



**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PSICOLOGIA FORENSE**

**MICHELE DE ANDRADE GOUVEIA**

**ANÁLISE ACERCA DAS RESPOSTAS ESPECÍFICAS DO TERAPEUTA  
PARA A MODIFICAÇÃO DE PADRÕES DE COMPORTAMENTOS  
ANTISSOCIAIS**

**CURITIBA**  
**2018**



**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PSICOLOGIA FORENSE**

**MICHELE DE ANDRADE GOUVEIA**

**ANÁLISE ACERCA DAS RESPOSTAS ESPECÍFICAS DO TERAPEUTA  
PARA A MODIFICAÇÃO DE PADRÕES DE COMPORTAMENTOS  
ANTISSOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Forense  
Linha de Pesquisa: Clínica Forense  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giovana Munhoz da Rocha

**CURITIBA**  
**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

G719 Gouveia, Michele de Andrade.

Análise acerca das respostas específicas do terapeuta  
para a modificação de padrões de comportamentos antissociais  
/ Michele de Andrade Gouveia; orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giovana  
Munhoz da Rocha.

127f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,  
Curitiba, 2018.

1. Padrões de comportamento antissocial. 2. Clínica  
forense. 3. Psicoterapia analítico-comportamental.  
4. Processos terapêuticos. 5. Adolescentes infratores.  
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 155.5

## TERMO DE APROVAÇÃO

Nome: Michele de Andrade Gouveia

Título: Análise acerca das respostas específicas do terapeuta para a modificação de padrões de comportamento antissocial.

Defesa de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do título de Mestre em Psicologia Forense.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Banca examinadora**

Professora Dr.<sup>a</sup> Claudia Kami Bastos Oshiro

Instituição: Universidade de São Paulo – USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor co-orientador Dr. Murilo Ricardo Zibbeti

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professora orientadora Dr.<sup>a</sup> Giovana Munhoz da Rocha

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **Membro Suplente**

Professora Dr.<sup>a</sup> Paula Inês da Cunha Gomide

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fortalecer na fé e me ajudar a lembrar “as razões pelas quais eu comecei”.

Ao meu esposo, Carlos Homero, por estar sempre presente e fazer parte dessa trajetória de tamanha significância para mim.

À minha orientadora, Dra. Giovana Rocha, que me propiciou ao longo da minha formação em Psicologia o contato com a Psicologia Forense, em especial no Mestrado com a Clínica Forense. Sem palavras para expressar minha gratidão.

Ao meu co-orientador, Dr. Murilo Zebbeti, por compartilhar seus conhecimentos.

Aos meus colegas de consultório, Kátia Biscouto, Luciana Guenzen, Mariana Sartor e Yara Ingberman, por me apoiarem e acolherem nos momentos mais difíceis.

À minha colega de profissão, Camila Andreatta, que esteve sempre presente no decorrer da realização desse estudo, por me ouvir, apoiar e ajudar com a pesquisa.

Aos profissionais e alunos auxiliares da pesquisa, Anna Eduarda Nunes, Bruna Lopes, Desirree Domsin, Eros Maurílio Pereira, Gabriel Barro, Kendra Ferri, Mariana Abagge, Shophia Lopes, Camilli Martins e Rafael Demczuk, agradeço a colaboração.

À Dra. Claudia Oshiro, por ter aceitado compor a minha banca e compartilhar seus conhecimentos.

À direção do centro de socioeducação, que abriu suas portas e contribuiu para a realização deste estudo.

Aos adolescentes e, em especial, ao participante dessa pesquisa por favorecerem demasiadamente meu processo de aprendizagem profissional e pessoal.

“Não importa o que fizeram com você.  
O que importa é o que você faz com aquilo que fizeram com você.”

Sartre

“A vida é um desafio  
Sempre fui sonhador, é isso que me mantém vivo (...)  
Eu sempre quis ser jogador de futebol (...)  
Tive que fazer uma escolha, sonhar ou sobreviver (...)  
Em busca de uma solução rápida e fácil — o crime.  
E o sofrimento alimenta mais a sua coragem.”

Racionais MC's

ANÁLISE ACERCA DAS RESPOSTAS ESPECÍFICAS DO TERAPEUTA  
PARA A MODIFICAÇÃO DE PADRÕES DE COMPORTAMENTO  
ANTISSOCIAL

Área: Clínica Forense

Gouveia, M. A. (2018). Análise acerca das respostas específicas do terapeuta para a modificação de padrões de comportamento antissocial. Dissertação de Mestrado, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná.

## RESUMO

A presente pesquisa objetivou replicar o estudo de Rocha, que trata da realização de psicoterapia com adolescentes infratores. Analisou os aspectos do processo terapêutico na clínica forense com base nos princípios da Análise do Comportamento. Examinou as respostas específicas do terapeuta para padrões de comportamento antissocial. Buscou identificar as intervenções mais utilizadas pelo terapeuta, de acordo com o Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Terapêuticas (SIMCCIT), e identificou quais habilidades do terapeuta estavam associadas às mudanças clínicas para diminuir comportamentos antissociais e aumentar os comportamentos pró-sociais. Foi utilizado o Inventário de Estilos Parentais (IEP) para a caracterização dos participantes, o Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos (Youth Self-Report – YSR); e um Checklist confeccionado pela pesquisadora, pautado nos critérios diagnósticos do DSM-5, para a avaliação dos padrões comportamentais. Submeteram-se ao processo psicoterapêutico analítico-comportamental três adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internamento. Foi selecionado para este estudo a análise das sessões de psicoterapia de um adolescente avaliado com Transtorno de Personalidade Antissocial. Dentre as treze sessões, foram selecionadas para análises estatísticas a sessão inicial, intermediária e a última. As sessões de psicoterapia foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas de acordo com as categorias do comportamento do cliente relacionadas aos padrões de comportamento antissocial. As categorias eram: a) hostilizar, b) mentir, c) culpar o outro, d) autorrevelar-se, e) expressar sentimento positivo e f) expressar arrependimento genuíno. Os resultados apontam que no decorrer do processo foram apresentadas mudanças no padrão de comportamento antissocial do cliente, assim como aumento nos comportamentos pró-sociais, todavia nas três sessões analisadas essa mudança não foi significativa. Constatou-se a diminuição do comportamento de hostilizar e de culpar o outro do adolescente, porém se manteve o comportamento de mentir. Em relação aos comportamentos pró-sociais, o comportamento de autorrevelar-se do adolescente não apresentou aumento, assim como expressar sentimentos positivos; apenas o comportamento de arrepender-se genuinamente aumentou. Em relação aos comportamentos do terapeuta, os que apresentaram uma maior variabilidade no decorrer das sessões e tendem a estar associados com as mudanças comportamentais do cliente foram a) interpretação, b) solicitação de reflexão, c) empatia, d) facilitação, e) recomendação, f) reprovação e g) outras verbalizações. O estudo sugere análises de um maior número de sessões para investigar se haverá mudanças relevantes em um caso de Transtorno de Personalidade Antissocial.

**Palavras-chave:** Padrões de comportamento antissocial; Clínica forense; Psicoterapia analítico-comportamental; Processos terapêuticos; Adolescentes infratores.



## ABSTRACT

This paper aimed to replicate Rocha's study about psychotherapy with young offenders. It analyzed the aspects of the therapeutic process in forensic practices based on Behavior Analysis principles; examined the therapist's specific answers to antisocial behavior patterns; it attempted to trace the interventions that are most used by the therapist, according to the Multidimensional System for Categorization of Behaviors in Therapeutic Interaction (SiMCCIT); and it identified which of the therapist's abilities were associated with clinical changes to reduce antisocial behaviors and increase prosocial behaviors. We used the Parenting Style Inventory (PSI) to categorize the participants; the Youth Self-Report – YSR; and also, a checklist created by the researcher, based on the DSM-5 diagnosis criteria, to evaluate behavioral patterns. Three teenagers undergoing a social-educational confinement measure were submitted to the psychotherapeutic process of behavior analysis. The therapy sessions of a teenager diagnosed with Antisocial Personality Disorder were selected to be analyzed during the study. Amongst the thirteen sessions, the first, middle, and last sessions were chosen for statistical analysis. The psychotherapy sessions were recorded in audio, transcribed, and analyzed according to the client's behavior categories related to the antisocial behavior patterns. The categories were: a) hostile, b) lying, c) blaming others, d) self-manifesting, e) expressing positive feelings and f) expressing genuine regret. The results show that, throughout the process, there were changes in the client's antisocial behavior pattern, as well as an increase in the pro-social behaviors. However, these changes were not significant during the three analyzed sessions. We verified that the teenager's hostile and blaming others behaviors decreased, and their lying behavior did not vary. Regarding pro-social behaviors, the teenager's self-manifesting behavior did not increase, as well as expressing positive feelings. The only increased behavior was the genuine regret one. Concerning the therapist's behavior, the ones who showed more vulnerability during the sessions and tend to be associated with changes in the client's behavior were a) interpreting, b) asking for reflection, c) empathy, d) facilitation, e) recommendation, f) disapproval and g) other verbalization. The study suggests more analysis of a greater number of sessions to investigate if there will be significant changes in a case of Antisocial Personality Disorder.

**Keywords:** Antisocial behavior patterns; Forensic practice; Behavioral analytic psychotherapy; Therapeutic processes; Young offenders.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	19
Comportamento antissocial (CAS)	19
O adolescente infrator	22
Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) e Transtorno Disruptivo do Controle de Impulsos e da Conduta	23
Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e a Clínica forense	32
Intervenções com adolescentes infratores e sua eficácia	37
<b>OBJETIVOS</b>	49
Geral	49
Específicos	49
<b>MÉTODO</b>	50
Participantes	50
Instrumentos	51
Procedimentos	58
Análise de dados	63
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	66
<b>CONCLUSÃO</b>	95
<b>REFERÊNCIAS</b>	98
Apêndice A – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de Personalidade Antissocial	110
Apêndice B – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de Conduta	111
Apêndice C – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno Desafiador Opositor	112
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
Apêndice E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	114
Apêndice F – Termo de Responsabilidade como disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução CFP nº 016/2000	116
Apêndice G – Carta de autorização	117
Apêndice H – Declaração de assentimento do participante	118
Anexo A – Categorias de Registro das Verbalizações do Terapeuta	119
Anexo B – Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos (Youth Self-Report – YSR)	120
Anexo C – Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (Adult Self-Report – ASR)	124

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Frequência total dos comportamentos pró-sociais e antissociais do adolescente ao longo das sessões.....	73
<b>Figura 2</b> – Frequência dos comportamentos de mentir, hostilizar e culpar o outro do adolescente.....	74
<b>Figura 3</b> – Frequência dos comportamentos de autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e expressar arrependimento genuíno do adolescente.....	79
<b>Figura 4</b> – Frequência das habilidades terapêuticas no decorrer das sessões.....	82
<b>Figura 5</b> – Frequência do comportamento de empatia nas sessões analisadas.....	88
<b>Figura 6</b> – Relação do aumento da frequência dos comportamentos da terapeuta de recomendar, emitir outras verbalizações, reprovar e aprovar.....	90

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos adolescentes triados, incluindo o participante do presente estudo (P3).....	50
<b>Tabela 2</b> – Cálculo de concordância dos aferidores para as categorias do SIMCCIT referentes ao terapeuta e ao cliente nas respectivas sessões.....	62
<b>Tabela 3</b> – Análises de contingências do comportamento do cliente.....	71
<b>Tabela 4</b> – Resultado do IEP Materno.....	71
<b>Tabela 5</b> – Resultados do IEP do Padrasto.....	72

## LISTA DE SIGLAS

ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment – Sistema de Avaliação Empiricamente Validado
YSR	Youth Self-Report – Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos
ASR	Adult Self-Report – Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos
SACC	Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do Cliente
SIMCCIT	Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Terapêuticas
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante
TC	Transtorno de Conduta
TPAS	Transtorno de Personalidade Antissocial
TAC	Terapia Analítico-Comportamental
CAS	Comportamento Antissocial
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

## **LISTA DE CATEGORIAS DO COMPORTAMENTO DA TERAPEUTA**

Solicitar relato	SER
Facilitar relato	FAC
Demonstrar empatia	EMP
Fornecer informação	INF
Solicitar reflexão	SRF
Solicitar recomendação	REC
Interpretar	INT
Emitir aprovação	APR
Emitir reprovação	REP
Outras verbalizações	TOU
Registro insuficiente	TIN

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> – Categorias de Registro das Verbalizações do Terapeuta.....	119
<b>Anexo B</b> – Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos (Youth Self-Report – YSR).....	120
<b>Anexo C</b> – Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (Adult Self-Report – ASR).....	124

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de Personalidade Antissocial.....	110
<b>Apêndice B</b> – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de Conduta.....	111
<b>Apêndice C</b> – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno Desafiador Opositor.....	112
<b>Apêndice D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
<b>Apêndice E</b> – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	114
<b>Apêndice F</b> – Termo de Responsabilidade como disposto na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução CFP n.º 016/2000.....	116
<b>Apêndice G</b> – Carta de autorização.....	117
<b>Apêndice H</b> – Declaração de assentimento do participante.....	118



## INTRODUÇÃO

Parte da sociedade negligencia a questão da etiologia, manutenção e tratamento de comportamentos antissociais, em sua ampla gama, por não entender sua complexidade. Este fato por sua vez não combate o problema e o agrava, repercutindo sobre o grande número de adolescentes institucionalizados que cumprem medidas socioeducativas e sucessivas reincidências.

Os comportamentos dos indivíduos são selecionados pelo efeito que produzem no meio, a isso se denomina modelo de seleção pelas consequências (Skinner, 1981/2007). Desconhecer esse conceito pode ampliar o julgamento social acerca do comportamento dos adolescentes infratores, pois prejudica o entendimento de como ocorrem os processos de aprendizagem de padrões comportamentais que os levam a cometerem atos infracionais. São fatores de risco presentes nestes processos de aprendizagem: ausência dos pais, maus-tratos na infância, interação familiar estressante e desajustada na qual predomina um estilo de práticas parentais negativas, contexto que favoreça a disponibilidade de modelos antissociais, como a presença de pares desviantes na vizinhança, histórico familiar de inabilidade e transtornos de comportamento ou psiquiátricos que impossibilitam o cuidado efetivo. Todos esses fatores são variáveis contextuais que precisam ser consideradas para uma eficiente intervenção.

No Brasil, algumas pesquisas têm direcionado seus esforços em descrever a trajetória do adolescente infrator e as variáveis ambientais envolvidas no desenvolvimento e na manutenção de uma conduta infracional (Bastos & Rabinovich, 2012; Gallo & Williams, 2005; Leão, 2014; Pacheco & Hutz, 2009; Silva, Roth, Monteiro & Bohm, 2013). Ainda, algumas pesquisas objetivaram trabalhar com intervenções terapêuticas (Leão, 2014; Costa, Ribeiro & Moura, 2014; Padovani & Williams, 2005). Todavia intervenção psicoterapêutica propriamente

dita, e com um formato passível de replicação, foi encontrado apenas em Rocha (2008) e Gomide (2010).

Neste cenário, abre-se um espaço importante para o clínico e pesquisador forense. Sabe-se que o trabalho com adolescentes infratores é uma demanda específica que exige intervenções especializadas. Pesquisadores de processos clínicos analítico-comportamentais preocupam-se em analisar os preditores de mudanças clínicas (Juliani *et al.*, 2011; Meyer, 2009; Meyer *et al.*, 2015; Zamignani, 2007). No entanto poucos são aqueles que estudam comportamentos de difícil manejo clínico (Oshiro, 2011), e menos ainda aqueles voltados à clínica forense (Rocha, 2008). Portanto a presente pesquisa pretende contribuir para a área da Psicologia Clínica Forense, na direção de um tratamento especializado e específico do adolescente infrator como meio de não reincidir no cometimento da infração e de efetivamente reintegrá-lo à sociedade.

Os índices de recuperação e de não reincidência de adolescentes que cometeram atos infracionais no sistema socioeducativo brasileiro são baixos. Cordeiro (2015), em sua pesquisa realizada na região metropolitana de Curitiba/PR, buscou identificar as ocorrências judiciais de adolescentes infratores entre os anos de 2012 e 2013, especificamente os casos em que foram representados e cumpriram medidas socioeducativas pelo ato infracional cometido. Averiguou que o número de reiterações ainda na adolescência foi de 51%. Seguindo a mesma direção, Carvalho e Rocha (2015) verificaram o percurso dos adolescentes em conflito com a lei e constataram que 63,8% deles continuam na criminalidade e já completaram a maioridade. Esses dados parecem justificar, portanto, a relevância de pesquisas que avaliem intervenções cujos focos são os padrões comportamentais. Além disso, é preciso formar especialistas para executarem ações apropriadas para a modificação dos padrões de comportamento antissocial e, concomitantemente, favorecer ações que ajustem medidas socioeducativas às necessidades de cada adolescente a partir das avaliações realizadas, e não do delito por ele cometido.

## REVISÃO DE LITERATURA

### **Comportamento antissocial (CAS)**

Para entender o comportamento antissocial, faz-se necessário compreender o seu desenvolvimento a partir de uma perspectiva de aprendizagem. Para Patterson, Reid e Dishion (1992), o foco da descrição é o evento antissocial, e não a pessoa, por isso consideraram que este evento deveria ser concomitantemente aversivo e contingente para entendê-lo como antissocial. Assume-se como contingente porque o comportamento de um afeta o comportamento do outro, sem que necessariamente tenha-se a intencionalidade de que isso ocorra. Esse foi um processo identificado por Patterson e seus colaboradores (1992) em pesquisas com crianças e adolescentes com comportamentos opositores e antissociais, que culminaram na construção de um modelo teórico sociointeracionista de estágios para a compreensão do comportamento antissocial.

O primeiro estágio expõe as principais características envolvidas na instalação do comportamento antissocial e está associado a questões familiares como: histórico antissocial na família (pais ou avós); histórico de uso abusivo de substâncias (pais ou avós); desemprego, pobreza, vizinhança violenta; temperamento difícil da criança (hiperatividade, oposição); práticas parentais inadequadas (agressão, gritos ou excesso de cuidado); e autoestima baixa da criança (Patterson, Reid & Dishion, 1992).

No segundo estágio, Patterson, Reid e Dishion (1992) descrevem o próximo contexto no qual a criança estará esforçando-se para interagir: a escola. Todavia, de acordo com os autores, CAS que foram aprendidos no ambiente familiar não dão condições para que a criança se comporte de modo ajustado ao ambiente social, tampouco condições para desenvolver habilidades acadêmicas, resultando em duplo fracasso.

A consequência, portanto, é o terceiro estágio: associação com pares desviantes. Crianças e adolescentes que se veem em fracasso escolar são rejeitados pelos pais e professores, de maneira a buscar outros que estão sob as mesmas condições. Padovani e Williams (2005) enfatizam que, ao passarem a se comportar como integrantes de um grupo desviante, têm os seus comportamentos reforçados positivamente; os que não o fazem, no entanto, serão penalizados, excluídos e provavelmente passarão a responder sob controle de não ter seus comportamentos punidos, o que elabora o repertório já instalado de CAS (Patterson, Reid & Dishion, 1992).

Patterson e colaboradores (1992) pontuam que no quarto estágio se dá a experiência de encarceramento e o possível refinamento do comportamento criminoso. Rocha (2008) salienta que no quarto estágio encontram-se jovens que não possuem habilidades sociais, defrontam-se com dificuldades para manterem-se empregados e não conseguem estabelecer relacionamentos afetivos estáveis.

Na mesma direção, os autores Bandura (1972) e Eron (1997) também aceitam a perspectiva da aprendizagem como compreensão do CAS. Eron (1997) adere à definição do comportamento antissocial como aquele destinado a ferir outra pessoa. Para o autor, o comportamento violento e agressivo, considerado o cerne do CAS, é multideterminado.

Ainda de acordo com Eron (1997), um comportamento agressivo aprendido no passado é incorporado ao repertório comportamental do indivíduo e estímulos ambientais favorecerão a essas repostas voltarem a aparecer, principalmente quando comportamentos alternativos pró-sociais não são instalados para contrabalancear os agressivos. Algumas variáveis são especificadas por Eron (1997) como mantenedoras do padrão comportamental associado a respostas agressivas: recompensas pela agressão; observar a emissão de comportamentos agressivos (modelo); laços afetivos positivos restritos; ser alvo de agressões (bullying); privações econômicas e sociais.

A teoria da aprendizagem social, atualmente conhecida como teoria social cognitiva (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008), também movimenta esforços para conceituar o CAS, partindo de uma premissa ambiental sem enfatizar fatores inerentes ao indivíduo. Nessa perspectiva, a agressão é um comportamento aprendido e mantido por experiências ambientais. Para Bandura (1972, 2008 *et al.*), aprende-se também por imitação. Logo, CAS tendem a ser imitados, principalmente por infratores em potencial. Outro conceito presente em sua teoria é o de autoeficácia, associado com a competência de responder agressiva ou assertivamente, a depender de sua história de aprendizagem anterior.

CAS pode ser compreendido, na perspectiva de Bartol e Bartol (2008), como um comportamento-problema que se torna recorrente e produz danos aos outros, tendo ou não como consequência o encarceramento. Esses danos podem ser de caráter físico ou emocional.

A literatura especializada parece concordar com o fato de que o CAS está intimamente associado a fatores ambientais (Bandura, 1972, 2008; Bartol & Bartol, 2008; Dória, 2011; Eron, 1997; Gallo & Williams, 2005; Gomide *et al.* 2003; Gomide, 2006, 2010; Maruschi, Estevão & Bazon, 2014; Pacheco & Hutz, 2009; Patterson, Reid & Dishon, 1992; Rocha, 2008, 2012). Entre esses fatores estão as práticas parentais negativas, apontadas por Gomide *et al.* (2003) como determinantes para o desenvolvimento do CAS, a depender da frequência e intensidade com que ocorrem. As práticas parentais negativas envolvem, de acordo com Gomide (2006): negligência associada à falta de cuidados básicos, de atenção e afeto; abuso físico e psicológico, ameaças de abandono e chantagem; disciplina relaxada, implicando não ser contingente com as regras estabelecidas; punição inconsistente, na qual os pais se orientam pelo humor no momento de punir ou reforçar o comportamento dos filhos; e monitoria negativa, também denominada de supervisão estressante, que compreende o excesso de instruções e controle aversivo.

Pesquisas indicam que há uma relação recíproca entre práticas parentais negativas e o CAS (Gomide *et al.*, 2003; Gomide, 2006; Pacheco & Hutz, 2009). Entende-se, além disso, que

essa reciprocidade pode fazer o CAS especialmente resistente a mudanças, o que demanda fatores mantenedores serem efetivamente modificados (Pacheco, 2004).

### **O adolescente infrator**

Rocha (2012) descreve os adolescentes infratores como oriundos de ambientes coercitivos, nos quais a violência física e o abandono estão presentes. As características que definem um adolescente como infrator estão atreladas ao que é pontuado pela literatura. Dória (2011), por exemplo, pesquisou a incidência de transtornos psiquiátricos em adolescentes infratores e constatou uma prevalência significativa de 81,1% nessa população. Essa pesquisa, realizada na Vara de Adolescentes Infratores da cidade de Curitiba/PR, obteve dados importantes como: 87% desses adolescentes pertencem às classes menos favorecidas, 85,5% demonstram baixa escolaridade ou não terminaram o ensino médio e 73,9% não estavam frequentando a escola. Alguns pesquisadores acreditam que um alto nível de escolaridade atua como fator de proteção, inibindo comportamentos antissociais (Bartol & Bartol, 2008; Galo & Williams, 2005; Kauffman, 2001).

Os problemas decorrentes do ambiente familiar repercutem diretamente na vida dos adolescentes infratores. Marshall e Maljevic (2012) pontuam que a desestrutura familiar, envolvendo violência (física, psicológica e/ou sexual) e/ou consumo abusivo de álcool e drogas, pode levar à reprodução futura destes mesmos comportamentos, além de danos emocionais. Sendo assim, considera-se fator de proteção o estilo de educação parental pautado na monitoria positiva, que compreende o interesse real dos pais às necessidades da criança, ou seja, uma supervisão afetuosa, e não estressante e excessiva (Gomide *et al.*, 2003; Gomide, 2006).

E é nesse contexto que se abre um campo para a instalação do comportamento moral, que se refere a uma prática educativa pela qual os pais transmitem valores como honestidade, generosidade e senso de justiça, favorecendo a discriminação do certo e do errado por meio de

modelos positivos, sempre mediando a relação com afeto (Gomide *et al.*, 2003; Gomide, 2006). Nessa prática educativa, percebe-se como essencial para o desenvolvimento moral os sentimentos de culpa e vergonha (Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2005).

### **Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) e Transtorno Disruptivo do Controle de Impulsos e da Conduta**

A personalidade é compreendida pela filosofia do Behaviorismo Radical como um fenômeno comportamental. De acordo com Skinner (1981/2007), é determinada por conjuntos de contingências que envolvem a interação dos organismos com o ambiente e, por sua vez, selecionam particularidades no repertório de cada indivíduo. Portanto a personalidade refere-se a padrões comportamentais. Padrões persistentes e inflexíveis de comportamento são denominados de Transtornos de Personalidade e produzem prejuízos nas relações sociais, profissionais e sofrimento significativo.

O DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2014, p. 646) descreve os critérios de Transtorno de Personalidade como “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura e do indivíduo”, diferenciando os transtornos em grupos com base em semelhanças descritivas.

A presente pesquisa especificará o Transtorno de Personalidade Antissocial que está incluído no grupo B do manual, segundo o qual uma característica relevante deste quadro é o padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros. Os demais critérios diagnósticos envolvem: fracasso em ajustar-se a normas sociais; tendência à falsidade; impulsividade; irritabilidade e agressividade; descaso pela segurança de si e dos outros; irresponsabilidade reiterada; e ausência de remorso. Características associadas que apoiam os critérios diagnósticos são: evidências de Transtornos de Conduta antes dos quinze anos de idade, o

indivíduo ter no mínimo dezoito anos e emitir comportamentos antissociais que não estejam relacionados com outros transtornos.

Como discutido na seção anterior, o CAS, assim como outros comportamentos que fazem parte do repertório de um indivíduo, é aprendido na sua interação com o meio. Ao apresentar os estágios de desenvolvimento do comportamento antissocial, Patterson e seus colaboradores (1992) descreveram variáveis contextuais e delimitaram o modelo de coerção. Como descrito na seção sobre o CAS, esses estágios demonstram inicialmente ações coercitivas das crianças e o ambiente reagindo, treinando seus padrões de comportamentos antissociais. Mais tarde, estes padrões passam a ser reproduzidos em outros contextos, colocando as crianças em risco de rejeição pelos pares, possibilitando sua associação com pares desviantes e desenvolvendo suas habilidades antissociais. Essa combinação de fatores tende a levar a experiências futuras de comportamentos delinquentes, o que pode aumentar a probabilidade de ocorrência do encarceramento e da instalação de uma trajetória antissocial na vida adulta.

Além do Transtorno de Personalidade Antissocial, o termo “antissocial” também faz referência a outros transtornos, como os Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta, que envolvem problemas de autocontrole emocional e comportamental. Os Transtornos Disruptivos foram vinculados a um espectro externalizante e estão ligados a manifestações de agressividade, impulsividade e comportamentos delinquentes característicos do Transtorno de Conduta (TC) e de Oposição Desafiante (TOD).

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), de acordo com o DSM-5 (2014, p. 463), é “um padrão de humor irritável de comportamento desafiante ou índole vingativa com duração de, no mínimo, seis meses e que evidencie quatro dos sintomas na interação com qualquer indivíduo, com exceção de irmão”. Os sintomas para o diagnóstico são: estar raivoso e ressentido com frequência; questionar figuras de autoridade frequentemente; culpar os outros por seus erros ou mau comportamento; recusar-se a obedecer às regras e incomodar



deliberadamente outras pessoas. Crianças com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) usam abordagens negativas diante de conflitos, são mais rejeitadas por colegas e têm maiores índices de recusa escolar, além de estarem relacionadas a comportamentos de risco na vida adulta (Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005).

