Eds.). *Control of Human Behavior: From Cure to Prevention* (Vol. 2). Scott, Foresman, Glenview, Illinois, USA.
- Journal of Applied Behavior Analysis*, publicada desde 1968 pela Society for the Experimental Analysis of Behavior, Bloomington, Indiana.
- Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, publicada desde 1958 pela Society for the Experimental Analysis of Behavior, Bloomington, Indiana.
- Keller, F. S. (1968) Good-Bye, Teacher... *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 79-89.
- Keller, F. S. e Schoenfeld, W. N. (1950, 1966). *Princípios de Psicologia*. Ed. Herder, São Paulo.
- Krasner, L. e Ullman, L. P. (Eds.) (1965, 1972). *Research in Behavior Modification: New Developments and Implications*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Lettner, H. W. e Rangé, B. P. (1988) (Eds.). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. Ed. Manole, São Paulo.
- Modificação de Comportamento: Pesquisa e Aplicação*, publicada em 1976 e 1977, sob auspício da Associação de Modificação de Comportamento, pela Hucitec, São Paulo.
- Queiroz, L. O. S. e Guilhardi, H. J. (1980). Use of Mediators in a Behavior Modification Clinic in Brazil. In G. J. Martin e J. G. Osborne (Eds.). *Helping in the Community-Behavioral Applications*, Plenum Press, New York.
- Queiroz, L. O. S., Guilhardi, H. J., Guedes, M. C. e Martin, G. L. (1976). A University Program in Brazil to Develop Psychologists with Specialization in Behavior Modification. *The Psychological Record*, 26, 181-188.
- Staats, A. W. (1964). *Human Learning: Studies Extending Conditioning Principles to Complex Human Behavior*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Staats, A. W. (1971). *Child Learning, Intelligence and Personality*. Harper and Row, New York.
- Staats, A. W. e Staats, C. K. (1963, 1973). *Complex Human Behavior*. Holt, Rinehart and Holt, New York.
- Sidman, M. (1960, 1976). *Tactics of Scientific Research*. Basic Books. New York.
- Skinner, B. F. (1953, 1967). *Ciência e Comportamento Humano*. Editora Universidade de Brasília, Brasília.

- Skinner, B. F. (1957, 1978). *Verbal Behavior*. Appleton Century-Crofts, New York.
- Ullman, L. P. e Krasner, L. (Eds.) (1965). *Case Studies in Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Ullman, L. P. e Krasner, L. (1965). What is behavior modification? In L. P. Ullman e Krasner L. (Eds.). *Case Studies in Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Ulrich, R., Stachnik, T. e Mabry, J. (Eds.). (1966). *Control of Human Behavior* (Vol. 1). Scott, Foresman, Glenview, Illinois.
- Ulrich, R., Stachnick, T. e Mabry, J. (Eds.). (1970). *Control of Human Behavior: From Cure to Prevention*. (Vol. 2). Scott, Foresman, Glenview, Illinois.
- Whaley, D. L. e Malott, R. W. (1968, 1980-1981). *Elementary Principles of Behavior*. Behaviordelia, Kalamazoo, Michigan.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford.
- Wolpe, J. (1969, 1976). *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press, New York.
- Wolpe, J. e Lazarus, A. A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. Pergamon Press, New York.
- Yates, A. J. (1970). *Behavior Therapy*. John Wiley and Sons, New York.