Embora comumente associado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Poulton, 2011), o diagnóstico do TOD não necessariamente está atrelado ao desenvolvimento de TC na adolescência e de TPAS na vida adulta (Grevet, Salgado, Zeni & Abreu, 2007). Para Lahey *et al.* (2000), o TOD segue um curso progressivo, com início aproximadamente aos oito anos de idade ou ao chegar da adolescência (no mais tardar), seguido por aumento gradual do número de sintomas e da gravidade ao longo do tempo. Kimonis e Frick (2010) identificaram um predomínio masculino dos comportamentos disruptivos na idade escolar, todavia os padrões de comportamento opositor e desafiador já eram característicos na primeira infância, em torno dos três e quatro anos de idade.

Os problemas de conduta diferem-se do TOD por envolver um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as regras e normas sociais. Alguns critérios diagnósticos são observados de acordo com o DSM-5: agressão a pessoas e animais; destruição de propriedades; falsidade, furto ou violações graves de regras. Podendo se desenvolver antes dos dez anos de idade ou na pré-adolescência, os indivíduos portadores desse transtorno apresentam emoções pró-sociais limitadas, como a ausência de remorso, falta de empatia, despreocupação com o desempenho e afeto superficial ou inexistente (DSM-5, 2014).

Cederna-Meko, Koch e Wall (2013) apontam a relação da criança com os seus cuidadores como exercendo uma correlação positiva com os Transtornos Disruptivos, em especial o TOD que é frequente em crianças cujos cuidadores apresentaram histórico de Transtornos de Humor, distúrbios do comportamento disruptivo, TPAS ou distúrbios

relacionados a substâncias. Ainda, esta correlação positiva também ocorre mediante baixos níveis de educação e altos níveis de estresse, interação pai-filho aversiva, condições socioeconômicas desfavoráveis e maus-tratos (Patterson *et al.*, 1992). Constata-se que, quanto maior a exposição de crianças e adolescentes a fatores de risco, maior será a probabilidade de desenvolverem comportamentos disruptivos generalizados de intensidade patológica (Cristophersen & Mortweet, 2001).

Compreender a interação entre os transtornos favorecerá o diagnóstico e a intervenção, dado que a comorbidade e o início precoce de seu desenvolvimento estão atrelados à severidade do quadro. Para Kimonis e Frick (2010), 80% dos meninos diagnosticados com TC, com início na infância, foram previamente diagnosticados com TOD. Os autores também ressaltam, no entanto, que 40% das crianças diagnosticadas com TOD não progridem para problemas graves de conduta.

Diante desta constatação, Kimonis e Frick (2010) sugerem que as características específicas de cada transtorno podem dar uma perspectiva do curso de seu desenvolvimento. Crianças que apresentam sintomas de TOD, sendo facilmente incomodadas, sensíveis e ressentidas, por exemplo, tendem a desenvolver Transtornos de Humor e de Ansiedade. Crianças que apresentam um padrão questionador e desafiador diante de regras e figuras de autoridade, por sua vez, tendem a desenvolver o TC.

Os subtipos dos TC parecem favorecer a identificação do curso de desenvolvimento e prognóstico dos adolescentes. Evidências sugerem que adolescentes com TC, com início na adolescência, são menos propensos a apresentar CAS que persista na fase adulta. Porém o subtipo com início precoce, que antecede os dez anos de idade, é altamente preditivo de problemas posteriores com o CAS (Kimonis & Frick, 2010).

As pesquisas que investigam o TPAS (Corff & Toupin, 2014; Washburn, Romero, Welty *et al.*, 2007) apontam que grande parte dos indivíduos que preenchem os critérios

diagnósticos teve histórico de TC na infância ou adolescência. Os pesquisadores investem seus esforços para explicar por qual razão alguns adolescentes, quando adultos, persistem desenvolvendo o TPAS enquanto outros não. Amostras clínicas de detentos e de casas de acolhimento demonstraram variação de 35% a 50% da continuidade de TC para TPAS (Corff & Toupin, 2014).

Assim como no TOD, no TC os autores sugerem que subtipos desse quadro podem estar associados a distinções em etiologia, curso e resposta às intervenções (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998; Tremblay, 2010). Esses autores apoiam a distinção entre sintomas abertos “*overt*” (agressão física, roubo, ataques com armas...) e encobertos “*covert*” (quebra de regras e crimes de propriedades). Os comportamentos abertos estariam atrelados à progressão para o TPAS. Todavia as pesquisas observaram que os sintomas encobertos predisseram o TPAS (Lahey *et al.*, 2005; Washburn *et al.*, 2007).

Corff e Toupin (2014), contrariando os achados, observaram que apenas um sintoma do Transtorno de Conduta previu significativamente o TPAS. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 128 adolescentes do sexo masculino, de 12 a 17 anos, em um centro de serviços sociais para a juventude, os quais foram reavaliados após três anos, tendo diminuído a amostra para 73 ao longo do período. Os resultados demonstraram que, dos 73 adolescentes avaliados, 48% sucederam a continuidade entre TC e TPAS e que os sintomas evidentes aumentaram em 112% para cada sintoma específico de TC.

Outros dados apontados pela literatura afirmam que a relação entre os transtornos e as possíveis comorbidades tende a dificultar tanto o processo diagnóstico quanto a intervenção. Orguz, Tucuntun e colaboradores (2015) realizaram um estudo que objetivou investigar os distúrbios comórbidos em uma amostra de 140 pacientes turcos com diagnóstico de TPAS, sendo os sujeitos constituídos de uma população hospitalar geral sem passagem anterior por sistemas legais. Os pesquisadores identificaram 66,9% de uso de substâncias e 65,4% de

alcoolismo, 27,9% de transtornos de ansiedade, 22,1% de desordens depressivas e 21% de distúrbios psicóticos. A pesquisa mencionou que a presença de multidiagnósticos está atrelada ao aumento da severidade da psicopatologia e reduz as taxas de resposta ao tratamento, pois em 97% dos casos de TPAS foi diagnosticada ao menos uma comorbidade. Kohler, Heinzen e colaboradores (2009) identificaram em uma amostra de 149 adolescentes recém-encarcerados, além de 81% de TC, 60% de distúrbios relacionados a substâncias e 21% de características psicopáticas.

Muitos estudos (Kimonis & Frick, 2010; Smith & Hung, 2010; Connor, Steeber & Mecbunertt, 2010; Khanna, Shaw, Dolan & Lennox, 2014) têm identificado o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como preditor do TC e de TPAS, pois parece haver uma correspondência entre crianças hiperativas e maior risco de desenvolvimento de comportamentos-problema. Lynam (1998) mencionou em seu estudo que adolescentes do sexo masculino com comorbidade em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e TC possuíam características psicopáticas, tendências violentas, pouca inibição, problemas neuropsicológicos e maior flexibilidade criminosa em relação aos adolescentes somente com TC ou TPAS.

Dória (2011) buscou determinar a incidência e associações de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Conduta, Transtorno de Abuso de Substâncias e Transtorno de Ansiedade em adolescentes em conflito com a lei em uma corte brasileira, com idade média de 12 a 16.9 anos. A prevalência de TC foi de 59,4%, seguido do Transtorno de Abuso de Substâncias (53,6%), TDAH (43,5%) e Transtorno de Ansiedade (24,6%). O autor sugere que os comportamentos externalizantes nos indivíduos com TDAH aparecem precocemente e se estabelecem como fator de risco para o desenvolvimento de abuso de substâncias.

Easton, Oberleitner e colaboradores (2012) avaliaram diferenças nas características pré-tratamento e no resultado de uma intervenção entre adultos jovens dependentes de maconha, com e sem TPAS. Participaram do estudo 136 sujeitos, os quais foram recrutados em uma unidade de acolhimento ambulatorial de tratamento de abuso de substâncias. O resultado mais significativo da pesquisa foi a observação de que o TPAS estava atrelado a novas prisões durante o tratamento. Os autores pressupõem que o consumo de substâncias tenha uma relação substancial com possíveis comportamentos delinquentes.

Os Transtornos de Personalidade e Disruptivos produzem consequências custosas e fatídicas para as famílias, para os próprios adolescentes e para a sociedade, e estão relacionados com o desenvolvimento de outros transtornos emocionais, além de comprometimentos funcionais graves ao longo da vida. Por essa razão, pesquisadores nacionais (Bolsoni-Silva, 2003; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Costa, Ribeiro & Moura, 2014; Del Prette & Del Prette, 2003; Rios & Williams, 2008; Rocha, 2012; Gomide *et al.*, 2003; Gomide, 2010; Ormeno & Williams, 2006; Pinheiro, Haase & Del Prette, 2006; Williams, 2006) e internacionais (Apsche, Bass & Murphy, 2004; Bierman, Coie, Dagne *et al.*, 2011; Masi, Muratori, Lenzi *et al.*, 2013; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Oruche, Gerkenmeyer, Carpenter *et al.*, 2013; Samek, Elkins, Keyes *et al.*, 2015; Schiltz, 2014; Webster-Stratton, 1997; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004) vêm buscando verificar quais as intervenções mais eficazes para o tratamento e a prevenção desses transtornos que têm relação com o CAS.

Há uma concordância entre as pesquisas sobre os programas de intervenção que envolvem o treinamento de práticas parentais: mostram-se capazes de favorecer o entendimento de monitoria positiva, reforço positivo, comunicação interpessoal, habilidades de resolução de problemas, apoio social e desenvolvimento infantil (Rios & Williams, 2008; Gomide *et al.*, 2003; Williams & Aiello, 2005; Bierman, Coie, Dagne *et al.*, 2011; Masi, Muratori, Lenzi *et al.*, 2013)

Bierman *et al.* (2011) ampliaram suas intervenções realizando visitas às famílias com a função de ajudar os pais a generalizarem as habilidades aprendidas nos grupos de treinamento parental e, também, entrevistaram junto aos professores incluindo consultas semanais para instruções de manejos comportamentais. Os autores, que fazem parte de um grupo de pesquisa sobre prevenção de problemas de conduta, desenvolveram um programa com base na literatura de Patterson, Reid e Dishon (1992), denominado Modelo de Cascata Transacional, isso por concordarem com o pressuposto de que um ambiente hostil favorece o desenvolvimento de padrões de CAS.

O Modelo de Cascata Transacional sugere que a prevenção de crianças de alto risco deve ser longitudinal e começar na escola primária, continuando até o nono ano. A hipótese confirmada na pesquisa é a de que, dessa forma, há uma instalação e maior manutenção dos comportamentos pró-sociais. Como resultado desta intervenção, foi obtida a prevenção de 75% dos casos de TC, 53% dos TDAH e 43% de qualquer Transtorno de Comportamento Disruptivo nas crianças de alto risco, todavia não se percebeu um impacto significativo nas crianças de risco moderado.

Ampliar o repertório pró-social de crianças e adolescentes com Transtornos de Comportamento Disruptivo e de Personalidade Antissocial é crucial. Oruche, Gerkenmeyer, Carpenter e colaboradores (2013) avaliaram um programa de intervenção para adolescentes com Transtornos de Comportamento Disruptivo nomeado como “Systems of Care”. Esse programa utiliza abordagens focadas nas habilidades que já existem no repertório comportamental dos adolescentes, e não necessariamente nos problemas. O determinante para fundamentar o programa está relacionado ao fato de que esses adolescentes submeteram-se e adaptaram-se muitas vezes a atendimentos anteriores frustrados, o que reforçou tanto a percepção deles quanto a de seus familiares de serem um problema sem solução. A principal descoberta da

pesquisa foi o aumento de comportamentos pró-sociais e uma interação familiar menos aversiva.

O que as pesquisas sugeriram de forma geral é que, entre os programas utilizados para o processo de intervenção em Transtornos Disruptivos e de Personalidade Antissocial, inclusive de adolescentes infratores, os multimodais têm apresentado os melhores resultados (Hollin, 1999; Kroner & Yessine, 2013; Kroner, Power, Takahashi & Harris, 2014; Morgan, Kroner, Mills & Batastini, 2014; Rodway *et al.*, 2011; Sawyer & Borduin, 2011; Samek, Elkins, Keyes *et al.*, 2015; Schiltz, 2014).

Em relação a abordagens psicológicas que produzem os melhores resultados, as pesquisas em Análise do Comportamento buscam validar seus achados ao longo do tempo tanto em grupos de intervenção quanto em psicoterapias individuais direcionadas à modificação do padrão de CAS (Bolsoni-Silva, 2003; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Costa, Ribeiro & Moura 2014; Del Prette & Del Prette, 2003; Rios & Williams, 2008; Rocha, 2012; Gomide *et al.*, 2003; Gomide, 2010; Ormeno & Williams, 2006; Pinheiro, Haase & Del Prette, 2006; Williams, 2006). A Terapia Cognitiva-Comportamental também apresenta resultados satisfatórios, diferindo da Análise do Comportamento por focar principalmente nas mudanças de padrões de pensamento (Apsche, Bass & Murphy, 2014; Lobo, Flach & Andreatta, 2011; Rodway *et al.*, 2011).

Como descrito anteriormente, os Transtornos de Comportamento Disruptivo trazem inúmeros problemas comportamentais que afetam uma esfera global, e não somente o indivíduo ou a família. Esse dado é de extrema relevância para investimentos em programas com foco na prevenção, o que tende a demandar custos menores em relação aos apresentados para manter instituições de encarceramento de adolescentes e adultos, bem como para oferecer suporte às suas famílias que muitas vezes dependem de apoio governamental para sobreviver. Existe um desconhecimento social sobre a problemática e pouco investimento governamental em

pesquisas que possam favorecer a eficácia e continuidade de projetos com essa finalidade. A expectativa, de acordo com Gomide e Júnior (2016), é investir no campo científico legitimando o trabalho do psicólogo forense, o qual detém maiores conhecimentos específicos para trabalhar com essa demanda.

### **Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e a Clínica forense**

A Terapia Analítico-Comportamental ampara-se nos conhecimentos produzidos pela ciência da Análise do Comportamento, a qual tem como objeto de estudo o comportamento, ou seja, a relação existente entre a ação de um indivíduo que se comporta e o ambiente no qual está inserido (Banaco, Del Prette, Meyer, Neno, Tourinho & Zamignani, 2010). Tem na filosofia do Behaviorismo Radical, proposto por B. F. Skinner, suas bases epistemológicas e, no laboratório, sua manufatura de princípios básicos do comportamento humano e animal (Lattal, 2005).

A característica dessa abordagem clínica é propiciar condições para a aprendizagem de novos comportamentos, buscando alterar os comportamentos-problema. Envolve identificar e analisar as funções que os comportamentos desajustados exercem, com a finalidade de estabelecer objetivos relacionados à instalação de repertórios comportamentais mais ajustados (Rocha, 2012; Sénéchal-Machado, 2002).

O analista do comportamento clínico deve se apresentar em uma audiência não punitiva com a função de diminuir o sofrimento do cliente. Estabelece-se, assim, como um agente reforçador para favorecer que o cliente se exponha a situações aversivas vivenciadas nas sessões, a fim de aumentar sua tolerância emocional (Cordova & Kohlenberg, 1994).

Para Skinner (1979/2003), uma audiência não punitiva se refere à habilidade do terapeuta de evitar utilizar-se da punição no contexto clínico, resguardando-se de emitir crítica depreciativamente, fazer objeção aos comportamentos, apontar erros de pronúncia e responder



de modo incompatível a agressões, por exemplo. “À medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do paciente” (Skinner, 1979/2003, p. 350).

Munida de todo esse aparato, a TAC é funcional no campo da Psicologia Forense, mais precisamente na clínica forense. Essa modalidade terapêutica tem como foco de intervenção uma população específica, como agressores, vítimas e familiares em situações de risco.

A literatura aponta que essa população, por apresentar um histórico de envolvimento com CAS, apresenta repertório restrito de habilidades sociais, relações interpessoais e resolução de problemas (Del Prette & Del Prette, 2004; Gomide, 2009; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Rocha, 2012; Williams & Gallo, 2005; Padovani & Williams, 2005). A TAC por ser caracterizada como uma abordagem que proporciona a aprendizagem de novos comportamentos e responde ao objetivo geral da clínica forense, que compreende a diminuição dos comportamentos antissociais e o aumento de comportamentos pró-sociais.

A clínica forense difere da convencional, pois o psicólogo forense deve reportar ao juiz ou ao Ministério Público informações sobre o processo terapêutico, se necessário, portanto essa questão deve constar no contrato de psicoterapia. Isso ocorre porque se trata de uma população que tende a não procurar atendimento espontaneamente, sendo frequentemente encaminhada pelo Poder Judiciário (Gomide, 2011).

Para obter sucesso com as intervenções na clínica forense algumas características parecem ser essenciais. Rocha (2008, 2012), por exemplo, considera importante ao repertório do clínico forense a capacidade de modular o grau de empatia expressado, pois, por se tratar de uma demanda de difícil manejo clínico, a empatia pode ser interpretada pelo cliente como uma mostra de pouco repertório ou fraqueza por parte do terapeuta, e não como um instrumento facilitador da relação terapêutica.

Gomide (2006), ao explicitar as práticas parentais negativas que contribuem para o desenvolvimento do CAS, propiciou a reflexão sobre a importância de o clínico forense nortear suas intervenções de maneira a utilizar as práticas educativas. Rocha (2008, 2012) buscou intervir considerando que práticas educativas positivas possibilitam a aprendizagem de novos repertórios comportamentais ao fornecer modelos apropriados de relacionamentos para os adolescentes.

Para se especializar na clínica forense é relevante considerar que, ao trabalhar com essa população tão específica, o terapeuta deve organizar seu tempo delimitando os limites apropriados para que, ao se sentir sobrecarregado, não se responsabilize pelos atos de seus clientes.

A literatura relacionada a casos de difícil manejo clínico aponta que os clientes emitem não apenas respostas verbais, mas corporais que impactam o terapeuta, como a forma de olhar, as expressões intensas de raiva e a oposição. Os clientes dessa realidade são caracterizados por confrontarem no âmbito profissional e pessoal, o que pode impactar a pessoa do terapeuta e demandar não apenas estar atento às suas próprias habilidades terapêuticas, como também às suas questões particulares e de valores como um todo (Gouveia *et al.*, 2017; Souza & Vandenberghe, 2007; Oshiro, 2011).

A literatura internacional destaca que, ao se referir especificamente ao tratamento com adolescentes infratores, o psicólogo forense precisa identificar as necessidades de cada indivíduo para lhe favorecer, de fato, a se beneficiar da intervenção e para que esta, por sua vez, se estabeleça como um fator motivacional (Huss, 2011). Segundo Sturmey (2010), é necessária uma apropriada formulação de caso com o objetivo de investigar o desenvolvimento do CAS, identificar os fatores mantenedores desses padrões comportamentais e verificar qual a melhor intervenção para cada situação específica.

A análise funcional do comportamento, a qual constitui a relação entre estímulos, comportamento e as consequências do comportamento no ambiente (Meyer, 2003) é a ferramenta de intervenção da TAC e está intimamente ligada ao processo de intervenção apontado por Sturmey (2010). Isso porque, ao investigar o desenvolvimento de um comportamento antissocial, busca-se verificar os estímulos antecedentes dessa aprendizagem, bem como as consequências mantenedoras desse comportamento. Sendo o processo de organização dessas informações pelo clínico denominado de “formulação de caso”, nada difere de um procedimento utilizado pelo analista do comportamento para conceituar seus casos clínicos (Moraes, 2010).

No que se refere à TAC com adolescentes infratores, tem-se como objetivo proporcionar a criação e manutenção de vínculos afetivos, favorecer a reflexão dos atos infracionais, elaborar planos futuros, trabalhar a externalização e o desenvolvimento dos sentimentos de vergonha e culpa. Esses sentimentos funcionam como inibidores do comportamento antissocial (Gomide, 2009).

Cabe ao clínico forense realizar a avaliação psicológica que fornece subsídios às intervenções. Nesse caso, é denominada de avaliação forense e sua função é auxiliar o poder judiciário. Rocha, Santos e Serafim (2016) expõem a avaliação forense como um tipo de avaliação psicológica que ocorre em um contexto jurídico, possuindo uma característica investigativa. De acordo com os autores, considera-se investigativa por buscar construir o percurso da vida de um infrator, assim como todos os processos psicológicos e comportamentais que podem ter favorecido a emissão de um ato infracional.

O profissional forense, em seu processo de avaliação, deve considerar os fatores de risco estáticos ou históricos e os dinâmicos. Fatores de risco estáticos são aqueles que aumentam a probabilidade futura de violência, pois são fixos e improváveis que se alterem (Huss, 2011), enquanto os fatores de risco dinâmicos são aqueles passíveis de mudanças. Gallo e Williams

(2005) verificaram, em uma revisão de artigos no período de 1997 a 2003, que as variáveis estáticas ou de risco estão atreladas à história prévia de violência, à idade em que ocorreu o primeiro delito, ao abuso de substâncias e ao transtorno de personalidade.

Em consonância, Morgan, Kroner, Mills e Batastini (2014) pontuam a necessidade de buscar reduzir os fatores de risco, descritos como: história do comportamento antissocial; padrão de comportamento antissocial; cognições antissociais; associação com pares antissociais e abuso de substâncias.

As avaliações e intervenções do profissional forense também buscam analisar os fatores de proteção que, segundo Gallo e Williams (2005), neutralizam ou dificultam os fatores de risco. Os autores apontam que a escola foi identificada como um fator de proteção, assim como crescer em um ambiente livre de violência intrafamiliar e com uma educação apoiada em supervisão, diálogo e afeto. Quando um adolescente infrator está em processo psicoterapêutico, o terapeuta adquire uma função importante na sua educação e, por essa razão, pode ser considerado um cuidador, de modo que a terapia também passa a exercer um fator de proteção (Rocha, 2008, 2012).

A partir da avaliação, identificação de fatores de risco e de proteção, bem como da formulação do caso, os autores Morgan, Kroner, Mills e Batastini (2014) destacam que o clínico forense deve direcionar suas intervenções de forma a contribuir para que o cliente, ativamente, esteja evitando disparadores ou antecedentes que o levem a responder com uma conduta criminosa. Esse processo tende a fazer aumentar comportamentos pró-sociais, concomitantemente reduzindo os antissociais.

Portanto entende-se que a TAC, pela similaridade funcional do processo de intervenção apontado pela literatura internacional (Huss, 2011; Morgan, Kroner, Mills & Bastastini, 2014; Sturmey, 2010; Henggeler & Schaeffer, 2016) e pelos estudos de intervenção publicados no Brasil na última década (Hohendorff, Salvador-Silva *et al.*, 2014; Padilha & Gomide, 2004;

Padovani & Williams, 2005; Porto, 2008; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Rocha, 2012; Gomide, 2010), é uma modalidade terapêutica que pode ser eficaz no tratamento de adolescentes infratores, justamente por criar condições de aprendizagem de novos comportamentos, o que tende a favorecer a diminuição dos comportamentos antissociais e o aumento dos pró-sociais.

### **Intervenções com adolescentes infratores e sua eficácia**

As intervenções com adolescentes infratores estão a buscar provas empíricas da eficácia das psicoterapias. Neste cenário, a prática baseada em evidências parece ser um fator determinante para desenvolver intervenções eficientes com essa população específica. Ao basear-se em evidências, a conduta do psicólogo deve ser fundamentada em dados empíricos, porém alguns profissionais da área são céticos em relação ao uso do conhecimento apresentado em pesquisas para guiar decisões clínicas, confiando mais em suas experiências do que na literatura científica disponível (Melnik, Souza & Carvalho, 2014). É nesse contexto controverso que a *American Psychological Association* (APA) elaborou um modelo representativo das diversas perspectivas teóricas com o intuito de preencher a lacuna entre ciência e prática (Leonardi & Meyer, 2015).

Intervenções com adolescentes infratores sugerem resultados mais satisfatórios quando baseadas em evidências, favorecendo a possível replicação de dados. De acordo com Leonardi e Meyer (2015), os dados de pesquisa podem ser incompatíveis, conflitantes ou incompletos e, ainda assim, deve-se buscar a melhor evidência possível com os recursos que se dispõe.

Verificar os modelos de intervenção em casos de adolescentes infratores, que estabeleçam bases de evidências no tratamento, é importante. Algumas abordagens estão associadas à produção de evidências científicas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Multissistêmica, Terapêutica Familiar e o Modelo de Boas Vidas.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma modalidade desenvolvida por Aeron Beck no início dos anos 1960, com ênfase no tratamento da depressão, e desde então apresenta sucesso em relação a diversos transtornos. De forma geral, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva das crenças e estratégias comportamentais que caracterizam o transtorno específico (Beck & Beck, 2013). Sua eficácia com adolescentes infratores está atrelada aos padrões de distorções cognitivas que essa população apresenta em relação à violência e suas histórias de aprendizagem. Essas distorções circundam, por exemplo, a justificativa dos adolescentes sobre os atos infracionais cometidos.

Enquanto isso, a Terapia Multissistêmica tem suas raízes no modelo ecológico e social de Bronfenbrenner (1979). De acordo com esse modelo, o comportamento é largamente determinado pelo funcionamento dos sistemas proximais nos quais os indivíduos estão inseridos, ou seja, família, pares, escola e vizinhança, havendo uma interação recíproca entre eles.

Adicionam-se às intervenções eficazes a Terapêutica Familiar, descrita como de curta duração para adolescentes infratores e seus familiares por possuir como função melhorar as atribuições dentro da família (comunicação, habilidades parentais e apoio social, por exemplo), diminuindo padrões disfuncionais de comportamento (Seller, 2015).

Por sua vez, o Modelo de Boas Vidas busca oferecer aos delinquentes uma reabilitação que complementa a estratégia de risco-necessidade-responsividade (Andrews & Bonta, 2010). Desenvolvido por Andrews, Bonta e Roge (1990), esse modelo norteia o programa “Modelo de Boas Vidas” composto por três princípios fundamentais: princípio do risco (combinar o nível de atendimento ao risco de reincidência do ofensor), princípio de necessidade (avaliar as necessidades criminógenas e transformá-las em metas de atendimento) e princípio de responsividade (maximizar a necessidade de aprendizagem com a intervenção reabilitativa,

prestando atendimento cognitivo-comportamental adequado ao seu estilo de aprendizagem, motivação, habilidades e pontos fortes).

Convém considerar que a responsividade envolve objetivos geral e específico: a responsividade geral está associada à utilização de métodos de aprendizagem social para influenciar os comportamentos, enquanto a específica está atrelada ao processo de intervenção cognitivo-comportamental para cada caso em especial (Andrews & Bonta, 2010).

As pesquisas internacionais apontam a Terapia Multissistêmica como a modalidade terapêutica mais utilizada no exterior por envolver família e comunidade. É um tratamento baseado em evidências, desenvolvido por Henggeler e Schaeffer (2016), cujo objetivo é trabalhar com adolescentes que apresentam comportamento antissocial sério e de alto risco, intervindo também em suas famílias.

Essa modalidade terapêutica apresenta uma similaridade com a TAC, pois busca verificar os antecedentes ou fatores de risco, o comportamento antissocial e as consequências mantenedoras desse comportamento. Em contrapartida, favorece o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, melhora as relações parentais e viabiliza suceder os fatores de proteção. As instalações dessas mudanças são possíveis por haver uma intervenção direta em vários contextos.

Portanto a Terapia Multissistêmica foi projetada para abordar de forma abrangente o conjunto de fatores de risco que conduzem ao problema clínico e ao processo do tratamento. Os fatores de risco envolvem influências individuais associadas ao viés cognitivo em relação às agressões, aos déficits nas habilidades sociais, aos fatores familiares, à negligência e disciplina familiar inconsistente, ao fator escolar, como baixo desempenho acadêmico, à associação com pares desviantes e a uma vizinhança com alta disponibilidade de substâncias e violência (Henggeler & Schaeffer, 2016).

Busca, portanto, aperfeiçoar os resultados com intervenções que possam ter a capacidade de atuar no sistema familiar, como trabalhar as práticas parentais e envolver a escola, além dos aspectos individuais (Boxer, Kubik, Ostermann & Veysey, 2015; Cary, Butler, Baruch, Hickey & Byford, 2013; Evans-Chase & Zhou, 2012; Henggeler & Schaeffer, 2016; Jansen, Vermeulen, Schuurman-Luinge, Knorth, Buskens & Reijneveld, 2013; Sawyer & Borduin, 2011; Seller, 2015).

O pressuposto central da Terapia Multissistêmica é o de que os cuidadores são fundamentais para os resultados se manterem a longo prazo. Por essa razão visa também fortalecer a rede de apoio das famílias, como parentes e amigos, com a função de sustentar as alterações comportamentais obtidas durante o tratamento (Henggeler & Schaeffer, 2016).

Henggeler e Schaeffer (2016) expõem como geralmente é composta uma equipe para tratar adolescentes infratores na modalidade da Terapia Multissistêmica: compreende um conjunto de quatro terapeutas com nível de mestrado em tempo integral, um mestrando em tempo parcial e um supervisor doutor. Os terapeutas se encarregam de atender de quatro a seis famílias, com duração de seis a nove meses. A intervenção, neste caso, envolve tratamentos centrados nos problemas, treinamento comportamental para pais, Terapia Cognitivo-Comportamental e avaliações para tratamentos psicofarmacológicos, além de fornecer cursos aos membros de cada família, individualmente, sobre abuso de substâncias, problemas de saúde mental e outros temas que se fizerem necessários de acordo com a demanda específica. As avaliações em cada contexto favorecem a identificação das restrições no repertório, bem como daqueles comportamentos que podem ser positivamente reforçados no decorrer do processo de mudança.

Ainda, Henggeler e Schaeffer (2016) sintetizaram os primeiros estudos da Terapia Multissistêmica com adolescentes infratores. O pioneiro e mais longo deles foi de Borduin e colaboradores (1995), intitulado “Missouri Delinquency Project”, no qual 176 adolescentes



infratores violentos e crônicos foram tratados e acompanhados por 25 anos. No pós-tratamento, jovens e cuidadores que se submeteram à intervenção apresentaram diminuição dos problemas comportamentais e sintomas psiquiátricos, respectivamente, além da melhora nas relações familiares. Observou-se, então, uma diminuição de 63% na reincidência juvenil (Borduin *et al.*, 1995). Resultados similares foram obtidos através de um acompanhamento de 22 anos (Sawyer & Borduin, 2011).

Precedente aos estudos de Borduin e colaboradores (1995), os autores Henggeler, Melton e Smith (1992) iniciaram o primeiro estudo de eficácia da Terapia Multissistêmica realizado em um centro comunitário de saúde mental. A amostra era composta por adolescentes infratores violentos e crônicos, e os resultados apresentados pós-tratamento também estavam relacionados com melhoras nas relações familiares e entre pares. Os dados apontaram uma reincidência infracional de 43% dos adolescentes, e um quadro de sucesso de 64% em um período de 59 semanas. Incentivados pelos dados, Henggeler, Melton, Brondino, Scherer e Hanley (1997) efetuaram um ensaio clínico randomizado com adolescentes infratores violentos e suas famílias para determinar se os resultados seriam semelhantes. Obtiveram uma diminuição nos comportamentos externalizantes e internalizantes dos adolescentes, e um aumento de sua competência social, durante 24 meses de acompanhamento pós-intervenção.

A partir dessas pesquisas, instauraram-se os processos de intervenção que passaram a ser replicados em vários estudos internacionais europeus (Asscher, Dekovic, Manders, Van Der Laan, Arum & Prins, 2014; Cary, Butler, Baruch, Hickey & Byford, 2013; Butler, Baruch, Hickey & Fonagy, 2012; Ogden & Hagen, 2006; Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Os pesquisadores observaram melhora na relação parental concomitante à redução do comportamento antissocial severo e violento. Esses resultados foram mantidos pelo acompanhamento de um ano após a intervenção, não havendo reincidência em um período de três anos.

Estudos norte-americanos e europeus demonstraram resultados satisfatórios nas reproduções dos tratamentos da Terapia Multissistêmica. Timmons-Mitchell, Bender, Kishna e Mitchell (2006) constataram ganhos no funcionamento da juventude em vários domínios e a diminuição da reincidência. Diversos autores verificaram a eficácia da Terapia Multissistêmica para transtornos emocionais severos, transtornos de substâncias, crimes violentos e crimes sexuais: Henggeler, Pickrel e Brondino (1999); Henggeler, Clingempeel, Brondino e Pickrel (2002); Rowland, Chapman e Henggeler (2008); Stambaugh *et al.* (2007); Weiss *et al.* (2013). Esses estudos mostram que os efeitos positivos da terapia não têm sido covariados com dados demográficos.

Evans-Chase e Zhou (2012), por meio de uma Revisão Sistemática, avaliaram as evidências que apoiam os modelos de programas de intervenção no sistema de justiça juvenil. Verificaram características, população atendida, conteúdos, duração, indicadores de desempenhos e resultados. Segundo os autores, a intervenção da Terapia Multissistêmica é, de fato, eficiente na redução da reincidência se comparada com os serviços tradicionais de saúde mental (aconselhamento e acompanhamento domiciliar).

Ao examinar a eficácia a longo prazo da Terapia Multissistêmica, Sawyer e Borduin (2011) investigaram e analisaram uma ampla gama de resultados judiciais civis e criminais de infratores graves. Participaram desse estudo 176 infratores, que foram originalmente randomizados para a Terapia Multissistêmica ou Terapia Individual durante a adolescência. Utilizaram-se as intervenções focadas para a Terapia Multissistêmica, e as abordagens Cognitiva e Sistêmica nas Terapias Individuais, direcionando-as a fatores associados ao comportamento antissocial na adolescência.

Os resultados apontaram que os participantes da Terapia Multissistêmica se demonstraram significativamente menos propensos a serem presos por crimes graves do que os participantes da Terapia Individual (34,8% vs. 54,8% respectivamente), dentro de um período

de 21,9 anos após o término do tratamento. Entende-se, portanto, que a Terapia Multissistêmica obteve efeitos duradouros em relação à probabilidade de reincidência, apesar de não diminuir a probabilidade geral de cometer crimes menos severos, pois apresentou 80% de redução na emissão deles.

O estudo de Jansen, Vermeulen, Schuurman-Luinge, Knorth, Buskens e Reijneveld (2013) buscou avaliar a eficácia da Terapia Multissistêmica utilizando um protocolo com a finalidade de compará-la com um tratamento usual. Considerava-se um tratamento usual aquele disponível para adolescentes com problemas psicossociais e comportamentais através de serviços de justiça juvenil, de bem-estar social, de aconselhamento e de serviços sociais domiciliares.

As conclusões mostraram reduções significativas no número de crimes graves com a Terapia Multissistêmica em comparação com o tratamento usual, porém não atingiram nenhum resultado satisfatório em relação aos custos. Os autores apontaram a importância de ampliar os estudos de custo-eficácia dos tratamentos oferecidos com a função de fornecer informações às decisões políticas. Concluiu-se nesse estudo que a introdução de um programa baseado em evidências, com boa relação custo-benefício, poderia resultar em ganhos de saúde valiosos com custos moderados.

Os autores envolvidos na área forense têm direcionado seus esforços para obter resultados com evidências científicas e com baixo custo-efetividade. Cary, Butler, Baruch, Hickey e Byford (2013), por exemplo, também tiveram como propósito de seus estudos avaliar se a Terapia Multissistêmica apresentava maior custo-efetividade do que outras intervenções disponíveis para jovens infratores na Inglaterra. Para tal, selecionaram 108 adolescentes aleatoriamente, dividindo-os em grupos de intervenção com a Terapia Multissistêmica e em grupos para os tratamentos já disponíveis. Observou-se mudança comportamental em ambas as

modalidades de intervenção, todavia os adolescentes expostos à Terapia Multissistêmica apresentaram reduções mais significativas no padrão de comportamento agressivo.

Um fator relevante sobre o CAS e adolescentes infratores implica a associação com gangues ou facções criminosas. Boxer, Kubik, Ostermann e Veysey (2015) alarmaram-se com essa variável de manutenção do comportamento antissocial e, por sua vez, de reincidência, então buscaram verificar se a Terapia Multissistêmica apresentava eficácia nesse aspecto específico. Analisaram dados de 421 adolescentes e verificaram que 71% deles concluíram o tratamento com sucesso, 23% não obtiveram êxito e 6% não o finalizaram. De forma geral, esse estudo sinalizou que mesmo aos adolescentes envolvidos em facções a Terapia Multissistêmica parece desempenhar um papel importante para um possível processo de mudança.

Na direção de avaliar as abordagens que produzem resultados nessa população, alguns autores destinaram suas pesquisas para verificar a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental (Bogestad, Kettler & Hagan, 2010; Helmond, Overbeek & Brugman, 2014; Schwalbe, Gearing, Mackenzie *et al.*, 2012).

Bogestad, Kettler e Hagan (2010), por exemplo, buscaram avaliar um programa de intervenção cognitiva para adolescentes infratores utilizando o “Questionnaire of how I think” (HIT). Esse questionário é composto por quatro categorias de distorções cognitivas: *autocentrado*, quando sentimentos, expectativas e desejos imediatos são opiniões legítimas; *culpar o outro*, quando o sujeito atribui a terceiros a culpa pelos seus próprios comportamentos inadequados; *minimização*, quando os comportamentos antissociais são descritos como não sendo causadores de problemas reais; *assumir o pior*, quando o sujeito identifica seus próprios comportamentos e verifica ser possível aprender novos.

Esse processo de intervenção contou com 162 adolescentes selecionados a partir de alguns critérios de inclusão: ter idade entre 12 e 18 anos, ter passado por vários processos anteriores de intervenção e estar há seis meses em medida de internação. Os grupos eram

limitados a dez adolescentes, os quais se reuniam duas vezes por semana por 45 minutos. As lições a serem realizadas pelos grupos envolviam técnicas de habilidades sociais e cognitivas que tivessem como foco a identificação e modificação dos padrões de CAS, utilizando metáforas, análise de personagem, entre outras atividades (Bogestad, Ketller e Hagan, 2010).

Os resultados obtidos a partir do pré e pós-testes sinalizaram uma redução significativa no escore médio da escala, caindo de uma pontuação de 3,50 para 2,31 após o tratamento, com índice de significância de 95%. Portanto entende-se que as intervenções direcionadas para a distorção cognitiva associada ao comportamento antissocial produzem resultados satisfatórios (Bogestad, Ketller e Hagan, 2010).

Seguindo a mesma vertente, Helmond, Overbeek e Brugman (2014) avaliaram um programa de intervenção cognitivo-comportamental que também demonstrou resultados satisfatórios. Observou-se aumento das frequências nas reuniões, melhor gerência da raiva e tomada de decisões, porém não se apresentaram resultados significativos em reduzir distorções cognitivas, aumentar as habilidades sociais e desenvolver o comportamento moral. Isto sugere a necessidade de realizar e analisar um maior número de estudos para a junção do que produz efeitos positivos em todos os aspectos acerca do comportamento antissocial.

Schwalbe, Gearing, Mackenzie *et al.* (2012), em uma meta-análise sobre quais intervenções de fato produzem efeitos significativos sobre essa população, concluíram que as intervenções cognitivo-comportamentais e aquelas baseadas na família, fundamentadas em uma estrutura ecológica, devem ser consideradas como ingredientes essenciais para o tratamento bem-sucedido de adolescentes infratores.

Os demais artigos analisados debruçaram-se sobre a literatura para a produção de conhecimentos, com a finalidade de verificar o que realmente produz resultados em termos de intervenção (Cutrín, Gómez-Fraguela & Luengo, 2015; Sander, Patall, Amoscato, Fischer &

Funk, 2012; Salekin, Tippey & Allen, 2012; Krebs, Lattimore, Cowell & Graham, 2010; Miller, 2014; Rodway *et al.*, 2011; Spruit, Wissink & Stams, 2016).

Esses autores buscaram rever as pesquisas já existentes e analisá-las à luz da literatura atual. Pode-se citar como exemplo Spruit, Wissink e Stams (2016), que avaliaram o modelo de risco-necessidade-responsividade (Andrews, Bonta & Roge, 1990) para averiguar as atividades de reintegração disponíveis em instituições governamentais e ONGs. Descobriram que as atividades em grupo que envolviam os pais foram as de melhor resultado.

Constata-se dois pontos significativos de investigação: a) quais são, de fato, as mudanças comportamentais produzidas pelas intervenções que frequentemente apareceram na literatura internacional, b) e qual é o tempo de acompanhamento pós-intervenção necessário para considerar uma mudança significativa, principalmente da Terapia Multissistêmica, identificada como a abordagem de melhor resultado na intervenção com adolescentes infratores.

Faz-se necessário ressaltar que tanto a Terapia Multissistêmica quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental parecem se complementar, inclusive, na similaridade de seus resultados. Henggeler e Schaeffer (2016), ao especificarem como ocorre um processo de intervenção com ênfase na Terapia Multissistêmica, descreveram (entre outras intervenções) a Cognitivo-Comportamental como atuante e interagindo com focos abordados nessa modalidade terapêutica.

A complementação de ambas as modalidades terapêuticas está associada ao fato de que uma compreende a família e a comunidade em seu processo de intervenção, e a outra demanda a participação ativa do adolescente durante seus programas de intervenção. Considerando que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem como processo de intervenção modificar as distorções cognitivas, age de forma significativa, uma vez que esta é uma característica de

adolescentes infratores (Jewell, Malone, Rose, Sturgeon & Owens, 2015; Bogestad, Kettler & Hagan, 2010; Helmond, Overbeek & Brugman, 2014).

De acordo com Jewell *et al.* (2015), há dois pensamentos predominantes entre os adolescentes infratores: o primeiro deles é proteger a qualquer custo suas famílias e amigos, garantindo que sejam respeitados; o segundo é defender seu próprio bem-estar e seu caráter como homem, comportando-se violentamente. Essas constatações sugerem que adolescentes infratores podem se beneficiar de intervenções cognitivo-comportamentais justamente pelo recurso utilizado por essa especificidade terapêutica, pela construção de autorregras mais eficazes e pelo favorecimento que ela proporciona à aprendizagem de comportamentos habilidosos na resolução de problemas.

Ao pesquisar a literatura disponível na área é possível verificar que as abordagens que envolvem família e comunidade são aquelas que produzem melhores resultados comportamentais a longo prazo, dispondo de um índice de reincidência menor. Rocha (2008, 2012), em sua pesquisa que envolveu a TAC com adolescentes infratores de alto-risco, buscou demonstrar a modificação do padrão de CAS e a diminuição da reincidência. Inseriu programas de escolarização, treinamento de habilidades sociais e principalmente o atendimento de TAC individualmente. A autora também enfatizou a utilização de práticas parentais adequadas, como a monitoria positiva e o comportamento moral (Gomide, 2016), como parâmetros para as suas intervenções psicoterapêuticas, concorrendo com as práticas parentais negativas vivenciadas por esses adolescentes ao longo de suas vidas.

Com o estudo de Rocha (2008, 2012), foi viável averiguar que a TAC é munida de componentes que podem envolver intervenções focadas tanto na família quanto no adolescente. Ao tratar-se do atendimento individual com o adolescente esse processo favorece, também, a diminuição de autorregras e cria condições de novas aprendizagens comportamentais, tal qual descrito pelas terapias baseadas em evidências que produzem resultados satisfatórios. A TAC

vem se envolvendo cada vez mais com a clínica forense, buscando produzir pesquisas baseadas em evidências e passíveis de replicação.

Com o objetivo justamente de favorecer a replicação de sua pesquisa, Rocha (2008) criou categorias que envolvem os padrões comportamentais mais emblemáticos desses adolescentes — como hostilizar, atribuir culpa ao outro e mentir — e delimitou categorias de comportamentos pró-sociais a serem desenvolvidas no repertório para concorrer com o CAS — como autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e expressar arrependimento genuíno. Na pesquisa de Rocha (2008), ainda, os comportamentos da terapeuta foram analisados de acordo com as habilidades terapêuticas de Zamignani (2007) e, também, com as práticas educativas empregadas.

Obteve-se nesse estudo resultados satisfatórios, demonstrando um aumento significativo de comportamentos pró-sociais e a diminuição dos CAS. Dentre os onze casos atendidos pela autora, apenas dois não sinalizaram mudanças em seus padrões, todavia esses adolescentes foram avaliados com Psicopatia, transtorno que não responde ao tratamento psicoterápico. Por meio desse estudo constatou-se que a ciência da Análise do Comportamento pode contribuir para modificações significativas em adolescentes infratores, além de favorecer a possibilidade de replicações para novos estudos.



## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Com base nos princípios da Análise do Comportamento, esta pesquisa objetivou replicar o estudo de Rocha (2008), além de descrever as habilidades terapêuticas que promoveram mudanças clínicas em um adolescente com Transtorno de Personalidade Antissocial, em medida socioeducativa.

### **Específicos**

- 1) Descrever as habilidades terapêuticas que aparecem em maior e menor frequência durante o processo terapêutico em questão, utilizando o SIMCCIT (Zamignani, 2007).
- 2) Verificar as correlações positivas e negativas entre habilidades terapêuticas que promovem a diminuição do comportamento antissocial (mentir, hostilizar e culpar o outro) e o aumento de comportamentos pró-sociais (autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e arrepender-se genuinamente).
- 3) Comparar se os padrões de resposta do terapeuta nesse estudo se assemelham aos apresentados nos estudos de Rocha (2008).

## MÉTODO

### Participantes

*Terapeuta-pesquisadora:* atua como terapeuta analítico-comportamental há sete anos e recebe supervisões individuais com a orientadora do presente estudo, que é psicóloga clínica, analista do comportamento e doutora em Psicologia Forense.

*Adolescentes:* inicialmente, foram selecionados três adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas de internamento em um Centro de Socioeducação do Estado do Paraná e que preencheram os critérios de inclusão e exclusão: com idade entre 13 e 21 anos; que estavam a menos tempo na situação de internamento; que apresentavam indicadores para TOD, TC e TPAS; sem experiência de participação em atividades terapêuticas ou estar em processo de avaliação para o desinternamento; além de não apresentar outros transtornos psiquiátricos. Apesar dos três selecionados, apenas o adolescente com Transtorno de Personalidade Antissocial foi considerado neste estudo (P3, ver Tabela 1).

Tabela 1

#### Caracterização dos adolescentes triados, incluindo o participante do presente estudo (P3)

Adolescente	Idade	Internamento ou passagens por delegacias	Delitos aos quais respondem pela medida atual de internamento e período de internamento
P1 TOD	17 anos	1	Homicídio – 5 meses – Liberdade assistida
P2 TC	16 anos	1	Homicídio – 4 meses – Continua em condição de internamento
P3 TPAS	17 anos	3	Porte ilegal de armas e tentativa de assalto – 6 meses – Liberdade assistida

TOD: Transtorno de oposição desafiante; TC: Transtorno de Conduta; TPAS: Transtorno de Personalidade Antissocial.

## **Instrumentos**

### **Triagem dos participantes**

#### *Checklist para avaliação de Transtorno de Conduta, Transtorno de Oposição Desafiante e Transtorno de Personalidade Antissocial*

Foi confeccionado pela pesquisadora um checklist pautado nos critérios diagnósticos do DSM-5 (2014). O instrumento favoreceu a identificação dos possíveis transtornos como fator de exclusão daqueles que não preencheram o critério para o Transtorno de Personalidade Antissocial. Selecionaram-se o Transtorno de Conduta e o Transtorno de Oposição Desafiante por apresentarem uma similaridade em suas respostas comportamentais (Apêndices A, B, C).

#### *Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos (Youth Self-Report – YSR; Achenbach & Rescorla, 2001)*

Trata-se de um instrumento respondido pelo adolescente sobre si mesmo. Compreende a faixa etária de 11 a 18 anos e avalia: competência em atividades, competência social, total de competências, ansiedade e depressão, retraimento e depressão, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, transtornos de pensamento, transtornos de atenção, comportamento de quebrar regras, agressividade, problemas internalizadores, problemas externalizadores, soma dos transtornos, Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade, transtornos somáticos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Conduta, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-traumático e qualidades positivas. É um instrumento muito abrangente, que fornece indicativos importantes para a prática clínica. Este inventário está disponível em diversos idiomas, sendo amplamente utilizado com a população forense. Foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Rocha (2012).

## **Durante o processo terapêutico**

### *Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006)*

É um instrumento que possui três versões. Uma, aplicada aos pais, é chamada IEP Autoaplicação, ou seja, os próprios pais respondem sobre seus comportamentos. As outras duas versões são respondidas pelo filho (a partir de nove anos, aproximadamente); uma é sobre as práticas maternas e a outra é sobre as práticas paternas. Neste estudo foi utilizada a versão na qual o próprio adolescente responde.

O inventário é composto por 42 questões relativas às sete práticas parentais: monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. As questões devem ser respondidas de acordo com uma escala: sempre, às vezes ou nunca. A pontuação final total indica quatro estilos parentais: ótimo; bom — acima da média; regular — abaixo da média; e de risco. Este instrumento foi utilizado com a finalidade de caracterizar a amostra.

### *Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Terapêuticas – SIMCCIT (Zamignani, 2007)*

Este instrumento envolve as principais categorias das habilidades terapêuticas: solicitação de relato e solicitação de relato de encoberto (SR e SRE — quando o terapeuta solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos); solicitação de reflexão (SRF — solicitação para que o cliente pense, reflita, estabeleça ou relate relações a respeito de eventos); demonstrar empatia (EMP — envolve acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou do sentimento do cliente); fornecer informação (INF — relato de eventos ao cliente que não mencionam o comportamento do mesmo ou de terceiros); facilitar o relato do cliente (FAC — ocorre a partir de verbalizações curtas ou paralinguísticas); recomendar ou solicitar a execução de ações (REC — sugestões de

alternativas de ação ou solicitação para que o cliente se engaje em ações ou tarefas); interpretar (INT — relações causais e/ou explicativas, ou padrões a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros); aprovar (APR — concordar com ações ou avaliações do cliente, ou ainda emitir julgamento favorável); reprovar (REP — discordar de ações ou avaliações do cliente, ou ainda emitir julgamento desfavorável); outras verbalizações (TOU — não classificadas nas categorias anteriores); registros insuficientes (TIN). Este instrumento foi utilizado com o objetivo de analisar a interação da díade terapeuta-cliente e categorizar cada verbalização do terapeuta.

*Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do Cliente – SACC (Yano & Meyer, 2003; Yano, 2003)*

Este instrumento, utilizado para a avaliação clínica, baseia-se na observação do terapeuta a fim de mensurar as mudanças comportamentais do cliente no decorrer do processo analítico-comportamental. Categorias são criadas com base em relatos verbais do cliente, e o terapeuta pontua os comportamentos em uma escala de 0 a 2.

Rocha (2008) sistematizou categorias de análises que foram selecionadas em dois grupos: um de comportamentos desejáveis ou pró-sociais, e outro de comportamentos indesejáveis ou antissociais. Ao tratar adolescentes com repertório predominantemente antissocial em psicoterapia, faz-se determinante a diminuição de padrões antissociais e a instalação de comportamentos considerados pró-sociais. Esta é, portanto, uma replicação da pesquisa de Rocha (2008); as categorias de comportamento descritas e operacionalizadas na presente pesquisa estão de acordo com as práticas parentais relacionadas ao desenvolvimento ou à inibição do comportamento antissocial propostos por Gomide (2006).

## **Categorias comportamentais dos clientes**

### *Comportamentos antissociais*

#### Hostilizar

*2 – Expressar-se com hostilidade:* cliente relata ou terapeuta observa que ele se expressou agressivamente em relação a alguém, demonstrando hostilidade. Essa categoria inclui, ainda, momentos em que o cliente relata ações agressivas contra patrimônio ou pessoas. A hostilidade envolve sentimentos de raiva, descontentamento e agressividade em vários níveis.

*1 – Incipiente ou Expressou-se com dificuldade:* cliente relata ou terapeuta observa que ele percebeu que seria hostil ao se expressar, porém não deixou de fazê-lo; ou que se expressou com hostilidade, mas ficou preocupado com o efeito de seu comportamento sobre o outro. Contradiz a si mesmo, relata o mesmo ato de forma amena e também agressiva.

*0 – Expressou-se sem hostilidade:* cliente relata ou terapeuta observa que ele se expressou (não verbalizou apenas) sem hostilidade (avaliada pelo tom de voz, postura e olhar “relaxados”), mesmo em assuntos sobre os quais discordava, não se sentia bem ou não queria falar.

#### Mentir

*2 – Várias:* observa-se ou o cliente relata três ou mais comportamentos de inventar ou omitir fatos (podendo ocorrer na semana ou durante a sessão de psicoterapia). Diante do confronto com a verdade, o cliente nega, inventa.

*1 – Poucas:* observa-se ou o cliente relata que não apresentou até dois comportamentos de inventar fatos ou omiti-los na semana (ou durante a sessão). Inclui também momentos em que não chegou a apresentar o comportamento, mas relatou situações passadas ou possíveis ocorrências de conduta antissocial que envolviam mentiras. Exemplo: “Eu falei pra professora

que ‘tava com dor de cabeça, por isso eu não fiz nada’. Discriminar mentira branca da prejudicial.

0 – *Nenhuma*: observa-se ou o cliente relata que não apresentou comportamentos de mentir, inventar ou omitir dentro ou fora da sessão. Exemplo: “Eu fiz como você sugeriu. Falei que não fiz porque não entendi porra nenhuma”. Inclui assumir a responsabilidade pelos erros e déficits; falar a verdade de fatos sobre os quais antes omitia ou mentia.

### Culpar o outro

2 – *Muitas atribuições de culpa e reclamações*: relatos ou observações de que culpou outros ou apresentou queixas das pessoas na sessão (não se sente compreendido pelos outros, não recebe ajuda ou apoio porque os outros não se importam, sente-se discriminado pelas atitudes dos outros...). Estas reclamações devem estar relacionadas a terceiros que supostamente interferem no comportamento do adolescente. Exemplo 1: Referindo-se ao abuso cometido contra um adolescente que possuía severo retardo mental, cuja maturidade e condição intelectual eram como as de uma criança de seis anos: “Foi isso mesmo. Pior pra ele que é retardado. Ele que quer jogar com nós. Daí ele apostou o ânus com o F. e comigo, um oral. Ela sabia o que estava fazendo. Perdeu, tem que pagar”. Exemplo 2: Diz que a vítima mereceu ser roubada, “deu mole” porque estava na rua escura, ou diz que a vítima era “cagueta”, então mereceu morrer. Exemplo 3: “Aquela professora é muito mole. Daí eu não tenho vontade de estudar, porque ela é muito ruim de dar a matéria”.

1 – *Poucas atribuições de culpa aos outros e reclamações*: relatos ou observações de melhorias no relacionamento, mudanças no seu comportamento, com poucas atribuições de culpa aos outros e reclamações acerca deles (responsabiliza-se mais pelos acontecimentos, reconhece sua participação nas situações, dá menor importância ao que o outro diz, é ouvido com menos críticas, sente-se mais compreendido). Exemplo: “Eu errei tudo lá na hora de

preencher a ficha na agência. Eu ‘tava nervoso e deu um branco. Daí eu pensei que devia ter estudado nessa vida mesmo. Mas vô falar, a lazarenta da mulher nem pra me ajudar, a desgraçada! Ela piorou a situação, ficou me apressando e nem ofereceu ajuda. Também não pedi, mas ela tinha que ter oferecido! É o trabalho dela!”. Ainda há ausência de autocrítica.

*0 – Sem atribuições de culpa aos outros ou reclamações:* envolve a responsabilização pelos próprios atos. Incluem-se nesta categoria relatos ou observações de que se responsabilizou por atitudes em situações de interação, mudou na relação com os outros, não apresentou queixas nem culpou ninguém por seus problemas (envolve comportamentos como responsabilizar-se pelas próprias dificuldades, fazer algo e receber ajuda, conversar mais...). Exemplo: “Não vim, porque gastei dinheiro de vir com lanche e fiquei sem jeito de pedir emprestado. Eu não sei cuidar de dinheiro. Sempre veio fácil, ia fácil. Agora preciso aprender a me controlar, mas é muito difícil”.

### *Comportamentos pró-sociais*

#### *Autorrevelar-se*

*0 – Nenhuma:* não fez relatos sobre si mesmo nem revelou infrações ou atitudes moralmente reprováveis que possa ter cometido ao longo de sua vida, bem como abusos sofridos ou perpetrados.

*1 – Alguma revelação:* quando questionado, fez relatos sobre si mesmo, como verbalizar situações vividas sem revelar infrações ou atitudes moralmente reprováveis que possa ter cometido ao longo de sua vida, bem como abusos sofridos ou perpetrados. Exemplo: “Ah... eu usava pouco, só nos finais de semana, mas era pouco, nem fui viciado”.

*2 – Revelação espontânea:* fez relatos sobre si mesmo e revelou, sem questionamento imediato, infrações ou atitudes moralmente reprováveis que possa ter cometido ao longo de sua vida, bem como abusos sofridos ou perpetrados. Exemplo: “Esta noite tive sonhos medonhos



de novo. Acho que eu preciso falar uma coisa. Sabe aquela treta lá da delegacia...? Eu fiz sexo com o maluco mesmo. Mas não foi como disseram, foi assim (...).”

#### Expressar arrependimento genuinamente

*0 – Nenhum:* não fez relatos característicos de arrependimento e continua a emitir comportamentos de culpabilizar o outro pelos seus comportamentos antissociais, tampouco apresentou expressões verbais ou gestuais indicativas de culpa, vergonha ou empatia, como ruborizar, baixar a cabeça ou remexer-se na cadeira.

*1 – Algum arrependimento:* fez relatos pouco característicos de arrependimento ou apresentou expressões verbais/gestuais empobrecidas e confusas, indicando sentimento de culpa, vergonha ou empatia. Exemplo: Com a cabeça baixa, olha intermitentemente para o psicoterapeuta, esfrega as mãos e leva uma delas à boca ao dizer “É... talvez eu não devia ter feito... Hoje, pensando, eu não sinto bem, mas na hora pá! Ou é, ou não é, daí já viu. Mas não dá nada, vamos fala de outras parada, vai”.

*2 – Arrependimento:* fez relatos característicos de arrependimento, apresentou expressões verbais ou gestuais congruentes e indicativas de culpa, vergonha ou empatia. Exemplo: Com a cabeça baixa, não olha na direção do psicoterapeuta e cobre a face entre as mãos ao dizer com a voz embargada “Eu podia ter parado tudo aquilo, eu podia ter dito ‘pare’, eu não falei nada pra não matarem... Eu fui muito ruim, o filho do demônio mesmo”.

#### Expressar sentimento positivo

*0 – Expressa-se sem correlato com sentimentos:* expressou-se sem demonstrar sentimentos de afeto, indicadores de apego e vínculo nem em situações narradas nem durante a psicoterapia.

*1 – Incipiente ou Expressou-se com dificuldade:* o cliente diz ter pensado em expressar sentimentos de afeto indicadores de apego e vínculo, porém não teve coragem ou ficou preocupado com a reação do outro depois de fazê-lo. Exemplo: “Eu não gosto quando eu não posso vir, mas aí tem a medida e você falou que não vai me atende”.

*2 – Expressou-se sem dificuldade:* relato ou observação de expressão de sentimentos de afeto indicadores de apego e vínculo. Exemplo: “O afeto é igual a senhora vem aqui e não é nada minha, mas a senhora mostra com carinho que eu tenho a chance de mudar”.

## **Procedimentos<sup>1</sup>**

### *Triagem e seleção dos participantes*

Foi solicitada a autorização à Secretaria do Estado do Paraná que, por sua vez, entrou em contato com a direção do Centro de Socioeducação. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e aprovado sob o número CAAE 64919817.0.0000.8040. A pesquisadora seguiu até a Unidade Socioeducativa e apresentou o estudo com a função de esclarecer à direção os objetivos do trabalho. Havendo a concordância com a realização da pesquisa, foi solicitado junto à direção a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Primeiramente, foi realizado um contato inicial com os técnicos da instituição para obter informações de quais adolescentes se encaixavam nos padrões de interesse da pesquisa: idade entre 13 a 21 anos; estar a menos tempo na situação de internamento; apresentar indicadores de Transtorno de Conduta, Transtorno de Oposição Desafiante e Transtorno de Personalidade Antissocial; sem experiência de participação em atividades terapêuticas; não estar em processo de avaliação para desinternamento; e não apresentar outros transtornos psiquiátricos.

---

<sup>1</sup> Embora os três adolescentes selecionados para o presente estudo tenham respondido a todos os instrumentos e fizeram sessões de psicoterapia e, portanto, seguiram os mesmos passos descritos nesta seção, apenas o participante com diagnóstico de TPAS será considerado para análise (ver seção Método, item Participantes).

Os adolescentes foram encaminhados pela direção do Centro de Socieducação para serem convidados a participar da pesquisa e foi realizada a leitura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Havendo concordância, iniciaram-se as avaliações. Passaram pelo processo quatro adolescentes que se encaixaram no perfil da pesquisa, todavia um deles não se interessou em participar. Faz-se importante salientar que a realização das avaliações com um número pequeno de adolescentes está atrelada ao critério especificado para a pesquisa de que, ao identificar o primeiro transtorno, se encerravam as avaliações. Essa população em especial tende a apresentar os transtornos de interesse na pesquisa, além de haver o fato de que os adolescentes foram pré-selecionados pelos técnicos da Unidade de acordo com o padrão comportamental descrito pela terapeuta-pesquisadora.

Os adolescentes foram avaliados individualmente pela terapeuta-pesquisadora em uma sala própria para atendimentos ou em uma sala de aula da Unidade Socioeducativa. As avaliações tiveram duração de aproximadamente uma hora e não foram gravadas para evitar a aversividade dos primeiros contatos. Apesar de ser descrito aos adolescentes que as sessões de psicoterapia seriam gravadas, optou-se por não fazê-lo no processo de avaliação.

Nessa etapa, para a identificação dos transtornos, foi utilizado o Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos (*Youth Self Report – YSR*; Achenbach & Rescorla, 2001; Anexo B), aplicado da seguinte forma: a terapeuta-pesquisadora conversava com os adolescentes sobre seus interesses, habilidades e comportamentos — dados que constam no inventário. Esse instrumento que fornece importantes indicadores clínicos exerceu a função de caracterização da amostra. Os dados da avaliação foram registrados pela terapeuta-pesquisadora no próprio Inventário de Autoavaliação – YSR e no checklist, bem como se tomou notas para a continuidade da coleta de dados em prol do processo terapêutico.

Na sequência da aplicação do Inventário de Autoavaliação – YSR, foi preenchido pela terapeuta-pesquisadora um checklist pautado nos critérios diagnósticos do DSM-5 (2014), que

favoreceu o processo de avaliação confirmando os indicadores dos padrões comportamentais especificados pelo Inventário de Autoavaliação – YSR.

### *Início do processo terapêutico*

Após a identificação dos transtornos iniciou-se a psicoterapia, que foi pautada pela ciência da Análise do Comportamento cujos principais instrumentos são a análise de contingências e a relação terapêutica. Como salientado anteriormente, o processo psicoterapêutico envolveu três adolescentes, todavia para esse estudo foi selecionado um único caso (P3), uma vez que apresentava um maior número de sessões (13 no total). Devido ao seu desinternamento, a terapia foi descontinuada.

No decorrer da coleta de dados, concomitantemente ao atendimento psicoterapêutico de P3, foram realizadas supervisões clínicas com a orientadora do presente estudo. As sessões de psicoterapia foram gravadas e transcritas por alunos de Psicologia, os quais assinaram um termo de responsabilidade para garantir o sigilo das informações (Apêndice F).

Para a coleta de dados da história de aprendizagem comportamental do adolescente foi realizada a aplicação do Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006), respondido pelo adolescente no decorrer das sessões de psicoterapia. Essa decisão metodológica se pautou na literatura sobre essa população específica que, por vivenciar relações familiares abusivas, pode apresentar dificuldades em falar sobre esse tema no momento da aplicação do inventário em uma primeira sessão, na qual o vínculo com o terapeuta ainda não se consolidou.

O Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do Cliente – SACC (Yano & Meyer, 2003; Yano, 2003) foi utilizado para acompanhar as mudanças comportamentais no decorrer do processo psicoterapêutico. Seu uso ocorreu com base nas categorias sistematizadas por Rocha (2008), que orientam a analisar os padrões associados aos comportamentos antissociais (hostilizar, mentir e culpar o outro) e os padrões de comportamentos pró-sociais (autorrevelar-

se, expressar arrependimento genuíno e sentimento positivo). Essas categorias permitem avaliar as variações de demonstração de afeto e a expressão adequada de desagrado e frustração, isto para observar se houve aumento e melhoria da qualidade desses comportamentos, bem como se houve diminuição da expressão inadequada de sentimentos aversivos.

O Sistema Multidimensional de Categorização das Habilidades Terapêuticas – SIMCCIT (Zamignani, 2007) teve como foco de análise os comportamentos do terapeuta e suas possíveis relações com a mudança comportamental do cliente. Para que essa análise fosse possível, as sessões transcritas eram categorizadas de acordo as habilidades terapêuticas descritas no instrumento.

A categorização dos comportamentos do terapeuta e do cliente foi realizada pela própria terapeuta-pesquisadora. E, para verificar a fidedignidade das categorizações, juízes foram selecionados para averiguar a concordância entre os observadores das sessões. Foram selecionadas as sessões ímpares de psicoterapia (1, 3, 5, 9, 11 e 13) com a finalidade de investigar o nível de concordância dos comportamentos da terapeuta e do cliente. O índice utilizado foi o de percentual de concordância de 70%, que consiste no número de vezes em que dois observadores concordam com a ocorrência e não ocorrência dos comportamentos de interesse (Fagundes, 1993). Neste caso, o observador 1 tinha as sessões comparadas com as observações da terapeuta, o observador 2 tinha as sessões comparadas com as observações da terapeuta e, por fim, a percepção de ambos os observadores, tal como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2

**Cálculo de concordância dos aferidores para as categorias do SIMCCIT referentes ao terapeuta e ao cliente nas respectivas sessões**

Sessões	Concordância autor/observador 1		Concordância autor/observador 2		Concordância autor/observador ½	
	T	C	T	C	T	C
1	93%		84%		84%	
3	86%		86%		77%	
5	86%		80%		75%	
9		70%		73%		75%
11		75%		75%		77%
13		72%		78 %		75%

#### *Delineamento de pesquisa*

A fim de definir um delineamento que mais se aproximasse da pesquisa de processo terapêutico, verificou-se que este estudo tem um caráter descritivo e selecionou-se o delineamento misto, correlacional e de levantamento.

#### *Unidade de medida*

A unidade de medida selecionada para a presente pesquisa foi a fala de cada interlocutor. As falas foram definidas de acordo com o interlocutor, ou seja, como uma série de verbalizações emitidas e delimitadas pela fala anterior e subsequente de outro falante (Kanter *et al.*, 2006).

### *Unidade de análise*

Refere-se às categorias delimitadas para o presente estudo, neste caso, aos comportamentos indesejáveis (hostilizar, mentir e culpar o outro) e desejáveis (autorrevelar-se, expressar arrependimento genuíno e expressar sentimento positivo), segundo a definição de Rocha (2008). Ainda, consideram-se as categorias de comportamento da terapeuta: solicitação de relato, solicitação de reflexão, interpretação, empatia, informação, recomendação, aprovação, reprovação, facilitação e outras verbalizações (Zamignani, 2007).

### **Análise de dados**

Entre as treze sessões de psicoterapia foram selecionadas para análises estatísticas três: a inicial, a intermediária e a última sessão. Todas as sessões foram registradas em áudio e alunos voluntários as transcreveram. A pesquisadora categorizou seus próprios comportamentos enquanto terapeuta, utilizando o Sistema Multidimensional das Categorias de Habilidades do Terapeuta – SIMCCIT (Zamignani, 2007). Para verificar os padrões do cliente foi utilizado o Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do Cliente – SACC (Yano & Meyer, 2003; Yano, 2003), com base nas categorias de Rocha (2008, 2012), que envolveu dois grupos específicos de comportamentos para análise: um composto de comportamentos antissociais, que são alvo da modificação no decorrer do processo psicoterápico, e outro de comportamentos pró-sociais, objetivos da terapia. Após a categorização dos comportamentos da terapeuta e do cliente, juízes realizaram a categorização para fins de análise da fidedignidade. As sessões ímpares foram escolhidas, por exemplo: 9, 11 e 13.

O Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006) foi corrigido e a soma das respostas emitiu um escore, que indicou o estilo parental praticado pelo pai, pela mãe ou cuidador do adolescente. Este dado foi interpretado de acordo com o Manual do Inventário de

Estilos Parentais (Gomide, 2006), que aponta se os escores obtidos sinalizam um estilo parental excelente, bom, regular ou de risco.

A bateria ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001) conta com um software desenvolvido para a correção de seus inventários, que se chama Assessment Data Manager (ADM) e fornece gráficos de apresentação dos índices normais, limítrofes e clínicos referentes às categorias avaliadas pelo instrumento e que foram descritas anteriormente. Foi por meio deste programa que se levantou o resultado do Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos – YSR (Achenbach & Rescorla, 2001).

Os comportamentos tanto do cliente quanto da terapeuta foram contabilizados e organizados em uma tabela do Microsoft Excel. Na sequência, os dados foram transpostos para o software IBM SPSS.20. Ao iniciar as análises estatísticas, verificou-se a normalidade dos dados utilizando-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov cujo valor de significância (*p-value*), para que seja caracterizada como uma amostra de distribuição normal, deve ser superior a 0,05. Deste modo, após a realização do referido teste, observou-se que o mesmo foi estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ), indicando a necessidade de utilizar-se das estatísticas não paramétricas para a análise de dados.

Especificamente, para as comparações das categorias tanto do cliente como da terapeuta, as ferramentas estatísticas foram aplicadas. A categoria “hostilizar” do cliente, por exemplo, foi analisada de acordo com a pontuação do SACC: o cliente não expressou comportamentos de hostilidade, apresentou alguma hostilidade e agiu com hostilidade. Para a comparação destas categorias entre as sessões analisadas (1, 7 e 13), e para a elaboração de gráficos/tabelas dos descritivos, foram utilizadas as Tabelas de Referências Cruzadas e o Teste Qui-Quadrado.



Por fim, para que pudesse ser verificada a correlação dos comportamentos da terapeuta e do cliente, foi realizada a correlação de Spearman — selecionado devido à natureza incomum dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados abrangeu as 13 sessões de psicoterapia do participante P3. Os resultados, então, serão apresentados na seguinte ordem: apresentação da conceituação do caso e análises a partir da triagem do IEP; dados das categorias do comportamento do cliente (SACC), envolvendo a análise dos comportamentos antissociais e pró-sociais; os dados das categorias dos comportamentos do terapeuta (SIMCCIT) e a análise das correlações entre as categorias do terapeuta (SIMCCIT) e do cliente (SACC).

### *Conceituação do caso*

Dados de identificação:

Ano de nascimento: 2000

Idade: 17 anos e 5 meses

Estado civil: solteiro

Relata que residiu com a mãe, o padrasto, dois irmãos e uma tia até aproximadamente os 11 anos de idade. Após esse período, saiu de casa e foi morar com amigos.

### *Histórico familiar*

O adolescente pouco se lembrava do pai biológico, relatou saber que era traficante e não ter informação de seu paradeiro no momento atual. Descreveu que a mãe sofria ameaças constantes do pai, o que a fez se separar e se envolver em um novo relacionamento. O padrasto do adolescente apresentava comportamentos agressivos em relação ao mesmo e à mãe. O adolescente verbalizou: “eu era espancado”.

Relatou que a mãe é dependente química e por essa razão, na infância, o adolescente passava a maior parte do tempo com seu irmão mais velho. Este também estava envolvido com a criminalidade e foi assassinado em sua residência, na frente do adolescente que, na época, tinha 7 anos de idade. Disse que, após esse período, a mãe ficou depressiva e algumas vezes a

tia tentava ajudar nos cuidados com a casa e com ele, mas ambas sentiam medo do padrasto, principalmente quando alcoolizado.

O adolescente tem lembranças de um tio, irmão da mãe, que o cuidava, especialmente após a mãe envolver-se com drogas e se ausentar de casa por longos períodos. Porém esse tio, igualmente envolvido com a criminalidade, acabou assassinado, o que ocorreu novamente na frente do adolescente quando tinha 10 anos de idade. Todos esses fatos culminaram na saída do adolescente de casa aos 11 anos de idade. Informou que viveu em vários bairros da cidade devido aos contatos realizados a partir de suas atividades ilícitas.

Para sua subsistência, relatou ter procurado ajuda de outros adolescentes que já conhecia na vizinhança, os quais eram envolvidos com o tráfico de drogas. A partir desse momento, o adolescente passou a traficar como meio de sobrevivência. Voltava algumas vezes para a casa do padrasto apenas para visitar o irmão mais novo, atualmente com 13 anos de idade, filho da mãe e do padrasto. Disse que, ao saber que o padrasto ficou doente, voltou para cuidar deste irmão por preocupação.

No momento, o adolescente não sabe a localização da mãe e mantém pouco contato com a tia, que veio a morar com eles por um período quando a necessitaram. A tia tem idade avançada, aproximadamente 70 anos, e é irmã do padrasto. Seu único contato familiar assíduo é com o irmão que, também adolescente, ainda reside com o padrasto. Alega que nunca teve contato com os avós paternos e que os avós maternos se afastaram quando a mãe se envolveu com drogas.

Informou ter dois filhos, com duas adolescentes diferentes, sendo um menino de aproximadamente 1 ano e 6 meses e uma menina de 8 meses. Em relação ao menino, não concordou com a possibilidade da paternidade e, por isso, não teve muito contato com ele. Atualmente, a mãe dessa criança reside em São Paulo. Com a filha mantinha contato até o

momento em que foi internado e pretende continuá-lo após a desinternação. Relatou que neste momento tem uma namorada parapléica, ferida em uma tentativa de assalto.

#### *Histórico acadêmico*

O adolescente estudou até o 9º ano com muitas dificuldades, pois saía todas as noites e não conseguia ser produtivo na escola. Também relatou ir às aulas muitas vezes sob efeito de álcool e drogas. Descreveu que seu comportamento levantou suspeita sobre estar envolvido com o tráfico e, inclusive, em um dado momento chamaram a polícia para averiguar a possibilidade de portar armas e drogas. Após esses incidentes, abandonou o colégio. No momento da pesquisa, estudava no Centro Socioeducativo.

#### *Histórico infracional*

O adolescente já passou por duas detenções e uma internação, uma delas por porte de armas e roubo qualificado que o fez ficar um mês na Delegacia do Adolescente. Quando liberado, voltou às atividades relacionadas a roubos e tráfico de drogas. Em uma disputa para dominar o território do tráfico, acabou baleado e permaneceu por um mês e meio no hospital. No decorrer desse período, ficou aos cuidados de um abrigo designado pelo Juizado de Menores.

Assim que se recuperou, o adolescente evadiu-se do abrigo e foi para uma cidade litorânea por ter recebido uma proposta para assaltar uma joalheria. O assalto foi frustrado e o deixou encarcerado nessa cidade por um mês numa delegacia para maiores. O adolescente voltou para o abrigo quando liberado, mas novamente fugiu e cometeu outro assalto. É por essa razão que se encontrava novamente internado.

### *Momento vivido pelo adolescente na ocasião da pesquisa*

Foi designado ao adolescente o desligamento do Centro Socioeducativo e a transição para a Liberdade Assistida. Passou a residir em um abrigo para adolescentes e concordou em dar continuidade à psicoterapia. Todavia, devido a questões atreladas à documentação enviada pela promotoria para iniciar o processo e aos feriados na clínica-escola da universidade, prorrogou-se o atendimento por aproximadamente um mês.

Nesse período, a terapeuta foi até o abrigo fazer um contato inicial com o adolescente após o desligamento e expor para a coordenadora do local a pesquisa e a necessidade de continuidade da psicoterapia, como designado pela Promotora da Comarca em que o adolescente cumpriu sua medida de internamento. Nesse momento também expôs à coordenadora quando seria reiniciado o processo psicoterapêutico.

Porém o adolescente reincidiu no cometimento de ato infracional, roubo qualificado, e contou nesse processo com a participação de cinco adolescentes do abrigo. Em virtude do ato infracional cometido, foi designado ao adolescente mais seis meses de medida socioeducativa de internamento. É importante ressaltar que o adolescente em questão retomou o processo psicoterapêutico no dia 14/04/2018, permanecendo até seu desinternamento.

### *Formulação do caso*

#### *Queixas*

De acordo com os responsáveis pelo adolescente no Centro Socioeducativo, ele apresentava CAS como: envolver-se em briga dentro da Unidade, confrontar educadores e a técnica que o acompanhava, atribuir culpa aos outros pelos seus CAS e se opor a solicitações dos profissionais do Centro de Socieducação — ao sentir-se contrariado, por exemplo, opunha-se a ir às atividades. Esses comportamentos culminavam em reiterados cumprimentos de medidas disciplinares.

### *Análise da queixa*

Constatou-se que, pelo amplo histórico de abandono e abusos sofridos, o adolescente desenvolveu um vasto repertório de comportamentos antissociais — culpabilizar as pessoas pelos seus atos, confrontar, hostilizar, emitir comportamentos agressivos físicos e verbais, além de apresentar dificuldades em estabelecer vínculos afetivos.

No seu contexto familiar, o adolescente teve modelos de agressividade (padrasto). Na vizinhança e escola, seus pares também reagiam a situações-problema com agressividade, o que propiciou a aprendizagem tanto por modelo quanto pelo processo de reforçamento de um padrão de comportamento agressivo, o que impossibilitou a aprendizagem de comportamentos concorrentes ao antissocial, como a assertividade.

O adolescente, por não ter desenvolvido repertório para lidar com a frustração, emitia comportamentos hostis e opostos ao ser contrariado que, somados ao abuso e tráfico de drogas, foram determinantes para que ele se evadisse da escola e se envolvesse com a criminalidade em uma intensidade maior.

### *Análise de contingências*

Tabela 3

#### **Análises de contingências do comportamento do cliente**

<b>S</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
Outro adolescente falou algo que ele não gostou	Agressão física	Afasta-se da pessoa
Técnica não o posiciona sobre seu relatório	Opõe-se e não sai para as atividades	Recebe medida disciplinar
Terapeuta não o atende por estar cumprindo medida disciplinar	Responde à terapeuta de forma hostil	Terapeuta questiona o comportamento de hostilizar

#### *Práticas educativas dos cuidadores do adolescente avaliadas por meio do Inventário de Estilos Parentais – IEP*

Observa-se a categorização dos resultados obtidos pelo Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006) respondido pelo adolescente.

Tabela 4

#### **Resultado do IEP Materno**

<b>Práticas educativas</b>		<b>Índice</b>
Monitoria positiva	5	Todos os índices são de risco
Comportamento moral	4	
Punição inconsistente	4	
Negligência	7	
Disciplina relaxada	5	
Monitoria negativa	1	
Abuso físico	6	
Total	-14	

Tabela 5

**Resultados do IEP do Padrasto**

Práticas educativas		Índice
Monitoria positiva	0	Todos os índices são de risco
Comportamento moral	0	
Punição inconsistente	12	
Negligência	12	
Disciplina relaxada	1	
Monitoria negativa	3	
Abuso físico	12	
Total	-40	

As práticas educativas dos cuidadores do adolescente evidenciam o que é descrito na literatura sobre comportamento antissocial. Observa-se que o IEP Materno apresenta um valor significativamente alto em todas as práticas educativas negativas, sobressaindo-se a negligência com 7 pontos, o abuso físico com 6 pontos e a disciplina relaxada com 5 pontos. Sobre a negligência, Gomide (2006) aponta uma relação específica com a criminalidade, pois pais negligentes são caracterizados como não responsivos, que se esquivam de situações difíceis e que ignoram as tentativas de aproximação dos filhos.

O adolescente em questão foi exposto a situações extremas de negligência. A mãe, além de apresentar um padrão comportamental que sinalizou depressão, é usuária de substâncias e se ausentava de casa por longos períodos, o que favoreceu ao adolescente vivenciar situações de abandono e carência afetiva.

Feldman (1977) ressalta haver uma ligação entre a negligência e o desenvolvimento do comportamento antissocial, pois quem foi privado de relações afetivas tende a prejudicar o outro sem sentir culpa. Justamente por não ter aprendido esse comportamento com seus cuidadores, não terá condições de vivenciá-lo em outras relações.

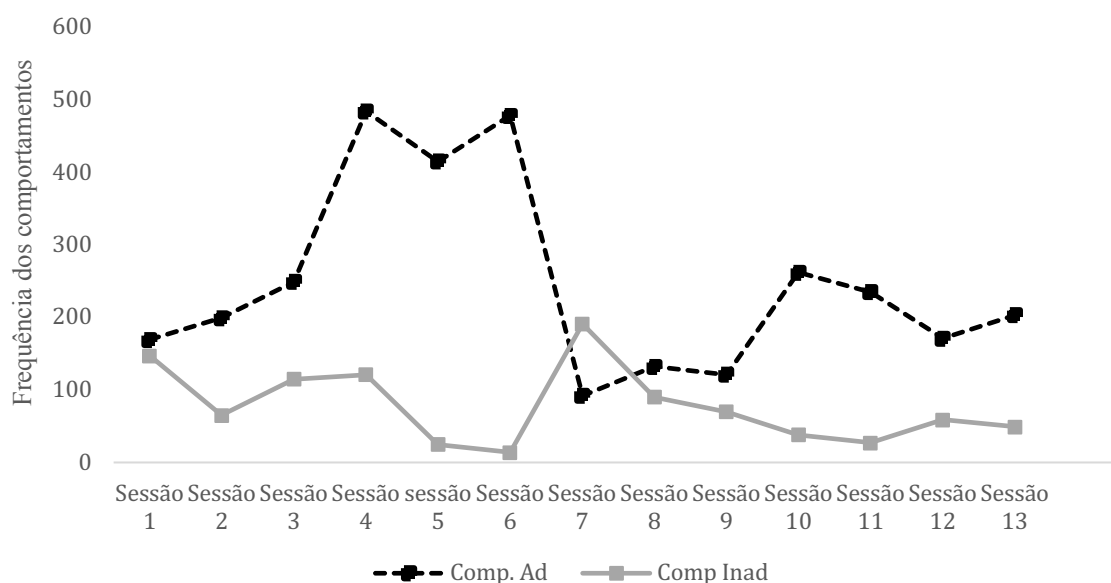
Observa-se nas práticas educativas do padrasto que o abuso físico, a negligência e a punição inconsistente pontuam 12 enquanto as práticas educativas positivas pontuam 0, o que



corroborar para a expansão do comportamento criminoso. O adolescente relatou sofrer constantemente abuso físico pelo padrasto, de modo que se pode considerar que o seu CAS está intimamente ligado às práticas educativas negativas sob as quais esteve exposto ao longo de sua vida.

Em relação aos comportamentos do adolescente, esses foram analisados de acordo com duas categorias amplas: comportamentos antissociais, que se subdividiram nesse estudo em hostilizar, mentir e culpar o outro; e comportamentos pró-sociais, que envolvem autorrevelar-se, expressar sentimento positivo e arrependimento genuíno

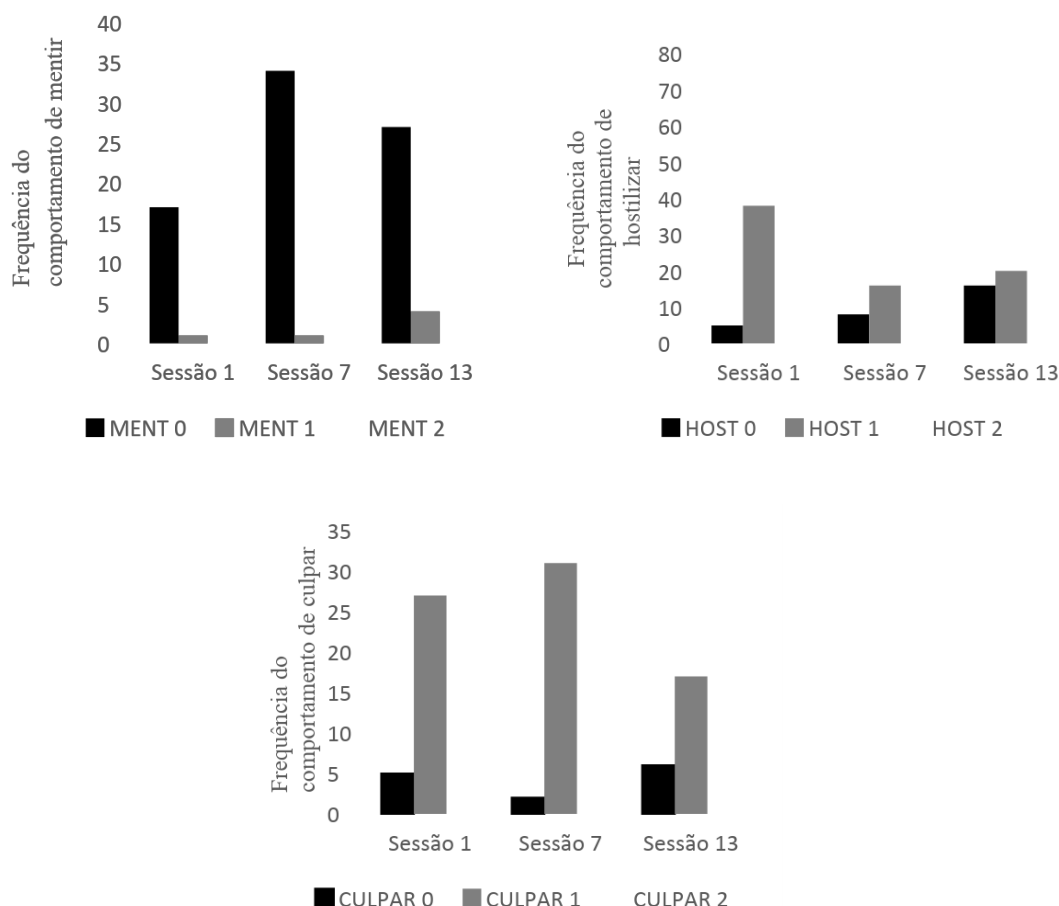
Pode-se verificar na Figura 1 que, no decorrer das treze sessões, ocorreu aumento dos comportamentos pró-sociais e diminuição dos comportamentos antissociais.



**Figura 1.** Frequência total dos comportamentos pró-sociais e antissociais do adolescente ao longo das sessões.

Considerando o aumento dos comportamentos pró-sociais, optou-se por verificar quais de fato foram os comportamentos que apresentaram relevância significativa estatisticamente no decorrer no processo psicoterapêutico. Selecionou-se para uma análise minuciosa a 1ª e 7ª; 7ª e 13ª; e 1ª e 13ª sessões, priorizando-se essas por serem uma sessão inicial, uma intermediária e a última, o que fornece um parâmetro considerável da intervenção.

A Figura 2 demonstra a frequência dos comportamentos de mentir, hostilizar e culpar o outro do adolescente.



**Figura 2.** Frequência dos comportamentos de mentir, hostilizar e culpar o outro do adolescente.

Verifica-se, por meio da Figura 2, o comportamento de mentir do cliente, sendo possível constatar que a categoria Mentira 0, a qual corresponde ao comportamento do adolescente de falar a verdade e assumir responsabilidades pelos seus erros (Rocha, 2008), apresentou um aumento de frequência da 1ª para a 7ª sessão. Os demais comportamentos de mentir (1, 2), se o cliente apresentar um alto índice de mentiras e, ao ser confrontado, negar sobre os fatos (Rocha, 2008), apresentam-se como uma estabilidade.

Contudo não há significância estatística, conforme pode ser observado ( $\chi^2 = 456$   $p > 0,05$ ), que permita afirmar que o comportamento de mentir 0 tenha aumentado e os demais

tenham se mantido em relação à 1ª e 7ª sessões. Entre a 7ª e 13ª sessões pode-se observar uma diminuição do comportamento de mentir 0 e um aumento dos demais, sem apresentar diferença estatisticamente significativa como exposto ( $\chi^2 = 3,248$   $p > 0,05$ ), portanto não é possível saber se de fato houve mudanças nesses comportamentos. Em relação à 1ª e 13ª sessões constatou-se um aumento no comportamento de mentir 0 e 2, apresentando uma diminuição no comportamento de mentir 1, porém também não se percebe diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 2,327$   $p > 0,05$ ). É possível afirmar com esse dado que não houve modificação relevante no padrão comportamental de mentir do cliente.

Ao discorrer sobre o comportamento de mentir deve-se pontuar que o adolescente apresenta um Transtorno de Personalidade Antissocial, sendo a mentira uma de suas características marcantes. Rocha (2008) aponta que pessoas com esse padrão comportamental usam a mentira como ferramenta para obter ganhos e, por estarem habituadas a mentir, torna-se difícil detectar quando o fazem.

A mentira também pode ter exercido a função de esquiva de uma possível punição, uma vez que a terapeuta até então era uma pessoa desconhecida, além do fato de que indivíduos que vivenciaram ou vivenciam situações aversivas tendem a mentir para livrar-se de seus problemas. Neste caso, a mentira pode exercer respostas de contracontrole. Um comportamento de contracontrole surge quando um organismo está sob controle de contingências aversivas e sem condições de fuga ou esquiva (Skinner 1979/2003).

Ao analisar o ato de hostilizar do adolescente, verifica-se uma alta frequência na 1ª sessão no que se refere ao comportamento de hostilizar 2, que envolve agressividade contra patrimônios e pessoas, também atrelada a sentimentos de raiva e descontentamento (Rocha, 2008). Apresentou-se frequência relativamente alta do comportamento de hostilizar 1, que é um incipiente menor de hostilidade, como quando o cliente emite tal comportamento, porém

discrimina e minimiza seu efeito. Na 7ª sessão ocorre um aumento em todas as categorias de hostilizar, inclusive hostilizar 0, que abrange o relato do cliente de situações das quais foi contrariado e, mesmo assim, não se expressou com hostilidade (Rocha, 2008).

Porém esse aumento da frequência do comportamento de hostilizar, em ambas as sessões, não apresentou diferenças significativas entre elas ( $\chi^2 = 332,00$   $p > 0,05$ ). Em relação à 7ª e 13ª sessões, houve aumento no comportamento de hostilizar 0 e 1, assim como uma diminuição no comportamento de hostilizar 2, dado verificado estatisticamente ( $\chi^2 = 41,835$   $p < 0,05$ ). Assim como se apresentou mudanças estatísticas significativas entre a 1ª e 13ª sessões, conforme exposto ( $\chi^2 = 43,940$   $p < 0,05$ ), todas as categorias de comportamento de hostilizar diminuíram, com exceção de hostilizar 0. Pelos dados estatísticos confirma-se que houve mudanças no padrão de comportamento de hostilizar do cliente.

A hostilidade é uma peculiaridade que se sobressai no repertório comportamental de adolescentes infratores. De acordo com Rocha (2008), indivíduos considerados hostis têm relacionamentos superficiais. A autora discorre que esse padrão comportamental “precisa ser compreendido sob a ótica da função que adquiriu na vida do indivíduo e quais reforços são seus mantenedores, para que então possam ser trabalhados” (Rocha, 2008 p. 58).

A Figura 2 também expõe o comportamento de culpar o outro, podendo-se observar que entre a 1ª e 7ª sessões ocorreu um aumento de todas as categorias do comportamento de culpar, 0, 1, 2. A categoria culpar 0 está relacionada ao comportamento do adolescente de assumir a responsabilidade pelos seus atos, a 1 é quando o adolescente faz poucas atribuições de culpa e passa a reconhecer suas participações nas situações, a 2 é quando o adolescente atribui culpa aos outros, excessivamente verbalizando queixas de incompreensão e dificuldade para discriminar seus próprios comportamentos (Rocha, 2008).

Mesmo ocorrendo um aumento de todas as categorias, não se obteve significância estatística ( $\chi^2 = 1,688$   $p > 0,05$ ). Entre as sessões 7ª e 13ª foi possível constatar um aumento do

comportamento de culpar 0 e uma diminuição nos comportamentos de culpar 1 e 2. O teste apresentou diferença significativa estatisticamente, comprovando a mudança ( $\chi^2 = 41,835$   $p < 0,05$ ). Em relação à 1ª e 13ª sessões, apresentou-se um aumento do culpar 0 e uma diminuição nos demais comportamentos, com diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 43,940$   $p < 0,05$ ). Essas alterações são importantes, pois permitem afirmar que o processo psicoterapêutico produziu mudanças esperadas em relação à diminuição deste comportamento antissocial.

Ao estabelecer objetivos específicos a partir das observações e dos relatos das sessões, a terapeuta propicia que o adolescente entre em contato com seus comportamentos antissociais, o que possibilita desenvolver a experiência de sentir-se culpado pelas suas infrações e favorecer a aprendizagem de assumir a responsabilidade pelos seus atos. Logo a significância estatística demonstra que, de fato, houve variação desta categoria no decorrer das sessões analisadas. O padrão comportamental de responsabilizar-se pelas consequências de seu próprio comportamento tende a produzir sentimentos de culpa e vergonha como fatores de inibição do repertório antissocial.

Ao tratar-se do desenvolvimento de sentimentos como vergonha e culpa, é possível compreendê-los como comportamentos verbais encobertos atrelados ao comportamento moral e inibidores do CAS, o que os torna um objetivo terapêutico demasiadamente importante no atendimento de adolescentes infratores (Rocha, 2008).

O excerto a seguir demonstra a interação entre a díade terapeuta-cliente na 7ª sessão, a qual sinaliza a possibilidade de o adolescente aprender a sentir-se culpado e a responsabilizar-se pelos seus atos. Faz-se importante pontuar que nessa sessão, em especial, ocorreu um incidente na Unidade envolvendo o adolescente e os educadores.

*C: Que daí ele falou que os educador também abusaram da força. (Referindo ao vice-diretor da Unidade.)*

*T: E?*

*C: Que não era pros cara ter chegado daquele jeito que os cara chegaram, chega conversando, não falando que ia algema.*

*T: Mas você compreende como é que virou todo esse estresse, toda essa tensão?*

*C: Ah, foi falta de educação da parte deles e falta de educação da minha parte, né.*

*T: Isso, então você consegue compreender.*

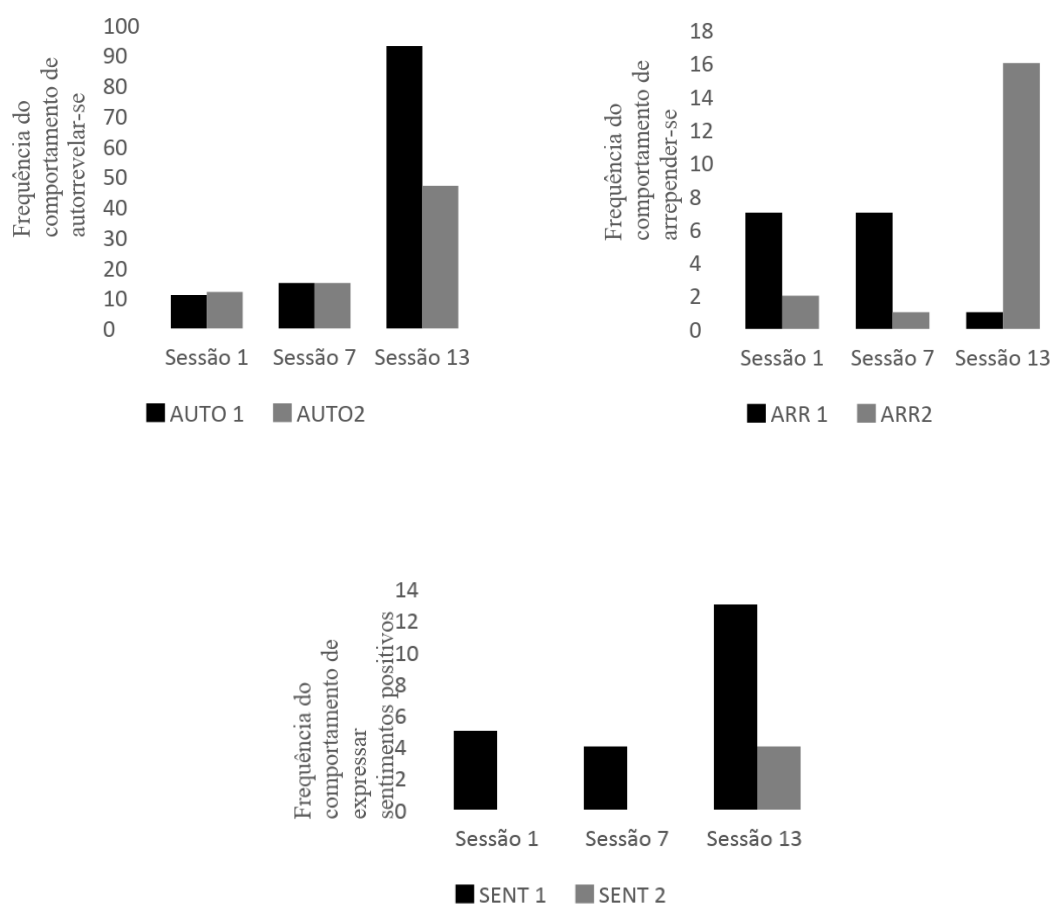
*C: Sim.*

*T: Isso. Parece, W., que de alguma forma você também acabou preocupando os educadores, você concorda?*

*C: Verdade, eu acho que eu fico muito estressado por qualquer coisa e daí eu fico pensando no que eu fiz depois.*

Constatou-se, portanto, mudanças terapêuticas consideráveis em relação ao comportamento de hostilizar e culpar o outro, embora não seja possível observar mudanças significativas estatisticamente no comportamento de mentir do adolescente.

Os comportamentos pró-sociais, que envolvem as categorias autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e arrepender-se genuinamente, também foram analisados de acordo com sua relevância estatística conforme a Figura 3.



**Figura 3.** Frequência dos comportamentos de autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e expressar arrependimento genuíno do adolescente.

Averiguou-se pela Figura 3 que, entre a 1ª e 7ª sessões, ocorreu um aumento da frequência do comportamento de autorrevelar-se do cliente. Esta categoria envolve, na pontuação 1, fazer relatos sobre si mesmo e não revelar infrações ou abusos sofridos ou perpetrados e, na pontuação 2, quando de fato o adolescente faz esses relatos espontaneamente sem questionamentos imediatos (Rocha, 2008). Porém, apesar desse aumento, não apresentou diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 0,25$   $p > 0,05$ ). Entre a 7ª e a 13ª sessões decorreu-se um aumento de ambos os comportamentos, mas não se obteve diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 2,878$   $p > 0,05$ ). Assim como na relação das demais sessões, a 1ª e 13ª apresentaram aumento de ambos os comportamentos, todavia não sinalizaram diferença

estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 2,960$   $p > 0,05$ ). Portanto pode-se afirmar que esse comportamento não apresentou mudanças entre essas sessões analisadas.

No que se refere a expressar sentimentos positivos, na categoria 1, o cliente apresenta comportamentos ou verbalizações que expressam sentimentos, porém com dificuldades ou receio da reação do outro, enquanto na 2 o cliente emite comportamentos ou verbalizações indicadores de apego e vínculo (Rocha, 2008). Nessa categoria pode-se averiguar, por meio da Figura 3, que entre a 1ª e 7ª sessões ocorreu uma diminuição do comportamento de expressar sentimento 1 e manteve-se o comportamento de expressar sentimentos 2, contudo foi inviável realizar o teste  $\chi^2$ , pois não aparecia substancialmente o comportamento de expressar sentimento positivo 2.

Entre a 7ª e 13ª sessões ocorreu o aumento de ambas as categorias ( $\chi^2 = 2,878$   $p > 0,05$ ), porém não obteve significância estatística significativa. Ao verificar a 1ª e 13ª sessões, também foi possível constatar um aumento em ambas as categorias de comportamento, porém sem relevância estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 2,960$   $p > 0,05$ ), o que indica que esse comportamento não apresentou mudanças no repertório comportamental do adolescente nas sessões analisadas.

A Figura 3 evidencia, ainda, o comportamento de arrepender-se genuinamente do adolescente. Este comportamento envolve, na categoria 1, relatos pouco característicos de arrependimento, ou seja, expressões verbais empobrecidas ou confusas que indicam sentimento de culpa e vergonha. Na categoria 2, apresenta relatos ou expressões verbais congruentes e indicativo de culpa, vergonha e empatia (Rocha, 2008).

Observa-se que, entre a 1ª e 7ª sessões, transcorre um aumento da categoria de expressar arrependimento 1 e diminui a categoria de comportamento 2. Esse comportamento apresentou uma significância estatística de  $\chi^2 = 275$   $p > 0,05$ , que não é estatisticamente significativo. Entre

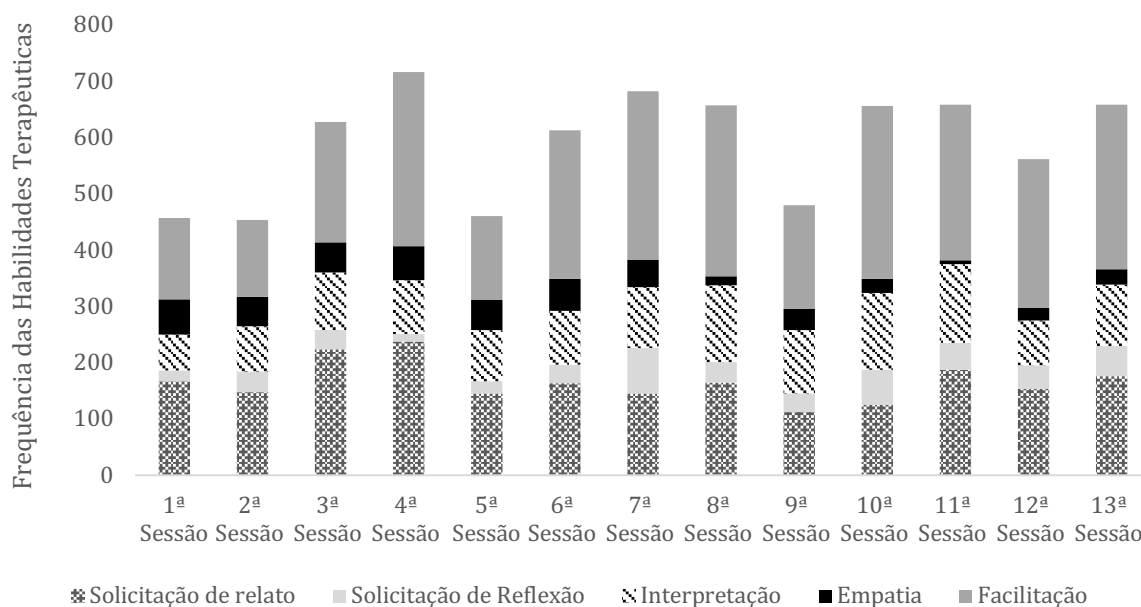


a 7ª e 13ª sessões ocorreu uma diminuição do comportamento de arrepende-se 1 e um aumento no 2, obtendo uma diferença significativamente relevante ( $\chi^2 = 16,654$   $p < 0,05$ ).

Entre a 7ª e 13ª sessões apresentou-se uma diminuição do comportamento de arrepende-se 1 e um aumento no 2, com nível de significância estatística ( $\chi^2 = 14,279$   $p < 0,05$ ). Os resultados implicam dizer que, nas sessões iniciais, esse comportamento não aumentou, algo que é esperado, uma vez que se arrepende é um processo demasiadamente difícil nessa população. Apresentou, todavia, um aumento entre as demais sessões, o que é indicativo de ganhos terapêuticos.

Efetivamente é possível afirmar que, na categoria ampla dos comportamentos antissociais do adolescente, hostilizar e culpar o outro apresentaram mudanças, diminuindo sua frequência entre as sessões analisadas. Porém, na categoria de comportamentos pró-sociais, autorrevelar-se e expressar sentimentos positivos não apresentaram as mudanças esperadas, exceto pelo comportamento de arrepende-se genuinamente.

Esse estudo objetivou analisar a interação terapêutica em intervenções com um adolescente infrator, avaliado com TPAS. Para esse fim, utilizaram-se as classes de comportamento descritas por Zamignani (2007), as quais compõem as diferentes estratégias de intervenção utilizadas pela terapeuta em momentos diversos do processo, como exposto na Figura 4. Esta demonstra as habilidades terapêuticas mais frequentes no decorrer das treze sessões de psicoterapia. Pontua-se que as demais habilidades, que apareceram em menor frequência — aprovação, recomendação, reprovação e outras verbalizações do terapeuta —, serão expostas individualmente.



**Figura 4.** Frequência das habilidades terapêuticas no decorrer das sessões.

Constata-se que predominou o comportamento de facilitar o relato, habilidade caracterizada por verbalizações curtas ou expressões não verbais que ocorrem no decorrer do relato do cliente (Zamignani, 2007). Esses comportamentos do terapeuta sinalizam atenção ao que está sendo relatado e sugerem a continuidade do relato. Detectou-se por meio de testes estatísticos uma diferença significativa entre a 1ª e 7ª sessões ( $\chi^2 = 53,414$   $p < 0,05$ ), o que demonstra um aumento entre elas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a 7ª e 13ª sessões, ou seja, esse comportamento da terapeuta se manteve. Considerando-se que entre a 1ª e a 13ª sessões obteve-se índice estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 50,009$   $p < 0,05$ ), afirma-se que esse comportamento aumentou nessas sessões. O comportamento de facilitar o relato do cliente correlacionou-se positivamente com o comportamento de autorrevelar-se ( $\rho = .615$ ), o que pode ser justificado pelo fato de que, à medida que o cliente emitia comportamentos de autorrevelar-se, a terapeuta buscava reforçá-los facilitando o relato.

Entre as habilidades predominantes encontra-se a solicitação de relato, que contempla verbalizações do terapeuta nas quais se solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos, ocorrendo particularmente em situações de coleta de dados ou levantamento de informações em qualquer etapa do processo psicoterapêutico (Zamignani, 2007). Na TAC, o psicoterapeuta tende a coletar o máximo possível de dados para a realização de uma análise funcional acurada. Meyer e colaboradores (2015) informam que, principalmente no início da psicoterapia, o terapeuta coleta dados para a conceituação do caso de maneira que possa obter informações sobre frequência, intensidade e duração das respostas que vão sendo selecionadas para o tratamento.

Meyer (2009), todavia, salienta que nem todo questionamento é uma solicitação de informação ou relato. As perguntas podem exercer a função de auto-observação, aliança terapêutica ou bloqueio de esquiva, pois, segundo a autora, o terapeuta pergunta diferencialmente de acordo com o tema abordado na sessão e, por essa razão, pode-se seguir diferentes modalidades de perguntas.

Nesse cenário é possível formular a hipótese de que a alta frequência de solicitação de relato relaciona-se com as intervenções psicoterapêuticas. Faz-se importante salientar que no decorrer do processo psicoterapêutico foi utilizado o Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006), composto por quarenta e duas perguntas cuja aplicação, ocorrida ao longo das sessões ao abordar as práticas educativas do padrasto e da mãe do adolescente, demandou da terapeuta uma alta frequência do comportamento de solicitar relatos.

Ao analisar o comportamento de solicitar relatos da terapeuta foi possível identificar a correlação positiva com o comportamento de mentir do cliente ( $\rho = .657$ ), dado que se assemelha ao estudo de Rocha (2008). A mentira é uma característica marcante nos padrões de comportamentos antissociais, faz-se necessário retomar que o adolescente em questão apresenta um Transtorno de Personalidade Antissocial. Ao tratar-se de transtorno de personalidade é

inegável o fato de que os clientes apresentam uma natureza crônica de seus problemas, com rigidez e inflexibilidade comportamental.

Oshiro (2011) ressalta que é possível observar diferentes topografias desses comportamentos ocorrendo em sessão na interação com o terapeuta e, muitos deles, com a função de esQUIVA ao estabelecer intimidade. Infere-se que o comportamento de mentir do adolescente possa estar relacionado à relutância ou dificuldade de modificar e estabelecer relacionamentos. Porém outras análises são plausíveis, de modo que verificar o comportamento de mentir envolve investigar qual função esse padrão adquiriu na vida do indivíduo e quais reforços são seus mantenedores (Rocha, 2008).

A categoria de solicitação de relato, apesar de aparecer em maior frequência, não apresentou variação estatisticamente significativa entre a 1ª e 7ª; 7ª e 13ª; 1ª e 13ª sessões ( $\chi^2 = 1,551$   $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 2,994$   $p > 0,05$  e  $\chi^2 = 236$   $p > 0,05$ ). É possível inferir que essa habilidade se manteve estável ao longo das sessões psicoterapêuticas. No estudo de Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015), os autores analisaram a interação psicoterapêutica com dois clientes universitários com Transtorno de Ansiedade e constataram que a habilidade de solicitar relato manteve-se estável ao menos com um cliente, apresentando diminuição dessa habilidade com o segundo cliente.

Resultados divergentes foram encontrados no estudo Pergher e Negrão (2012), que analisaram a interação terapêutica realizando intervenções direcionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-estudo. Os autores observaram que a intervenção mais frequente foi a solicitação de relato, de modo a ser possível compreender que o terapeuta age de acordo com os objetivos terapêuticos e com os padrões comportamentais específicos apresentados pelo cliente.

Na sequência da habilidade de solicitar relatos, com maior frequência, encontra-se a interpretação. Esta abrange verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere

relações causais ou explicativas a respeito do comportamento do próprio cliente ou de terceiros (Zamignani, 2007). Na psicoterapia com adolescentes infratores o comportamento de interpretar do terapeuta é funcional, pois, ao estabelecer relações entre as contingências, o psicoterapeuta proporciona condições para que o adolescente aprenda possíveis relações entre comportamentos (Rocha, 2008). A habilidade de interpretar do terapeuta contribui para que o adolescente consiga atentar-se às consequências do seu comportamento.

A interpretação correlacionou-se positivamente com o comportamento de autorrevelar-se ( $\rho = .634$ ). É possível inferir que a terapeuta fornecia modelo para o cliente por meio da interpretação de como descrever seus comportamentos e relacioná-los com sua história de vida. Correlacionou-se positivamente, também, com o comportamento de mentir do adolescente ( $\rho = .584$ ), de modo que se pressupõe que a terapeuta aumentava o comportamento de interpretar na medida em que igualmente o comportamento de mentir do adolescente aumentava.

O comportamento de interpretar exerce a função de confrontação, como descrito por Zamignani (2007), no qual o terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no comportamento do cliente. Possivelmente, à medida que a terapeuta-pesquisadora discriminava o comportamento de mentir do cliente, ela o confrontava com a função de diminuir esse comportamento.

Análises estatísticas puderam precisar o índice de significância do comportamento de interpretar da terapeuta nas sessões selecionadas para investigação. Entre a 1ª e 7ª sessões foram observadas diferenças estatisticamente significativas, que indicam o aumento desse comportamento ( $\chi^2=12,302$   $p < 0,05$ ). Entre a 7ª e 13ª sessões não houve índice de significância ( $\chi^2 = ,000 > 0,05$ ), o que sinaliza que entre ambas as sessões o comportamento de interpretar da terapeuta se manteve. Entre a 1ª e 13ª sessões apresentaram-se diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=12,32 < 0,05$ ), o que presume a ocorrência de um aumento desse comportamento, possível indicador de mudanças no comportamento do cliente.

Meyer (2009) sistematizou em sua pesquisa de livre docência um banco de dados de sessões de Terapia Analítico-Comportamental a partir da meta-análise de 626 sessões de psicoterapia. E em 495 sessões verificou que a interpretação do terapeuta ocorre em menor frequência nas primeiras sessões, porém aumenta substancialmente durante o processo, estabilizando-se por volta da 25ª sessão. Zamignani (2007) também observou um aumento da interpretação nas sessões intermediárias. A explicação do autor sobre esse dado faz referência à etapa do processo psicoterapêutico, a qual já se prevê a formulação de hipóteses e a intervenção propriamente dita.

No que se refere à habilidade terapêutica de solicitar reflexão, que contempla verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente explicações, interpretações, análises e previsões dos eventos (Zamignani, 2007), pode-se constatar uma modificação expressiva nas sessões analisadas. Observou-se que, entre 1ª e a 7ª sessões, houve um nível estatisticamente significativo ( $\chi^2=36,842$   $p < 0,05$ ), o que sinaliza o aumento desse comportamento. Entre a 7ª e 13ª sessões não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=5,400$   $p > 0,05$ ), de modo que o comportamento de solicitar reflexão da terapeuta se manteve. Entre a 1ª e a 13ª sessões constatou-se diferença significativa ( $\chi^2= 15,622 < 0,05$ ) apontando um aumento do comportamento de solicitar reflexão do terapeuta.

Esse dado aponta que o comportamento de solicitar reflexão do terapeuta tende a aumentar nas sessões intermediárias, ao passo que apresentou aumento na 7ª sessão e voltou a aumentar na 13ª, provavelmente pelo fato de que o cliente já está em condições de analisar e discriminar seus próprios comportamentos, realizando as suas análises funcionais pessoais aprendidas no processo psicoterapêutico. Isso corrobora com as constatações encontradas no estudo de Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015), que observaram aparecer com maior frequência o comportamento de solicitar reflexões do terapeuta no desenvolvimento do processo.

Foi identificada uma correlação positiva entre o comportamento de solicitar reflexão do terapeuta e os comportamentos do cliente de mentir ( $p = .669$ ). O dado sugere que a terapeuta mantinha seus comportamentos de solicitar reflexão ou análise mesmo quando o cliente emitia comportamentos inadequados, o que provavelmente produziu como consequência o possível aumento dos comportamentos pró-sociais.

Na pesquisa de Rocha (2008) resultados semelhantes foram encontrados, pois o comportamento de solicitar reflexão da terapeuta correlacionou-se com os comportamentos antissociais de mentir e culpar o outro. Os resultados do processo psicoterapêutico na pesquisa de Rocha (2008) apresentaram sucesso, o que pressupõe que a habilidade de manter-se no posicionamento consistente em relação aos comportamentos antissociais do adolescente parece ser a direção para o atendimento clínico dessa população.

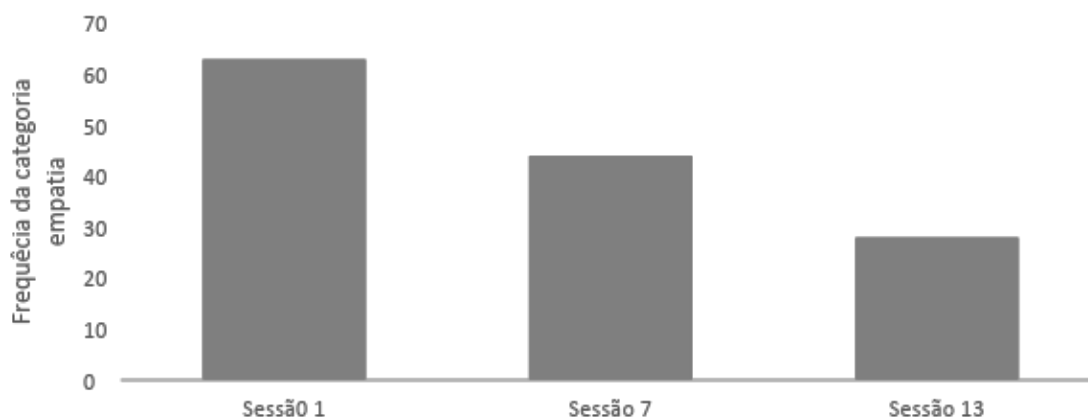
O uso da habilidade de solicitar reflexão na psicoterapia com adolescentes infratores foi apontado por Rocha (2008) como sendo mais eficiente para produzir mudanças comportamentais do que intervenções diretas com tal objetivo. Isso por considerar que essa população apresenta um padrão de comportamento opositor e hostil, de modo que ao favorecer a reflexão tende-se a minimizar tais comportamentos, uma vez que solicitar reflexões pode anteceder e também consequenciar comportamentos antissociais.

A empatia de modo geral apareceu com alta frequência em todas as sessões. Em relação a essa questão, convém considerar que a empatia favorece o desenvolvimento do vínculo terapêutico. Skinner (1979/2003) enfatizou a importância de o terapeuta se constituir em uma audiência não punitiva, ressaltando que somente sob essa prática os comportamentos anteriormente punidos, que foram suprimidos no repertório do sujeito, começariam a aparecer no âmbito terapêutico. Logo, ao evitar qualquer sinal de contra-agressão quando, de alguma maneira, o cliente o ofende ou o critica, o terapeuta responde de forma incompatível com a punição.

Adolescentes infratores têm uma vasta história de punição, então agir de forma incompatível a esse comportamento tende a produzir a aprendizagem de comportamentos pró-sociais. A sessão que predominou a habilidade terapêutica de empatia foi justamente a primeira, na qual a terapeuta estava buscando instituir o vínculo. Convém dizer que, ao lidar com essa população específica, é importante que o psicoterapeuta desenvolva um repertório especial em relação ao comportamento empático. Sobre isso, Rocha (2008, p. 47) enfatiza:

É importantíssimo a capacidade do psicoterapeuta de modular o grau de empatia, por exemplo, de acordo com o cliente, de forma que a empatia seja uma facilitadora para o fortalecimento da aliança terapêutica e não um obstáculo à mesma se for confundida pelo indivíduo com pouco repertório pró-social como permissividade ou fraqueza.

Ao observar as sessões selecionadas para análise, pode-se verificar uma diminuição gradual do comportamento de ser empático da terapeuta, como demonstra a Figura 5.



**Figura 5.** Frequência do comportamento de empatia nas sessões analisadas.

Faz-se importante analisar minuciosamente a habilidade terapêutica da empatia, por se tratar de uma habilidade especialmente necessária de ser desenvolvida para atuar com a clínica forense. Adolescentes infratores apresentam uma história de vida que envolve extrema violência, o que muitas vezes tende a sensibilizar a pessoa do terapeuta. Os adolescentes



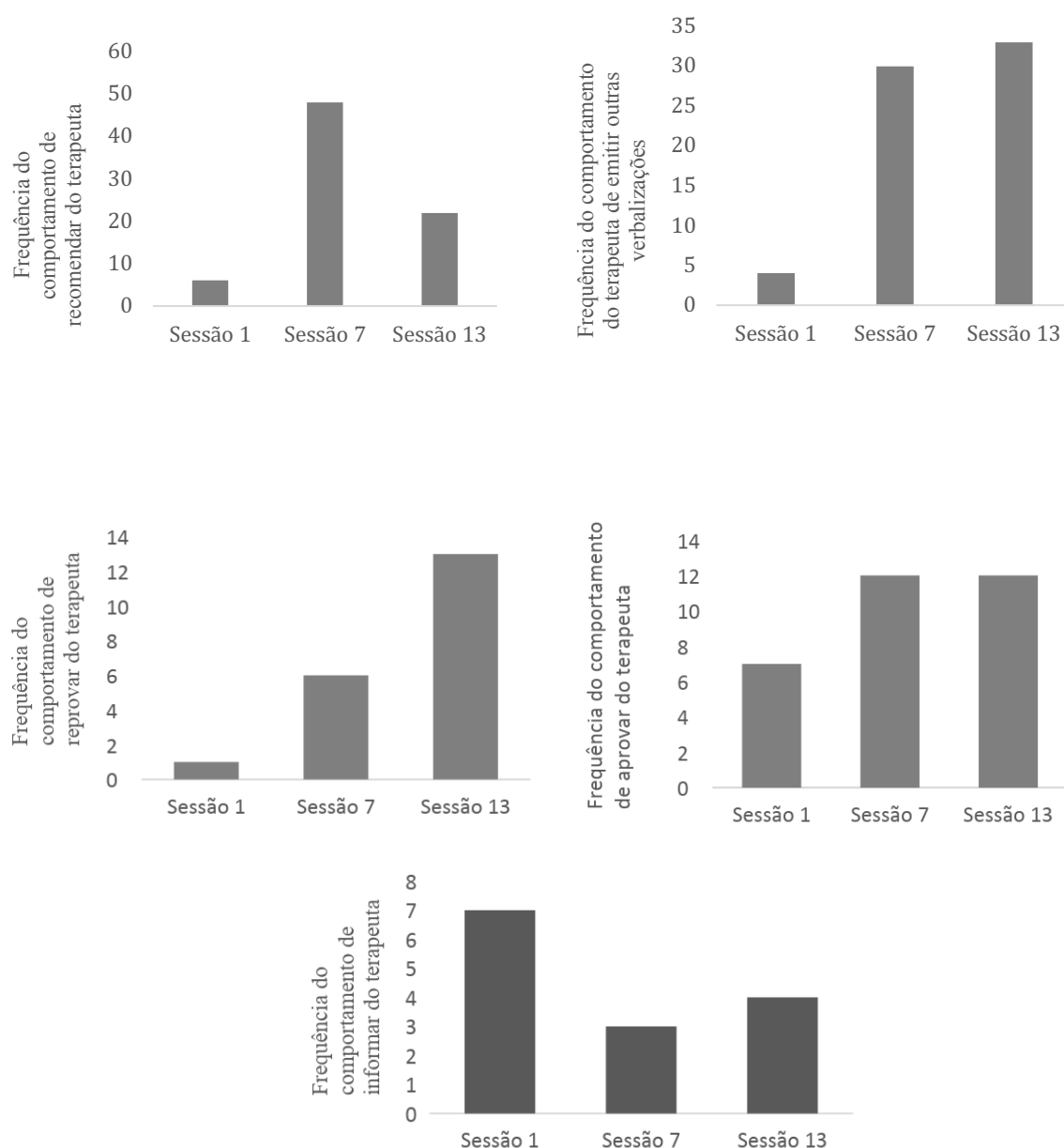
facilmente discriminam esse comportamento do terapeuta e o interpretam como uma possibilidade de obterem vantagens.

Essa população apresenta um vasto repertório de comportamentos como mentir e manipular, diferindo da clínica convencional em relação à magnitude e frequência que esses comportamentos topograficamente aparecem em sessão. Por essa razão, o treino dessa habilidade é de extrema importância. Rocha (2008) utilizou o termo “modulação da empatia” para melhor descrever esse processo de aprendizagem do terapeuta.

Ao verificar entre a 1ª e 7ª sessões é possível constatar que não houve mudanças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,750$ ;  $p > 0,05$ ), bem como entre as sessões 7ª e 13ª ( $\chi^2=5,727$   $p > 0,05$ ), porém, ao verificar a relação entre a 1ª e 13ª, constata-se uma mudança expressiva no comportamento da terapeuta ( $\chi^2 = 13,462$   $p < 0,05$ ), que passou a diminuir suas respostas empáticas. Por meio da correlação de Spearman foi possível inspecionar os comportamentos empáticos com os comportamentos emitidos pelo adolescente e alguns deles se correlacionaram positivamente — com o comportamento de mentir ( $\rho = .562$ ) — e negativamente — com os comportamentos de autorrevelar-se ( $\rho = -.568$ ) e expressar-se positivamente ( $\rho = -.723$ ).

Esses dados evidenciam o que a literatura expõe sobre a necessidade de desenvolver um repertório característico com essa população. É possível inferir que a terapeuta ficou sob controle das contingências em vigor nas sessões, passando a discriminar esse funcionamento, e por essa razão ocorreu a diminuição do comportamento de ser empático ao longo das sessões analisadas.

A Figura 6 exibe os comportamentos da terapeuta que apareceram em menor frequência nas treze sessões, todavia tiveram resultados e correlações significativas.



**Figura 6.** Relação do aumento da frequência dos comportamentos da terapeuta de recomendar, emitir outras verbalizações, reprovar e aprovar.

A Figura 6 expõe o comportamento da terapeuta de recomendar, que contempla verbalizações nas quais se sugere alternativas de ações ao cliente ou o engajamento em tarefas, de modo a se especificar a resposta a ser emitida pelo cliente (Zamignani, 2007). No que se refere ao teste estatístico deste comportamento, em níveis de significância, foi possível observar entre as 1ª e 7ª ; 7ª e 13ª; e 1ª e 13ª sessões, respectivamente, os seguintes resultados estatísticos:  $\chi^2 = 32,667$   $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 9,143$   $p < 0,05$  e  $\chi^2 = 9,657$   $p < 0,05$ . Pode-se enunciar que, entre a

1ª e a 7ª sessões, houve um aumento do comportamento de recomendar, enquanto que entre a 7ª e 13ª sessões este comportamento reduziu, voltando a aumentar entre a 1ª e 13ª sessões.

Observou-se que a habilidade de recomendar da terapeuta correlaciona-se positivamente com o comportamento de expressar sentimentos do cliente ( $p = .594$ ). Em relação a esse resultado pode-se pontuar que, à medida que a terapeuta solicita recomendações, o cliente emite o comportamento de expressar-se positivamente. Quanto a esse dado é possível considerar que intervenções com tais características devem ser emitidas quando de fato está constituído e fortalecido o vínculo terapêutico. Rocha (2008) pontuou que, sem a formação de um vínculo, não é viável utilizar nenhum tipo de recomendação.

Em relação à categoria de emitir outras verbalizações do terapeuta, apareceram resultados interessantes. Faz-se necessário descrever o que abrange essa categoria, que está associada a verbalizações ocasionais do terapeuta ao recuperar assuntos na sessão e opiniões pessoais sobre eventos externos (Zamignani, 2007). Essa habilidade terapêutica obteve diferenças estatisticamente significativas nos testes quantitativos entre a 1ª e 7ª sessões ( $\chi^2 = 19,882$   $p < 0,05$ ), porém entre a 7ª e 13ª ( $\chi^2 = 143$   $p > 0,05$ ) e a 1ª e 13ª sessões ( $\chi^2 = 22,730$   $p < 0,05$ ) não houve diferença estatística. Os dados apontam que se apresentou um aumento desse comportamento entre a 7ª e 13ª sessões, estabilizando-se entre a 7ª e 13ª e voltando a aumentar em relação à 1ª e 13ª sessões.

As comparações entre esse comportamento e o do cliente correlacionaram-se positivamente — com expressar sentimentos ( $p = .709$ ), autorrevelar-se ( $p = .731$ ), expressar arrependimento ( $p = .575$ ) e mentir ( $p = .669$ ). Rocha (2008) também encontrou os mesmos resultados em relação às verbalizações do terapeuta e o comportamento de expressar sentimentos e arrependimento.

Hipotetiza-se que, quando o terapeuta emite suas opiniões pessoais, pode exercer para o cliente a função de autorrevelação. Por essa razão, foram apresentadas várias categorias de

comportamentos pró-sociais, sendo a mentira uma peculiaridade desse padrão comportamental, de forma geral.

A habilidade terapêutica de reprovação correlacionou-se negativamente com a hostilidade do cliente ( $p = -.503$ ) e a mentira ( $p = -.528$ ), e positivamente com o comportamento de expressar sentimentos ( $p = .884$ ). E apresentou os seguintes níveis de significância estatística entre a 1ª e 7ª sessões:  $\chi^2 = 3,571$   $p > 0,05$ ; entre a 7ª e 13ª sessões:  $\chi^2 = 2,579$   $p > 0,05$ ; e entre a 1ª e 13ª sessões:  $\chi^2 = 10,286$   $p < 0,05$ . É possível verificar que, apesar de aparecer um aumento como exposto na Figura 6, entre a 1ª e 7ª; 7ª e 13ª sessões esse aumento não foi significativo estatisticamente, porém apresentou uma frequência expressiva entre a 1ª e 13ª sessões.

Esse dado pode ser explicado de acordo com o comportamento que o cliente emitia em sessão. A terapeuta, ao discriminar os comportamentos de mentira, bem como perceber os comportamentos de hostilidade, mantinha o comportamento de reprovação, algo que só foi possível por haver um vínculo constituído. Pode ser observado, na figura 6, o aumento da frequência deste comportamento da terapeuta no decorrer do processo psicoterapêutico. Esse dado se assemelha ao de Rocha (2008), pois a autora pontuou que essa população foi exposta a uma história extremamente coercitiva, logo esse tipo de intervenção não torna o ambiente da psicoterapia aversivo para os infratores. Ainda sobre essa discussão, Rocha (2008, p. 121) discorre:

Quando o terapeuta discordava contingentemente a comportamentos que os próprios adolescentes sabiam ser inadequados (ex.: chutar a porta) de acordo com as regras da unidade, por exemplo, o comportamento do terapeuta provavelmente era percebido pelos jovens como a prática educativa de monitoria positiva. Ou seja: a partir de regras claras o comportamento do adolescente é consequenciado de forma contingente.

Nessa descrição do processo psicoterapêutico realizado pela autora com adolescentes infratores de alto risco, valida-se a importância do comportamento de reprovação com essa população específica, tanto que o comportamento de reprovar também se correlacionou com o

comportamento de expressar-se positivamente do adolescente. Isso sinaliza sua aprendizagem comportamental instituída por meio das práticas educativas consistentes do terapeuta.

A análise do comportamento de aprovação da terapeuta não obteve diferenças significativamente relevantes no teste estatístico entre a 1ª e 7ª, 7ª e 13ª e entre 1ª e a 13ª sessões, respectivamente ( $\chi^2 = 1,396$   $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 0,000$   $p > 0,05$ ;  $\chi^2 = 1,316$   $p > 0,05$ ), o que impele a dizer que, independentemente do aumento apresentado na Figura 6, os dados quantitativos não confirmam esse aumento. O comportamento de aprovar da terapeuta não apresentou correlações significativas em relação aos comportamentos do cliente.

A última habilidade da terapeuta a ser analisada é a informação, exposta na Figura 6, a qual apresentou um aumento de frequência entre todas as sessões, todavia não indicou resultados significativos estatisticamente entre a 1ª e 7ª ( $\chi^2 = 1,600$   $p < 0,05$ ), entre a 7ª e 13ª ( $\chi^2 = 1,43$   $p < 0,05$ ) e, por fim, entre a 1ª e 13ª sessões ( $\chi^2 = 818$   $p < 0,05$ ).

A informação abrange as verbalizações do terapeuta nas quais relata eventos ou informa sobre eventos que não envolvem o comportamento do cliente, estabelecendo ou não relações causais entre eles (Zamignani, 2007). Essa habilidade não apresentou correlações estatísticas significativas com o comportamento do cliente.

Ao tratar-se de comportamento infrator é relevante retomar a dificuldade de atender essa população e o quanto demanda do clínico repertórios específicos para se manter sensível às contingências em vigor na sessão. Assim como no estudo de Rocha (2008, 2012), o comportamento emitido pelo adolescente desse estudo e o responder da terapeuta confirmam o fato de que, ao tratar-se de comportamento antissocial, os comportamentos do clínico forense precisam ser cuidadosamente analisados para futuras intervenções. Pressupõe-se, nesse estudo, que as habilidades terapêuticas a produzirem maior alteração na sua frequência, mesmo não apresentando significância estatística, são as que podem estar ligadas a mudanças comportamentais do cliente.

Contudo é importante ressaltar que cada habilidade deve ser utilizada contingente ao comportamento do cliente, pois pode exercer várias funções a depender da contingência em vigor. Logo, parece que o atendimento clínico com adolescentes infratores envolve não somente as habilidades terapêuticas em questão, mas o treino dessas habilidades para essa população específica.

## CONCLUSÃO

A psicoterapia com adolescentes infratores é um desafio devido a um longo processo de aprendizagem, desde a instalação à manutenção, do padrão de comportamento antissocial. A pesquisa que fundamentou este estudo foi a realizada por Rocha (2008), que tratou da Psicoterapia Analítico-Comportamental com adolescentes infratores de alto risco.

Esse estudo objetivou descrever as habilidades terapêuticas que promoveram mudanças clínicas em um adolescente com Transtorno de Personalidade Antissocial, em medida socioeducativa, e verificar as habilidades terapêuticas que aparecem em maior e menor frequência durante o processo terapêutico em questão, utilizando o SIMCCIT (Zamignani, 2007). Isso permitiu verificar as correlações positivas e negativas entre habilidades terapêuticas que promovem diminuição do comportamento antissocial (mentir, hostilizar e culpar o outro) e que promovem o aumento de comportamentos pró-sociais (autorrevelar-se, expressar sentimentos positivos e arrepender-se genuinamente). Buscou-se comparar se os padrões de resposta da terapeuta nesse estudo se assemelham aos apresentados nos estudos de Rocha (2008).

Para esse fim, delimitou-se para a análise três de treze sessões de psicoterapia, a inicial, a intermediária e a última sessão, o que se acredita dar um parâmetro em relação à intervenção da terapeuta e às mudanças comportamentais promovidas no cliente. De forma geral observou-se qualitativamente que mudanças no padrão de comportamento antissocial do cliente são possíveis, assim como o aumento de seus comportamentos pró-sociais, todavia quantitativamente essas mudanças não foram significativas.

Constatou-se a diminuição do comportamento de hostilizar e culpar o outro do adolescente, mantendo-se o comportamento de mentir. Em relação ao repertório pró-social, o comportamento de autorrevelar-se do adolescente não apresentou aumento, assim como

expressar sentimentos positivos, pois tal efeito apenas envolveu o comportamento de arrepender-se genuinamente.

Em relação aos comportamentos da terapeuta de interpretar, solicitar reflexão, expressar empatia, facilitar, recomendar e reprovar apresentaram modificação de sua frequência no decorrer das sessões. Solicitar relatos, aprovar e informar, no entanto, se mantiveram sem alterações.

Observaram-se correlações entre o comportamento do cliente e da terapeuta em relação às categorias de CAS. O comportamento de mentir do cliente correlacionou-se positivamente com as habilidades da terapeuta de solicitar relatos, solicitar reflexões, interpretar, expressar empatia e outras verbalizações, correlacionando-se também negativamente com a empatia. Em relação aos comportamentos pró-sociais algumas correlações foram observadas: a solicitação de reflexão correlacionou-se positivamente com expressar sentimentos positivos, a facilitação correlacionou-se positivamente com autorrevelar-se, a recomendação correlacionou-se positivamente com expressar sentimentos, a categoria outras verbalizações da terapeuta apresentou correlação com os comportamentos de expressar-se positivamente, autorrevelar-se e arrepender-se. As correlações negativas observadas foram a empatia com os comportamentos de autorrevelar-se e expressar-se positivamente do cliente.

A pesquisa contribui para validar o quanto a TAC pode oferecer benefícios aos infratores sob condição de encarceramento, por se tratar de uma abordagem teórica que favorece a aprendizagem de novos repertórios comportamentais. Ela também demonstra o quanto é importante que analistas do comportamento se debrucem a estudar processos terapêuticos para intervir com maior precisão em padrões específicos comportamentais.

Em termos metodológicos, enquanto pesquisa de processo terapêutico, faz-se necessário aprimorar e refinar cada vez mais as categorias de comportamentos para que se possa pormenorizar as análises e garantir a confiabilidade e a generalidade dos dados, possibilitando



futuras pesquisas de replicação. Uma fragilidade desse estudo está relacionada ao fato de que a terapeuta foi também a pesquisadora e categorizadora das sessões de psicoterapia, porém os índices de concordância foram aceitáveis entre a terapeuta-pesquisadora e os juízes.

Um dado que se sobressaiu nesse estudo envolve a habilidade de outras verbalizações da terapeuta, que se correlacionou com categorias de comportamentos pró-sociais como autorrevelar-se, arrepender-se e expressar sentimentos positivos do cliente. Em termos de pesquisa de processo a partir das habilidades terapêuticas do SIMCCIT (Zamignani, 2007), abre-se uma possibilidade de investigação futura para averiguar por quais razões cada habilidade produziu aumento da frequência das respostas de comportamentos pró-sociais em um caso de Transtorno de Personalidade Antissocial.

Por fim, o estudo sugere ser necessário analisar um número maior de sessões para afirmar se, de fato, as intervenções produziram resultados mais significativos. Ainda, ressalta-se que treze sessões de psicoterapia é um número baixo para produzir mudanças precisas em um caso de TPAS. A realização de novas pesquisas sobre o tema deve ser considerada, especialmente com a possibilidade de um número maior não somente de sessões, como de participantes, a fim de tornar possível obter dados mais conclusivos.

## REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*, 66-94.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidencebased practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Røge, R. D. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52. DOI: 10.1177/0093854890017001004
- Apsche, J. A., Bass, C. K. & Murphy, (2014) A Comparasion of twon Treatment Studies: CTB and MDT with Adolescence male sex offenders with reactive Conduct Disorder and Personalty Traits. *JEIBI*, vol. 1(2).
- Asscher, J. J., Dekovic, M. Manders, W. Van Der Laan, P. H., Prins, P. J. M. & Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystem therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10(2), 227(17). DOI: 10.1007/s11292-013-9198-8
- Asscher, J. J., Dekovic, M. Manders, W. Van Der Laan, P. H., Prins, P. J. M. & Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystem therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10(2), 227(17). DOI: 10.1007/s11292-013-9198-8
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (1972). *Modificação do comportamento através de procedimentos de modelação*. São Paulo: Herder.
- Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria social cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Bartol, C. R. & Bartol, A. M. (2008). The Development of habitual Criminal Behavior. *Introduction to Forensic Psychology*: Los Angeles: Sage.

- Bastos, S. S. & Rabinovich, E. P. (2012). Jovens de classes médias infratores e a questão da autoridade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), 539-553.
- Beck, J. & Beck, A. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J. & Pinderhughes, E. E (2011). The Effects of the Fast Track Preventive Intervention on the Development of Conduct Disorder Across Childhood. *Child Development*, 82(1) 331-345. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2010.01558.
- Bogestad, A. J., Kettler, R. J. & Hagan, M. P. (2010). Evaluation of Cognitive Intervention Program for Juvenile Offenders. *International Journal de Offenders Therapy and Comparative Criminology*, (54), 552-565. DOI: 10.1177/0306624X09337211
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. *Tese de Doutorado*. Curso de Pós-Graduação em Ciências, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos em Psicologia*, 7(2), 227-235. DOI: 10.1590/S1413-294X2002000200004.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. *et al.* (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- Boxer, P., Kubik, J., Ostermman, J. & Veysey, M. (2015). Gang involvement moderates the effectiveness of evidence-based intervention for justice-involved youth. *Children and Youth Services Review*, (52), 26-33. DOI: 10.1016/childyouth.2015.02.012
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by design and nature*. New York: Ithaca.
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N. & Fonagy, P. (2012). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(3), 337. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.09.017
- Carvalho, V. A., & Rocha, G. M. (2015). Percurso de conflito com a lei do adolescente autor do ato infracional. *Ciência e Cultura*, (51) p. 255-278.
- Cary, M., Butler, S., Baruch, G., Hickey, N. & Byford, S. (2013). Economic Evaluation of Multisystemic Therapy for Young People at Risk of Continuing Criminal Activity in the United Kingdom. *PLoS ONE*, 8(4), p.e61070.
- Cederna-Meko, V., Koch, S. M. & Wall, J. R. (2013). Youth with Oppositional Defiant Disorder at Entry into Home-Based Treatment, Foster Care, and Residential Treatment.

*Journal of Child and Family Studies*, 23(5) 895-906. DOI: 10.1007/s10826-013-9745-y

- Connor, D. F., Steeber, J. S. & Mecbunertt, K. (2010). A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Complicated by Symptoms of Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(5) 427-440. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181e121bd
- Cordeiro, M. (2015). As consequências das medidas socioeducativas para uma amostra de jovens da cidade de Campo Largo. *Dissertação de Mestrado*. Psicologia Forense, Universidade Tuiuti. Curitiba – PR.
- Cordova, J. V. & Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the therapeutic relationship. In: S. Hayes, S., Jacobson, N., Follette, V. & Dougher M. (Orgs.). *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press, p. 125-142.
- Corff, Y. L. & Toupin, J. (2014). Overt versus Covert Conduct Disorder symptoms and the prospective prediction of Antisocial Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 864-872. DOI: 10.1521/pedi\_2012\_26\_074
- Costa, L. F., Ribeiro, A. & de Moura, M. G. (2014). Profissionais atendem adolescentes ofensores sexuais: da repulsa à esperança. *Diaphora*, 12(1), 58-69.
- Cristophersen, E. R. & Mortweet, S. L. (2001). Diagnosis and management of disruptive bahavior disorder. *American Psychological Association*, xi, 309, 11-48.
- Cutrín, O., Gómez-Fraguela, J. A. & Luengo, M. A. (2015). Mediación del grupo de amigos en la relación entre familia y comportamiento antisocial juvenil. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7, 1989-4007. DOI: 10.1016/j.ejpal.2014.11.005
- Daividson, W. S. & Seidman, E. (1974). Studies of Behavior Modification and Juvenile Delinquency: A Review, Methodological Critique, and Social Perspective. *Psychological Bulletin*. vol. 81, 998-1011.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2003) Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência. *Questões conceituais e metodologia da intervenção*. Em: Del Prette, A. & Del Prette, Z. (Eds.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas: Alínea, p. 83-127.
- Del Prette, Z & Del Prette, A. (2007) Psicologia educacional, forense e com adolescentes em risco: prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Avaliação Psicológica*, v. 5, n. 1, p. 99-104, Ribeirão Preto – SP.
- Dória, G. M. S. (2011). *Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei*. Curitiba, 264. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1884/36834>.
- Easton, C. J., Oberleitner, L. M., Scott, M. C., Crowley, M. J., Basbucio, T. A & Carroll, K. (2012). Differences in Treatment Outcome among Marijuana-Dependent Young Adults

- with and without Antisocial Personality Disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4) 305-313. DOI: 10.3109/00952990.2011.643989
- Eron, L. D. (1997). The development of antisocial behavior from a learning perspective. In: Stoff, D. Breiling, J. & Maser, J. (Ed.). *Handbook of Antisocial Behavior*. United States of America: Wiley, 140-158.
- Evans-Chase, M. & Zhou, H. (2012). A Systematic Review of the juvenile justice intervention literature: What it can (and cannot) tell us about what works with delinquent youth. *Crime & Delinquence*, (60), 451-470. DOI: 10.1177/0011128712466931
- Feldman, M. P. (1977). *Comportamento criminoso: uma análise psicológica*. Rio de Janeiro. Zahar.
- Gallo, A. E., & Williams, L. C. de A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 7(1).
- Garcia, V. A., Bolsoni-Silva, A. T & Nobile, F. G (2015). A interação terapêutica em intervenções com universitários com transtorno de ansiedade social. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4), 1089-1105.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2010). Abuso, negligência e parricídio: um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 18(1), 219-230.
- Gomide, P. I. C. & Júnior, S. S. S. (Orgs.). (2016). *Introdução à Psicologia Forense*. Curitiba: Juruá.
- Gomide, P. I. C. (2011). Psicologia forense e suas conexões com as diversas áreas da psicologia. Em: S. M. G. Gondim & A. M. Chaves (Orgs.). *Práticas e saberes psicológicos e suas conexões*. Salvador: UFBA, 245-266.
- Gomide, P. I. C. (2009). Reintegração do adolescente infrator ao meio social. Em: S. L. R. Rovinski & R. M. Cruz (Orgs.). *Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção*. São Paulo: Vetor, 171-180.
- Gomide, P. I. C., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*, 1, 21-60.
- Gomide, P. I. C., Salvo, C. G. D., Pinheiro, D. P. N. & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *PsicoUSF*, 10(2), 169-178.
- Gouveia, M. A., Porfírio, F., Silva, J. M., Ocalxuk, L. & Ingberman, Y. K. (2017). Procedimento de bloqueio de respostas de esquiva e aumento da tolerância emocional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. XIX, n. 2, p. 24-41.
- Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Zeni, G. & Abreu, P. B. A. (2007). Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1). DOI: 10.1590/S0047-20852007000500008

- Helmond, P., Overbeek, G. & Brugman, D. (2014). Boosting program integrity and effectiveness of the cognitive behavioral program EQUIP for incarcerated youth in The Netherlands. *Children and Youth Services Review*, (39), p. 108-116. DOI: 10.1016/j.childyouth.2014.01.022
- Henggeler, S. W. & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy: Clinical Overview, outcomes, and implementation Research. *Family Process*, (55), 514-528. DOI: 10.1111/famp.12232
- Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance abusing and dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 868-874.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B. & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Hinrichs, G. (2001). Multidimensional Assessment of Young Male Offenders in Penal Institutions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(4) 478-488. Recuperado de [ijo.sagepub.com](http://ijo.sagepub.com)
- Hollin, C. R. (1999). Treatment Programs for Offenders Meta-Analysis, "What Works" and Beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 22. 361-372. DOI: PIIS0160-2527(99)00015-1
- Huss, M. T. (2011). *Psicologia Forense: Pesquisa, Prática clínica e aplicação*. Porto Alegre: Artmed.
- James, C., Jan, G., Stams, J. M., Asscher, J. J. De Roo, A. K. & Van der Laan, P. H. (2013). Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, v. 33, 263-274 DOI: 10.1016/j.cpr.2012.10.013
- Jansen, D., Vermeulen, K. M., Schuurman-Luinge, A. H., Knorth, E. J., Buskens, E. & Reijneveld, S. A. (2013). Cost-effectiveness of Multisystemic Therapy for adolescents with antisocial behavior: Study protocol of randomized controlled trial. *BC Public Health*, (3), 1471-2458. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/369>
- Jewell, J., Malone, M. D., Rose, P., Sturgeon, D. & Owens, S. (2015). A multiyear Follow-up Study examining the effectiveness of a Cognitive behavior group Therapy Program on Recidivism of juveniles on Probation. *International Journal offender therapy and Comparative Criminology*, (59), 259-272. DOI: 10.1177/0306624X13509065

- Juliani, J., Garcia, M. R., Neto, C. A., Massabki, L. G. S. & Arndt, M. F. C. (2011). Episódios verbais como instrumento da relação terapêutica. *Revista Brasileira de terapia comportamental e Cognitiva*, v. XIII, n. 3, 16-33.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Buch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: an investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467.
- Kauffman, J. M. (2001). Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth. Upper Sasser River (NJ): Merrill Prentice Hall.
- Khanna, D., Shaw, J., Dolan, M. & Lennox, C. (2014). Does diagnosis affect the predictive accuracy of risk assessment tools for juvenile offenders: Conduct Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Adolescence*, 37, 1171-1179. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.08.008
- Kimonis, E. R. & Frick P. J. (2010). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder Grow-Up. *Journal of Developmental & Behaviorl Pediatrics*, 31(3). DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d3d320
- Kohler, D., Heinzen, H., Hinrichs, G. & Huchzermeier, C. (2009). The Prevalence of Mental Disorders in a German Sample of Males Incarcerated Juvenile Offenders. *Journal Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53,2 211-227. DOI: 10/10.11770306624X07312950
- Krebs, C. P., Lattimore, K. P., Cowell, A. G. & Graham, F. (2010). Forthcoming. Evaluation of the Juvenile Breaking the Cycle (JBTC) Program's Impact on Recidivism. *Journal of Criminal Justice*, 47, 241-262. DOI: 10.1177/0022427809357717
- Kromer, D. G., Power, J., Takahashi, M. & Harris, J. R. (2014). Predicting Treatment Attrition Among Seriously Violent Offenders: An Application of the Directionality Model. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 29, 2239-2256. DOI: 10.1177/0886260513517551
- Kroner, D. G. & Yessine, A. K. (2013). Changing Risk Factors That Impact Recidivism: In Search of Mechanisms of Change. *Law and Human Behavior*, v. 37, 321-336. DOI: 10.1037/lhb0000022
- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, Paul J., Miller, T. L., Kimberly, D., Bird, H. & Peter, J. S. (2000). Age and Gender Differences in Oppositional Behavior and Conduct Problems: A Cross-Sectional Household Study of Middle Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 488-503. DOI: 10.1037/0021-843X.109.3.488
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J. D. & Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 389-399. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.389
- Lattal, K. A. (2005). Ciência, tecnologia e análise do comportamento. *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*, p. 15-26.

- Leão, N. C. (2014). A desistência da conduta infracional em adolescentes. *Tese de Mestrado em Psicologia*. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.
- Leonardi, J. L. & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da busca pelas provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. São Paulo. DOI: 10.1590/1982-3703001552014
- Lobo, B. O. M., Flach, K., Andreatta, I. (2011). Treinamento de Pais na Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças com Transtornos Externalizantes. *Psicologia em Pesquisa*, 5(2).
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242–259. DOI: 10.1037/0003-066X.53.2.242
- Lynam, D. R. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 556-575. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.566>
- Maldonado Roth, S., Stank da Silva, S., Monteiro, S. & Bohm, V. (2013, October). Psicologia e os Adolescentes em Conflito com a lei. In: *Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha* (v. 1, n. 1).
- Marçal, J. D. S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*, 30-48.
- Marshall, H. I. & Maljevic, A. Theoretical and Methodological Insights From The Second International Self-Report Study of Delinquency (ISRD-2). *Journal os Contemporary Criminal Justice*, February 2013, v. 29, 4-12, first published on December 27, 2012. Recuperado de <http://ccj.sagepub.com/content/29/1/4>
- Maruschi, M. C., Estevão, R. & Bazon, M. R. (2014). Conduta infracional na adolescência: fatores associados e risco de reincidência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(2).
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Lenzi, F., Polidori, L. R., Muratori, F. & Milone, A. (2013). Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1009-1015. DOI: 10.1016/j.comppsych.2013.04.007
- Melnik, T., Souza, W. F. & Carvalho, M. R. (2014). A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. *Revista Contarricense de Psicologia*, 33(2), 79-92.
- Meyer, S. B. (2009). Análise das Categorias de recomendação e interpretação: Banco de dados de terapeutas comportamentais. *Tese de Livre Docência*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*, 153-174.
- Meyer, S. B. & Delitti, M. (1997). O conceito de análise funcional. *Sobre comportamento e cognição*, 2, 31-36.



- Meyer, S. (2003). Análise funcional do comportamento. *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*, 75-91.
- Meyer, S. B., Villas-Boas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R. & Mangabeira, V. (2015). *Terapia Analítico Comportamental Relato de Casos e Análises*. São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Micheleto, N. (2001). A história da prática do analista do comportamento: esboço de uma trajetória. *Sobre comportamento e cognição*, 8, 172-189.
- Miller, L. (2014). Juvenile crime and juvenile justice: Patterns, models, and implications for clinical and legal practice. *Aggression and Violent Behavior*, (19), 122-137. DOI: 10.1016/j.avb.2014.01.005
- Moraes, D. L. (2010). Caso Clínico: formulação comportamental. Em: A. K. C. R. de-Farias. *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*, p. 201- 214. Porto Alegre: Artmed.
- Morgan, R. D., Kroner, D. G., Mills. J. F. & Bastastini, A. B. (2014). Treating Criminal Offenders. In: Weiner, I. B. & Otto, R. K. (Eds.) *HandBook of Psicologia Forense* (4. ed.), 795-837. Hoboken: John Wiley.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83.
- Ormeno, G. R. & Williams, L. C. A. (2006). Intervenção precoce com crianças agressivas: suporte a família e à escola. Em: Guilhardi, H. H. & Aguirre, N. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (v. 17, p. 168-182). Santo André: Esetec.
- Oruche, U. M., Gerkenmeyer, J. E., Carpenter, J. S., Austin, J. K., Perkins, S. M. & Wright, E. R. (2013). Predicting Outcomes Among Adolescents With Disruptive Disorders Being Treated in a System of Care Program. *Journal of the American Psychiatric*. 19(6), 335-344. DOI: 10.1177/1078390313498509
- Oshiro, C. K. B. (2011). Delineamento Experimental de caso único: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis. *Tese de Doutorado*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Pacheco, J. T. B. (2004). A construção do comportamento antissocial em adolescentes autores de atos infracionais: uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pacheco, J. T. B. & Hutz, C. S. (2009). Variáveis familiares preditoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25(2), 213-219.

- Padovani, R., & Williams, L. C. de A. (2005). Proposta de intervenção com adolescentes em conflito com a lei: um estudo de caso. *Interação em Psicologia*, 9(1), 117-123.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Pergher, N. K. & Negrão, L. F. (2012). Aplicação do sistema multidimensional na categorização de comportamentos na interação terapêutica ao acompanhamento terapêutico com foco no desenvolvimento de comportamentos pró-estudo. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 12(1), 88-97.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G, A. & Del Prette (2006). Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407-414. DOI: 10.1590/S0102-79722006000300009
- Poulton, A. S. (2011). Time of redefine the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 47, 332-334. DOI:10.1111/j.1440-1754.2010.01736.x
- Rangé, B. (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Editorial Psy.
- Rios, K. S. A. & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 799-806. DOI: 10.1590/S1413-73722008000400018
- Rocha, G. V. M. (2008). Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal. *Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Rocha, G. V. M. (2012). *Comportamento Antissocial: Psicoterapia para Adolescentes Infratores de Alto Risco*. Curitiba: Juruá.
- Rocha, G. V. M., Santos, W. S & Serafim, A. P. (2016). Avaliação Forense: Definição e Especificidade de uma contribuição da Psicologia e do Direito. Em: Gomide, P. I. C. & Júnior, S. S. S. (Orgs.). *Introdução à Psicologia Forense*. Curitiba: Juruá, p. 51-65
- Rodway, C., Norrington-Moore, V., While, D., Hunt, I. M., Flynn, S., Swinson, N., Roscoe, A., Appleby, L. & Shaw, J. (2011). A population-based study of juvenile perpetrators of homicide in England and Wales. *Journal of Adolescence*, vol. 34, 19-28. DOI: 10.1016/j.adolescence.2010.03.00
- Rowland, M. D., Chapman, J. E. & Henggeler, S. W. (2008). Sibling outcomes from a randomized trial of evidence-based treatments with substance abusing juvenile offenders. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 17, 11–26.
- Salekin, R. T., Tippey, J. G. & Allen, A. D. (2012). Treatment behavior problem Young people with flashy intersegmental traits using mental models: risk measurement and change. *Behavioral Sciences & The Law*, 30, 470-486. DOI: 10.1002/bsl.2025
- Samek, D. R., Elkins, I. J., Keyes, M. A., Lacono, W. G. & McGuede, M. (2015). High School Sports Involvement Diminishes the Association Between Childhood Conduct Disorder and Adult Antisocial Behavior. *Journal of Adolescent Health*. 57, 107-117. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.009

- Sander J. B., Patall, E. A., Amoscato, L. A., Fisher, A. L. & Funk, C. (2012). A meta-analysis of the effect of juvenile delinquency interventions on academic outcomes. *Children and Youth Services*, 34, 1695-1708. DOI: 10.1016/j.chidyouth.2012.04.005
- Sawyer, A. M. & Borduin, C. M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9-Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 5, 643-652. DOI: 10.1037/a0024862
- Schiltz, L. (2014). Multimodal arts psychotherapy with adolescents suffering from conduct disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 187-192. DOI: 10.1016/j.aip.2014.02.005
- Schwalbe, C. S., Gearing, R. E., Mackenzie, M. J., Brewer, K. B. & Ibrahim, R. (2012). A meta-analysis of experimental studies of diversion programs for juvenile offenders. *Clinical Psychology Review*, 32, 26-33. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.10.002
- Schoenwald, G. C., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S. & Chapman, J. E. (2007). Randomized trial of MST and ARC in a two-level evidence-based treatment implementation strategy. *J. Consult Clin Psychol.* DOI: 10.1037/a0019160
- Seller, B. G. (2015). Community-based recovery and youth Justice. *Criminal Justice and Behavior*, (42), 58-69. DOI: 10.1177/0093854814550027
- Serra-Pinheiro. M. A., Guimarães, M. M. & Serrano. M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2) 68-72. DOI: 10.1590/S0101-60832005000200002
- Sidman, M., Andery, M. A. & Sério, T. M. (1995). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Editorial Psy.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia e Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137. Original em: Skinner, B. F. (1981). Science. Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Skinner, B. F. (1979/2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Smith, C. S. & Hung L. C (2010). The relative influence of conduct problems and Attention-deficit Hyperactivity Disorder in the development of adolescent psychopathy. *Agression and Violent Behavior*. 17,575-580. DOI: 10.1016/j.avb.2012.08.003
- Spruit, A., Wissink, I. B., Jan, G. & Satams, J. M. (2016). The care of Filipino juvenile offenders in residential facilities evaluated using the risk-need-responsivity model. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 47, p. 181-188. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.04.005
- Souza, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidade da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes Borderline. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), pp. 1-11.
- Stambaugh, L. F., Mustillo, S. A., Burns, B. J., Stephens, R. L., Baxter, B., Edwards, D. & Dekraai (2007). Outcomes From Wraparound and Multisystemic Therapy in a Center for

- Mental Health Services System-of-Care Demonstration Site. *Journal of Emotion and Behavioral Disorders*, v. 15, p. 143-155. DOI: 10.1177/10634266070150030201
- Sturmey, P. (2010). Case Formulation in Forensic Psychology. In: Daffern, M., Jones, L. & Shine, J. *Offence Paralleling Behaviour* (p. 25-52). Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A. & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 227–236.
- Tollenaar, N., Van der Laan, A. M. & Van der Heijden, P. M. G. (2013). Effectiveness of a prolonged incarceration and rehabilitation measure for high-frequency offenders. *J Exp Criminol*, v. 10, 29-58. DOI: 10.1007/s11292-013-9179-y
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The ‘original sin’ hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51, 341– 367. DOI: 10.1007/s10802-011-9595-2
- Tucuntun, R., Orguz, M., Ates, A., Ercan, S., Semiz, U. B. *et al.* (2015). The relationship between Co morbid Psychiatric Illnesses and Psychopathy Levels on Male Individuals With Antisocial Personality Disorder in the Turkish Community. *Journal Psychiatry*, 18, 14-76. DOI: 10.4172/Psychiatry.1000192
- Velasco, S. M., Garcia-Mijares, M. & Tomanari, G. Y. (2010). Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Análise Experimental do Comportamento. *Psicologia em pesquisa*, 4(02) 150-155, São Paulo.
- Veneziano, C. & Veneziano L. (1988). Correlates of Moral Development in Juvenile Delinquents. *AJCJ*, v. XII, n. 1.
- Voorhis, P. V, Spiropoulos, G., Ritchie, P. N., Seabrook, R. & Spruance, L. (2013). Identifying Areas of Specific Responsivity in Cognitive-Behavioral Treatment Outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, vol. 40, n. 11, 1250–1279. DOI: 10.1177/0093854813494182
- Washburn, J. J., Romero, E. G., Welty, L. J., Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M. *et al.* (2007). Development of antisocial personality disorder in detained youths: The predictive value of mental disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 221-231. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.221
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating Children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of clinical child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3301\_11
- Webster-Stratton, C. (1997). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In: M. J. Guralnick (Org.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, p. 429-453.
- Weiss, B., Han, S., Harris, V. *et al.* (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *J. Consult Clin Psychol*, 1027-39.
- Weiner & Otto (2013). *The Handbook of Forensic Psychology* (4th ed.). Wiley.

- Williams, L. C. A & Aiello, A. L. R (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil: revisão de literatura. *Psicol. esc. educ*, v. 9, n. 2, Campinas, dez./2005.
- Williams, L. C. A. (2006). Pesquisa e intervenção de violência intrafamiliar: Contribuições do laboratório de análise e prevenção da violência (LAPREV). Em: Freire, Z. V. (Org.). *Abusos e proteção de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: CEIIAS/ISPCAN.
- Yano, Y. & Meyer, S. B. (2003). Tratamento Padronizado e individualizado. Em: M. Brandão, M., Conte, F. C. S., Ingberman, Y. K., Moura, C. B., Silva, V. M. & Olliane, S. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por consequências em ação*, 1. ed., 11, 126-129.
- Yano, Y. (2003). Tratamento Padronizado e Individualizado no Transtorno de Pânico. *Tese de Doutorado*. Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2007). O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica. *Tese de Doutorado*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo – SP.

**Apêndice A – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de  
Personalidade Antissocial**

<p><b>IDENTIFICAÇÃO:</b></p> <p>Critérios diagnósticos para <b><u>Transtorno da Personalidade Antissocial</u></b>: um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado em três (ou mais) dos seguintes:</p>	
<p>1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.</p>	
<p>2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.</p>	
<p>3. Impulsividade ou fracasso para fazer planos para o futuro.</p>	
<p>4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.</p>	
<p>5. Descaso pela segurança de si ou de outros.</p>	
<p>6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado pela falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.</p>	
<p>7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.</p>	
<p>Tem, no mínimo, 18 anos de idade.</p>	<p>(   ) Sim</p> <p>(   ) Não</p>
<p>Há evidências de Transtorno de Conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.</p>	<p>(   ) Sim</p> <p>(   ) Não</p>

**Apêndice B – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno de Conduta**

<p><b>IDENTIFICAÇÃO:</b></p> <p>Critérios diagnósticos para <b><u>Transtorno de Conduta</u></b>: caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de comportamentos através dos quais são violados os direitos peculiares dos outros e as normas ou regras sociais importantes particulares da idade. Inicia-se desde os anos pré-escolares até meados da adolescência conforme indicado por 3 (ou mais) dos seguintes critérios no período de 12 meses, ou pelo menos um deles no período de 6 meses:</p>	
1. Provocações, ameaças e intimidações frequentes.	
2. Frequentes lutas corporais.	
3. Utilização de arma capaz de causar sérios danos corporais.	
4. Crueldade física para com as pessoas.	
5. Crueldade com os animais.	
6. Roubo envolvendo confronto com a vítima.	
7. Coação sexual.	
8. Provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos.	
9. Destruição deliberada de propriedade alheia.	
10. Mentira frequente para obter ganhos ou favores, ou para esquivar-se de obrigações.	
12. Fuga de casa.	
13. Faltas frequentes na escola, iniciando aos 13 anos.	
11. Invasão de casa, prédio ou automóvel alheio.	
Menor de 18 anos.	<input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não

**Apêndice C – Checklist de critérios diagnósticos para avaliação do Transtorno Desafiador Opositor**

<p><b>IDENTIFICAÇÃO:</b></p> <p>Critérios diagnósticos para <b><u>Transtorno Desafiador Opositor</u></b>: padrão persistente de comportamento hostil, desafiador e desobediente, observado nas interações sociais da criança ou do pré-adolescente com adultos ou figuras de autoridade. Sintomas preenchem os seguintes critérios:</p>		
1. Enraivecêr-se frequentemente.		
2. Discutir com adultos ou figuras de autoridade.		
3. Culpar os outros pelos seus próprios erros.		
4. Fazer coisas deliberadamente para aborrecer terceiros.		
5. Costumar desafiar regras dos adultos.		
6. Ofender-se com facilidade.		
7. Ter respostas coléricas quando contrariado.		
8. Ser rancoroso e vingativo quando desafiado ou contrariado.		
<p>Menor de 18 anos.</p>	<p>( ) Sim</p> <p>( ) Não</p>	



## Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada “Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores: uma análise de processo terapêutico na Clínica Forense”, da mestranda em Psicologia Forense Michele de Andrade Gouveia.

Este trabalho tem por objetivo avaliar um programa de intervenção psicoterapêutica analítico-comportamental para adolescentes infratores cumprindo medida socioeducativa em meio fechado. Os encontros serão semanais e os dados obtidos serão de relevância à formulação de um plano de intervenção adequado para esse público. Não envolve compensações financeiras e nenhum tipo de despesa para os participantes. Os participantes poderão desistir da pesquisa em qualquer momento da mesma, não acarretando em nenhuma perda, punição ou dano. Para qualquer dúvida e maiores esclarecimentos, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: psicóloga Giovana Munhoz da Rocha (CRP/08 6848-7), através do telefone (41) 3331-7846, e Michele de Andrade Gouveia (CRP/08 15.277) por meio do telefone (41) 9643-5864.

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_, aceito participar da presente pesquisa e  
estou ciente da finalidade desta atividade.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## Apêndice E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Análise de Processo Terapêutico na Clínica Forense: um estudo acerca das respostas específicas do terapeuta para diferentes padrões de comportamento antissocial.

Pesquisadora responsável: Michele de Andrade Gouveia

Local da pesquisa: Centro de Socioeducação de Ponta Grossa – Paraná

Endereço: Rua Olavo de Paula Barbosa, S/N, Ponta Grossa – Paraná

#### O que significa assentimento?

Assentimento significa que você, menor de idade, concorda em fazer parte de uma pesquisa. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

#### Informação ao participante

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de realizar psicoterapia com adolescentes infratores para analisar os aspectos envolvidos no processo terapêutico na Clínica Forense com base na Análise do Comportamento, verificando se há respostas específicas do terapeuta para diferentes padrões de comportamentos antissociais. Esta

pesquisa é importante para um tratamento especializado e específico do adolescente que se encontra cumprindo medida socioeducativa, como meio de não cometer novamente atos infracionais e voltar a conviver em sociedade.

O benefício da pesquisa é usufruir da psicoterapia que tende a trazer melhoras para as relações, sentimentos e resolução de problemas.

Este estudo será realizado no próprio Centro de Socioeducação e contará com uma psicóloga/terapeuta que realizará os atendimentos individualmente. Para a pesquisa, será necessário utilizar a gravação das sessões em áudio ou vídeo. De qualquer forma, será preservada a identidade do adolescente (se o vídeo for apresentado a alguém mais, será colocada uma tarja preta para preservar a identidade). Todavia o foco tanto da gravação quanto do vídeo será o comportamento da terapeuta. O material coletado ficará sob os cuidados da terapeuta e da orientadora da presente pesquisa.

#### **Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?**

Caso você aceite participar, serão explicados todos os procedimentos necessários.

#### **Contato para dúvidas**

Se você ou seus responsáveis tiverem dúvidas com relação ao estudo e aos riscos relacionados a ele, deve contatar o pesquisador principal (Michele de Andrade Gouveia) ou membro de sua equipe no telefone (41) 33223591, ou no endereço Brigadeiro Franco, nº 2525, Centro, Curitiba, Paraná.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná através do telefone (041) 3331-7668 ou no endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 238, sala 328, bloco C. Horário de atendimento: das 13:30 às 17:30 horas.

**Apêndice F — Termo de Responsabilidade como disposto na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução CFP n.º 016/2000**



**Universidade Tuiuti do Paraná**

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

**TERMO DE RESPONSABILIDADE COMO DISPOSTO NA RESOLUÇÃO N.º 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E NA RESOLUÇÃO CPF N.º 016/2000**

Prezados colaboradores da pesquisa,

O presente trabalho, intitulado “Análise de processo terapêutico na Clínica Forense: um estudo acerca das respostas do terapeuta para diferentes padrões de comportamento antissocial”, é uma pesquisa de mestrado da psicóloga Michele de Andrade Gouveia, sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Giovana Veloso Munhoz da Rocha, da Universidade Tuiuti do Paraná. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

1. Apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo das sessões e dos registros.
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro protegido da observação de terceiros.
3. Manterei sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação nos registros a que tive acesso.
4. Eu me comprometerei a devolver todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações, e sem qualquer tipo de violação do material original.

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, realizando a atividade de \_\_\_\_\_ para a pesquisa descrita acima, me comprometo a respeitar as condições definidas nesse termo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## Apêndice G – Carta de autorização



### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Excelentíssima Dr.<sup>a</sup> Promotora Vanessa Harmuch Perez Erlich,

Venho respeitosamente por meio desta solicitar sua colaboração na obtenção de autorização de minha pesquisa de Mestrado, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giovana Munhoz da Rocha.

Meu objetivo geral de pesquisa consiste em replicar o estudo de Rocha (2008), sobre Psicoterapia para adolescentes infratores de Alto Risco, analisando os aspectos do processo terapêutico na Clínica Forense com base nos princípios da Análise do Comportamento, a fim de verificar respostas específicas do terapeuta para diferentes padrões de comportamento antissocial de adolescentes que cumprem medida socioeducativa. Para tanto, necessito trabalhar com a população de um Centro de Socioeducação.

Estou à disposição para explicar detalhadamente meu projeto.

Grata por sua atenção.

Cordialmente,

Michele de Andrade Gouveia

## Apêndice H – Declaração de assentimento do participante

### DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

[Nome e assinatura do participante da pesquisa ou seu responsável legal]

\_\_\_\_\_

[Nome e assinatura do pesquisador]

## Anexo A – Categorias de Registro das Verbalizações do Terapeuta

**TABELA 4**

Sistema de categorias de registro das verbalizações do terapeuta (Zamignani e Meyer, 2007, em elaboração)

<b>CATEGORIAS DO TERAPEUTA</b>	
1. Terapeuta solicita relato – SRE (Relato)	1.1. SRE: Solicitação de informações sobre eventos 1.2. SRE: Solicitação de relatos de sentimentos ou relato de eventos relacionados a sentimentos 1.3. SRE: Solicitação de observação
2. Terapeuta facilita o relato do cliente - FAC (Facilitação)	2.1. FAC: verbalizações mínimas
3. Terapeuta demonstra empatia – EMP (Empatia)	3.1. EMP: nomeação de sentimentos 3.2. EMP: exclamações empáticas 3.3. EMP: verbalizações de cuidado 3.4. EMP: validação de discordância ou críticas do cliente 3.5. EMP: humor 3.6. EMP: apoio 3.7. EMP: comentários de entendimento 3.8. EMP: paráfrases
4. Terapeuta fornece informações - INF (Informação)	4.1. INFO: Informações factuais 4.2. INFO: Explicações de eventos 4.3. INFO: Explicações de contigüidade entre eventos 4.4. INFO: Descrição de padrões recorrentes de eventos 4.5. INFO: Explicações teóricas e experimentais de eventos 4.6. INFO: Qualificação de eventos 4.7. INF: Justificativas de intervenções 4.8. INFO: Descrição do programa terapêutico 4.9. INFO: Contrato terapêutico
5. Solicitação de reflexão (SRF)	5.1. SRF: Solicitação de reflexão 5.2. SRF: Solicitação de explicação ou interpretação 5.3. SRF: Solicitação de avaliação 5.4. SRF: Solicitação de previsão
6. Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas – REC (Recomendação)	6.1. REC: Conselhos 6.2. REC: Modelo 6.3. REC: Incentivo 6.4. REC: Estruturação de atividade 6.5. REC: Solicitação de parada
7. Terapeuta interpreta - INT (Interpretação)	7.1. INT: Descrição explicativa de relações entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações 7.2. INT: Descrição de contigüidade entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações 7.3. INT: Descrição de regularidades ou padrões recorrentes de ações (do cliente e/ou de terceiros) 7.4. INT: Diagnóstico 7.5. INT: Devolutiva de avaliação padronizada 7.6. INT: Estabelecimento de síntese 7.7. INT: Metáforas ou analogias explicativas 7.8. INT: Inferências 7.9. INT: Previsões 7.10. INT: Confrontação 7.11. INT: Normalização
8. Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliação do cliente - APR (Aprovação)	8.1. APR: Avaliação positiva sobre o cliente 8.2. APR: Elogios 8.3. APR: Descrição de ganhos terapêuticos 8.4. APR: Verbalizações de concordâncias 8.5. APR: Pseudo-discordância 8.6. APR: Relato de sentimentos positivos 8.7. APR: Exclamações de aprovação 8.8. APR: Sorrisos de aprovação 8.9. APR: Agradecimentos
9. Terapeuta reprova ou discorda com ações ou avaliação do cliente - REP (Reprovação)	9.1. REP: Discordância 9.2. REP: Crítica 9.3. REP: Ironia 9.4. REP: Ameaça 9.5. REP: Paráfrase crítica 9.6. REP: Auto-revelações desafiadoras 9.7. REP: Relato de sentimentos negativos 9.8. REP: Advertência
10. Outras verbalizações do Terapeuta - TOU (Outras Terapeuta)	10.1. TOU: Acertos ocasionais 10.2. TOU: Recuperação de assunto.
11. Registro Insuficiente - TIN (Insuficiente Terapeuta)	

## Anexo B – Inventário de Autoavaliação para Jovens de 11 a 18 anos

### (Youth Self-Report – YSR)

## INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA JOVENS DE 11 A 18 ANOS (YSR)

ID (para uso exclusivo do aplicador): \_\_\_\_\_

SEU NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

IDADE ____ anos	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	RAÇA OU ETNIA _____	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. <i>(Especifique, por favor - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, doméstica, operário, vendedor de sapato, sargento do exército)</i>																										
DATA DE HOJE Dia ____ Mês ____ Ano ____		DATA DE NASCIMENTO Dia ____ Mês ____ Ano ____		Tipo de trabalho do pai: _____																									
SÉRIE ESCOLAR ____ série  <input type="checkbox"/> Não frequênta a escola		Se você está trabalhando, por favor, informe o tipo de trabalho: _____ _____		Tipo de trabalho da mãe: _____																									
Por favor, responda este questionário de acordo com o seu ponto de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e nos espaços livres das páginas 2 e 4. <b>CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.</b>																													
<b>I. Por favor, cite os esportes que você mais gosta de praticar.</b> Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta, pesca etc.  <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____			<b>Em comparação com outros da sua idade, quanto tempo você dedica a cada um?</b>  <table border="0"> <tr> <td>Menos</td> <td>Igual</td> <td>Mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Menos	Igual	Mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Em comparação com outros da sua idade, o seu desempenho em cada um desses esportes é:</b>  <table border="0"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos	Igual	Mais																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Pior	Igual	Melhor																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>II. Por favor, cite os seus passatempos, atividades e jogos favoritos, que não sejam esportes.</b> Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar videogame. <b>(Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)</b>  <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____			<b>Em comparação com outro da sua idade, quanto tempo você dedica a cada um?</b>  <table border="0"> <tr> <td>Menos</td> <td>Igual</td> <td>Mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Menos	Igual	Mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Em comparação com outros da sua idade, o seu desempenho em cada um desses passatempos é:</b>  <table border="0"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos	Igual	Mais																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Pior	Igual	Melhor																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais você pertence.</b> Por exemplo, turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música etc.  <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____			<b>Em comparação com outros da sua idade, como é sua participação em cada um deles?</b>  <table border="0"> <tr> <td>Menor</td> <td>Igual</td> <td>Maior</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Menor	Igual	Maior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Menor	Igual	Maior																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que você tenha.</b> Por exemplo: office-boy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. <b>(Incluir tanto trabalhos pagos como não pagos).</b>  <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____			<b>Em comparação com outros da sua idade, como é seu desempenho em cada um deles?</b>  <table border="0"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Pior	Igual	Melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.</b>												
Pior	Igual	Melhor																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											

COPYRIGHT 2001 T. ACHENBACH & RESCORLA. REPRODUCED UNDER LICENSE #201-12-04-06. **PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.**

Tradução: Silveiras, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2007). Versão brasileira não publicada do inventário "Youth Self-Report" (Achenbach & Rescorla, 2001).

Profª Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras  
Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo  
Av. Prof. Melo Moraes, 1721 / São Paulo – SP  
[efdmsilv@usp.br](mailto:efdmsilv@usp.br)



POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

V.

1. Quantos amigos próximos você tem aproximadamente? (Não incluir irmãos e irmãs)

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana você faz alguma coisa com amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)

☐ Menos que 1 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou mais

VI. Em comparação com outros da sua idade, até que ponto você:

	Pior	Igual	Melhor	
a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos ou irmãs
b) Consegue se relacionar adequadamente com outros jovens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue fazer coisas sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempenho nas disciplinas escolares:

☐ Não frequento a escola porque \_\_\_\_\_

	Avalie cada uma das disciplinas que você faz	Abaixo da média exigida pela escola	Pior que a média	Igual a média	Melhor que a média
Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês, espanhol. Não inclua educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.	a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem alguma doença, deficiência ou limitação? ☐ Não ☐ Sim – por favor, descreva:

Por favor, descreva quaisquer preocupações ou problemas que você tem com relação à escola:

Por favor, descreva qualquer outra preocupação que você tenha:

Por favor, descreva os seus aspectos mais positivos:

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

Logo abaixo, há uma lista de afirmações que descrevem jovens. Para cada afirmação que descreva você **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação a você. Trace um círculo à volta do **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação a você. Se a afirmação **não é verdadeira** em relação a você, trace um círculo à volta do **0**. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas afirmações não pareçam aplicar-se a você.

0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Comporto-me de maneira muito infantil para a minha idade	0 1 2	33. Acho que ninguém gosta de mim
0 1 2	2. Tomo bebida alcoólica sem aprovação dos meus pais (descreva): _____	0 1 2	34. Acho que os outros me perseguem
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior
0 1 2	4. Não termino as coisas que começo	0 1 2	36. Machuco-me acidentalmente com frequência
0 1 2	5. Poucas coisas me dão prazer	0 1 2	37. Meto-me em muitas brigas
0 1 2	6. Gosto de animais	0 1 2	38. Sou alvo de muitas provocações
0 1 2	7. Sou convencido	0 1 2	39. Ando com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	8. Tenho dificuldade para me concentrar ou para prestar atenção	0 1 2	40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____
0 1 2	9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça (descreva): _____	0 1 2	41. Ajo sem pensar
0 1 2	10. Tenho dificuldade para parar sentado	0 1 2	42. Prefiro ficar sozinho(a) à ficar na companhia dos outros
0 1 2	11. Sou muito dependente dos adultos	0 1 2	43. Minto ou engano os outros
0 1 2	12. Sinto-me sozinho(a)	0 1 2	44. Rôo as unhas
0 1 2	13. Sinto-me confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2	45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	14. Choro muito	0 1 2	46. Tenho movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0 1 2	15. Sou bastante honesto(a)	0 1 2	47. Tenho pesadelos
0 1 2	16. Sou maldoso(a) com os outros	0 1 2	48. Os outros jovens não gostam de mim
0 1 2	17. Sonho muito acordado(a)	0 1 2	49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outras pessoas
0 1 2	18. Machuco-me de propósito ou já tentei suicídio	0 1 2	50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	19. Tento chamar muita atenção	0 1 2	51. Sinto tontura ou zonzura
0 1 2	20. Destruo as minhas próprias coisas	0 1 2	52. Sinto-me muito culpado(a)
0 1 2	21. Destruo coisas que pertencem a outras pessoas	0 1 2	53. Como demais
0 1 2	22. Desobedeço meus pais	0 1 2	54. Sinto-me cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	23. Sou desobediente na escola	0 1 2	55. Estou acima do peso
0 1 2	24. Não como tão bem quanto deveria		
0 1 2	25. Não me dou bem com outros jovens		56. Tenho problemas físicos <b>sem causa conhecida do ponto de vista médico:</b>
0 1 2	26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito	0 1 2	a. Dores ( <b>exceto</b> de cabeça e de estômago).
0 1 2	27. Tenho ciúmes dos outros	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeito as regras em casa, na escola e em outros lugares	0 1 2	c. Náuseas, enjôo
0 1 2	29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____	0 1 2	d. Problemas com os olhos ( <b>que não são corrigidos</b> com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	30. Tenho medo de ir à escola	0 1 2	e. Assaduras ou problemas de pele
0 1 2	31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa má	0 1 2	f. Dores de estômago ou de barriga
0 1 2	32. Acho que tenho que ser perfeito(a)	0 1 2	g. Vômitos
		0 1 2	h. Outros (descreva): _____

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.			
0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	
0 1 2	57. Ataco fisicamente as pessoas	0 1 2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____
0 1 2	58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____		_____
0 1 2	59. Posso ser bastante amigável	0 1 2	85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____
0 1 2	60. Gosto de experimentar coisas novas		_____
0 1 2	61. Os meus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	86. Sou teimoso(a)
0 1 2	62. Sou desastrado(a) ou tenho falta de coordenação	0 1 2	87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente
0 1 2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas do que com as da minha idade	0 1 2	88. Gosto de estar com as pessoas
0 1 2	64. Prefiro estar com pessoas mais novas do que com as da minha idade	0 1 2	89. Sou desconfiado(a)
0 1 2	65. Recuso-me a falar	0 1 2	90. Xingo ou falo palavrões
0 1 2	66. Repito as mesmas ações várias vezes (descreva): _____	0 1 2	91. Penso em me matar
	_____	0 1 2	92. Gosto de fazer as pessoas rirem
0 1 2	67. Fujo de casa	0 1 2	93. Falo demais
0 1 2	68. Grito muito	0 1 2	94. Provoco muito os outros
0 1 2	69. Sou reservado(a) ou guardo as coisas para mim mesmo(a)	0 1 2	95. Sou esquentado(a)
0 1 2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0 1 2	96. Penso demais em sexo
	_____	0 1 2	97. Ameaço machucar as pessoas
0 1 2	71. Fico inibido, embaraçado facilmente	0 1 2	98. Gosto de ajudar os outros
0 1 2	72. Ponho fogo nas coisas	0 1 2	99. Fumo cigarro, masco fumo ou cheiro tabaco
0 1 2	73. Consigo trabalhar bem com as mãos	0 1 2	100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____
0 1 2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas		_____
0 1 2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	101. Mato aula ou não vou à escola
0 1 2	76. Durmo menos que a maioria dos jovens	0 1 2	102. Não tenho muita energia
0 1 2	77. Durmo mais que a maioria dos jovens durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0 1 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
	_____	0 1 2	104. Sou mais barulhento(a) que os outros jovens
0 1 2	78. Sou desatento(a) ou distraio-me facilmente	0 1 2	105. Uso drogas sem fins medicinais (não incluir álcool e tabaco) (descreva): _____
0 1 2	79. Tenho problemas de fala (descreva): _____		_____
0 1 2	80. Luto pelos meus direitos	0 1 2	106. Gosto de ser justo com os outros
0 1 2	81. Roubo em casa	0 1 2	107. Gosto de uma boa piada
0 1 2	82. Roubo fora de casa	0 1 2	108. Gosto de viver tranquilamente
0 1 2	83. Junto muitas coisas que não preciso (descreva): _____	0 1 2	109. Tento ajudar os outros quando posso
	_____	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Evito relacionar-me com os outros
		0 1 2	112. Preocupo-me muito

**Por favor, escreva qualquer outra coisa que descreva seus sentimentos, comportamentos ou interesses:**

\_\_\_\_\_

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

## Anexo C – Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (Adult Self-Report – ASR)

INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS DE 18 A 59 ANOS (ASR)								
Nº de identificação _____								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>NOME COMPLETO:</b> _____</p> <p><b>SEXO</b>  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><b>IDADE</b>            Dia ____ Mês ____ Ano ____</p> <p><b>ETNIA OU COR DE PELE</b>            Dia ____ Mês ____ Ano ____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><b>TIPO DE TRABALHO</b> (ocupação habitual), mesmo que você não esteja trabalhando no momento. Favor especificar - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército, estudante (indique o que está estudando e que título você pretende alcançar).            Seu trabalho: _____</p> <p>Trabalho do(a) esposo(a) ou companheiro(a): _____</p> </div> </div>								
<p>Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista, mesmo que outras pessoas não concordem. Você não precisa gastar muito tempo com nenhum item. Comentários adicionais são bem vindos. <b>FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.</b></p>								
<p><b>POR FAVOR, ASSINALE SUA ESCOLARIDADE MÁXIMA</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto ou Ensino Fundamental incompleto  <input type="checkbox"/> 2. Ensino Fundamental completo  <input type="checkbox"/> 3. Ensino Médio completo  <input type="checkbox"/> 4. Ensino Superior incompleto  <input type="checkbox"/> 5. Ensino Superior Tecnológico completo (curso de 2 anos)         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 6. Ensino Superior Completo (4 ou mais anos)  <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação incompleta  <input type="checkbox"/> 8. Mestrado  <input type="checkbox"/> 9. Doutorado  <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____         </div> </div>								
<p><b>I. AMIGOS:</b></p> <p>A. Aproximadamente quantos(as) amigos(as) próximos(as) você tem? (Não incluir pessoas da família)  <input type="checkbox"/> Nenhum    <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2 ou 3    <input type="checkbox"/> 4 ou mais</p> <p>B. Aproximadamente quantas vezes por mês você tem contato com qualquer um dos(as) seus(suas) amigos(as) próximos(as)? (Incluir contatos pessoalmente ou através de telefonemas, cartas e e-mails)  <input type="checkbox"/> Menos de 1    <input type="checkbox"/> 1 ou 2    <input type="checkbox"/> 3 ou 4    <input type="checkbox"/> 5 ou mais</p> <p>C. Até que ponto você se dá bem com seus(suas) amigos(as) próximos?  <input type="checkbox"/> Não se dá bem    <input type="checkbox"/> Na média    <input type="checkbox"/> Acima da média    <input type="checkbox"/> Bem acima da média</p> <p>D. Aproximadamente quantas vezes por mês amigos ou familiares visitam você?  <input type="checkbox"/> Menos de 1    <input type="checkbox"/> 1 ou 2    <input type="checkbox"/> 3 ou 4    <input type="checkbox"/> 5 ou mais</p>								
<p><b>II. ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A):</b></p> <p>Qual é o seu estado civil?  <input type="checkbox"/> Nunca fui casado(a)    <input type="checkbox"/> Casado, mas separado do esposo(a)  <input type="checkbox"/> Casado e vivendo com o esposo(a)    <input type="checkbox"/> Divorciado(a)  <input type="checkbox"/> Viúvo(a)    <input type="checkbox"/> Outro – Por favor, descreva: _____</p> <p>Em algum momento nos últimos seis meses, você viveu com seu/sua esposo(a) ou companheiro(a)?  <input type="checkbox"/> Não – Favor pular os próximos itens e ir para a página 2.  <input type="checkbox"/> Sim – Circule 0, 1 ou 2 ao lado das afirmações A-H para descrever o seu relacionamento nos últimos seis meses:</p>								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">0 = NÃO É VERDADEIRA</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>0 1 2 A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades</p> <p>0 1 2 C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>0 1 2 E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à questões de administração do lar, como onde morar</p> <p>0 1 2 F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda</p> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	<p>0 1 2 A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades</p> <p>0 1 2 C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes</p>	<p>0 1 2 E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à questões de administração do lar, como onde morar</p> <p>0 1 2 F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda</p>	
0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA						
<p>0 1 2 A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades</p> <p>0 1 2 C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes</p>	<p>0 1 2 E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à questões de administração do lar, como onde morar</p> <p>0 1 2 F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)</p> <p>0 1 2 H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda</p>							
<p><i>Favor verificar se todos os itens foram respondidos.</i></p>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Copyright 2003 T. Achenbach            ASEBA, University of Vermont            1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  <a href="http://www.aseba.org">www.aseba.org</a></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Versão brasileira do "Adult Self-Report for ages 18-59"            traduzida por: MM Rocha &amp; EFM Silveiras (2010)  <a href="mailto:asebahorasil@gmail.com">asebahorasil@gmail.com</a></p> </div> </div>								
<p>REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.</p>								

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

### III. FAMÍLIA:

Comparando com outro, como é seu relacionamento com:

		Pior do que a média	Varia ou na média	Melhor do que a média	Não tenho Contato
A. seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. sua mãe?	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. seu pai?	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. seus filhos biológicos ou adotados?	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos				
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. EMPREGO: Em algum momento nos últimos seis meses, você exerceu alguma atividade remunerada (inclusive trabalho por conta própria ou serviço militar)?

☐ Não – Por favor, vá para a seção V.

☐ Sim – Por favor, descreva o(s) trabalho(s): \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-I para descrever a sua experiência de trabalho nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 A. Trabalho bem com os outros		0 1 2 F. Faço coisas que podem me levar a perder meu emprego
0 1 2 B. Tenho dificuldade para me relacionar com chefes		0 1 2 G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
0 1 2 C. Faço bem o meu trabalho		0 1 2 H. Meu emprego é muito estressante para mim
0 1 2 D. Tenho dificuldade para terminar meu trabalho		0 1 2 I. Preocupo-me demais com o trabalho
0 1 2 E. Estou satisfeito com a minha situação de trabalho		

V. EDUCAÇÃO: Em algum momento nos últimos seis meses, você frequentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?

☐ Não – Por favor, vá para a seção VI.

☐ Sim – Que tipo de escola ou programa? \_\_\_\_\_

Que tipo de diploma ou certificado você vai obter? \_\_\_\_\_ Qual área? \_\_\_\_\_

Quando você espera obter seu diploma ou certificado? \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-E para descrever a sua experiência educacional nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 A. Eu me dou bem com outros estudantes		0 1 2 D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0 1 2 B. Eu alcanço o que está dentro da minha capacidade		0 1 2 E. Faço coisas que podem fazer com que eu seja reprovado
0 1 2 C. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas		

VI. Você tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? ☐ Não ☐ Sim – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

VII. Por favor, descreva suas preocupações ou temores sobre sua família, trabalho, educação ou outras coisas:

☐ Não tenho preocupações.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS

X. Logo abaixo você encontrará uma lista de itens que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor, circule 0, 1 ou 2 para descrever você nos últimos seis meses. Por favor, responda todos os itens o melhor que puder, mesmo que alguns deles não pareçam aplicar-se a você.

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 1. Sou muito esquecido(a)	0 1 2 37. Meto-me em muitas brigas	
0 1 2 2. Sei aproveitar as oportunidades que aparecem para mim	0 1 2 38. Minhas relações com os vizinhos são insatisfatórias	
0 1 2 3. Argumento muito	0 1 2 39. Ajudo em más companhias	
0 1 2 4. Desenvolvo muitas habilidades	0 1 2 40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	
0 1 2 5. Culpo os outros por meus problemas	0 1 2 41. Sou muito(a) ou não sou muito(a) sem pensar	
0 1 2 6. Uso drogas (quando álcool ou nicotina) sem fins médicos (descreva): _____	0 1 2 42. Prefiro ficar sozinho(a) do que ficar na companhia dos outros	
0 1 2 7. Gosto de sentir vantagem	0 1 2 43. Minho ou engano os outros	
0 1 2 8. Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo	0 1 2 44. Sinto-me sobrecarregado(a) por minhas responsabilidades	
0 1 2 9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____	0 1 2 45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)	
0 1 2 10. Tenho dificuldade para parar sem(a)	0 1 2 46. Tenho movimentos repetitivos que não consigo parar (tiques) (descreva): _____	
0 1 2 11. Sou muito dependente dos outros	0 1 2 47. Falto-me autoconfiança	
0 1 2 12. Sinto-me sozinho(a)	0 1 2 48. As outras pessoas não gostam de mim	
0 1 2 13. Fico sem(a) ou desorientado(a)	0 1 2 49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outras pessoas	
0 1 2 14. Choro muito	0 1 2 50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)	
0 1 2 15. Sou bastante honesto(a)	0 1 2 51. Tenho tonturas	
0 1 2 16. Sou malicioso(a) com os outros	0 1 2 52. Sinto-me muito culpado(a)	
0 1 2 17. Viverei "mundo cá fora"	0 1 2 53. Tenho dificuldade em fazer planos para o futuro	
0 1 2 18. Minto-me de propósito ou já tentei me matar	0 1 2 54. Sinto-me cansado(a) sem um bom motivo	
0 1 2 19. Tento chamar muita atenção	0 1 2 55. Meu humor oscila entre excitação e depressão	
0 1 2 20. Estrigo ou destruo as minhas coisas	0 1 2 56. Tenho problemas físicos de fundo em potencial (sem causa médica):	
0 1 2 21. Estrigo ou destruo coisas que pertencem a outras pessoas	0 1 2 a. Dor(es) de cabeça ou de estômago	
0 1 2 22. Preocupo-me acerca do meu futuro	0 1 2 b. Dor(es) de cabeça	
0 1 2 23. Desrespeito as regras no trabalho ou em outros lugares	0 1 2 c. Náuseas, enjoos	
0 1 2 24. Não como tão bem quanto deveria	0 1 2 d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____	
0 1 2 25. Não me dou bem com outras pessoas	0 1 2 e. Problemas de pele	
0 1 2 26. Não me sinto culpado depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito	0 1 2 f. Dores de estômago ou de bexiga	
0 1 2 27. Tenho ciúmes ou inveja dos outros	0 1 2 g. Vômitos	
0 1 2 28. Não me dou bem com minha família	0 1 2 h. Coração disparado ou batendo forte	
0 1 2 29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____	0 1 2 i. Partes do corpo formigando ou com dormência	
0 1 2 30. Minhas relações com o sexo oposto são insatisfatórias	0 1 2 57. Alento fisicamente as pessoas	
0 1 2 31. Tenho medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa má ou errada	0 1 2 58. Cuto ou apalo ou outras partes do corpo (descreva): _____	
0 1 2 32. Não consigo controlar meus sentimentos	0 1 2 59. Não termino as coisas que eu deveria fazer	

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 63. Prefiro estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da minha idade	0 1 2 93. Falo demais	
0 1 2 64. Tenho dificuldades em estabelecer prioridades	0 1 2 94. Faço muita gozação dos outros	
0 1 2 65. Recuso-me a falar	0 1 2 95. Sou esquentado(a)	
0 1 2 66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva): _____	0 1 2 96. Penso demais em sexo	
0 1 2 67. Tenho dificuldades para fazer ou manter amigos	0 1 2 97. Ameaço machucar as pessoas	
0 1 2 68. Grito muito	0 1 2 98. Gosto de ajudar os outros	
0 1 2 69. Sou reservado(a), fechado(a), não conto minhas coisas para ninguém	0 1 2 99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar por muito tempo	
0 1 2 70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0 1 2 100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____	
0 1 2 71. Fico sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar de mim	0 1 2 101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou de férias	
0 1 2 72. Preocupo-me com a minha família	0 1 2 102. Não tenho muita energia	
0 1 2 73. Cumpro minhas responsabilidades para com a minha família	0 1 2 103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)	
0 1 2 74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0 1 2 104. Sou mais banal/ento que os outros	
0 1 2 75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2 105. As pessoas acham que sou desorganizado(a)	
0 1 2 76. Me comporto de maneira irresponsável	0 1 2 106. Gosto de ser justo(a) com os outros	
0 1 2 77. Durmo mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0 1 2 107. Sinto que não posso ser bem sucedido(a)	
0 1 2 78. Tenho dificuldades para tomar decisões	0 1 2 108. Tendo a perder coisas	
0 1 2 79. Tenho problemas de fala (descreva): _____	0 1 2 109. Gosto de experimentar coisas novas	
0 1 2 80. Luto pelos meus direitos	0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto	
0 1 2 81. Meu comportamento é instável	0 1 2 111. Evito relacionar-me com outros	
0 1 2 82. Roubo	0 1 2 112. Sou muito preocupado(a)	
0 1 2 83. Fico entediado facilmente	0 1 2 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto	
0 1 2 84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____	0 1 2 114. Deixo de pagar minhas dívidas ou de cumprir com outras responsabilidades financeiras	
0 1 2 85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____	0 1 2 115. Sou inquieto(a) ou agitado(a)	
0 1 2 86. Sou teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar	0 1 2 116. Fico chateado(a) com muita facilidade	
0 1 2 87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente	0 1 2 117. Tenho problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito	
0 1 2 88. Gosto de estar com as pessoas	0 1 2 118. Sou muito impaciente	
0 1 2 89. Ajo precipitadamente, sem pensar nos riscos	0 1 2 119. Presto pouca atenção aos detalhes	
0 1 2 90. Tomo muita bebida alcoólicas ou fico bêbado(a)	0 1 2 120. Dirijo muito rápido	
0 1 2 91. Penso em me matar	0 1 2 121. Tendo a me atrasar nos compromissos	
0 1 2 92. Faço coisas que podem me causar problemas com a lei (descreva): _____	0 1 2 122. Tenho dificuldade em manter um emprego	
	0 1 2 123. Sou uma pessoa feliz	
	124. Nos últimos seis meses, aproximadamente quantas vezes por dia você usou cigarro/tabaco (inclusive fumo de mascar)? _____ vezes por dia.	
	125. Nos últimos seis meses, quantos dias você ficou bêbado? _____ dias.	
	126. Nos últimos seis meses, quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)? _____ dias.	

POR FAVOR, CONFIRA SUAS RESPOSTAS E VERIFIQUE SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS

VERSÃO BRASILEIRA DO "ADULT SELF-REPORT FOR AGES 18-59" TRADUZIDA POR: MM ROCHA & EFM SILVARES (2010). E-MAIL: asebahrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.